sepeap

Pediatría Integral

Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

VOLUMEN XXI
NÚMERO 5
JUL-AGO 2017
CURSO VI

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

PATOLOGÍA ADOLESCENTE II

Sumario

Editorial

Atención al adolescente difícil
M.I. Hidalgo Vicario 301

Temas de Formación Continuada

El ciclo menstrual y sus alteraciones
M.J. Rodríguez Jiménez, N. Curell Aguilá 304

Anticoncepción en la adolescencia
C. Quintana Pantaleón 312

Infecciones de transmisión sexual
P. Andrés Domingo 323

Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia
P.J. Rodríguez Hernández, E.R. Hernández González 334

Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta
A. Terán Prieto, E. Mayor Toranzo, L. García García 343

Regreso a las Bases

Homosexualidad
F. López Sánchez 350

El Rincón del Residente

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Dolor óseo súbito en la infancia
A.C. Hernández Villarroel, M. Hernández Carbonell, A.I. Valladares Díaz, P. Del Villar Guerra 357

De Interés Especial

El hipo, ¿un signo inane en pediatría?
J. Fleta Zaragozano 361

ℯ Representación del niño en la pintura española

Eduardo Macarrón, el pintor de familias reales
J. Fleta Zaragozano 365

Noticias 366

ACTIVIDAD ACREDITADA · 6 · CRÉDITOS POR NÚMERO

Comisión de Formación Continuada · SISTEMA NACIONAL DE SALUD · Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

31

CONGRESO NACIONAL

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

SANTANDER 2017

DEL 19 AL 21 DE OCTUBRE

sepeap
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA
CANTABRIA

FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

Secretaría Técnica: GRUPO PACÍFICO
Marià Cubí, 4 • 08006 Barcelona
Tel: 932 388 777 • Fax: 932 387 488
E-mail: congresosepeap@pacifico-meetings.com
www.sepeap.org

sepeap

Pediatría Integral

Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

Directora Ejecutiva
Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Subdirectores Ejecutivos
Dr. J. de la Flor i Brú
Dra. T. de la Calle Cabrera

Jefe de Redacción
Dr. J. Pozo Román

Consejo Editorial

Junta Directiva de la SEPEAP

Presidente de Honor
† Dr. F. Prandi Farras

Presidente de Honor
Dr. J. del Pozo Machuca

Presidente
Dr. V. Martínez Suárez

Vicepresidente
Dr. J. Pellegrini Belinchón

Secretario
Dr. C. Coronel Rodríguez

Tesorero
Dr. L. Sánchez Santos

Vocales
Dr. A. Hernández Hernández
Dra. M.Á. Learte Álvarez
Dr. J. García Pérez
Dr. F. García-Sala Viguer
Dra. B. Pelegrin López

Vocales Regionales

Andalucía oriental
Dr. J.M. González Pérez

Aragón, La Rioja y Soria
Dra. P. Oliván Otan

Asturias-Cantabria-Castilla y León
Dra. R. Mazas Raba

Baleares
Dr. E. Verges Aguiló

Canarias. Las Palmas
Dr. Gonzalo Cabrera Roca

Canarias. Tenerife
Dra. I. Miguel Mitre

Castilla la Mancha
Dr. J.L. Grau Olivé

Cataluña
Dr. J. de la Flor i Bru

Comunidad Valenciana
Dr. I. Manrique Martínez

Galicia
Dr. M. Sampedro Campos

Madrid
Dra. G. García Ron

Murcia
Dra. Á. Casquet Barceló

Navarra
Dr. R. Pelach Paniker

Director Fundador: Dr. J. del Pozo Machuca

Grupos de Trabajo (Coordinadores)

Actualizaciones Bibliográficas
Dr. J. López Ávila

Asma y Alergia
Dr. J. Pellegrini Belinchón

Docencia y MIR
Dra. O. González Calderón

Investigación y Calidad
Dr. V. Martínez Suárez

Nutrición y Patología Gastrointestinal
Dr. C. Coronel Rodríguez

Pediatría Social
Dr. J. García Pérez

Simulación
Dr. L. Sánchez Santos

Sueño
Dra. M.I. Hidalgo Vicario
Dra. C. Ferrández Gomáriz

Técnicas Diagnósticas en A.P.
Dr. J. de la Flor i Brú

TDAH
Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Vacunas
Dra. B. Aguirrezabalaga González

En portada

Los profesionales sanitarios pueden contribuir a que los adolescentes disfruten de una sexualidad segura y placentera, basada en relaciones de igualdad y de respeto, facilitando espacios de escucha empática y favoreciendo la toma de decisiones responsables. Deben ayudarles, apoyarles y ofrecer asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual que mejor se adapten a sus preferencias y necesidades.

Pediatría Integral on line y normas de publicación en:
www.pediatriaintegral.es

Periodicidad:
8 números / año

Suscripción:
Gratuita para los socios de SEPEAP.
Los no socios deberán contactar con la Secretaría Técnica por correo electrónico.

Secretaría Técnica:
secretaria@pediatriaintegral.es

Publicidad:
publicidad@pediatriaintegral.es

ECPCP
Miembro de la European Confederation of Primary Care Pediatrician

© SEPEAP Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
www.sepeap.org

Pediatría Integral

Fundada en 1995

PEDIATRÍA INTEGRAL (Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria) es el órgano de Expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

PEDIATRÍA INTEGRAL publica artículos en castellano que cubren revisiones clínicas y experimentales en el campo de la Pediatría, incluyendo aspectos bioquímicos, fisiológicos y preventivos. Acepta contribuciones de todo el mundo bajo la condición de haber sido solicitadas por el Comité Ejecutivo de la revista y de no haber sido publicadas previamente ni enviadas a otra revista para consideración. PEDIATRÍA INTEGRAL acepta artículos de revisión (bajo la forma de estado del arte o tópicos de importancia clínica que repasan la bibliografía internacional más relevante), comunicaciones cortas (incluidas en la sección de información) y cartas al director (como fórum para comentarios y discusiones acerca de la línea editorial de la publicación).

PEDIATRÍA INTEGRAL publica 10 números al año, y cada volumen se complementa con dos suplementos del programa integrado (casos clínicos, preguntas y respuestas comentadas) y un número extraordinario con las actividades científicas del Congreso Anual de la SEPEAP.

PEDIATRIA INTEGRAL se distribuye entre los pediatras de España directamente. SWETS es la Agencia Internacional de Suscripción elegida por la revista para su distribución mundial fuera de este área.

© Reservados todos los derechos. Absolutamente todo el contenido de PEDIATRÍA INTEGRAL (incluyendo título, cabecera, mancha, maquetación, idea, creación) está protegido por las leyes vigentes referidas a los derechos de propiedad intelectual.

Todos los artículos publicados en PEDIATRÍA INTEGRAL están protegidos por el Copyright, que cubre los derechos exclusivos de reproducción y distribución de los mismos. Los derechos de autor y copia (Copyright) pertenecen a PEDIATRÍA INTEGRAL conforme lo establecido en la Convención de Berna y la Convención Internacional del Copyright. Todos los derechos reservados. Además de lo establecido específicamente por las leyes nacionales de derechos de autor y copia, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida de forma alguna sin el permiso escrito y previo de los editores titulares del Copyright. Este permiso no es requerido para copias de resúmenes o abstracts, siempre que se cite la referencia completa. El fotocopiado múltiple de los contenidos siempre es ilegal y es perseguido por ley.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 534 bis del Código Penal vigente en España, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reprodujeren o plagiaren, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

La autorización para fotocopiar artículos para uso interno o personal será obtenida de la Dirección de PEDIATRÍA INTEGRAL. Para librerías y otros usuarios el permiso de fotocopiado será obtenido de Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service o sus Agentes (en España, CEDRO, número de asociado: E00464), mediante el pago por artículo. El consentimiento para fotocopiado será otorgado con la condición de que copia pague directamente al centro la cantidad estimada por copia. Este consentimiento no será válido para otras formas de fotocopiado o reproducción como distribución general, reventa, propósitos promocionales y publicitarios o para creación de nuevos trabajos colectivos, en cuyos casos deberá ser gestionado el permiso directamente con los propietarios de PEDIATRÍA INTEGRAL (SEPEAP). ISI Tear Sheet Service está autorizada por la revista para facilitar copias de artículos sólo para uso privado.

Los contenidos de PEDIATRIA INTEGRAL pueden ser obtenidos electrónicamente a través del Website de la SEPEAP (www.sepeap.org).

Los editores no podrán ser tenidos por responsables de los posibles errores aparecidos en la publicación ni tampoco de las consecuencias que pudieran aparecer por el uso de la información contenida en esta revista. Los autores y editores realizan un importante esfuerzo para asegurar que la selección de fármacos y sus dosis en los textos están en concordancia con la práctica y recomendaciones actuales en el tiempo de publicación.

No obstante, dadas ciertas circunstancias, como los continuos avances en la investigación, cambios en las leyes y regulaciones nacionales y el constante flujo de información relativa a la terapéutica farmacológica y reacciones de fármacos, los lectores deben comprobar por sí mismos, en la información contenida en cada fármaco, que no se hayan producido cambios en las indicaciones y dosis, o añadido precauciones y avisos importantes. Algo que es particularmente importante cuando el agente recomendado es un fármaco nuevo o de uso infrecuente.

La inclusión de anuncios en PEDIATRÍA INTEGRAL no supone de ninguna forma un respaldo o aprobación de los productos promocionales por parte de los editores de la revista o sociedades miembros, del cuerpo editorial y la demostración de la calidad o ventajas de los productos anunciados son de la exclusiva responsabilidad de los anunciantes.

El uso de nombres de descripción general, nombres comerciales, nombres registrados... en PEDIATRÍA INTEGRAL, incluso si no están específicamente identificados, no implica que esos nombres no estén protegidos por leyes o regulaciones. El uso de nombres comerciales en la revista tiene propósitos exclusivos de identificación y no implican ningún tipo de reconocimiento por parte de la publicación o sus editores.

Las recomendaciones, opiniones o conclusiones expresadas en los artículos de PEDIATRÍA INTEGRAL son realizadas exclusivamente por los autores, de forma que los editores declinan cualquier responsabilidad legal o profesional en esta materia.

Los autores de los artículos publicados en PEDIATRÍA INTEGRAL se comprometen, por escrito, al enviar los manuscritos, a que son originales y no han sido publicados con anterioridad. Por esta razón, los editores no se hacen responsables del incumplimiento de las leyes de propiedad intelectual por cualesquiera de los autores.

PEDIATRÍA INTEGRAL está impresa en papel libre de ácido. La política de los editores es utilizar siempre este papel, siguiendo los estándares ISO/DIS/9706, fabricado con pulpa libre de cloro procedente de bosques mantenidos.

ACTIVIDAD ACREDITADA 6 CRÉDITOS POR NÚMERO

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

Actividad Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, integrada en el Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios de carácter único para todo el Sistema Nacional de Salud.

Visite la web oficial de la Sociedad: **www.sepeap.org**, allí encontrará:

- Información actualizada
- Boletín de inscripción a la SEPEAP (gratuito para los MIR de pediatría: los años de residencia más uno)
- Normas de publicación
- Cuestionario on-line para la obtención de créditos

También puede consultar la revista en su edición electrónica: **www.pediatriaintegral.es**

Asociación Española de Pediatría AEP

BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA BNE

CEDRO Nº asociado: E00464

CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Embase™

HINARI Research in Health

ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL

latindex

Scopus®

Edita
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Secretaría de redacción
Javier Geijo Martínez
secretaria@pediatriaintegral.es

Publicidad
Javier Sáenz Pérez
publicidad@pediatriaintegral.es

I.S.S.N. 1135-4542
SVP: 188-R-CM
Depósito Legal M-13628-1995

sepeap

Pediatría Integral

Official publication of the Spanish Society of Community Pediatrics and Primary Care

VOLUME XXI
NUMBER 5
JUL-AUG 2017
COURSE VI

Continuing Education Program in Community Pediatrics

Summary

Editorial

Attention to the difficult teenager 301
M.I. Hidalgo Vicario

Topics on Continuous Training in Paediatrics

The menstrual cycle and its alterations 304
M.J. Rodríguez Jiménez, N. Curell Aguilá

Contraception in adolescence 312
C. Quintana Pantaleón

Sexually transmitted infections 323
P. Andrés Domingo

Psychiatric disorders in adolescence 334
P.J. Rodríguez Hernández, E.R. Hernández González

Drug addiction in teenagers, action from the consultation 343
A. Terán Prieto, E. Mayor Toranzo, L. García García

Return to the Fundamentals

Homosexuality 350
F. López Sánchez

The Resident's Corner

Clinical Case-Residents. Make your diagnosis

Sudden bone pain in childhood 357
A.C. Hernández Villarroel, M. Hernández Carbonell, A.I. Valladares Díaz, P. Del Villar Guerra

Of Special Interest

Hiccup, an inane sign in pediatrics? 361
J. Fleta Zaragozano

ℯ Representation of children in Spanish painting

Eduardo Macarrón, the painter of royal families 365
J. Fleta Zaragozano

News 366

ACCREDITED BUSINESS 6 CREDITS BY NUMBER

Comisión de Formación Continuada SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

TEEN PATHOLOGY II

> Los pacientes despiertan en los profesionales, emociones y sentimientos que pueden ser positivos o negativos identificándolos, en este último caso, como adolescentes difíciles. Existen estrategias eficaces para mejorar las habilidades comunicativas, mejorando la capacidad para afrontar las relaciones problemáticas con los pacientes y disminuir el nivel de frustración profesional

M.I. Hidalgo Vicario

Pediatra. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. C.S. Barrio del Pilar. DAN. SERMAS. Madrid.
Directora de Pediatría Integral

Editorial

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DIFÍCIL

La adolescencia es una de las fases más productivas de nuestra existencia. El cuerpo se desarrolla hasta convertirse en adulto con capacidad de procrear. La mente se estimula por grandes causas, aprende a resolver temas abstractos, a distinguir lo esencial de una situación y anticiparse a las dificultades. Se conquista el espacio intelectual con el descubrimiento de nuevos intereses culturales; también, el espacio afectivo, con el descubrimiento de nuevas maneras de vivir, emociones que ya conocía, pero que nunca antes había experimentado de esa manera –el amor, los sueños, los celos, la admiración, la rebeldía, el rechazo, la rabia…–; y, por último, conquista el espacio social al descubrir, más allá del círculo familiar y escolar, el universo de otros seres humanos con toda su diversidad y la necesidad que tenemos de otros para ser nosotros mismos.

En muchas ocasiones, los profesionales no estamos preparados para entender a los adolescentes; a veces, vemos en la consulta a un joven con desasosiego al que le cuesta expresar su malestar, le cuesta identificar lo que siente y no sabe verbalizar su sufrimiento. Ese malestar lo puede traducir por medio de palabras, actos y comportamientos impulsivos; nos compete a nosotros, los profesionales, ayudarles a reconocerlo con mucho tacto, sensibilidad y sin ofenderles. También, debemos preguntarnos ante un adolescente violento, cuál fue el problema que sufrió, qué fue lo que, en vez de ponerle triste –por ejemplo, por una pérdida–, generó su odio y su rencor. Durante la adolescencia, es muy frecuente la aparición de crisis y comportamientos de riesgo, ya que forman parte de su desarrollo y siempre deberemos tener en cuenta el posible debut de un trastorno psiquiátrico.

El indicio más evidente de la aparición de una crisis es un cambio desmesurado de la conducta habitual del adolescente, que se convierte, en particular en los varones, en una reacción de oposición sistemática, inmanejable por los padres y por los profesores. En general, los varones manifiestan conductas externalizantes violentas y agresivas; mientras que, en las mujeres, suelen ser más internalizantes y depresivas. Por ejemplo: un joven habitualmente agresivo y peleón que llega a golpear al padre; adolescente inestable que ingresa por un coma etílico; la joven enamorada traicionada por su pareja, un joven introvertido que intenta suicidarse… En general, los chicos se sienten frágiles, amenazados por el entorno, desconfiados, humillados y se rebelan de forma agresiva, implicándose en conductas arriesgadas. Las chicas, como se ha comentado, dirigen más esa rabia contra sí mismas.

La mayoría de los problemas de salud de los adolescentes son consecuencia de comportamientos y hábitos de riesgo que se inician en esta edad y con consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura: lesiones, accidentes, violencia, delincuencia, consumo de drogas, conductas sexuales peligrosas que conducen a embarazos no deseados e infecciones, tecnologías de la información y comunicación, problemas de salud mental, de la conducta, del aprendizaje y familiares, entre otras. La mayoría de estas conductas son prevenibles; por ello, es importante la actuación responsable de los profesionales sanitarios.

Se define como adolescente difícil, según Martín, a aquella persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia o rechazo en el profesional[1]. O'Dowd lo define como: aquellos pacientes frecuentemente afectados por enfermedades relevantes cuyo único rasgo común es producir distrés en el profesional y en el equipo que los atiende. Se considera que del 3 al 5% de los pacientes que se ven en las consultas son pacientes difíciles y en ello influyen características propias del paciente, del profesional y del entorno.

Entre las características del paciente difícil destacan: el no querer hablar o contestar con monosílabos, estar enfadado, ser agresivo, manipulador…, y es preciso destacar la respuesta que originan en el profesional como: nerviosismo, inseguridad, no saber cómo hablar, desaliento, temor, aburrimiento, frustración por la no adherencia al tratamiento y no conseguir una buena relación de confianza.

Las peculiaridades que lo favorecen son: ser llevado de manera forzada a la consulta, miedo al no saber por qué le llevan, paciente con enfermedad crónica o aguda al que no se le dan explicaciones; si se siente interrogado, cuando no se le toma en consideración ni se le hace participar en las decisiones, así como la ausencia de soporte/contención familiar y social.

Se pueden presentar en la consulta, diferentes tipos de pacientes difíciles y el profesional debe saber cómo actuar. *El silencioso*: ha sido obligado a acudir o bien es incapaz de expresar sus temores e inquietudes por haber sido objeto de maltrato/abuso. En ocasiones, hablar sobre cómo se sienten, de la escuela, los deportes... etc., puede ayudar a romper el silencio. Por ejemplo: entiendo que te traen contra tu voluntad, deseo ayudarte, ¿por qué no intentamos conocernos? *El enfadado y agresivo:* se niega a comunicarse o puede contestar con monosílabos. Puede ser un mecanismo de defensa ante un mundo que él siente adverso. El profesional no debe involucrarse, ya que el clínico no es el motivo de su enfado. En estos casos, se debe reconocer el enfado "se te ve molesto" "cuéntame qué te pasó", se debe escuchar respetuosamente y esperar a que se calme para actuar. Otra técnica, es ponerse en su lugar "entiendo lo difícil que es para ti…" Es inútil tratar de razonar con un adolescente enfadado, es preciso reconocer su derecho a sentirse airado y no reñirle. *El somatizador* manifiesta diversas quejas orgánicas y emocionales que no encajan con ninguna patología específica. Se debe escuchar siempre al paciente, hacerle sentir que lo que refiere es importante y, al final, felicitarle por su excelente salud y darle pautas preventivas sobre la alimentación, el ejercicio y las relaciones sociales para mantener su salud. *El que llora*: aunque pueda ser incomodo, es bueno mantener el silencio hasta que se calme y ofrecerle un pañuelo. El llanto es útil y terapéutico y favorece la relación médico paciente. Muchas veces tras el llanto, el paciente se sentirá aliviado y dispuesto a contar sus problemas. Ante un paciente ansioso y nervioso, se deben utilizar expresiones tranquilizadoras. *El manipulador–seductor* que trata de dirigir la consulta y obtener alguna ganancia secundaria, como por ejemplo, un justificante de que estuvo enfermo y no pudo acudir a la escuela al examen. Aquí es necesario poner límites para no caer en la manipulación. *El incumplidor* que no sigue de forma sistemática las recomendaciones médicas por falta de información, rechazo, dejadez o por un sentimiento autodestructivo. Será preciso hacérselo notar e intentar reconducirlo.

En cuanto a las características propias de los profesionales que favorecen el adolescente de trato difícil, se encuentran: preparación insuficiente, falta de interés por el paciente, falta de tiempo, carácter/temperamento difícil, estrés laboral, problemas personales, dificultad para saber explorar los aspectos psicológicos y sociales, así como experiencias negativas previas con otros pacientes.

El interés del profesional, cuando está con el paciente, se debe centrar en este, sin dejar traslucir si uno está triste, cansado, disgustado o no se encuentra bien. Si el paciente dice algo ofensivo, pensar simplemente que es algo que forma parte de su enfermedad.

En ocasiones, se presentan en la consulta pacientes cuya forma de actuar es poco conocida por los profesionales inexpertos y favorecen una relación difícil. Por ejemplo: aquellos que "quieren mantenerse enfermos", ya que su afectación les produce ganancias secundarias, como un trato especial dentro de la familia. O cuando los padres exigen realizar estudios frecuentes a su hijo que no tienen justificación y el profesional se siente obligado a realizarlas; el médico deberá explicar y convencer a la familia de lo innecesario de tales pruebas.

Respecto las características del entorno que promueven adolescentes difíciles, son las relacionadas con la organización y el espacio físico de atención al joven: estancia prolongada en la sala de espera, mezcla con pacientes adultos y niños en la misma sala, interrupciones en la consulta y fallos administrativos. Es importante saber pedir perdón, aunque no sea culpa del profesional; los pacientes olvidan los fallos del entorno si ven que se les tiene en cuenta. Se debe tener presente que lo que más valora el joven es la relación establecida con el médico, mucho más que el aspecto de la consulta o tener que compartirla con adultos o niños.

La actuación del profesional ante un adolescente difícil debe ser, en primer lugar, analizar la situación, evaluando de forma crítica las actitudes del paciente, lo cual ayudará a que desaparezca el componente emocional médico-paciente que es lo que le causa el malestar. Reconocer y aceptar los sentimientos que el paciente le causa, y que influyen en su objetividad y capacidad diagnóstica como profesional.

El objetivo con el paciente debe ser: conservar el estado de salud y delimitar hasta dónde quiere llegar para sentirse bien y pensar con él la estrategia para conseguirlo. Un trato respetuoso, cercano y con actitud de ayuda contribuirá muy positivamente en la conexión del joven con el profesional; si no se puede conseguir, se derivará el paciente a otro profesional. No se puede cambiar a un adolescente difícil, pero si se puede mejorar nuestra forma de relacionarnos para cambiar la actitud inicial de rechazo por una de cooperación y ayuda con la

persona que sufre. Posteriormente, se podrá identificar cuál es el verdadero problema y cuál es el papel del médico, el del propio paciente y del entorno en el asunto; también se deberá valorar si hay un componente psicopatológico. En ocasiones, puede ser necesaria la interconsulta a salud mental.

La entrevista constituye una parte fundamental en la atención al adolescente, nos permite recoger información y establecer el tipo de relación para el futuro[2]. Constituye un desafío para el profesional y aunque, a veces, pueda ser frustrante, en general resulta muy gratificante por la respuesta del joven y porque se puede aprender de ellos. Cuando se ha establecido una buena relación de confianza, los jóvenes cuentan la verdad, hablan de sus problemas, intereses e inquietudes.

El profesional debe ser honesto, con madurez y equilibrio, tener interés y sentirse a gusto con los jóvenes. Además debe tener conocimientos sobre las características de su desarrollo integral, sus necesidades de salud, así como de sus problemas, riesgos y formas de enfermar. Se debe considerar que muchos jóvenes, cuando acuden a la consulta, se sienten culpables o sienten vergüenza.

En la entrevista con el adolescente es necesario: privacidad, confidencialidad, escuchar con interés, respeto y empatía, ser abogado y consejero, nunca juez, tranquilizar y contar con su familia y con los amigos, tanto para conocer su situación real y las actuaciones a seguir. Se debe abordar, además del motivo de consulta, todos los aspectos de la vida del adolescente. La forma de hacerlo dependerá del tema que se trate y las características del joven.

Los profesionales son humanos, y los pacientes despiertan en ellos emociones y sentimientos que pueden ser positivos o negativos identificándolos, en este último caso, como adolescentes difíciles. Existen estrategias eficaces para aumentar las habilidades comunicativas, mejorando la capacidad para afrontar las relaciones problemáticas con los pacientes y disminuir el nivel de frustración profesional.

Los médicos son responsables de sus pacientes. El adolescente es un ser en formación y una acción médica precoz puede evitar la repetición de una crisis, la implicación en conductas de riesgo graves, así como la detección precoz de diversas patologías y, de esta manera, modificar de forma positiva la vida presente y futura del joven.

Bibliografía

1. Martín MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Primaria. 2000; 6: 443-7.
2. Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI. La entrevista al adolescente En: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª ed. Madrid. Ergon. 2012; pág. 11-8.

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

El ciclo menstrual y sus alteraciones

M.J. Rodríguez Jiménez*, N. Curell Aguilá**

*Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. H.U. Infanta Sofía. Servicio Ginecología y Obstetricia. San Sebastián de los Reyes. Madrid / **Unidad de Adolescentes. Departamento de Pediatría. Institut Universitari Dexeus. Grupo Quirón salud, Barcelona

Resumen

El objetivo principal de este artículo es que el pediatra general o médico de familia conozca cómo es y cuándo sucede la menstruación normal y sepa detectar precozmente patología subyacente si es que existe. Hay una notable variabilidad en el crecimiento y desarrollo durante la pubertad, siendo también común la presencia de irregularidades menstruales durante los 2-3 primeros años después de la menarquia, debidas únicamente a la falta de maduración del eje hipotálamo-hipofisario y a la anovulación subsiguiente. Un diagnóstico y tratamiento precoces de las situaciones patológicas, permitirán preservar la función reproductora y una sexualidad sana. Ello se puede conseguir con: una buena historia clínica, un examen físico completo e indicando las exploraciones complementarias adecuadas, valorando siempre si nos encontramos en una situación de normalidad en las que sea correcta una conducta expectante. Prevenir complicaciones y saber cuándo derivar al especialista o instaurar un tratamiento, es el reto del médico de asistencia primaria que no debe olvidar que algunos casos requerirán un abordaje multidisciplinar. Debe tenerse presente la confidencialidad y la vulnerabilidad de la adolescente y su familia en la evaluación y tratamiento de estos trastornos para prevenir preocupaciones innecesarias.

Abstract

The main objective of this article is for the general pediatrician or family doctor to know how and when normal menstruation happens and can detect early underlying pathology if it exists. There is remarkable variability in growth and development during puberty, and menstrual irregularities are also common during the first 2-3 years after menarche, due only to the lack of maturation of the hypothalamic-pituitary axis and subsequent anovulation. An early diagnosis and treatment of the pathological situations will allow preserving the reproductive function and a healthy sexuality. This can be achieved with a good medical history, a complete physical examination and indicating the appropriate complementary examinations, always valuing if we are in a normal situation in which an expectant behavior is correct. Preventing complications and knowing when to refer the specialist or instituting a treatment is the challenge of the primary care physician who must not forget that some cases will require a multidisciplinary approach. The confidentiality and vulnerability of the adolescent and her family in the evaluation and treatment of these disorders should be taken into account to prevent unnecessary concerns.

Palabras clave: Ciclo menstrual; Sangrado menstrual abundante; Amenorrea; Dismenorrea.

Key words: *Menstrual cycle; Heavy menstrual bleeding; Amenorrhea; Oligomenorrhea.*

Bases fisiológicas del ciclo menstrual

No se sabe cuál es la señal exacta que desencadena la pubertad. Se piensa que es consecuencia de una compleja interacción de influencias genéticas, hormonales y metabólicas.

El cambio más importante es la reactivación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal y junto a él se activa el eje del crecimiento. Previamente, se han producido cambios madurativos en las glándulas suprarrenales y tiroides. Las concentraciones de estrógenos y de LH (hormona luteinizante) no empiezan a aumentar hasta los 9-12 años de edad. El inicio puberal y la aparición de la menarquia están influenciados por el nivel socioeconómico, origen geográfico, exposición a sustancias u otros factores ambientales, influencias genéticas, factores psicológicos y ejercicio físico.

El **ciclo menstrual normal** es el resultado de la interacción entre hipo-

tálamo, hipófisis, ovarios y útero: representa una relación compleja entre la secreción hormonal y los eventos fisiológicos que preparan el cuerpo para una futura gestación. Distinguimos entre el ciclo ovárico y el ciclo endometrial. El **ciclo ovárico** está dividido en dos fases: la folicular y la luteínica; el **ciclo endometrial** en tres fases: proliferativa, secretora y de descamación o menstruación.

La **fase folicular** sucede entre el día 1 del ciclo (primer día de la regla) hasta el día 14, aunque este período puede ser algo variable y esta variabilidad es responsable de las irregulares menstruales. Se requiere de la secreción pulsátil, pero sostenida de GnRH (factor liberador de gonadotropinas) de origen hipotalámico que provoca y regula en la hipófisis la secreción de FSH (hormona folículo estimulante) y LH. El aumento de la FSH y la retroalimentación hormonal (niveles bajos de estradiol [E2] y de inhibina en la fase folicular temprana) estimulan el desarrollo de una cohorte de folículos primordiales y un aumento de E2 por parte de las células de la granulosa ovárica. Ello incrementa el nivel de LH, siendo seleccionado un folículo dominante que madura a la mitad del ciclo y se prepara para la ovulación. Durante esta fase, el endometrio, bajo las influencias tróficas del estrógeno, inicia su **fase proliferativa** con un aumento del espesor de sus vasos, estroma y estructuras glandulares.

La **ovulación** se produce 34-36 horas tras el pico de secreción de LH, hacia el día 14, seguida de la atresia del resto de folículos y la expulsión del ovocito del folículo dominante. Durante los 3 días posteriores, se inicia la formación del cuerpo lúteo, responsable de la síntesis de estrógenos y progesterona.

La **fase luteínica** abarca el tiempo transcurrido entre la ovulación y el principio de la menstruación, período bastante constante. Los niveles elevados de E2, progesterona e inhibina provocan un *feedback* negativo, por lo que LH y FSH reducen de manera brusca su secreción. El endometrio inicia su **fase secretora** en la que se espesa, sufre una proliferación vascular de las arterias espirales, crece su estructura glandular y madura su estroma. El cuerpo lúteo se atrofia a los 10-14 días si no hay gestación. Ello disminuirá de nuevo los niveles de hormonas ováricas (E2 y progesterona) y estimulará la secreción hipotalámica e hipofisaria de GnRH, FSH y LH, iniciando un nuevo ciclo ovárico y endometrial[1].

La **menstruación** es la fase de descamación mensual fisiológica periódica de la mucosa del endometrio, que se necrosa, exfolia y desprende, debido a la deprivación hormonal, siendo expulsados sus restos por la vagina, junto a sangre, moco y células vaginales. El conocimiento de estos cambios cíclicos es de gran importancia, ya que constituyen la base de un método indirecto para valorar la función endocrina del ovario (Fig. 1). El ciclo menstrual normal confirma la normalidad de una joven (en la mayoría de los casos) respecto a su futura salud sexual y reproductiva y debe considerarse un signo vital, casi tan importante como el pulso, la respiración o la presión arterial[2].

El **ciclo menstrual normal** es de 28 +/-7 días, la duración del período de sangrado de 4'5 a 8 días, la cantidad de fluido menstrual entre 30 ml y 80 ml por ciclo y el intervalo de tiempo entre dos menstruaciones oscilaría entre 24 y 38 días (percentiles 5 y 95). Según algunos autores, deberían considerarse normales ciclos entre 21 y 45 días en las adolescentes, pero según otros, ello podría retrasar el diagnóstico de algún caso patológico.

Cronología de la pubertad

La media de edad de comienzo de la pubertad en las niñas es de 10 años, con un rango de 8 a 14,5 años, siendo el crecimiento mamario, uni o bilateral, o **telarquia**, la primera manifestación en la mayoría de casos. Ello acontece aproximadamente a una edad ósea de 11 años. El estirón puberal ocurre precozmente, coincidiendo o no con la aparición de los primeros signos puberales. La secuencia típica de acontecimientos es inicio del crecimiento, telarquia, pubarquia y, finalmente, menarquia, con una dura-

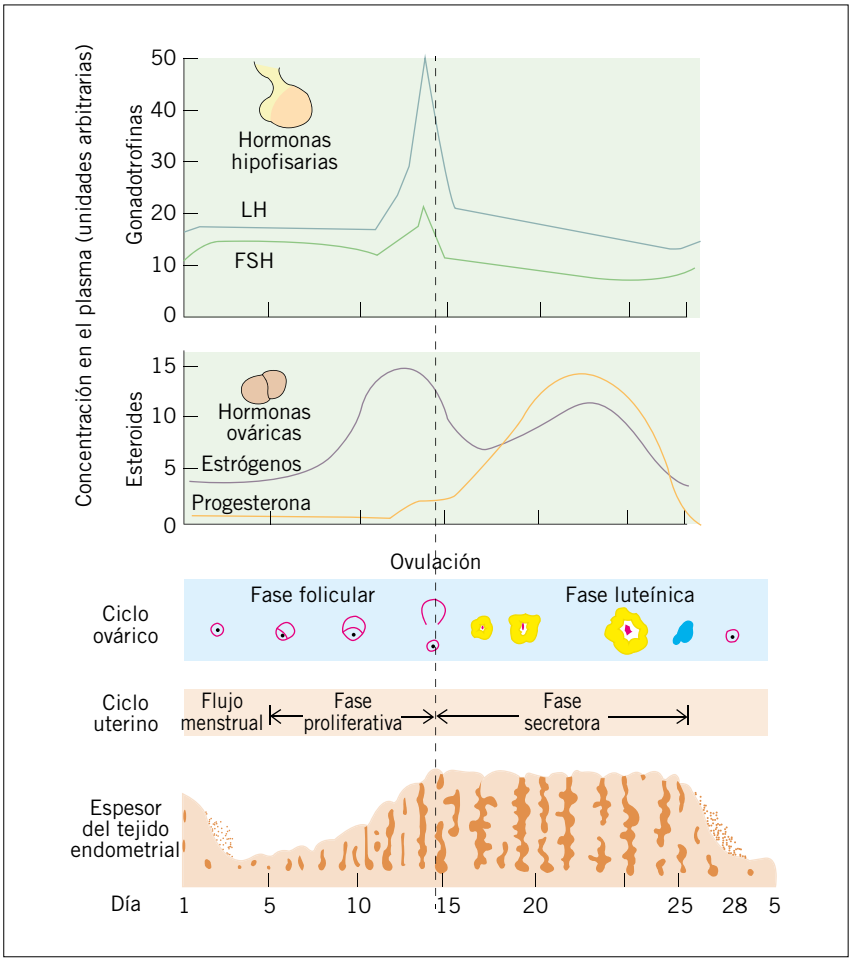


Figura 1. Ciclo menstrual normal.

ción de 2-4 años y notables variaciones individuales.

La **menarquia** o aparición de la primera menstruación suele ocurrir con un intervalo aproximado de 2 años después de la telarquia. La menarquia normal ocurre entre los 10 y los 16 años, siendo su edad media de aparición en nuestro país de 12,6 años. Después de la menarquia, las adolescentes suelen crecer una media de 6 cm. Es normal cierta variabilidad de la duración del ciclo de un mes a otro, en todas las edades, pero todavía es mayor durante la adolescencia, por la presencia de ciclos anovulatorios.

Alteraciones del ciclo menstrual

El ciclo menstrual normal es el resultado de interacciones neuronales y endocrinas. Las alteraciones del mismo, por exceso o por defecto, son frecuentes en los primeros años tras la menarquia, pero deben ser vigiladas para evitar su repercusión en la salud de la adolescente.

Las alteraciones menstruales de la adolescente engloban una serie de trastornos relacionados con el ciclo menstrual, ya sea por alteración de la cantidad de sangrado, por defecto *(amenorrea)* o por exceso *(SMA: sangrado menstrual abundante)*, como por dolor en los días de la menstruación *(dismenorrea)*. Dichos problemas afectan hasta un 75% de las adolescentes y se relacionan con la elevada prevalencia de ciclos anovulatorios (55-82%) en los dos primeros años tras la menarquia[3,4].

Habitualmente, se trata de procesos leves sin repercusión en la salud de la adolescente, pero que constituyen un motivo frecuente de consulta al pediatra. Sin embargo, requieren una valoración adecuada.

Evaluación diagnóstica de las alteraciones del ciclo menstrual

Se debe realizar una anamnesis exhaustiva, en la que se recojan los antecedentes familiares y personales que puedan tener relación con el desarrollo puberal y los ciclos menstruales[5].

Se indagará: la edad de menarquia de la madre, los ciclos menstruales de la madre/hermanas y si tienen o no dismenorrea, la existencia de trastornos de coagulación (hipo/hipercoagulabilidad), la patología endocrinológica y los casos de retraso constitucional del crecimiento y desarrollo.

En cuanto a los antecedentes personales, se debe preguntar: sobre el inicio de los caracteres sexuales, edad de la menarquia, existencia de patología crónica, trastorno de la coagulación/episodios de sangrado recidivante (epistaxis), ingesta de fármacos psicótropos (pueden producir hiperprolactinemia y amenorrea), trastorno de la conducta alimentaria y actividad deportiva y la existencia o no de relaciones sexuales y las medidas anticonceptivas utilizadas. En adolescentes con relaciones sexuales, se debe preguntar por la posibilidad de embarazos previos y cómo finalizaron.

A la hora de exponer el motivo de consulta, debe recogerse lo más detalladamente posible el tiempo de evolución de las alteraciones, describiendo el tipo de sangrado menstrual, su cantidad, duración, intervalos de presentación, así como la presencia o no de dolor intenso y los fármacos empleados para aliviarlo[6].

La exploración general consistirá en un examen físico, en el que se evalúen: peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial, palidez de piel y mucosas, signos de virilización (acné, hirsutismo, clitoromegalia) y estadio puberal de Tanner.

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal se realizará solamente si la joven ha tenido relaciones sexuales. En caso contrario, puede sustituirse por la inspección de vulva y vagina, descartando tumoraciones o presencia de cuerpos extraños.

Alteraciones menstruales por exceso

Se denominan también: ***hemorragia uterina disfuncional, sangrado menstrual abundante (SMA) o metropatía juvenil.***

Se definen por una cantidad de sangrado superior a 150 ml y/o duración mayor de 7 días y/o intervalos menstruales inferiores a 21 días. Para hacer una valoración aproximada de la cuantía de la pérdida hemática, se preguntará por el número de apósitos higiénicos utilizados al día (se considera normal hasta 6), la frecuencia con que precisa cambiarlos y si por la noche mancha o no la cama.

El sangrado vaginal anormal en la adolescente es de causa funcional en el 75% de los casos, debido a los ciclos anovulatorios, en los que el estímulo de los estrógenos sobre el endometrio, sin la oposición de la progesterona, hace que este prolifere desordenadamente, pero este es un diagnóstico de exclusión[7]. Por tanto, se plantean las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma y coagulación: valora la repercusión hemodinámica del sangrado, y descarta la existencia de una discrasia sanguínea (hasta 10-20% de las causas de sangrado menstrual abundante), cuya primera manifestación son reglas intensas.
- Test de embarazo: el embarazo ectópico y los abortos, aunque raros, pueden ser causantes de hemorragia uterina irregular, y no hay que olvidarlos, dado el incremento de los embarazos no deseados en adolescentes.
- Ecografía pélvica: aunque la patología orgánica va a ser excepcional a esta edad, se trata de una prueba de imagen barata y asequible.
- DHEA-S, 17-hidroxiprogesterona y Δ4: ante la presencia de signos de virilización excesiva (acné, hirsutismo).

Manejo de las alteraciones menstruales por exceso

En cada consulta por sangrado menstrual abundante hay que seguir los siguientes pasos[8]:

1. Hacer un diagnóstico diferencial.
2. Valorar el estado de la paciente.
3. Hacer un tratamiento individualizado.
4. Control evolutivo del cuadro hasta su resolución.

El diagnóstico diferencial debe hacerse entre el sangrado de causa orgánica o funcional. Para el diagnóstico diferencial, es muy importante la anamnesis, con lo que se descartará otras patologías (antecedentes de epistaxis, historia familiar…), preguntar por la periodicidad del sangrado y realizar una ecografía, a fin de diagnosticar procesos orgánicos.

Para valorar el estado general de la paciente, se debe observar a la paciente

y ver si presenta: decaimiento, astenia, caída de cabello…, pero es imprescindible la realización de un hemograma y unas pruebas de coagulación.

Para hacer un tratamiento individualizado se dispone de tres posibilidades:

1. *No tratamiento.* Es el caso de la adolescente que consulta por reglas frecuentes o prolongadas o abundantes, pero que no tienen ninguna repercusión sobre su estado general o, si acaso, anemia leve. En estos casos, se tranquilizará a la madre y a la joven y se fomentarán hábitos alimenticios saludables en espera de que, en un breve lapso de tiempo, se regularicen los ciclos.
2. *Tratamiento no hormonal.* Habrá que utilizarlo en casos similares al anterior, pero en los que en la analítica se demuestre una anemia o ferropenia, en cuyo caso se emplearán compuestos de hierro y se añadirá un fármaco antifibrinolítico (ácido tranexámico 1 comp./8 h), durante los días de sangrado más abundante, para disminuir la cuantía del mismo. No debemos olvidar que, aunque es excepcional, la paciente puede llegar a requerir transfusión sanguínea, por lo que la valoración inicial debe descartar que exista repercusión hemodinámica de la pérdida hemática. Es importante hacer un seguimiento del cuadro para ir vigilando la evolución de la anemia.
3. *Tratamiento hormonal.* Estaría indicado en aquellos casos en los que se precise una respuesta más eficaz, bien porque la anemia sea grave o los episodios de sangrado especialmente intensos. Para ello se dispone de:
   - Compuestos hormonales no anticonceptivos:
     - Gestágenos: se emplean corrigiendo la falta de ovulación, administrándolos los 10-12 últimos días del ciclo. Con ello, se consigue regularizar el periodo inter-reglas y que el endometrio no prolifere excesivamente.
     - Compuestos combinados no anticonceptivos: se toman durante 21 días. Con ellos se consigue una regla al mes y de duración normal, pero la cantidad no la modifican mucho. Su ventaja es que contienen un estrógeno natural (valerato de estradiol).
   - Compuestos hormonales anticonceptivos: es el tratamiento de elección si se desea disminuir mucho la cantidad de sangre, o se sospecha que la joven tiene relaciones sexuales. Son más útiles los monofásicos y deben contener entre 30 y 35 microgramos de etinil-estradiol.

Todos los tratamientos se deben mantener, al menos, durante 3 a 6 meses y hacer un control evolutivo clínico y analítico para valorar su retirada o la necesidad de mantenerlos.

Alteraciones menstruales por defecto

Se habla de ***amenorrea primaria*** ante la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o a los 16 años, si estos se han desarrollado adecuadamente.

La ***amenorrea secundaria*** es la ausencia de menstruación durante 6 o más meses en una joven que ya la tenía, habiendo descartado gestación[9].

La existencia de menstruaciones con escasa pérdida hemática o de pocos días de duración o que aparezcan a intervalos prolongados entre 30-90 días, no tiene repercusión en la salud de la adolescente y por ello no se consideran patológicas.

En los casos de amenorrea, tras haber descartado embarazo, se debe realizar:

- Hemograma y bioquímica general: para descartar enfermedad crónica.
- T4 libre y TSH, prolactina: para descartar endocrinopatía.
- DHEA-S, 17-hidroxiprogesterona, Δ4-androstendiona: ante la presencia de signos de virilización excesiva (acné, hirsutismo).
- FSH, LH y 17-β-estradiol: para realizar el diagnóstico diferencial entre hipogonadismo hipogonadotropo e hipergonadotropo, en los casos de amenorrea primaria.
- Ecografía pélvica: descartar malformaciones del tracto genital, quistes ováricos o tumores virilizantes.
- Cariotipo: en caso de hipogonadismo hipergonadotropo.
- Test de provocación con gestágenos: se realizará en las amenorreas secundarias. Se administra un gestágeno (acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día) durante 5 días; si tiene lugar una hemorragia por deprivación, la causa es una anovulación. Si no se produce tal sangrado, es porque la producción de estrógenos no es suficiente.

Manejo de las alteraciones menstruales por defecto

La amenorrea primaria es un cuadro clínico mucho menos frecuente que la amenorrea secundaria.

Las causas de ***amenorrea primaria*** son, casi siempre, malformaciones anatómicas en genitales o enfermedades gonadales o hipotalámicas. En la mayoría de los casos, constituye el síntoma de una enfermedad de base más profunda, la cual se manifiesta también por otros síntomas cardinales específicos, como pueden ser: hipocrecimiento, infantilismo, intersexualidad o hirsutismo.

Para su adecuado diagnóstico, se deben realizar las exploraciones dirigidas a los signos cardinales existentes, relacionándolos con las etiologías más frecuentes:

- Desarrollo normal de la pubertad a su debido tiempo, talla corporal normal: la causa es, casi siempre, una malformación anatómica de útero o vagina: atresia de himen, septo vaginal, agenesia de útero y vagina (síndrome de Rockitanski). Para el diagnóstico, es necesaria una exploración ginecológica y la realización de pruebas de imagen (ecografía, RNM).
- Comienzo tardío de la pubertad: puede deberse a un retraso constitucional del desarrollo o a una pubertad tardía idiopática, pero también a trastornos de la imagen corporal (anorexia y bulimia) o, en deportistas de alto nivel, por la extremada disciplina corporal y alimentaria.
- Infantilismo: ausencia de desarrollo sexual a los 15-16 años (estadio Tanner I). Son necesarias determinaciones hormonales, exploraciones radiológicas de cráneo (Rx, TAC, RNM) y análisis cromosómico. La causa puede ser central, debida a tumores hipofisarios (prolactinoma o craneofaringioma) o de

origen hipotalámico (síndrome de Kallman). Otras veces, se trata de una insuficiencia ovárica primaria cuya principal etiología son las *disgenesias gonadales*, que constituyen un cajón de sastre con cariotipos variables (45X0 [50%], mosaicos [25%] o cariotipo 46XX[25%]) en las que es importante descartar la presencia de un cromosoma Y por la tendencia a la malignización de la gónada. Una forma especial de insuficiencia ovárica se observa en jóvenes tras quimio o radioterapia.

