

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.es

Vol. XVII- Junio 2021- N° 1

17° Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Sumario

MESAS REDONDAS

Mesa de actualización: IDENTIDADES SEXUALES

Conociendo. Comprendiendo. Acompañando

D^a. Natalia Aventín

Presidenta Asociación Euforia. Familias Trans-Aliadas

Acercamiento de la salud mental a la diversidad de género

Dra. María Teresa Martínez Rey

Servicio de Psiquiatría. Badajoz

Cambios físicos ¿necesarios? ¿cuándo? ¿cómo?

Dr. Álvaro Sillero Sánchez

Servicio de Endocrinología. Hospital de Mérida

Panel de expertos "ADOLESCENTES"

Claves para entender el comportamiento adolescente

D. Carlos Pajuelo Morán

Psicólogo. Director del Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana de la Consejería de Educación de Badajoz. Autor del Blog Escuela de Padres

Educación afectivo-sexual

Dra. M^a Teresa Peinado Rodríguez - Médico especialista en MFyC

Máster en Salud Sexual y Reproductiva

COPF. Centro de Salud Ciudad Jardín. Badajoz

Adicciones en adolescentes

D^a. Mónica Millán Mínguez - Técnico en Prevención de conductas adictivas.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Gráficas Hache

Resúmenes de los pósters presentados. Página 17

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE POR CORTESÍA DE **FERRING**



Conociendo. Comprendiendo. Acompañando

Natalia Aventín Ballarín

Presidenta de Euforia. Familias Trans-Aliadas

Para entender las identidades trans es imprescindible conocer previamente cuatro conceptos básicos, presentes en todas las personas y comprender que son características que no tienen relación entre sí y, por lo tanto, es un ejercicio inútil tratar de “adivinar” cualquiera de ellas en base al resto. Es decir ninguna condiciona a las otras.

Insistir en descifrar la identidad sexual de una persona en base a su orientación sexual, su expresión de género o sus características físicas es una práctica que genera sufrimiento y nos aleja de la realidad

La identidad sexual es la autopercepción identitaria que nos define como mujer, hombre o persona no binaria (aquella cuya identidad sexual no se ajusta de manera estática a lo que culturalmente es entendido como hombre o mujer). La identidad sexual de una persona respondería a la pregunta “¿Quién soy yo?” y únicamente puede ser respondida por la propia persona. Se asienta alrededor de los 2 años de edad para todas las personas (sean trans o no). Es inmutable, es decir, no se modifica por estímulos exteriores ni puede ser alterada a voluntad y todas las personas tenemos una, no solamente las personas trans.

La orientación afectivo sexual es la preferencia afectiva y/o sexual de la persona por personas con la misma o diferente identidad sexual. La orientación sexual de una persona respondería a la pregunta “¿Por quién siento atracción?” y únicamente puede ser respondida por la propia persona.

Da lugar a la clasificación entre personas heterosexuales (preferencia por personas con identidad sexual diferente a la propia dentro del binario), homosexuales (preferencia por las personas con la misma identidad sexual: lesbianas o gays), bisexuales, polisexuales, pansexuales...

Entendemos por **expresión de género** el conjunto de códigos, símbolos y aspectos que

como nuestra vestimenta, accesorios, roles sociales, nos posicionan dentro del binarismo dicotómico masculino/femenino. En base a los estereotipos sociales de género establecidos para cada sociedad y momento histórico, pueden ser considerados más masculinos, más femeninos, o andróginos.

La expresión de género respondería a la pregunta “¿Cómo me muestro ante las demás personas?” y la respuesta debería depender únicamente de las decisiones de la propia persona (Ej.: la ropa que me pongo, los colores que utilizo, mis gestos, actividades, aficiones...). Teniendo en cuenta que es una expresión individual de la propia personalidad, puede corresponderse o no con los estereotipos de género, es decir lo socialmente aceptado o considerado como propio para su identidad sexual.

Los estereotipos de género son ideas preconcebidas o generalizaciones que determinan en cada contexto espaciotemporal aquellas expresiones de género que están o no permitidas socialmente dependiendo de la identidad sexual percibida, estableciendo como deben comportarse, mostrarse, qué roles pueden/deben desempeñar, o como deben relacionarse entre sí las personas (Ej.: delicadeza para las mujeres, rudeza para los hombres, rosa para las niñas, azul para los niños, maquillaje para las mujeres, vello corporal para los hombres...)

Características físicas son el conjunto de informaciones cromosómicas, órganos genitales, capacidades reproductivas y características fisiológicas secundarias que pueden combinarse de diferentes formas dando lugar a una gran diversidad de configuraciones de las características corporales.

Las características físicas responderían a la pregunta “¿Cómo es mi cuerpo?” y es el único aspecto que corresponde con cualidades que son “medibles y observables” desde el exterior. En ningún caso alguna de estas características determinan la identidad sexual de las personas, y



no debe tenerse como referencia la combinación cissexual como modelo de “normalidad biológica” o como norma.

Las identidades trans forman parte de la diversidad humana. No son una patología, ni una alteración, ni un error de la naturaleza ni un trastorno.

Se entienden como la diferencia entre el sexo asignado a la persona en el momento de su nacimiento, y la identidad sexual que la persona siente y manifiesta. No supone ningún itinerario preestablecido obligatorio (ni médico, ni social). Cuando nace una persona se le asigna y registra con un sexo atendiendo únicamente a sus características físicas, sin embargo, la identidad sexual es un aspecto que forma parte de nuestra conciencia, es el sentimiento íntimo de ser hombre, mujer, las dos cosas o ninguna de ellas, y no depende de los cromosomas o de la configuración de los genitales, como explica Alonso (2017) la diversidad cromosómica va mucho más allá del binario XX y XY y no es determinante¹.

A día de hoy, vemos como la transexualidad se sigue abordando como si de un error de la naturaleza se tratase, dando por “buena o apropiada” una única interrelación entre genitalidad e identidad, basada en la existencia de una mayoría estadística de personas que la cumplen y convirtiendo lo “habitual” en lo “normal” y de ahí en la “norma a cumplir”, definiendo así todo aquello que se sale de “la norma” como algo anómalo que es necesario vigilar, tutelar, sancionar y corregir.

“La identidad (y la corporeidad, con ella) no es un monolito estático. Se asemeja más a un puzzle de miles de piezas intercambiables que vamos montando en diálogo con el medio a lo largo de nuestra vida, y donde hay espacio para la disidencia, para piezas que al principio encajan, pero luego se salen”². Abiétar (2019).

El papel de **la familia** no es “decidir” si su hija/e/o es trans o no lo es, porque nadie puede hacerlo y, en cualquier caso, no sería una decisión de

su competencia. Lo único que la familia puede decidir es si está dispuesta a acompañar, y brindar un espacio seguro para que su hijo investigue y pueda encontrar y desarrollar su verdadera identidad sexual.

Algunas veces las familias nos encontramos con “señales”, gustos y preferencias, juegos de rol, que nos hacen “sospechar” que tenemos una hija/e/o trans. Otras, existe una verbalización más o menos elaborada, dependiendo de la edad y las herramientas que tenga la persona, que nos pone definitivamente frente a la realidad. Es muy probable que dudemos tanto de lo que vemos como de lo que escuchamos al tratarse de un terreno desconocido y que, por lo tanto, consideramos peligroso, pero es primordial saber que la única persona que nos va a poder decir cuál es la identidad sexual de nuestra/e/o hija/e/o es ella misma.

Hay señales que pueden ayudarnos a identificar a la infancia trans nos referimos a aquellos juegos, gustos y preferencias que parecen no encajar con los estereotipos asociados al sexo registral, en otras ocasiones, las señales son un poco más concretas y parecen poner el foco sobre la identidad (Ej.: que quien venimos considerando “nuestro hijo”, elija personajes “femeninos” en los juegos de rol, que se ponga una toalla o pañuelo a modo de melena, que hable en femenino cuando se piensa en futuro... o que, quien venimos considerando “nuestra hija” insista en cortarse el pelo “como un chico”, no corrija cuando “la” confunden con uno, etc), pero también puede darse que la persona haya aprendido que salirse de “lo normal” acarrea una sanción social (Ej.: burlas, reprobación de las personas adultas, preguntas incómodas...) o que, sencillamente, no tenga ninguna preferencia en su expresión de género que nos lleve a sospechar (Ej.: la expresión de género de quien venimos considerando “nuestro hijo”, y que en realidad es una hija, está dentro de lo considerado socialmente “masculino”: la expresión de género de quien venimos considerando “nuestra hija”, y que en realidad es hijo, está dentro de lo considerado socialmente “femenino”) o que, siendo su expresión de género diferente a la esperada socialmente, no tenga nada que ver con su identidad sexual (Ej.: la expresión de género de nuestra hija está dentro de lo considerado socialmente “masculino”, pero es una chica; la expresión de género de nuestro

1 [El mundo está lleno de pervertidos . Neurociencia \(jralonso.es\)](https://jralonso.es) <https://jralonso.es/2017/03/04/el-mundo-esta-lleno-de-pervertidos/>

2 ¿Sólo dos? La medicina ante la ficción política del binarismo sexo-género Ed. Cambalache 2019



hijo está dentro de lo considerado socialmente “femenino”, pero es un chico). Es por todo esto que, en los casos en los que no ha habido verbalización, no podemos utilizar las señales, o la ausencia de ellas, como clave para conocer la verdadera identidad sexual de nuestra hija/e/o, ya que las preferencias, gustos y roles de una.

Dependiendo de la edad, el acceso a información y la capacidad que la persona tenga para asimilarla, así como del propio carácter, e incluso los prejuicios adquiridos se pueden dar varios modos diferentes de verbalización. Vemos como, en la primera infancia, la verbalización es más directa. En muchas ocasiones se nombran directamente con el género que corresponde a su identidad sexual (Ej.: quien venimos considerando “nuestro hijo”, nos dice “yo alta, yo guapa”, quien venimos considerando “nuestra hija”, nos dice “yo alto, yo guapo”). Un poco más adelante nos podemos encontrar con expresiones hechas a futuro (Ej.: “cuando sea mayor voy a ser una chica”, “cuando sea mayor voy a ser profesora”, dicho por quien venimos considerando “nuestro hijo”; “cuando sea mayor voy a ser un chico”, “cuando sea mayor voy a ser profesor”, dicho por quien venimos considerando “nuestra hija”) o en condicional (Ej.: “me gustaría ser una niña”, “me gustaría ser un niño”), incluso en forma de negación (Ej.: “no soy un niño”, “no soy una niña”).

Cabe destacar que, en el caso de las personas no binarias, puede resultar un poco más complicada la autodeterminación sexual o la verbalización de la misma debido a la mayor ausencia de referentes a su alcance.

Como conclusión podemos afirmar que la asignación de la identidad que se hace al nacer es una fuente de sufrimiento para aquellas personas que no ven reflejada en ella su realidad. Esperar a reconocer la identidad que manifiesta la persona por si acaso se equivoca o es una fase que se pasa, no es inocuo, pues en ese no hacer se está vulnerando el derecho al libre desarrollo de la personalidad y puede tener consecuencias fatales para el desarrollo emocional.



Acercamiento de la salud mental a la diversidad de género.

Teresa Martínez Rey.

Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Ciudad Jardín de Badajoz.

En respuesta al incremento de personas transgénero, cada vez en edades más tempranas, que solicitan atención sanitaria en los últimos años; surge la conformación de grupos de trabajo en distintos puntos de la geografía nacional e internacional, entre ellos Extremadura. Se protocoliza la asistencia en lo que se entiende como una atención sanitaria emergente.

El SES, en respuesta a esta situación, inicia la conformación de unidades multidisciplinarias con directrices de actuación y recorrido que se protocolizan, en un funcionamiento vivo y flexible acorde a los avances y cambios sociales, legales y científicos, relacionados con la población transgénero.

Iniciamos en diciembre de 2015, la trabajadora social del Equipo de Salud Mental de Ciudad Jardín y yo una nueva andadura, tras aceptar la propuesta desde la Subdirección de Salud Mental de formar parte de la UFAT (Unidad Funcional para la Atención a la Transexualidad), del SES; por entonces con otra denominación.

Esta unidad está conformada por un grupo de profesionales del SES (trabajo social, psicología, psiquiatría, endocrinología y cirugía) orientada a la atención integral a personas transgénero. La conformación multidisciplinar de esta unidad busca la formación de los profesionales en un campo especializado, la interacción y comunicación entre los mismos, así como con otros profesionales fuera de la UFAT implicados en el cuidado del sujeto, y el abordaje de los casos de forma conjunta cuando así lo exija la situación. Anima además a la formación y apoyo a otros profesionales del SES que van a entrar en contacto con población transgénero.

La UFAT trabaja guiada por el Protocolo de Atención Integral a Personas Trans* del Servicio Extremeño de Salud, redactada y publicada en Mérida en 2019.

La presencia de la Salud Mental en el cuidado a la atención a la población transgénero, se entiende dentro de los cuidados de salud, como una atención integral a la persona, su expresión emocional, conductual y relacional; conformando la atención a la familia un punto importante de trabajo, principalmente en la presentación de conducta y/o identidad no acorde a género o incongruencia de género en edades tempranas.

Los modelos de trabajo en la población trans pueden variar desde un modelo de cuidado afirmativo hasta un modelo observacional, permaneciendo en la literatura el debate científico sobre la mejor forma de proceder para facilitar la salud físico-psíquica del sujeto. Este debate toma su máxima expresión cuando la actuación tiene que ir dirigida a niños y niñas con expresión temprana de la identidad de género no acorde o incongruencia de género.

El cuidado en salud mental en esta población, va desde el acompañamiento, toma de decisiones, manejo del estrés psíquico en el sujeto y en la familia, integración de la respuesta en el mundo relacional del sujeto,..., hasta el abordaje de las alteraciones emocionales o conductuales que puedan surgir en el proceso de transexualización. Partimos desde la percepción y reconocimiento del sujeto de su identidad, hasta la reafirmación y expresión final.

Propongo en la presentación un recorrido por el trabajo en la consulta de salud mental en la evaluación, seguimiento, acompañamiento e intervención en la población infanto-juvenil. El psicodesarrollo integral del sujeto conforma nuestro punto de referencia como eje principal de nuestra actuación.



Cambios físicos ¿necesarios? ¿cuándo? ¿cómo?