- Virilización y otros signos de androgenización (hirsutismo): hay que descartar una hiperplasia suprarrenal, tumores virilizantes y, mucho más raro, la resistencia androgénica parcial o completa de un individuo cromosómicamente masculino o el hermafroditismo verdadero.

En la ***amenorrea secundaria***, la principal etiología es la hipotalámica, existiendo una modificación de la frecuencia y amplitud de los pulsos de GnRH hasta su total desaparición y una vuelta al estado prepuberal. Es la amenorrea que vemos en las adolescentes con anorexia o bulimia y en las deportistas de alto rendimiento.

El estrés *per se* puede provocar amenorrea. Otras causas de amenorrea secundaria son las asociadas a hiperprolactinemia, hiperandrogenismo (en jóvenes con acné o diagnosticadas de síndrome del ovario poliquístico [SOP]), asociadas a problemas endocrinos, como: (hipotiroidismo, sobrepeso, bajo peso o diabetes mellitus) y las debidas a insuficiencia ovárica, bien por factores inmunes que originen un agotamiento ovárico o tras quimioradioterapia.

El tratamiento de la amenorrea primaria es el de la causa que la provoca.

El tratamiento de la amenorrea secundaria está dirigido también a la causa del trastorno. En la amenorrea hipotalámica y en la debida a insuficiencia ovárica, se iniciará tratamiento sustitutivo, bien con anticonceptivos o con estrógeno + gestágeno no anticonceptivo. En el caso de hiperandrogenismo, utilizaremos como gestágeno el acetato de ciproterona (asociado a etinilestradiol en un anticonceptivo o a un estrógeno natural durante 12 días).

Dismenorrea

El dolor durante la menstruación es un motivo de consulta frecuente y, en ocasiones, puede influir negativamente en las actividades de la adolescente, por lo que debe ser adecuadamente valorado y tratado.

Uno de los motivos más frecuentes de consulta al pediatra es el dolor menstrual. Este puede ser primario (*dismenorrea esencial o primaria*) o secundario a patología ginecológica, como endometriosis o infecciones pélvicas, pero esta *dismenorrea secundaria* es excepcional en la edad pediátrica.

Dado que la dismenorrea esencial solo se presenta en los ciclos ovulatorios, la historia clínica suele iniciarse 6-12 meses tras la menarquia, cuando la ovulación empieza a regularizarse. Suele haber un componente familiar en madres o hermanas.

El dolor en la dismenorrea, en general, es de tipo espasmódico, más intenso en hipogastrio y que puede irradiarse hacia atrás y a los muslos. Se inicia unas horas antes de la menstruación y alcanza su acmé en el 1er día de la regla. El cuadro puede durar desde unas horas hasta 2-3 días y, en más de la mitad de los casos, se acompaña de náuseas o vómitos, astenia, diarrea, mareo, cefalea.

Actualmente, se acepta que la dismenorrea se produce por un incremento anormal de la actividad uterina, debido a un aumento en la producción uterina de prostaglandinas, concomitante con la caída de los niveles de esteroides ováricos en el momento de la menstruación.

Para la valoración de la dismenorrea no es necesario realizar pruebas analíticas. Una ecografía pélvica permite descartar malformaciones del tracto genital, endometriosis y signos indirectos de enfermedad inflamatoria, con los que se debe hacer el diagnóstico diferencial[10].

Manejo de la dismenorrea

El primer peldaño del tratamiento lo constituyen los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que inhiben la síntesis de prostaglandinas. Los más utilizados son ibuprofeno y naproxeno. La administración se realiza durante los días con dolor, mejor de forma pautada cada 8-12 horas, no habiéndose comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia, es necesario mantener los tratamientos 5-6 meses e incluso cambiar de uno a otro AINE hasta conseguir el más eficaz para cada paciente[11].

Si la dismenorrea no mejora con la terapia anterior, si se asocian hemorragias cuantiosas o si la joven desea un método anticonceptivo, estos fármacos constituyen la segunda arma terapéutica, con los cuales conseguimos la eliminación del dolor en el 90% de los casos.

Cuando las medidas terapéuticas anteriores no resuelven el cuadro de dolor, hay que recurrir a la laparoscopia para descartar patología orgánica responsable, pero esto es excepcional.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.*** Parera Junyent N, Yeste Fernández D. Fisiología de la pubertad. Pubertad precoz. Pubertad retrasada. Ciclo menstrual normal Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013, p. 51-63.

2.*** American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care. Díaz A, Laufer MR, Breech LL. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Pediatrics. 2006; 118: 2245-50.

3.*** Adams PJ, Menstruation in Adolescents: What's normal? Medscape J of Med. En: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2644006.

4.*** Parera N, Colomé C. Menstruación en adolescentes, ¿qué podemos esperar? An Pediatr Contin. 2010; 8(6): 271-8.

5.*** Rodríguez MJ, Brañas P. El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenorrea. Síndrome premenstrual. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Atención integral. 2ª edición. Ed. Ergon. 2012, p. 507-12.

6.** Rodríguez MJ. Alteraciones menstruales de la adolescente. En: Argente J, Soriano L. Manual de Endocrinología Pediátrica. 2º ed. Ed. Ergon. 2014, p. 75-84.

7.*** Gray SH, Emans SJ. Abnormal vaginal bleeding in the adolescent. In: Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology, 6th. Emans SJ, Laufer MR (Eds), Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia. 2012, p. 159.

8.*** Colomé Rakoski C. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por exceso: mens-

truación excesiva, frecuente o prolongada. En: Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013, p 63-70.

9.*** de Santics V, Fiscina B. Amenorrea primaria y secundaria en adolescentes. Evaluación clínica y diagnóstica diferencial. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Atención integral. 2ª edición. Ed. Ergon. 2012, p. 513-20.

10.** Sánchez M, Blanes AA. Dismenorrea. Dolor pélvico agudo y crónico. En: Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013, p. 81-93.

11.* Harel Z. Dysmenorrea in adolescents and young adults: etiology and management. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006; 19: 363-71.

12. Curell Aguilà N. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. Pediatr Integral. 2013; XVII(3): 161-70.

Bibliografía recomendada

– Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013.

Libro de referencia obligada, los autores realizan una revisión muy completa de todos los trastornos ginecológicos en la niña y adolescente, las características especiales de la sexualidad y su patología.

– American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Pediatrics. 2006; 118: 2245-50.

Artículo de referencia, en el que se considera la menstruación como un signo "vital" y un buen marcador del estado de salud general de las adolescentes, y las alteraciones menstruales un signo de alerta, que pueden orientar al pediatra o médico de familia a descartar patología relevante de la adolescente.

– Adams PJ, Menstruation in Adolescents: What's normal? Medscape J of Med. En: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2644006.

Se realiza una revisión de la normalidad del ciclo menstrual en este grupo de edad, exponiendo la necesidad de simplificar la terminología clásica de las alteraciones menstruales.

– Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Atención integral. 2ª edición. Ed Ergon.

Libro de referencia en el que se realiza una revisión exhaustiva y actualizada de las diferentes patologías del desarrollo puberal y la esfera reproductiva de las adolescentes.

– Gray SH, Emans SJ. Abnormal vaginal bleeding in the adolescent. In: Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology, 6th. Emans SJ, Laufer MR (Eds), Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia. 2012.

Libro básico de consulta para todos los pediatras y ginecólogos interesados en la ginecología infanto-juvenil.

Caso clínico

Paciente de 14 años que acude a consulta acompañada por su madre.

Antecedentes personales: sin interés. Operada de adenoides.

Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 11 años y medio. Reglas regulares de 5-6 días de duración cada 26-30 días, nunca baches amenorreicos. Cantidad de sangrado refiere "normal", con manchado abundante el 1º y 2º días y a partir del 4º escaso y oscuro.

Motivo de consulta: la paciente refiere dolor con las menstruaciones desde hace ya casi un año. Al principio no le dolían, pero luego le empezó a doler el primer día un poco y ahora le duele incluso antes de venirle y los tres primeros días. El primer día es el peor, su madre ha tenido que ir a buscarla al instituto en varias ocasiones. En todas las reglas, tiene diarrea el primer día, pero ahora también náuseas y una vez vomitó del dolor.

La madre dice que ella también lo pasaba mal con las reglas hasta que tuvo su primer parto y después comenzó a tomar anticonceptivos.

Cuando tiene dolor le da paracetamol y si no se le pasa le da un ibuprofeno, pero es un poco reacia a que la niña tome muchas pastillas y prefiere intentar calmarla con infusiones y una bolsa de calor en el abdomen.

Exploración: sin hallazgos patológicos a nivel general. La paciente no ha tenido relaciones sexuales, por lo que no se realiza exploración ginecológica.

Pruebas complementarias: no se solicitan.

Evolución: se aconseja tratamiento con ibuprofeno 600 mg, de forma pautada tras el desayuno, comida y cena los días que tenga dolor.

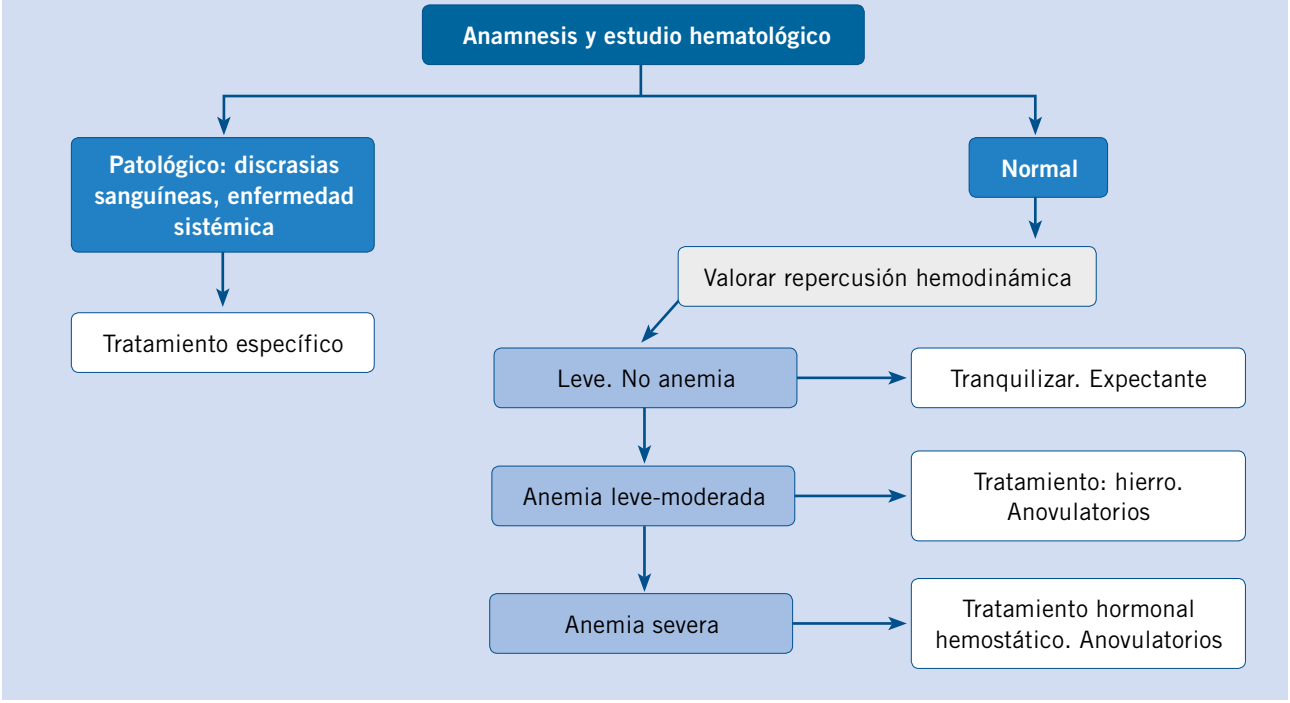
En la revisión a los tres meses, la paciente comenta que no ha notado mejoría y sigue teniendo que faltar a las clases. Se aconseja entonces iniciar el tratamiento con un anticonceptivo.

Cuestionario de Acreditación

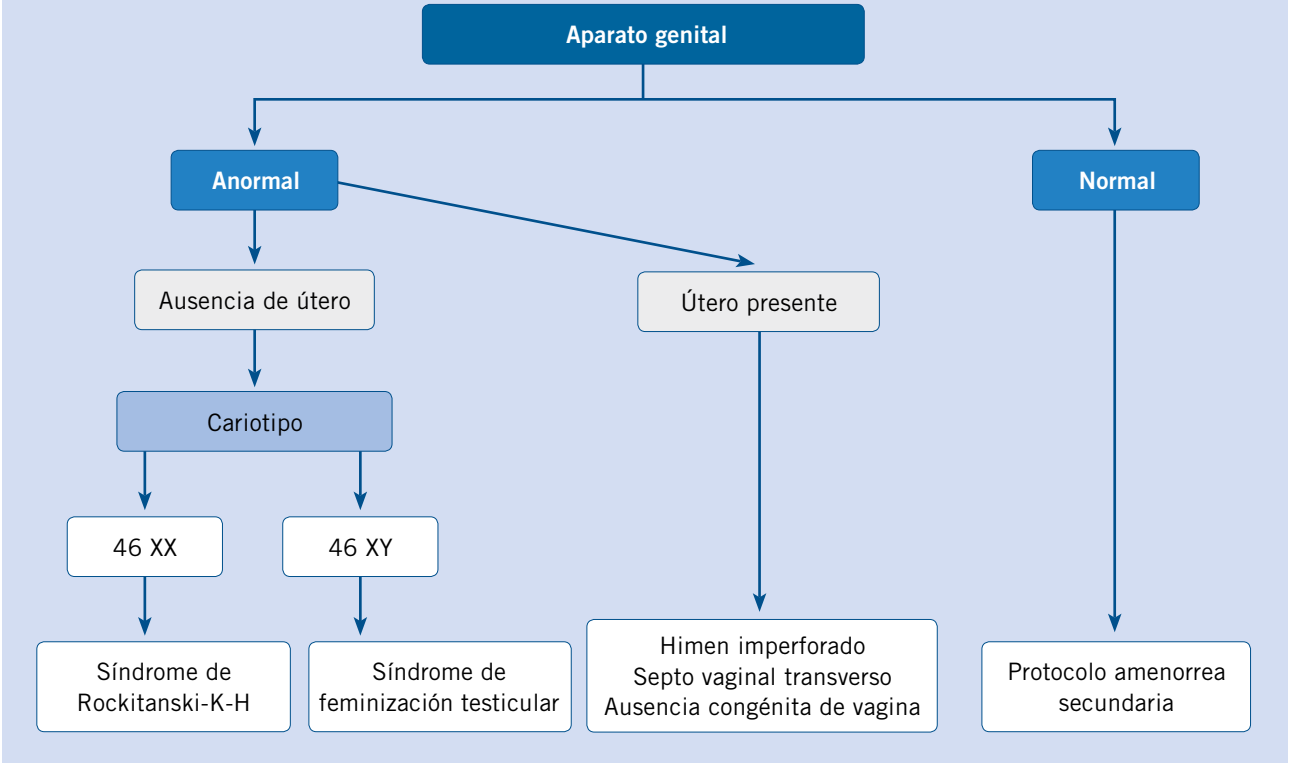
Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

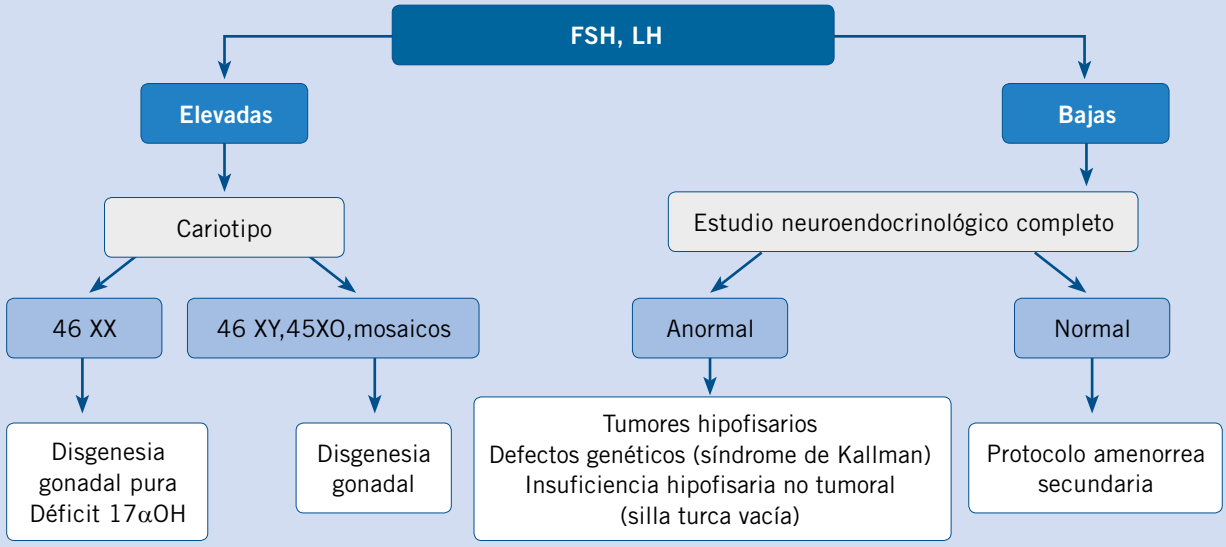
Algoritmo diagnóstico de sangrado menstrual excesivo



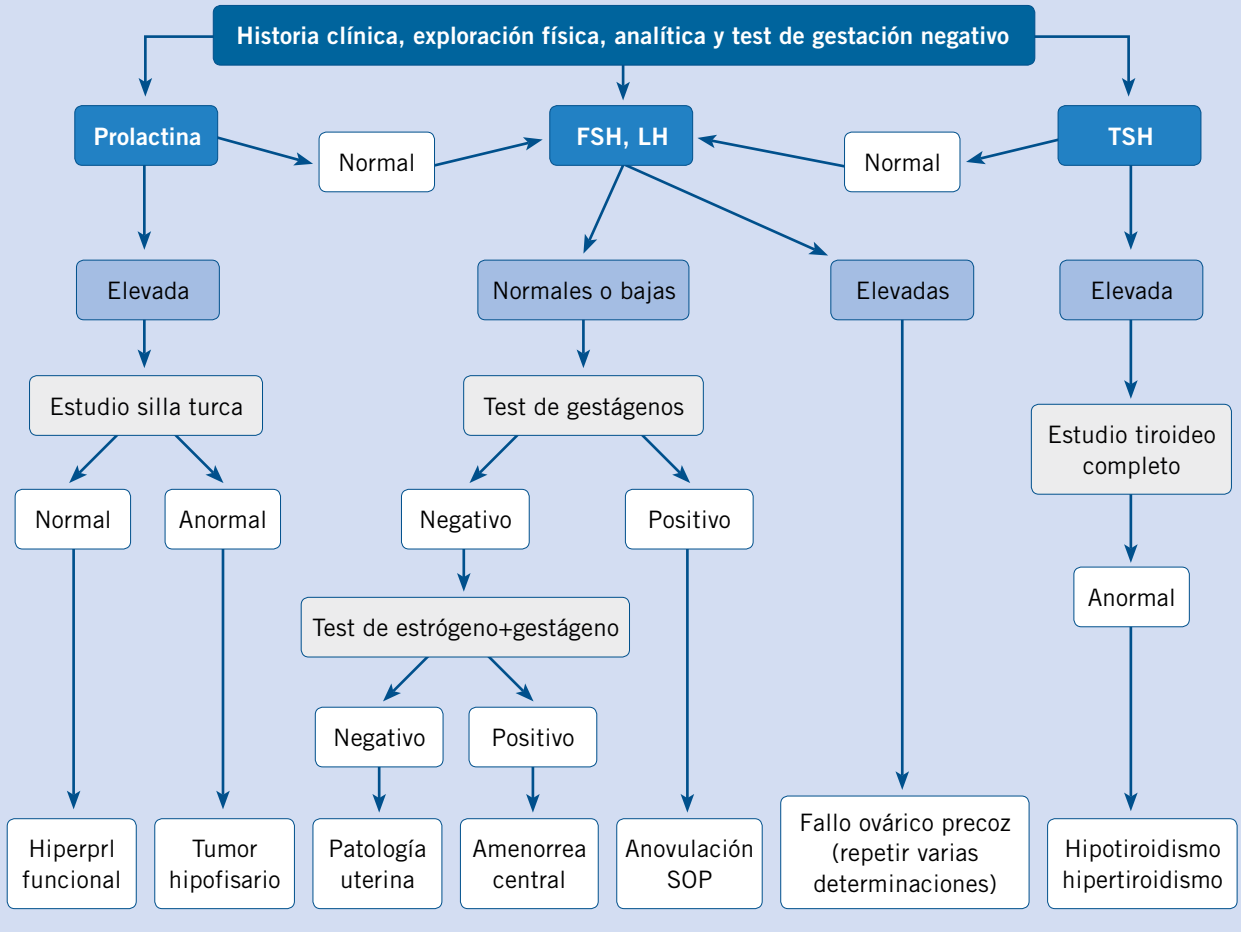
Algoritmo diagnóstico de amenorrea primaria (1)
Amenorrea primaria con desarrollo de caracteres sexuales secundarios



Algoritmo diagnóstico de amenorrea primaria (2)
Amenorrea primaria sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios



Algoritmo diagnóstico de amenorrea secundaria



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de Pediatría Integral, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

El ciclo menstrual y sus alteraciones

1. **Señale la respuesta FALSA en relación al ciclo menstrual:**
   a. Es el resultado de la interrelación entre factores neurológicos y endocrinos.
   b. El ciclo ovárico consta de una fase folicular y una fase luteínica.
   c. El ciclo endometrial es el reflejo en el útero de la producción hormonal del ovario.
   d. El ciclo endometrial consta de una primera fase secretora, una segunda proliferativa y la tercera de descamación o menstruación.
   e. Es el hipotálamo, mediante la secreción de GnRH, quien regula los cambios hormonales responsables del ciclo menstrual.

2. **Señale la respuesta INCORRECTA:**
   a. La FSH hipofisaria estimula el crecimiento de los folículos y la producción de estrógenos.
   b. La LH hipofisaria desencadena la ovulación y la formación del cuerpo lúteo.
   c. La duración de la fase luteínica es muy variable y por ello la duración del ciclo puede oscilar entre 28+/-7 días.
   d. La menstruación es la expulsión del endometrio descamado.
   e. La secuencia de la pubertad es telarquia-pubarquia-menarquia.

3. **En relación al sangrado menstrual abundante, señale la CORRECTA:**
   a. Es una patología muy poco frecuente en los primeros años tras la menarquia.
   b. La patología orgánica de útero (pólipos) u ovario (quistes) es una de las causas más frecuentes.
   c. El tratamiento hormonal no debe emplearse en estas pacientes.
   d. El tipo de tratamiento se indicará en función de la repercusión que tenga el sangrado en la adolescente.
   e. La realización de una ecografía debe ser prioritaria en los casos de sangrado menstrual abundante.

4. **En relación con las amenorreas, la actuación médica ADECUADA debe ser:**
   a. Si una joven de 14 años presenta amenorrea primaria y ausencia de desarrollo puberal, se debe sospechar una malformación del aparato genital.
   b. Si una joven de 14 años presenta amenorrea primaria y ausencia de desarrollo puberal se debe realizar un estudio completo, incluyendo analítica hormonal, RNM y cariotipo.
   c. Se debe considerar patológico y, por tanto, iniciar estudio, la ausencia de menstruación durante 3 meses tras la menarquia.
   d. Si una joven de 16 años presenta amenorrea primaria y ausencia de desarrollo puberal, se debe realizar un estudio completo, incluyendo analítica hormonal y cariotipo en las pruebas solicitadas.
   e. El tratamiento de la amenorrea por anovulación en adolescentes debe ser estimular el ovario, para que vuelva a ovular.

5. **Señale la respuesta CORRECTA:**
   a. Con el término dismenorrea, nos referimos a los dolores que aparecen a nivel pélvico en mujeres desde el inicio de las menstruaciones.
   b. La dismenorrea primaria está presente desde los primeros ciclos y suele ir progresando en intensidad a lo largo de los años.
   c. En adolescentes, la causa más frecuente de dismenorrea es la endometriosis.
   d. El tratamiento de la dismenorrea debe iniciarse con antiinflamatorios no esteroideos.
   e. Los anticonceptivos no mejoran la dismenorrea primaria, solo la secundaria.

Caso clínico

6. **En relación al caso clínico expuesto, señale lo que le parece CORRECTO:**
   a. Considero que el enfoque inicial del caso es correcto, pero hubiera

insistido en la toma de analgésicos antes de pasar a prescribir anticonceptivo.

b. Considero insuficiente la exploración física, porque no se detalla si la niña presentaba signos de hiperandrogenismo, o se descartó una malformación genital.

c. Considero que se debería haber realizado una analítica general con determinaciones hormonales.

d. Considero que se debía haber solicitado una interconsulta al ginecólogo, porque es una patología muy específica.

e. Considero que se debió solicitar una ecografía para descartar patología ginecológica.

7. **En este caso, se interpretó como una dismenorrea primaria por todas las características del cuadro EXCEPTO:**

   a. Las primeras reglas no fueron dolorosas, y la dismenorrea esencial aparece cuando los ciclos se hacen ovulatorios.

   b. Su madre contaba una historia de dismenorrea, y esta patología tiene un componente familiar.

   c. La presencia de náuseas y diarrea descarta que se tratara de una dismenorrea secundaria.

   d. A la edad de la paciente es excepcional la existencia de una endometriosis como causa de la dismenorrea.

   e. La dismenorrea primaria es mucho más frecuente que la secundaria.

8. **En cuanto a la ACTITUD terapéutica:**

   a. Se debió aconsejar seguir con paracetamol, pero de forma pautada.

   b. Por la intensidad de los síntomas se debía haber comenzado con los anticonceptivos, como se hizo luego.

   c. No se debe hacer ninguna prescripción sin haber practicado analítica y ecografía.

   d. Se podía haber cambiado el ibuprofeno por otro AINE antes de comenzar el tratamiento con anticonceptivos.

   e. No se deben prescribir anticonceptivos si no hay relaciones sexuales.

Anticoncepción en la adolescencia

C. Quintana Pantaleón

Especialista en Obstetricia y Ginecología. Médica Adjunta del Hospital Sierrallana del Servicio Cántabro de Salud. Torrelavega. Cantabria

Resumen

Muchos adolescentes inician y mantienen relaciones sexuales coitales. Pero, en ocasiones, no están suficientemente preparados para unas relaciones interpersonales tan íntimas, ni para adoptar en todo momento, una conducta sexual responsable. Las dificultades emocionales, los desengaños, los problemas de comunicación, las relaciones sexuales no gratificantes, los embarazos no deseados, con su correlato de abandono de estudios o proyectos vitales e interrupciones voluntarias de embarazo y las infecciones de transmisión sexual, serían el lado oscuro de su recién estrenada vida sexual adulta. Los pediatras como profesionales de la salud, pueden contribuir a que chicas y chicos disfruten de una sexualidad segura y placentera, basada en relaciones de igualdad y de respeto, facilitando espacios de escucha empática y favoreciendo la toma de decisiones responsables. Para ello, deben ayudarles a descubrir cómo quieren vivir su sexualidad y relacionarse con sus parejas, apoyando sus decisiones. Pero también, deben poder ofrecer asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y ayudarles a elegir aquellos que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias.

Abstract

Many teenagers initiate and maintain coital sexual relations. However, sometimes they are not sufficiently prepared for the intimacy of such relationships, and are not capable of maintaining a responsible sexual conduct. The dark side of their newly discovered sexual life can take the form of emotional difficulties, disillusion, communication issues, unfulfilling sexual experiences, sexually transmitted diseases (STDs), and unwanted pregnancies - which can lead to secondary effects such as dropping out of school, the abandonment of their life projects, as well as the voluntary interruption of the pregnancy. Pediatricians, as health care professionals, can contribute to young boys and girls' enjoyment of a safe and pleasant sexuality based on respect and equality by creating safe spaces where the teenagers feel they are being heard, not judged, and they are encouraged to make responsible choices. In order to achieve this, pediatricians ought to help them discover how they wish to enjoy their sexuality and develop their relationships, and support their decisions. They also have to be able to offer advice on contraceptive methods and prevention of sexually transmitted diseases; helping them choose the solutions that best fit their needs and preferences.

Palabras clave: Anticoncepción en la adolescencia; Menor maduro; Criterios de elegibilidad médica de los métodos anticonceptivos; Doble método en anticoncepción; Anticoncepción de emergencia.

Key words: *Contraception for adolescents; The mature minor; Medical eligibility criteria for contraceptive use; Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections; Emergency contraception.*

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 312–322

Introducción

La anticoncepción en la adolescencia presenta peculiaridades. La primera cuestión que se plantean muchos profesionales es si pueden abordar con los adolescentes menores de edad este tema sin la presencia de sus padres o tutores. También pueden preguntarse acerca de los límites de la confidencialidad a la que están obligados y sobre cómo ofrecer consejo contraceptivo. Además, pueden tener dudas acerca de la seguridad del uso de métodos hormonales en las más jóvenes o de los dispositivos intrauterinos en chicas que no han tenido hijos y recelos ante la controversia en el uso de la píldora postcoital. Por otra parte, la mayoría de las adolescentes están sanas, lo que favorece la elegibilidad médica de los métodos disponibles, que, en general, solo deben adaptarse a las preferencias de la adolescente.

Aspectos éticos y legales de la anticoncepción en la adolescencia

La ley básica reguladora de la autonomía del paciente establece la mayoría de edad médica en los 16 años y, además, reconoce a los menores de 16 años "maduros" el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido y eficaz.

A partir de los 16 años, el consentimiento paterno por representación, solo es preciso cuando el o la adolescente quieren participar en un ensayo clínico o solicitan someterse a técnicas de reproducción asistida o a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y, a criterio del facultativo, en actuaciones de grave riesgo para la vida o la salud. La ley, además, reconoce a los menores de 16 años si son "maduros" el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización y la capacidad para prestar un consentimiento válido. La valoración de dicha "madurez" corresponde a los profesionales médicos. En el ámbito que nos ocupa, la mera solicitud de un método anticonceptivo, incluida la píldora postcoital, demuestra responsabilidad y suficiente madurez.

Cuando se atiende a adolescentes menores de 16 años que no acuden acompañados de sus padres o tutores, conviene recoger en la historia clínica: que se ha comprobado su madurez, que el método que han decidido utilizar es elegible médicamente y que se les ha aconsejado que informen a sus padres o tutores de que mantienen relaciones sexuales y van a utilizar un determinado anticonceptivo[1,2]. Por otra parte, el respeto a la confidencialidad y a las decisiones de los adolescentes menores maduros son aspectos claves de buena práctica que deben expresamente garantizarse a los adolescentes.

Debe tenerse en cuenta que la reciente reforma del Código Penal ha elevado la edad de consentimiento sexual de los 13 a los 16 años, para proteger a los menores de abusos sexuales. Esta disposición no afecta a las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes y jóvenes, ya que no se consideran abuso si son consentidas y se mantienen con una persona próxima a la menor, por edad y grado de desarrollo y madurez.

La elección del método anticonceptivo

La elección de un método anticonceptivo requiere de un cuidadoso consejo contraceptivo. Es necesario conocer las ventajas e inconvenientes y los criterios médicos de elegibilidad de los distintos métodos anticonceptivos, así como recomendar la doble protección.

La demanda de un método anticonceptivo requiere un abordaje algo diferente al de los motivos habituales de consulta. Para atenderla es necesario establecer un diálogo y un proceso asistencial denominado consejo contraceptivo que pretende:

- Conocer las necesidades anticonceptivas de la adolescente o de la pareja, que serán diferentes dependiendo de la frecuencia de relaciones, de si existe o no riesgo de ITS, de la confianza que exista en la pareja, del grado de implicación del chico, etc. Es importante también identificar valores y creencias sobre la sexualidad, la anticoncepción, la eventualidad de un embarazo no deseado, etc., y sus preferencias y opiniones acerca de los diferentes métodos. Conviene prestar atención a posibles demandas ocultas (ambivalencia con el hecho de ser sexualmente activo, malestar por relaciones asimétricas, maltrato, coacción o dificultades en la negociación del método, desconocimiento de la técnica sexual con relaciones no placenteras, etc.).
- Identificar características personales de los adolescentes que deban ser tomadas en cuenta para elegir el método más adecuado (metódica, rechazo a fármacos, apoyo familiar, trabajo nocturno…).
- Valorar el estado de salud para descartar posibles condiciones médicas que afecten a la elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. La guía "*Medical eligibility criteria for contraceptive use*" de la OMS, disponible en Internet, proporciona una orientación clara y actualizada sobre las situaciones de salud que pueden desaconsejar el uso de un determinado método[3].
- Preguntar sobre problemas, como: sangrado menstrual excesivo, oligomenorrea, dismenorrea, acné o hirsutismo, que pueden beneficiarse del uso de anticoncepción hormonal.
- Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos, informando sobre su eficacia, forma de uso, relación con el coito, precio, etc., para poder elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad[4]. Recomendar la doble protección; es decir, el uso del preservativo para prevenir ITS y de otro método, generalmente hormonal, para aumentar la eficacia anticonceptiva. Está recomendación ocupa un espacio muy importante en el consejo contraceptivo de los adolescentes. La razón por la que los adolescentes utilizan métodos anticonceptivos es la prevención del embarazo. Pocos consideran que, además, sea necesario prevenir las ITS. Sin embargo, las relaciones sexuales coitales sin protección con métodos de barrera, exponen al riesgo de contraer infecciones por: herpes, clamidia, tricomonas, gonococo, papilomavirus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix y VIH, entre otras. Además, la doble protección fomenta la responsabilidad individual, tanto de chicas como de chicos, sobre la propia fertilidad[5].
- Proporcionar información sobre el correcto uso del método elegido, el manejo de eventualidades (rotura, olvidos, vómitos, uso de otros fármacos) y los efectos secundarios posibles.
- Ayudar a la elección del método.
- Proponer un seguimiento, ya que la elección de un método contraceptivo debe seguirse de una adecuada supervisión y de la posibilidad de un acceso rápido, si se produce cualquier problema o surge alguna duda.

Métodos anticonceptivos en la adolescencia

Preservativo

Especialmente indicado en la adolescencia, en uso exclusivo o junto con otro método, para evitar embarazos no deseados e ITS[6].

Es el método más utilizado por los adolescentes al inicio de sus relaciones sexuales. Lo utilizan como un método

de transición que tienden a sustituir por los métodos hormonales en cuanto consideran que su relación es estable, olvidando la prevención de las ITS. Actualmente, se dispone de una amplísima oferta de preservativos de diferentes tallas, espesores, formas, texturas e incluso colores y sabores que permite disponer del tipo que mejor se adapte a cada adolescente.

Indicaciones

Las relaciones sexuales imprevistas o esporádicas son frecuentes en la adolescencia, así como los cambios de pareja, por lo que el preservativo es un método muy adecuado. Su eficacia anticonceptiva, si es bien utilizado, es alta y reduce el riesgo de transmisión del HIV, sífilis, clamidia trachomatis, gonococia, trichomonas vaginalis, herpes genital, papilomavirus y hepatitis B.

Seguridad

Es un método muy seguro sin prácticamente efectos desfavorables sobre la salud.

Eficacia

La tasa de embarazo es de 2 a 12 gestaciones por cada 100 chicas que los utilicen durante un año. Esta eficacia tan variable va a depender de cómo se utilice el preservativo. Por eso, aunque su uso parezca muy fácil, hay que explicar cómo debe de utilizarse. Conviene comprar los preservativos en establecimientos garantizados o marcas de prestigio en Internet. En el momento del uso, se comprobará su fecha de caducidad y se abrirá el envoltorio sin utilizar ningún instrumento cortante para no dañarlo. Idealmente, debe utilizarse desde el inicio de la erección, colocando el pequeño anillo en el que está enroscado hacia el exterior; de lo contrario, se estaría poniendo al revés, no se desenrollaría con facilidad y podría romperse. Es conveniente pinzar el extremo del condón, mientras se desenrolla sobre el pene, para que quede libre de aire un espacio que servirá para recoger el semen. Si se utilizan lubricantes deben ser hidrosolubles, para no dañar los preservativos. Después de la eyaculación, es conveniente retirar cuidadosamente el pene, mientras todavía está erecto, sujetando la parte superior del preservativo para evitar la salida del esperma o que quede retenido en la vagina. Debe cerrarse el preservativo con un nudo y comprobar siempre su integridad.

Dificultades

Algunos adolescentes son muy reticentes al uso del preservativo. Conviene abordar sus dificultades y proponer soluciones a los problemas concretos que planteen:

- Alergia al látex: se dispone de preservativos libres de látex fabricados con poliuretano o resinas sintéticas. Su tasa de rotura es superior, así como su coste.
- Incomodidad, sensación de estrangulamiento, el preservativo no llega hasta la base del pene: se necesita una talla más grande.
- Se arruga, sobra en la base del pene, tiende a salirse o se enrolla durante la relación: el preservativo es demasiado grande.
- Disminución de la sensibilidad: puede probarse con preservativos extrafinos o bien con preservativos sin látex que interfieren menos con la sensibilidad y transmiten mejor la temperatura corporal.
- Pérdida de espontaneidad, interrupción de la relación: proponer que la colocación sea integrada en el juego sexual.
- Dificultad para negociar su uso. Preparar con la adolescente las frases más adecuadas para proponerlo y defender su utilización.
- No disponibilidad del preservativo: recomendar a los adolescentes que dispongan de preservativos ante la menor posibilidad de mantener un encuentro sexual y que, en caso contrario, eviten las relaciones con penetración.

Advertencias

- El uso de cremas y óvulos para el tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica altera los preservativos. Es preferible la utilización de antifúngicos orales o evitar relaciones sexuales con penetración, mientras dure el tratamiento.
- Los preservativos tienen una tasa de rotura que oscila entre 0,5-3%. Si la rotura se produce antes de la eyaculación, obviamente debe cambiarse. Si se comprueba después, se recomienda la anticoncepción postcoital de emergencia independientemente del momento del ciclo menstrual.
- Dada la frecuencia de rotura y de inconsistencia en el uso de este método, es conveniente proporcionar una dosis de anticoncepción postcoital a todas las adolescentes usuarias. Se ha comprobado que disponer de esta píldora no incrementa las conductas sexuales de riesgo.

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Este método es recomendable por su alta eficacia en adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Además, la AHC es el tratamiento de elección en casos de dismenorrea importante, problemas de sangrado menstrual excesivo, síndrome de ovario poliquístico, acné o hirsutismo.

La anticoncepción hormonal combinada (AHC) asocia un estrógeno, el etinilestradiol, a un progestágeno, que varía según los diferentes preparados disponibles. A pesar de que ha existido preocupación acerca de una posible interferencia con el proceso de maduración del eje hipotalámo-hipofisario, hoy existe evidencia de que puede utilizarse desde la menarquia[3].

Indicaciones

Son una buena elección para adolescentes que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Pueden ofrecer, además, ventajas adicionales en casos de: dismenorrea, sangrado menstrual excesivo, acné, hirsutismo y síndrome de ovario poliquístico, trastornos relativamente frecuentes en la adolescencia.

Eficacia

Es muy elevada si se utilizan bien, con una tasa de 0,3 embarazos por 100 mujeres que los utilicen de forma perfecta durante un año. Sin embargo, en la práctica, la tasa puede elevarse hasta 9 embarazos.

Seguridad

El uso de AHC es muy seguro en la adolescencia, debido a que raramente a esta edad concurren enfermedades que la contraindiquen su uso. Sin embargo,

siempre, a cualquier edad, deben descartarse situaciones en las que el uso de estos preparados pueden estar contraindicados. Las condiciones de no elegibilidad médica de este método, que pueden darse en la adolescencia son las siguientes[3]:

- Mutaciones trombogénicas (factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina).
- Historia de enfermedad tromboembólica (ETV). Los trastornos venosos superficiales, varices y tromboflebitis superficial, no contraindican el uso de AHC.
- Anticuerpos antifosfolipídicos, ya que están asociados con un mayor riesgo de trombosis arterial y venosa.
- La cirugía mayor y la inmovilización prolongada contraindican solo temporalmente los AHC.
- Migrañas con aura por un riesgo más alto de accidente cerebrovascular.
- Hepatitis aguda.
- Tumores hepáticos benignos.
- Uso de anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina) que pueden disminuir la efectividad de los AHC.
- Tratamiento con lamotrigina en monoterapia, ya que los AHC disminuyen los niveles del antiepiléptico y pueden aumentar la actividad comicial.
- Tratamiento con rifampicina y rifabutina, que pueden disminuir la efectividad de los AHC. A pesar de la creencia generalizada, el resto de los antibióticos, así como los antifúngicos y antiparasitarios no afectan la efectividad anticonceptiva de los AHC.
- Uso de hierba de San Juan, por su efecto de inducción enzimática con disminución de la eficacia anticonceptiva.
- Primeras 3 semanas postparto en mujeres no lactantes, por el riesgo incrementado de ETV en el puerperio. Sin embargo, pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto.
- Durante los 6 primeros meses de lactancia materna.

Efectos beneficiosos adicionales

Los AHC, además de prevenir con eficacia los embarazos no deseados, son útiles para tratar problemas o trastornos muy frecuentes a estas edades, tales como: dismenorrea esencial que no responde a antiinflamatorios, sangrado menstrual excesivo o frecuente, amenorrea y oligomenorrea, acné e hirsutismo.

Además, el uso de AHC reduce en un 50-75% la patología benigna de la mama, disminuye la incidencia de quistes ováricos funcionales y tumores ováricos benignos, confiere cierta protección frente a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y reduce en un 50% el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, prolongándose esta protección más de 15 años después de interrumpir su uso.

La AHC puede ser también útil para administrar estrógenos en casos de amenorrea central por anorexia nerviosa o ejercicio excesivo, para evitar el sangrado menstrual en casos de competiciones deportivas, viajes y exámenes y para tratar las cefaleas menstruales.

Efectos no deseables

A las adolescentes les preocupa, sobre todo, la posibilidad de ganar peso con el uso de AHC. Aunque los estudios indican que la proporción de mujeres que pierden o ganan peso es semejante, adolescentes concretas, muy sensibles al efecto anabolizante de estos preparados, pueden incrementar de forma importante su índice de masa corporal con estos preparados. Otros efectos indeseables son:

- Náuseas y vómitos que suelen desaparecer tras unos pocos ciclos. Pueden minimizarse si la píldora se toma al acostarse.
- Sangrados intermedios, que suelen desaparecer espontáneamente en el transcurso de los primeros ciclos. En menos del 2% de los casos, puede aparecer amenorrea. Generalmente, es secundaria a atrofia del endometrio, pero debe descartarse la posibilidad de un embarazo.
- Cloasma. Conviene recomendar el uso de un fotoprotector.
- Cambios en la libido y en el humor.

Prescripción

La AHC puede ser indicada por pediatras y médicos de familia. En adolescentes sin factores de riesgo, sanas y sin quejas ginecológicas, no está indicado realizar exploraciones pélvicas, ni analítica[7]. Solo se necesita realizar una buena historia clínica para descartar las condiciones de no elegibilidad médica ya reseñadas y proporcionar un consejo pormenorizado sobre cómo usar el método. Conviene también determinar la tensión arterial y pesar a la adolescente.

Preparados disponibles

Píldoras

Se dispone de múltiples marcas:

- De primera elección es la combinación que contiene 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel (financiada). No se recomienda utilizar preparados con dosis más bajas de 30 microgramos de etinilestradiol para evitar un efecto negativo sobre la masa ósea. Además, estas dosis bajas pueden necesitar, para mantener su eficacia anticonceptiva, un mejor cumplimiento terapéutico del que suele ser habitual entre las adolescentes. Por otra parte, el uso de píldoras con progestágenos distintos al levonorgestrel se asocia a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.
- El preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de norgestimato (financiado) es de elección, cuando la adolescente presenta acné o hirsutismo o cuando con el preparado anterior hay un mal control del ciclo.
- Si existen manifestaciones androgénicas importantes (acné, hirsutismo) puede usarse un preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 2 mg de acetato de ciproterona (financiado) que se suspenderá tres meses después de obtener mejoría, continuando con otras píldoras con norgestimato.
- Las píldoras que contienen drospirenona, gestodeno o desogestrel como progestágenos deben considerarse de segunda línea y utilizarse solo en casos de efectos adversos con los otros preparados, tales como; cefalea, depresión, aumento de peso o síntomas mamarios.