Álvaro Sillero Sánchez

Servicio de Endocrinología. Hospital de Mérida

La incongruencia de género (IG) es un motivo de consulta cada vez más frecuente en nuestras consultas. Hasta hace unos años, los casos eran casi anecdóticos, pero en los últimos años se han multiplicado enormemente. Hay diferentes estudios que intentan estimar la prevalencia de la IG, pero la mayoría son antiguos y en población no española, por lo que los resultados no son extrapolables a la actualidad. Los más completos a nivel nacional son los de los Dres. Esteva y Gómez que estiman la prevalencia de mujeres trans en 1/10000-20000 y la de hombres trans en 1/20000-40000, con claro predominio de mujeres trans. Esto cuenta con el sesgo de incluir solo a personas que consultan a un servicio médico, habiendo personas que nunca consultaban por ello. Series más recientes estiman 10-20 casos por cada 100000 personas, aunque hay autores que piensan que en realidad habría 1 persona trans por cada 1000 personas cis. El ratio mujer hombre ha ido invirtiéndose en la evolución hasta igualarse ambos.

En nuestra serie (no publicada) de personas trans atendidas en el área de Mérida (incluye parte del área de salud de Don Benito), se incluyen 64 personas, con un aumento exponencial en los últimos 4 años (de una consulta anual a más de una consulta mensual). Hay un ligero predominio de hombres trans (cociente invertido), con una edad media de 19 años. Se puede apreciar un gran aumento de consultas de menores, que suponen más del 40%, con una edad media de consulta de 14 años, sin predominio de ningún género. Dentro de los menores el 40% son de menos de 14 años, con 3 personas menores de 12 (6-11).

La ley extremeña 12/2015 (art.10) prevé la creación de un protocolo de atención integral a las personas transexuales. Tras varios borradores, fue publicado en 2019 con la creación de las Unidades Funcionales de Atención a la Transexualidad (UFAT) en Cáceres y Badajoz, con profesionales de las distintas especialidades implicadas y de distintos hospitales. La coordinación y recepción de dichas unidades la

realiza la trabajadora social de la misma. Por tanto, ante toda persona con sospecha de incongruencia de género, tras una valoración inicial por su pediatra o médico de AP, debe ser derivada a la UFAT correspondiente para su seguimiento.

Tras la valoración inicial social en la UFAT, en algunos casos se le ofrecerá apoyo en Salud Mental si lo precisan o demandan, mientras que en otros (la mayoría) pasarán a endocrinología de la UFAT (Mérida, Badajoz, Plasencia o Cáceres). En las consultas de endocrinología, se realiza una historia clínica, exploración, información adecuada del proceso y posibilidades terapéuticas, deseos de hormonación o cirugías y se descartan contraindicaciones para dicho tratamiento médico (principalmente neoplasias hormono dependientes, hepatopatías graves o trastornos de coagulación, que a estas edades son muy infrecuentes). Se comprueban si se cumplen los criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento (conocimiento de las opciones terapéuticas, con el compromiso de seguimiento) y se realiza una analítica completa, con perfil hormonal y cariotipo. Si no hay contraindicaciones en la analítica y tras la firma de un consentimiento informado (ambos padres en menores) se procede al inicio del tratamiento.

El tratamiento no es "obligatorio" a todas las personas trans. Tan sólo a aquellas que así lo soliciten, siempre y cuando cumplan los criterios anteriores. Puede haber personas que tan sólo precisen un cambio de nombre, un reconocimiento social del género sentido y en algún caso un cambio en su aspecto físico (aunque la gran mayoría demandan un tratamiento médico).

El tratamiento médico depende mucho de la edad de consulta. Si consultan antes del inicio de la pubertad, se les realiza un seguimiento hasta el inicio de la misma. Se les debe dejar que inicien la pubertad hasta estadios II-III de Tanner y comprobar si experimentan un aumento de la disforia. Si es así se les ofrece un tratamiento bloqueador de la pubertad con análogos de GnRh, similar a como tratamos



las pubertades precoces. Dado que los análogos mensuales precisan visado y esta indicación no se incluye en la ficha técnica, tan sólo pueden usarse los análogos trimestrales, que carecen de dicho visado. Aunque hay muchas publicaciones que recomiendan no iniciarlos antes de los 12 años, aludiendo a cuando se considera el menor capacitado para comprender el efecto del tratamiento, esto se contradice con el inicio puberal que en nuestra sociedad suele ser a los 9-10 años y posponer el tratamiento hasta los 12 años, empeoraría y mucho su disforia y posibilidades terapéuticas.

Dicho tratamiento bloqueador es reversible por completo, por lo que en el caso excepcional que durante la pubertad el menor o su familia decidieran discontinuarlo, el menor tendría su pubertad hacia el género genético. Este bloqueo deja al menor sin caracteres sexuales secundarios, por lo que el siguiente problema es hasta cuando mantenerlo, ya que la ausencia de los mismos a cierta edad puede suponer un rechazo (a partir de los 13-14 en niños cis inducimos la pubertad en niño/as cis). No se han demostrado efectos adversos claros del tratamiento bloqueador, aunque hay dudas a largo plazo con la salud ósea.

Como norma general y así se recoge en distintas normas no se debe iniciar el tratamiento hormonal afirmativo hasta los 16 años, dada la irreversibilidad del mismo. Si bien en algunas normas o protocolos, se indica que se valore de forma individual la capacidad cognitiva de la persona, por lo que hay casos excepcionales en los que se podría iniciar antes de los 16 años, si es un caso muy claro.

Si consulta con la pubertad en evolución, es posible igualmente el tratamiento bloqueador para frenar la progresión. En cambio si consulta con la pubertad finalizada, el tratamiento bloqueador tendría menos sentido y tan solo en aquellas personas con menstruación, se puede hacer un ensayo para comprobar si se interrumpe con el bloqueo. Por tanto, hay una edad intermedia con la pubertad finalizada y sin tener los 16 años, que está en un limbo legal de tratar o no tratar, aunque se suele ser conservador y no tratar hasta los 16 (salvo casos concretos).

El bloqueo puberal se mantiene por tanto hasta que se inicie el tratamiento hormonal afirmativo, aunque se suele continuar un tiempo después del inicio del mismo, hasta alcanzar niveles hormonales adecuados (incluso hasta los 18 años).

El tratamiento hormonal afirmativo consiste en estradiol + antiandrógenos en las mujeres trans y testosterona en los hombres trans. Hay diferentes vías de administración de estrógenos naturales, siendo las más usadas la oral y la transdérmica. El antiandrógeno más usado ha sido la ciproterona, aunque tras su asociación con la aparición de meningiomas tras dosis acumuladas, se está tendiendo a reducir su dosis y duración o a sustituir por análogos de GnRh como antiandrógeno. La testosterona se puede administrar por vía intramuscular o en gel.

La persona con IG precisa un seguimiento de por vida en las unidades de endocrinología en las que se le controla desde el adecuado bloqueo puberal, hasta las dosis correctas de tratamiento hormonal que eviten las complicaciones más habituales. Estas suelen ser el acné y la poliglobulia con la testosterona y la hiperprolactinemia en el tratamiento de mujeres trans. A inicio se controlan cada 3 meses y se van espaciando hasta 1 vez al año tras las cirugías. Las cirugías están contraindicadas en < 18 años, salvo la no genital y con autorización judicial expresa.

El bloqueo puberal en mujeres trans impidiendo el desarrollo genital, dificulta mucho la vaginoplastia posterior que se suele realizar a partir del pene y escroto, debiendo cambiar de técnica quirúrgica para poderla realizar.

Al igual que los tratamientos médicos, las cirugías no son obligatorias, habiendo personas que no precisan ningún tipo de intervención quirúrgica. Las más frecuentes son las cirugías mamarias, siendo la mastectomía la más precoz de ellas (no precisa un tiempo de tratamiento hormonal mínimo). Para el resto de cirugías se suele recomendar un tiempo de tratamiento hormonal > de 2 años. Las cirugías mamarias se realizan en la Unidad de Cirugía Plástica de Cáceres, mientras que las genitoplastias son mucho menos demandadas. La vaginoplastia se debe realizar en unidades especializadas en ellas (fuera de Extremadura) y la cirugía de masculinización genital apenas se realiza por sus resultados poco funcionales. En cualquier caso tienen unas listas de espera muy prolongadas.

Por tanto, la atención a las personas trans debe formar parte de la formación de cualquier médico (Universidades de Medicina) y por supuesto, de la formación especializada de cualquier pediatra o médico de familia, quienes deben conocer los



protocolos y posibilidades terapéuticas, debiendo informar adecuadamente a todas las personas y familias que consulten por dicho motivo. Igualmente, aunque esas personas sean atendidas por las UFAT, los problemas que les surjan durante el tratamiento bloqueador u hormonal deben ser los médicos más cercanos para intentar solucionarlas. Es posible que un futuro no muy lejano, el incremento progresivo de la prevalencia de la IG, nos lleve a una atención mucho más “local”, con unidades de referencia ante situaciones complejas y por tanto, debemos mantener actualizados nuestros conocimientos relacionados con la IG.



Claves para entender el comportamiento adolescente

Carlos Pajuelo Morán

Psicólogo. Director del Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana de la Consejería de Educación de Badajoz. Autor del Blog Escuela de Padres

"Estoy desesperado y ya no sé qué hacer con mi hijo, no le puedo decir nada porque enseguida monta una bronca. Y estamos asustados porque desde luego a este chico le pasa algo en la cabeza." ¿Te suena?, esta es una frase recurrente en muchos padres de adolescentes que creen que la explicación del comportamiento de sus hijos adolescentes se encuentra en que deben sufrir una especie de trastorno del que nadie parece darse cuenta. Pues sí, nuestros hijos adolescentes ponen a prueba todo nuestro arsenal educativo y toda nuestra capacidad de aguante y cuando decimos eso de "ya lo he probado todo y no hay manera" caemos en un estado de desesperación que realmente no sirve para nada, bueno sí, para que madres y padres practiquen monólogos de corte dramático del tipo "Con todo lo que hacemos por ti y mira tú como respondes". Eso no es educar, eso es teatro, puro teatro.

Cuando los padres no encuentran una explicación razonable del porqué de la conducta de sus hijos adolescentes se asustan con la idea del "están trastornados".

La palabra adolescencia en nuestra sociedad va asociada a "¡socorro!" y suele tener mala prensa cuando la realidad es que la adolescencia discurre con cierta normalidad en la mayoría de las personas. Pero si nos fijamos sólo en las conductas conflictivas que se desarrollan en esta etapa es lógico que la consideremos como una edad complicada.

Desde que nacemos estamos adquiriendo habilidades para ser cada vez más autónomos. En la adolescencia sigue ocurriendo lo mismo, seguimos adquiriendo habilidades y destrezas para adaptarnos al mundo en el que vivimos y este aprendizaje conlleva a veces desarrollar conductas que pueden tener sus riesgos. ¿A caso no aprende un niño a andar corriendo el riesgo de caerse y darse un golpe en la cabeza? Y por muchas protecciones que pongas en la casa en un instante puede caerse

y hacerse daño. El aprendizaje de la vida siempre conlleva riesgos y afrontar esos riesgos es lo que nos permite adaptarnos al mundo en el que vivimos. La adolescencia es un periodo más de aprendizaje, con riesgos, claro que sí, pero para eso educamos, no para evitar los riesgos sino para que aprendan formas de afrontarlos.

¿Pero por qué se comportan así los adolescentes?

La primera explicación la podemos encontrar en el proceso de metamorfosis en el que se desarrolla las primeras etapas de la adolescencia, de las transformaciones que se producen en su cuerpo, la identidad corporal es un constructo sometido a la presión del "mercado", modelos que se consumen a través de las redes sociales y que generan una ilusión respecto a cómo debería de ser para tener éxito social.

La segunda explicación reside en que el cerebro del adolescente empiezan a madurar lo que se denominan **funciones ejecutivas** (las habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente). Aprender a poner en marcha esas funciones puede suponer alteraciones, dificultad, torpeza, porque cuando alguien aprende algo nuevo es normal que cometa fallos. Y en esta época los adolescentes están desarrollando una manera de pensar nueva, compleja que requiere mucho tiempo de aprendizaje. No se nos ocurre decir a un niño de 12 meses que está aprendiendo a andar que es un torpe por que se tambalea y sin embargo a un adolescente le exigimos que "funcione" rápidamente como un adulto. En este inicio de adquisición de las funciones ejecutivas es probable que algunos adolescentes presenten un pensamiento omnipotente, que les hace creer que están en posesión de la verdad, que



sus padres no tienen ni idea de qué va esto de la vida, algo que sus padres interpretan como un acto de “chulería”.

Este aprendizaje puede explicar los cambios y variabilidad del comportamiento de nuestros hijos adolescentes que pasan a comportarse en un instante de encantadores y afables criaturas a una especie de “niña del exorcista”, vamos, en pocas palabras, los adolescentes convertidos en Dr. Jekyll y Mr Hyde.

Una tercera explicación proviene del hecho de que los adolescentes prefieren la compañía de sus iguales más que en ninguna otra época de su vida. Los adolescentes descubren que frente a lo de siempre (la familia), está lo novedoso (los amigos), frente al “hijo ten cuidado”, “no hagas eso”, etc. se encuentra el “Carpe Diem”, “la transgresión de la norma”, los amigos que dan apoyo incondicional a todas horas, el gustazo por esta novedosa vida social o el “disgustazo” por no tenerla.

En cuarto lugar y unido a la aparición del gusto por los amigos está el placer por las emociones fuertes y por lo tanto la propensión a correr riesgos. Los adolescentes saben distinguir el peligro, lo que les ocurre, a algunos, es que la recompensa que obtienen por hacer algo “peligroso” en presencia de los demás (la admiración de los amigos en forma de “like”) puede más que la prudencia con la que actúa un adulto. Y es verdad que las consecuencias de estos riesgos pueden ser trágicas y esto es lo que nos asusta a los padres.

Por tanto, la adquisición de nuevas herramientas cognitivas unido al influyente papel que juegan los amigos, junto a la práctica de conductas de riesgo, puede hacer que algunos adolescentes lleguen a comportarse como si fueran en vez de hijos, despiadados enemigos. Os recomiendo la lectura de este ilustrativo artículo [“Hermosos Cerebros”](#) que se publicó en National Geographic en 2011 donde diferentes estudios científicos proponen esta visión adaptativa de la adolescencia.

Pero a pesar de todo esto hay padres y madres a los que sus hijos adolescentes se las hacen pasar “como las de Caín” y no creo que les consuele mucho pensar que el comportamiento de su hijo tiene una explicación adaptativa y preferirían poder hacer algo para evitarlo.

Cuando los hijos están “descontrolados” podemos

decir que en esos momentos se comportan como unos “descerebrados” y nada de lo que hacen los padres les da resultado. ¿Sabes por qué? Porque cuando nuestros hijos adolescentes están descontrolados no utilizan correctamente su cerebro, o bien están sumidos en un huracán emocional, o bien arrastrados por sus deseos, o bien totalmente perdidos porque no saben por dónde tirar, o las tres cosas juntas.

Es en esos momentos cuando decimos “a este niño le pasa algo ahí dentro de la cabeza, este es un inmaduro, míralo se comporta como un crío, etc.” ¿Y qué hacemos?,

¿Has probado a prestarle tu cerebro?

Nuestros hijos adolescentes aprenden fundamentalmente con lo que ven, el comportamiento de madres y padres les da a nuestros hijos las pautas de cómo hay que comportarse en diferentes situaciones, pero necesitan tiempo para irlo aprendiendo.

- Prestar el cerebro a los hijos adolescentes es ayudar a los hijos a que aprendan a coordinar la razón con la emoción. Para ello cuando el adolescente esté alterado lo primero que se debe de hacer es mostrarle que entiendes por qué está alterado y decirle que es normal alterarse, en vez de empezar tu a alterarte. Hazle sentir que entiendes su enfado y cuando esté un poco más calmado entonces utiliza la razón, la lógica y las consecuencias, pero hazlo desde la calma.
- Prestar el cerebro a los hijos adolescentes es ayudarlos a que aprendan a coordinar sus deseos con sus posibilidades. Los adolescentes tienen un poderoso instinto que les lleva a intentar satisfacer sus deseos de manera inminente junto a una escasa capacidad para poder organizar, planificar y diferir las maneras de alcanzarlos.
- Prestar el cerebro a los hijos adolescentes es enseñarles a expresar sus experiencias negativas, a tenerlas presentes, a hacerlas explícitas porque esa es la forma de controlarlas. No se deben de ocultar las experiencias negativas (miedos, conflictos, adversidades, etc.), no digáis eso de “hablemos de otra cosa” o “no pienses en eso”, ayudar a los hijos adolescentes a que puedan recordar sus vivencias negativas para que sientan cómo pueden o pudieron hacerles frente.



- Prestar el cerebro a los hijos adolescentes es enseñarles que nuestros estados emocionales vienen y van. Que cuando vienen están dentro de nosotros y hay que reconocerlos para poder controlarlos. Ayúdales a ver que están enfadados a que es normal que puedan estar enfadados y así les podremos ayudar a que expresen, progresivamente, su enfado de manera más eficaz.
- Prestar el cerebro a nuestros hijos adolescentes es mostrarles lo importante que es para nosotros tener vida social, relaciones sociales, gusto por la interacción. Para ello enséñales cómo disfrutáis de manera positiva en familia, con amistades. Y cuando se interacciona surgen los conflictos, pues ayúdales a que sepan expresar sus opiniones, pero también a que entiendan que los otros pueden tener una opinión diferente.

Algunos padres y madres pensarán que su criatura mejor que un préstamo necesita un trasplante, pero no os olvidemos que son ellos los que tienen que construir sus vidas. Que es bueno estar siempre ahí y ayudarles, pero no pensar y decidir por ellos, y lo que es más importante aún: no pretender que piensen como nosotros ni que sean como nosotros.

Nuestros hijos adolescentes tienen un cerebro maravilloso, pero en formación. Así que recuerda que tienes que prestarles el tuyo para que aprendan a manejar el suyo.

Confía en tu capacidad como educador y sigue educando, no te desesperes, [paciencia](#) y sin

dejar de señalarle límites claros y precisos dale autonomía progresivamente. Esta es una estupenda manera de actuar como padres, una buena manera responder frente al desconcierto que nos genera el comportamiento del adolescente. Educa sin miedo y verás como con el paso del tiempo irás viendo como tu hijo adolescente se va convirtiendo en un adulto. Pero recuerda que para comportarse como uno de 40 años hay que esperar a tener 40 años.

Bibliografía

“Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas”. Javier Tirapu Ustárroz, y otros. Ed.: Viguera.2016

“Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria”. J.A. Portellano, J. García. Ed.: Síntesis 2014

blogs.hoy.es/escuela-de-padres



Educación afectivo-sexual en atención primaria

M^º Teresa Peinado Rodríguez

Médico especialista en MfyC. Máster en Salud Sexual y Reproductiva COPF.
Centro de Salud Ciudad Jardín. Badajoz

INTRODUCCIÓN

El capital de salud de las personas son actitudes de respuesta saludables ante temas que afectan a la salud y calidad de vida. Sus componentes son:

Sexualidad. Seguridad y riesgos
Nutrición. Actividad física
Drogas. Salud mental

Estas conductas se adquieren antes de los 15 años. La educación sexual es una tarea compartida donde las familias juegan el papel principal. Los profesores y el personal sanitario deben aportar en la misma dirección.

Si pretendemos comenzar en la adolescencia, habremos llegado demasiado tarde.

OBJETIVO

Que niñas y niños, chicas y chicos aprendan a conocerse, aceptarse y expresen su sexualidad de manera que sea fuente de bienestar y salud.

Sin embargo, debemos ser ambiciosos a la vista de los cambios sociales y culturales, por tanto, el objetivo también debería ser prevenir la homofobia, el sexismo, la violencia de género y doméstica, los abusos y los trastornos de la autoimagen entre otros.

FOTO DE LA SEXUALIDAD ACTUAL

La educación sexual en estos momentos no es la adecuada, si a esto sumamos las transformaciones sociales, estaríamos ante un repunte actual de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs)

Ante una modernidad aparente con piercing, tatuajes etc seguimos como hace muchos años, "El chico es más hombre cuanto más experimente y la chica más mujer cuanto más se preserve"

Sigue sin haber igualdad entre los miembros de la pareja.

Existen 3 pilares donde se sustenta esta falta de educación sexual y los cambios sociales ayudan de la siguiente manera:

- 1) EL ámbito familiar y la manera en que los padres viven la tarea de educarles
- 2) Vida juvenil y la forma en que pasan el tiempo libre.
- 3) Ámbito social con la fuerza de los medios de comunicación y la menor percepción de riesgo de SIDA

ÁMBITO FAMILIAR

Los padres tienen cada vez más inseguridad en cuanto al proceder con los hijos. Son actualmente más permisivos con un conflicto interno entre lo que permiten y lo que creen deberían permitir.

No hay convergencia entre lo que opina el padre y la madre. Esto hace que los límites sean poco definidos. Hay más diálogo, más libertad, pero no ha mejorado la comunicación a nivel de la educación sexual porque el modo de vida no genera espacios de diálogo en el terreno de lo sexual.

VIDA JUVENIL

Ha cambiado para ellos la forma de ocio. Suelen estar solos o en grupos reducidos frente a medios audiovisuales o electrónicos, por tanto, les falta el grupo, la pandilla donde aprendían habilidades sociales y que era su referencia.

En los lugares públicos el ocio se ejerce con ingesta de alcohol y drogas. Si a esto le sumamos la pérdida de límites, se someten a más riesgos y por tanto mayor uso de postcoitales, más IVEs. Más infecciones de transmisión sexual...

Últimamente existe menos percepción de miedo a contagios de SIDA porque creen que ya existen tratamientos para su cura y porque continúan con los mismos estereotipos de siempre.

La preocupación mayor es por los embarazos no deseados



El sexo sigue siendo para ellos elementos de “PRESIÓN, CHANTAGE Y CANJE” con comportamientos posesivos, más del chico a la chica que de ellas a ellos.

Si la chica es deseosa se la etiqueta de “ligera”.

Se recupera la figura del “Novio” para actuar de forma absorbente, posesiva, con poco respeto y exigiendo cuentas.

La responsabilidad de la anticoncepción es de la chica excepto si se trata del preservativo cuya responsabilidad recae en el chico ya que si la chica lo aporta se la tacha de “guarra”.

La mayor independencia de la mujer hace que el chico ejerza más control.

ÁMBITO SOCIAL

Se imparten menos talleres de educación sexual ya que nos ahoga la presión asistencial y apenas vamos a los colegios a realizar talleres.

Ellos no tienen confianza ni libertad para acudir a los centros sanitarios porque siempre es con cita previa y cuando acuden el problema está servido.

¿Quién imparte la sexualidad en la actualidad?

- * Las series de televisión
- * Las revistas para adolescentes
- * La publicidad
- * La pornografía en internet

Todo esto sin herramientas para aprender a manejar tantos estímulos.

Los medios de comunicación influyen negativamente en la sexualidad del adolescente ya que incitan a consumir sexo y tratan la sexualidad de forma frívola obviando las medidas preventivas, “nunca se ven los preservativos en los encuentros de las películas”. Además, muestran encuentros difíciles de alcanzar así que nos toca trabajar para que tengan expectativas razonables.

Por todo ello, cuando queremos actuar, se ha superado la etapa de prevención y estamos sumidos en los problemas (abusos, embarazos no deseados, trastornos de la conducta alimentaria, etc

EN GENERAL

La sexualidad sufre una triple reducción a JUVENIL, GENITAL Y ASOCIADA A LA BELLEZA

JUVENIL: Parece que seamos sexuados desde la adolescencia, se refuerza en esta edad por el vacío previo de información explícita.

GENITAL: En toda ella está implícita o explícita EL

COITO, los preliminares son al coito, la primera vez, se refiere al coito, las relaciones no son completas si no hay coito. Y es el COITO el que produce un embarazo o ITS

BELLEZA: No conciben una relación o un encuentro idílico con personas cuyo físico no sea espectacular, como en las películas, por ello los trastornos de la autoimagen.

Es necesario educar por “etapas de la vida” para que, llegados a la adolescencia, no sea una sucesión de expectativas frustradas

A los chicos y chicas, actualmente les importa más un embarazo que una infección de transmisión sexual porque les importa la inmediatez, saben que si hay embarazo se debe comunicar a los padres.

Nosotros, los profesionales, debemos mucho antes de que esta situación ocurra, ponerles en situación, hablando de los desenlaces que puede tener una gestación no deseada y lo que conlleva.

No tienen habilidades para negociar el preservativo, les da corte hablar de ello y van nerviosos con lo que la mayoría de las veces no sale bien el encuentro o al menos como ellos hubieran querido. Además, la espontaneidad que les caracteriza dificulta la prevención eficaz, no llevan preservativos, pero van limpios y depilados: ellos dicen que surgió, pero estaba cantado.

En los coitos idílicos la idea de entrega es peligrosa para el riesgo porque dicen:” no habrá barrera entre los dos” referida al preservativo y esto anula la autonomía y la libertad de algún miembro de la pareja.

LA EDUCACIÓN SEXUAL IMPARTIDA ACTUALMENTE

En institutos y colegios es insuficiente por ser demasiado BIOLOGICISTA y muy GENITAL sin abordar otras cuestiones que preocupan a los chicos-chicas.

Los padres/ madres apenas dialogan sobre sexualidad porque el modo de vida actual no genera espacios de diálogo a este respecto.

Los profesionales sanitarios, no tenemos tiempo en las consultas, no hacemos talleres en los colegios o no la abordamos porque nos da miedo no saber abordarla.



Los adolescentes son personas con sexo, sexualidad y género, por tanto, personas con miedos, deseos, pudores y expectativas que no son abordadas en los tres ámbitos donde deberían que son los colegios, las familias y las consultas.

LO DESEABLE

Educación sexual abarcando todas las ETAPAS EDUCATIVAS.

Antes de la adolescencia tratar:

- Habilidades sociales
- Relaciones afectivas
- Sus cuerpos

En la adolescencia:

- Los métodos anticonceptivos
- Las ITS (Infecciones de transmisión sexual)

COMO NORMAS GENERALES

EN INFANTIL

En esta época de la vida no hay urgencias, ni riesgos, ni prejuicios, ni esquemas cerrados por tanto aprovecharemos para hablar de:

- Valores
- Vivencias
- Autoconocimiento y aceptación de uno mismo
- Habilidades de comunicación
- Modelos de familias
- Actitudes
- Relaciones afectivas

No hablaremos aun de erotismo, pero llegarán preparados y se enfrentarán a lo que venga con menos riesgos.

EN LA ADOLESCENCIA

1) Seguir trabajando el AUTOCONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE UNO MISMO

Las personas que no se conocen y no se valoran, son más vulnerables

2) Trabajar para que la sexualidad NO SEA TAN GENITAL

Las relaciones eróticas son mucho más que la unión pene-vagina y que lo que ellos llaman PRELIMINARES son prácticas eróticas que no tienen porqué necesariamente terminar en coito.

3) Trabajar el LENGUAJE para poner el nombre correcto a los genitales y a las practicas eróticas con alusiones no soeces o graciosillas, sino respetuosas y naturales.

4) **PROMOVER LA IGUALDAD:** En educación sexual es importante promover la simetría y las relaciones de igualdad para que sean RESPETUOSAS Y SIMÉTRICAS para ambos.

5) Explicar que los CELOS, no son amor, solo control

6) Hablar de los métodos anticonceptivos y la postcoital cuando esté próximos a la adolescencia y no antes para no reforzar la sexualidad genital.

A este respecto, desmitificar el uso del preservativo porque piensan que corta el rollo, que resta espontaneidad y que resta sensibilidad en vez de pensar que aporta tranquilidad al encuentro y a las horas y días posteriores a él.

Piensen de la postcoital que se usa tras no bajar la regla, no saben que se toma cuanto antes tras el coito no protegido o peligroso hasta los 5 días posteriores como mucho. Claro que tampoco muchos de los adultos lo saben, ni los profesionales sanitarios que además muchos piensan que es un “chute hormonal” o que “son abortivas”. Todo esto debemos desmitificarlo para que conozcan de forma correcta la poscoital que evita muchas IVEs.

SEXUALIDAD EVOLUTIVA. ¿QUE TRABAJAR POR ETAPAS?

DE 0 A 2 AÑOS

- Trabajar con niños y niñas es trabajar con “complejidades”, seres únicos e irrepetibles, esta idea debemos trasmitirla a los padres y a los niños.
- Cada niño debe aceptarse como es y estar contento de lo que es y como es
- El profesional debe conocer el proceso de cada niño, respetarlo y protegerlo sin modelos excluyentes
- Transmitir a los padres la importancia de las figuras de apego
- Que los juguetes no sean sexistas
- Que los padres sean buenos modelos para los niños/ niñas

DE 2 A 6-7 AÑOS

- Hablarles de las diferencias niños/ niñas. Los genitales tienen nombre
- Los parentescos, la amistad, el amor
- De donde vienen y como
- Más allá de la anatomía: los afectos, los deseos y compromisos que dieron lugar a que él naciera.