Suele recomendarse iniciar el tratamiento entre el primer y el quinto día de un sangrado menstrual, pero si existe razonable certeza de que la adolescente no está embarazada y no se considera conveniente retrasar la protección anticonceptiva, puede comenzar la toma de la píldora en el momento de la pres-

Tabla I. Recomendaciones ante el olvido de píldora combinada

Si se olvida una píldora
- Tomarla cuanto antes, lo que puede suponer tomar dos píldoras en el mismo día o al mismo tiempo
- Seguir con el envase normalmente sin tomar medidas anticonceptivas adicionales

Si se olvida la toma de dos píldoras consecutivas
- Tomar, cuanto antes, una de las píldoras olvidadas, lo que puede suponer tomar dos píldoras en el mismo día o al mismo tiempo
- Continuar con el envase normalmente
- Tomar precauciones anticonceptivas adicionales durante los 7 días siguientes por el riesgo de que se produzca un escape ovulatorio
- Además:
  - Si el olvido se ha producido en la primera semana de tratamiento y se han mantenido relaciones sexuales, tomar una píldora postcoital de levonorgestrel (la postcoital con acetato de ulipristal puede reducir la eficacia anticonceptiva de la AHC)
  - Si el olvido se produjo en la tercera semana de tratamiento, se comenzará el envase siguiente sin respetar el intervalo de descanso o desechando las píldoras placebo

cripción. Una alternativa es el *Sunday Start*. La adolescente comenzará la toma el primer domingo después del inicio de su regla, así se evita que las sucesivas hemorragias de deprivación se produzcan durante los fines de semana. Si la adolescente comienza a tomar la píldora con posterioridad al quinto día de su ciclo, necesitará usar protección anticonceptiva adicional hasta haber tomado 7 píldoras[8]. A continuación, se tomará una píldora diaria durante 21 días consecutivos, seguido de una pausa sin tratamiento de siete días durante los que se mantiene la protección anticonceptiva. En este intervalo se producirá una hemorragia de deprivación, que tenderá a ser de menor cuantía y menos dolorosa que las reglas habituales. Algunas adolescentes pueden preferir presentaciones con 28 comprimidos, en las que los 7 últimos son placebo, para evitar olvidos.

En ciertas circunstancias: hemorragias de deprivación abundantes, dismenorrea que no se alivia suficientemente, cefalea menstrual, síndrome premenstrual, conveniencia personal (competiciones deportivas, exámenes, viajes, etc.), puede recomendarse la toma de 42, 63 o 84 píldoras consecutivas, según prefiera o se considere más oportuno (2, 3 o 4 envases de un preparado con 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel) seguidas de un intervalo libre de 7 días[9].

Para mejorar el cumplimiento, conviene dar verbalmente y por escrito instrucciones concretas sobre qué hacer cuando se producen olvidos, ya que son muy frecuentes (Tabla I).

Si aparecieran vómitos o diarrea en las dos horas siguientes a la toma, se recomendará tomar una píldora adicional. Si el problema persistiera se utilizarán medidas contraceptivas adicionales durante siete días.

Anillo vaginal

Se dispone de un anillo vaginal hormonado que libera 15 mcg de etinilestradiol y 0,12 mg etonogestrel diarios y que no contiene látex[10]. Su eficacia es similar y las condiciones de elegibilidad son las mismas que la AHC oral[3].

Indicaciones

Adolescentes que desean un método hormonal, pero que consideran incómoda la toma de una píldora diaria o tienen olvidos frecuentes.

Este método evita el primer paso hepático, presenta una tasa de liberación constante y no se ve afectado por alteraciones gastrointestinales, pero se desconoce si estas teóricas ventajas de la vía vaginal confieren beneficios clínicos. Tampoco se conoce el riesgo comparativo de ETV frente a la vía oral.

Puede producir sensación de cuerpo extraño, molestias durante el coito, leucorrea, mal olor vaginal y expulsarse espontáneamente. A pesar de ello, algunas adolescentes y jóvenes encuentran este sistema más cómodo y con menos posibilidad de olvidos que la toma diaria de píldoras. Resulta mucho más caro, ya que no está financiado.

Para iniciar su uso, el anillo se coloca en la vagina entre el día 1 y 5 de un sangrado menstrual. La inserción es sencilla: el anillo se comprime entre los dedos y se introduce completamente en la vagina. No es necesario conseguir una posición determinada del anillo en la vagina, pero una vez colocado no debe notarse. Se mantendrá así colocado durante tres semanas, retirándolo al finalizar ese periodo de tiempo, el mismo día de la semana en que fue insertado. Para retirarlo, se tracciona con el dedo índice de la parte más accesible del anillo. Transcurrida una semana sin anillo, en la que aparece un sangrado por deprivación, se colocará otro el mismo día de la semana en que se colocó el anterior. En el primer ciclo de uso de este método se recomienda utilizar alguna precaución anticonceptiva adicional durante los 7 primeros días. Es conveniente también comprobar regularmente que permanece en la vagina.

Se desaconseja retirarlo durante el coito, pero si se hace, deben evitarse intervalos sin anillo de más de tres horas o más de una vez por ciclo, porque la eficacia puede verse afectada y deberá utilizarse un método anticonceptivo adicional de 7 días. Antes de recolocar el anillo es conveniente lavarlo con agua fría o tibia (no caliente). Se recomienda explicar y facilitar, por escrito, instruc-

Tabla II. Recomendaciones ante olvidos en el uso del anillo anticonceptivo

Olvidos en la retirada del anillo
- Si no han transcurrido más de 4 semanas, debe extraerse, respetarse una semana de descanso y, a continuación, colocarse otro
- Si transcurren más de 4 semanas, extraerlo, colocar un nuevo anillo y utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días

Olvido en la colocación de un nuevo anillo, transcurridos los 7 días libres
- Colocarlo cuanto antes y utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días

ciones sobre qué hacer en caso de olvidos o retrasos en el recambio (Tabla II).

El uso de óvulos antimicóticos no parece afectar la eficacia contraceptiva, pero puede aumentar las posibilidades de rotura del anillo.

Parche anticonceptivo

Es un método transdérmico que libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromina diariamente[11].

Su eficacia es similar a la de la píldora combinada, pero se ve influida por la correcta adhesión a la piel y se considera que puede ser menor en mujeres obesas (peso > 90 kg).

Indicaciones

Adolescentes que desean usar un método hormonal, pero encuentran inconvenientes en el uso de la píldora y el anillo vaginal. La aceptabilidad de este método en este grupo de edad no es alta por la visibilidad del parche y por la posibilidad de despegamiento con el ejercicio físico.

Los criterios de elegibilidad son similares a los de la píldora combinada o el anillo, aunque parece asociarse a un mayor riesgo de ETV. No se ve afectado por alteraciones gastrointestinales, pero puede producir reacciones cutáneas leves en el lugar de aplicación que disminuyen con el tiempo y *spotting*, hemorragias y tensión mamaria durante los primeros meses con mayor frecuencia que los preparados orales. El sangrado de deprivación es más prolongado que con la píldora.

El primer parche se aplica el primer día de sangrado de un ciclo y, a continuación, uno cada semana durante tres semanas, seguidas de un intervalo libre de 7 días durante el que se producirá la hemorragia de deprivación. Los parches sucesivos se colocarán en diferentes localizaciones, espalda, abdomen, brazos, parte alta del tórax. Se evitará la colocación sobre las mamas, porque la alta concentración local de estrógeno puede ocasionar tensión mamaria. Si se comienza su uso en otro momento del ciclo, se recomendará utilizar un método adicional durante 7 días.

La adolescente debe saber qué hacer si se produce un retraso en la aplicación de los parches, por lo que se le facilitarán instrucciones verbalmente y por escrito (Tabla III).

Tabla III. Recomendaciones ante olvidos y despegamiento del parche anticonceptivo

Olvidos en la colocación

- Del primer parche de un ciclo: colocarlo cuanto antes, usar un método anticonceptivo adicional 7 días, y cambiar el día de aplicación
- Inferior a las 48 horas en el segundo o tercer parche: no es necesario una anticoncepción adicional ni modificar el día de cambio del parche
- Superior a las 48 horas en el segundo o tercer parche: utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días y cambiar el día de aplicación. Si se han mantenido relaciones sexuales, tomar una píldora postcoital con levonorgestrel
- Retraso en retirar el tercer parche: quitar en cuanto se recuerde y no modificar el día de aplicación

Despegamientos

- Si se ha despegado menos de 24 horas: recolocarlo si no ha perdido su adhesividad o colocar un parche nuevo
- Si se ha despegado durante más de 24 horas: colocarse otro parche, cambiar día de cambio y usar un método adicional 7 días

Controles sucesivos

Son necesarios fundamentalmente para mejorar el cumplimiento terapéutico y el nivel de información de la adolescente y su pareja. Resulta muy conveniente ofrecer la posibilidad de una consulta telefónica ante cualquier duda o problema y siempre antes de suspender el método. Se realizará un primer control en consulta a los 3-6 meses para valorar los posibles efectos secundarios, comprobar el uso adecuado y aclarar cualquier duda. Los siguientes controles se fijarán según las necesidades. Se recomienda la toma de TA con cierta periodicidad (1-2 años).

Anticoncepción hormonal con solo progestágenos (ASG)

Son una buena alternativa cuando la AHC no es elegible, produce efectos secundarios o se prefieren métodos de larga duración, como el implante anticonceptivo que no tiene problemas de cumplimiento y la inyección trimestral.

Los anticonceptivos que contienen solo gestágenos[12] son de elección para adolescentes con alguna contraindicación a los métodos combinados con estrógenos, y para aquellas que presentan efectos adversos con la AHC, como: náuseas, retención de líquidos, cefalea, cambios de humor, depresión, disminución de la libido o que están lactando. Estos anticonceptivos se utilizan de forma continuada. No inducen una hemorragia de deprivación similar al sangrado menstrual, como hacen los AHC. Producen, por el contrario, un patrón muy variable e impredecible de sangrado: sangrado regular, sangrado frecuente, sangrado prolongado o bien sangrado infrecuente a amenorrea. Es muy importante advertir a la adolescente de estos cambios y explicar con claridad que no suponen ningún problema para la salud.

Pueden ser prescritos por pediatras y médicos de familia, ya que solo se requiere una historia clínica para comprobar su elegibilidad.

Preparados

Píldora con solo gestágeno (POP)

Contiene 75 mcg de desogestrel y está financiada. Frente a la extendida idea de que es un método para usar durante la lactancia, esta píldora puede ser utilizada en cualquier momento de la vida reproductiva.

Indicaciones

Adolescentes que desean utilizar un método hormonal, pero que presentan contraindicaciones al uso de la AHC o efectos secundarios y que no consideran importante el tener un patrón de sangrado menstrual regular y predecible y pueden aceptar una amenorrea.

Eficacia

No existen estudios que comparen su eficacia con la de la AHC, aunque se considera similar.

Seguridad

Es un método muy seguro. Puede utilizarse cuando existen contraindicaciones para el uso de estrógenos:

migraña con aura, historia de ETV, trombofilia genética, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, 21 primeros días postparto, lactancia, etc. Además, no presenta interacción con lamotrigina y no disminuye la densidad mineral ósea. No es un método elegible si la adolescente presenta: un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una ETV o sigue tratamiento con ritonavir, carbamacepina, fenitoína, primidona, barbitúricos, topiramato y oxcarbacepina[3].

Se inicia el tratamiento el primer día de una regla. Si se comienza entre el segundo y quinto día del ciclo, se tomarán precauciones anticonceptivas adicionales durante 7 días. Las píldoras se toman diariamente a la misma hora y de forma ininterrumpida: al terminar un envase se inicia otro sin intercalar ningún periodo de descanso. Este método puede iniciarse antes de transcurridas 3 semanas del parto e inmediatamente después de un aborto.

Si se produce un olvido en la toma de menos de 12 horas, se mantiene la eficacia de la POP. Se recomendará tomar el comprimido olvidado tan pronto como se recuerde y el siguiente comprimido a la hora habitual. Si el olvido es de más de 12 horas, además se utilizará otro método anticonceptivo durante 7 días.

Preparado inyectable (DMPA)

Contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona (financiado).

Indicaciones

Adolescentes preferiblemente mayores de 18 años que encuentran cómodo este método o con dificultades para el uso de otros métodos por ausencia de cumplimiento. Especialmente útil en adolescentes en tratamiento antiepiléptico, con discapacidad intelectual, diversidad funcional, trastornos de conducta y enfermedad mental.

Eficacia

Muy elevada.

Seguridad

Es un método muy seguro a esta edad. Puede recomendarse en situaciones en las que la AHC está contraindicada: migraña con aura, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia genética, historia personal de ETV, lactancia (a partir de las 6 semanas), uso de anticonvulsivos inductores enzimáticos o de rifampicina. No presenta interacción con lamotrigina. No es un método elegible si la adolescente presenta: un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una ETV y, a diferencia de la POP y del implante, tampoco durante las primeras 6 semanas de lactancia[3].

La DMPA, al reducir los niveles de estrógenos, reduce la densidad mineral ósea (DMO). Se desconoce si este efecto impide a las adolescentes alcanzar su potencial pico de masa ósea. Por ello, se considera que desde la menarquia a los 18 años, es más conveniente usar otro tipo de anticoncepción. A partir de esa edad no hay restricciones ni en el uso ni en la duración de uso de la DMPA[3].

La ampolla de DMPA debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada y se administra mediante inyección intramuscular profunda, preferentemente en el glúteo mayor o en el deltoides, en los cinco primeros de una regla. Se repite la dosis cada 12 semanas, aunque excepcionalmente se puede administrar hasta 16 semanas después de la dosis anterior sin requerir protección adicional ("periodo de gracia" de 4 semanas, reconocido por la OMS). Si han transcurrido más de 16 semanas y si hay certeza razonable de que la adolescente no está embarazada, puede administrarse otra dosis usando precaución anticonceptiva durante los 7 días siguientes.

Este método suele producir sangrado irregular y frecuente durante los primeros meses, pero el 50% de las usuarias estarán amenorreicas al año de uso. La supresión de la ovulación y, por tanto, la amenorrea, pueden prolongarse hasta un año después de suspender el tratamiento. Debe advertirse que es frecuente un incremento de peso durante el primer año.

Implante anticonceptivo

Consiste en una varilla flexible radiopaca que contiene 68 mg de etonogestrel (financiado).

Indicaciones

Adolescentes que requieren un método anticonceptivo de larga duración, muy eficaz y que no desean o no son buenas candidatas al uso de otros métodos hormonales por falta de cumplimiento, trastornos de conducta, enfermedad mental, diversidad funcional, etc.

Seguridad

La OMS considera que puede usarse sin restricciones entre la menarquia y los 18 años, ya que no parece afectar la DMO. Su elegibilidad es similar a la de la POP[3].

Eficacia

Es muy elevada, pero puede disminuir si se utilizan fármacos inductores enzimáticos como la rifampicina o anticonvulsivos y sustancias como la hierba de San Juan. Esta eficacia se mantiene tres años, aunque algunos estudios recientes están comprobando que puede ser más duradera. A partir de ese tiempo, debe procederse a su extracción y, si se desea, a la colocación de un nuevo implante a través de la misma incisión. Al cumplirse la caducidad, si no se ha procedido a su recambio debe utilizarse otro método anticonceptivo.

El implante se inserta en la cara interna del brazo no dominante en los 5 primeros días del ciclo, inmediatamente tras un aborto o tras el parto. Puede insertarse también en cualquier momento del ciclo, si existe razonable seguridad de que la adolescente no está embarazada. En este caso, se recomendará anticoncepción adicional durante 7 días.

Debe explicarse a las adolescentes que es de esperar un cambio en su patrón menstrual (el 20% tendrán amenorrea y el 50% sangrado irregular) y que no suelen producirse cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido.

Anticoncepción intrauterina

Presenta la ventaja de ser un método de larga duración, eficaz y que no requiere cumplimiento. Puede ser una buena elección en adolescentes con hijos que mantienen relaciones sexuales estables y en aquellos casos en que la adolescente no desee usar métodos hormonales ni de barrera y no requiera protección frente a ITS[13].

El dispositivo intrauterino (DIU) es muy poco usado en nuestro medio en

adolescentes, a pesar de ser un método recomendado por su eficacia y larga duración por la *American Academy of Pediatrics*, la OMS, los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) y otras organizaciones, muy preocupadas por la frecuencia de los embarazos no deseados en este grupo de edad[14]. En nuestro país, pesan más los riesgos del método, por lo que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Contracepción (SEC) recomiendan que se utilice solo si otro método no es elegible.

Se dispone de dos tipos de DIU: los de cobre, de los que existen diferentes modelos, siendo de interés los que tienen el vástago más corto (SL) que permiten su uso en úteros pequeños y los hormonales que liberan levonorgestrel, de los que el modelo JAYDESS es el más conveniente por su pequeño tamaño.

El DIU de cobre se utiliza también en la anticoncepción de emergencia. Puede insertarse hasta 120 horas después del coito no protegido. La tasa de fallo es muy inferior al 1%.

Indicaciones

Es un método adecuado para adolescentes con hijos que mantienen relaciones sexuales estables, y para aquellas que no requieren protección frente a ITS y presentan contraindicaciones o no tolerancia o aceptación de la anticoncepción hormonal y no desean usar métodos de barrera.

Seguridad

La preocupación fundamental con el uso del DIU es el riesgo de ocasionar una infección pélvica como consecuencia de la colocación o agravar una ITS, ocasionando una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que ponga en riesgo la fertilidad futura. Sin embargo, la edad o la paridad no parecen influir en el riesgo de padecer alguna complicación, aunque la inserción es más difícil y dolorosa y la tolerancia al método puede ser peor. Siempre debe obtenerse una historia sexual, para identificar a aquellas adolescentes que se encuentran en riesgo de padecer o adquirir una ITS. Si hay tal riesgo, la inserción del DIU debe desaconsejarse. Por otra parte, el riesgo de gestación ectópica en usuarias de DIU es inferior al de las mujeres que no usan contracepción[3].

Eficacia

La tasa de embarazo a los 5 años de uso es inferior al 2% con los DIU de cobre y al 1% con el DIU hormonal.

Efectos secundarios

El DIU de cobre incrementa el sangrado menstrual, su duración y la dismenorrea, por lo que no se recomendará en casos de sangrado excesivo o reglas dolorosas. El DIU hormonado, por el contrario, disminuye el sangrado menstrual, ocasiona amenorrea en algunas usuarias y alivia el dolor menstrual, por lo que sería el de elección en adolescentes que presentan estos problemas.

Cuando una adolescente desea utilizar un DIU, debe disponer de la siguiente información[13]:

- La colocación puede resultar dolorosa y producir, en ocasiones, un reflejo vagal que puede prevenirse con la administración de atropina.
- Durante las 3 semanas que siguen a la colocación existe un riesgo de infección por contaminación bacteriana menor del 1%. Este riesgo infrecuente y tratable, tiene particular importancia a esta edad ante la posibilidad de que la fertilidad se vea afectada. El riesgo de EPI posterior es similar al de las no usuarias.
- Existe un riesgo de perforación uterina durante la inserción inferior a 2 casos por cada 1.000 procedimientos. Este accidente no suele provocar hemorragia ni otras consecuencias y se resuelve espontáneamente sin requerir más que ingreso para observación.
- El uso del DIU no afecta la fertilidad posterior que retorna inmediatamente tras la extracción.
- Durante los primeros meses de uso del DIU de cobre, es frecuente el incremento del sangrado menstrual, la aparición de sangrado prolongado, leucorrea abundante y molestias pélvicas leves. Con el DIU hormonado debe esperarse un sangrado escaso e irregular durante los tres primeros meses de uso. Algunas adolescentes experimentan también, como consecuencia de la absorción sistémica del progestágeno, cefaleas, tensión mamaria, acné, náuseas y cambios de humor que suelen desaparecer transcurridos 3-6 meses.
- Deberán consultar si experimentan síntomas de infección pélvica, dolor y alteraciones menstruales persistentes y retraso menstrual si el DIU es de cobre.

Es un método financiado por muchos Servicios de Salud. La colocación se realizará por personal entrenado, preferentemente durante la regla (también puede insertarse inmediatamente tras un aborto) y se programará una visita de control unas semanas después de la colocación, para comprobar la tolerancia al método y que permanece *"in situ"*. Se animará a la adolescente a acudir a consulta si aparece algún problema o sus circunstancias cambian, pero se considera innecesaria una revisión rutinaria anual.

Anticoncepción de emergencia (AE)

Ocupa un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes, dado que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección, o los fallos con el método habitual son muy frecuentes. Se considera conveniente proporcionar preventivamente una dosis de píldora postcoital a los adolescentes que eligen utilizar métodos con posibilidad de fallos en su utilización.

Cuando una adolescente solicita una píldora postcoital, está haciendo un ejercicio de responsabilidad tratando de evitar un embarazo que no desea y necesita una atención respetuosa que va mucho más allá de una mera prescripción. Conviene explorar con empatía y evitando cualquier actitud enjuiciadora lo sucedido:

- ¿La relación ha sido libremente consentida?, ¿Hay asimetría en la edad, grado de desarrollo o madurez de la pareja que nos haga sospechar un abuso sexual?
- Si no se ha utilizado ningún método: ¿cuál es la razón: desconocimiento, imprevisión, alguna otra barrera? El uso repetido de la píldora postcoital puede indicar una dificultad para negociar con el chico el uso de preservativos, optándose por la AE como alternativa menos comprometida desde el punto de vista emocional para la adolescente.
- Si se ha utilizado mal el método habitual: ¿dónde estuvo el problema,

olvidos, expulsión del anillo, mal manejo del preservativo?
- ¿Existe riesgo de ITS?

Ante cualquier coito no protegido, se prescribirá una AE de 1,5 mg de levonorgestrel en dosis única (dispensado gratuitamente por muchos Servicios de Salud y de venta libre en farmacias) dentro de las 72 horas siguientes al coito no protegido[15], pero también deben abordarse los motivos de la no protección y buscar con la adolescente cómo evitar la repetición de esta conducta de riesgo en el futuro o cómo resolver las dificultades con el método anticonceptivo habitual.

Mecanismo de acción

La píldora postcoital no es abortiva. Se ha demostrado que no impide la implantación de un huevo fecundado en el endometrio. Existe evidencia sólida de que el principal mecanismo de acción, si no el único, de la AE de levonorgestrel es impedir o retardar la ovulación, inhibiendo el pico preovulatorio de la hormona luteinizante (LH), impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo[16- 18].

Indicaciones

Coito no protegido, uso incorrecto del método habitual, rotura de preservativo, expulsión del anillo anticonceptivo o del DIU, despegamiento del parche, uso de teratógenos y violación, independientemente del momento cronológico del ciclo menstrual, ya que no puede determinarse con seguridad el momento de la ovulación.

Seguridad

A pesar de la extendida idea de que este producto puede ser perjudicial para la salud, existe una dilatada y amplia experiencia con el uso del levonorgestrel que permite conocer que es un fármaco absolutamente seguro, incluso si se recurre a él repetidamente y en el mismo ciclo. A la dosis utilizada no existe ninguna contraindicación médica y, además, si se utilizara en un embarazo inadvertido, no tiene consecuencias. De igual forma, no existe riesgo de teratogenia si no se consigue prevenir la gestación. Puede utilizarse también antes de la menarquia.

Eficacia

Por cada 1.000 tratamientos se calcula que pueden evitarse 53 embarazos, pero los datos de los estudios no son uniformes y la efectividad oscila entre el 52% y el 100%[19].

Prescripción

Es innecesaria la exploración ginecológica, salvo criterio clínico. Se preguntará sobre la fecha de la última regla y sobre las horas transcurridas desde el coito no protegido. Si la consulta se realiza más de 72 horas después, la eficacia del levonorgestrel disminuye, aunque puede seguirse aconsejando hasta las 120 horas, explicando que este uso no está autorizado en ficha técnica. Como alternativa, entre las 72 y las 120 horas, se ha propuesto la utilización de un nuevo preparado, acetato de ulipristal. No se recomienda en menores de 18 años, siempre que pueda utilizarse el preparado con levonorgestrel, porque no se han realizado ensayos clínicos en adolescentes, aunque están previstos. También puede considerarse la posibilidad de insertar un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, método postcoital altamente eficaz.

Se preguntará también sobre el uso de fármacos inductores enzimáticos. En este caso estaría indicada una dosis de 3 mg de levonorgestrel. Como puede provocar náuseas y vómitos, se recomienda administrar un antiemético, sobre todo, si son muchas las horas transcurridas desde el coito no protegido.

Se explicará a la adolescente que la siguiente regla puede aparecer en la fecha prevista, aunque en algunos casos se adelanta y en otros se atrasa, dependiendo del momento del ciclo en que se ingirió la dosis. Si transcurren tres semanas desde el coito no protegido sin regla, se recomendará acudir nuevamente a consulta para realizar un test de embarazo.

Finalmente, si la historia clínica lo revela necesario, hay que ofrecer despistaje de ITS e información sobre métodos anticonceptivos y prácticas de sexo seguro.

Conclusión

Los pediatras deben transmitir a los y las adolescentes que convertirse en una persona sexualmente activa y responsable forma parte del proceso normal de desarrollo, alentarlos a no mantener la primera relación sexual coital hasta que estén preparados, identificar a los más expuestos a adoptar una conducta sexual de riesgo y ofrecer servicios anticonceptivos cuando se les soliciten o parezcan necesarios[20]. Conocer los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos recomendados en la adolescencia y saber cómo ayudar a elegir el más adecuado no presenta dificultades. La recomendación del uso de preservativos y la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal incluida la AE, puede realizarse por pediatras, ya que no precisan de ninguna exploración ginecológica. También los implantes pueden ser insertados y retirados por pediatras entrenados. Solo será necesario derivar casos en los que el DIU sea el método elegido.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Manuel Amarilla Gundín. Chiesi España, S.A. 2004.
2. Ética de la objeción de la conciencia. Fundación de Ciencias de la Salud. Directores: Diego Gracia, Juan José Rodríguez Sendín. 2008.
3.*** Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015. World Health Organization.
4.*** Contraceptive choices for Young People. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2010.
5. Barrier Methods for Contraception and STI Prevention. Clinical Effectiveness Unit. 2012. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
6. Male and Female Condoms. Clinical Effectiveness Unit January 2007 Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
7. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, et al. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice *vs* evidence. JAMA. 2011; 285: 2232.
8. First Prescription of Combined Oral Contraception (Updated 2007) Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
9. Kaunitz AM. Hormonal contraception for suppression of menstruation. UpToDate 2016.

10. Combined Vaginal Ring (NuvaRing®). 2009. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.
11. Burkman RT. Transdermal contraceptive patch. UpToDate 2017.
12. Sánchez Borrego R, Lete Lasa I. Anticoncepción con solo gestágenos. Revisión de los datos. Ergon 2004.
13. Intrauterine Contraception. Clinical Effectiveness Unit April 2015. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.
14. ACOG Committee Opinion intrauterine Device and adolescents, Number 392. 2007.
15. Emergency Contraception Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2011.
16. Anticoncepción de emergencia posicionamiento. Mecanismo de acción. ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo? Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de emergencia (ICEC). 2011.
17. Cleland K, Raymond EG, Westley E. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. Clin Obstet Gynecol. 2014; 57: 741-50.
18. Croxatto H, Ortiz ME. Cómo y cuándo el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia. Población y Salud en Mesoamérica [revista electrónica]. 2007; 4(2).
19. Trussell J, Raymond EG, Cleland K. Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy. 2016.
20.*** Contracepcion for adolescents Policy Statement. American Academy of Pediatrics. 2014.
21. Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Pediatr Integral. 2013; XVII(3): 171-84.

Bibliografía recomendada

- Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015. World Health Organization.

Es el documento básico para conocer si un determinado método es elegible y, por tanto, puede usarse con seguridad en una situación de salud concreta (edad, postparto, posaborto, lactancia…), ante determinados riesgos (obesidad, tabaquismo, trombofilia familiar, ITS, uso de fármacos…) o enfermedades (lupus eritematoso, migrañas, epilepsia, diabetes, hepatitis…).

- Contraceptive choices for Young People. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2010.

Guía basada en la evidencia, que recoge recomendaciones sobre las opciones anticonceptivas seguras y eficaces para adolescentes.

- Contracepcion for adolescents Policy Statement. American Academy of Pediatrics. 2014.

La Academia Americana de Pediatría elabora recomendaciones sobre anticoncepción desde 1980 que revisa cada 5 años. Esta actualización proporciona información sobre las mejores prácticas en consejo contraceptivo y en prescripción de métodos para adolescentes.

Caso clínico

Acude a la consulta una adolescente de 15 años. Refiere que ha mantenido relaciones sexuales hace 48 horas y se le ha roto el preservativo. Está muy preocupada por la posibilidad de quedarse embarazada y solicita una píldora postcoital. Plantea también que ha decidido utilizar otro método anticonceptivo, porque es la segunda vez que le sucede este accidente, pero que necesita información para decidir. En su historia clínica figura que no tiene antecedentes familiares de interés, que padece migrañas con aura y sangrados menstruales abundantes y dolorosos.

¿Crees que es adecuado atender a una menor de 16 años, o sería conveniente decirle que vuelva acompañada de sus padres o tutores?

En cualquier circunstancia, una menor que acuda a consulta debe ser atendida y escuchada. No recibirla por no estar acompañada, podría impedir la detección de un abuso sexual, de una conducta de alto riesgo, el tratamiento de una infección o la prevención de un embarazo. Además, la ley básica de autonomía del paciente reconoce que la persona menor de edad que es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de una actuación en el ámbito de la salud, puede prestar consentimiento por sí misma, salvo en situaciones de grave riesgo para la salud o la vida, participación en ensayos clínicos y en técnicas de reproducción asistida y solicitud de IVE.

La capacidad de tomar decisiones de la menor deberá ser confirmada por los profesionales médicos, en este caso pediatras. Esta madurez debe entenderse como la capacidad de comprender la información que se proporciona, valorar su alcance y tomar decisiones coherentes. No se relaciona, sin embargo, con el contenido de las decisiones que finalmente adopte la menor, ni con los valores o creencias que las sustenten, ni con las diferencias o coincidencias, con la postura que, en su lugar, tomarían los profesionales o los padres. Estas diferencias, de producirse, no significan necesariamente que sea inmadura, sino que su sistema de valores es diferente. Además, la valoración de la capacidad debe ser realizada *"ad hoc"* para la demanda clínica concreta. En este caso, la petición de una píldora postcoital para prevenir un embarazo no deseado, es una actitud responsable que denota reconocimiento del riesgo de embarazo, conocimiento de la existencia de una anticoncepción de emergencia y voluntad de hacer lo posible para evitar una grave consecuencia indeseada.

¿Debería dejarse constancia en la historia clínica, de que se ha realizado una valoración de la madurez de la menor para comprobar su capacidad para prestar consentimiento a esta actividad asistencial concreta?

Sí. Se dejará constancia de que la menor ha demostrado su madurez, de que no existe contraindicación médica para la administración de la anticoncepción de emergencia y de que se le ha recomendado que informe a sus padres de que mantiene actividad sexual, ha necesitado una píldora postcoital y solicita consejo sobre otro método anticonceptivo.

¿Qué información crees que debes intentar obtener de forma respetuosa y empática para atender este motivo de consulta?

Continúa

Caso clínico *(continuación)*

Ante una actividad sexual de una chica de 15 años, es importante conocer si las relaciones que mantiene son plenamente consentidas y si el consentimiento no es el resultado de un ejercicio de autoridad o influencia sobre la menor, lo que permite descartar que se encuentre en una situación de abuso sexual. El nuevo Código Penal español ha elevado la edad del consentimiento sexual de 13 a 16 años. Es decir, que por debajo de esa edad, el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no resulta válido a efectos legales, a menos que se mantengan con una persona de similar edad y grado de desarrollo y madurez. En el caso de que se sospeche un abuso sexual, hay que contactar con el Juzgado de Guardia.

Cuando se demanda una píldora postcoital por una rotura de preservativo, conviene considerar que las roturas son relativamente frecuentes, sobre todo, si no se usa la talla adecuada o si se manejan de forma incorrecta. Si esta ha sido la causa, deben hacerse recomendaciones sobre la elección del preservativo y su manejo. Pero, en muchas ocasiones, esto es una justificación que encubre la realidad de que no se usó el preservativo. En este caso, es necesario conocer por qué no se usó: ¿la adolescente no tiene capacidad para negociar el uso del método o posponer el encuentro sexual y prefiere tomar la postcoital?, ¿existe desconocimiento sobre cómo usar el preservativo o cómo elegirlo?, ¿hay otras barreras para el uso del preservativo? Cada circunstancia va a requerir un abordaje diferente.

La rotura del preservativo o el coito no protegido no solo expone al embarazo sino también a ITS. Conviene preguntar acerca de ese riesgo, que dependerá de la edad de la pareja y de su conducta sexual y, si parece justificado, se ofrecerá un cribado de dichas infecciones.

¿Qué datos clínicos necesitas conocer para prescribir una píldora postcoital?

La píldora de 1,5 mg de levonorgestrel no tiene contraindicaciones médicas, por lo que no es necesario descartar ninguna patología médica. Su eficacia puede verse afectada por el uso de fármacos inductores enzimáticos, tales como: antiepilépticos y rifampicina. En ese caso estaría indicada una dosis doble, de 3 mg de levonorgestrel. Puede ser prudente, sobre todo, si han transcurrido muchas horas después del coito no protegido, recomendar una dosis de un antiemético, como metoclopramida antes de la toma de la postcoital.

Conocer la fecha de la última regla solo tiene el interés de descartar que exista un retraso menstrual, en cuyo caso se realizará una prueba de embarazo. Se recomienda la administración independientemente del día del ciclo menstrual en que se encuentre, ya que es imposible conocer con exactitud la fecha de la ovulación.

¿Qué recomendaciones le darías?

Tomar cuanto antes la dosis de 1,5 mg de levonorgestrel. Advertirle que puede notar cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal que remiten espontáneamente y raramente sangrado intermenstrual. Si presentará vómitos en las 2 horas siguientes, deberá repetirse la dosis añadiendo un antiemético.

Debe esperar la siguiente regla en la fecha prevista, aunque en algunos casos se adelanta y en otros se atrasa, dependiendo del momento del ciclo en que se ingirió la dosis. Transcurridas tres semanas del coito no protegido sin regla, debe realizarse un test de embarazo.

¿Qué información ofrecerías para ayudar a la adolescente a elegir un método anticonceptivo?

Le explicarías la conveniencia de utilizar el doble método: preservativo para protección de las ITS y otro método que tenga mayor eficacia anticonceptiva. En su caso, la AHC tanto en su formulación de píldora, anillo o parche estaría contraindicada (no sería elegible médicamente), ya que al padecer migraña con aura, tiene un riesgo incrementado de accidente cerebrovascular a pesar de su juventud. Sí podría utilizarse la ASG, bien la píldora con solo gestágeno (POP) o el implante anticonceptivo. No recomendaríamos la inyección trimestral (DMPA), porque a esta edad su uso podría dificultar la adquisición de masa ósea y afectar el pico máximo de masa ósea. Si finalmente decidiese seguir utilizando el preservativo, se le proporcionaría una dosis adicional de AE con la finalidad de facilitar su uso en caso de volver a necesitar una píldora postcoital. Le explicarías que la AE es un método anticonceptivo menos eficaz que el preservativo y mucho menos que la anticoncepción hormonal, por lo que debe considerarse un último recurso para evitar un embarazo.

¿Qué beneficio además del anticonceptivo, podría esperar del uso de la anticoncepción con solo progestágenos?

Tanto con la píldora de progestágenos como con el implante puede esperarse una reducción muy importante del sangrado menstrual y de la dismenorrea que padece esta adolescente y que pueden ser causa de anemia ferropénica, absentismo escolar, limitación de actividades coincidentes con sangrado menstrual y necesidad de uso de antiinflamatorios y de suplementos de hierro. Tanto el sangrado menstrual excesivo como la dismenorrea pueden dificultar la aceptación del propio cuerpo y del hecho de ser mujer.

¿Qué otra información importante deberías facilitarle acerca del uso de AOP?

Los anticonceptivos con solo progestágenos son muy seguros y por eso se usan en situaciones en que los estrógenos están contraindicados. Su eficacia anticonceptiva es muy elevada, sobre todo en el caso del implante, ya que su uso no conlleva la posibilidad de olvidos. Sin embargo, van a producir una alteración del patrón menstrual que es impredecible. Algunas mujeres no presentan reglas por efecto de la atrofia endometrial que produce el anticonceptivo, lo que no tiene ninguna consecuencia negativa para la salud. De hecho, esta amenorrea puede ser contemplada como una ventaja, sobre todo en los casos en que hay dismenorrea importante y reglas largas o abundantes. Otras mujeres presentan sangrados de forma irregular, aislados e imprevisibles, generalmente en menor cuantía que las reglas habituales. Finalmente, un grupo presentará sangrados muy prolongados que llegan a interferir con la aceptación del método. Se dispone de tratamientos farmacológicos para tratar este sangrado; pero, en ocasiones, recidivan y llegan a ser tan incómodos que obligan a suspender el método.

Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de Pediatría Integral, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Anticoncepción en la adolescencia

9. ¿Pueden esperarse otros beneficios, además de la protección frente a embarazos de los anticonceptivos hormonales?

a. Alivio de la dismenorrea.
b. Disminución del acné y del hirsutismo.
c. No. De hecho, producen efectos secundarios indeseables.
d. Disminución del sangrado menstrual excesivo y frecuente.
e. a, b y d son ciertas.

10. Acude una chica de 15 años acompañada de su madre y solicita anticoncepción hormonal (AH).

a. Le dices que es demasiado joven y que el uso de la AH puede bloquear la maduración del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico.
b. La derivas a la consulta ginecológica, para que le hagan una exploración genital y mamaria.
c. Le solicitas una analítica de sangre.
d. Confirmas que no tiene riesgo de ITS.
e. Le preguntas por sus antecedentes familiares y personales, para excluir condiciones de no elegibilidad médica, confirmas que no tiene riesgo de ITS y le tomas la tensión.

11. Una pareja de adolescentes tiene dificultades con el uso del preservativo que se les ha roto en alguna ocasión:

a. Les preguntas qué marca utilizan, si el tamaño es el adecuado, cuál es la técnica de colocación y a qué atribuyen la rotura.
b. Les explicas la importancia de elegir una talla adecuada y el cuidado en el manejo del preservativo.
c. Les recuerdas que si la rotura se produce antes de la eyaculación, deben cambiar el preservativo y que si se dan cuenta después, es recomendable tomar una píldora postcoital.
d. Les propones el uso de doble protección y les proporcionas una dosis de píldora postcoital.
e. Todo lo anterior es cierto.

12. La anticoncepción con píldora de progestágenos:

a. Es menos eficaz que la anticoncepción hormonal combinada (AHC).
b. Es elegible en situaciones en que está contraindicada la AHC (trombofilia, antecedentes de trombosis venosa profunda, migraña con aura, lupus, anticuerpos antifosfolipídicos, etc.).
c. Su utilidad se reduce al periodo de lactancia.
d. Es menos segura que la AHC.
e. Proporciona un mejor control del ciclo menstrual que la anticoncepción hormonal combinada.

13. Acude una adolescente acompañada de su madre. Ha utilizado AHC, pero tiene olvidos frecuentes y ha tenido que utilizar en varias ocasiones, píldora postcoital. Pregunta por la posibilidad de usar un implante o un DIU. Sus reglas son normales y no especialmente dolorosas:

a. Le preguntas por la posibilidad de ITS y le explicas que si existe algún riesgo no debería utilizar un DIU.
b. Le preguntas si sus reglas son abundantes, largas o dolorosas.
c. Le informas de que el implante es un método muy eficaz y seguro, de larga duración (3 años) y que altera el patrón menstrual produciendo desde amenorrea hasta sangrados escasos y prolongados.
d. Le informas que si eligiera un DIU estaría indicado el de cobre, que su protección anticonceptiva es inferior a la del implante, su colocación es dolorosa y supone un riesgo de perforación uterina y de infección, aunque muy bajo. También le explicas que debe esperar reglas algo más dolorosas, abundantes y largas.
e. Todas son ciertas.

Caso clínico

14. Acude a la consulta una chica de 15 años acompañada de una amiga. Solicita una píldora postcoital. ¿Puedes atender esta demanda?

a. No, porque al ser menor de edad debe acudir acompañada de sus padres o tutores.
b. Le dices que no hay problema en prescribirle una píldora postcoital, pero que para ello es necesario que vuelva acompañada de

su padre, madre o tutor, porque es necesario que den su consentimiento.

c. Le explicas que no necesita atención médica, porque la píldora postcoital es de venta libre en farmacia y puede comprarla sin ningún problema.

d. Sí, porque al solicitar una píldora postcoital tras una relación sexual no protegida, está demostrando suficiente madurez.

e. Se debe atender esta demanda tratando de conocer si la relación sexual ha sido consentida, si se ha mantenido con un chico de similar edad, si existe riesgo de ITS, cuáles han sido las razones por las que no ha utilizado anticoncepción y si desea un método anticonceptivo, informándole de las ventajas del doble método y explicándole que la AE es mucho menos eficaz que cualquier otro método anticonceptivo.

15. ¿Qué otras condiciones clínicas, además de la migraña con aura, pueden no hacer elegible médicamente la AHC en adolescentes?

a. El tabaquismo.

b. Una hepatitis aguda.

c. Una trombofilia familiar.

d. Tratamiento antiepiléptico con fármacos inductores enzimáticos.

e. b, c y d son ciertas.

16. ¿Ante una consulta por rotura de un preservativo que debes plantearte?

a. Hacer una prueba de embarazo y una exploración ginecológica y prescribir una AE (anticoncepción de emergencia).

b. Hacer una historia familiar y personal para descartar contraindicaciones médicas de la AE y preguntar sobre el momento del ciclo menstrual para decidir si se necesita una AE o no.

c. Indicar una AE independientemente del ciclo menstrual, recomendando consultar si la regla se retrasa tres semanas desde el coito no protegido. Explicar la posibilidad de utilizar un doble método para aumentar la eficacia anticonceptiva.

d. Revisar la técnica de utilización del preservativo, valorar el riesgo de ITS, preguntar las horas transcurridas y administrar una píldora postcoital de levonorgestrel en las primeras 72 horas. Si han transcurrido entre 72 y 120 horas, indicar que esta píldora es menos eficaz y plantear como alternativa el acetato de ulipristal o la colocación de un DIU.

e. c y d son ciertas.

Infecciones de transmisión sexual

P. Andrés Domingo

Ginecóloga en el centro municipal de salud del distrito centro del ayuntamiento de Madrid. Jefa de División y coordinadora del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid

Resumen

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un grave problema de Salud Pública por su incidencia y prevalencia mundial y por las repercusiones que tienen sobre la salud, fundamentalmente en poblaciones más vulnerables: adolescentes, mujeres y niñas y niños víctimas de agresiones sexuales y, en especial, en los países más pobres. Con este nombre, se han agrupado más de 30 entidades patógenas diferentes que solo tienen en común, el hecho de poder transmitirse durante las relaciones sexuales genitales, anales y orales, por lo que deberían llamarse Infecciones de Transmisión Genital. La prevención es la herramienta fundamental para evitar la propagación. El diagnóstico y tratamiento precoz son las herramientas necesarias para mitigar las complicaciones y secuelas. Y es a través de la educación sexual, al proporcionar a los jóvenes conocimientos para vivir su sexualidad con goce y disfrute y sin riesgos para la salud, como la prevención alcanza las más altas cotas de eficacia y efectividad. Las ITS se propagan de forma creciente, porque muchas de ellas cursan asintomáticas o con leves malestares en áreas genitales que pueden desaparecer en pocas semanas, incluso sin tratamiento, aunque la infección persiste de forma latente.

Palabras clave: ITS; Prevención; Educación Sexual.

Abstract

Sexually Transmitted Diseases (STD) are a big Public Health problem due to its incidence and prevalence around the world and the repercussions on the health of the most vulnerable population especially in poor countries: adolescents, women, girls and boys that have suffered sexual assaults. STDs group more than 30 different diseases that only have in common that they are transmitted through oral, annal and genital sexual relations. Thus, they should be called Sexually Transmitted Infections. Prevention is the key tool to avoid its dissemination. STD must be diagnosed and treated early in order to mitigate consequences and complications. It is through Sexual education that prevention reaches its highest levels of efficiency and effectiveness when young people are provided with the necessary knowledge to live their sexuality with enjoyment and without health risks. STDs disseminate fast because many of them have no symptoms or very mild discomfort in the genital areas that can disappear in a few weeks even without treatment, although the infection is latent.

Key words: *STD; Prevention; Sexual education.*

Introducción: importancia de las ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una epidemia en la mayor parte de los países del mundo. Las y los adolescentes y jóvenes constituyen la población más vulnerable para padecer y transmitir las ITS. A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años.

Según la OMS en el año 2016, más de 1 millón de personas contraen una ITS cada día[1]. Unos 357 millones de personas contraen al año alguna de las 4 ITS siguientes: *clamydias*, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Se estima que 500 millones de personas son portadoras del virus herpes 2 causantes de úlceras genitales.

Alrededor de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH).

Las ITS pueden tener consecuencias graves y secuelas a largo plazo para quien las padece y para su descendencia.

Así, el gonococo y la *clamydia* son las causas principales de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que, además de su gravedad, puede causar daños irreversibles en las trompas de Falopio. Entre el 55 y el 85% de las EIP no tratadas producen esterilidad, o dan lugar a embarazos ectópicos que en países poco desarrolla-

dos y con precarios sistemas de salud, son causa frecuente de hemorragia seguida de muerte, o produce secuelas de por vida, como dolores pélvicos crónicos y coitalgia.

Las ITS en las mujeres embarazadas pueden afectar a la salud de la madre y el lactante. Contribuyen al nacimiento de niños prematuros y con bajo peso. La sífilis y la infección por herpes genital pueden causar abortos espontáneos, muerte prenatal o perinatal. La gonorrea y la infección por *clamydias* pueden extenderse a los ojos del recién nacido y dañarles la vista si no se les trata. Pueden contraer infecciones graves, como neumonía por *clamydia* y afectación del sistema nervioso central, como en el caso de la sífilis.

El cáncer de cérvix uterino es causado por el virus del papiloma humano (HPV), siendo el primer tumor maligno de causa infecciosa bien conocido. Anualmente, la infección del VPH causa a nivel mundial 528.0000 cánceres de cuello uterino y 266.000 muertes.

Las ITS aumentan el riesgo de contagio por VIH, debido a la presencia de inflamación y úlceras. Así, herpes genital y sífilis multiplican por tres el riesgo de contagio por VIH.

ONUSIDA[2] informa de un descenso de más del 50% en los casos de nuevas infecciones en 25 países. No obstante, en el año 2011 se estima que el número de personas infectadas es de 34,2 millones, siendo una pandemia en el África subsahariana.

Vulnerabilidad. Condicionantes de género

No es el hecho biológico de ser adolescente lo que provoca una prevalencia mayor para las ITS, sino los condicionantes vitales, educacionales, culturales, sociales, psicológicos y sexuales que envuelven a los adolescentes y que estructuran sus prácticas sexuales.

En la actualidad, no se habla de grupos poblacionales de riesgo, sino de prácticas de riesgo para adquirir una ITS y potencialmente propagarla. Se trata de esta forma de no excluir ni estigmatizar a ninguna persona por su edad (adolescentes), opción sexual (homosexuales) o formas de sobrevivir (prostitución). Estas prácticas de riesgo se resumen en mantener relaciones genitales sin el uso del preservativo[3].

Se puede afirmar que los adolescentes son más vulnerables frente a las ITS, porque saben muy poco sobre ellas, les falta información y la que tienen está sesgada por los prejuicios, creen que solo se contaminan si tienen sexo con determinado estereotipo de persona.

Utilizan condones irregularmente, ya que muchas de sus relaciones coitales son espontáneas e inmediatas, cambian frecuentemente de pareja e inician relaciones coitales cada vez más precozmente. Entre algunas poblaciones, comienzan las relaciones sexuales con adultos desconocidos y se constata una frecuencia creciente de abusos sexuales y violaciones hacia mujeres jóvenes, adolescentes y niñas y niños[4].

Tienen más dificultad que los adultos en buscar y encontrar un tratamiento eficaz, por lo que suelen utilizar tratamientos sin control médico, que recomiendan los amigos.

Las mujeres jóvenes, tienen condicionantes de género que facilitan la exposición y dificultan la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.

Muchas mujeres no pueden decidir o conciliar con sus parejas cuándo y cómo quieren tener relaciones sexuales, porque no tienen la autoridad ni el poder de decisión, son sus parejas los que deciden si utilizan o no preservativos[5].

A ello se suman otros condicionantes biológicos que hacen que las jóvenes sean más vulnerables a padecer ITS, a tratarse menos y a que las complicaciones y consecuencias sean más graves, porque la cerviz uterina es altamente sensible en edades precoces a la infección por *clamydia*, virus del condiloma y gonococo, como se ha demostrado en estudios de prevalencia de HPV.

En las mujeres, gran parte de las ITS son frecuentemente asintomáticas o con síntomas clínicos muy sutiles y los signos clínicos son indetectables por la propia mujer por estar situados en cérvix, como sucede con el HPV, o la gonococia, y en vagina como las úlceras luéticas, a diferencia de los varones que tienen secreciones uretrales, condilomas y úlceras visibles en sus genitales[6].

El contagio de las ITS y, sobre todo del SIDA, se produce más fácilmente del hombre hacia la mujer que al contrario, porque en el coito el área de superficie de exposición es mayor para la mujer y está expuesta a los agentes patógenos durante más tiempo[7].

Estrategias desde el sector salud contra las ITS

La OMS defiende que la educación sexual integral es la mejor manera de hacer frente a las necesidades de los jóvenes para la prevención de las ITS[8]. Dar información a los jóvenes no es promover la promiscuidad, sino fortalecer el respeto mutuo y las responsabilidades compartidas.

Para acabar con la epidemia de las ITS, son necesarias **estrategias de prevención** y acceso gratuito y universal para un **diagnóstico y un tratamiento adecuado y precoz**.

Las estrategias de prevención recomendadas incluyen, además de evitar las conductas sexuales de alto riesgo, incorporar prácticas sexuales protegidas o practicar sexo seguro (relaciones sexuales sin penetración, utilización del preservativo)[9].

Es preciso informar sobre el gran beneficio protector del uso del condón en la prevención de todas las ITS, especialmente en la transmisión del SIDA. El preservativo masculino o femenino utilizado desde el inicio de cualquier relación genital protege adecuadamente la zona de exposición a cualquier agente infeccioso, sea virus, bacteria o protozoo. Quedan fuera de protección las áreas no cubiertas, vulva, región perianal, pubis, en las que el contagio se da por rozamiento de áreas no protegidas, como es el caso de herpes vulvar, condilomas genitales, *moluscum* contagiosos, sarna o pediculosis pubis. ITS que, en cualquier caso, no han de quedar latentes, ya que son fácilmente diagnosticables por su sintomatología y por ser visibles para el propio sujeto que las padece.

En caso de síntomas de infección o de contacto sexual con compañero/a diagnosticado de alguna ITS, es muy importante realizar el diagnóstico etiológico precoz, para lo cual es necesario: una correcta y minuciosa anamnesis sobre sus prácticas sexuales y los síntomas referidos, una exploración física con observación de genitales externos e internos, región perianal y perineal, orofaringe, si lo recomienda la anamnesis[10].

Se realizarán los test rápidos de laboratorio y la toma de muestras para pruebas complementarias, como cultivos y serología, para instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible. Estas pruebas se pueden y se deben realizar como cribado y en ausencia de sintomatología, cuando se tiene constancia de que se están produciendo conductas y prácticas sexuales de riesgo[11] .

El tratamiento debe ser etiológico y según pautas consensuadas en protocolos para evitar resistencias. Es imprescindible facilitar la atención a su pareja o contacto sexual.

Cuando la accesibilidad a las pruebas diagnósticas no es posible o retrasa enormemente el diagnóstico etiológico, es preferible utilizar los diagramas o algoritmos propuestos por la OMS, para comenzar de forma temprana un tratamiento sindrómico con fármacos dirigidos a los agentes etiopatogénicos más frecuentes. Se evita, de esta manera, el desarrollo de complicaciones, el contagio a otras personas y se fideliza la adherencia al tratamiento[12].

Contener la propagación de las ITS es la respuesta de la OMS a través de la "Estrategia Mundial de prevención y control de las Infecciones de transmisión sexual 2016-2021", adoptada en la Asamblea Mundial de la salud en 2016 que contempla:

- Adecuar dentro de los Sistemas Nacionales de Salud, servicios de ITS eficaces sin barreras de acceso, donde sea posible un diagnóstico precoz y un rápido y adecuado tratamiento, donde poder evaluar la morbilidad derivada de las ITS y las resistencias que desarrollan a los tratamientos antibióticos.
- Desarrollar en el ámbito de la Atención Primaria, los protocolos de Consejo para prevención de ITS/VIH al tiempo en que se practican pruebas diagnósticas de forma periódica a poblaciones especialmente vulnerables y expuestas a prácticas sexuales sin protección, para obtener un diagnóstico precoz y tratamiento en ausencia de sintomatologías.
- Implementar la vacunación contra el VPH y la hepatitis B y promover el desarrollo de vacunas frente a otras ITS.

Etiología

Las infecciones de transmisión sexual son un conjunto de patologías causadas por diferentes agentes infecciosos y parasitarios, en las que el mecanismo de transmisión predominante es el contacto genital, incluyendo prácticas de sexo vaginal, anal y oral, aunque no siempre es exclusivo de esta vía, como es el caso del VIH o la hepatitis B. Muchas de las ITS se transmiten por vía vertical durante el embarazo y parto de madre a hijo.

Son causadas por bacterias, virus, protozoos y parásitos. En la actualidad, se conocen más de 30 agentes patógenos que originan alrededor de 50 cuadros clínicos, con posibilidad de combinación, tanto de gérmenes causales como de sintomatología, por lo que el diagnóstico es cada vez más complicado y precisa de la colaboración entre distintas especialidades[13].

Tan solo 8 agentes patógenos son los causantes de las ITS más frecuentes: sífilis, gonorrea, clamydiasis y tricomoniasis (actualmente, curables con tratamientos antibióticos) y hepatitis B, virus del herpes simple (VHS), VIH y virus del papiloma humano (HPV), ante las que solo disponemos por el momento de tratamientos sintomáticos que atenúan, demoran y modifican los síntomas o la enfermedad.

Epidemiología

Es muy complicado obtener datos fiables sobre la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, dado que hay patologías que no son de declaración obligatoria en todos los países.

La OMS calcula que la incidencia mundial de ITS curables, excluyendo el VIH/SIDA y las otras de etiología vírica, es de 357 millones de casos nuevos al año, lo que supone el 10% de los adultos en edad reproductiva y que 1 de cada 20 adolescentes en el mundo contrae al año alguna ITS[14].

A finales del año 2014, según ONUSIDA, se estima en 36,9 millones de personas las que viven infectadas por el VIH, casi el 50% son mujeres y 3,4 millones corresponden a niños y niñas menores de 15 años. En el año 2015, se estima que se infectaron 2 millones de personas y que fallecieron 1,2 millones[15]. A nivel mundial continúa siendo la vía de transmisión más frecuente en las relaciones sexuales genitales, anales y orogenitales.

Desde el año 2000 hasta el 2015, han disminuido un 35% las nuevas infecciones de VIH, un 42% las muertes relacionadas con el SIDA y un 58% las nuevas infecciones en niños y niñas.

La epidemia de SIDA en España ha descendido en los últimos años. Ha disminuido el número de casos de SIDA y de fallecimientos, gracias a los tratamientos antiretrovirales.

España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de infección VIH en Europa Occidental, con un retraso tardío en sus diagnósticos a pesar de la gratuidad de las pruebas. El 46,5% presentaban menos de 200 linfocitos CD4 al diagnóstico, es decir, una inmunosupresión severa[16].

En 2015, fueron 3.428 los nuevos diagnósticos de infección VIH, aunque se presume más de un 30% de personas infectadas sin diagnosticar. Los hombres suponen el 85,9% de los nuevos diagnósticos. La vía de transmisión más frecuente fue la sexual, con el 53,6% para hombres que tienen sexo con hombres (HSH), un 25,4% a transmisión heterosexual (HTX).

Clasificación

Siguiendo las indicaciones del CDC *(Center for Disease Control)* de Atlanta, para facilitar el diagnóstico y tratamiento, las ITS se clasifican por los síntomas clínicos con los que debutan y no por los diferentes agentes causales.

Se detallarán las más comunes en nuestro medio, excluyendo la infección por VIH que merece capítulo aparte, así como la infección por el virus de la hepatitis B[17].

Lo más frecuente es que las ITS produzcan alteraciones a nivel genital, aunque no es el único signo y no siempre revisten la misma importancia que los extragenitales. Por otra parte, diferentes patógenos pueden producir sintomatología similar, por lo que es imprescindible un buen diagnóstico diferencial entre ellas, basado en conocimientos clínicos que nos permita iniciar tratamientos adecuados en espera de la confirmación

mediante pruebas diagnósticas específicas, de laboratorio, exámenes directos, tinciones especiales, inmunofluorescencia, cultivos y serologías[18].

Enfermedades que cursan con úlceras genitales

El diagnóstico diferencial precisa tener en cuenta los datos epidemiológicos, contactos sexuales, periodos de incubación y diferencias clínicas, tanto de las lesiones ulcerosas como de la afectación general y de la evolución, así como otras etiologías no relacionadas con ITS, como las úlceras traumáticas y el exantema fijo medicamentoso.

El herpes genital es la causa más frecuente de úlcera genital, seguida de sífilis y, menos frecuentemente, del chancroide. El linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, casi no se diagnostican en nuestro medio. En 1/3 de las úlceras no se identifica el agente etiológico, a pesar de aplicar todas las pruebas diagnósticas conocidas. En la tabla I, se encuentran las diferencias entre: las lesiones, la clínica, la evolución y el tratamiento de las 3 infecciones más frecuentes que cursan con úlceras.

Herpes genital

Generalmente es causado por el VHS tipo 2, aunque cada vez aumenta la frecuencia del VHS-1 (el 20% de las infecciones genitales debido a la práctica de sexo oral).

La primoinfección puede ser asintomática o subclínica (75%), por lo que está infradiagnosticado, hasta que debuta como vulvovaginitis o balanopositis. Cursa con vesículas confluentes y dolorosas que se ulceran en pocos días en genitales externos, cérvix, uretra y recto. Puede provocar disuria, leucorrea y linfadenopatías regionales bilaterales. Puede complicarse con: fiebre, cefalea, dolor abdominal, mal estado general, mialgia neuropatía y meningitis.

Aunque los síntomas y las lesiones cutáneas desaparecen en 7 días, el virus permanece latente en los ganglios, desde donde se reactiva periódicamente. Las recidivas son frecuentes en el primer año, siendo los síntomas menos graves y sin alteración general. En caso de embarazo, puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros, pudiéndose contagiar el feto en el canal del parto, por lo que debe tratarse antes del parto[17].

Se puede transmitir la infección en ausencia de lesiones cutáneas que, cuando existen, facilitan la coinfección por VIH. El diagnóstico es clínico y se realiza por visualización de las vesículas y úlceras genitales, acompañadas de adenopatía ipsilateral hipersensible y por cultivo de HVS tipo I y tipo II.

Tratamiento. No existe un tratamiento que erradique el virus. Se pueden remitir síntomas, evitar recidivas, mientras se realiza el tratamiento farmacológico. Ver en la tabla II, las diferentes pautas de tratamiento para la primoinfección y las recurrencias.

Sífilis

Es causada por el *Treponema Pallidum* que traspasa la piel hasta la dermis, donde se multiplica y alcanza los vasos sanguíneos. Desde allí, se disemina por vía sanguínea y por vía linfática, pudiendo afectar a todos los órganos[18].

Se adquiere generalmente por contacto sexual genital, anal u oral directo con una persona en el estadio primario de la enfermedad, aunque el periodo secundario es el más contagioso, por cursar con una gran cantidad de lesiones cutáneas contagiosas. La contagiosidad decrece a partir de los 2 primeros años del contagio hasta el periodo de latencia, pero casi no es contagiosa en el periodo de sífilis tardía. Puede transmitirse

Tabla I. Diagnóstico y Tratamiento de úlceras genitales de transmisión sexual[13] según protocolos clínicos de SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica)

	Herpes	*Sífilis*	*Chancroide*
Lesión	Vesícula, úlcera, pápula	Úlcera y pápula	Pápula y úlcera
Borde	Eritematoso	Engrosado	Violáceo, indeterminado
Profundidad	Superficial	Superficial	Excavado con eritema
Base	Lisa y roja	Lisa, roja, brillante	Amarilla y sangrante
Secreción	Serosa	Serosa	Purulenta
Nº lesiones	Múltiples	Única, ocasionalmente, múltiple	Única, a veces, hasta 3 Rara vez múltiple
Localización	Labios, vulva, cérvix, pene Uretra, recto	Vulva, pene, anal, oral Perianal	Pene y vulva
Induración	Ninguna	Firme	Rara
Dolor	Intenso	Rara	Frecuente
Picor	Común	Raro	Raro
Adenopatías	Bilateral, dolorosas	Bilaterales, indoloras	Unilateral, dolorosas, pueden supurar
Incubación	2-7 días	De 10-90 días	1-14 días
Evolución	21 días	2-3 semanas	2-3 semanas
Diagnóstico	Cultivo, fluorescencia en cel. de raspado de lesión	Campo oscuro. VDRL RPR. FTA-ABS	Cultivo *Hemophilus Ducreyi* Gram de pus Aspirado de adenopatía
Tratamiento	Aciclovir Valaciclovir Famciclovir	Penicilina benzatina Doxiciclina Tetraciclina	Azitromicina Ceftriaxona Ciprofloxacino Eritromicina

Tabla II. Tratamiento del herpes genital[17]

Primoinfección	*Recurrencias*
Aciclovir: 400 mg vía oral cada 8 horas durante 7/10 días o hasta remisión	**Aciclovir:** 200 mg, 5 veces al día durante 5 días
Aciclovir: 200 mg vía oral, 5 veces al día durante 7/10 días o hasta remisión	**Acaciclovir:** día 400 mg, 3 veces al día durante 5 días
Valaciclovir: 1 g oral cada 12 horas durante 7/10 días	**Valaciclovir:** 500 mg/12 horas x 5 días 5 **valaciclovir:** 1 g día durante 5 días
Fafanciclovir: 250 mg oral cada 8 horas durante 7/10 días	**Fanciclovir:** 125 mg, 2 veces al día durante 5 días

durante el embarazo, dando lugar a la sífilis congénita.

Desde la última década, se encuentra en aumento tanto en España, como en Europa y EE.UU.

Clínica. Se clasifica en adquirida y congénita. A su vez, la sífilis adquirida se subdivide en precoz, cuando la infección es de menos de un año de evolución y tardía, cuando es superior a un año[17].

1. **Sífilis precoz:** se subdivide en 3 formas: sífilis primaria, secundaria y latente.
   - *Primaria:* se define por la presencia del CHANCRO que es una lesión ulcerosa solitaria e indolora de bordes duros, bien delimitada. Su periodo de incubación es de 3 semanas, crece hasta 1 cm de diámetro y cura espontáneamente a las 4 o 6 semanas. La localización del chancro depende de las diferentes prácticas sexuales: pene, vagina, vulva, ano, recto, labios o boca, y se acompaña siempre de adenopatías regionales, generalmente, inguinales, bilaterales e indoloras.
     El 50% de los casos no tratados evolucionan a sífilis secundaria y la otra mitad hacia sífilis latente.
   - *Secundaria:* la piel es el órgano más afectado en este periodo. Se manifiesta como una erupción cutáneo-mucosa muy florida que puede imitar cualquier dermatosis, pero con unos rasgos característicos: son lesiones maculosas y papulosas no dolorosas que afectan a: piel, mucosas, plantas de pies y manos. Suelen aparecer cuando está curando el chancro o varias semanas después y remite espontáneamente entre 2 a 12 semanas.
     En esta fase, también es frecuente la afectación sistémica y visceral. Puede afectar a hígado, produciendo ictericia y esplenomegalia. Cuando afecta a riñón, se manifiesta con proteinuria pudiendo provocar glomerulonefritis. Si hay afectación ósea, da lugar a periostitis. Cefaleas por inflamación meníngea. Cursa con fiebre, mal estado general y linfadenopatías generalizadas. Sin el tratamiento adecuado, progresará a una fase latente y hacia sífilis tardía.
   - *Latente:* se caracteriza por la ausencia de manifestaciones clínicas evidentes, pero existe positividad serológica y anticuerpos frente al treponema. Si no se trata en esta fase, 1/3 de los pacientes progresan a sífilis tardía sintomática, también llamada sífilis terciaria.
2. **Sífilis tardía:** se produce cuando la infección dura más de 1 año. Puede ser latente muchos años y hacerse sintomática a los 10 o 30 años, con lesiones mucocutáneas (lesiones gomosas), óseas, viscerales (cardiovascular) y neurales (neurosífilis).

Diagnóstico:

- Directo: se identifica en el microscopio el treponema *pallidum* obtenido del chancro.
- Indirecto: mediante test serológicos: se basa en la detección de Ac. en el suero.
  - Ac. inespecíficos: son pruebas de alta sensibilidad y de baja especificidad. Las comunes son RPR y VDRL. Son siempre positivas en pacientes con sífilis secundaria. Se utilizan para el muestreo de grandes poblaciones y para el control del tratamiento, pues negativizan entre 6 y 12 meses. No confirman la presencia de infección, porque dan muchos falsos positivos.
  - Específicos o treponémicos: FTA-ABS, TPHA, TPPA. No dan falsos positivos al utilizar como antígeno al treponema. **Permanecen positivas por tiempo indefinido.**

Tratamiento. Pautas recomendadas se describen en la tabla III.

Tabla III. Tratamiento de la sífilis[17]

Sífilis primaria, secundaria y latente precoz de menos de 1 año de evolución:
- Penicilina G benzatina 2,4 millones unidades i.m. monodosis

Pacientes alérgicos a la penicilina y no gestantes y solo tras excluir neurosífilis y sífilis congénita:
- Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas durante 14 días
- Tetraciclina 500 mg oral cada 6 horas durante 14 días

Sífilis latente tardía de más de un año de evolución o de duración desconocida o sífilis terciaria, incluyendo cardiovascular y gomosa
- Penicilina G benzatina 7,2 millones unidades i.m. en 3 dosis de 2,4 millones cada semana

Pacientes alérgicos a la penicilina y no gestantes y solo tras excluir neurosífilis y sífilis congénita:
- Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas durante 1 mes
- Tetraciclina 500 mg oral cada 6 horas durante 1 mes

Pacientes alérgicos a penicilinas con neurosífilis, sífilis congénita y mujeres embarazadas:
- Desensibilización hospitalaria + penicilina G benzatina 2,4 millones i.m., o eritromicina 500 mg oral cada 6 horas durante 14 días, y postparto retratamiento con doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas durante 14 días y al niño/a como a una sífilis congénita

Enfermedades que cursan con uretritis y cervicitis

Según su etiología se clasifican en gonocócicas y no gonocócicas, siendo estas, las más frecuentes en los países desarrollados.

La uretritis en los varones es el síndrome más común dentro de las ITS que, tras un claro descenso a nivel mundial, ha experimentado un aumento en las últimas décadas, tanto en España como en el resto de países desarrollados. Cursa con disuria y secreción mucopurulenta uretral. Existe un 40% de gonococias asociadas a *clamydias* y, además de estas últimas, hay que considerar otros gérmenes, como el ureaplasma y el micoplasma. Cuando no son tratadas adecuadamente pueden causar epididimitis y prostatitis[13].

En las mujeres, la enfermedad producida por estos gérmenes es la cervicitis, que puede cursar asintomática o con secreción mucopurulenta, y hemorragia del canal cervical con sangrado intermenstrual y coitorragia. La leucorrea y la disuria son los síntomas más frecuentes. Cuando no se trata adecuadamente, puede ascender y dar lugar a una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (40%), causando: endometritis, salpingitis, parametritis, ooforitis, abcesos tuboováricos o peritonitis y, a largo plazo, embarazos ectópicos (8%), e infertilidad (20%). Puede transmitirse durante el parto, dando lugar a conjuntivitis y neumonía en el neonato.

Infección por *clamydia trachomatis*

Es una bacteria intracelular que requiere células vivas para multiplicarse. Es la infección bacteriana de transmisión sexual más frecuente en el mundo occidental. La OMS estima que la incidencia en el mundo por *clamydia* es de 50 millones de casos al año.

Es asintomática en el 80% de los casos. El periodo de incubación oscila entre 7 y 12 días. Infecta, sobre todo, a adolescentes y adultos jóvenes[14]. Su frecuencia en Europa es del 4% en mujeres, lo que significa el triple que la gonococia.

Diagnóstico. El cultivo celular en muestras procedentes de endocérvix en mujeres y uretrales en varones tiene una especificidad del 100%, pero es poco sensible por la dificultad en la recogida de las muestras. Dada la complejidad de aislamiento del germen, se realizan técnicas de detección de antígenos mediante fluorescencia directa (DFA), enzimo-inmuno-ensayo (EIA) con resultados en 24 horas y técnicas de amplificación del ADN que son rápidas de alta sensibilidad y especificad.

Tratamiento. Las pautas recomendadas según CDC se resumen en la tabla IV.

Tabla IV. Tratamiento de las infecciones por *clamydia Trachomatis*[17]

Recomendadas
- Azitromicina 1 gramo oral monodosis
- Doxiciclina 100 mg oral/12 horas durante 7 días

Pautas alternativas
- Eritromicina base 500 mg oral / 6 horas durante 7 días
- Eritromicina etilsuccionato 800 mg oral/8 h, 7 días
- Levofloxacino 500 mg oral/24 horas, 7 días
- Ofloxacino 300 mg oral/12 horas durante 7 días

Durante embarazo: azitromicina 1 g oral en dosis única

Infección por gonococo

Está causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoae*, diplococo gram negativo que tiene tropismo por la mucosa uretral, el endocérvix y el recto, las glándulas de Bartolino y la faringe. La infección genital es asintomática hasta en el 50% de los casos, sobre todo en mujeres y en varones, cuando la infección es oral o anal.

Produce leucorrea con secreción mucopurulenta por endocérvix, disuria y prurito y, en el caso de los varones, supuración amarillenta por uretra tras 6 días de incubación, con picor y escozor en meato urinario. En un porcentaje importante, causa como complicaciones infecciones del tracto genital superior, dando lugar a una EIP (10-25%)[19].

Cuando la infección es anorrectal presenta: prurito anal, tenesmo rectal y exudado purulento. Cuando es orofaríngea es asintomática o se manifiesta como faringitis.

En ausencia de tratamiento y cuando coexiste con inmunodefensión, se produce septicemia gonocócica, que cursa con: fiebre, mal estado general, artralgias migratorias, lesiones cutáneas e, incluso, afectación de corazón, huesos, hígado y meninges.

Se transmite durante el parto, causando al neonato: conjuntivitis con edema y secreción amarillo verdosa a los 2-5 días, que puede llegar a producir ceguera y sepsis, incluyendo artritis y meningitis.

Diagnóstico:
- Es imprescindible el cultivo para hacer estudios de resistencia a los antibióticos.
- La toma del exudado debe ser de uretra, endocérvix, ano, orofaringe y orina. Si la infección se disemina, el hemocultivo es positivo en un 40% de los casos y el cultivo de líquido articular en un 20%.
- Tinción con Gram del exudado purulento de uretra y canal cervical (las tomas de vagina no son adecuadas). Permite visualizar al momento la *Neisseria,* como diplococos gramnegativos intracelulares rodeados de polimorfonucleares.
- Enzimoinmunoanálisis (EIA), que se realiza en muestra de orina.
- Detección de DNA (PCR), cuando no está disponible el cultivo.

Tratamiento de la infección gonocócica no complicada según CDC Atlanta de 2010. Es una bacteria con gran capacidad de generar resistencias. Actualmente, es resistente a penicilinas, tetraciclinas fluorquinolonas y azitromicina.

En un 40%, la etiología es mixta gonococo y *clamydia*, por lo que se recomienda tratamiento para ambas. Tras el tratamiento de la gonococia faríngea, es imprescindible comprobar curación con cultivo. Repetir test diagnósticos a los 3, 6 o 12 meses según relaciones sexuales sin protección. Las pautas recomendadas para las gonococias no complicadas se describen en la tabla V.

Enfermedades que cursan con leucorrea

En las mujeres se manifiestan como *vulvovaginitis* con sintomatología más florida que en los varones (inflamación y eritema del glande y prepucio), en los que cursa asintomática en un alto porcentaje de casos.

Tabla V. Tratamiento de las gonococias no complicadas[17]

Recomendadas

Gonococias no complicadas (genitales, anorrectales y faríngeas)

– Ceftriaxona 250 mg i.m. monodosis + azitromicina 1 g oral monodosis

Alternativas

– Cefixime 400 mg oral monodosis (**excepto faringitis** por resistencias) + azitromicina

Si alergia a cefalosporinas:
– Gemifloxacin 320 mg oral en dosis única + azitromicina 2 g oral monodosis
– Gentamicina 240 mg i.m. en monodosis + azitromicina 2 g oral monodosis

Conjuntivitis en adultos y jóvenes
– Ceftriaxona 1 g i.m. monodosis + azitromicina 1 g oral monodosis

Gonococia durante embarazo
– Ceftriaxona 250 mg i.m. monodosis + azitromicina 1 g oral monodosis
– Espectinomicina 2 g i.m. en dosis única

Cursan con secreción vaginal, que es el motivo más frecuente de consulta ginecológica[19] y prurito, molestias locales, disuria y dispareunia, aunque según la etiología pueden ser asintomáticas. La más frecuente, 40-50%, es la vaginosis bacteriana (VB), seguida por la candidiasis con un 20-25% y del 15-20% por trichomoniasis. El 10% restante incluye otras vaginitis no infecciosas, como la atrófica y la producida por cuerpos extraños, aumento del pH vaginal.

La trichomoniasis es la única infección de las tres que se transmite, exclusivamente por vía sexual por inoculación del germen; la candidiasis y VB admiten otras vías de contagio, por autoinoculación y alteraciones en el sistema inmunológico a nivel local.

Candidiasis vulvovaginal

Está causada por la *Cándida Albicans* en el 80-90% de los casos. La *candida albicans* forma parte de la flora habitual y el paso de saprofito a patógeno depende de la inmunidad general y local. El síntoma predominante es el prurito acompañado, a veces, de dolor y ardor vulvovaginal, con secreción espesa y blanca.

En el 5% de las mujeres se cronifica, candidiasis recidivante o complicada, que se define por 4 o más episodios en 1 año. Se relaciona con diabetes mal controlada, embarazo, antibiótico terapia, malnutrición, inmunosupresión, o tratamientos con corticoides. Pueden estar involucradas otras especies (*cándida glabrata* y *cándida tropicalis*).

Tabla VI. Tratamiento de candidiasis vulvovaginal[17]

Tratamientos locales vulvares e intravaginales

De primera elección:
– **Clotrimazol** crema al 1% 5 g/intravaginal, 7 noches, u óvulos vaginales de 100 mg x 5-7 noches, o crema al 2% 5 g vag/noche x 3 noches, o en ovulo vaginal monodosis de 500 mg
– Miconazol óvulos 100 mg x 7 noches, o 200 mg x 3 noches, o 1.200 mg una sola noche, o miconazol crema al 2% 5 g/ivag 7 noches o al 4% 5 g ivag/noche x 3 noches
– Butaconazol 2% crema intravag. x 3 noches o en dosis única 5 g
– Fluconazol 150 mg monodosis o itraconazol 200 mg, 2 tomas en un solo día

Tratamiento en candidiasis recidivantes

– Clotrimazol 1 óvulo vaginal de 500 mg al mes durante 6 meses
– Fluconazol 100 mg semanal o 150 mg mensual desde 4 semanas hasta 6 meses
– Iraconazol 200-400 mg oral, 1 vez al mes durante 6 meses

Diagnóstico:
- Frotis en fresco: se ven en el microscopio hifas con una sensibilidad del 50%.
- Tinción Gram: sobre el exudado vaginal se demuestra la presencia de esporas e hifas.
- Cultivo, necesario en caso de resistencia y recurrencia o recidivas sin factores de riesgo conocidos.

Tratamiento. Los tratamientos tópicos son efectivos aplicados intravaginalmente y en región vulvar (90% de curaciones). Los derivados azólicos son más efectivos que la nistatina (Tabla VI).

La vía oral es cómoda, pero no son tratamientos de elección en vulvovaginitis no complicadas por su hepatotoxicidad. Está contraindicada la vía oral en las embarazadas. Sin embargo, para candidiasis recidivantes se puede utilizar la vía oral.

Vaginosis bacteriana

Representa una alteración del equilibrio del ecosistema bacteriano vaginal, con una concentración total de microorganismos que se multiplican por 100, con aumento de los anaerobios, *Gardenerella vaginales, Micoplasma Hominis* y *Mobilincus*. Es la infección vaginal más frecuente en mujeres. Se cuestiona que la transmisión sexual sea el único mecanismo de contagio, aunque se conoce que se transmite de vagina a vagina.

El síntoma más característico es una secreción blancogrisacea maloliente y, en ocasiones, espumosa que no produce irritación en la mayoría de los casos. La VB se relaciona con la endometritis posaborto, con el aborto tardío, el parto pretérmino, la rotura prematura de membranas con infección intramniótica, y con la endometritis posparto y los abscesos posquirúrgicos.

Diagnóstico:
- Clínico: se fundamenta en la presencia de, al menos, 3 de los criterios de AMSEL: secreción vaginal característica, PH superior a 4,5. Olor a aminas (pescado) y células clave o *Clue-cells* en el frotis.
- Laboratorio: el Gram y la citología. No se recomienda cultivo por su baja especificidad.

Tratamiento. No hay consenso en si debe ser tratada la infección cuando

Tabla VII. Tratamiento de la vaginosis bacteriana[17]

- Metronidazol 500 mg oral/12 horas durante 7 días
- Metronidazol gel 0,75% en crema vaginal, 5 g noche por 5 noches
- Clindamicina al 2% crema vaginal, 5 g noche durante 7 noches

Pautas alternativas

- Tinidazol 2 g oral, 1 vez al día x 2 días
- Tinidazol 1 g oral, 1 vez al día x 5 días
- Clindamicina 300 mg vía oral/12 horas durante 7 días
- Clindamicina óvulos de 100 mg noche durante 3 noches

Embarazo: contraindicado el metronidazol durante la organogénesis, los 3 primeros meses

es asintomática, está claro que deben tratarse todas las pacientes sintomáticas y las programadas para intervenciones ginecológicas (legrado, histerectomía...) y todas las embarazadas, con o sin sintomatología, que estén infectadas.

En la tabla VII, se nombran los tratamientos recomendados por el CDC de Atlanta.

Trichomoniasis

La *trichomona vaginalis* es un protozoo que se inocula directamente en vagina por transmisión sexual. El 70% son asintomáticas, fundamentalmente en varones, lo que oculta la transmisión. Es una de las ITS curables más frecuentes en el mundo, que habitualmente se asocia a otras ITS y favorece la transmisión de VIH[17].

Cursa con leucorrea maloliente de color amarillo verdoso y espumoso, que puede producir: dolor vaginal, prurito, dispareunia, coitorragia e, incluso, dolor pélvico debido a endometritis y salpingitis. Durante el embarazo se asocia a parto pretérmino.

Diagnóstico:

- Frotis vaginal en suero fisiológico: se identifica el protozoo flagelado por sus movimientos.
- Cultivo vaginal en medio Diamond y PCR en paciente asintomática.

Tratamiento. Es imprescindible el tratamiento de la pareja para evitar reinfecciones. Evitar tratamiento por vía oral en los 3 primeros meses de embarazo.

- **Recomendado:** metronidazol 2 g oral, monodosis o tinidazol 2 g oral, monodosis.
- **Alternativa:** metronidazol 500 mg/12 horas durante 7 días.
- Trichomoniasis persistente o recurrente: metronidazol 500 mg/12 horas, 7 días o metronidazol 2 g oral al día durante 7 días, o timidazol 2 g al día durante 7 días.

Verrugas genitales. Condilomas

De todas las ITS es la más prevalente entre jóvenes de ambos sexos. Su diagnóstico provoca alarma social, ya que es el agente causal del cáncer de cérvix y del cáncer de ano. Aunque no es curable, se dispone de vacuna que previene el cáncer y su manifestación más común, las verrugas genitales[20].

En el mundo se estima que hay 270 millones de mujeres portadoras del HPV y de ellas 27 millones tienen condilomas. En España, se calcula que entre un 3 a 6% de mujeres son portadoras del HPV.

La incidencia máxima de aparición de las lesiones es entre 20 y 24 años, siendo la adolescencia la etapa de más alto riesgo. A partir de los 35 años, se produce una aclaración del virus, quedando únicamente de un 5-10% de portadoras. Vuelve a aumentar la proporción a partir de los 50 años.

La persistencia de la infección y la evolución a lesiones cancerosas es mayor en mujeres y hombres VIH positivos.

Es un virus ADN con más de 120 subtipos identificados. Los subtipos 6 y 11 producen condilomas acuminados y son virus de bajo riesgo que no suelen producir cáncer. Sin embargo, los subtipos 16 y 18 son oncogénicos relacionados con el cáncer. El tipo 16 se encuentra positivo en el 50% de los cánceres de cérvix, pero no todas las mujeres portadoras desarrollan cáncer. Los subtipos 31, 33 y 35, siendo oncogénicos, se consideran de riesgo intermedio.

Tiene un largo periodo de incubación de 3 a 9 meses, lo que unido a que cursa como infección asintomática, lo convierte en un problema epidemiológico de primera magnitud, porque el VPH tiene avidez por los epitelios escamosos, infectando: mucosas genitales y todo el tracto genital inferior, cuello uterino, vagina, vulva, periné, ano, uretra, glande, pene, escroto e ingles. Infecta todas aquellas áreas que sufren microtraumatismos durante las relaciones sexuales, lo que hace muy difícil impedir su propagación. También infecta boca y se encuentran en los cánceres de orofaringe (debido a relaciones orogenitales).

Clínica. La infección mayoritariamente permanece latente, sin causar lesión histológica.

En la mayoría de los casos, se manifiesta como una infección subclínica, asintomática, en cerviz y vagina o vulva e introito, pene y región perianal, con síntomas inespecíficos como dolor y prurito. Estas lesiones solo son detectables mediante colposcopia y penescopia, mostrándose como lesiones acetoblancas múltiples, generalmente en: mucosas, glande, introito, vagina y cérvix. Este tipo de lesiones está más asociado a subtipos de alto riesgo.

La manifestación clínica más conocida son los condilomas acuminados, verrugas en forma de coliflor, con proyecciones digitiformes, muy vascularizadas y con distinto grado de queratinización. Generalmente asociadas a subtipos de bajo riesgo.

Las pápulas, pigmentadas o no, que son pequeñas, planas y lisas, solas o asociadas a condilomas acuminados, generalmente asociadas a subtipos de alto riesgo.

El HPV es responsable causal del 100% de los cánceres de cuello uterino, del 90% de los cánceres del canal anal y del 40% de los cánceres de vulva y pene. Se está estudiando su relación con los cánceres de orofaringe. Se sospecha la participación de otros cofactores que facilitan el desarrollo del cáncer, como la presencia continuada de VHS II, o la toma de anticonceptivos orales, el tabaquismo, otros virus, otras ITS y, sobre todo, un estado de inmunosupresión.

La acción oncogénica del HPV es unas 1.000 veces superior sobre cerviz que sobre vagina y vulva.

Diagnóstico:

- Clínicamente por inspección genital, penescopia, colposcopia, anoscopia y vulvoscopia.
- Citología del cérvix uterino: alteraciones morfológicas de las células infectadas.
- Biopsia dirigida para estudiar la alteración, sobre todo, si se sospecha lesión en cérvix uterino y para hacer el diagnóstico diferencial con otras neoplasias genitales.
- Hibridación en toma endocervical, para conocer los serotipos de alto riesgo o por amplificación genómica. PCR. No existe, actualmente, prueba que detecte VPH en hombres asintomáticos.

Tratamiento. No existe un tratamiento específico que erradique el VPH, pero sí para las lesiones que causa. El tipo de tratamiento depende del tamaño y extensión de las lesiones para erradicarlas y disminuir la transmisión. En la tabla VIII se describen los tratamientos recomendados.

En embarazo están contraindicados el 5-fluorouracilo y el podofilino, por sus efectos teratógenos. Imiquimoid y el Sinecatechin no tienen probado su uso en el embarazo.

Vacunas preventivas

Existen 2 vacunas comercializadas con partículas *virus like* para la prevención del cáncer de cérvix desde hace 10 años:

1. Cervarix® Bivalente con los subtipos 16 y 18, por lo que su objetivo se centra en la prevención del cáncer de cérvix.
2. Gardasil® tetravalente para los subtipos 6, 11, 16 y 18, cuyo objetivo es prevenir a largo plazo el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a medio plazo disminuir las lesiones precursoras de cáncer y, a corto plazo, las verrugas genitales. Ambas aportan protección cruzada frente a otros serotipos como el 31, 33, 45, 51 y 52 potencialmente cancerígenos.

Los subtipos 16 y 18 son responsables del 78% de los cánceres de cérvix en EE.UU. y del 52,7% en Europa, por lo que se espera el desarrollo de nuevas vacunas con más subtipos implicados. La FDA aprobó en 2014 Gardasil 9®, que ya está comercializada en España. Es activa frente a 9 serotipos (6, 8, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58), con la que se evitarían teóricamente el 90% de los cánceres de cérvix y el 90% de los cánceres de ano[20].

Se recomienda vacunar a las niñas entre 9 y 14 años, antes de la exposición al virus cuando es más efectiva, aunque no está contraindicada la vacuna en caso de seropositividad, por lo que se pretende extender su uso hasta los 26 años. El calendario vacunal del Ministerio de Sanidad asume vacunar a todas las niñas de 12 años con dos dosis.

Los retos pendientes siguen siendo aumentar la protección incluyendo más genotipos del VPH, aumentar la población a vacunar, también a los adolescentes varones, para cortar la cadena de contagios y ampliar la cobertura de vacunación hasta los 26 años.

Las niñas vacunadas han de continuar con el cribado citológico para el cáncer de cérvix, que puede empezar más tarde, a los 30-35 años en vez de a los 25.

Tabla VIII. Tratamiento de lesiones condilomatosas[18]

Lesiones cervicales	– Crioterapia, asa de diatermia o láser
Lesiones mucosas, vaginal, anal y uretral	– Crioterapia, láser, ácido tricloroacético
Lesiones vulvares y en genitales externos	– Podofilinotoxina al 0,5% hasta 4 semanas – Imiquimoid crema al 5% hasta 16 semanas – Sinecachetin al 15% hasta 16 semanas – Crioterapia semanal hasta erradicar – Resina de podofilino al 25% – Ácido tricloroacético o bicloroacético – Electrocoagulación o láser de CO_2

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.** OMS. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva nº 110. 2016.

2.*** ONUSIDA OMS. Situación de la epidemia del Sida. El Sida en cifras. 2015. Disponible en en: http//www.unaids.org.

3.** Advocates for Youth. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth. 2011.

4.** Shelley C, Bruce J, Dude A. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." International Family Planning Perspectives. 2006; 32(2): 79-88.

5.*** Jaime P, Montero J, Montero MJ, Waisman V. Cuadernos: Salud y Derechos sexuales y Reproductivos, Nª1. Las mujeres en los países en desarrollo. Federación de Planificación familiar de España. Madrid. 2012.

6.** Caro D, for the Interagency Gender Working Group. A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd edition). Washington, DC: Population Reference Bureau. 2009.

7.*** Center for Reproductive Rights. An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools. New York: CRR. 2008.

8.** OMS. Estrategia Mundial del Sector Salud contra las Infecciones de transmisión sexual, 2016-2021. Numero de Referencia OMS: WHO/RHR/16.09.

9.*** Cevallos C, Collado S, Moran M, Rico J, Verdejo J. Informe Técnico para profesionales sanitarios. Servicio Madrileño de Salud. 2012.

10.*** Rodríguez JM, Borrel JM, Díaz A, Herrera A, Sánchez L, Sanmartín E. Guía de buena Práctica Clínica en Infecciones de Transmisión Sexual. Madrid. Organización Médica Colegial. 2011.

11.*** Institutos Nacionales de la Salud/Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.

12.*** OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Módulo de Capacitación para el manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. 2007. ISBN 9789243593401. Disponible en: www.who.int/reproductivehelth/publications/rtis/9789243593401/es.

13.*** Bouza E, Hellín T, Rodríguez A, Ribera E. Enfermedades de transmisión sexual. En Protocolos clínicos de S.E.I.M.C. (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica).

Disponible en: www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto8.htm.

14.** Lope JA, Otero L, Blanco MA, Aznar J, Vázquez F. Panorama actual de la Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2007. SEIMC: Sociedad Española de Infecciones y Microbiología Clínica. Disponible en: www.seimc.org.

15.*** National Center for HIV/AIDS; viral hepatitis, STD and TB prevention. Disponible en: www.cdc.gov/std/spanish.

16.*** Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enflesiones/ enftransmisibles/sida/vigilancia/home/htm.

17.*** Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015. MMWR. 2015; 64: 3.

18.*** Díaz A, Diez M. Grupo de Trabajo sobre ITS. Infecciones de Transmisión Sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Dirección General de salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid 2011. AC_ITS_Ministerio_2011.

19.** Barrientos JF, coordinador grupo de Enfermedades de Transmisión sexual. Documento de Consenso. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Disponible en: www.sego.es.

20.* Cortés J. Documento de Consenso de las Sociedades Científicas. "Vacunas Profilácticas frente al HPV". 2007.

21.** Andrés P. Las infecciones de transmisión sexual. Pediatr Integral. 2013; XVII(3): 185-96.

Bibliografía recomendada

– Rodríguez JM, Borrel JM, Díaz A, Herrera A, Sánchez L, Sanmartín E. Guía de buena Práctica Clínica en Infecciones de Transmisión Sexual. Madrid. Organización Médica Colegial. 2011.

Excelente guía para el diagnóstico y tratamiento de las ITS, desde Atención primaria. Orientado al conocimiento de la epidemiología a nivel del mundo, Europa y España. Clara, completa y didáctica exposición de la clasificación sindrómica de las ITS.

– OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Módulo de Capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. 2007. ISBN 9789243593401. Disponible en: www.who.int/reproductivehelth/publications/rtis/9789243593401/es.

Imprescindible documento para capacitarse en el diagnóstico y tratamiento precoz, en aras a disminuir la propagación de las ITS y sus secuelas, cuando no se dispone de herramientas diagnósticas rápidas, de buena sensibilidad y especificidad.

– Bouza E, Hellín T, Rodríguez A, Ribera E. Enfermedades de transmisión sexual. En Protocolos clínicos de S.E.I.M.C. (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica). Disponible en: www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto8.htm.

Protocolos actualizados y revisados en referencia a los publicados por CDC de Atlanta con las fórmulas farmacológicas existentes en nuestro medio. Es una guía completa de actuación en todas las ITS conocidas.

– Institutos Nacionales de la Salud/Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Información precisa y actualizada de cada una de las Infecciones de Transmisión Sexual. Cada ITS ha sido revisada en los años 2014 al 2016 y actualizadas en los meses del año 2017. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html.

– National Center for HIV/AIDS; viral hepatitis, STD and TB prevention. Disponible en: www.cdc.gov/std/spanish.

Se publican hojas informativas que nos ayudan a adecuar la información precisa a los usuarios.

– Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015. MMWR. 2015; 64: 3.