- Como soy y como voy a ser. Reconocerse y aceptarse
- Mi cuerpo, mi higiene
- Relación con la familia y reparto de tareas
- Modelos de sexualidad y medios de comunicación
- Las presiones del grupo

DE 6 A 13 AÑOS

En primer lugar, DE 8 A 11 AÑOS

- Posibilidades de embarazo, cuando sí y cuando no se desea
- Menstruación y cuidados corporales
- Erecciones involuntarias y poluciones nocturnas

En segundo lugar, DE 12-13 AÑOS

- Aparece el deseo y debemos hablar del encuentro con el otro sexo o con el mismo
- Aparece la atracción y el enamoramiento por lo que debemos hablarles de las habilidades sociales para:
 - Que puedan hablar correctamente de estos temas con lenguaje apropiado
 - Que aumenten su autoestima
 - Que puedan decir NO
 - Que no están obligados a NADA incluso a propuestas de conocidos, amigos o familiares
- Darles espacio para que puedan expresar lo que les preocupa de su físico
- Hablarles de la visión comercial de la sexualidad en medios de comunicación para que sean críticos
- Hablarles de la presión social respecto al físico en hombres y mujeres que llevan a trastornos de la alimentación
- Prevenir los abusos que se ejercen a través de las redes sociales
- Aprender el respeto y la tolerancia por otras formas de sexualidad
- La importancia de elegir buenos amigos

ADOLESCENCIA, DE 14-15 AÑOS

- Ayudar a integrar los cambios corporales
- Hablar de lo que les preocupe, masturbación, erecciones u otras cuestiones
- Las preferencias sexuales
- Primeros contactos entre dos cuerpos
- Importancia de los besos y caricias posibilitando lo no genital

RESUMEN PARA LLEVARTE A CASA

- 1) Junto con las familias y profesorado, los pediatras y enfermeras de pediatría cumplen un papel educativo en la educación sexual de chicos-chicas
- 2) Es misión nuestra apoyar a padres-madres en esta tarea
- 3) Revisar nuestras propias concepciones respecto de la sexualidad para analizar que transmito con mi forma de verla para evitar transmitir valores subjetivos
- 4) Abarcar todas las etapas del desarrollo con información clara, sencilla y directa
- 5) Educar de manera formal y no incidental
- 6) No restringirnos a lo genital, coital y reproductivo
- 7) Que se aborde desde la igualdad de género y el respeto entre las personas
- 8) Tratar la sexualidad en consulta es dar permiso a los chicos/ chicas y padres/ madres para abordar estos temas
- 8) Es importante la formación continuada en sexualidad para los profesionales que tratamos con niños y adolescentes

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Parera N, López S, Llopis A. Habilidades para la comunicación con adolescentes. Anticonceptivos. www.edikamed.com
- Pedreira, JL. Troncos y colegas: la comunicación con el adolescente en la consulta de salud. Editorial Justin
- Observatorio de Salud de la Mujer. La educación y promoción de la salud sexual. Problemas y pautas de intervención con vistas a reducir los embarazos no deseados
- Ramírez de Ocariz, A. El papel del pediatra en la educación sexual
- Peinado Rodriguez, mt. Sexualidad en los niños: la asignatura pendiente. Revista Pediatría Atención Primaria. 2010



Adolescentes y adicciones

Mónica Millán Mínguez.

Socióloga. Coordinadora programas preventivos Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

El abordaje de las conductas adictivas en la adolescencia es complicado por los riesgos inherentes a dicha etapa.

Las características físicas y mentales propias a ese momento evolutivo correlacionan perfectamente con las conductas adictivas en cuanto a motivos, expectativas, lecturas de riesgo etc. provocando que dichas conductas se vean atractivas y con un aporte de beneficios para el /la que las lleve a cabo.

El modelo actual de la prevención es el modelo biopsicosocial, que en 1977 Engel postuló ante la necesidad de un **modelo** médico holístico, como respuesta a otro modelo, el biomédico, dominante en las sociedades de mediados del siglo XX.

Nosotros asumimos la prevención como sinónimo de educación, por lo que enumerarles una serie de consecuencias físicas y mentales sabemos que no les llega como mensaje preventivo puesto que no se identifican y las ven muy alejadas de ellos/as. Esta información debe darse, pero acompañada de un trabajo que tiene que ver más con la propia persona que con la sustancia en sí misma, atendiendo a las características personales y sociales que rodean al individuo, tratando de partir de sus discursos y no de los nuestros. Partir de sus conocimientos, para validarlos, mostrarles alternativas, reforzarlos o tratar de que los repiensen. En cualquiera de los casos deberíamos intentar aportar a lo que ya hay y no trasladarles, solamente, lo que creemos que les falta.

La decisión de consumir sustancias adictivas o no, llegará en un momento u otro de sus vidas. Las estadísticas actuales (ESTUDES 2018-19) establecen que la media de edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol son los 14 años y el cannabis a los 15 años. Y que son estas tres sustancias las más consumidas, siendo el alcohol la primera de ellas.

Cada adolescente, de manera individual, deberá elegir, pero son muchos los factores que influyen en

esa toma de decisiones; amigos/as, familia, entorno, medios de comunicación etc.

Nosotros, desde la Fundación de Ayuda contra la drogadicción y la Secretaría Técnica de Drogodependencias, mediante diferentes programas preventivos, trabajamos para dotarles de herramientas eficaces que se adapten a sus necesidades, a la realidad que viven y que aporten posibles alternativas.

Nuestro trabajo tiene unos objetivos, una metodología, unos recursos y una evaluación, precisamente por eso, elaboramos programas con los que queremos sistematizar la forma de trabajar y los contenidos, pero sin establecer que esos contenidos sean para todas las personas los mismos.

Además de los programas para el ámbito educativo, comunitario, familiar o laboral, la prevención cuenta con el apoyo de leyes, protocolos de actuación, actividades, campañas, colaboraciones con diferentes administraciones y profesionales etc.

En Extremadura aplicamos muchos de ellos tratando de dar respuestas a la disparidad de situaciones en las que se encuentra la población a la que nos dirigimos donde se dan casos en los que no existe ningún consumo, otros en los que la posibilidad está cerca o ya se hayan dado y finalmente casos en los que los consumos están instaurados. Estas diferencias de consumos hacen que el trabajo vaya desde una prevención universal hasta una intervención directa, pasando por la reducción del riesgo.

La prevención universal la trabajamos con el programa "Construye tu Mundo", que es el programa de referencia en los centros educativos extremeños y se realiza en coordinación con el profesorado, equipos de orientación, equipos directivos y personal técnico de prevención y abarca desde los 3 hasta los 16 años.

Nuestro objetivo es dotar al alumnado de



herramientas para que cuando llegue el momento de tomar una decisión respecto a un consumo o no, tenga recursos, habilidades y una opinión formada, no solamente basada en el discurso imperante en ese momento entre los/as compañeros.

Esta manera de trabajar nos permite por un lado estar en contacto directo con la realidad de los/as adolescentes y conocer de primera mano los discursos que adoptan como colectivo, para poder establecer necesidades, factores de riesgo que analizar, factores de protección que potenciar, desmentir algunos mitos, aportar otros puntos de vista e información etc. y por otro, formar a sus familias, que en ocasiones viven esta etapa de sus hijos e hijas con verdadera angustia y se ven sobrepasados.

Puesto que los consumos son cambiantes y están sujetos a las modas, la prevención también tiene que serlo y en la actualidad nos ha llevado por ejemplo a incidir en los nuevos dispositivos para fumar (vapeadores, cachimbas) o los videojuegos y juegos de azar.

Otro ejemplo de programa con el que trabajamos la prevención selectiva es el "Pandora" dirigido a población adolescente sancionada por la Delegación

de Gobierno por tenencia o consumo de cannabis. Las sesiones son individuales con el menor y la familia y se apoyan en la entrevista motivacional persiguiendo, dependiendo de los casos, el abandono o la reducción del consumo y siempre instando a la reflexión sobre los motivos, perjuicios y alternativas de consumo que le lleven a una situación mejor y más saludable.

Quiero pensar que el trabajo en prevención está dando resultados y que medirlo es complicado puesto que no podemos simplemente fijarnos en los datos de consumos realizados.

Debemos fijarnos en los cambios de los discursos que se dan entre los/as adolescentes entre los que el tabaco actualmente no goza de atractivo y piensan que es claramente perjudicial para la salud, en la visión que van teniendo del cannabis, que han pasado de verla como una sustancia inocua y natural a una sustancia que genera problemas en la escuela y en la familia, fijarnos en que los consumos en general se han estancado con respecto a la última encuesta de (ESTUDES 2016) o que cada día valoran más su salud y el cuidado de ella.



Una Imagen Diferente

García Sabido, E.M^a (Centro de Salud Mérida Norte, Mérida)
Garrido Cañadas, M^aJ (Centro de Salud San Roque, Almendralejo)

Introducción

La coalición tarsiana es una anomalía congénita en la que se producen uniones anómalas (óseas, cartilaginosas o fibrosas) entre dos o más huesos del tarso.

Su prevalencia es del 1-2%. El 90% de las coaliciones implican a las articulaciones calcáneo-escafoidea y calcáneo-astragalina.

LA forma de presentación es variable, siendo la mayoría asintomáticas. La clínica suele empezar en la adolescencia, al completarse la osificación y restringirse la movilidad de la articulación subastragalina.

Caso clínico

Niño de 10 años que acude a urgencias tras sufrir un esguince de tobillo.

Se le realiza una radiografía anteroposterior y lateral del tobillo.

Conclusión

Ante la presencia de pies planos y rígidos, esguinces de repetición o dolor crónico de los pies en la segunda década de la vida debemos considerar la posibilidad de coaliciones tarsianas. Para poder llegar a su diagnóstico es importante la sospecha clínica, una adecuada exploración física y solicitar una radiografía de pie-tobillo (proyección lateral y oblicua) llegando a su confirmación tras realizarse TC o RMN del pie.





Bronquitis bacteriana persistente, un diagnóstico excepcional para una entidad relativamente frecuente.

B Ambrojo López, ML Gutiérrez González, L Jimenez Tejada, M Velázquez González, CV Acero Cerro, J Alfonso Vaquero.
Servicio de pediatría HMI Badajoz

Introducción

La bronquitis bacteriana persistente (BBP) es una infección bacteriana de las vías respiratorias inferiores, los principales agentes responsables son *Haemophilus influenzae* no tipable, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*.

Introducida por primera vez como entidad diagnóstica en 2006, aunque previamente se habían utilizado diferentes términos para cuadros clínicos semejantes. En nuestra práctica diaria es un diagnóstico excepcional pese a que en algunas series pediátricas es la principal causa de tos crónica.

Para realizar el diagnóstico se deben cumplir tres criterios: tos húmeda crónica > 4 semanas, ausencia de signos y síntomas que orienten a otras causas de tos húmeda crónica y desaparición de la tos tras tratamiento antibiótico oral. En caso de fracaso del tratamiento o la presencia de signos o síntomas de enfermedad sistémica o crónica pulmonar hay que ampliar el estudio en busca de otras etiologías.

Caso clínico

Lactante de 15 meses sin antecedentes de interés, asintomática desde el punto de vista respiratorio hasta los 5 meses que tuvo una bronquiolitis sin precisar ingreso, posteriormente a los 10 meses

tras cuadro catarral y de dificultad respiratoria, continua con tos húmeda y episodios de sibilancias, la clínica no mejora con salbutamol, budesonida, montelukast ni flixotide, tiene periodos de mejoría pero sin llegar a resolverse la tos productiva por completo. En la auscultación buena entrada de aire bilateral con algún roncus en ambos campos pulmonares, no acropaquias.

Se realiza analítica (hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, Ig E y estudios inmunoalérgico) normal y radiografía de tórax con infiltrados peribronquiales bilaterales.

Ante la sospecha de bronquitis bacteriana persistente se inicia tratamiento con Amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día durante 3 semanas con resolución completa de la tos, confirmándose el diagnóstico.

Discusión

Hay riesgo de un sobrediagnóstico que aumente la prescripción de antibióticos para cuadros incorrectamente diagnosticados, pero es importante evitar un retraso diagnóstico y del tratamiento ya que la BBP puede ser un factor para el desarrollo de bronquiectasias.



Vólvulo intestinal en pediatría

B. Ambrojo López, C. Salas de Miguel, EM. Fernández Calderón, MA. Expósito

Expósito, I. Mangas Marín, A. Prieto Mayoral.

Servicio de pediatría HMI Badajoz

Introducción

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en pediatría. Para un correcto manejo del mismo es importante realizar una anamnesis pormenorizada, una exploración física adecuada y en algunos casos pruebas complementarias.

El dolor súbito o persistente, así como la anorexia o los vómitos incoercibles ya sean de características alimenticias, biliosas o fecaloideas, sobre todo si estos se presentan tras el episodio de dolor, son datos sugerentes de patología quirúrgica.

Caso clínico:

Niño de 3 años derivado desde el centro de salud al hospital por dolor abdominal y deshidratación leve. Inicio brusco de dolor abdominal generalizado y vómitos junto con decaimiento.

A su llegada a urgencias presenta mal estado general, deshidratación moderada, mala perfusión y decaimiento marcado con respuesta a estímulos. El abdomen está distendido y timpanizado aunque no impresiona de doloroso a la palpación. En la analítica 35.100 leucocitos con 65% de neutrófilos. Acidosis metabólica severa con pH: 6.98, HCO₃ 14 y láctico de 12.78. Se realiza radiografía de tórax y abdomen donde se visualiza un asa intestinal muy dilatada sospechando vólvulo intestinal.

En urgencias presenta deterioro brusco del nivel de conciencia que precisa intubación endotraqueal, decidiéndose tras estabilizarlo traslado a hospital con servicio de cirugía pediátrica. Llega al hospital en situación de shock hipovolémico e inestabilidad hemodinámica, entrando en parada cardiorrespiratoria a su ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se realiza laparatomía exploradora durante la reanimación hallándose abundante líquido libre seroso maloliente, vólvulo intestinal completo con

isquemia de todo el paquete intestinal secundario a malrotación intestinal congénita. Único segmento no afectado estómago y sigma. Éxito por parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones

Un vólvulo es el resultado de la rotación de un segmento de intestino sobre su eje mesentérico, hay un compromiso agudo de la vascularización intestinal cuyo diagnóstico precoz y tratamiento emergente es clave en la morbimortalidad del paciente. En niños la causa más frecuente es la malrotación intestinal congénita.