Imprescindible guía de tratamiento, utilizada como modelo de referencia a nivel mundial. Está disponible en la red para consultas: www.cdc.gov/mmwr.

Caso clínico

Mayra tiene 15 años y acude al centro de Atención Primaria acompañada de su madre. Presenta disuria, prurito y quemazón vulvar desde hace 10 días al terminar su menstruación.

Mayra dice que tiene novio, Luis Enrique de 18 años, conocido de la familia, con quien, "por supuesto", no tiene relaciones genitales.

La doctora decide pasar a Mayra a la consulta de enfermería para hacer toma de flujo e inspección vulvar, para lo cual le pide a su madre que espere fuera de la consulta, mientras se completa la historia de su hija y se esperan resultados.

En enfermería, Mayra relata que solo ha tenido una relación genital, que no usaron preservativo porque no tenían, ya que no esperaba llegar a esa intimidad. Que no pasó nada que fue muy poco tiempo y que eyaculó fuera. Sí que habían mantenido previamente tocamientos genitales y masturbaciones mutuas.

Refiere que a los cuatro días tuvo una regla normal. Al acabar la regla, comenzaron las molestias vulvares que fueron en aumento a pesar de tratarse con una pomada que ya había usado en una ocasión anterior y que le dio su madre para el picor.

A la exploración, se aprecia enrojecimiento vulvar de labios mayores y menores y erosiones múltiples con aspecto de úlceras superficiales confluyentes en introito que se extienden hacia labios menores. Hay abundante secreción vaginal inespecífica.

Antecedentes personales: no alergias conocidas. Menarquia 12 años. Reglas irregulares 3/45. Nunca antes había tenido estos síntomas. Nunca se ha realizado una revisión ginecológica.

Se solicita frotis vaginal para Mayra y citar en consulta en 15 días. Se le pide venga acompañada de su pareja. Se solicitan pruebas de serología para descartar otras ITS.

Se informa sobre diagnóstico y la realización de tratamiento que ha de iniciarse cuanto antes.

Se informa, aconseja poner al corriente a su madre, que ha manifestado preocupación y se ofrece ser su informante.

El frotis vaginal indica *Cándida Albicans*, leucocitos +++ y ausencia de Doderlein.

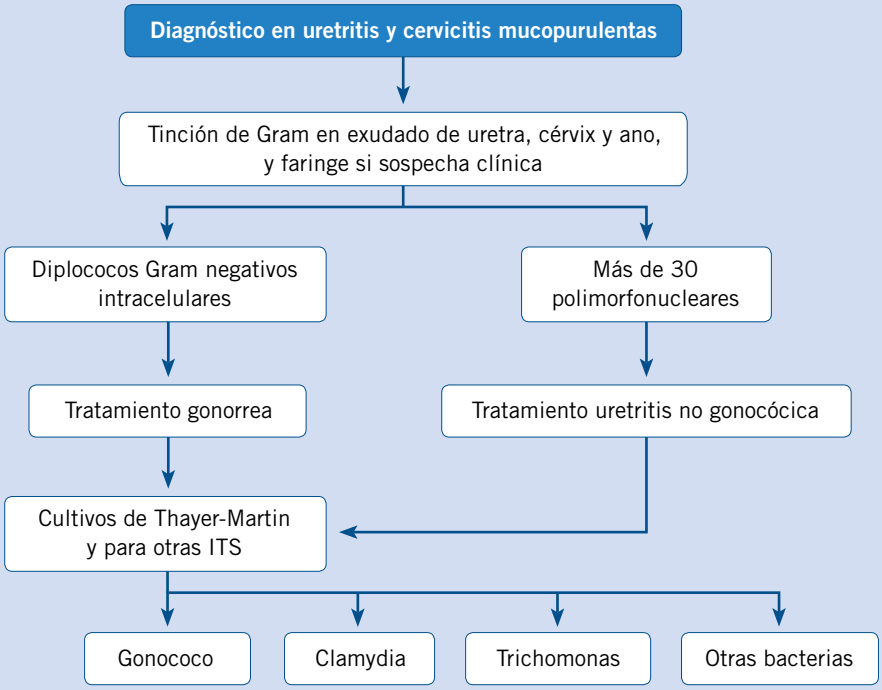
Se instaura tratamiento con clotrimazol, 100 mg/noche durante 7 noches.

Cultivos y pruebas serológicas son todas negativas.

Se hace consejo sobre prevención de ITS, se recomienda uso de preservativo y se hace consejo anticonceptivo. Se recomienda vacunación de hepatitis B.

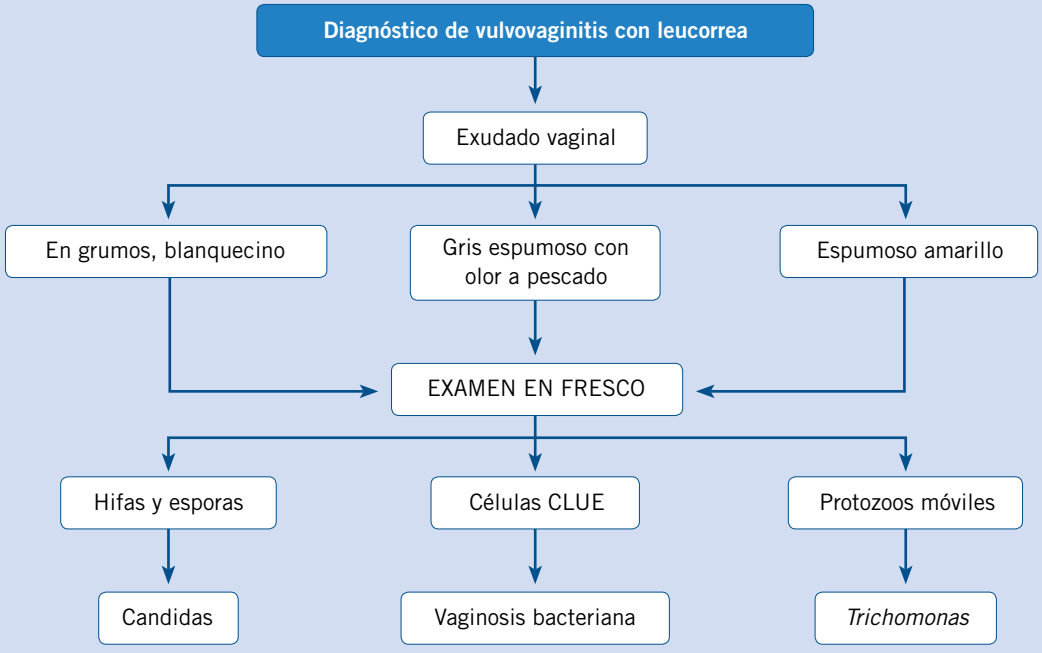
Se propone estudio para descartar ITS a su pareja. Se explica infección por herpes genital. Se propone por el momento uso de preservativo para evitar reinfecciones.

Algoritmo diagnóstico en uretritis y cervicitis mucopurolentas



En caso de gonococo positivo realizar tratamiento conjunto en el mismo día para gonorrea y *clamydia* porque en más del 40% existe coinfección. Repetir cultivo postratamiento para asegurar curación y no aparición de resistencias.

Algoritmo diagnóstico de vulvovaginitis que cursa con leucorrea



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de Pediatría Integral, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Infecciones de transmisión sexual

17. ¿Cuál es la respuesta CORRECTA con respecto a la infección del herpes genital?

a. Se puede contraer la infección al tener relaciones sexuales orogenitales sin protección con una persona infectada.
b. El herpes genital no debe tratarse durante el embarazo por la alta toxicidad de los fármacos.
c. Es de fácil diagnóstico clínico, porque siempre produce síntomas y lesiones visibles.
d. Existe vacuna disponible frente al VHS 1, pero no frente al VH2.
e. El agente causal es el VHS2 que es el único de la familia que tiene trofismo por las áreas genitales.

18. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio diagnóstico de Amsel en la vaginosis bacteriana?

a. Un pH vaginal mayor de 4,5.
b. Presencia en el frotis en fresco de "*celulas clue*".
c. Presencia de flujo grisáceo que se adhiere a las paredes vaginales.
d. Presencia de cocobacilos gram negativos intracelulares en la tinción de Gram.
e. Olor a pescado al añadir hidróxido de potasio al flujo vaginal.

19. ¿Cuál es la RAZÓN para el tratamiento combinado de la uretritis y cervicitis gonocócica con ceftriaxona + azitromicina?

a. Para evitar resistencias, se añaden dos fármacos.
b. Es sensible a ambos fármacos y se pueden utilizar indistintamente.
c. Para tratar la clamidia, que es concomitante a la infección por gonococo en más de un 40% de casos.
d. Primero se inyecta ceftriaxona y a la semana se toma azitromicina.
e. Para poder iniciar relaciones sexuales en 24 horas sin riesgo de contagio.

20. Con respecto la infección por HPV es CIERTO que:

a. Produce cáncer anal y de orofaringe.
b. Los serotipos 6 y 11 producen verrugas genitales.
c. Los serotipos 16 y 18 son los causantes del 52% de los cánceres de cuello en España.
d. No está comercializada en España la vacuna Gardasil 9 nonavalente.
e. Todas las anteriores son ciertas.

21. ¿Cuál es la infección de transmisión sexual CURABLE más frecuente a nivel mundial?

a. Trichomoniasis.
b. Infección por HPV.
c. Infección por VIH.
d. Vaginosis bacteriana.
e. Uretritis no gonocócica.

Caso clínico

22. Mayra tiene úlceras genitales. ¿Qué aspectos clínicos son RELEVANTES para el diagnóstico diferencial?

a. Que sean lesiones únicas o múltiples.
b. Que sean dolorosas.
c. Que existan adenopatías o no y sus características.
d. Que el periodo de incubación sea menor de una semana.
e. Todas las anteriores.

23. Mayra tiene una infección de transmisión sexual. Ha tenido una sola pareja sexual, ¿qué TIPO de estudio serológico está indicado realizar?

a. Ninguno. El herpes genital es muy frecuente.
b. Serología vírica para hepatitis B y C y VHS.
c. Cultivos para gonococo y clamidias.
d. Pruebas reagínicas para detección de sífilis.
e. Son ciertas b, c y d.

24. El TRATAMIENTO de la primoinfección del herpes genital es:

a. Aciclovir: 200 mg, 5 veces al día durante 5 días.
b. Valaciclovir: 1 g oral cada 12 horas durante 7/10 días.
c. Fanciclovir: 125 mg, 2 veces al día durante 5 días.
d. Aciclovir: 400 mg vía oral cada 8 horas durante 7/10 días o hasta remisión.
e. La b y la d son correctas.

Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia

P.J. Rodríguez Hernández*,
E.R. Hernández González**

*Pediatra acreditado en Psiquiatría Infantil (A.E.P.) y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife.
**Pediatra y Terapeuta de la Conducta Infantil. Clínica Bello Campo, Caracas, Venezuela. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV). Caracas. Venezuela

Resumen

Los trastornos mentales en la adolescencia son una causa frecuente de consulta en Pediatría. Aproximadamente, uno de cada cinco jóvenes cumplen criterios para padecer un trastorno psiquiátrico y muchas de las enfermedades psiquiátricas debutan en la adolescencia. Los resultados de las investigaciones en este campo indican la importancia de identificar los problemas mentales en la adolescencia e instaurar el tratamiento de manera precoz. La patología psiquiátrica en jóvenes produce un empeoramiento significativo en los problemas de comportamiento, problemas de relación interpersonal, autoestima y rendimiento académico. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la comorbilidad. En el presente artículo se desarrollan los aspectos más importantes sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en la adolescencia.

Abstract

Mental illness in adolescence is one of the main reasons for consultation in paediatrics. Approximately one in every five youth meets criteria for a mental disorder and many psychiatric disorders will first appear in adolescence. The results of investigations suggest the importance of identifying psychiatric disorders in adolescence, and the need for prompt treatment. Mental disorders in young adults have significantly poorer functioning on measures of behavioural problems, interpersonal problems, self-esteem, and school performance. The early detection improves the prognosis and reduces morbidity. This current article develops the main basis about aetiology, diagnosis and treatment of the mental illness in adolescence.

Palabras clave: Salud mental; Adolescentes; Prevalencia; Psiquiatría.

Key words: *Mental health; Adolescents; Prevalence; Psychiatry.*

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 334–342

Introducción

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de consulta por patología no orgánica en Pediatría de Atención Primaria.

Es necesario tener en cuenta las particularidades de la atención a la salud mental de los adolescentes, ya que existen características diferenciadoras con la salud mental infantil y de adultos. Las más importantes tienen que ver con las manifestaciones clínicas y la entrevista clínica; ya que, además de la sintomatología nuclear, es importante evaluar el grado de disfunción asociada en todas las áreas de desarrollo: académica, familiar, social o personal. También se deben conocer los indicadores de riesgo que permiten una detección precoz del problema, ya que un diagnóstico precoz e intervención adecuada disminuye el riesgo de comorbilidad y cronificación del cuadro clínico. Cuando no se detectan a tiempo, los trastornos mentales en la adolescencia producen un incremento en el consumo de recursos sanitarios y de servicios sociales, jurídicos o educativos. Hay que establecer un adecuado enfoque terapéutico, adaptado a la adolescencia, en el que ocupa un lugar importante la estrategia utilizada para

evitar la discontinuidad terapéutica. Por último, es necesario contemplar la estabilidad o temporalidad de los síntomas para establecer un supuesto diagnóstico, ya que en la adolescencia, no son infrecuentes las situaciones de expresión de conductas que pueden ser consideradas como patológicas en momentos puntuales, generalmente como reacción a un proceso de adaptación.

El pediatra juega un papel esencial en la detección precoz de los trastornos mentales que se desarrollan en la adolescencia. Para ello necesita conocer los signos de alerta psicopatológicos que indican la existencia de un problema. Tanto los que comienzan de forma habitual en ella, como los que se desarrollan en la infancia y sufren cambios en la sintomatología al sobrepasar la pubertad.

En cuanto a la importancia de los distintos trastornos mentales en estas edades, los datos que presenta la Organización Mundial de la Salud indican que entre los 12 y los 18 años comienzan los trastornos de conducta (aunque pueden desarrollarse desde los 3 años), problemas del estado de ánimo y ansiedad, consumo de drogas y un poco más tarde, entre los 15 y los 18 años, las psicosis y otros trastornos relacionados con la esfera psicótica[1].

En el presente artículo se realiza una revisión de los datos epidemiológicos para tener una idea aproximada de la importancia de las distintas enfermedades mentales en la adolescencia. También se abordan algunas herramientas adecuadas para la detección precoz, como son el conocimiento de los factores de riesgo, las preguntas que debe incluir la entrevista clínica y los instrumentos de evaluación más apropiados.

Epidemiología de los trastornos mentales en la adolescencia

La prevalencia de los trastornos mentales en la adolescencia es muy elevada.

Los datos existentes en la literatura biomédica indican que 1 de cada 5 adolescentes ha padecido o padece algún tipo de problema relacionado con la salud mental. Dicha estimación se ha realizado en distintas culturas y países[2]. Existe un número creciente de publicaciones que alertan sobre la elevada prevalencia de trastornos emocionales y del comportamiento en adolescentes, y enfatizan en la importancia de la identificación en estas edades como estrategia preventiva fundamental[3].

Los resultados obtenidos en los estudios epidemiológicos realizados señalan que las cifras de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en adolescentes oscilan entre el 15 y el 25%[4]. La disparidad de las cifras se debe a las diferencias metodológicas entre las distintas investigaciones.

Es habitual que las muestras que se analizan para la obtención de la frecuencia de trastornos mentales se consideren desde una perspectiva global, es decir, sin separar niños y adolescentes. Cuando lo hacen, existe disparidad en la consideración de cuál es la edad infantil y cuál la juvenil. Por ese motivo, existen pocos estudios que permitan una adecuada y clara sistematización del problema. Cuando se considera la adolescencia como grupo independiente, los porcentajes se mantienen similares a los aportados para edades inferiores, aunque la caracterización y tipo de trastorno varía. En la adolescencia, la mayoría de los trastornos son internalizantes (fundamentalmente ansiedad y depresión), aunque es más fácil la detección de trastornos externalizantes (hiperactividad, problemas de conducta) [5]. Los problemas más importantes de salud mental en adolescentes, de mayor a menor frecuencia, son:

- Trastornos de ansiedad.
- Depresión.
- Problemas de comportamiento.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Otros menos frecuentes: psicosis, el abuso de sustancias y los trastornos del comportamiento alimentario.

Clínica

Además de las características clínicas de cada trastorno, es importante conocer los signos de alerta y los factores de riesgo y vulnerabilidad.

Signos de alerta

No existe ninguna señal que pueda ser, por sí misma, predictiva del desarrollo presente o futuro de un trastorno mental. Esto es debido a que existen factores personales y sociales que pueden hacer que la evolución del adolescente sea favorable.

Un signo de alerta indica solamente que se debe hacer un seguimiento del adolescente, con especial atención a la evolución psicopatológica o una derivación a un servicio competente.

Los signos de alerta más útiles en Pediatría son los siguientes:

- Rendimiento académico: un mal rendimiento desde el inicio de la edad escolar puede indicar problemas de atención. Una inflexión en el rendimiento académico, cuando anteriormente estaba bien, puede ser el primer indicador de una depresión.
- Amenaza o intento de suicidio. Nunca se deben ignorar, ya que es posible que sea la primera señal de la existencia de un trastorno del estado de ánimo.
- El consumo de cannabis. Aunque los efectos del consumo son perjudiciales en aspectos esenciales para el adolescente, como la motivación o la atención, también puede ser el desencadenante de un episodio psicótico de mayor o menor gravedad.
- La disforia (entendida como un estado de ánimo con tendencia a la tristeza): es un indicador de la sintomatología depresiva no clínica. Su adecuado control y seguimiento puede ser fundamental, especialmente debido a que el suicidio es la principal causa de muerte en los adolescentes después de los accidentes y a que una de las principales causas de suicidio es la depresión.
- Las quejas somáticas también pueden ser indicativas de la existencia de sintomatología subclínica, especialmente de la esfera ansiosa. Las más frecuentes son los síntomas vasculares (las taquicardias) y los respiratorios (sensación de ahogo o de necesitar más aire). Además, pueden referir cefaleas, abdominalgias, sintomatología vegetativa, como: sudoración, temblor, náuseas y problemas en el sueño, entre los que destacan las pesadillas, y los diferentes tipos de insomnio (sobre todo de conciliación).

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Se han realizado diferentes estudios para detectar factores de riesgo y vulnerabilidad en la adolescencia. Radke-Yarrow y Brown publicaron los resultados de un seguimiento de un grupo de adolescentes, estableciendo 7 características personales y familiares que indicaban mayor probabilidad de padecer enfermedad mental[6]:

- Cociente intelectual menor de 100.
- Fracaso escolar o problemas académicos.
- Problemas conductuales en el ámbito escolar.
- Malas o escasas relaciones sociales con compañeros.
- No existencia de un adulto de referencia y apoyo.
- Rechazo o poca valoración por parte de la familia.
- Aparición de estrategias de afrontamiento disruptivas ante las dificultades diarias.

Otros autores han propuesto multitud de factores de riesgo y vulnerabilidad para desarrollar un trastorno mental en la adolescencia[7,8]. Los más importantes son los siguientes:

- Características de los padres: padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la adolescencia, padres que no aceptan la autonomía progresiva de sus hijos, padres que necesitan separarse del niño o que le hacen una demanda excesiva de autonomía, que niegan radicalmente los conflictos con el hijo, choques relacionales destructivos o con violencia reiterados entre un progenitor y el hijo o funciones parentales sustituidas. Padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja,
- Características de la estructura familiar: familias monoparentales, enfermedades crónicas, invalidantes o graves en varios miembros de la familia, padres con déficit sensoriales o presencia de trastornos psiquiátricos severos, entre los que cabe destacar: los trastornos delirantes y la esquizofrenia, trastornos depresivos mayores, intentos de suicidio, trastornos graves de personalidad y abuso de drogas. También es importante la existencia de malos tratos y la falta de contacto afectivo y lúdico. Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia: familias aisladas socialmente, cambios de residencia repetidos, paro sin subsidio de varios miembros de la familia. También influyen las variables culturales.
- Circunstancias de la concepción, embarazo y perinatales: embarazo en la adolescencia, hijos no deseados, hijos concebidos en violaciones, muerte de hermanos o familiares directos en el embarazo, embarazo de riesgo médico, enfermedades graves de la madre o el feto o conductas y situaciones de riesgo prenatal, como: el consumo de drogas y los problemas laborales y ambientales durante el embarazo, partos distócicos, prematuridad, sufrimiento fetal, enfermedades congénitas y malformaciones.
- Situaciones traumáticas puntuales, tales como: muerte de uno de los padres o un hermano, separación de los padres, nacimiento de hermanos, hospitalización prolongada, cambios escolares importantes o ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores.
- Situaciones personales: existencia de enfermedades crónicas: asma, obesidad, epilepsia, diabetes, neoplasias o SIDA. Déficit sensorial y secuelas de enfermedades del sistema nervioso. Enfermedades metabólicas que originan déficit o importante ansiedad en los padres. Existencia de problemas con la justicia: adolescentes con protección judicial, problemas con la justicia, repetitivos o sometidos a medidas judiciales.

Ninguna de estas características, ni otras recogidas en otros estudios, aseguran, por sí mismas, el desarrollo presente o futuro de un trastorno mental en el adolescente. La acumulación de factores de riesgo incrementa la probabilidad de provocar trastornos mentales de los mismos.

Clínica de los distintos trastornos en la adolescencia

Trastornos de ansiedad

La ansiedad se puede manifestar de distintas maneras. En ocasiones, puede ser un fenómeno adaptativo transitorio a circunstancias del entorno. Cuando se convierte en patológico, la expresión de los síntomas es la siguiente[9]:

Trastorno de ansiedad generalizada

Está definido por un patrón de ansiedad y preocupación excesivas, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga durante más de seis meses, de difícil control para el individuo.

Trastorno de angustia con o sin agorafobia

Una crisis de angustia se define como: un período definido en el tiempo de temor intenso, malestar o terror que se acompaña de ideas de desastre inminente o de pérdida de control de la realidad. Además, se presenta con sintomatología vegetativa (taquicardia, sudoración o temblor). Se puede acompañar de agorafobia, que es un temor irracional a permanecer entre multitudes o lugares públicos.

Fobia social

Se caracteriza por un temor acusado y persistente por una o más situaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás. La exposición a dichas situaciones suele acompañarse de algún tipo de respuesta de ansiedad, incluso una crisis de angustia situacional.

Trastorno obsesivo compulsivo

Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones con carácter recurrente que ocupan una cantidad significativa de tiempo al sujeto y causan cierto grado de deterioro e interferencia con la vida diaria. En la adolescencia, las ideas obsesivas más frecuentes son de daño y de suciedad. Las compulsiones se definen como comportamientos repetitivos y constantes, tales como el lavado continuo de manos, la limpieza excesiva, etc.

Trastorno por estrés postraumático

Se trata de una respuesta tardía a un acontecimiento traumático, con una sintomatología ansiosa importante, que impide al paciente realizar, con normalidad, sus actividades habituales, pues

existe una intrusión del pensamiento ansioso. Hay que estar alerta durante los seis meses siguientes al acontecimiento, ante la aparición de "*flashbacks*" (revivir el trauma), síntomas de ansiedad y depresión, alteraciones en el sueño, sentimiento de insensibilidad, hipervigilancia, evitación de los estímulos que recuerden el hecho traumático, y estado de alerta fisiológica.

Depresión y suicidio

La expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy variada, y dependerá de factores, tales como: la capacidad intelectual del sujeto, la madurez emocional y la capacidad verbal para analizar la vida emocional[10]. Algunos síntomas son: tristeza, llanto, visión negativa de la vida, autoimagen deficiente, sensación de impotencia, dificultades de atención y concentración, imposibilidad de tomar decisiones, irritabilidad, pérdida o aumento indiscriminados del apetito y trastornos del sueño. La persistencia de estos síntomas debe hacer pensar en una depresión. Cuando se asocian síntomas ansiosos a los depresivos, estos suelen tener una mayor duración, con un incremento de conductas de riesgo (drogas, suicidio), aumento de los problemas psicosociales, y pobre respuesta a la psicoterapia.

Con respecto al suicidio, hay que señalar que se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente juega un papel importante. Hay que estar atentos a la pérdida de iniciativa, la baja autoestima, las alteraciones del sueño y la disminución en la actividad motora. También ante el retraimiento, con urgencia por estar solo, el aislamiento, el malhumor, los cambios bruscos en la personalidad, la entrega de las pertenencias más preciadas a otros y la propia amenaza de suicidio. Lo más importante será la prevención de las tentativas, mediante una actuación que incluya a todos los profesionales implicados en la salud integral del adolescente.

Trastornos de conducta

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que puede ocasionar sintomatología conductual en la adolescencia[11]. Sin embargo, el término trastorno de conducta hace referencia a un modelo persistente de comportamiento antisocial, con el que se produce una trasgresión de las normas sociales y se producen actos agresivos que molestan a otras personas. Este trastorno posee una elevada prevalencia en la población adolescente, y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo uno de los principales motivos de derivación a los servicios de salud mental. Hay que prestar especial atención a las agresiones a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura…), destrucción de la propiedad y provocación de incendios, robo o fraudulencia (sin comportamientos agresivos) y violaciones graves de las normas[12,13]. Estos signos de alerta deben ser considerados junto a los factores de riesgo.

Esquizofrenia

Se trata de enfermedades graves y estigmatizantes que causan un grave deterioro cognitivo y funcional, siendo este mayor cuanto más precoz sea la aparición de la enfermedad. La característica discriminante de la esquizofrenia son los síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación o estupor catatónico y conducta desorganizada)[14], a pesar que estos no son exclusivos de esta patología.

Los síntomas prodrómicos

Son aquellos síntomas y signos precoces, que sobresalen del estado habitual del paciente y que preceden a la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad. Los pródromos de la esquizofrenia están constituidos por un grupo heterogéneo de manifestaciones que aparecen de forma gradual en el tiempo y que incluyen cambios en la conducta externa, como consecuencia de cambios en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto. La mayoría de individuos con esquizofrenia han experimentado estos cambios, que incluyen: disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad. Se trata de manifestaciones altamente inespecíficas y variables, por lo que hay que analizarlas en función de la evolución.

La esquizofrenia

Lo más característico de la esquizofrenia en la adolescencia es la presencia de alteraciones de la percepción en forma de alucinaciones, especialmente auditivas. En un número importante de casos, al adolescente le da vergüenza expresar que oye voces, o no las refiere por miedo a que los demás crean que "está loco", o simplemente no lo dice porque nadie se lo ha preguntado, y en su mundo interno cree que es algo normal y que a todo el mundo le ocurre. Las alteraciones en el pensamiento, como por ejemplo, los delirios (sentirse espiado o con la voluntad controlada) son mucho menos frecuentes y su aparición obliga a una adecuada valoración neurológica y a descartar consumo de tóxicos.

Trastorno bipolar

La presentación en la adolescencia suele ser en forma de episodio maníaco. En el mismo, existe: euforia, expansividad y conducta desorganizada que, en ocasiones, se acompaña de cambios en la conducta sexual o gastos desmesurados de dinero o disminución de la necesidad de dormir[15].

Consumo de tóxicos

Aunque cada tipo de droga puede presentar signos propios, las señales de alerta más importantes por las que preguntar son: disminución del rendimiento escolar, con ausencias no autorizadas del centro escolar. Cambio en la manera de vestir y hablar. Cambios de conducta (irritabilidad, rechazo a compartir actividades familiares), necesidad de dinero llegando a realizar robos en casa, cambio en horarios, actividades, sueño o alimentación. Señales de quemaduras en la ropa o restos de hierba en los bolsillos. El enrojecimiento ocular es significativo en el caso del cannabis.

Trastornos del espectro autista

Algunas formas de trastornos del espectro autista, como el síndrome de Asperger o el autismo que se acompaña de alto rendimiento, puede permanecer sin diagnóstico hasta la adolescencia, especialmente si existe un buen desempeño académico. Para indagar la sospecha sobre estos trastornos, deben valorarse las dificultades en el área de la socialización: dificultades en relacio-

narse con los demás y en hacer nuevos amigos, dificultades para mantener las relaciones sociales y aislamiento. También hay que indagar la presencia de dificultad en el procesamiento de la información proveniente de las personas de su entorno: comprender las ironías o metáforas, así como las frases con doble intención que le expresan los demás; valorar si se enfada, porque no comprende las bromas de los compañeros, e indagar sobre las dificultades en las distintas áreas del lenguaje (expresivo, comprensivo, etc.).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, basado en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales. Los test y otras herramientas diagnósticas pueden ayudar en el proceso.

La entrevista clínica

Los adolescentes, especialmente los de menor edad, no suelen acudir al médico sin compañía. El establecimiento de una relación de confianza con un adolescente que viene a la consulta, acompañado por sus padres, no siempre es fácil. Particularmente importante, es la recepción de este nuevo paciente cuando acude a su primera consulta "adulta" tras la edad pediátrica, en la que se puede intentar hablar con él a solas. En la tabla I, se señalan las preguntas más adecuadas para explorar las áreas más importantes de un adolescente al que queremos explorar su salud mental. Evidentemente, el punto de partida ha de ser el motivo de consulta, pero si se crea un clima de escucha atenta que haga que el adolescente se sienta respetado y valorado como persona, se darán las bases para poder explorar sintomatología específica psiquiátrica. En la tabla II, se señalan algunas preguntas que permiten sospechar la existencia de los trastornos mentales más frecuentes. Para establecer el diagnóstico, se deben cumplir los criterios de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales. La más utilizada es la DSM 5[16].

Tabla I. Preguntas clave en la historia clínica

Hogar	¿Dónde vives? ¿Con quién vives? Háblame de ellos ¿Te sientes seguro en casa? ¿Puedes hablar con confianza con las personas con las que convives? ¿Cuántas veces os habéis cambiado de casa? ¿Te ha afectado? ¿Cuántas veces comes a lo largo del día y con quién? ¿Tienes intimidad en casa?
Educación	¿Vas bien en el colegio?, ¿cuál es el último curso que has completado? ¿Qué notas sacas en la escuela? ¿Cuáles son tus asignaturas preferidas? ¿Te gusta el colegio? ¿Tienes amigos en clase? ¿Tienes algún problema en el colegio?, ¿de qué tipo y con quién? ¿Te han echado alguna vez del colegio? ¿Tienes trabajo?, ¿te gusta tu trabajo? ¿Ganas lo suficiente para cubrir tus necesidades? Si no trabaja ni está escolarizado: ¿qué haces a lo largo del día?
Actividades	¿Qué haces en tu tiempo libre? ¿Qué tipo de amigos tienes? ¿Sales con algún/a chico/a?
Drogas	¿Qué fuman tus compañeros?, ¿y tú?, ¿desde cuándo? ¿Soléis tomar cerveza cuando os juntáis?, ¿y vino? ¿Desde cuándo salís a tomar cañas?
Sexualidad	¿Qué tal te van las cosas con tu novio/a? ¿Habéis tenido algún tipo de contacto sexual? ¿Qué habéis hecho para evitar el embarazo? ¿Hay alguna cuestión relacionada con el sexo que te preocupe?

Instrumentos de valoración

Existen numerosos instrumentos de valoración psicopatológica en adolescentes, que pueden ser escalas, cuestionarios, test[17]. Algunos de ellos son específicos, es decir, sirven para valorar algún tipo de patología en concreto, como: las escalas de TDAH (la ADHD *Rating Scale* o el SNAP-IV), la escala de ansiedad STAI-C, el cuestionario de depresión de Beck, etc. Otros son generales, es decir, sirven de *screening* de psicopatologías. Estos últimos son los más útiles para una valoración inicial del adolescente. Los instrumentos generales más importantes son:

- Escalas de Conners.
- *Child Behaviour Check List* (CBCL).
- Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ).

Las escalas de Conners evalúan solo trastornos de comportamiento y TDAH. El CBCL, evalúa una gran cantidad de problemas psicológicos infantiles, pero su extensión (hasta 120 ítems) hace que sea poco usado en la práctica clínica diaria. El SDQ es el cuestionario más útil para el pediatra, debido a que evalúa los aspectos psicopatológicos más importantes y a su brevedad. Este cuestionario detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes entre 4 y 16 años.

EL SDQ es un cuestionario breve que consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Dichas escalas hacen referencia a:

1. Síntomas emocionales.
2. Problemas de conducta.
3. Hiperactividad.
4. Problemas con compañeros.
5. Conducta prosocial.

Tabla II. Preguntas clave sobre sintomatología psiquiátrica

Trastorno de ansiedad generalizada	¿Te has notado nervioso o preocupado en los últimos días? ¿Estás preocupado continuamente por diferentes aspectos? ¿Te definirías como una persona miedosa o nerviosa?
Trastorno de angustia	¿Tienes ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control?
Agorafobia	¿Presentas miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehúyes acudir a los centros comerciales?
Fobia social	¿Presentas excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros?
Trastorno obsesivo compulsivo	¿Presentas pensamientos raros, repetitivos o desagradables? ¿Estos pensamientos te causan preocupación, malestar o no los puedes eliminar de tu pensamiento? ¿Hay cosas que tienes que hacer o si no te pones nervioso?
Depresión	¿Cómo has estado de ánimo en las últimas semanas? ¿Te has encontrado decaído, triste o irritable? ¿Te has notado con poco ánimo, desmotivado o con problemas de sueño?
Suicidio	A veces, la gente está tan desesperada que piensa que sería preferible estar muerto, ¿te ha sucedido esto a ti alguna vez? ¿Alguno de tus amigos ha intentado suicidarse alguna vez? ¿Has pensado tú en el suicidio?, ¿qué has pensado exactamente? ¿Has intentado suicidarte alguna vez?, ¿cómo?
Esquizofrenia	Es útil indagar a los familiares sobre posibles conversaciones sin interlocutor (habla solitaria)
Trastorno bipolar	¿Te has encontrado "demasiado bien" o eufórico últimamente? ¿Te has visto irritable, expansivo o con una velocidad de expresión acelerada?
Trastornos del espectro autista	¿Te cuesta hacer nuevos amigos y relacionarte con los demás? ¿Presentas dificultades para mantener relaciones sociales? ¿Te encuentras demasiado aislado?

El cuestionario se puede descargar de internet de manera gratuita en numerosos lenguajes, incluido el español (http://www.sdqinfo.com). El SDQ presenta varias ventajas cuando se compara con otros instrumentos de *screening*. Es corto, fácil de cumplimentar (lo que incrementa las tasas de respuesta) y evalúa las áreas psicopatológicas más importantes de la adolescencia. Además, la evaluación de los distintos aspectos del comportamiento se realiza con el mismo instrumento.

El Cuestionario de Cualidades y Dificultades, en sus distintas traducciones, se ha utilizado en gran número de estudios. Por ejemplo, como instrumento de *screening* en estudios de prevalencia o en investigaciones clínicas de doble fase. La estructura factorial y las propiedades psicométricas se han replicado en la mayoría de los idiomas a los que está traducido el SDQ, incluido el español[18].

Función del pediatra de Atención Primaria

Las funciones más importantes del pediatra de Atención Primaria, en relación con los trastornos psiquiátricos de los adolescentes son:

- Conocer los factores de riesgo y vulnerabilidad para anticipar posibles trastornos del comportamiento y emocionales.
- Saber las características principales de los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia, así como la sintomatología propia en estas edades.
- Dirigir una adecuada anamnesis, historia clínica y exámenes complementarios encaminados a establecer el oportuno diagnóstico precoz.
- Estar al tanto de los protocolos de derivación a la Unidad de Salud Mental y establecer con los profesionales de salud mental la coordinación necesaria para un adecuado abordaje terapéutico multidisciplinar.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.*** Mojarro D, Benjumea P, Ballesteros C, Soutullo C. Historia clínica y evaluación psiquiátrica. En: Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Soutullo C y Mardomingo MJ (Coord.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2010.

2.** Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci. 2009; 11: 7-20.

3.* Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. Australian New Zealand J Psychiatry. 2014; 48: 606-16.

4.*** Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. J Child Psychol Psychiatry. 2008; 49: 226-36.

5.* Polanczyk G, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015; 56: 345-65.

6.*** Radke-Yarrow M, Brown E. Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. Dev Psychopathol. 1993; 5: 581-92.

7.** Uhlhaas PJ, Gajwani R, Gross J, Gumley AI, Lawrie SM, Schwannauer M. The youth mental health risk and resilience study (YouR-Study). BMC Psychiatry. 2017; 17: 43.

8.*** Fatori D, Bordin IA, Curto BM, de Paula CS. Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: A longitudinal study. BMC Psychiatry. 2013; 13: 31.

9.** Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Secley JR. Anxiety disorders in adolescents psychosocial autcomes at age 30. J Affect Disord. 2014; 163: 125-32.

10.** Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39: 217-25.

11.** Rodríguez PJ, González I, Gutiérrez AM. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Pediatr Integral. 2015; 19: 540-47.

12.*** Rodríguez PJ, Barrau VM. Trastornos del comportamiento. Pediatr Integral. 2012; 16: 760-8.

13.* Lindhiem O, Bennet CB, Hipwell AE, Pardini DA. Beyond symptom counts for diagnosing oppositional defiant disorder and conduct disorder? J Abnorm Child Psychol. 2015; 43: 1379-87.

14.** Pedreira JL, Lahera G. Presentación clínica y evaluación de los pródromos de la esquizofrenia. En: Tomás J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). Esquizofrenia en la infancia y adolescencia. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 37-58.

15.* Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006; 15: 73-108.

16.*** American Psychiatric Association. Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

17.** Rodríguez PJ, Pérez EE. Utilización de cuestionarios/test psicométricos en Pediatría de Atención Primaria. Pediatr Integral. 2012; 16: 810.e1-810.e7.

18.* Rodríguez PJ, Betancort M, Ramírez GM, García R, Sanz EJ, De las Cuevas C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. Int J Clin Health Psychol. 2012; 12: 265-79.

Bibliografía recomendada

– Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos Técnicos, 14. Madrid: Dinarte; 2009.

Se analiza la situación de la atención a la salud mental de niños y adolescentes, con una descripción detallada de dificultades y recursos. Aunque se elabora hace 8 años, es el informe más actual y completo hasta el momento.

– del Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. Madrid: Ergon S.A.; 2011. p. 1305-11.

Los capítulos sobre salud mental incluyen revisiones de las cuestiones más importantes que hay que tener en cuenta en la adolescencia. Incluye una amplia descripción de factores de riesgo y otros aspectos fundamentales para el pediatra de Atención Primaria.

– Rodríguez PJ, Lago BM, Santamaría MT. Detección precoz de las enfermedades mentales. En: Hidalgo MI, Redondo AM, Castellano G. Medicina de la adolescencia. Atención integral, 2ª ed. Madrid: Ergon S.A.; 2012. p. 733-38.

Este capítulo muestra un resumen de los distintos estudios que analizan la detección precoz de las enfermedades mentales en la adolescencia. Incluye un amplio y detallado análisis de los factores de riesgo y vulnerabilidad.

– Rodríguez PJ, Cornella J. Signos de alerta en la psicopatología del adolescente. En: Cruz. Tratado de Pediatría, 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 466-9.

Los signos de alerta suponen la primera señal que indica la existencia de un problema. Se desarrollan cuáles son esos signos de alerta en el adolescente.

– Soutullo C, Mardomingo MJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.

Es el manual más completo sobre salud mental infantil y juvenil. Recoge los principales trastornos y analiza los métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas de una manera sistemática y detallada.

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Caso clínico

Jaime es un paciente de 14 años, conocido desde el nacimiento por su pediatra del Centro de Salud. Debido a que no acude a la consulta desde hace 2 años, el pediatra se dispone a actualizar la información que tiene sobre Jaime. Debido a su edad, plantea a la madre, con la que acude, una entrevista a solas con él.

Antes de empezar, el pediatra realiza una lectura rápida de los antecedentes que constan en su historia clínica y que se pueden resumir de la siguiente manera: gestación de 33 semanas (recién nacido pretérmino de peso adecuado a la edad gestacional). Los padres se separan cuando tenía 9 años de vida. Hijo único. Actualmente, convive con su madre y la custodia de ambos progenitores es compartida (vive con su padre fines de semana alternos y dos tardes cada semana). No existen problemas importantes en la relación entre sus padres separados. No existen otros antecedentes personales de interés. Entre los antecedentes familiares, destaca que la madre y una tía materna están diagnosticadas de depresión y ansiedad y están en seguimiento en una unidad de salud mental.

Después de realizar una anamnesis general en la que se confirma la excelente salud de la que goza Jaime, el pediatra indaga sobre algunos aspectos de su salud mental, debido a la existencia de factores de riesgo (antecedentes de depresión y ansiedad en la familia y separación de los padres). Las primeras cuestiones hacen referencia al hogar, educación, actividades, drogas y sexualidad. Como dato importante, Jaime menciona que durante el último trimestre ha tenido más dificultades en el rendimiento, aunque no ha suspendido ninguna asignatura. Refiere estar más cansado y con menos energía para estudiar sin que exista causa aparente. Además, está menos motivado y más nervioso. Estas características han comenzado sin explicación y han ido aumentando progresivamente en los últimos 6-8 meses. Al comentarlo, Jaime solloza.

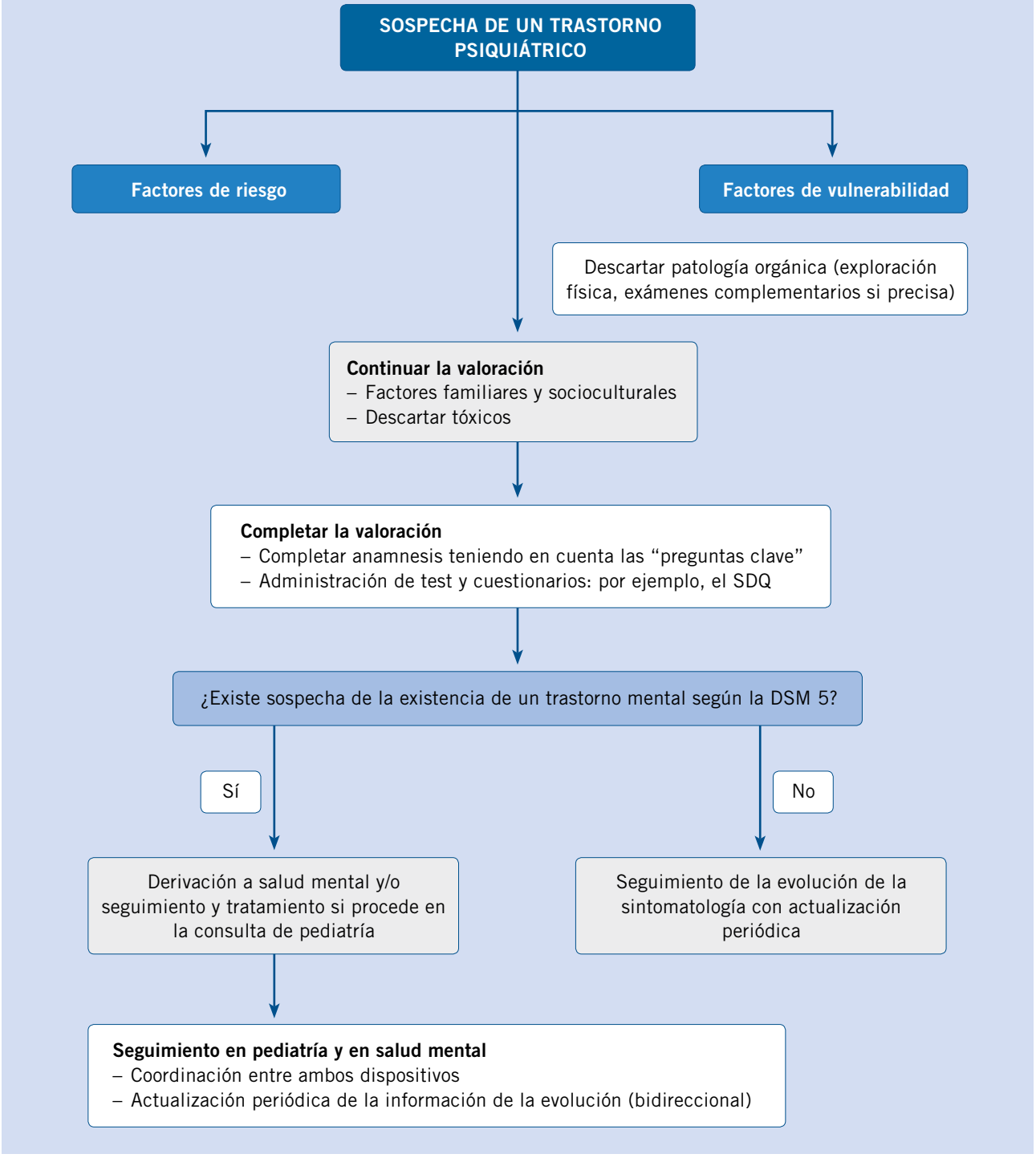
En ese momento, el pediatra realiza una serie de preguntas clave sobre sintomatología psiquiátrica. Le pregunta lo siguiente:

- ¿Te has notado nervioso o preocupado en los últimos días? ¿Estás preocupado continuamente por diferentes aspectos? Dice que hay cosas que le ponen nervioso, pero que no le molesta.
- ¿Te definirías como una persona miedosa o nerviosa? Refiere que siempre ha sido nervioso, pero en los últimos 6 meses, ha aumentado el nerviosismo.
- ¿Tienes ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control? No lo refiere.
- ¿Presentas miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehúyes acudir a los centros comerciales? Aunque puede ir a lugares con aglomeración de personas, dice que no se encuentra muy cómodo. Esto le ocurre "desde siempre".
- ¿Presentas excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros? No lo refiere.
- ¿Presentas pensamientos raros, repetitivos o desagradables? ¿Estos pensamientos te causan preocupación, malestar o no los puedes eliminar de tu pensamiento? La respuesta es que se siente preocupado cuando escucha una noticia en la televisión referente a una enfermedad, y que piensa que él puede tener esa enfermedad. También, en varias ocasiones, el nivel de ansiedad es muy alto cuando algún miembro de su familia está enfermo, porque piensa que se pueden morir. Estos pensamientos comienzan un año antes, aunque en los últimos 6 meses son diarios, le causan mucho malestar y, aunque lucha contra ellos, no puede evitarlos. Argumenta que no se lo ha dicho a nadie, porque le da vergüenza.
- ¿Cómo has estado de ánimo en las últimas semanas? Comenta que desde que comienza a tener esos pensamientos se encuentra más deprimido.
- ¿Te has notado con poco ánimo, desmotivado o con problemas de sueño? Aunque siempre ha dormido bien, en los últimos 4 meses se despierta varias veces en la noche y, en la mayoría de los días, presenta dificultad en la conciliación.

No hay ideas de suicidio ni otro dato que indique la existencia de más sintomatología psiquiátrica.

El pediatra contrasta la información con la familia y solicita a los padres y al profesor que rellenen el SDQ, que puntúa nivel patológico en la escala de ansiedad. Establece el diagnóstico de sospecha de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Aunque existen otros datos de ansiedad y depresión, no considera que exista otro trastorno en comorbilidad con el TOC. Lo remite a su Unidad de Salud Mental para seguimiento.

Algoritmo. Proceso de actuación en el abordaje de la salud mental de la adolescencia



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de Pediatría Integral, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia

25. Señale la respuesta CORRECTA en relación a la epidemiología de los trastornos psiquiátricos de la adolescencia:

a. La prevalencia es muy baja. Se estima que solo el 1% de los adolescentes presenta un trastorno psiquiátrico.
b. Los trastornos de ansiedad son los menos frecuentes.
c. 1 de cada 5 adolescentes ha padecido o padece algún tipo de problema relacionado con la salud mental.
d. En la adolescencia, los trastornos internalizantes se diagnostican con mayor facilidad que los trastornos externalizantes.
e. La esquizofrenia es el trastorno mental más frecuente.

26. Entre los factores de riesgo y vulnerabilidad que pueden predisponer a un adolescente a padecer un trastorno psiquiátrico, se encuentran las siguientes EXCEPTO:

a. Tener un cociente intelectual menor de 100.
b. Experimentar fracaso escolar o problemas académicos.
c. Presentar problemas conductuales en el ámbito escolar.
d. Existencia de malas o escasas relaciones sociales con compañeros.
e. Sentirse sobrevalorado por parte de la familia.

27. Establezca la respuesta FALSA en relación al diagnóstico de los trastornos mentales en la adolescencia:

a. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
b. Antes de establecer el diagnóstico hay que realizar una prueba de neuroimagen para descartar problemas neurológicos.
c. Existen test que ayudan en el proceso diagnóstico.
d. Existen clasificaciones internacionales de enfermedades mentales en las que se debe basar el diagnóstico.
e. El conocimiento de los factores de riesgo permite conocer a los pacientes con vulnerabilidad a desarrollar un trastorno mental.

28. Señale la respuesta CORRECTA sobre los instrumentos de valoración en los trastornos mentales de los adolescentes:

a. Son imprescindibles para establecer el diagnóstico.
b. Se deben utilizar solo por profesionales cualificados. Los pediatras deberían derivar a estos profesionales cuando quieran administrar un instrumento de valoración.
c. Todos son específicos, es decir, sirven para valorar enfermedades o trastornos concretos.
d. Entre los instrumentos de valoración generales se encuentra el SDQ.
e. El SDQ permite valorar posibles trastornos mentales y del comportamiento, solo cuando son contestados por el paciente.

29. De las siguientes funciones propias del pediatra de Atención Primaria, señale la INCORRECTA:

a. Conocer los factores de riesgo y vulnerabilidad para anticipar posibles trastornos del comportamiento y emocionales.
b. Saber las características principales de los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia, así como la sintomatología propia en estas edades.
c. Anticipar la derivación de los adolescentes a la Unidad de Salud Mental, cuando se detecte un factor de riesgo.
d. Dirigir una adecuada anamnesis, historia clínica y exámenes complementarios encaminados a establecer el oportuno diagnóstico precoz.
e. Estar al tanto de los protocolos de derivación a la Unidad de Salud Mental.

Caso clínico

30. Señale la respuesta INCORRECTA en relación al diagnóstico del paciente de la historia clínica:

a. El diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo está bien realizado, pero cuando se establece ese diagnóstico siempre existe otro trastorno de ansiedad en comorbilidad.

b. No es necesario hacer pruebas neurológicas como RM cerebral o EEG.
c. Para establecer el diagnóstico, el pediatra se ha ayudado, entre otros, de la información que ha recabado en la entrevista a solas con el niño.
d. El diagnóstico realizado por el pediatra se fundamenta principalmente en datos clínicos.
e. El trastorno obsesivo compulsivo puede acompañarse de otros trastornos mentales en situación de comorbilidad.

31. Sobre los factores de riesgo del paciente referido en el caso clínico, señale la respuesta CORRECTA:

a. Los antecedentes familiares de ansiedad y depresión no son un factor de riesgo.
b. La separación de los padres no es un factor de riesgo.
c. Los factores de riesgo no se deben tener en cuenta, ya que en los adolescentes no son importantes.
d. Los factores de riesgo solo se tendrán en cuenta una vez detectado un trastorno mental en un niño.
e. Los factores de riesgo aumentan la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno mental en la adolescencia.

32. Señale la respuesta que considere CORRECTA en relación al adolescente referido en la historia clínica:

a. No se debe remitir al niño a la Unidad de Salud Mental, para no estigmatizarlo.
b. El pediatra debe coordinarse con la Unidad de Salud Mental en el seguimiento del paciente.
c. La anamnesis realizada no es función del pediatra. Ante los factores de riesgo detectados, se debería remitir al paciente a su Unidad de Salud Mental.
d. Conocer los trastornos mentales más prevalentes en la adolescencia no es función del pediatra, ya que se puede equivocar con gran facilidad.
e. El diagnóstico precoz de los trastornos mentales en niños y adolescentes escolarizados corresponde al equipo de orientadores de su colegio o instituto.

Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta

A. Terán Prieto*, E. Mayor Toranzo*, L. García García**

*Centro de Atención a Drogodependientes, San Juan de Dios. Palencia.
**Hospital Medina del Campo, Valladolid

Resumen

La última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas en jóvenes entre 14 y 18 años: "Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria" (ESTUDES 2014-2015) muestra como el consumo de drogas es una práctica habitual entre los jóvenes de nuestro país. El problema es aún mayor al comprobar que estos tienen una baja percepción de peligro en el uso de algunas de ellas, las de consumo más habitual, como el alcohol, sin que se aprecie un cambio en su forma de pensar en los últimos años. Los conocimientos actuales de las ciencias de la salud, por el contrario, nos sitúan en una realidad muy diferente a la percibida por los adolescentes-jóvenes. Los efectos tóxicos de las drogas afectan, de una u otra forma, a los diferentes órganos y sistemas de nuestro organismo, mucho más, si como en el grupo de edad que nos ocupa, estamos en un momento de crecimiento y maduración física y psicológica de especial vulnerabilidad. La existencia de planes de prevención destinados, de forma específica, a los adolescentes-jóvenes, junto con la adecuada formación de los profesionales de la salud en el diagnóstico y el tratamiento precoz del consumo de drogas y de sus complicaciones asociadas evitarán la progresión a la adicción y la presencia de patologías que interfieran en el proceso madurativo y limiten la capacidad funcional y la calidad de vida de los futuros adultos.

Abstract

The latest survey of the National Drug Plan for young people between the ages of 14 and 18: "Drug Use in Secondary Students" (ESTUDES 2014-2015) shows how drug use is a common practice among young people in our country. The problem is even greater to see that these have a low perception of danger in the use of some of them, the most habitual consumption, such as alcohol, without appreciating a change in their thinking in recent years. The current knowledge of the health sciences, on the other hand, places us in a reality very different from that perceived by teenagers. The toxic effects of drugs affect, in one way or another, the different organs and systems of our body, much more, if as in the age group that occupies us, we are in a moment of growth and physical and psychological maturation of special vulnerability. The existence of specific prevention plans for adolescents and young people together with the adequate training of health professionals in the diagnosis and early treatment of drug use and its associated complications will prevent the progression to addiction and the presence of pathologies that interfere in the maturation process and limit the functional capacity and life's quality of future adults.

Palabras clave: Adolescentes; Drogas y prevención.

Key words: *Teenagers; Drugs and prevention.*

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 343–349

Introducción

Las drogas en adolescentes son habituales y la percepción de su riesgo es baja. Es importante conocer signos y síntomas de su consumo para posibilitar una rápida intervención a todos los niveles.

El consumo de drogas en la población de adolescentes-jóvenes de nuestro país es una práctica habitual dentro de sus usos y costumbres, relacionados principalmente con los tiempos y espacios de ocio, lo que se ha dado en denominar "uso recreativo". Sin embargo, no por este uso "festivo" están exentas de problemas y complicaciones. Las drogas actúan sobre el sistema nervioso central de los jóvenes en un momento evolutivo en el que se están produciendo cambios fundamentales en la transición a la vida adulta. La adolescencia es un momento crítico en el proceso de maduración, que puede verse afectado por los efectos tóxicos de las drogas, provocando problemas físicos, psíquicos y los relacionados directamente con los procesos de neuroadaptación cerebral, origen de la enfermedad adictiva. La detección y tratamiento del uso y abuso de drogas, pasa por ser

uno de los problemas más complejos en la práctica clínica diaria, ya que a las características de la propia enfermedad adictiva se suma, en la mayor parte de las ocasiones, la negativa del afectado y/o el desconocimiento o rechazo del medio familiar del problema. En el caso del paciente, es frecuente escuchar afirmaciones del tipo: "en contadas ocasiones", "como todo el mundo", "lo tengo controlado" o "puedo dejarlo cuando quiera"; mientras por parte de los padres, ante los primeros signos y síntomas de sospecha, la respuesta más habitual es minimizar y atribuirlo a: "cosas de jóvenes, de la edad", "la tontería, la edad del pavo" o "ya se le pasará".

El conocimiento e identificación de los signos y síntomas relacionados con el consumo de drogas es de gran utilidad para padres, profesores y médicos, al permitir un diagnóstico precoz del problema y posibilitar la intervención inmediata que evite la cronificación del consumo y las complicaciones asociadas.

Drogas clásicas *vs* drogas nuevas

El consumo de "drogas nuevas" va en aumento y disponemos de escasos datos, tanto del término "mercado de drogas" como de sus consecuencias reales para la salud.

La Organización Mundial de la Salud define como droga: "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, por cualquiera de los medios de administración clásicos o nuevos, es capaz de modificar la actividad del sistema nervioso central y el comportamiento del individuo receptor, así como crear una situación de dependencia o adicción[1]. Existen múltiples clasificaciones de las drogas, entre las que hemos optado por una sencilla, que incluye las drogas "clásicas", que facilite la comprensión del texto y cumpla con el objetivo de acercar al especialista en Pediatría al conocimiento del fenómeno del consumo de drogas en los adolescentes. Las drogas se agruparían en tres grandes grupos:

1. Drogas depresoras (alcohol, opiáceos, barbitúricos e hipnótico-sedantes).
2. Drogas estimulantes (cocaína, anfetaminas y xantinas).
3. Drogas psicodélicas (cannabis, alucinógenos, sustancias volátiles y metanfetaminas).

Frente a las drogas consideradas "clásicas", existe un consumo cada vez más importante de las denominadas "drogas sintéticas", "drogas de diseño" o "drogas emergentes" con una amplia distribución a través de internet, que ha llevado al Plan Nacional sobre Drogas a la elaboración, por su comisión clínica, del documento: "Drogas emergentes", en el que se las define como: "*conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y eludir el control normativo al que estas últimas están sometidas*" y que se clasifican en: feniletilaminas y derivados de las anfetaminas, triptaminas, piperazinas, pirrolidinofenonas, derivados de los opioides, arilciclohexilaminas/ketamina, derivados de la metacuolona, derivados cannabinoides/"*spice drugs*" y GHB/GBL[2]. Su denominación podría llevarnos a pensar que estamos ante "drogas nuevas", sin embargo, nada más lejos de la realidad. Por lo general, se trata de sustancias sintetizadas por la industria farmacéutica a finales del siglo XIX y principios de siglo XX, que han ido resurgiendo en la medida que no están incluidas en las listas de sustancias estupefacientes, no están fiscalizadas internacionalmente y, por tanto, no son ilegales. El consumo de estas drogas por los jóvenes españoles es experimental y sus usuarios suelen ser consumidores de drogas legales e ilegales, con baja percepción de riesgo y una alta percepción de disponibilidad. Los varones, las consumen con más frecuencia que las mujeres y su uso aumenta con la edad[3]. El problema del consumo de estas drogas por los jóvenes radica en la ausencia de estudios toxicológicos que aporten información veraz sobre las consecuencias para la salud más allá de los existentes en internet con claros intereses comerciales. No menos importante es conocer tanto por parte de los profesionales de la salud como de los padres y profesores el término "mercado de drogas", que hace referencia a la cadena completa de acontecimientos que van desde la producción en los países de origen, hasta su adquisición por el consumidor, el adolescente en este caso. También hace referencia a las pautas de consumo y factores culturales y sociales, así como a su relación con la delincuencia[4].

Epidemiología

Tabaco, alcohol y cannabis siguen siendo las drogas más consumidas por los adolescentes-jóvenes que, además, las consideran poco peligrosas, al tiempo que manifiestan la capacidad de control sobre su consumo.

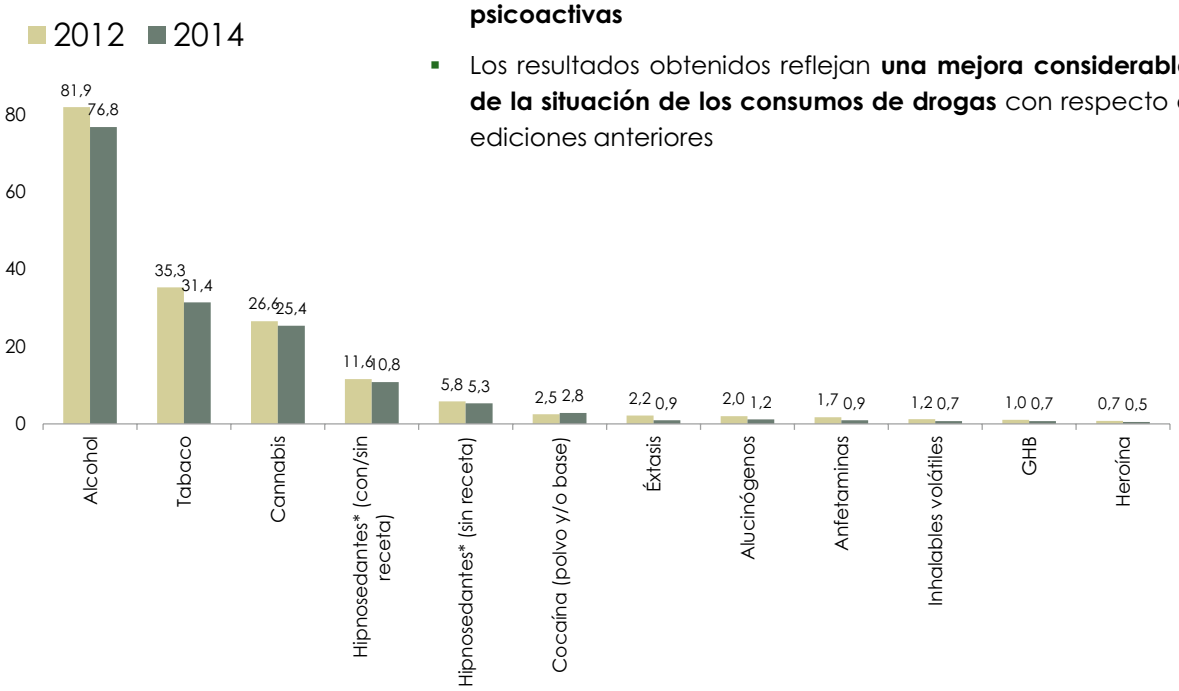
A pesar del interés despertado en los últimos años por las "nuevas drogas", no debemos perder el foco de atención sobre las sustancias de uso más habitual en nuestro entorno y que son la causa de la demanda de atención en la consulta, bien por los problemas directos de su uso o por las complicaciones asociadas. La encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria entre 14-18 años (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas[3], en la que se incluyen un total de 37.486 estudiantes de 941 centros educativos públicos y privados, nos acerca a la realidad del consumo de drogas de los adolescentes-jóvenes en el momento presente. Los resultados de la encuesta realizada cada dos años desde 1994, son concluyentes (Fig. 1):

- Aunque se observa un descenso en el consumo de todas las drogas, tabaco, alcohol y cannabis siguen siendo las más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen por este orden: hipnótico-sedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína.
- Los hombres consumen drogas ilegales en mayor proporción que las mujeres, entre las que está más extendido el uso de drogas legales: tabaco, alcohol e hipnótico-sedantes.
- La prevalencia del consumo de alcohol entre los adolescentes-jóvenes sigue siendo muy elevada a pesar de detectarse un descenso en el consumo, más acusada para los consumos intensivos (borracheras y atracones). El 78,9% de los estudiantes han probado el alcohol alguna vez en la vida. El 76,8% han consumido en el último año y el 68,2% lo ha hecho

Proporción consumidores drogas 2012-2014

Últimos 12 meses

- En esta encuesta se han analizado **18 sustancias psicoactivas**
- Los resultados obtenidos reflejan **una mejora considerable de la situación de los consumos de drogas** con respecto a ediciones anteriores



ESTUDES 2014/15. USID. DGPNSD. MSSSI

Figura 1. Encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria entre 14-18 años, (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

en el último mes. El porcentaje de jóvenes que beben se incrementa los fines de semana. Uno de cada tres escolares ha consumido alcohol en forma de "atracón" en los últimos treinta días y el 57,6% ha participado alguna vez en un "botellón" en los últimos doce meses, patrón de consumo que aumenta con la edad. Finalmente, las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, al tiempo que el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos.

- El consumo de tabaco mantiene una caída continua desde hace aproximadamente diez años, reduciéndose en cerca de un 60%. A pesar de ello, en el último año, 137.000 escolares se iniciaron en el consumo de esta sustancia.
- Los hipnótico-sedantes siguen siendo consumidos en mayor frecuencia por las chicas, que duplican a los chicos (13,8% *vs* 7,7%), diferencias que se incrementan con la edad. A pesar de ello, se aprecia un descenso en el consumo de estas drogas con y sin receta.
- El cannabis sigue siendo la droga ilegal más utilizada por los jóvenes, a pesar de haberse reducido el consumo en la última década en más del 33%. Tres de cada diez estudiantes han probado cannabis alguna vez en su vida y, uno de cada cuatro, lo ha consumido en el último año. El consumo problemático está más extendido entre los varones y aumenta con la edad (de 7,9% a los 14 años a 18,2% a los 18 años). Sin embargo, la encuesta refleja un descenso de esta forma de consumo de dos puntos. Los hombres consumen cannabis en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.
- El consumo de cocaína no muestra cambios significativos respecto de la encuesta realizada hace dos años. El 3,5% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 2,8% en el último año y el 1,8% en los últimos treinta días.
- Anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables mantienen la tendencia decreciente de encuestas anteriores, situándose en el nivel más bajo de la serie histórica. El consumo de heroína se produce en el 0,5% de los encuestados.
- Las drogas emergentes habían sido consumidas por el 4% de los escolares alguna vez en su vida, con la siguiente distribución por droga: *spice* (0,8%), ketamina (0,7%), salvia (0,7%) y mefedrona (0,5%).

Junto a la prevalencia de consumo de las diferentes drogas, llama poderosamente la atención la valoración de los jóvenes respecto de su uso. Así, perciben el alcohol como la sustancia

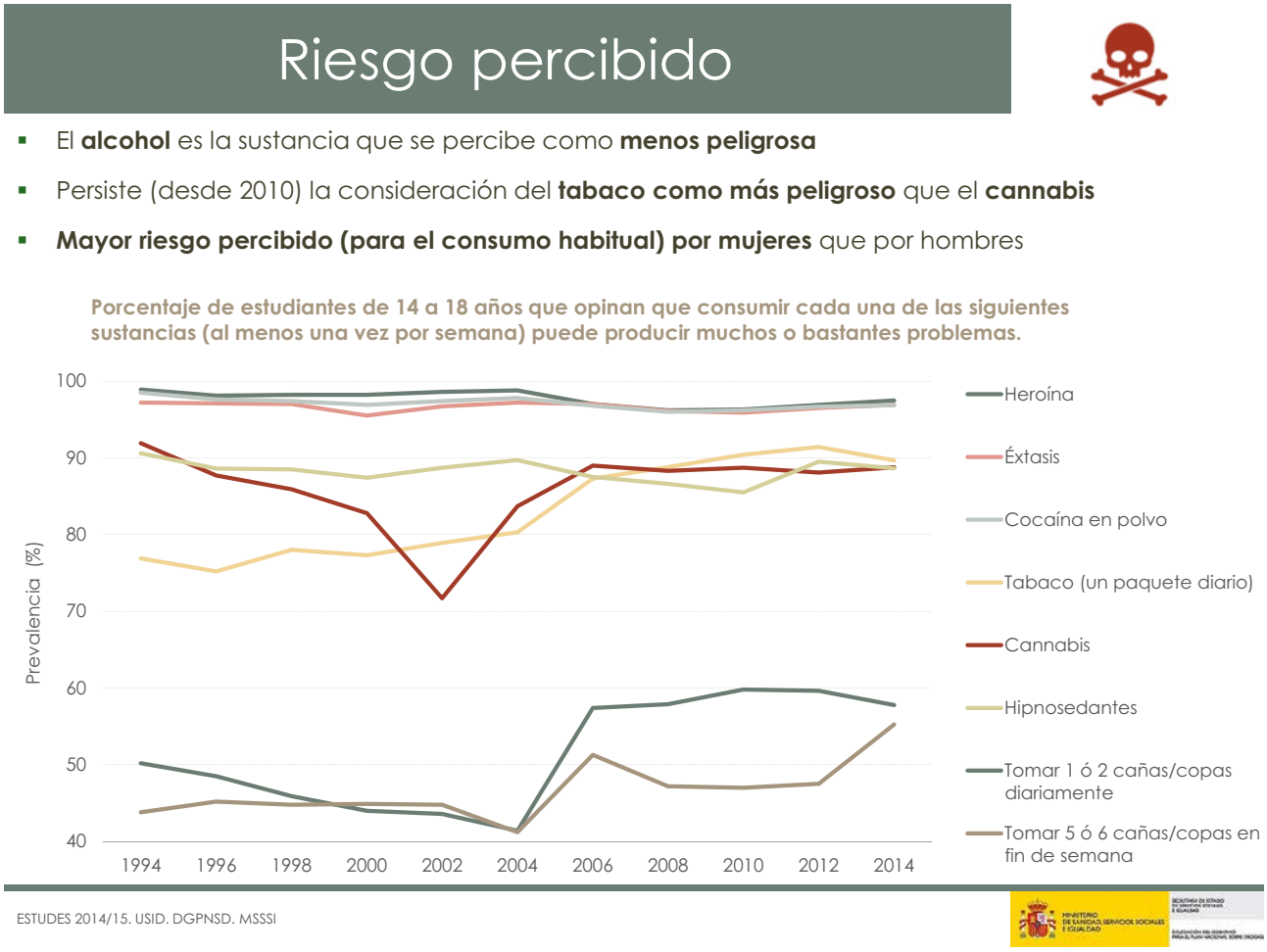


Figura 2. Valoración de los jóvenes respecto a la peligrosidad del uso de las diferentes drogas. Así, perciben el alcohol como la sustancia menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis, no habiéndose producido un cambio apreciable en la forma de pensar de los escolares en los últimos años, (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis, no habiéndose producido un cambio apreciable en la forma de pensar de los escolares en los últimos años (Fig. 2). No parece, por tanto, que la experiencia acumulada en nuestro país, después de más de treinta años de lucha contra el consumo de drogas o los avances experimentados en el conocimiento de las complicaciones asociadas a su uso, sean tenidos en cuenta o generen un mínimo eco en los jóvenes de enseñanzas secundarias. La sensación de control, de saber hasta que límite pueden consumir o de poder dejarlo a voluntad, junto a la frase manida de "por un día no pasa nada", suelen ser lo más habitual en su discurso, incluso cuando terminan en el servicio de urgencias por un cuadro de intoxicación aguda o en la consulta de su pediatra, conducidos por sus padres una vez descubierto el problema. La escasa o nula conciencia del problema o enfermedad es un hecho que debemos tener en cuenta a la hora del abordaje de estos jóvenes en la consulta.

Motivaciones de los jóvenes para el consumo de drogas

La curiosidad sobresale entre las múltiples motivaciones para justificar el consumo.

Son múltiples las motivaciones esgrimidas por los jóvenes para justificar el consumo de drogas. La encuesta realizada por *The European Opinion Research Group* a principios del siglo XXI en jóvenes europeos (Eurobarómetro), destacaba los motivos siguientes: curiosidad (61,3%); presión de grupo (46,6%); búsqueda de emociones (40%); efectos esperados (21,5%); y la existencia de conflictividad familiar (29,7%)[4]. Motivaciones en gran medida, semejantes a las señaladas por Navarro en los jóvenes de nuestro país quince años antes y en las que también se incluían: el hedonismo, las modas, la desmotivación y falta de expectativas y la existencia de trastornos mentales[5].

Del consumo experimental a la adicción a drogas

Del consumo a la adicción solo hay un pequeño, pero modificable, paso.

¿Qué factores son los que influyen en el desarrollo de la adicción?, ¿qué hace a unos jóvenes diferentes a otros en su relación con las drogas?, son preguntas que de forma permanente nos hacemos los profesionales que trabaja-

mos en el campo de las drogodependencias al objeto de encontrar las claves en el desarrollo de programas preventivos eficaces. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) señala un conjunto de "*factores de riesgo*": biológicos-genéticos, ambientales y relacionados con las características de las drogas, que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación) origen de la adicción (Fig. 3). Entre todos ellos, subraya en los adolescentes-jóvenes, los factores de riesgo siguientes: comportamiento agresivo temprano, habilidades sociales deficientes, ausencia de supervisión parental, consumo temprano de drogas, disponibilidad y fácil acceso a las drogas y pobreza[6].

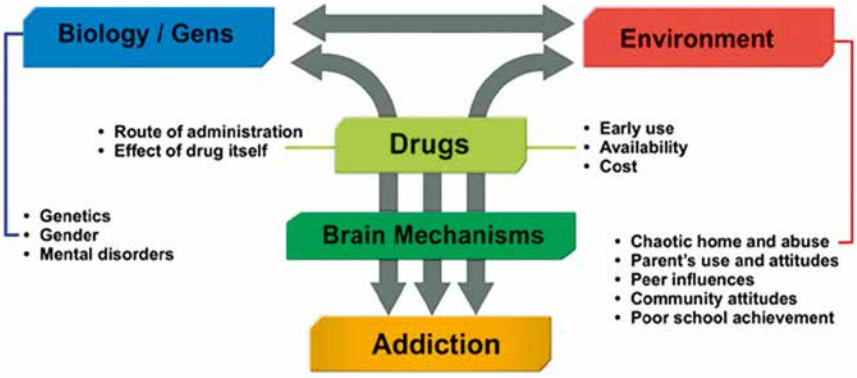


Figura 3. El *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* señala un conjunto de "factores de riesgo": biológicos-genéticos, ambientales y relacionados con las características de las drogas, que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación) origen de la adicción *(National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services – NIDA - Pub No. 08-5605. 2008).*

Consecuencias asociadas al consumo de drogas

Está documentado que el consumo de drogas es sinónimo de problemas y de todo tipo de enfermedades.

Existe una amplia literatura con el máximo nivel de evidencia científica que relaciona el consumo de drogas con todo tipo de problemas de salud, familiares, sociales, económicos, legales, etc. Los adolescentes-jóvenes no son ajenos a ellos y, por el contrario, son especialmente vulnerables por el momento madurativo en el que se encuentran. En el área de la salud, debido a que los tiempos de consumo, por la edad de inicio, no suelen ser prolongados, encontraremos principalmente cuadros agudos: intoxicaciones relacionadas con las dosis utilizadas o la mezcla de drogas, y reacciones adversas inesperadas asociadas a susceptibilidad individual o patologías preexistentes. El cuadro clínico puede ser predominante orgánico: anorexia, taquicardia, arritmias, convulsiones, vómitos, hipertermia, fallo hepático, coma, etc.; o psicopatológico: ansiedad, pánico, agresividad, psicosis, etc. No debemos olvidar que de estas situaciones agudas pueden producirse complicaciones potencialmente letales. El consumo más prolongado se manifiesta por síntomas que afectan a diferentes aspectos: apetito, sueño, rendimiento cognitivo, estado de ánimo, comportamiento, etc. (ver signos y síntomas de sospecha) (Tabla I).

Diagnóstico: signos y síntomas de sospecha

La detección se basa, en la mayoría de las ocasiones, en las sospechas bien fundamentadas.

Con frecuencia, los padres relatan en la consulta todo un listado de signos, síntomas y cambios de actitud que observan en el adolescente, como novedosos que, con frecuencia, se asocian al consumo de drogas y pueden ayudarnos en la aproximación diagnóstica[7]. En ningún caso, pueden considerarse patognomónicos y sí orientativos. El NIDA resume estos hallazgos en los apartados siguientes: desempeño escolar; interés y motivación en las actividades; rutinas cotidianas; selección de amigos, personalidad, comportamiento y objetos no habituales en las pertenencias del adolescente-joven (Tabla I)[8]. De cualquier forma, debemos confirmar la existencia del consumo de drogas a través de pruebas objetivas, como son las de laboratorio, que permiten la detección en diferentes muestras orgánicas: sangre, orina, fluidos orales, sudor, pelo y uñas, etc. En la elección de uno u otro método de análisis, tendremos siempre en cuenta la persistencia de la droga en la muestra. Lo más habitual por su rapidez y seguridad es el control de orina, aunque, recientemente, se han incorporado por la Dirección General de Tráfico los analizadores de fluidos orales.

Tratamiento

Es fundamental un abordaje multidisciplinar, donde la motivación y la empatía son aspectos claves para el éxito.

Durante mucho tiempo las adicciones han sido consideradas "enfermedades huérfanas", debido a que son escasos

Tabla I. Resumen (signos y síntomas de sospecha) NIDA 2001

- **Desempeño escolar**: malas calificaciones, faltas a clase, mal comportamiento
- **Interés en actividades:** pérdida de interés en pasatiempos habituales, deportes y/o actividades favoritas
- **Rutinas cotidianas:** comiendo demasiado o dejando de comer, durmiendo demasiado o dejando de dormir
- **Selección de amigos:** cambiando de amigos, o juntándose con jóvenes que se sabe que utilizan drogas
- **Personalidad:** mal humor, nerviosismo, agresividad o rebeldía persistente
- **Comportamiento:** cerrando con llave su cuarto, cajas, etc.
- **Hallazgos entre sus cosas de:**
  - Papeles para liar cigarrillos, pipas…
  - Frascos pequeños de medicinas, pastillas, comprimidos con adornos…
  - Envoltorios de papel con múltiples dobleces, bolsitas de celofán, etc.

los tratamientos farmacológicos específicos, reduciéndose su utilización al control de síntomas. Por otra parte, las técnicas psicoterapéuticas no contaban con las evidencias científicas suficientes. En definitiva, la intervención era muy limitada. Los avances experimentados en las ciencias de la salud de los últimos años, han propiciado el desarrollo de protocolos de tratamiento en los diferentes momentos de la adicción y de sus complicaciones, que abren una puerta a la esperanza. En todos los casos, se trata de intervenciones multiprofesionales y multidisciplinares, en las que se incluyen: lo biológico, lo psicológico, lo social y todas aquellas áreas implicadas en la adicción. Especial relevancia han adquirido, en los últimos años, los programas de prevención con una amplia implementación en nuestro país. El dicho popular de "*más vale prevenir que lamentar*", adquiere su máximo significado en el fenómeno de la droga.

Un elemento de capital importancia a la hora de tratar con éxito un problema de drogas, es valorar el "*estadio del cambio*" en el que se encuentra el afectado (Prochaska y DiClemente)[9]. Este marcará la conciencia de problema-enfermedad, la motivación e implicación en el tratamiento y la disposición para el cambio. Cada uno de los estadios: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento orientarán la negociación con el paciente y la determinación de objetivos a cumplir. En los adolescentes-jóvenes, lo más habitual es que nos encontremos en situación de PRECONTEMPLACIÓN, es decir; obligados a la consulta por los padres, con ausencia de conciencia de enfermedad-problema, negando el consumo o minimizándolo y rechazando cualquier posibilidad de cambio y tratamiento. Es en este momento, es cuando adquiere una gran importancia en la aproximación al adolescente-joven la "entrevista motivacional".

Papel del especialista en Pediatría en el tratamiento de las adicciones

El conocimiento del pediatra de los problemas del consumo de drogas es esencial por la trascendencia de intervenir en las fases iniciales.

El pediatra tiene una importancia capital en el tratamiento de los problemas de drogas al ser la puerta de entrada, el primer paso, si exceptuamos la urgencia hospitalaria, en el acceso de los adolescentes al sistema sanitario. Es en este momento, "*el primer contacto*", cuando adquieren gran importancia aspectos como: la motivación, la información, el consejo sanitario (intervención breve) y la propuesta de tratamiento específico, así como el tratamiento de la patología específica presente en cada momento[11]. La preparación para la derivación a otras especialidades por la existencia de comorbilidades, es otro elemento muy importante, especialmente cuando hace referencia a la existencia de comorbilidad psiquiátrica (Tabla II).

Recomendaciones

Para concluir con este breve repaso a los problemas de drogas en los adolescentes-jóvenes y su abordaje desde la consulta del pediatra, describiremos de forma resumida lo que puede hacerse y lo que debe evitarse.

El pediatra en su práctica clínica con jóvenes adolescentes puede:

1. Detectar, captar y motivar para la consecución de un plan terapéutico completo. ¡¡La importancia del "*primer contacto*"!!
2. Informar y orientar sobre las posibilidades de tratamiento.
3. Desintoxicar en los casos de consumos no complicados y que exista un adecuado apoyo familiar.
4. Derivar a dispositivos específicos de tratamiento de las adicciones.
5. Detectar, tratar y seguir, en colaboración con otras especialidades, las patologías físicas y psíquicas asociadas al consumo de drogas.
6. Educación para la salud al objeto de minimizar los riesgos y daños asociados al consumo de drogas.
7. Información, apoyo y asesoramiento a la familia del adolescente consumidor de drogas.

Al mismo tiempo debe evitar:

- Mostrar rechazo o una actitud enjuiciadora o moralizante.
- Ver al consumidor como un problema de la asistencia especializada en el que no tiene nada que hacer.
- Evitar paternalismos
- Presentar una actitud compasiva o complaciente con el fin de evitar enfrentamientos o problemas en la consulta.
- Prescribir psicofármacos sin ningún tipo de control.

Tabla II. Papel del pediatra en el tratamiento de las adicciones

- Detectar
- Captar

¡¡Valorar estadio del cambio!!

- Motivar
- Proponer
- Informar
- Consejo sanitario/intervenciones breves
- Escuela de salud: reducción de riesgos/daños
- Tratamiento/seguimiento de patología psico-orgánica
- Derivación

¡¡Formar parte del "itinerario terapéutico"!!

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. 2004. Disponible en: http://bit.ly/1pZW8Mp.
2. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Drogas emergentes*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaria General de Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2011.
3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES 2014-2015)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.
4. Marina C. Crítica de libros. Informe sobre los mercados de drogas en la Unión Europea. Visión de conjunto estratégica 2016. Pediatría Integral. 2016; XX(4): 276e5.
5. The European Opinion Research Group. *Attitudes and Opinions of Young people in the European Union on drugs*. European Comission, Eurobarometer. 2002. 57: 2.
6. Navarro J. Motivaciones y factores de riesgo en el consumo de drogas. Reinserción social y Drogodependencias. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social. Madrid. 1987.
7. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, brains and behavior. The science of addiction. National Institutes of Health

U.S. Department of Health and Human Services. 2008.

8. Terán A. Detección del consumo de drogas en la edad escolar. En: Problemas médicos en la escuela y su entorno. Ed.: Gil Verona JA. Servicio de Apoyo a la Enseñanza. Universidad de Valladolid. 1997.
9. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Hable con sus hijos sobre las drogas y sus peligros. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. 2001.
10. Prochaska JO y DiClemente CC. Transteoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982; 19: 267-88.
11. Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. Pediatría Integral. 2013; XVII(3): 205-16.

Bibliografía recomendada

- http://www.socidrogalcohol.org.
Página de la Sociedad Científica española de Estudios sobre el Alcohol y otras Toxicomanías, ofrece información actualizada sobre los diferentes tipos de tóxicos, programas de prevención, guías y todo lo necesario para un abordaje integral de este grave problema.

- Kliegman R, Stanton B, Geme J, Schor N. Substance abuse. Nelson Textbook of Pediatric, 20th Edition. 2015. Elsevier. Vol. 1. Part. XIII; Chapter 114. ISBN: 978145577566.
Buen libro de Pediatría, donde el abordaje de las sustancias de abuso es claro y conciso.

Caso clínico

Varón de 14 años que acude a la consulta del pediatra de Atención Primaria, acompañado y "obligado" por su madre, por presentar desde hace aproximadamente seis meses un cuadro clínico caracterizado por: molestias digestivas inespecíficas, cambios en los hábitos alimenticios, alternando periodos de hiperorexia con otros de hiporexia, náuseas y vómitos de presentación episódica, por lo general, en los días posteriores al fin de semana, cambios en el ritmo sueño-vigilia, acostándose muy tarde y presentando serias dificultades para levantarse por la mañana y cumplir con los horarios académicos. Al mismo tiempo, se muestra somnoliento y ensimismado a lo largo del día, mostrando escasa atención e interés, por lo que se le dice, tanto en el ámbito académico como familiar. Coincidiendo en el tiempo, su madre, relata la existencia de un llamativo cambio de carácter. De ser un muchacho tranquilo, cariñoso y obediente, se ha tornado en suspicaz, desconfiado, malhumorado, irritable, al tiempo que presenta problemas de comportamiento, hasta el momento, desconocidos para su familia: enfrenta y rechaza la autoridad parental, amenaza de forma verbal a sus padres cuando se resisten a sus demandas continuas de mayor libertad, autonomía y disponibilidad de dinero para cubrir sus necesidades, no cumple horarios ni las obligaciones de la vida familiar, sale de casa de forma injustificada e imprevista y, sorprendentemente, ha abandonado una de sus grandes pasiones, el fútbol, y el grupo de amigos con los que entrenaba y salía los fines de semana. A nivel académico, son múltiples las amonestaciones que llegan a casa por faltar a clase, llegar tarde, "dormirse" en clase, incumplir las obligaciones y enfrentarse a los profesores cuando le llaman la atención por su actitud. Paralelamente se ha producido un marcado descenso del rendimiento académico. Durante un tiempo, los padres minimizaron y quitaron importancia al cuadro descrito, relacionándolo con el cambio puberal, pero la gravedad y la pérdida del control sobre la situación, junto con la sintomatología digestiva, les ha llevado a la consulta del pediatra.

No se detecta la existencia de antecedentes personales ni familiares de interés.

Durante la exploración realizada a solas con el adolescente, este se muestra poco comunicativo, aunque colaborador, minimizando o negando los síntomas físicos relatados por su madre. Se trata de un muchacho bien formado y constituido, buena coloración de piel y mucosas, deficiente higiene y aseo personal, halitosis. Exploración por aparatos sin hallazgos de interés. Llama la atención la presencia de hematomas en diferentes estadios evolutivos en EEII, que justifica en "*algún problema del fin de semana*" y posteriormente reconoce, bajo la condición de no delatarle a sus padres, como consecuencias de verse involucrado en peleas y reyertas bajo los efectos del alcohol. También reconoce la existencia de cuadros de intoxicación por alcohol (calimocho o cerveza), principalmente en fin de semana, que ha ocultado a sus padres llegando más tarde a casa y esperando a que estos estén dormidos para evitar su control. En todo momento niega que tenga problemas con el alcohol y, por el contrario, asegura que bebe "*lo mismo que sus colegas*". Se inició en el consumo hace aproximadamente un año, pero ha sido en los últimos meses, cuando a raíz de dejar su grupo de amigos del instituto para relacionarse con otros que comparten un local donde pasan gran parte del tiempo: "*escuchando música, jugando a la play o a las cartas*", ha empezado a faltar a clase y a tener problemas de relación con sus padres que intentan saber y controlar sus movimientos. Finalmente, reconoce experiencias con otras drogas en los últimos meses: "M" (metilendioximetanfetamina-MDMA) y el consumo diario de cannabis "*dos-tres porros/día de maría*" que comparte con sus amigos. En todo momento, niega problemas con las drogas, sobrevalorando su capacidad para "*controlar y saber hasta dónde debe consumir*", al tiempo que minimiza el potencial adictivo de estas, tachándolas de "*blandas*". Las pruebas complementarias solicitadas: hemograma, bioquímica completa, serologías de VHB y VHC dieron resultados dentro de los límites de la normalidad. También se realizó control de tóxicos en orina, tras explicar y convencer al paciente de la necesidad de confirmar la presencia de drogas en su organismo al objeto de valorar las consecuencias para su salud. El resultado del análisis múltiple de drogas fue POSITIVO únicamente para cannabis.

Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de Pediatría Integral, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta

33. Dentro de la clasificación de las drogas, el ALCOHOL se incluye en el grupo de las:

a. Drogas psicodélicas.
b. Drogas euforizantes.
c. Drogas depresoras.
d. Drogas estimulantes.
e. Drogas de síntesis.

34. Una de las siguientes NO se incluye entre las conocidas como drogas de diseño:

a. Feniletilaminas y derivados de las anfetaminas.
b. Cocaína.
c. Triptaminas,
d. Piperazinas.
e. Derivados cannabinoides/"*spice drugs*".

35. Señala la respuesta CORRECTA, respecto de la encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria entre 14-18 años (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas:

a. El consumo de drogas ha experimentado un importante incremento en los jóvenes entre 14 y 18 años en los últimos años.
b. En este grupo de edad, las mujeres presentan una mayor prevalencia de consumo que los hombres.
c. Tabaco, alcohol y cannabis son las drogas más consumidas por los estudiantes españoles.
d. Los jóvenes perciben el alcohol como la sustancia más peligrosa.
e. Anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables mantienen la tendencia creciente de encuestas anteriores.

36. Entre la MOTIVACIONES esgrimidas por los jóvenes para justificar el consumo de drogas, destaca por su mayor frecuencia:

a. Curiosidad.
b. Presión de grupo.
c. Búsqueda de emociones.
d. Los efectos esperados.
e. La existencia de conflictividad familiar.

37. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) destaca un conjunto de "*factores de riesgo*" que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación) origen de la adicción. Señala el NO incluido entre ellos:

a. Comportamiento agresivo temprano.
b. Habilidades sociales deficientes.
c. Consumo temprano de drogas.
d. Disponibilidad y fácil acceso a las drogas.
e. Adecuada supervisión parental.

Caso clínico

38. La presencia de consumo de drogas en un adolescente/joven que es llevado por sus padres a la consulta del pediatra, señala la CORRECTA:

a. Es reconocida desde el primer momento por el paciente en presencia de sus padres.
b. Se acompaña de conciencia de problema por el adolescente y de petición expresa de ayuda profesional.
c. Suele ir acompañada de la minimización de los efectos tóxicos de las drogas, al tiempo que de sobrevaloración de su capacidad de control.
d. Responde muy bien a la reprimenda por parte del médico.
e. Suele ser suficiente para el diagnóstico, el relato del paciente.

39. El diagnóstico de un problema de consumo de drogas en un adolescente/joven, señala la INCORRECTA:

a. No presenta un cuadro clínico específico o patognomónico que ayude en su detección.
b. Por lo general, suele tratarse de cuadros agudos: intoxicaciones relacionadas con las dosis utilizadas o la mezcla de drogas y reacciones adversas inesperadas asociadas a susceptibilidad individual o patologías preexistentes.
c. Puede ser orgánico o psiquiátrico.
d. Es fundamental la información aportada por los padres.
e. No precisa de confirmación a partir de pruebas objetivas de laboratorio.

40. El tratamiento de un adolescente/joven con un problema de drogas, señala la CORRECTA:

a. Debe ser multidisciplinar.
b. Es fundamentalmente psicofarmacológico.
c. Se fundamenta principalmente en aspectos biológicos.
d. Se realizará al margen de las posibles patologías orgánicas o psíquicas acompañantes.
e. No tiene que contar con la voluntariedad y compromiso del paciente.

Homosexualidad

F. López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Universidad de Salamanca

Introducción. Los afectos sexuales: deseo, atracción y enamoramiento

Los seres humanos no solo somos emocionales, sino que estamos orientados los unos a los otros sexualmente con afectos sexuales: deseo, atracción y enamoramiento. Estos son necesarios para la especie y muy importantes para las personas concretas, porque de cómo los satisfacemos, depende en gran medida nuestro bienestar.