Capacidades parenterales básicas: pueden aprenderse.

I. Lorigo Cano, A. Cubero Santos, M. P. Torres Rodríguez, I. Santos Domínguez, A. Lafarque López, S. Albano del Pozo.
C. S. El Progreso (Badajoz)

A diario llegan a nuestra consulta padres, que se quejan de que no pueden manejar a sus hijos. Los tachan desde edades tempranas de hiperactivos y demandan una solución, aunque sea farmacológica, para que se comporten mejor.

Objetivo

Dotar de herramientas a los padres en la difícil y maravillosa tarea de educar a sus hijos.

Material y métodos

Desde 2016 el equipo de pediatría trabaja la educación con estrategias grupales: se han realizado tres talleres, dos en el centro de salud (2016 y 2019), haciendo la captación desde la consulta de pediatría y uno en un colegio de la zona, haciendo la captación de padres desde el colegio (2017).

Los talleres constaban de 4 sesiones de una hora cada semana. Cada sesión contenía un Power Point con conceptos muy básicos de salud emocional, autoestima, normas y límites y vídeos que producían tormentas de ideas, al reflejar situaciones parecidas a las de la vida cotidiana.

El grupo era dinámico, se facilitaba información breve y se preguntaba para que el grupo interactuara. Al final de cada sesión se planteaba una tarea para que se trabajara en casa durante esa semana y en la siguiente sesión había una puesta en común de esa tarea.

Resultados

Los talleres tuvieron una media de asistencia de 5 personas. Las evaluaciones de los 3 fueron positivas, aunque había conceptos que habría que reforzar.

Conclusiones

La asistencia de padres y madres es baja e irregular, a pesar de ser una necesidad sentida y demandada por ellos.

El contexto familiar es vital, el niño es reflejo de su realidad familiar, de su cultura, creencias y expectativas. Es fundamental prevenir los factores de riesgo que conllevan el mal desarrollo del niño. Nuestra zona es sociocultural y económicamente deprimida, por lo que hay que buscar estrategias para mejorar las capacidades parenterales.



En esta casa no hay quien duerma

A. Cubero Santos, I. Lorido Cano I. Mangas Marin V. Alonso González, CM. Gil Martínez, P. Pascual Montero.
C. S. El Progreso (Badajoz)

Objetivos

Describiendo esta experiencia, queremos hacer visible este problema de salud, que ha acompañado al hombre desde la antigüedad y en siglo XXI aún sigue presente.

Está producida por el ácaro *sarcoptes escabiei* variedad *hominis*.

Su síntoma fundamental es el picor, persistente, no controlable, que con frecuencia despierta por la noche y altera la calidad de vida del paciente.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de casos de sarna en niños en año 2019 en nuestra Zona de Salud.

Resultados. Diagnosticamos 16 casos de sarna en niños (incidencia 14 casos/ 1000 hab.) 7 mujeres/9 varones. Edad media 6,2 años. Rango 1 mes-13 años. 4 pertenecían a la misma familia. En el resto no se identificó nexo epidemiológico entre sí. Todos tenían familiares adultos afectados. 9 presentaban sarna por primera vez, 5 eran reinfestaciones, Todos evolucionaron a la curación y precisaron 2 o más ciclos de permetrina. Todos los pacientes y/o familiares,refrieron quemazón/ irritabilidad tras la aplicación de la permetrina. No se produjo ninguna complicación infecciosa sistémica, solo locales (impetiginización) 3 de ellos precisaron antibioterapia tópica y un paciente, que tenia como factor de riesgo dermatitis atópica, precisó antibioterapia oral.

Conclusiones

Es necesario pensar en ella desde Atención Primaria ya que el diagnóstico es totalmente clínico y tratamiento accesible; si no se sospecha, puede generar pruebas complementarias y derivaciones innecesarias.

El tratamiento :

El fármaco que debe aplicarse a la vez al paciente y a convivientes asintomáticos

Es necesario se acompañe de la correcta aplicación de las medidas higiénicas específicas ; es en esta tarea donde hemos encontrado la mayor dificultad.

Pasadas 24 horas del tratamiento correcto pueden reiniciar sus actividades habituales (colegio).

Debemos advertir del efecto secundario más frecuente del tratamiento: quemazón.



Análisis del registro de derivaciones y pruebas complementarias en una consulta de Pediatría de Atención Primaria (2018-19)

M. Velázquez González¹; M. Bermejo Pastor²; C.V. Acero Cerro¹; M.G. De Peralta Alonso¹; S. Bonilla Fornés¹.

¹MIR-1 del Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz.

²Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Valdepasillas (Badajoz).

Objetivo:

Analizar el total de derivaciones a Atención Especializada y pruebas complementarias que se solicitan desde una consulta de Pediatría de Atención Primaria con un cupo de 1.470 pacientes.

Comparar los datos con los publicados de otras consultas de pediatría del Área 10 (Madrid).

Material y métodos:

- Programa Excel.
- Historial de pacientes (JARA).
- Documento de derivaciones a Atención Especializada de Pediatría Área 10 (Madrid).

Resultados:

En el período de tiempo analizado (2018 y 2019), se ha efectuado una media de 130 derivaciones a especialistas/año y se ha solicitado una media de 82,5 pruebas complementarias/año, con datos similares en los dos años estudiados.

Las derivaciones más frecuentes se han realizado a Rehabilitación, Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología. Las pruebas complementarias que más se han solicitado han sido analíticas de sangre y ecografías.

En las consultas de Pediatría del Área 10 de Madrid, con cupos más reducidos, las derivaciones más frecuentes se han realizado a Oftalmología, Pediatría (general y subespecialidades) y Dermatología.

Conclusiones:

- Demostrar la utilidad de tener un registro de apoyo de nuestra actividad, usando las herramientas que nos ofrece el Sistema Extremeño de Salud, con el fin de seguir la evolución de nuestros pacientes y poder analizar la pertinencia de nuestras acciones mediante un código de colores.
- Resaltar la importancia de la Atención Primaria en cuanto a la resolución de las consultas de los pacientes, sin necesidad de derivar a especialidades hospitalarias en la mayoría de casos, ni precisar el uso de muchas pruebas complementarias.



Eritema tubular postpicadura

S. García González, M. L. Jiménez Álamo, S. Cotrina Fernández, M. Calderón Sabido.
C.S. Villanueva Sur. Villanueva de la Serena

Caso clínico

Mujer de 5 años de edad que sufrió caída y se golpeó el pie derecho hace 2 días. Hace 24 horas observa enrojecimiento en zona de traumatismo. Dolor asociado. No fiebre.

Exploración física: Buen estado general. Herida abrasiva en tobillo. Se observa pápula probablemente por picadura de insecto en cuarto dedo de pie derecho, desde esa pápula y asciende eritema linear doloroso a la palpación.

Con el probable diagnóstico de Eritema tubular postpicadura se inicia tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina/clavulánico a 50mg/kg/ día.

Se cita para ver evolución en 3 días con buena evolución, desaparición de la clínica y el eritema.

Discusión

La linfangitis aguda es la inflamación de los conductos linfáticos debido a causas infecciosas o no infecciosas, la infecciosa es la etiología más frecuente en la edad pediátrica.

La linfangitis se desarrolla generalmente tras la inoculación de un germen a través de la piel. Los gérmenes más frecuentes implicados son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento empírico de elección es amoxicilina-clavulánico por vía oral si el paciente tiene buen estado general. En caso de existir afectación del estado general o mala evolución sería preciso ingreso y administrar el tratamiento vía intravenosa.



Estenosis uretral como causa de disuria en niños.

A. Portilla Morgado,

Residente 3º año MFyC, C.S Zona Centro.

R. Parejo Carranza,

Pediatría Atención Primaria, C.S Zona Centro.

Introducción

La disuria es un síntoma muy común en Atención Primaria que se define como la sensación de dolor o dificultad en la evacuación de la orina. Entre sus causas destacan los procesos infecciosos genitourinarios, así como enfermedades sistémicas, traumáticas, anomalías congénitas, irritantes externos y abuso sexual, entre otras. El diagnóstico está basado en la historia clínica y pruebas complementarias orientadas.

Caso clínico

Presentamos el caso de un niño de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta por dolor intenso durante la micción, con dificultad para iniciar la misma. Estudiado hace 3 años por mismo motivo, realizándose CUMS que fue normal.

Refiere las molestias desde siempre, a veces más intensas, y ocasionalmente, orinas hematóricas.

Ante la persistencia de la clínica se decide repetir el estudio. Se solicitan sedimento y urocultivo, con resultados negativos; ecografía testicular y abdominal normales, y nuevamente CUMS que mostró imagen persistente de estrechamiento de calibre en uretra bulbar, así como imagen de dilatación en uretra prostática y membranosa. Tras estos hallazgos, se remite a cirugía pediátrica. Se realizó cistoscopia terapéutica (electrofulguración de membrana circunferencial). Posteriormente ha precisado varias intervenciones por reestenosis.

Conclusiones

1. Hay que considerar la estenosis uretral entre las causas de disuria en niños, así como ante poliuria, enuresis, hematuria e infecciones recurrentes del tracto urinario.
2. La estenosis de uretra bulbar es relativamente frecuente, normalmente de causa adquirida, tras traumatismos, infecciones o manipulación. El hallazgo de estenosis uretral bulbar sin antecedentes traumáticos o infecciosos previos, hace pensar en etiología congénita, patología infrecuente que hace difícil su diagnóstico y tratamiento.



Lo que hay detrás de un traumatismo en pediatría

L, Jiménez Tejada, I.J Mangas Marín, J. Alfonso Vaquero,
M.A.Cambrón Carmona, J. Ruíz Vázquez, E. Gil Poch, E. del Castillo Navío.
Hospital Materno Infantil de Badajoz- Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivo:

Destacar importancia de la historia clínica y exploración física exhaustiva en pediatría, así como estar siempre alerta ante posibles casos de maltrato, conociendo la forma de actuación ante estas situaciones.

Caso clínico:

Acude a Urgencias niña de 8 años con su madre por traumatismo en brazo izquierdo, con un palo de hockey. Dada de alta descartando fractura.

4 días después reconsulta, con la pareja de su madre, por dolor e inflamación del brazo. La niña refiere traumatismo producido en el colegio, y su acompañante que fue contra un banco.

Inicialmente se observa hematoma e inflamación en antebrazo. En la EF completa se observan múltiples hematomas en diferentes localizaciones en distintos estadios y fractura dental antigua. Escasa higiene.

En Urgencias ante la sospecha de maltrato se decide ingreso y realización de parte de lesiones.

PPCC: Analítica (alteración leve de función renal y CPK aumentada), rx de codo y serie ósea (sin fracturas) y ecografía de brazo (múltiples hematomas).

Durante su ingreso se investigan los factores de riesgo de maltrato que presentan: incongruencias en mecanismo de producción de hematomas, familia desestructurada (no figura paterna, pareja de la madre y un hijo común, no apoyo familiar del entorno) y notificaciones de riesgo previas desde el colegio.

Se realiza Hoja de Notificación de maltrato y se contacta con la trabajadora social. Finalmente se retira de forma provisional la tutela a la madre, ingresando en el Centro de menores a cargo de la Junta.

Conclusiones:

Los pediatras de AP, deben conocer los factores de riesgo de maltrato y tener muy presente la posibilidad de este tipo de casos, ya que ellos son los primeros que lo pueden detectar.

Importancia de la EF completa de los niños, sobre todo cuando existen incongruencias en las historias, ya que si en este caso no se hubiera realizado, podría haber pasado desapercibido un caso importante de maltrato.



Causa poco común de bultoma cervical

L. Jiménez Tejada, ML. Gutiérrez González, B. Ambrojo López, A. Prieto Mayoral, I. Mangas Marín, M.A. Cambrón Carmona, C. Zarallo Reales

Hospital Materno Infantil de Badajoz- Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Introducción

El caso clínico que se presenta pone de manifiesto que se deben conocer las causas más frecuentes de tumoración cervical como es la adenitis infecciosa sin olvidar otras menos comunes como las lesiones congénitas (quiste tirogloso, quistes branquiales), la parotiditis, tumores de parótida, nódulos tiroideos...

Se realiza RMN cervical, pero los hallazgos continúan planteando el diagnóstico diferencial entre adenitis infecciosa o quiste branquial complicado.

Finalmente Cirugía infantil indica exéresis ante tumoración de evolución subaguda/crónica. En el informe de anatomía patológica se confirma que se trata de un quiste de segundo arco branquial.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un niño de 7 años que presenta bultoma cervical izquierdo de un mes de evolución. Al inicio asintomático, pero que progresivamente aparecen signos inflamatorios locales, motivo por el cual desde AP se inicia antibioterapia y se solicitan estudios complementarios. En este tiempo es derivado a urgencias por aumento de la lesión y fiebre.

A la exploración se objetiva tumoración laterocervical izquierda, de aproximadamente 5 cm, gomosa, dolorosa y fluctuante. Sin otros hallazgos.

En analítica aparece leucocitos con neutrofilia, PCR 55.5mg/l. Ecografía cervical informada inicialmente como posible absceso parotídeo, motivo por el cual se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso y descartar otras etiologías.

Serologías, marcadores tumorales, mantoux y hemocultivo, todo negativo. Rx tórax y ecografía abdominal sin hallazgos.

Se repite ecografía tras 48 horas de tratamiento que muestra hallazgos compatibles con quiste branquial complicado. Menos probable adenitis o lesión neoplásica.

Comentarios

Los quistes de la hendidura branquial son lesiones congénitas, poco frecuentes, originadas por un desarrollo embrionario anormal del cuello, que se manifiestan como nódulos blandos y de crecimiento lento, normalmente asintomáticos hasta que adquieren signos inflamatorios por infección del mismo. No es raro que el manejo inicial desde AP sea como el de una adenitis infecciosa, pero que finalmente precise intervención quirúrgica.



Antecedentes familiares como guía diagnóstica de enfermedades poco comunes

CV^a, Acero Cerro, M^aG. De Peralta Alonso, M. Velázquez González, S. Bonilla Fornés, E. del Castillo Navío.

Servicio de Pediatría HMI de Badajoz

Objetivo:

Correlacionar la clínica de un paciente, con sus antecedentes familiares y personales, para el diagnóstico de enfermedades neuromusculares.

Material y métodos:

Revisión de historias clínicas de dos pacientes, hermanos, con una mutación en el gen TANGO 2.

Resultados:

Paciente de 13 años que acude por cuadro de astenia de 10 días de evolución, con dolor en MMII. En la anamnesis, los padres refieren que desde hace tiempo, si hace ejercicio intenso, presenta dificultad para caminar porque “está cansada”.

En la exploración únicamente presenta dolor en la musculatura del cuádriceps, resto normal. Se realiza una analítica donde presenta un aumento de la CPK, LDH y enzimas hepáticas, por lo que se ingresa para hiperhidratación IV. Durante el ingreso desaparece el dolor muscular y la fatiga pero aparece debilidad de la musculatura facial y orofaringe, babeo, facies miopática y disartria con afonía.

Al indagar en los antecedentes el hermano presenta una mutación del gen TANGO 2 (gen autosómico recesivo que produce trastornos clínicos como: retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, epilepsia, arritmia cardíaca, crisis metabólica con rhabdomiolisis y acidosis, hipotiroidismo).

Por lo que se solicita estudio genético para mutación TANGO 2, además de estudio por el resto de especialidades que deben valorar a los pacientes con esta enfermedad.

Al alta presenta mejoría clínica con descenso de los niveles de CPK.

Finalmente se confirma que tiene mutación TANGO 2.

Conclusiones:

Cuando un paciente presenta una clínica inespecífica, de mucho tiempo de evolución, desde atención primaria debemos pensar en enfermedades menos comunes, haciendo una exhaustiva historia clínica y teniendo muy en cuenta los antecedentes tanto personales como familiares del paciente.

Además este tipo de enfermedades, requieren un seguimiento multidisciplinario, y es el pediatra de atención primaria quien acaba englobando la evolución general de los pacientes.



Eritema nodoso en pediatría, una patología no tan infrecuente

J Alfonso Vaquero, MA Cambrón Carmona, J Ruiz Vázquez, L Jiménez Tejada,
MG de Peralta Alonso, P Hurtado Sendín.
Servicio de Pediatría, Hospital Materno-Infantil. Badajoz.

Introducción

El eritema nodoso (EN) es la paniculitis sin vasculitis más frecuente, siendo frecuente en la infancia desde los dos años y afectando equitativamente a ambos sexos. La etiología más frecuente en edad pediátrica es la idiopática (30-50%), seguida de la infecciosa, principalmente por *Mycobacterium tuberculosis*, estreptococo beta-hemolítico grupo A y enteropatógenos como *Salmonella*, *Campylobacter* y *Yersinia*. El diagnóstico es clínico, siendo necesario realizar exploraciones complementarias para identificar la causa.

Caso clínico

Niño de 9 años consulta por fiebre y lesiones en cara anterior de piernas de 5 días de evolución. Refiere antecedente de picaduras en dicha zona. A la exploración destacan lesiones eritemato-violáceas nodulares en región anterior de ambas piernas, induradas, con aumento de temperatura local y dolorosas a la palpación. Se realiza analítica sanguínea (destaca leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda), serologías (CMV, *Toxoplasma*, VEB, VHB), radiografía de tórax, mantoux y estudio de heces. Un test de detección antigénica para estreptococo fue positivo. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico 7 días, reposo y tratamiento antiinflamatorio, con progresiva resolución de las lesiones. No ha presentado nuevos episodios.

Conclusiones

El EN es un proceso de base inmunológica de etiología multifactorial. Salvo los casos de EN migratorio y crónico, las lesiones son autolimitadas y desaparecen en 1-6 semanas, sin ulceración ni dejar cicatriz. En el diagnóstico diferencial del EN se engloban: picaduras de insectos, contusiones, flebitis y otros cuadros más específicos que precisan biopsia para su diagnóstico. Es una entidad frecuente en atención primaria, por lo que hay que conocer su forma de presentación y las pruebas complementarias a realizar para filiar su etiología.



Hematuria macroscópica recidivante, de la angustia al alivio

Autores: Natalia Benegas Vaz, María Jesús González Carracedo, Verónica Serrano Zamora, Carmen Galiano Ávila, Carlota Espejo Díaz.
Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida

Introducción

La hematuria es un motivo frecuente de consulta en pediatría. Cuando se trata de hematuria macroscópica, suele generar gran angustia familiar y aunque la mayoría se debe a procesos benignos y autolimitados, ciertos signos de alarma deben hacernos descartar organicidad y/o enfermedad renal subyacente.

Presentamos el caso de una niña con hematuria macroscópica recidivante. Nuestro objetivo es recordar el diagnóstico diferencial, así como el abordaje de esta patología en la infancia.

Material y métodos

Niña de 8 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, derivada por su pediatra por episodios de hematuria macroscópica de cinco días de evolución, acompañada de leucocituria en tira reactiva. Describían orinas rojas, al final de la micción, sin coágulos. No disuria ni otros síntomas asociados. No referían traumatismo abdominal reciente ni infección cutánea y/o respiratoria previa ni concomitante.

La exploración en urgencias fue normal, incluida la tensión arterial. Se realizó hemograma, coagulación y bioquímica con función renal normales. Sedimento urinario con 140 hematíes/campo y escasa leucocituria. No proteinuria, nitritos, hiper calciuria, cristales ni otros hallazgos de interés.

Resultados

Al tratarse de hematuria macroscópica recidivante se amplió el estudio con ecografía-doppler renal, que advirtió imagen polipoidea avascular de 8 mm en pared vesical, inespecífica. Ante el hallazgo se remite a la niña a Cirugía Pediátrica para cistoscopia exploradora, en la que extraen la pieza completa con histología benigna y diagnóstico de carúncula uretral.

Conclusión

Las causas más frecuentes de hematuria macroscópica en pediatría son infección del tracto urinario, traumatismos e hiper calciuria. Una adecuada historia clínica y exploración física suelen ser suficientes para el diagnóstico etiológico desde atención primaria. Sólo se derivarán al ámbito hospitalario aquellos niños con persistencia del cuadro y/o presencia de signos sugestivos de enfermedad renal subyacente.



Prick test en atención primaria para el diagnóstico de alergia: sí se puede

JJ Morell Bernabé* (a), MT Muñoz de la Montaña** (a); V Villar Galván* (b), MI Morillo Esquinas** (b); MR Hernández Sáez* (c), P Selgas Gutiérrez** (c), MS Perea Ayago** (c); J Pérez Civantos* (d), JJ Gallego Real** (d).

*Pediatra EAP. **Enfermera EAP. (a) CS "Zona Centro", Badajoz; (b) CS de Jerez de los Caballeros (Badajoz); (c) CS "Cerro Gordo", Badajoz; (d) CS de Pueblonuevo del Guadiana (Badajoz).

Numerosas publicaciones y guías de sociedades científicas de alergia internacionales avalan la realización de pruebas cutáneas de alergia (PT) en Atención Primaria (AP) por personal sanitario entrenado. En nuestro país hay Planes de Salud regionales de Asma que también la contemplan.

En el Área de Salud de Badajoz iniciamos en junio de 2018 un pilotaje para la implementación de PT en pediatría de AP en 4 zonas de salud. Analizamos resultados.

Usamos batería estándar de aeroalergenos, pólenes de interés geográfico; leche y huevo. Lancetas específicas para PT. Otro material necesario es de uso común en AP.

Tras formación de los profesionales participantes para establecer criterios de selección de pacientes y sobre realización e interpretación de resultados del PT, ofertamos este servicio previo consentimiento informado de los padres.

Resultados destacados:

Se realiza PT a 104 niños menores de 14 años.

Todas en consulta programada.

El criterio mayoritario para el estudio de alergia con PT fue completar el diagnóstico de asma o rinitis (perenne o estacional) en AP: 85.7% de casos. De ellos, 80% tuvieron resultados positivos, acordes con la historia clínica.

Se realizó estudio con alergenitos alimentarios (leche, huevo) a tres lactantes y un niño de 3 años; todos con resultado negativo.

A ningún paciente se realizó estudio adicional con IgE específica en suero.

Mejor control y consenso sobre derivaciones a servicios hospitalarios.

Conclusiones:

1) El PT es una prueba rápida, sencilla, fiable, segura y de bajo coste, de fácil implantación en AP, previa formación de los profesionales sanitarios implicados.

2) El PT es una herramienta muy útil para confirmar el diagnóstico de alergia en AP. Permite completar el abordaje diagnóstico de asma y/o rinitis alérgica en población pediátrica; el despistaje de casos dudosos; y de los lactantes y preescolares con posible alergia alimentaria.



Lupus eritematoso sistémico en pediatría: la gran simuladora

MA Cambrón Carmona¹, J Ruiz Vázquez¹, J Alfonso Vaquero¹, L Jiménez Tejada¹, Velázquez González M1, CV Zarallo Reales¹, MC Carrasco Hidalgo-Barquero¹, R Parejo Carranza².

1 Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Badajoz.

2 Centro de Salud Zona Centro, Badajoz.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp) es una enfermedad autoinmunitaria, multisistémica y episódica de causa desconocida, caracterizada por la inflamación vascular generalizada y del tejido conectivo. Es más frecuente en mujeres y presenta manifestaciones clínicas muy diversas, pudiendo estar involucrado cualquier órgano. A diferencia de los adultos, el LEsp tiene un peor pronóstico, precisando un tratamiento más agresivo. El diagnóstico se basa en el uso de criterios diagnósticos (ACR/SLICC/EULAR) también utilizados en población adulta.

Caso clínico

Varón de 12 años que acude a su pediatra por presentar, desde hace tres meses, clínica de astenia y pérdida de peso, sin fiebre. A la exploración física destaca buen estado general, rash malar sutil, gingivitis, enantema y aftas orales indoloras. Como antecedente, el paciente tiene una hermana con LEsp en remisión. Por la clínica y el antecedente familiar se realiza un estudio analítico dirigido donde destaca anemia, leucopenia con linfopenia, elevación de transaminasas, hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares (1/2560) y anti DNA positivos. En estudio de orina se evidencia proteinuria en rango nefrótico. Frotis sangre periférica normal junto con serologías (VEB, CMV, VHA, VHB, VHC, VHS, sífilis, parvovirus) negativas. Se diagnostica de LEsp (6/11 criterios ACR 1997; 7/17 criterios SLICC 2012), iniciándose tratamiento intensivo con respuesta favorable.

Conclusiones

El LEsp es una enfermedad de diagnóstico tardío al tratarse de una “gran simuladora” en lo que a manifestaciones clínicas se refiere. Hay que pensar en ella en adolescentes que asocien síntomas generales, exantema, linfopenia y manifestaciones renales; sobre todo si presentan antecedentes familiares. La afectación renal está presente en el 50-80% de pacientes con LEsp, determinando el pronóstico. Los criterios SLICC están recomendados para mejorar la derivación y favorecer el diagnóstico precoz. En este caso, la derivación temprana y coordinada al especialista fue fundamental para un tratamiento precoz, mejorando el pronóstico del paciente.





Urticaria multiforme, una entidad a conocer. A propósito de un caso

M. Velázquez González¹; M.A. Cambrón Carmona¹; S. Bonilla Fornés¹; M.G. de Peralta Alonso¹; C.V. Acero Cerro¹; D. Naranjo Vivas²
1Médico Interno Residente del Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz.
2Pediatra del Hospital Materno Infantil de Badajoz.

Objetivos:

Presentar el caso de un lactante afecto de urticaria multiforme.

Revisar las características más importantes de la urticaria multiforme -infradiagnosticada en la práctica habitual- para saber reconocerla en futuros pacientes y realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un niño de 16 meses que consulta por un exantema extenso con fiebre y prurito asociados. Había completado tratamiento con amoxicilina tres días antes de la aparición del exantema y tomó una dosis de azitromicina el día antes.

A la exploración presenta lesiones habonosas generalizadas de morfología diversa, algunas en diana, con bordes más eritematosos y centro inicialmente claro que posteriormente evoluciona a un color violáceo. Asocia edema de manos y pies, sin afectación palmoplantar ni articular. No lesiones petequiales ni purpúricas. Presenta diarrea y orofaringe hiperémica con vesículas y mucosidad. Se realizan varias pruebas microbiológicas, sin encontrar germen causante. Tratamiento sintomático, con desaparición total de la clínica en 9 días.

Comentarios:

- La urticaria multiforme es típica de lactantes y niños pequeños. Se caracteriza por la aparición de grandes habones anulares de centro violáceo, con

prurito y cuadro febril asociados.

- Es de etiología desconocida, aunque se ha encontrado asociación con algunos virus y bacterias, así como con determinadas vacunas y fármacos.
- Es prioritario realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías a las que se puede asemejar.
- Resaltar la importancia de conocer el curso benigno y autolimitado de este cuadro a pesar de lo alarmante que puede parecer, para evitar ingresos y tratamientos innecesarios.





Úlceras palatinas en recién nacido. A propósito de una entidad poco conocida.

Macías Pingarrón J.A.

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz)

Villar Galván V.

Centro de Salud de Almendralejo (Badajoz)

Romero Salguero A.

Centro de Salud Oliva de la Frontera (Badajoz)

Introducción

En el diagnóstico diferencial de las aftas bucales en recién nacidos se deben incluir las de origen infeccioso (estomatitis herpética aguda) o autoinmune (Behçet, LES), pero también es preciso conocer la entidad que se expone para evitar la realización de estudios complementarios innecesarios.

Caso clínico

Presentamos a un recién nacido de 5 días de vida que, durante primera revisión rutinaria, se detectan dos úlceras bucales en el tercio posterior del paladar duro, de bordes hiperémicos sobreelevados y fondo grisáceo sin exudado. No refiere irritabilidad ni fiebre. Toma exclusivamente lactancia materna.

Como antecedentes, destacaba un embarazo controlado, padeciendo SARS-CoV-2 en el último trimestre. Parto eutócico a término con peso al nacer de 3810 g.

Se realiza analítica sanguínea y cultivo de la lesión.

La ausencia de fiebre, el buen estado general del recién nacido y la negatividad de las pruebas complementarias, unidos a la resolución espontánea del cuadro a los pocos días, nos permitieron llegar a este diagnóstico.

Conclusiones

El diagnóstico para nuestro caso fue de úlcera traumática, más conocida como úlcera de Bednar.

La descripción de esta entidad es escasa en la literatura actual.

La fisiopatología de esta entidad se desconoce, pero se ha relacionado con el efecto traumático de la tetina del biberón y/o chupetes no ortodóncicos durante la lactancia.