En efecto, sin deseo, los hombres y las mujeres no se buscarían sexualmente, no se aparearían y la especie humana no habría podido sobrevivir. Es decir, el sexo, en macho y en hembra, implica que se deseen, para que así se busquen y se apareen. Y esta actividad es tan vital para la especie humana que está reforzada con un premio extraordinario: el placer sexual. Deseo y placer sexuales están íntimamente relacionados y, salvo problemas específicos, van asociados. El deseo es una excitación que es sentida psicológicamente, impulsando a actividades sexuales que producen placer. La orientación del deseo, condiciona el sexo de las personas que nos atraen y de la persona que nos enamoramos.

La atracción sexual supone el deseo, favorece que nos apareemos con personas que seleccionamos, lo que hace que tengamos una mejor descendencia y unas relaciones más satisfactorias.

El enamoramiento favorece relaciones privilegiadas que ayuda a la estabilidad de la pareja en los cuidados de las crías, la comunicación, la intimidad y la formación de otros vínculos sociales, como la amistad, el apego y el sistema de cuidados.

Nos vamos a centrar en este artículo, en el deseo y la orientación del deseo.

Mitos y realidades sobre el deseo sexual

Los mitos sobre el deseo son muy frecuentes, tanto los viejos como los nuevos mitos. Comentamos algunos de los más representativos y que más prejuicios y prácticas profesionales erróneas provocan.

El deseo es una energía que necesita descargarse, como condición necesaria a la salud

Este mito lo defendió el primer Freud y, de forma especialmente radical, uno de sus discípulos, W. Reich.

El **primer Freud** descubrió clínicamente la importancia que el deseo sexual tiene para las personas y la represión terrible a que estaban sometidas las personas de su tiempo (1907). Y cuando quiso interpretar teóricamente estos descubrimientos, recurrió a conceptos y teorías de su tiempo, procedentes de la física energética de su tiempo, que era determinista y monística: "en los organismos no existen otras fuerzas que las físico-químicas existentes en los cuerpos no vivientes" (Caparros, 1976, pág. 269). Por ello, en su primera teoría de las pulsiones, reduce a energía libidinal (energía físico-química aún desconocida) la sexualidad. Esta energía libidinal, además, es la única fuente motivadora de la conducta humana, incluso la no sexual.

La represión de esta energía es ineficaz, solo consigue expulsar de la conciencia la motivación del deseo sexual y sus representaciones, pero sigue dominándonos desde el inconsciente.

Solo la satisfacción directa con conductas sexuales permite la descarga de esta energía, aunque una parte de ella puede sublimarse motivando otras actividades humanas.

Pero Freud al hablar de sublimación, de necesidad de represión y, sobre todo, al definir la sexualidad como una Pulsión, no como un instinto, incluía conceptos abiertos, que bien entendidos le alejaban de un concepto único y estereotipado de energía y su funcionamiento. En sus publicaciones posteriores a 1920, especialmente en sus libros "Más allá del Principio del Placer" (1920) y "Malestar en la cultura" (1930), y en toda su obra posterior, refleja que comprendió que ese concepto biologicista y monista del ser humano era insostenible.

Pero su discípulo W. Reich (al que le reconocemos aportaciones muy importantes y novedosas, López, 2005, 2009) no solo se quedó fijado en el primer Freud, sino que la simplificó y radicalizó. Es así como, en sus diferentes versiones de "La función del Orgasmo" (1926 y 1942) y otras obras, adopta una teorista monista de la energía, negando la necesidad de represión y el propio concepto de sublimación. Finalmente, la libido, cuya naturaleza creyó haber descubierto, llamándola "orgón", exige una satisfacción directa con conductas genitales, sin las cuales no puede haber salud. Para Reich "la fórmula terapéutica de Freud es correcta, pero incompleta. El primer requisito de una curación es, sin duda, hacer consciente la sexualidad reprimida. La cura se alcanza por ese medio siempre que, al mismo tiempo, la fuente de energía, el estancamiento sexual, sea eliminado. En otras palabras, únicamente si la conciencia de las exigencias sexuales corre pareja con la capacidad de gratificación completa. La finalidad suprema de la terapia analítica es, por tanto, el establecimiento de la potencia orgásmica, de la capacidad de descargar un montante de energía sexual igual al acumulado" (Reich, 1926, 1942, pág. 95).

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 350–356

Esta postura, aun sin haber estudiado a Freud y Reich, vuelve de nuevo en forma de nuevo mito que reduce el ser humano a biología, tanto en publicaciones científicas, como en consejos terapéuticos y, sobre todo, en los valores y discursos de la sociedad de mercado expresados en la publicidad, los productos sexuales y la supuesta necesidad, entendida como condición necesaria a la salud, de la actividad sexual.

La publicidad trata con mucha frecuencia la sexualidad como un producto del mercado (como venta directa o como mediador para vender otros productos) que conviene o es necesario consumir. No son pocas las terapias y terapeutas que, de una u otra forma, se centran en la mecánica de la respuesta sexual, y los educadores sexuales que trabajan con el supuesto de que todos los adolescentes, por ejemplo, tienen o deben tener actividad sexual masturbatoria y coital.

Pero el ser humano no es solo energía biológica e incluso la propia biología sexual ha dado, en el caso humano, un salto cualitativo, de forma que no regula por sí misma nuestro deseo sexual. Las mujeres, la hembra humana puede desear, excitarse y tener orgasmos en cualquier momento del ciclo, estando embarazada y después de la menopausia. Y mujeres y hombres pueden tomar decisiones sobre su deseo sexual, este no es un instinto que les impide o les obliga, sino una pulsión ante la que pueden decir "sí" o "no", no solo por razones hormonales, sino incluso contradiciéndolas.

Este planteamiento que reduce la sexualidad a energía y acaba haciendo de la actividad sexual una obligación, se basa también en un razonamiento erróneo:

- Premisa científicamente correcta: la motivación sexual es poderosa, la actividad sexual es placentera y saludable.
- Conclusión científicamente errónea: la actividad sexual es una condición necesaria a la salud, la actividad sexual es obligatoria si queremos mantener la salud, como determinados componentes de los alimentos, por ejemplo.
- Aplicación práctica: hay que ayudar a los adolescentes a que sepan que pueden y deben tomar decisiones responsables sobre su sexualidad, sin sentirse presionados por el mercado de la sexualidad o aquellos profesionales que trabajan como si todos tuvieran o debieran tener actividad sexual.

Es un instinto, una vez excitado, no lo podemos controlar

Desgraciadamente, en las culturas machistas, que parecen ser todas o casi todas, se ha construido un concepto de la sexualidad masculina que favorece e incluso legitima la coerción y la violencia, justo defendiendo el mito de que una vez excitado "el macho" ya no se le puede exigir que detenga su conducta sexual, aunque la hembra se oponga a ella.

Las violaciones más recuentes las hacen los amigos, los conocidos, los desconocidos con los que se acepta un alto grado de intimidad sexual y los maridos en el matrimonio.

En muchos casos, incluso se culpa a ella, en el supuesto que una vez excitado el varón este no puede pararse y es legítimo que la fuerce, porque ella le ha provocado, se lo merece y él "ya no puede parar".

Pero, con independencia de que una mujer cometa errores en las relaciones o aguante a un novio o marido machista, esta conducta del varón es una violación, él es el culpable, y no está justificada ni penal, ni éticamente. Y desde el punto de vista científico, tampoco está justificada, porque la sexualidad humana está en el reino de la libertad y el varón puede y debe ser el dueño del deseo a lo largo de todo el proceso en una relación sexual. De hecho, la única parte involuntaria es la que se inicia justo cuando se desencadena el reflejo del orgasmo, no a lo largo de todo el proceso de excitación.

Nunca se debe imponer el deseo sexual a otra persona. Las mujeres y los hombres podemos decidir con libertad a lo largo de todo el proceso, haya sido un acierto o no comenzarlo (López, 2015).

Solo tienen deseo sexual los hombres. Las mujeres no tienen deseo sexual propiamente dicho

Es un mito que hoy no mantiene casi nadie, pero ha estado presente a lo largo de la historia, justo con el fin de reprimir la actividad sexual de la mujer.

Las mutilaciones sexuales de la mujer, convertidas en una norma de obligado cumplimiento, las han llevado a cabo y siguen haciéndolo muchas sociedades, como es sabido. Las justifican diciendo grandes mentiras, como decir que es una práctica cultural de siempre, es un signo de identidad de nuestra cultura, etc. (López, 2014). En realidad, además de una práctica peligrosa, es una forma de controlar la sexualidad de la mujer con posibles graves consecuencias para su vida sexual y amorosa. La traducción de los mandamientos de la Ley de Dios que nos hicieron aprender en la catequesis, decía en el noveno mandamiento: "no desearás la mujer del prójimo". Es decir, solo había un deseo peligroso, el de los varones, porque las mujeres, supuestamente, no tenían deseo y, por tanto, no necesitaban un mandamiento para controlarlo.

La realidad es que las mujeres tienen deseos sexuales y pueden desear, excitarse y tener orgasmos en cualquier momento de su ciclo menstrual, estando embarazadas y a lo largo de toda la vida. Una cosa es que la sexualidad de la mujer haya sido más silenciada, ocultada y perseguida y otra que no sientan y estén motivadas por deseos sexuales.

Solo hay una orientación saludable, la heterosexual

Las religiones monoteístas han mantenido y mantienen que la única orientación del deseo moralmente aceptable es la heterosexualidad. La homosexualidad y la bisexualidad han sido perseguidas, declaradas peligrosas, pecaminosas y desviaciones de la voluntad de Dios al crear los seres humanos. La obligación de "crecer y multiplicaros", como mandato de Dios a Adán y Eva, nos obliga a todos y hacer otros usos de la sexualidad contradice la ley de Dios.

Los científicos, durante siglos, sujetos como el resto de la población a esta creencia religiosa, la legitimaban al considerar la homosexualidad como una degeneración contraria a la naturaleza.

Aun hoy, hay algunos profesionales que mantienen el carácter antinatural y peligroso de la homosexualidad, con argumentos como: se suicidan más, tienen más problemas mentales, son grupos de riesgo, etc. Su homofobia les lleva a confundir los problemas causados por el rechazo social de los homosexuales con la homosexualidad, los mal llamados grupos de riesgo con "las prácticas de riesgo", sea o no homosexual.

Lo cierto es que las orientaciones del deseo homosexuales, bisexuales y heterosexuales, son saludables, compatibles con

la salud personal y social, si se aceptan bien por cada persona, por la familia, la escuela, el mundo laboral y la sociedad.

De hecho, sabemos lo más importante: lo más inteligente emocional, afectiva y socialmente es que cada persona sea o pueda ser auténtica conforme a su orientación del deseo.

Las personas homosexuales nacen ya así, el origen de la orientación del deseo es biológico o, al contrario, las personas homosexuales se hacen, son el resultado de experiencias y aprendizajes sociales

Son dos creencias contradictorias, pero las ponemos juntas porque ambas están, al día de hoy, injustificadas. Las dos responden a prejuicios biologicistas o ambientalistas.

A día de hoy no sabemos, científicamente hablando, cuál es la causa u origen de las orientaciones del deseo. Solo que existe una gran diversidad. Por ello, es legítimo hacer investigaciones que pongan a prueba diferentes hipótesis, pero hemos de reconocer lo que "no sabemos" y no cerrar los debates o investigaciones con prejuicios de una u otra naturaleza. Desgraciadamente, los científicos caen con frecuencia en la trampa de inclinarse por unas u otras hipótesis, sin pruebas suficientemente contrastadas.

La orientación del deseo no puede cambiar a lo largo de la vida y, lo opuesto, la orientación del deseo puede cambiar por capacidad de gestión de la persona y por terapia

No sabemos, aún bien, la respuesta que podemos dar a estas afirmaciones, que a día de hoy, debemos considerar erróneas o no fundadas, es decir, no hay respuestas científicas claras que debamos dar por definitivas.

Pensábamos durante décadas, que la orientación del deseo podía aceptarse o reprimirse, pero no cambiarse. Nos venía dada, somos heterosexuales, homosexuales o bisexuales y así lo seremos toda la vida: aceptación o represión eran las alternativas. Sabíamos que una orientación del deseo podía reprimirse durante un tiempo y posteriormente desvelarse, hacerse consciente, ¿pero puede cambiar realmente? No tenemos una respuesta científica definitiva.

Otros mitos menores, pueden encontrarse con facilidad en internet o en publicaciones (López, 2006).

¿Qué es el deseo sexual y la orientación del deseo?

El deseo es, en otras especies animales, un instinto, un impulso poderoso a aparearse, con frecuencia, después de un cierto cortejo, lleno de caricias y gestos de comunicación, con un sistema de conductas preprogramadas, muy estereotipadas. Los animales no se pueden resistir realmente a su deseo sexual, cuando este se produce –durante el celo de las hembras y de forma continua en los machos–, no tienen verdadera capacidad de decisión sobre su deseo, se sienten forzados a satisfacerlo.

En los humanos, el deseo sigue teniendo un gran poder motivador, pero no debe ser definido propiamente como un instinto, porque en nuestra especie se ha dado un salto cualitativo, nuestra libertad para tomar decisiones, aceptando o rechazando, por razones muy diferentes, la actividad sexual.

El deseo sexual es una pulsión muy compleja, que depende de muchos factores fisiológicos, (hormonales y toda la fisiología implicada en la excitación), psicológicos (pensamientos, emociones, sentimientos y afectos), sociales (modelos de belleza, ideas y prejuicios, roles de género, etc.), experiencias personales (positivas o negativas), edad, salud, estado fisiológico y psicológico, estímulos externos, etc.

El deseo está tan enraizado en la propia fisiología humana. Por eso, no puede entenderse sin conocer sus bases hormonales, los estímulos internos y externos, la forma de procesar la información y de actuar del sistema nervioso. La hormona más estudiada, en relación con el deseo, ha sido la testosterona, presente en ambos sexos, aunque en mayor cantidad en los varones. Se produce en los testículos y en los ovarios, así como en las glándulas suprarrenales de ambos sexos.

Los efectos de la testosterona sobre el deseo son más claros y directos (más mecánicos, suele decirse popularmente) en el varón, aunque en ambos sexos hay otros muchos factores cognitivos y afectivos que influyen en él. Por otra parte, es importante señalar que no puede decirse que los varones deseen más porque tienen más testosterona, ya que el cuerpo de la mujer es más sensible a cantidades más bajas de esta hormona.

Las personas podemos sentir nuestro deseo sexual de una u otra forma, como tensión o inquietud confusa, o como deseo explícito de contacto o encuentro sexual. El deseo es así, sentido e interpretado por cada persona, en el cuerpo, en la mente y, sobre todo, en su dinámica emocional. Nos empuja, impulsa, orienta, moviliza hacia aquella persona o actividad objeto del deseo. El deseo activa todos nuestros recursos fisiológicos, pone nuestro cuerpo en alerta y disposición para las conductas deseadas, se hace presente en nuestra psique como una fuerte motivación. Activa nuestros recursos emocionales y mentales, planificando la conducta para conseguir satisfacerlo.

Lo más específico de la sexualidad humana es que nuestro deseo no está determinado por su fin reproductor.

En efecto, en el centro de todos esos complejos sistemas del deseo y la conducta sexual, hay un "yo", una persona con conciencia de sí, que tiene una manera de ver la vida y unos valores que le permiten tomar decisiones y respetar la libertad de los demás. Por eso, todas las conductas sexuales pueden y deben ser libres, consentidas y, a ser posible, placenteras, como es propio de su naturaleza.

Evolución y orientación del deseo

Desde el nacimiento, la fisiología de la excitación-placer sexual está disponible y se puede activar. Por eso, numerosos niños y niñas (un tercio aproximadamente), antes de la pubertad, la descubren y se masturban o participan en juegos sexuales que les excitan (López, Del Campo y Guijo, 2003). Es posible que, en las primeras edades, el deseo sexual sea menos consciente y explícito, siendo el resultado de haber aprendido que tocándose sienten placer, lo que les lleva a repetir esta conducta. Poco a poco, con el desarrollo de la mente, el deseo sexual se va enriqueciendo de contenidos mentales y emocionales y afectivos (sentimiento del deseo, recuerdo, imágenes, fantasías, afectos sexuales, etc.).

Es en la pubertad y en la adolescencia, cuando los cambios cerebrales, hormonales y somáticos convierten el deseo sexual en una pulsión vigorosa, con frecuentes estados de excitación y descarga de la tensión sexual, aumentando el deseo por la actividad sexual. En la primera infancia, el deseo suele orientarse

heterosexualmente por efecto de la socialización, salvo casos de resistencia de algunas personas a ella. Pero, en todo caso, es en la adolescencia, cuando el interés sexual se orienta hacia uno u otro sexo, en la mayor parte de las personas, como: heterosexual, homosexual o bisexual, normalmente para toda la vida. No sabemos aún de qué factores depende esta especificación ni estamos seguros de hasta qué punto puede realmente cambiar a lo largo de la vida. No sabemos, por tanto, los factores que orientan el deseo y no estamos seguros de si, al menos, en algunos casos, puede cambiar a lo largo de la vida, pero sabemos lo más importante, que podemos resolver nuestras necesidades sexuales y afectivas desde cualquiera de las orientaciones del deseo, siempre que realmente lo sintamos así, nos aceptemos así y los demás no nos pongan dificultades (López, 2006).

Las personas heterosexuales no se sorprenden si en la pubertad o adolescencia sienten de forma muy clara y vigorosa su deseo sexual; pero las personas homosexuales pueden pasar por un periodo de alarma o confusión, porque todos somos socializados heterosexualmente. Si antes de que esto ocurra, supieran que existe la orientación del deseo homosexual y que es una diversidad saludable, evitaríamos mucho sufrimiento a quienes son diversos. Por eso, son fundamentales intervenciones preventivas en educación sexual, en primaria, para evitar estos sufrimientos a estas minorías y la homofobia o bifobia de la mayoría.

La orientación del deseo puede manifestarse más tarde, en la juventud o vida adulta, bien porque ha estado reprimida y se desvela, o bien por otros factores no bien conocidos. Pero para la mayoría de la población, la orientación del deseo es heterosexual desde la infancia y la adolescencia y así permanece toda la vida.

Las dimensiones de la orientación del deseo homosexual

El deseo sexual no es unidimensional, sino que pueden distinguirse en él varios aspectos muy importantes, que pueden servirnos para ayudarnos a entendernos y en la práctica profesional:

- Las fantasías eróticas. Pueden aparecer antes de las conductas sexuales, de forma que no son pocas las personas homosexuales que aseguran tener fantasías sexuales con personas de su propio sexo o de ambos, incluso antes de reconocer su homosexualidad o bisexualidad.
- Atracción sexual por personas de su propio sexo o de ambos. Le gustan, le excitan, desea acariciarlas y que le acaricien.
- Atracción afectiva por ambos. Tener preferencia emocional y afectiva, deseos de intimidad y de tenerlas de compañía emocional preferente, por personas de su propio sexo.
- Conductas sexuales con personas de su propio sexo o con ambos.
- Reconocer su identidad como homosexual o bisexual. Soy homosexual o bisexual, me siento y me reconozco como tal.
- Estilo de vida homosexual, si este existe en su medio o estilo de vida bisexual. La manera de vestir y divertirse, barrio en que se vive, etc.
- Enamorarse de personas de su sexo o de ambos.
- Consideración social preferida: salir del armario o permanecer socialmente considerado como perteneciente a la mayoría heterosexual.

El siguiente cuestionario (el lector puede acomodarlo a otras orientaciones del deseo), puede ayudar a la persona y a los profesionales, si lo usan con clientes, a conocer su orientación del deseo homosexual y su grado de consistencia (Anexo 1).

¿Qué prevalencia tienen estas minorías?

Las dimensiones de la orientación del deseo ponen de manifiesto que la evolución a lo largo del ciclo vital puede ser muy diferente de unas personas a otras, especialmente entre las personas que habiendo sido socializadas en la heterosexualidad descubren que su orientación es una diversidad que contradice la socialización y las profecías sociales que le habían hecho. También, las dimensiones nos permiten comprender que la prevalencia de la homosexualidad y la bisexualidad dependen de las preguntas que formulemos en la investigación. Por eso, todos los datos son imprecisos. Por otra parte, los cambios sociales permiten más fácilmente reconocer la propia homosexualidad, aunque no siempre es así aún.

Por ejemplo, cuando en Estados Unidos no se aceptaban homosexuales en el ejército y se les preguntaba por su orientación del deseo, lógicamente muchos de los homosexuales se confesaban heterosexuales. Un ejemplo más, entre nosotros, el lesbianismo ha estado más silenciado, por lo que no eran pocas las mujeres lesbianas que no querían confesarse como tales, bien por la mala consideración social, bien porque les era más fácil que a los hombres ocultar su lesbianismo. Y otro más, si definimos la prevalencia por su presencia social y el deseo de vivir o no en barrios especiales o acudir o no a las manifestaciones del orgullo gay, el resultado será que hay muchas menos lesbianas que homosexuales varones.

Entre las personas más jóvenes, hoy día, se ha pasado de la represión y las restricciones sobre la conducta sexual a la prescripción (en los valores dominantes de esta sociedad de consumo, también sexual) de que hay que experimentar todo, por lo que no son pocas las que se manifiestan abiertas a probar conductas sexuales con personas de los dos sexos. La asociación, ocio, alcohol y otras drogas, fomenta estos atrevimientos, antes denostados.

En todo caso, según los estudios, las personas homosexuales o bisexuales son una minoría, con una prevalencia importante que puede estar, según se pregunte o investigue, entre el 3% y el 12% de la población (López, 2006, 2009). Los políticos ya lo han entendido por razones electorales, los padres, educadores y sanitarios deberían ser responsables y ayudar a estas minorías a vivir su diversidad y evitar la homofobia o bifobia.

Salud y orientación del deseo

Los gobiernos y los científicos, en nuestra sociedad, han legitimado las creencias y la moral sexual de las religiones judía y cristina, considerando la homosexual una degeneración o desviación de la naturaleza. Algunos profesionales de la salud, ya muy pocos, siguen defendiendo estas ideas normalmente basándose en las correlaciones encontradas en algunos estudios entre estas diversidades y el hecho de tener más ideas o conductas de suicidio, huidas de casa, dificultades en las relaciones sociales, mayor inestabilidad emocional, etc. No tienen en cuenta que estas asociaciones no pueden entenderse como una relación de causa-efecto, sino la consecuencia lógica

Anexo 1. Orientación del deseo: cuestionario (Félix López Sánchez)

Este cuestionario es confidencial. Tiene que responder teniendo en cuenta su historia de orientación del deseo, atracción y enamoramiento, así como otros aspectos de su vida. Para ello debe responder tres veces a la misma pregunta: EL PASADO, EL PRESENTE O COMO QUERRÍA QUE FUERA EN EL FUTURO. Indique el sexo de la persona y puntúe las respuestas de 1 a 5: 1=nunca, 2=algunas veces, 3=bastantes veces, 4=muchas veces, 5=siempre / Preguntas: • Sexo biológico..... • Edad.....

1. Mis fantasías sexuales han sido, son o deseo que sean con personas de (indicar sexo y frecuencia)

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

2. Me he sentido atraído, me siento o quiero sentirme atraído por personas

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

3. Mis conductas sexuales han sido, son y deseo que sean con:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

4. Mis enamoramientos han sido, son o deseo que sean en el futuro con personas:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

5. Mi identidad personal ha sido, es o deseo que sea en el futuro, considerarme como una persona de:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

6. Mi representación social (ser tomado como) ha sido, es y deseo que sea en el futuro:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

7. Mi estilo de vida (vestido, forma de diversión, lugar donde vivir, etc.) ha sido, es y deseo y deseo que sea en el futuro como las personas de:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

8. Considero que he estado, estoy o me gustaría estar abierto a tener relaciones con personas de:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

9. Si pertenezco a una minoría (como homosexual o bisexual) he salido del armario, acabo de salir en el presente o tengo por ideal salir en el futuro

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Sí..... No.....	Sí..... No.....	Sí..... No.....

10. Yo creo que mi orientación del deseo puede cambiar a lo largo de la vida, incluso después de la juventud
Sí..... No..... No sé.....

11. Yo creo que tengo capacidad para decidir voluntariamente, en cierto grado, mi orientación del deseo
Sí..... No..... No sé.....
Si usted ha respondido sí: ¿en qué grado?:
Un poco..... Bastante..... Mucho..... Totalmente.....

12. Creo que en el deseo, atracción y enamoramiento, lo importante es la otra PERSONA y no su sexo biológico
Sí..... No..... No sé.....

13. Este cuestionario no se adapta a mi situación, porque yo soy una diversidad no contemplada:
Indicar como se autodefine:

COMENTARIOS ABIERTOS VOLUNTARIOS (añadir texto):

Interpretación

- Este cuestionario, aunque puede usarse psicométricamente para la investigación, está pensado para el uso clínico en el diagnóstico y la investigación cualitativa, ampliando y registrando las respuestas en cada cuestión.
- Si una persona se manifiesta heterosexual, homosexual o bisexual en todas las respuestas, es muy probable que se trate de orientación sexual vivida de forma muy definida y exclusiva y, también, que no cambiará a lo largo de la vida.
- En el otro extremo, si una persona se clasifica de formas diferentes en varias respuestas, especialmente si hay diferencia en casi la mitad de las respuestas, con disarmonías entre el pasado, presente e ideal futuro, se trata de personas menos definidas y con más posibilidades de cambio a lo largo de la vida.
- La pregunta 9 refleja su deseo de manifestar o no su orientación del deseo, que podría interpretarse en el segundo caso, como una menor reafirmación de su orientación. Pero esta interpretación no es segura, porque puede tratarse de una persona que prefiere usar su derecho a no manifestar su orientación del deseo.
- Las preguntas, 10, 11 y 12 se refieren a la flexibilidad mayor o menor que atribuyen a posibles cambios en la orientación del deseo, opinión que tiende a asociarse con una mayor disponibilidad al cambio y a la experimentación de conductas con personas de diferente sexo.
- Estas dimensiones pueden seguir todas la misma dirección o no, poniendo de manifiesto la mayor o menor exclusividad y consistencia de la orientación del deseo.
- Por otra parte, entre nosotros, hoy día las mujeres son menos rígidas en la orientación del deseo sexual y aceptan mejor estas diversidades sexuales en sí mismas y en los demás, aunque el lesbianismo está socialmente más oculto y silenciado.

del tratamiento familiar, escolar y social de estas diversidades sexuales. Aun no hace mucho tiempo, hemos tenido el caso de un chico de 17 años, residente en la frontera con Portugal, en un pueblo muy aislado, en tratamiento por depresión cuando, simplemente, se trataba de una homosexualidad que ni siquiera él mismo podía reconocer.

Hoy día, estas asociaciones son menos frecuentes y son muchas las personas homosexuales o bisexuales que tienen una salud mental y sentimientos de bienestar adecuados. Desde los años sesenta, diferentes asociaciones de psiquiatras, pediatras y psicólogos han ido reconociendo que estas diversidades no deben patologizarse, sino ser aceptadas con normalidad. La OMS, el Consejo de Europa y la Legislación de países, como el nuestro, reconocen estas diversidades con los mismos derechos civiles, incluido el matrimonio y el derecho a adoptar menores. El tema de la adopción es el que aún es más discutido, como hemos reflejado en alguna de nuestras publicaciones (López, 2006). Debate basado en una errónea concepción del concepto de familia y las necesidades de los menores. No es verdad que necesiten un padre y una madre, sino, al menos, una persona (mejor dos o más) que les cuide con incondicionalidad, afecto y eficacia. Son los profesionales los que deben evaluar adecuadamente a esta persona o pareja, sin descalificar a priori a una mujer, un hombre, dos hombres o dos mujeres.

Aún echamos de menos algunas cosas en la legislación española, de las más avanzadas en relación con estas minorías. Nos referimos a que no figure en el código penal otras formas de maltrato sexual, además de los abusos sexuales a menores (López, 2014). No aceptar la homosexualidad o bisexualidad de los menores es una forma grave de maltrato sexual que puede crear dificultades en su vida sexual y amorosa importantes, además de otras consecuencias negativas psicológicas y sociales.

Algunos profesionales, normalmente influidos por sus creencias religiosas, ofrecen y hacen terapias de reasignación de las orientaciones del deseo homosexuales. A veces, hasta hablan de prevención de la homosexualidad con la adecuada educación. Nosotros consideramos que:

- La educación familiar, escolar y social ya es heterosexual, asignando y esperando de los niños que le atraigan las niñas y a la inversa. Por eso, los que pueden tener dificultades son los que tengan manifestaciones o sentimientos homosexuales, no los heterosexuales. Si añadimos más presión educativa sobre estas minorías cometeremos un grave error. Lo que hay que hacer es que se conozca su existencia, se permitan sus manifestaciones en igualdad de condiciones con los heterosexuales y desaparezca la homofobia.
- Lo que sí podemos hacer es contribuir a que cada persona pueda ser auténtica y, desde luego, no se sienta obligada a experimentar lo que no desea y no le atrae, como hace esta sociedad de consumo sexual.

La práctica profesional, la función de los pediatras

Los profesionales pueden ayudar a los menores y sus familias a aceptar estas diversidades sexuales, evitar la homofobia y el maltrato sexual, ¿cómo pueden hacerlo? Formándose e incluyendo un espacio en entrevistas confidenciales (especialmente en la pubertad y adolescencia) con los menores y los padres, también por separado. También, pueden colaborar con los educadores en las escuelas de forma puntual, si fuera necesario.

En estas entrevistas, una vez creado un buen clima de comunicación, se puede incluir un tema olvidado con una o varias preguntas.

Principios de referencia para la intervención

- La homosexualidad es una diversidad sexual compatible con la salud individual y con la formación de parejas y el ejercicio de la paternidad o maternidad, por lo que no debe crearse ningún impedimento a las personas homosexuales o bisexuales.
- Las personas homosexuales, en nuestro país, han adquirido todos los derechos y es "ilegal" cualquier tipo de dificultad para que estos derechos sean una realidad.

Lo que los padres deben hacer

Hay que comprender que a muchos padres les cueste inicialmente aceptar la homosexualidad de los hijos o hijas, pero si les ayudamos, la evolución suele ser muy positiva para toda la familia.

- Ser incondicionales: han traído una vida al mundo y no pueden poner condiciones, sino aceptarla con sus caracte-

rísticas. En este caso, una diversidad saludable que deben aceptar con normalidad, como a los hijos o hijas heterosexuales. Las resistencias pueden ser de diferente signo (López, 2006), pero deben vencerse.

- No solo aceptarles con resignación, sino valorarles como son, sin discriminación de los hermanos o hermanas heterosexuales, si fuera el caso.
- Dejarle claro que cada persona debe ser dueña de su biografía sexual y amorosa; eso sí, con ética sexual y amorosa (López, 2015, 2017).
- Obrar sabiendo que la orientación del deseo es una característica que "se es", no una elección, como el tener una altura u otra, ser moreno o rubio, por ejemplo.
- Hacer una socialización familiar abierta, flexibilizando los roles y eliminando el sexismo y machismo.
- Facilitar la comunicación del hijo o hija y aceptando sus posibles parejas y, si llega el caso, su matrimonio, como con los hijos e hijas heterosexuales.

EL rol de la escuela

Lo más importante en la escuela es que en el sistema de relaciones entre padres/madres, entre profesores/as y entre alumnos/as se acepte con normalidad esta variante o diversidad de la vida sexual de las personas, estos tipos de familia y el hecho de pertenecer a ella. Debe haber tolerancia cero en relación con cualquier manifestación de palabras, gestos o conductas homófobas. Para ello, deben prevenirse y perseguirse, si fuera el caso.

A lo largo de los diferentes niveles educativos es necesario, en el marco de la educación sexual general, tratar explícitamente en las programaciones los siguientes temas:

- Identidad sexual y rol de género, aceptando las identidades transexuales y transgénero.
- Tipos de familia, incluyendo las familias homosexuales.
- La diversidad sexual homosexual: especialmente antes de la pubertad y en secundaria.
- Los orígenes y manifestaciones de la homofobia: especialmente en secundaria.

La función de los pediatras

A pesar de las dificultades que tienen numerosos profesionales para dedicar tiempo (problemas organizativos de la sanidad) y afrontar estos temas (deficiencias en formación), su función podría ser esencial:

- Colaborando circunstancialmente en la escuela, asociaciones ciudadanas, etc., ofreciendo formación en aquellos aspectos que los educadores tengan más limitaciones.
- Creando un espacio de confidencialidad con los menores (sin los padres), desde la pubertad, consensuado con los padres, para favorecer que los púberes y adolescentes puedan hacerle preguntas, expresar preocupaciones y pedir ayuda en relación a la sexualidad y las relaciones amorosas, así como a cualquier forma de maltrato.
- En la entrevista, una vez logrado un clima de confianza, los pediatras pueden abrir la puerta a estos temas con una serie de preguntas, como las siguientes:
  - ¿Te han hablado en el colegio alguna vez sobre sexualidad?
  - ¿Y tus padres?
  - ¿Crees que tienes buena información?
  - Sabes que soy médico y te guardaré el secreto, ¿tienes alguna preocupación con tu cuerpo, tu apariencia, o cualquier cosa que tenga que ver con tu sexualidad?
  - ¿Te relaciones bien con los chicos y con las chicas? ¿Tienes amigos y amigas?
  - ¿Alguien te hace daño, sea quien sea, del tipo que sea (cualquier forma de maltrato o abuso) y tal vez te pide que le guardes el secreto?
  - Si la respuesta es "no", puede acabarse así: "me alegro, pero ya sabes que puedes pedirme cualquier información o ayuda, ¿sabes cómo localizarme?

Se trata de abrir la puerta a la comunicación sobre la sexualidad y las relaciones personales. Si la pregunta es sobre orientación del deseo, pueden recurrir a la información de este artículo o la bibliografía recomendada. En el libro: Homosexualidad y familia. *Barcelona: Grao. 2006. Félix López.* se encuentran consejos para todo el proceso que debe hacerse en la familia.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. Pediatrics. 2004; 113: 1827-32.
- Caparros A. Historia de la Psicología, Vol. II. Madrid: CEU, 1976; pág. 427.
- Freud S. La moral sexual y la nerviosidad moderna. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1907.
- Freud S. Los instintos y sus destinos. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1915.
- Freud S. Más allá del principio del placer. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1929.
- Freud S. El malestar en la cultura. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1930.
- Lippa RA, Tan FD. Does culture moderate the relationship between sexual orientation and gender-related personality traits? Cross-Cultural Research. 2001; 35: 65-87.
- Lippa RA. Gender-related traits in gay men, lesbian, women, and heterosexual men and women: The virtual identity of homosexual-heterosexual diagnosticity and gender diagnosticity. Journal of Personality. 2000; 68: 899-925.
- LeVay S. Queer Science: The Use and Abuse of Research into Homosexuality. Cambridge: The MIT Press. 1996.
- LeVay S. A difference in hypothalamic structure between homosexual and heterosexual men. Science. 1991; 253: 1034-7.
- LeVay S. From mice to men: Biological factors in the development of sexuality. Frontiers in Neuroendocrinology. 2011; 32: 110-20.
- López Alonso D. Biología de la homosexualidad. Madrid: Síntesis. 2014.
- López F. Educación sexual. Madrid. Biblioteca Nueva. 2005.
- López F. Homosexualidad y familia. Barcelona: Grao. 2006.
- López F. Amores y desamores. Madrid: Biblioteca Nueva. 2009.
- López F. Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual. Madrid. Síntesis. 2014.
- López F. Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid: Pirámide. 2015.
- López F. Educación sexual y ética. Madrid: Pirámide. 2017.
- Rerich W. La función del orgasmo. Buenos Aires: Paidos. 1926, 1942.
- Riesenfeld R. Papá, mamá, soy gay. México: Grijalbo. 2000.

caso clínico interactivo
www.sepeap.org

Coordinadores: D. Rodríguez Álvarez*, M. García Boyano*,
I. Noriega Echevarría**, E. Pérez Costa*
*Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.
**Residente de Pediatría del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid

*El **Rincón del Residente** es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org*

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Dolor óseo súbito en la infancia

A.C. Hernández Villarroel*, M. Hernández Carbonell*,
A.I. Valladares Díaz**, P. Del Villar Guerra**

***Médico residente de Pediatría del Hospital General de Segovia.**
****Médico adjunto de Pediatría del Hospital General de Segovia**

Resumen

Los dolores osteomusculares son un motivo de consulta frecuente en Pediatría. Presentamos el caso de un niño de 3 años de edad, valorado en nuestro servicio de urgencias por dolor súbito en región proximal de pierna izquierda, con limitación funcional de la cadera sin antecedente traumático.

Abstract

Musculoskeletal pain in children is a frequent reason for seeking consultation. We present the case of a three-year-old boy admitted to our emergency department due to sudden pain in the proximal region of the left leg with functional limitation of the hip and no traumatic antecedent.

Caso clínico

Anamnesis: niño de 3 años y 9 meses de edad, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor intenso en mitad proximal de pierna izquierda, desde la cadera hasta la rodilla, de aparición súbita y que le despertó por la noche; posteriormente, presenta imposibilidad para la marcha, asociada a febrícula (máximo 37,4ºC) de menos de 12 horas de evolución. Refieren cuadro autolimitado de infección respiratoria de vías altas en la semana previa. Apetito conservado. No vómitos ni diarrea. No astenia ni pérdida de peso. No refieren antecedente traumático.

Antecedentes familiares y personales: tercer hijo de padres sanos no consanguíneos. No antecedentes familiares de interés. Embarazo y parto normales. Peso RN: 3.190 g (percentil 73). Período neonatal inmediato normal. Alimentación complementaria sin incidencias. Desarrollo psicomotor normal. Episodios de broncoespasmos frecuentes y autolimitados en relación con infecciones respiratorias. Calendario vacunal completo. No alergias medicamentosas conocidas. No tratamiento habitual.

Exploración física: peso: 15 kg (percentil 23). Talla: 105 cm (percentil 72). Temperatura: 36,8ºC. Tensión arterial: 93/45 mmHg. Frecuencia cardíaca: 113 lpm. Frecuencia respiratoria: 24 rpm.

Moderada afectación del estado general. Irritable a la exploración, aunque se calma en los brazos de la madre. Palidez cutánea, pero no de mucosas. Quejumbroso y ojeroso. Buena hidratación y perfusión periférica. No exantemas ni petequias. No rigidez de nuca, signos meníngeos negativos. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Múltiples adenopatías cervicales y laterocervicales de hasta 2 cm de diámetro aproximadamente. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso, se palpa polo de

bazo sin hepatomegalia. Orofaringe eritematosa, otoscopia bilateral normal. Extremidades: actitud pasiva en flexión y rotación externa de cadera izquierda, con dolor a la movilización, tanto activa como pasiva, y dificultad para la extensión pasiva por dolor. No es posible la exploración de la marcha. No se objetivan otras anomalías en el resto de articulaciones.

1. **Ante este cuadro clínico, ¿cuál sería la actitud a seguir?**
   a. Ecografía de cadera.
   b. Analítica de sangre y hemocultivo.
   c. Punción articular.
   d. Analítica de sangre, radiografía de caderas y hemocultivo.
   e. Antibioticoterapia empírica iv.
2. **Ante la situación descrita y para ampliar el estudio inicial, ¿qué prueba complementaria solicitaría?**
   a. Biopsia de cadera.
   b. Completar estudio reumatológico (factor reumatoide, ANA, ANCA, ASLO…).
   c. Frotis de sangre periférica.
   d. TAC cadera.
   e. RMN de cadera.
3. **¿Cuál sería la sospecha diagnóstica?**
   a. Sinovitis de cadera.
   b. Leucemia aguda.
   c. Artritis séptica de cadera.
   d. Enfermedad de Perthes.
   e. Osteomielitis.
4. **Con esta sospecha diagnóstica, ¿cuáles serían los estudios necesarios para completar el estudio?**
   a. Ecografía abdominal.
   b. Punción lumbar.
   c. Aspirado de médula ósea.
   d. Radiografía de tórax.
   e. Todas las anteriores.

Discusión

La leucemia aguda linfoblástica (LAL) se caracteriza por ser un proceso oncogénico de múltiples etapas que conduce al bloqueo de la maduración y a la transformación maligna de los progenitores hematopoyéticos linfoides[1]. Es la forma más frecuente de presentación de cáncer en la infancia, con un pico de incidencia máximo entre los 2 y los 5 años de edad, siendo más frecuente en niños. Representa el 25% de las neoplasias malignas en menores de 15 años y el 75-80% de las leucemias en edad pediátrica[2].

Las radiaciones ionizantes, los citostáticos, los agentes alquilantes y los inhibidores de la topo-isomerasa aumentan el riesgo de desarrollo de leucemias secundarias. También se ha observado mayor incidencia en ciertas enfermedades genéticas como: el síndrome de Down, la neurofibromatosis, el síndrome de Shwachman, el síndrome de Bloom y ataxia-telangectasia[3].

El dolor musculoesquelético, frecuente en la infancia, es la forma de presentación en el 21-38% de los casos de leucemia aguda[4]. Este síntoma puede deberse, bien a la infiltración directa del tumor en el hueso, las articulaciones o los músculos, o bien, a los efectos paraneoplásicos. Algunos pacientes pueden incluso presentar signos de artritis u otras afectaciones musculoesqueléticas, lo que puede conducir de forma errónea a diagnosticarlos como una afectación reumática, habitualmente osteomielitis o artritis idiopática juvenil.

El dolor en huesos largos es el síntoma más habitual, aunque también pueden asociarse artralgias, frecuentemente con afectación oligoarticular y asimétrica de grandes articulaciones. La rodilla es la articulación más afectada, seguida del tobillo y los codos. El dolor óseo suele ser difuso, principalmente en las metáfisis de huesos largos de las extremidades inferiores. Se inicia de forma intermitente, tendiendo a aumentar y hacerse persistente. Es descrito como un dolor insoportable, que interfiere en las actividades diarias y empeora por las noches. La fragilidad ósea también es bastante característica. A diferencia de algunas enfermedades reumáticas, la rigidez matutina no es habitual en la leucemia. Un dato importante a tener en cuenta es que el grado de afectación de la extremidad no se suele corresponder con el grado de dolor referido por el niño.

La similitud de la sintomatología musculoesquelética en la leucemia en comparación con la de las enfermedades reumáticas y la mejoría parcial de los síntomas con el tratamiento analgésico adecuado, lleva a un retraso en el diagnóstico de la leucemia y, por tanto, a empeorar su pronóstico. El retraso diagnóstico es casi el doble en aquellos pacientes que se presentan inicialmente con síntomas musculoesqueléticos en comparación con los que no los presentan[5].

La hepatoesplenomegalia y las linfadenopatías (no dolorosas, adheridas a planos profundos y de gran tamaño) no siempre están presentes e incluso pueden observarse en algunas de las enfermedades reumáticas. El recuento leucocitario puede ser normal al inicio del cuadro, siendo, la disociación entre unos índices inflamatorios elevados con la presencia de normo/trombopenia o leucopenia, un dato de alarma ante la posibilidad de una leucemia[6]. Por otra parte, la presencia de blastos en el frotis sanguíneo, aunque no es habitual en el debut, es bastante orientativa de la enfermedad[6]. Los niveles de LDH se suelen encontrar elevados en la evaluación hematológica inicial[6] hasta en el 63% de los pacientes que debutan con síntomas articulares[5], lo que puede aportar un dato discriminatorio muy importante.

En el caso que presentamos, era destacable el dolor referido por el niño en comparación con el grado de afectación de la extremidad, así como la presencia de adenopatías sugerentes de malignidad y la afectación del estado general, datos que nos permitieron sospechar este tipo de patología y solicitar pruebas específicas, como el frotis de sangre periférica, donde se pudo demostrar la presencia de blastos, permitiéndonos enfocar el caso hacia una neoplasia hematológica. Un patrón atípico de enfermedad articular con dolor nocturno significativo, dolor desproporcionado en relación a la afectación de la articulación y especialmente la presencia de manifestaciones sistémicas como: fiebre, linfadenopatías o hepatoesplenomegalia, así como alteraciones en el hemograma (anemia, trombopenia) o elevación de LDH, fueron claves para la sospecha diagnóstica. Todo niño, en el cual se sospeche un proceso neoplásico, debe ser remitido a un centro especializado para completar el estudio.

Se puede hacer un diagnóstico precoz, iniciar un tratamiento apropiado y mejorar el pronóstico, si ante la presencia de síntomas musculoesqueléticos atípicos permanecemos alerta a la posibilidad de una neoplasia oculta.

Respuestas correctas

Pregunta 1.
Respuesta correcta: d. Analítica de sangre, radiografía de caderas y hemocultivo.

Comentario

Inicialmente, se sospechó cuadro incipiente de artritis séptica, por lo que se decide solicitar analítica de sangre, con los siguientes hallazgos: hematíes: 3.930.000/mm^3, hemoglobina: 11,1 g/dl, hematocrito: 33%, VCM: 84fL, leucocitos: 27.910/mm^3 (neutrófilos: 8%, linfocitos: 65%, monocitos: 12%, eosinófilos: 4%), plaquetas: 52.000/mm^3. VSG: 50 mm/h. Glucosa: 99 mg/dl, creatinina: 0,4 mg/dl, urea: 31 mg/dl, sodio: 140 mmol/L, potasio: 4,3 mmol/L, bilirrubina total: 0,15 mg/dl, GOT: 32 U/L, GPT: 9 U/L, LDH: 2.519 U/L, proteínas totales: 8 g/dl. PCR: 2 mg/dl, PCT: 0,27 ng/ml.

Destaca la presencia de leucocitosis con predominio de linfocitos, sin alteración significativa del resto de biomarcadores de infección, así como elevación de lactato deshidrogenasa (LDH).