Clínicamente, puede pasar desapercibida como en nuestro caso o producir dolor e irritabilidad en el recién nacido.

El diagnóstico diferencial más importante es el infeccioso.

No precisa de tratamiento salvo corregir la posición de las tomas, ya que la evolución habitual es hacia la mejoría espontánea.



Sobredosificación de vitamina D: ¿somos capaces de detectarla?

A. González García, MM. Boticario Villarroya.
Centro de Salud de Trujillo (Cáceres)

Introducción

El déficit de vitamina D se ha asociado clásicamente con el raquitismo en niños, pero se ha demostrado que puede estar implicado en numerosas enfermedades, por lo que existe consenso en la recomendación de administrar 400 UI al día durante el primer año de vida. Aunque su margen terapéutico es amplio, debemos recordar siempre que existe riesgo de sobredosificación.

Presentamos dos casos de sobredosificación accidental de vitamina D.

Descripción de los casos clínicos

Caso 1:

Lactante de 5 meses, con antecedente de prematuridad (32 semanas), en la que se detectan de forma casual en control analítico valores de calcio de 11,1 mg/dl y 25-hidroxivitamina D de 82,5 ng/ml. No presenta ningún síntoma. Alimentada con lactancia materna exclusiva. La madre le está administrando 600 UI/día (3 gotas de vitamina D 10000 UI/ml) y, además, ella toma suplemento multivitamínico con calcio y vitamina D.

Se realiza estudio analítico orientado completo y se decide retirar suplemento de vitamina D a la lactante y sustituir el de la madre, realizándose controles analíticos sucesivos con normalización de los valores de calcio y 25-hidroxivitamina D sin repercusión clínica.

Caso 2:

Lactante de 2 meses, asintomático, en el que se detecta en revisión rutinaria un error en la administración de vitamina D, ya que le están administrando 1200 UI/día (6 gotas de vitamina D 10000 UI/ml) desde hace 20 días. Alimentado con lactancia mixta. En analítica se objetivan valores de calcio de 10,7 mg/dl y 25-hidroxivitamina D de 72,6 ng/ml.

Se decide retirar suplemento de vitamina D y se realizan controles analíticos periódicos, comprobándose descenso de calcemia y 25-hidroxivitamina D sin repercusión clínica.

Conclusiones

Aunque la intoxicación por vitamina D es un cuadro poco frecuente, puede tener importantes consecuencias debido a la hipercalcemia secundaria.

Existen varios preparados comerciales con concentraciones diferentes de vitamina D, por lo que es fundamental explicar adecuadamente su dosificación y supervisar su correcta administración.



Síndrome 47, XYY: a propósito de un caso de talla alta

Da Silva Cecilio Marques Ramos, L. F. a, Parejo Carranza, M. R. b

a) Residente del 2 año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Zona Centro, Badajoz. b) Pediatra, Centro de Salud Zona Centro, Badajoz

Introducción

Se define talla alta como una altura mayor de 2 DE para la media de la misma población y sexo. Entre las patologías asociadas con esta entidad se encuentran las anomalías sexuales cromosómicas como el Síndrome XYY.

Objetivo

Describir las características clínicas de un paciente con Síndrome XYY.

Material y Métodos

Paciente de 7 años, que acude a consulta por patología banal apreciándose talla alta ($P > 97$). Antecedentes personales: Embarazo controlado, con amenaza de parto prematuro a las 33 semanas. Parto eutócico a las 40 semanas, con 3920 g y 54 cm y APGAR 8/9. En todos los controles de salud desde el nacimiento talla alta ($P > 97$). Trastorno del lenguaje que precisó logopedia.

Antecedentes familiares: Padre con talla de 177,7 cm (P50) y madre con talla 162,5 cm (P40). Talla diámana 176,5. Hermano de 11 años, 1,42 cm (P25)

En la exploración física destaca talla de 141,5 cm ($P > 97$), peso 35,4 kg (P97), y bolsas escrotales poco desarrolladas con teste derecho no palpable.

Resultados

Los resultados de hemograma, bioquímica y estudio hormonal fueron normales para su edad. Por radiografía se estimó una edad ósea entre 8,5 (G-P) años y en la ecografía se observó criptorquidia derecha. El cariotipo confirmó Síndrome 47, XYY.

Conclusiones

1.-El fenotipo del síndrome 47, XYY no es completamente conocido. La talla alta es el rasgo más frecuente.

2.-El Síndrome 47,XYY debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de talla alta y, caso se confirme, realizarse un seguimiento cuidadoso debido a sus potenciales complicaciones.

Bibliografía

Argente J, Sotos JF. Hipercrecimientos. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019;1:107-23.

Jo WH, JUNG MK, Kim KE, Chae HW, Kim DH, Kwon AR, Kim HS. M. XYY syndrome: a 13-year-old boy with tall stature, *Ann Pediatr Endocrinol Metab* 2015;20:170-173

Bardsley, M Z, Kowal, K, Levy C, Gosek A, Ayari, N, Tartaglia N, Lahlou N, Winder B, Grimes S, Ross JL. 47,XYY Syndrome: Clinical Phenotype and Timing of Ascertainment. *J Pediatr.* 2013 October ; 163(4): 1085–1094. doi:10.1016/j.jpeds.2013.05.037

Gonzales D, Zúñiga O. Talla Alta, Síndrome XYY: presentación de un caso. *ActaPediátrica Hondureña*, Vol.3, No.2/Octubre2012-Marzo2013

Kim IW, Khadilkar AC, Ko EY, Sabanegh, ES. 47,XYY Syndrome and Male Infertility. *Rev Urol.* 2013;15(4):188-196

Souza, FC, Dummer, CD, Piana, MD, Iacono Borba, B, Lopes Peixoto, J. Síndrome 47,XYY. *AMRIGS*, Porto Alegre, 58 (2): 147-149, abr.-jun. 2014

Joseph L., Farmer C., Chlebowski C., Henry L., Fish A., Mankiw C., Xenophontos A., Clasen L., Salus B., Seidlitz J., Blumenthan J., Torres E., Thurm A., Raznahan A. Characterization of autism spectrum disorder and neurodevelopmental profiles in youth with XYY syndrome, *Journal of Neurodevelopmental Disorders* (2018) 10:30



Uso de corticoides tópicos en niños con fimosis ¿qué dice la evidencia científica?

Espejo Moreno R¹, Ruiz-Canela Cáceres J²

¹C.S Urbano 1 (Mérida); ² C.S. Virgen de África (Sevilla)

*Objetivo: realizar una revisión sistemática en la literatura que permita evaluar la eficacia de los corticoides tópicos en el tratamiento de la fimosis infantil.

*Métodos: búsqueda bibliográfica de ECA,s y RS sobre el uso de corticoides tópicos en niños con fimosis en las principales bibliotecas digitales (Medline, Tripdatabase, Crochrane) realizados en los últimos 20 años.

*Resultados: se analizaron 4 revisiones sistemáticas con un total de 17 estudios incluidos y 2352 pacientes, con una elevada heterogeneidad entre ellos. Gran variabilidad entre los tipos de corticoides utilizados, así como de su frecuencia de administración y la duración del tratamiento. Todos concluyen que el tratamiento con corticoides es efectivo para la resolución de la fimosis de forma estadísticamente significativa, pero con un nivel de evidencia científica bajo debido a deficiencias metodológicas de los estudios incluidos.

*Conclusión: los corticoides tópicos parecen ser una alternativa efectiva para tratar niños con fimosis, aunque la baja calidad científica de los estudios existentes impiden recomendarlo con un alto grado de evidencia. Y, aunque aún existen controversias entre los diferentes tipos y dosis de corticoides a utilizar, estos podrían establecerse como primera línea de tratamiento, siendo una opción segura y eficaz antes de realizar una circuncisión.



Escabiosis, ¿una infección frecuente?

EM. Ortega Rodrigo¹, M García Reymundo¹, C Galiano Ávila¹, V Serrano Campos¹, N Benegas Vaz¹.

¹Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida.

Objetivos

El objetivo de presentar este caso clínico es recordar una ectoparasitosis que se contagia por contacto directo de piel con piel y, a veces, a través de fómites o por contacto con animales infestados. Es importante hacer hincapié en ella, ya que existe un tratamiento eficaz y seguro contra esta entidad.

Material y métodos

Lactante de dos meses de vida, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta en el servicio de urgencias hospitalarias por presentar exantema maculopapular, vesiculo-costroso, pruriginoso y generalizado de dos semanas de evolución. Niegan cuadro catarral previo, fiebre y animales domésticos en domicilio. La madre refiere que el resto de convivientes presenta lesiones similares.

En la exploración física se objetivan pápulas, pseudovesículas y nódulos generalizados y surcos y pápulas acarinas en eminencias hipotenares, Resto sin alteraciones.

Resultados

Se instaura tratamiento con permetrina 5% en crema, realizando primer ciclo durante 8-14 horas y repitiendo la misma pauta 7-10 días después. Se aconseja administrar simultáneamente a todos los convivientes y lavar vestimenta, toallas y ropa de cama en lavadora con programa de agua caliente (>60°C) o mantenerlas en bolsa sellada durante 5-7 días.

Se programa cita para revisión 2 semanas después, donde se visualiza exploración física con lesiones de menor número, intensidad y prurito.

Conclusiones

La escabiosis es una consulta dermatológica frecuente en atención primaria. Una buena historia clínica y exploración física son suficientes para su diagnóstico. Es primordial realizar un tratamiento adecuado del caso índice y de sus contactos (a pesar de estar asintomáticos), ya que su periodo de incubación es de 1 a 3 semanas.



Ampollas en las manos: por fin veo la luz

M.C. Lechón Caballero, M.M. Rodríguez Lima, J. Polo Moreno, M. Torres Díaz, L. Panduro Romero.
Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Badajoz.

Objetivo:

Importancia de realizar una anamnesis correcta y dirigida para el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas.

Material y métodos:

Revisión de un caso clínico.

Resultados:

Paciente de 5 años que acude a consulta por aparición de microvesículas pruriginosas no dolorosas en los dedos de ambas manos de 24 horas de evolución. Afebril, buen estado general, resto de la exploración normal. Sin antecedentes personales de interés. Ante la sospecha inicial de eccema dishidrótico o eccema de contacto, se pautó antihistamínico oral y corticoide tópico. La paciente reconsulta a las 24 horas por evolución desfavorable de las lesiones con aparición de ampollas de contenido claro sobre base eritematosa. Al indagar en la historia, los padres refieren que el día que aparecieron las primeras lesiones la paciente había estado jugando en el parque con plantas al sol. Valorado por Dermatología, se confirma el diagnóstico de fitofotodermatitis, se añadió al tratamiento compresas frías para aliviar los síntomas y corticoides orales con buena evolución de las lesiones en las siguientes 3 semanas.

Conclusiones:

Las fitofotodermatitis son las reacciones fototóxicas más frecuentes en pediatría. Se desencadenan por contacto con plantas que contienen psoralenos, sustancias sensibilizantes que se activan por la acción de la radiación ultravioleta, presentes en plantas como la higuera, el limonero, el naranjo, ... Esto ocurre al entrar en contacto los psoralenos con la piel mojada (por baño o sudor). Comienza con una erupción cutánea en las siguientes horas al contacto sobre la que pueden brotar ampollas y evolucionar a hiperpigmentación durante varias semanas. El diagnóstico es clínico: ante la aparición de lesiones vesiculoampollosas en zonas fotoexpuestas, típicamente en primavera o verano, es importante realizar una anamnesis dirigida y considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de las lesiones ampollosas.



Vacunas no financiadas: más allá de los calendarios oficiales de vacunación

O. Martín López.

Enfermero; Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria; Especialista en Enfermería Pediátrica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

T. Nieto Hernández.

Enfermera.

C.S. La Paz. Badajoz

Introducción:

Fuera de los calendarios oficiales de vacunación, la evolución científico-sanitaria, desarrolla nuevos productos, que son considerados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) como complementarias, siendo conocidas como vacunas no financiadas. Son vistas como “algo nuevo”, generando dudas.

Objetivos:

- Revisar el papel de los profesionales en las vacunas no financiadas.
- Presentar las hojas informativas elaboradas para garantizar la información sobre vacunas no financiadas.

Metodología:

Revisión bibliográfica de documentos científicos relacionados con la vacunación pediátrica y la APS en nuestro país.

Desarrollo:

Los documentos coinciden en el papel protagonista de la educación sanitaria en el éxito de la vacunación, sin hacer diferencia entre vacunas financiadas y no financiadas.

El equipo pediátrico, se encargará de suministrar a los padres información completa y entendible sobre las vacunas que pueden recibir sus hijos, incluyendo todas aquellas autorizadas e indicadas, financiadas o no por el SNS.

Con estas premisas, presentamos los documentos realizados para garantizar el derecho de información de las familias sobre las vacunas no financiadas en la infancia y adolescencia, incluyendo las recomendaciones frente a Rotavirus; Meningococos A,B,C,W e Y; y Virus del Papiloma Humano en varones.

Conclusiones:

- La educación sanitaria es la mejor herramienta para el éxito de la inmunización.
- La información sobre las medidas preventivas disponibles es un derecho de los usuarios del SNS, incluyendo todas las vacunas, sean o no financiadas por el SNS.
- Es tarea de todos los profesionales del equipo sanitario de pediatría (enfermería y medicina), tanto de atención primaria como hospitalaria, garantizar esta información.
- Por el papel preventivo de la APS, es el lugar idóneo para la educación sanitaria a las familias en relación a las vacunas existentes.
- Los documentos elaborados sobre la vacunación no financiada, intentan resolver las dudas de las familias y garantizar una información contrastada y verídica.



Alteración de la conducta en adolescente

L. Panduro Romero, S. Álvarez Arroyo, M. Delgado Cardoso, M. Roco Rosa, J. Polo Moreno, J.A. Melitón Carrasco.

Servicio de Pediatría del HMI Badajoz
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil Badajoz

Introducción

Presentamos el caso de un adolescente de 14 años, con sospecha de TDAH sin tratamiento farmacológico, que consulta en su Centro de Salud por cambio agudo en el comportamiento de una semana de evolución detectado por sus padres. Su Psicóloga constata un cambio conductual severo, y solicita valoración urgente para descartar alteración orgánica.

Caso clínico

Relatan un cuadro de apatía/decaimiento con disminución de la comunicación, bradilalia y bradicinesia. No muestra interés por ninguna de sus aficiones. En el colegio tanto compañeros como profesorado lo han notado distante. Al interrogar al paciente este dice encontrarse bien.

A la EF destaca bradicinesia generalizada, hipomimia facial, bradipsiquia y bradilalia. Resto de exploración neurológica y física sin hallazgos.

Llama la atención durante la hospitalización aparición de rituales de orden que no presentaba anteriormente, así como conducta evitativa, con rechazo a ver su propia imagen en los espejos.

Se solicitan PPCC que descartan infección, masa tumoral, disfunción hormonal, intoxicación, trastorno autoinmune y alteración eléctrica cerebral.

Resultados

Al descartarse la organicidad como causa del cuadro, es valorado por Psiquiatría, y, bajo la sospecha de un componente ansioso extremo que pudiera estar produciendo un bloqueo en el paciente, se pauta inicialmente tratamiento con hidroxicina. Ante la no mejoría, posteriormente se reajusta el tratamiento cambiando a olanzapina, dirigiéndolo a un componente psicótico del cuadro, con respuesta parcial. Paralelamente recibe tratamiento con psicoterapia. Pendiente de valorar evolutivamente para filiar la patología concreta.

Discusión

Ante un cambio significativo de la conducta en un niño o adolescente, particularmente de inicio agudo/subagudo, debe realizarse un diagnóstico diferencial que descarte causas orgánicas potencialmente graves (infecciones, tumores...), pero sin olvidar una posible causa psiquiátrica, que requerirá una valoración adecuada, y un seguimiento estrecho posterior en Salud Mental y Atención Primaria.



Causa de síndrome de dolor musculoesquelético crónico

M. Torres Díaz, CV. Zarallo Reales, M. Velázquez González, MC. Lechón Caballero, JA. Melitón Carrasco, L. Panduro Romero.
Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil Badajoz.

Introducción

El Síndrome de Hiperlaxitud Articular Benigno se caracteriza por presentar hipermovilidad articular y síntomas clínicos derivados de esa hipermovilidad, sin encontrar otra causa que justifique el dolor.

Caso clínico

Niña de 11 años con artralgias y dolor difuso de predominio en extremidades superiores, junto con tumefacciones leves intermitentes, de horas de duración, de codos, dedos y muñecas, de 1 año de evolución. No luxaciones. Refiere empeoramiento con el ejercicio, y sobre todo cuando realiza baile. Es derivada a reumatología pediátrica por sospecha de Artritis Idiopática Juvenil.

A la exploración física presenta criterios Beighton de hiperlaxitud articular (6/9 puntos): aposición de ambos pulgares sobre la cara volar del antebrazo, hiperextensión pasiva del 5º dedo de ambas manos > 90°, hiperextensión de ambos codos > 10°. No hiperextensión de rodillas. No toca el suelo con las palmas manteniendo las rodillas en extensión. Resto de la exploración normal.

Presenta artralgias de más de 3 meses de evolución en varias articulaciones, pudiendo diagnosticarla, según los criterios de Brighton, de síndrome de hiperlaxitud articular benigna (descartando otras enfermedades).

Estudio analítico completo normal. Valorada por Cardiología, normal.

Como tratamiento se recomendó evitar actividades físicas que empeoren el dolor y microtraumatismos, e incluso puede ser útil el vendaje y el tratamiento intermitente con antiinflamatorios. Actividades que mejoren el tono y la potencia muscular, como natación, se han demostrado efectivas.

En revisiones, presenta mejoría clínica, con limitación de actividades físicas.

Comentarios

El dolor musculoesquelético es muy frecuente en niños y adolescentes, siendo causa habitual de consulta médica. Una buena anamnesis, junto con una exploración física adecuada que incluya los signos de hiperlaxitud articular, han demostrado ser de clara importancia para llegar al diagnóstico de este síndrome. Hay que hacer un adecuado diagnóstico diferencial con determinadas enfermedades hereditarias del tejido conectivo (síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan...).





Edema agudo hemorrágico del lactante

M. Torres Díaz, CV. Zarallo Reales, M. Rivas Medina, M. Roco Rosa, J. Polo Moreno, JA. Melitón Carrasco.
Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Badajoz.

Introducción

El edema agudo hemorrágico del lactante es una vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso que afecta característicamente a los lactantes. Su etiología es desconocida, pero frecuentemente se asocia a infecciones o fármacos. Su evolución es favorable y sin secuelas, resolviéndose en pocas semanas con tratamiento sintomático.

Durante el ingreso, se aprecia evolución de la morfología de las lesiones a forma anular en medallón o escarapela, permaneciendo afebril en menos de 48 horas. Se completa estudio con ecografía abdominal (normal), serologías virales y PCR de virus respiratorios negativos. Se aprecia clara mejoría al 4º día, siendo dada de alta. Control posterior a la semana en consultas de reumatología pediátrica, con desaparición completa de lesiones sin secuelas.

Caso clínico

Niña de 22 meses, sana, con lesiones cutáneas de inicio agudo y rechazo de la deambulación. Recibió tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral durante 6 días por otitis media aguda.

A la exploración presenta buen estado general, fiebre 38,3°C, pápulas y placas edematosas purpúricas y equimóticas polimorfas con distribución simétrica, en extremidades, tronco, genitales y región facial (incluidos pabellones auriculares) que confluyen, con afectación palmo-plantar. Asocia edema de manos y pies, con leve tumefacción malar. Resto de exploración física normal.

Se realiza analítica donde destaca discreta leucocitosis, trombocitosis y leve elevación de reactantes de fase aguda (PCR 15,6 mg/l). Orina negativa. Test Ag SARS-CoV 2 negativo.

Comentarios

Dado que tiene un curso benigno y autolimitado, un diagnóstico clínico adecuado evitaría ingresos y pruebas complementarias innecesarias, precisando únicamente seguimiento ambulatorio con tratamiento sintomático. Es importante diferenciarla de otras vasculitis, principalmente de la Púrpura de Schönlein-Henoch.





Síndrome de Alicia en el país de las maravillas. No todo es cuento

MP Leo Canzobre.

Pediatra EAP Ciudad Jardín. Badajoz.

Objetivo

El Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas (SAPM) fue descrito por primera vez en 1952 por Caro Lippman y recibió su nombre en 1955 por John Todd.

Se trata de un trastorno neurológico infrecuente en el que se producen alteraciones de la percepción visual como distorsión de la forma (metamorfopsia), del tamaño (micropsia o macropsia) y la situación espacial (teleopsia) de los objetos.

Su patogenia es aún desconocida y se han descrito múltiples causas como desencadenantes. Entre las más frecuentes destacan algunas infecciones sobre todo víricas, migraña, epilepsia, determinados fármaco o intoxicaciones por drogas alucinógenas.

Material y métodos

Se presenta el caso clínico de un varón de 9 años que refiere desde hace varios meses episodios de varios minutos de duración en los que presenta micropsia, macropsia, metamorfopsia y teleopsia. Asocia síntomas vegetativos y en algunas ocasiones presenta cefalea. Niega toma de medicamentos.

Antecedentes personales: Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* y Síndrome de Steven Johnson hace 4 años.

Posible migraña con aura hace 2 años..

Antecedentes familiares: Madre migraña con aura.

Resultado

La exploración física, incluida la neurológica, es normal.

Se realiza analítica con hemograma y bioquímica que son normales y serología Ig G e IgM para diferentes virus, presentando Ig G positivas para *Mycoplasma* y *Coxsackies A* y B.

Están pendientes de realizar Electroencefalograma y valoración por Neurología infantil.

Con los datos de la historia clínica y las pruebas realizadas, lo más probable es que este caso esté en relación con una forma de migraña con aura.

Conclusiones

Aunque el SAPM es infrecuente y normalmente de naturaleza benigna es importante conocerlo dada la alarma que produce en quien lo padece y sus familiares.



¿Acroisquemia o perniosis en niños en tiempos covid?

V. Serrano Zamora¹, B Gutiérrez Puertas², C Galiano Ávila¹, N Benegas Vaz¹, EM Ortega Rodrigo¹, S Sánchez Gonzalo³

¹Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida. ² Medicina Familiar y Comunitaria, Mérida ³ Pediatría Centro de Salud Mérida Norte, Mérida.

Objetivo

La dermatología supone hasta un 30% de las consultas de Pediatría de Atención Primaria. La situación epidemiológica actual con la pandemia por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), ha provocado el estudio de sus manifestaciones clínicas, como la acro-isquemia aguda. En este contexto, se han detectado en la consulta de Primaria, en un corto periodo de tiempo, varios casos de lesiones cutáneas en edades entre la preadolescencia y adolescencia. Presentamos estos casos por su curiosa agrupación, considerando la situación epidemiológica, así como para aportar información sobre estas lesiones para su manejo desde la consulta.

Material y métodos

Varón de 13 años que consulta por lesiones cutáneas hacía 11 días, inicialmente una micropápula en dedo del pie y posteriormente extendiéndose al resto de dedos y talón, coloración rosada-violácea, sin sangrado, picor ni dolor. No otros antecedentes. Se sospecha una vasculitis reactiva acra a probable proceso viral. PCR SARS CoV2 negativa.

Mujer de 12 años que consulta por erupción en talones y dedos de los pies, que aumentan y confluyen, tornándose violáceas sobre base eritematosa, sin sangrado ni dolor, leve prurito, no blanquean a la vitropresión, no edema. No otros antecedentes. Compatible con vasculitis tardía a infección vírica. PCR SARS CoV2 negativa.

Ambos casos se tratan con antiinflamatorios y corticoides tópicos, con mejoría progresiva en los siguientes 7-10 días.

Resultados/Conclusiones

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de trastornos que producen inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos, de causa primaria o secundaria y pueden ser de difícil diagnóstico.

La perniosis forma parte de estas entidades, producida por el frío. Están descritas lesiones acroisquémicas perniosisiformes tardías asociadas a procesos virales. Actualmente, coincidiendo con la pandemia por COVID-19, han aumentado el número de casos de lesiones perniosisiformes en pediatría sin infección activa por COVID-19. Ante estos hallazgos, es importante conocer estas lesiones para su manejo, así como para su estudio ante la posible relación con este virus.



Sobre la salud mental y estado emocional de nuestros menores en tiempos de covid

JJ Morell Bernabé* (a), S Álvarez Arroyo** (b).

*Pediatra EAP. **Psicóloga clínica. (a) CS "Zona Centro", Badajoz; (b) Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Badajoz.

Resultados preliminares de un estudio dirigido a evaluar la repercusión de la pandemia en la salud emocional y psíquica de las niñas, niños y adolescentes de nuestro entorno.

Hace un año que los menores fueron autorizados a salir de sus casas tras el período de confinamiento del primer estado de alarma. Desde entonces, han tenido muchos cambios en estilos de vida, hábitos y costumbres en el entorno familiar, escolar y social; también en lo que escuchan y viven a diario en relación con la pandemia, el coronavirus y sus consecuencias.

Elaboramos un cuestionario con 36 ítems para valorar cambios en patrones de salud, estado emocional y conductual de niños y niñas de entre 3 y 16 años, a lo largo del último año. Durante el tiempo de pandemia vinculamos al 80% de las familias de nuestro cupo a través de su dirección de email; aprovechamos este canal para solicitar su participación.

Resultados destacados:

1. Cambios en patrones de salud. Con síntomas duraderos o frecuentes (>1m) de: dolor abdominal (16%); cefalea (15%); problemas de sueño (27%); sobrepeso (21%); cambios en hábitos alimentarios (26%). Disminución de actividad física (49%); tiempo excesivo de pantallas (47%); aumento uso de redes sociales (23%).

2. Cambios emocionales persistentes: dificultad de concentración (12%); inquietud (14%); apatía (14%); tristeza (5%); miedo (10%); ansiedad (3%); aisla-

miento (6%). Acoso escolar en 7 casos (4%).

3. A nivel conductual ha habido episodios de: irritabilidad (73%); ira (45%); conductas desafiantes (45%). Y 7 casos con autolesiones: 5 daños corporales (3 cortes, 2 golpes), 1 trastorno de conducta alimentaria y 1 caso de intento de suicidio.

Conclusión: Hay consecuencias en la salud mental y bienestar emocional de la población infantil y adolescente derivadas de la situación actual de pandemia de COVID-19; constatando cambios a nivel emocional y conductual de mayor severidad y persistencia.



Tricobezoar gástrico en paciente escolar

M Roco Rosa; ML Gutiérrez González; MC lechon Caballero; CV Acero Cerro
Servicio de pediatría, Hospital Materno Infantil Badajoz.

Introducción

Un bezoar es un acumulo de sustancias orgánicas exógenas dentro del tracto gastrointestinal. El tricobezoar es la acumulación de cabello, en los segmentos más proximales (estómago) e incluso más allá de éste (Síndrome de Rapunzel).

Caso clínico

Niña de 8 años en seguimiento por su Pediatra de Atención Primaria por palpar una masa de consistencia dura en epigastrio e hipocondrio derecho que cruza la línea media. Asocia anemia ferropénica. Se solicitan dos ecografías abdominales que descartan hepatomegalia y lesiones focales hepáticas, sin visualizar ninguna masa.

Tras año y medio de seguimiento, es derivada al Servicio de Urgencias Pediátricas del HMI, para valoración de dolor abdominal periumbilical tipo cólico leve y epigastralgia de dos semanas de evolución, asociando vómitos alimenticios con sensación de plenitud precoz tras la ingesta y disminución del apetito. Refería pérdida de peso de 1 kg en dicho tiempo. No hábito estreñido habitual. Sin otra clínica asociada.

Se palpa masa abdominal definida, no dolorosa, en epigastrio y en flanco izquierdo que llega hasta línea media clavicolar, mate a la percusión. Resto de exploración sistemática normal.



En TAC abdominal se objetiva bezoar gástrico gigante. Se practica laparotomía y se extrae tricobezoar.

Se valora estado nutricional. Presenta hipoproteínea, hipoalbuminemia, hipofosforemia, ferropenia y ácido fólico bajo, iniciándose pauta de alimentación progresiva y suplementación con hierro, ácido fólico y batidos hipercalóricos normoproteicos.

Valorada por Psiquiatría Infantil descartando componente ansioso-afectivo que justifiquen la tricotilomanía y recomendando seguimiento en consulta.

Conclusiones

Los tricobezoares son entidades raras. Suelen ocurrir en mujeres adolescentes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, saciedad temprana y los relacionados con la anemia. El gold standard es la endoscopia, pero no siempre permite la extracción. Es fundamental el tratamiento multidisciplinario de los pacientes, para abordar el componente psicoemocional subyacente, disminuyendo el riesgo de recidivas.