Dentro del estudio inicial, se solicita radiografía de caderas que resulta normal, lo que permite descartar otras alteraciones, como fracturas o tumoraciones (Fig. 1). También se solicita hemocultivo, planteándose el inicio de antibioticoterapia empírica. Se valora la posibilidad de realizar ecografía de cadera para descartar derrame articular y plantear la necesidad de punción articular, indicada precozmente en caso de artritis séptica con finalidades tanto diagnóstica como terapéutica; sin embargo, en vista de la discrepancia entre el estado general del paciente, los hallazgos analíticos y la sospecha clínica inicial, se decidió descartar otro tipo de patologías.

Figura 1. Radiografía sin hallazgos patológicos. En pacientes con leucemia, aunque por lo general es normal, pueden hallarse: signos de osteopenia difusa, lesiones osteolíticas, bandas metafisarias transversas radiotransparentes y/o datos de osteosclerosis.

Pregunta 2.
Respuesta correcta: c. Frotis de sangre periférica.

Comentario

La presencia de leucocitosis con linfocitosis y la elevación de lactato deshidrogenasa, sin alteración del resto de parámetros infecciosos en un paciente con afectación del estado general y múltiples adenopatías (de hasta 2 cm), obliga a descartar un proceso linfoproliferativo, por lo que se solicitó un frotis de sangre periférica, con los siguientes hallazgos: neutrófilos: 8%, linfocitos: 65%, monocitos: 12%, eosinófilos: 4%, blastos: 11%, promonocitos: 5%, cayados: 3%, eritroblastos (por 100 leucocitos): 2%. Reticulocitos en médula ósea: 15% (Fig. 2).

La biopsia de cadera con aspiración de médula ósea es necesaria como parte del estudio de procesos neoplásicos, pero no en una valoración inicial.

El TAC y la RMN de cadera estarían indicados tras la realización de la ecografía, en casos de artritis de difícil diagnóstico.

Pregunta 3.
Respuesta correcta: b. Leucemia aguda.

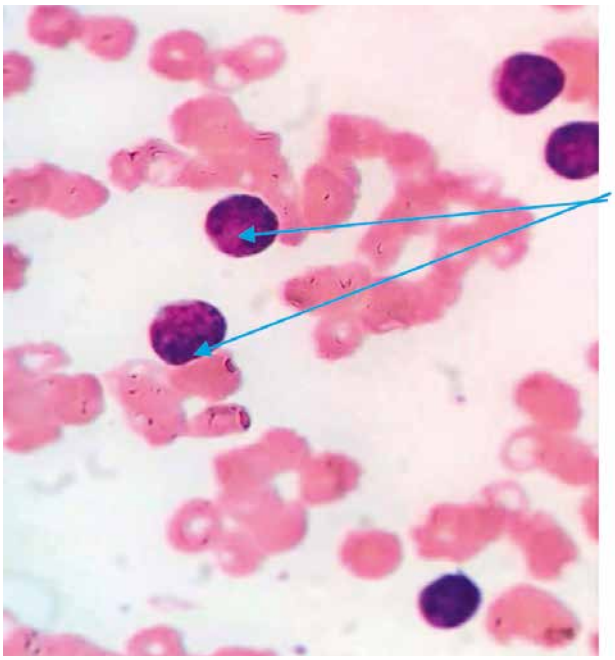
Comentario

Los hallazgos en el frotis de sangre periférica con presencia de blastos nos hacen sospechar la presencia de un proceso linfoproliferativo tipo leucemia aguda.

Pregunta 4.
Respuesta correcta: e. Todas las anteriores.

Comentario

Se decidió remitir a un centro especializado de referencia para completar estudio y tratamiento. Se le realizó aspirado



Blastos pequeños con cromatina nuclear homogénea, núcleo grande y citoplasma escaso con pocos gránulos.

Figura 2.

de médula ósea, confirmándose infiltración por población blástica leucémica del 80%, con inmunofenotipo de leucemia aguda linfoblástica B-común, sin translocaciones conocidas, hiperdiploide (índice ADN 1,13) y sin afectación del sistema nervioso central (LCR negativo para células malignas). En la ecografía abdominal, se identificaron múltiples adenopatías y conglomerados adenopáticos en: hilio hepático, hilio esplénico, paraaórticas, inguinal bilateral y raíz mesentérica, que sugieren proceso linfoproliferativo. Radiografía de tórax sin alteraciones.

Tras confirmación del diagnóstico, se inició tratamiento quimioterápico según protocolo SEHOP-PETHEMA grupo de riesgo intermedio (>20.000 leucocitos al diagnóstico), con buena respuesta. Previo a la fase de consolidación, presenta datos de remisión en aspirado de médula ósea con 2% de blastos y EMR 0,00%. Actualmente, se encuentra en fase de mantenimiento, con adecuado control y buena evolución.

Palabras clave

Dolor musculoesquelético; Artralgia; Leucemia; Musculoskeletal pain; Arthralgia; Leukemia.

Bibliografía

1. Genesca E, et al. Leucemia aguda linfoblástica de precursores T: de la biología a la clínica. Med Clin. 2015; 144: 223-9.
2. Lassaletta Atienza A. Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. Pediatr Integral. 2016; XX: 380-9.
3. Cruz M. Tratado de Pediatría, 10ª ed. Madrid: Ergon; 2011.
4. Horton T, Steuber P. Overview of the presentation and diagnosis of acute lymphoblastic leukemia in children and adolescents. In: UpToDate, Section Editor Julie R Park (Ed), UpToDate. (Disponible en: Diciembre 2015.).
5. Brix N, et al. Arthritis as presenting manifestation of acute lymphoblastic leukaemia in children. Arch Dis Child. 2015; 100: 821-5.
6. Trapani S, et al. Incidence of Occult Cancer in Children Presenting with Musculoskeletal Symptoms: A 10-Year Survey in a Pediatric Rheumatology Unit. Semin Arthritis Rheum. 2000; 29: 348-59.

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

El hipo, ¿un signo inane en pediatría?

J. Fleta Zaragozano

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

Resumen

El autor describe las características del hipo, contracción espasmódica involuntaria del diafragma que se presenta en multitud de ocasiones, generalmente sin importancia clínica. Se incide en la etiología, fisiopatología y remedios que pueden ayudar a desaparecer este fenómeno. Describe numerosas enfermedades que pueden estar relacionadas con el hipo, especialmente cuando se trata de hipo persistente, y recuerda que, alguna de ellas, puede aparecer en la infancia

Abstract

The author describes the characteristics of hiccups, involuntary spasmodic contraction of the diaphragm that occurs in many occasions, generally without clinical importance. It affects the etiology, pathophysiology and remedies that can help to eliminate this phenomenon. He describes numerous diseases that may be related to hiccups, especially when dealing with persistent hiccups, and remember that some of them may appear in childhood

Palabras clave: Hipo; Diafragma; Nervio frénico; Glotis.

Key words: *Hiccups; Diaphragm; Phrenic nerve; Glottis.*

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 361 – 364

Introducción

El hipo (*singultus*, en latín) consiste en una contracción espasmódica intermitente del diafragma y de los músculos accesorios de la inspiración, que finaliza **súbitamente con el cierre de la vía aérea alta a nivel glótico. Es un trastorno que todo ser humano puede tener en algún momento a lo largo de su vida**, sin que suponga repercusión alguna para su salud. A veces, no obstante, puede ser tan intenso, frecuente e importante, como para impedir las actividades cotidianas en personas mayores y originar síntomas de malnutrición grave, insomnio y dehiscencia de heridas quirúrgicas, entre otras.

En la infancia, las crisis de hipo se dan con relativa frecuencia y desaparecen casi siempre en un tiempo reducido; no obstante, existen procesos que pueden estar relacionados con el hipo si este es prolongado en el tiempo, incluso desde la época de lactante. Se considera que el hipo es común y normal en recién nacidos y en bebés.

Este trastorno no es exclusivo de la especie humana. Se ha comprobado que pueden tener hipo otros mamíferos, como las ratas, conejos y gatos. También, se ha observado en algunos reptiles, como ofidios y tortugas.

En la presente revisión se actualiza este signo, se expone su fisiopatología, posibles causas, los diferentes tipos, la valoración clínica y el tratamiento. Todo ello, especialmente referido a la infancia y adolescencia.

Antecedentes históricos

El médico griego Hipócrates (460-370 a. C.), en sus "Aforismos y Sentencias", mencionó el hipo y alertó de su posible gravedad: *son graves síntomas la convulsión o el hipo tras una hemorragia excesiva. La convulsión o el hipo que sobrevienen a una purgación excesiva son fatales. En las inflamaciones del hígado el hipo es mal síntoma*. Galeno (131-201), otro gran médico de la antigüedad, afirmó que el hipo estaba causado por emociones violentas del estómago, cerca del diafragma.

En el siglo XX, el conocimiento de hipo se incrementó gracias al descubrimiento de la importancia de la estimulación del nervio frénico en su aparición, descrita por Thomas Shortt en 1833. En 1943, Hamilton Bailey fue el primero en considerar el hipo como un movimiento reflejo compuesto de una vía aferente a través del nervio vago, un centro nervioso en la médula espinal cervical y una vía eferente que corresponde al nervio frénico. A pesar de todo, la significación del fenómeno no está totalmente aclarada en la actualidad y existen varias teorías que explican su posible significado.

Un equipo de investigadores franceses del Hospital de la Pitié-Salpêtrière de París, propuso en 2003, la hipótesis no comprobada de que el origen del hipo es evolutivo. Se debería a la conservación filogenética de algunos patrones nerviosos presentes en vertebrados primitivos, en los que este mecanismo podría desempeñar un papel importante para poder respirar dentro y fuera del agua, como en el caso de las ranas y otros anfibios[1].

Recuerdo fisiopatológico

El hipo se debe a una contracción inesperada del diafragma durante la inspiración. Es un reflejo, pero no cumple con una función protectora conocida, a diferencia del estornudo y el reflejo de la tos. No debe considerarse como un simple espasmo del diafragma, pues constituye un movimiento complejo, en el cual intervienen también los músculos respiratorios intercostales y del cuello. Existe un centro neuronal situado en el sistema nervioso central, en el que un conjunto de neuronas interconectadas emiten los impulsos necesarios para la generación del fenómeno, al igual que existe otro centro que controla la respiración y otros muchos procesos fisiológicos.

El centro del hipo funciona mediante un mecanismo de intermitencia, es decir, emite señales periódicas que producen el fenómeno a una frecuencia determinada que oscila entre 4 y 60 por minuto. Nunca tenemos un hipo continuo, este es siempre intermitente e interrumpe cíclicamente el funcionamiento respiratorio normal.

El diafragma es un músculo fundamental para la respiración de los mamíferos. Cuando se contrae, el tórax se expande y el aire entra en los pulmones a través de la tráquea (inspiración). En cambio, cuando el diafragma se relaja, el tórax se contrae y el aire sale de los pulmones a través de la boca y la nariz (espiración).

El nervio frénico controla la contracción y relajación del diafragma. Si el nervio frénico envía impulsos anómalos, el diafragma se contrae de forma repentina provocando una inspiración súbita anormal y el cierre brusco de la glotis, produciendo el hipo. Algunas de las situaciones que pueden provocar el hipo son: comer demasiado rápido, distensión gástrica por aerofagia o consumo de bebidas carbónicas, abuso de alcohol y ansiedad. La mayor parte de las veces, el hipo dura solo unos minutos. Sin embargo, en ocasiones persiste durante días o semanas.

El hipo persistente, *singultus*, en su denominación científica correcta, es el que se presenta en forma de un ataque prolongado o ataques recurrentes durante un tiempo superior a 48 horas. En general, se resuelve sin ningún tratamiento pero, en ciertas ocasiones, conviene realizar un estudio médico para averiguar su origen. Puede producir una gran incomodidad a quien lo padece, provocándole: insomnio, pérdida de peso, dehiscencia de suturas e incluso arritmias, pudiendo ser signo de enfermedad severa, por lo que estos pacientes deben someterse a una valoración médica que determine las posibles enfermedades que originan el problema[2].

Tipos de hipo: clasificación

Según su duración, se puede dividir en tres tipos[3]:

1. **Agudo:** también llamado hipo transitorio o autolimitado. Corresponde a la gran mayoría de los casos y se caracteriza por ser su duración menor de 48 horas.
2. **Persistente:** la duración es mayor de 48 horas y menor de un mes.
3. **Intratable:** también llamado refractario, si persiste más de dos meses.

Agudo

El hipo agudo, es decir, aquel que tiene una duración menor a 48 horas, corresponde a la inmensa mayoría de los casos, suele deberse a causas benignas, como: distensión gástrica, por ingerir alimentos sólidos o líquidos demasiado deprisa, cambios de humor, estrés, emociones fuertes, ansiedad, consumo excesivo de bebidas con gas carbónico, exceso de gases, tabaquismo, abuso de alcohol, cambios bruscos de temperatura o comidas demasiado calientes o excesivamente frías, embarazo, etc. En los niños pequeños, puede ocurrir durante o después de un ataque de llanto. En muchas ocasiones, se desconoce la causa que lo origina. La mayor parte de las veces solo dura unos minutos, o incluso pocos segundos. Es una circunstancia inofensiva a la que no hay que darle importancia. Sin embargo, lo mejor es consultar al médico si es demasiado frecuente (Tabla I).

Tabla I. Situaciones que más frecuentemente desencadenan crisis de hipo

- Comer mucho hasta quedar con el estómago muy lleno
- Comer muy rápido
- Cambios bruscos en la temperatura del cuerpo
- Estrés emocional
- Tragar aire
- Comidas con mucho picante
- Ansiedad
- Beber refrescos u otras bebidas gaseosas
- Beber alcohol
- Fumar
- Privación de sueño
- Fiebre

Tabla II. Algunos remedios caseros para eliminar el hipo, aunque de dudosa efectividad

- Estornudar o toser
- Dar un golpe en la espalda
- Levantar la úvula con una cuchara fría
- Tirar de la lengua
- Respirar dentro de una bolsa de papel
- Flexionar las rodillas sobre el tórax
- Estar en apnea el máximo tiempo posible
- Hacer gárgaras con agua fría
- Chupar hielo
- Chupar limón
- Comer jengibre
- Ingerir una cucharada de azúcar o miel
- Beber agua caliente
- Realizar una maniobra de Valsalva (exhalar aire con la glotis cerrada o con la boca y la nariz cerradas)

Existe gran número de remedios caseros y tradicionales para su tratamiento. Para no tener hipo con mucha frecuencia, se ha recomendado comer despacio y reducir el consumo de alcohol y tabaco, o bien, detener temporalmente la respiración (apnea) unos quince segundos (Tabla II).

Persistente e intratable

Los hipos persistentes, intratables o refractarios son poco comunes, afectan únicamente a un individuo de cada 100.000. Suelen ser una manifestación de otra enfermedad que puede ser grave, por lo cual es recomendable consultar a un médico. Afecta principalmente a mayores de 50 años[4].

Se habla de hipo persistente, cuando su duración es mayor de 48 horas y menor de un mes, y de hipo refractario, cuando dura más de un mes; en ocasiones, se prolonga durante varios años. Este tipo de hipo es muy incapacitante, pues dificulta actividades habituales como: dormir, respirar, comer y beber. A largo plazo, puede provocar: insomnio, trastornos respiratorios, trastornos de la alimentación y deshidratación. Además, puede afectar a la comunicación y a la vida social y provocar trastornos psicológicos y depresión. El récord del ataque de hipo más largo conocido corresponde a Carles Osborne (1894-1991), que presentó hipo de forma continua durante 68 años, entre 1922 y 1990.

Las causas pueden ser múltiples. En el 90% de los casos, está provocado por enfermedades que causan irritación del nervio frénico o del nervio vago. El hipo puede ser un signo. Cuando una persona sufre de hipo crónico, es necesario realizar un examen médico para identificar el factor que lo causa. En la literatura médica, se han descrito casos de hipo originados por más de 150 enfermedades diferentes, debido, entre otras razones, a que el nervio vago y el nervio frénico, los responsables del hipo, tienen un largo recorrido a través del cuerpo[5,6].

En Pediatría, habría que destacar afecciones varias como: el reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, *ulcus* gástrico, meningitis, encefalitis, traumatismos, neumonía, tuberculosis, neoplasias, diabetes, hipocalcemia e hiponatremia, entre otras. Las causas más comunes de hipo persistente y refractario se muestran en la tabla III.

En cuanto al tratamiento, es preciso tener en cuenta que la mayoría de los hipos persistentes e intratables son consecuencia de enfermedades crónicas. La mejor manera de detener el hipo es realizar un tratamiento para curar la enfermedad responsable. Solo, excepcionalmente, se ha recurrido a la intervención quirúrgica, como la frenectomía, técnica no exenta de riesgos. Como tratamiento sintomático, se pueden emplear varios métodos que se muestran en la tabla IV[7].

Valoración diagnóstica y clínica

La anamnesis y la exploración clínica son primordiales. Se realizarán pruebas de laboratorio básicas, radiografías y ECG. Si no se consigue llegar a ningún diagnóstico, se realizarán otras pruebas que pueden incluir: endoscopias digestivas, pHmetría, manometría esofágica, TAC o RMN de cráneo y toracoabdominal. La colaboración de distintos especialistas puede ser fundamental. La sospecha de la posible etiología nos guiará para establecer la prioridad para solicitar las pruebas complementarias[8,9].

El hipo en el feto y en el recién nacido

Mediante ultrasonidos, se ha demostrado que el feto puede tener hipo a partir de las 8 semanas del comienzo de la gestación, antes de que aparezcan los movimientos respiratorios. Se ha comprobado que el feto hipa durante el

Tabla III. Causas más comunes de hipo persistente y refractario

Afecciones del tórax	Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, cáncer de esófago, cáncer de pulmón, pericarditis, infarto agudo de miocardio
Afecciones del abdomen	Absceso subdiafragmático, cirugía abdominal, afecciones de páncreas, hígado, estómago y vesícula biliar
Afección del sistema nervioso	Enfermedad de Parkinson, tumor cerebral, hemorragia cerebral, accidente vascular cerebral
Causas tóxicas o metabólicas	Diabetes, insuficiencia renal, alcoholismo, hipocalcemia, hiponatremia
Causas infecciosas	Gripe, meningitis, faringitis, laringitis, neumonía, pleuritis, bronquitis
Medicamentos	Benzodiacepina, quimioterapia, anestésicos, corticoides, otros
Otros	Trastornos psicológicos, embarazo, VIH

Fuente: Encinas y Cañones, et al[3], modificado.

Tabla IV. Métodos para tratar el hipo persistente o refractario

Físicos	- Estimulación física de la pared de la garganta mediante una sonda nasogástrica - Estimulación del nervio frénico mediante electrodos colocados en la base del cuello - Dilatación del esófago
Medicamentosos	- Escopolamina, clorpromazina, metoclopramida, baclofeno, haloperidol, otros
Quirúrgicos	- Frenectomía, galvanización, descompresión del vago
Otros	- Corrección de trastornos metabólicos - Disminuir el consumo de alcohol y cigarrillos - Plantas medicinales, psicoterapia, hipnosis y acupuntura - Obstruir las vías respiratorias (apnea) y mantenerse así hasta que el hipo cese

Fuente: Encinas y Cañones, et al[3], modificado.

último trimestre de la gestación, a razón de 6 veces por minuto. Según algunas hipótesis, los movimientos de hipo en el feto preparan los músculos respiratorios para realizar su función inmediatamente después del nacimiento. Para algunos autores, el hipo de los adultos podría ser la reminiscencia de estos reflejos primitivos[10].

El hipo es muy común en los recién nacidos y niños de menos de un año, en crisis que pueden durar hasta media hora. Al igual que ocurre en los adultos, el hipo pasajero no es peligroso ni doloroso. No es, por lo tanto, síntoma de enfermedad.

El hipo sucede más a menudo en el lactante, debido a que, por lo general, come o bebe demasiado rápido, lo cual provoca la dilatación del estómago y la estimulación del nervio frénico. Por lo tanto, para evitar el hipo en el bebé, es recomendable procurar que el pequeño no ingiera su alimentación demasiado rápido, se deben hacer pequeñas interrupciones y buscar un ambiente relajado y tranquilo.

Conclusión final

El hipo no solo es un curioso fenómeno intrascendente, sino que también representa un signo que no ha sido debidamente analizado. Los textos médicos no suelen incluir al hipo entre sus objetivos de análisis semiológico; se le ha visto frívolamente como un elemento cómico de la vida cotidiana, soslayándose sus aspectos patológicos.

Tantas anécdotas y tantos remedios tan variados dan crédito a la falta de seriedad en su estudio; todo ello ha contribuido a que no se le asigne importancia médica. Sin embargo, un enfoque sistematizado del paciente con hipo persistente puede permitir evitar molestias graves, identificar enfermedades subyacentes y salvar algunas vidas.

Bibliografía

1. Full-Young C, Ching-Liang L. Hiccup: Mystery, Nature and Treatment. J Neurogastroenterol Motil. 2012; 18: 123-30.
2. Allan H, Gorroll G. Approach to the patient with hiccups. Prim Care Med. 2010; 7: 78-9.
3. Encinas A, Cañones PJ y Grupo de Habilidades en Patología Digestiva de la SEMG. El hipo: actuación y tratamiento. Med General. 2001; 30: 40-4.
4. Martínez C, Villamil L. Hipo (singultus): revisión de 24 casos. Rev Méd Chile. 2014; 135: 1132-8.
5. Mark A. Marinell MD. Diagnosis and management of Hiccups in the Patient with Advanced Cancer. J Support Oncology. 2009; 6: 19-22.
6. Carrizoza J, Cornejo W. Hipo persistente provocado por uremia. Reporte de un caso pediátrico y revisión de la literatura. IATREIA. 2002; 15: 46-52.
7. Lewis JH. Hiccups and their cures. Clin Perspect Gastroenterology. 2000; 3: 277-83.
8. Petroianu GA. Symptomatic care pending diagnosis; hiccups. In: Bope ET, Kellerman RD, eds. Cohn's Current Therapy. Philadelphia. Elsevier Saunders. 2014.
9. Bilotta F, Rosa G. Symptomatic care pending diagnosis; hiccups. In: Bope ET, Kellerman RD, eds. Cohn's Current Therapy. Philadelphia. Elsevier Saunders. 2013.
10. Piontelli A. Development of Normal Fetal Movemts. Department of Maternal/Fetal Medicine. University of Milan. Italia. 2010.

Representación del niño en la pintura española

Eduardo Macarrón, el pintor de familias reales

J. Fleta Zaragozano

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Zaragoza

En España, es considerado el pintor oficial de la Familia Real. Desde que en 1967 pintara en Lausanne a la reina Victoria Eugenia, por su paleta han pasado casi todos los miembros de la familia. Ha retratado en numerosas ocasiones a los Reyes, así como al Príncipe de Asturias y a las Infantas. Sus cuadros, de distintas personalidades de la vida política, cuelgan como retratos oficiales en numerosos organismos públicos, además de haber retratado a personajes de la vida política, social y económica del país. Se le considera como un excelente retratista.

Vida y obra

Ricardo Macarrón Jaime nace en Madrid en 1926 y fallece en Segovia en 2004. Considerado por muchos un pintor de corte, por su paleta han pasado cuatro generaciones de Borbones, desde la reina Victoria Eugenia de Battenberg, al príncipe Felipe de Borbón y Grecia, además de otros personajes de la realeza europea, sobre todo de Gran Bretaña.

Procede de una familia de tradición artística. Su abuelo es el fundador de la Casa Macarrón, un importante almacén para artistas de Madrid. Su padre y su primo fueron los encargados de embalar las pinturas del Museo del Prado cuando comenzaron los bombardeos durante la Guerra Civil. Las llevaron inicialmente a Ginebra y posteriormente a Irún cuando estalló la Segunda Guerra Mundial. Juan, su padre, le matriculó en la Escuela de Artes Aplicadas para que aprendiera talla, restauración y dorado de marcos. Él no quería que su hijo se dedicara a la pintura porque consideraba que el negocio familiar ya le ofrecía una forma de ganarse la vida. Ignacio de Zuloaga convenció a su padre para que lo matriculara en Bellas Artes.

En la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando conoció a Alicia Iturrioz, también pintora, con la que posteriormente contrajo matrimonio. Su primer retrato lo realizó en 1943, cuando aún era estudiante, y el retratado era el pintor Joaquín Bustillo, aunque la obra que abre todos sus catálogos está fechada en 1944, titulada *Después de la faena*, de temática taurina. Con tan solo veinte años, obtiene el premio Duque de Alba para bodegones en el Salón de Otoño de Madrid. En el año 1948, obtiene la tercera medalla de la Exposición Nacional de Bellas Artes y, en 1949, una beca del Instituto Francés que le permite estudiar en París durante un año, residiendo en el Colegio de España. A su regreso, realiza su primera exposición individual en Bilbao y posteriormente, emprende un viaje por Europa que le permite estudiar la luz en la pintura holandesa y las distintas maneras de abordar el retrato como género. Obtiene la Medalla de Oro de la Dirección General de Bellas Artes. Su presencia artística se consolida mediante numerosas exposiciones en España, América y Europa.

En el año 1962, vuelve a ganar la primera medalla de la Exposición Nacional de Bellas Artes. A comienzos de los setenta, comienza una nueva etapa de formación en Bélgica, Dinamarca y Noruega, donde aprende un especial uso del color propio del arte nórdico. Es admitido en la *Royal Society of Portrait* de Londres tras pintar al niño Simón Berry, que fue presentado en la exposición de la *Royal Society of Portrait Painters* de Londres, y dado su éxito y su consolidado nombre como retratista, fue nombrado miembro de esta sociedad. Posteriormente, permanece algún tiempo en Londres pintando numerosos retratos, desde la reina Isabel II, pasando por la princesa Margarita o la duquesa de Kent. En París pintó, entre otras personalidades, a la princesa Grace de Mónaco. También ha retratado a la reina Noor de Jordania o a los Grandes Duques de Luxemburgo, entre otros soberanos.

Ha retratado a gran parte de los miembros de la Familia Real. En 1967 pintó a la reina Victoria Eugenia, en 1971 pintó a la condesa de Barcelona, en 1982 a Don Juan, cuyo retrato sirvió para ser reproducido en sellos en 1993. Ha retratado en numerosas ocasiones a los Reyes, así como al Príncipe de Asturias, a las Infantas y a sus hijos.

Sus cuadros, de distintas personalidades de la vida política, cuelgan como retratos oficiales en numerosos organismos públicos, además de haber retratado a personajes de la vida social y económica del país, como el empresario Ramón Areces o el banquero Emilio Botín, pasando por los barones Thyssen-Bornemisza o Salvador de Madariaga. Además de los cuadros realizados por encargos a personas particulares, su obra se expone en diversas pinacotecas, como el Museo Nacional de Arte Contemporáneo de Madrid, la Fundación Thyssen-Bornemisza, la Fundación Güell en Barcelona, Museo Denver (Colorado, Estados Unidos), Museo de la Universidad de Oslo, *National Gallery* de Ciudad del Cabo

Figura 1. Susana con vestido blanco.

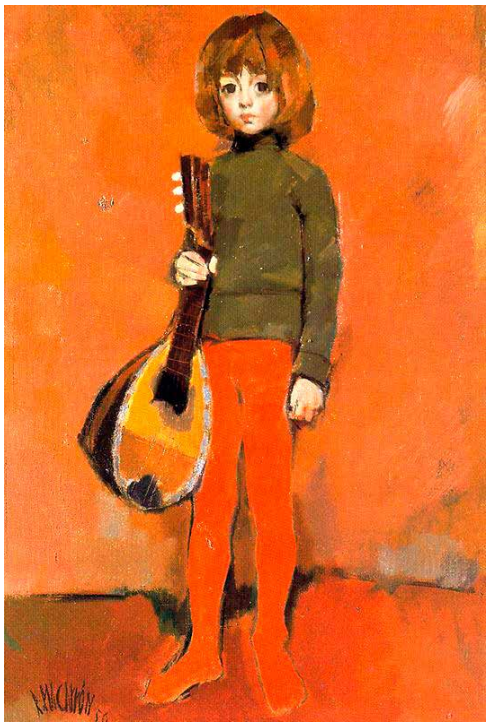


Figura 2. Niña con mandolina.

(Sudáfrica) y en las colecciones de las Casas Reales de España, Gran Bretaña y Jordania, del Gran Ducado de Luxemburgo y del Principado de Mónaco.

Los niños retratados

Son abundantes los niños y adolescentes retratados por Macarrón, especialmente los miembros de su propia familia, de familias potentadas, de la nobleza y de la realeza de diversos países. Como muestra comentamos los siguientes.

Figura 3. Marta Barroso.

El retrato, *Susana con vestido blanco*, es uno de los muchos que el pintor realizó de sus hijas Susana, nacida en 1954, y Mónica, nacida en 1961. En este cuadro de Susana, se observa a la niña de cuatro años, de pie posando para el pintor, con un corto vestidito blanco con puntillas. Fondo oscuro de varias tonalidades. Fue realizado en 1958 y es un óleo sobre lienzo de 120 por 85 cm (Fig. 1).

Un año más tarde, el pintor realiza este cuadro de la misma hija: *Niña con mandolina*. Va ataviada con un pantalón largo ceñido de color rojo y un jersey de color verde. De pie y mirando hacia el frente. Lleva en su mano derecha una mandolina. Los fondos a juego con los colores de la figura son rojos en diferentes tonalidades. Data de 1959. Se trata de un óleo sobre lienzo de 130 por 90 cm (Fig. 2).

Otro retrato es de la niña *Marta Barroso*. En este caso la pequeña, de unos cuatro años, está sentada en un columpio en medio de un parque. Lleva un vestido corto en tonos oscuros con una banda de color rojo. Estos colores son semejantes a los que el pintor ha colocado en los fondos del cuadro. La pincelada es más suelta que en otras composiciones. Se trata de un óleo sobre lienzo de 81 por 65 cm y fue realizada en 1965 (Fig. 3).

Este lienzo está dedicado a su otra hija, Mónica: *Mónica con el baby del colegio*. La niña, de tres cuartos, está sentada y de frente. Lleva una bata colegial y entre sus manos un cuaderno escolar. Colores vivos y difuminados por el baby y fondos grises. Es un óleo en lienzo de 80 por 60 cm realizado en 1966 (Fig. 4).

Entre los diversos cuadros realizados a miembros de familias nobles y a la realeza destaca este sobre la familia Real de Luxemburgo: *S.A.R la Princesa Sybille de Luxemburgo*. Es un trabajo de pincelada suelta de una niña de unos cinco años, sentada en lo puede ser un jardín con flores. Es un óleo sobre lienzo de 92 por 73 cm pintado en 1972 (Fig. 5).

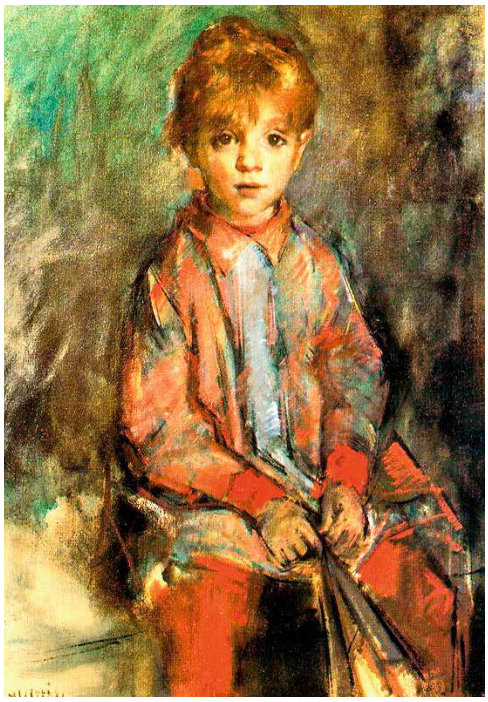


Figura 4. Mónica con el *baby* del colegio.

Figura 5. S.A.R. la Princesa Sybille de Luxemburgo.

El siguiente cuadro es un tanto diferente a los anteriores, ya que el pintor ha querido reflejar a dos personajes anónimos: se trata de una *Maternidad,* de las varias que pintó el artista. Aparecen dos figuras, la madre, sentada en una silla que abraza a su hijo de unos cinco años. Miradas de tristeza y resignación, muy diferentes a las poses de los niños de casas nobles o hijos y nietos de reyes. Los colores en concordancia con las figuras representadas: negros y grises en diferentes tonos. Es un óleo sobre lienzo de 116 por 81 cm realizado en 1972 (Fig. 6).

En su línea habitual, el artista realiza el cuadro *Borja Thyssen-Bornemisza* unos años más tarde. El niño de unos diez años posa para el pintor de pie. Ataviado con chaqueta azul y pantalón rojo. También lleva corbata, calcetines largos y zapatos. Sostiene algo entre sus manos. El fondo se complementa con colores cálidos y fríos. Se trata de un óleo sobre lienzo de 162 por 97 cm y fue pintado en 1989 (Fig. 7).

Figura 6. Maternidad.

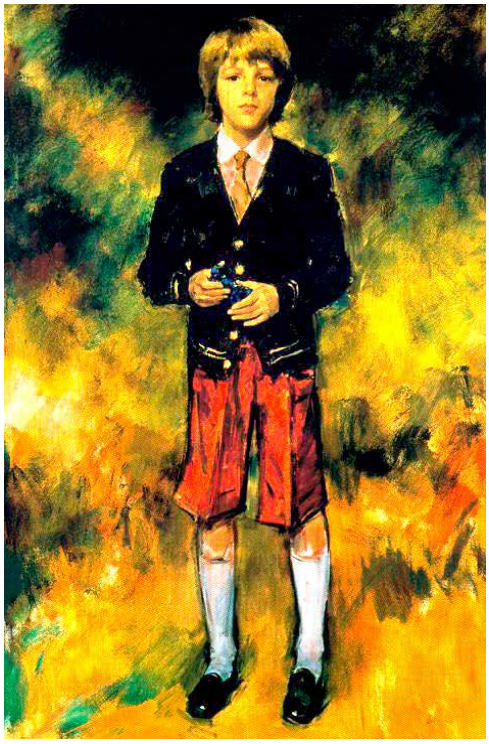


Figura 7. Borja Thyssen-Bornemisza.

Figura 8. Retrato de Froilán.

Figura 9. Retrato de Juan Valentín (con el autor).

Retrato de Froilan. Se trata de Felipe Juan Froilán de Todos los Santos, hijo de la Infanta Elena y Jaime de Marichalar. Para toda España es Froilán, en esa época el niño más conocido del país, pero él dice que su nombre es Felipe, como les gusta a sus padres que se le llame. Una de las primeras palabras que aprendió a pronunciar fue su nombre. "*¿Cómo te llamas*?", le preguntaban. Y él contestaba "*Pipe*", su versión particular de Felipe, pronunciada con una determinación que tiene mucho que ver con su carácter enérgico, tierno y muy suyo.

Este retrato muestra a uno de los nietos del rey Juan Carlos I de España, precisamente el mayor. Su edad es de dos años, está de pie, de cuerpo entero y mira al frente, con mirada temerosa y expectante. Lleva pantalón corto y blusa a juego, en colores azul y blanco. Su mano izquierda sujeta a un caballito de juguete. En los fondos predominan los colores cálidos, rojos, amarillos y grises. Es un óleo sobre lienzo (Fig. 8).

Retrato de Juan Valentín, nieto del rey. Este es el primer cuadro del hijo de la Infanta Cristina e Iñaki Urdangarín. Se necesitaron seis meses de trabajo, un tiempo parecido al que el artista tardó en culminar las pinturas del Príncipe Felipe, las Infantas Elena y Cristina, la gran duquesa María de Rusia y la princesa Sybille de Luxemburgo. Cinco minutos después de mostrar el cuadro a los padres de Juan Valentín, primogénito de los duques de Palma y quinto en la línea de sucesión al trono, Macarrón recibió a *Crónica* en su estudio madrileño. Por primera vez, se muestra en público el cuadro: *el niño siempre ha sido un tema que me ha enternecido. Pero es dificilísimo trabajar con ellos, saben mucho más que uno*, explica Macarrón. *He pintado a Juanito con aro y no lo tenía en la mano, ha resultado imposible conseguirlo. Ha sido difícil para mí. Tardé hora y media en hacerle fotos para poder trabajar cuando no estuviese posando.*

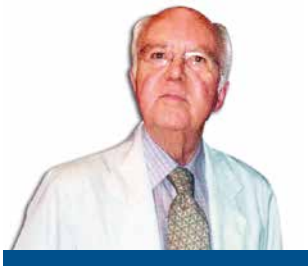
El nieto de los Reyes ha estado tres veces en el taller de Macarrón. La tercera, dice el artista, fue la más provechosa y en la que mejor se portó el pequeño: *cuando viene se sienta en una banqueta pequeñita que tengo ahí. Yo le busco cosas para que se entretenga, o empieza a jugar con la niñera que le acompaña. Mientras él juega, yo le estoy mirando, le busco. Cuando necesito que me preste atención, me invento ruidos para que me mire directamente: saco un silbato que tengo especialmente para los niños, chasqueo los dedos para que me atienda, en fin, un millar de trucos que vas aprendiendo, porque también los niños reales son bastante difíciles*, cuenta el maestro.

El niño tiene dos años y cuatro meses, también está de pie, de cuerpo entero, pantalón corto azul y camisa blanca de manga corta. El niño mira hacia el lado derecho. Lleva en su mano derecha un aro. Los fondos son de color rojo, grises y negros de diferentes tonalidades. En la figura aparece el cuadro del niño en su caballete fotografiado junto al pintor (Fig. 9).

Bibliografía

- VV. AA. Ricardo Macarrón. Ibercaja. Obra Social y Cultural. Zaragoza, 1999.
- VV. AA. Macarrón: exposición antológica de Ricardo Macarrón. Centro Cultural de la Villa. Madrid, 2001.
- Bozal V. Pintura y Escultura española del siglo XX. Summa Artis. Vol. XXXVI. Espasa Calpe. Madrid, 1992.
- Martínez A. Diccionario de Pintores Españoles. Segunda mitad del siglo XX. Difusora de Información Periódica. Madrid, 1997.
- VV. AA. Diccionario de pintores y escultores españoles del siglo XX. Forum Artis. Madrid, 1995.
- Gómez F. Diccionario de Artistas Contemporáneos de Madrid. Arteguía. Madrid, 1996.

Crítica de libros



Carlos Marina
Pediatra y Médico Puericultor del Estado

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE GALICIA

Mª del Carmen Míguez y Elisardo Becoña

Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela

Este interesante trabajo de investigación, financiado por el proyecto XUGA2110b96 de la Xunta de Galicia, pone de manifiesto, de forma clara y concreta, los importantes problemas de salud pública generados por el consumo precoz de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia.

El estudio, muy rigurosamente realizado, tiene como objetivo final, evaluar en una amplia muestra de escolares gallegos la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco, considerando si existe relación entre ambos consumos.

La encuesta realizada implicó a 17 centros educativos, con una muestra representativa de 1.447 escolares de enseñanza obligatoria, con una media de edad de 12,8 años. El 27,4% (n=397) indica haber fumado en alguna ocasión y el 7,3% (n=105) consume alcohol semanalmente. La edad media del primer cigarrillo y de la primera cerveza fue a los 10,7 años, el vino a los 9,7 años, y las bebidas de alta graduación a los 11,2 años. Se comprueba un alto porcentaje de consumidores de alcohol entre los fumadores, tanto a nivel general como en cada una de las bebidas evaluadas. En cuanto a la frecuencia del consumo de cigarrillos, se observa un porcentaje significativamente superior de consumidores de alcohol entre los que afirman fumar a diario, con respecto a los que lo hacen de forma esporádica.

Los resultados obtenidos en este detallado estudio resultan de interés a nivel preventivo –clave de la actuación del pediatra–, pues indican claramente que ambas problemáticas deben ser abordadas al mismo tiempo antes de los 10 años.

Palabras clave: Tabaco; Alcohol; Escolares.

"¡HAGAN JUEGO, MENORES!"

Frecuencia de juego en menores de edad y su relación con indicadores de adicción al juego

Mariano Chóliz, Juan Lamas

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Consejo Asesor de Juego Responsable. Dirección General de Ordenación del Juego. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR). 2017

Este interesante trabajo de investigación tiene como objetivo analizar la implicación de los menores de edad con el juego de azar, especialmente la relación entre algunos juegos con la presencia de indicadores de adicción al juego. Todo ello basado en las evidencias clínicas y neuropsicológicas de los efectos del juego de azar sobre los sistemas cerebrales de recompensa, así como la sintomatología asociada al juego patológico, lo que llevó a la *Asociación Norteamericana de Psiquiatría* a clasificar el trastorno del juego dentro de la categoría de ***trastornos adictivos***.

El juego de azar actúa sobre los mismos circuitos cerebrales de recompensa que los que activan las drogas; y los síntomas clínicos del juego patológico son similares a los de las drogodependencias o el alcoholismo (*American Psychiatric Association, 2013*). Con independencia de esta realidad clínica y neurofisiológica, la verdadera magnitud de la adicción al juego durante la adolescencia, como grave cuestión de salud pública, viene agravada por las dimensiones económica y social que tiene el juego de azar en nuestra sociedad.

Para el trabajo que se considera, se utilizó el programa de prevención de adicción al juego *Ludens,* con 807 estudiantes de bachiller y ciclos formativos de colegios privados e institutos públicos de Valencia y provincia. Se evaluó la frecuencia de juego, así como la incidencia de juego patológico.

Los resultados ponen de manifiesto que el 62,1% de los menores de 18 años ha jugado a algún juego de azar durante los últimos meses, de entre los cuales, las apuestas deportivas y las quinielas son los más frecuentes. Entre los jugadores, el 22,6% manifiestan entre uno y tres criterios de juego patológico del DSM-5, mientras que el 2,8% muestran cuatro o más criterios, que es la cifra utilizada para el diagnóstico de juego patológico.

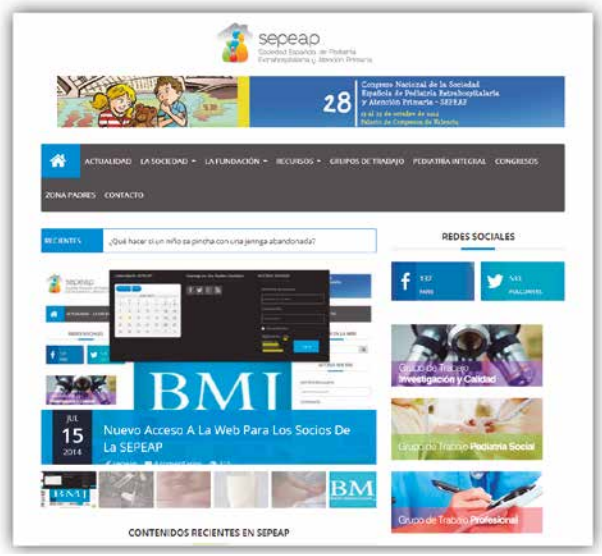
Los resultados obtenidos destacan que, a pesar de que el juego es una actividad que está prohibida a menores de edad, no es infrecuente en esta franja de edad. Algunos tipos de juego presentan una mayor correlación con indicadores de juego problemático que son, además, juegos en los que existe un control laxo sobre el acceso a ellos por parte de los menores.

Esta situación podría remediarse –y la adicción al juego podría prevenirse– con adecuadas medidas de regulación, como la rigurosa y fehaciente identificación de cada jugador.

Palabras clave: Adicción al juego; Prevención; Adolescencia.

Visita nuestra web

Director: Dr. Antonio Iofrío



www.sepeap.org

A través de nuestra Web puedes encontrar:

- Información de la Agencia Oficial del Medicamento.
- Criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la valoración de méritos para la fase de selección de Facultativos Especialistas de Área.
- Puedes bajar los CD-ROM de los Congresos Nacionales de la SEPEAP.
- Puedes acceder a los resúmenes de los últimos números de Pediatría Integral y también puedes acceder a los números anteriores completos de la revista.
- Información sobre Congresos.
- Informe sobre Premios y Becas.
- Puedes solicitar tu nombre de usuario para acceder a toda la información que te ofrecemos.
- Ofertas de trabajo.
- Carpeta profesional.
- A través de nuestra Web tienes un amplio campo de conexiones.

Nuestra web: www.sepeap.org ¡Te espera!

Pediatría Integral número anterior

Volumen XXI, Número 4

"Patología adolescente (I)"

1. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales
   M. Güemes-Hidalgo, M.J. Ceñal González-Fierro, M.I. Hidalgo Vicario
2. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición
   M.A Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola
3. La conducta violenta en la adolescencia
   C. Imaz Roncero, A. Pérez Cipitria, J.M. Martínez, M.T. Barbero Sánchez, A. Elúa Samaniego
4. El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios
   L. Rodríguez Molinero
5. Problemas escolares en la adolescencia
   J.Valdés Rodríguez, N. Bolufer Vigrana

Regreso a las Bases
La sexualidad en la adolescencia
F. López Sánchez

Temas del próximo número

Volumen XXI, Número 6

"Patología ORL (I)"

1. Infecciones de vías respiratorias altas (I): resfriado común; faringitis aguda y recurrente; sinusitis
   J. de la Flor i Brú
2. Infecciones de vías respiratorias altas (II): otitis media: etiología, clínica, diagnóstico, complicaciones y tratamiento; otitis media recurrente y otitis media crónica; otitis externa
   J. de la Flor i Brú
3. Hipoacusia. Identificación e intervención precoz
   J.I. Benito Orejas, J.C. Silva Rico

Regreso a las Bases
Aspectos anatómicos diferenciales de la ORL pediátrica
F. Pumarola Segura

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".