

Del diagnóstico de ingreso al diagnóstico definitivo. Abordaje integral del adolescente ingresado

M. Magaña Hernández

Coordinadora de la Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

DATOS DE FILIACIÓN. MOTIVO DE INGRESO

Adolescente varón de 14 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil, por segunda vez en la misma semana, en ambos casos acompañado por su padre.

Refiere que durante el último mes, tiene sensación de mareo, de predominio por las mañanas, sin pérdida de conciencia ni otros síntomas valorables. Nunca le había pasado nada semejante. Está consciente y orientado. Ingresa para estudio etiológico.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hasta hace un mes ha vivido con su padre (45 años) y su madre (42 años). Hijo único. Vivienda urbana.

El padre es pensionista desde antes de los 30 años, por accidente con traumatismo en EID al caerse de un bus. Sigue tratamiento psiquiátrico por trastorno de la personalidad, desde hace muchos años.

La madre, sana, trabajadora de limpieza, por cuenta ajena, abandonó el domicilio un mes antes, a media noche tras una discusión de pareja, muy habitual. No han vuelto a saber nada de ella, a pesar de haber interpuesto denuncia en la policía por abandono de domicilio familiar.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo controlado, parto a las 39 semanas.
- Exploración al nacimiento: Peso 3.100 g. Talla 48 cm. PC, 36 cm. Buen tono y vitalidad. ACP: soplo sistólico II-III/VI, pulsos normales, ventilación pulmonar normal.
- Resto exploración física y neurológica normal.

INGRESOS ANTERIORES

1. Cardiología a los tres días de vida: CIV+CIA, con seguimiento en Consultas hasta los cuatro años y alta cardiológica.
2. Unidad de Lactantes al mes de vida: retraso pondero-estatural, distrofia, anemia ferropénica y gran distensión abdominal.
3. Estudio y seguimiento en consultas en Hematología.
4. Cirugía pediátrica: enfermedad de Hirschprung intervenida (resección y sutura a 3 cm del ano), con evolución normal.

EXPLORACIÓN AL LLEGAR AL SERVICIO DE URGENCIAS (14 AÑOS)

- Peso: 52 kg; Talla: 162 cm; IMC: 19,6; TA: 100/60; Temperatura: 36,5 °C; Frecuencia cardiaca: 64 lat/minuto. BEG, NC y NH; Otoscopia: normal; Orofaringe: normal.
- ACP: normoventilación bilateral, sin soplos. Abdomen blando, depresible, sin megalias, se palpan fecalomas en FII. Desarrollo puberal: III Tanner. Resto: normal.
- Neurológico completo: normal.

UNIDAD DE ADOLESCENCIA: ENTREVISTA CLÍNICA CON EL ADOLESCENTE

En la historia clínica específica del adolescente se objetiva:

- Actitud personal de autocontrol, falta de expresividad emocional, desconfianza, buen nivel intelectual y madurez en las respuestas, excesiva corrección con dificultad para verbalizar emociones, alexitimia.
- Expresión expectante y alerta. Utiliza un discurso aprendido y repetitivo siempre dirigido contra su madre, a la que culpa de todo lo que le pasa. Añade que con frecuencia se siente cansado y triste y le gustaría cambiar las relaciones con su madre.
- Aceptables resultados escolares. Cursa tercero de ESO en un colegio público.
- No realiza deporte alguno ni otras actividades extraescolares ni sociales.
- Refiere no relacionarse con sus iguales fuera del colegio, ni tener otras relaciones personales y/o socio-familiares.
- Trastornos del sueño de segunda fase.
- Se observa ambiente socio-familiar psicopatológico de alto grado, así como maltrato psicológico continuado interfamiliar por parte del padre principalmente hacia la madre.

ABORDAJES ORGÁNICO, PSÍQUICO Y SOCIAL

Diagnóstico orgánico

- **Primer diagnóstico: ANEMIA FERROPÉNICA** con intensa ferropenia por posible hemorragia. Estudio sangre oculta en heces (+++)
 - Diagnóstico diferencial:** E. inflamatoria intestinal, neoplasia, TBC, amebiasis, enfermedad venérea, ulceraciones por medicación rectal, abuso sexual prolongado, yatrogenia. El diagnóstico definitivo, se realiza por sigmoidoscopia y biopsias.
- **Segundo diagnóstico: ÚLCERA RECTAL SOLITARIA Enfermedad rara benigna de colon y recto**, por desorden de la evacuación, causada por contracción paradójica del músculo pubo-rectal y/o por prolapso rectal interno (68%), en el momento de la defecación de forma continuada en el tiempo. Como consecuencia, se produce daño en la mucosa con predisposición a isquemia y ulceración (57%), eritema (18%), alrededor de un pliegue rectal. Estreñimiento: 55%; Diarrea: 30%; Asintomáticos: 25%.
 - En un 40% se han descrito problemas psicológicos: neurosis de ansiedad, depresión, TOC, psicosis.** Incidencia 1/100.000 (estudio de Irlanda del Norte).

Solo hay algunos casos publicados en niños y adolescentes.

Cirugía general: NO tratamiento quirúrgico por excesiva agresividad y resultados prácticos dudosos.

SI tratamiento conservador, sintomático y autoeducación de higiene digestiva y pautas de alimentación.

- **Tercer diagnóstico:** ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO.

Diagnóstico psicosociales

En colaboración con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil:

- a) Ansiedad generalizada.
- b) Maltrato psicológico prolongado en medio intrafamiliar.
- c) Sospecha de abuso sexual.
- d) Desestructuración afectiva materno-filial.
- e) Trastorno del sueño de 2ª fase.
- f) Depresión reactiva con componentes somáticos.
- g) *Síndrome de alienación parental*, se da cuando un progenitor respecto al otro:
 - Impide el derecho de convivencia con sus hijos.
 - Lo desvaloriza e insulta en presencia del menor, con constantes discusiones de pareja.
 - Implica al entorno familiar propio y a los amigos en el ataque.
 - Ridiculiza constantemente los sentimientos de los hijos hacia el otro progenitor.
 - Premia las conductas despectivas y de rechazo hacia el otro progenitor.
 - Manipula y asusta a los hijos con mentiras.
 - Aisla a los hijos de las relaciones sociales y de la otra familia.

- Siempre se muestra como víctima ante los hijos.
- Puede ocurrir indistintamente por parte de uno u otro progenitor, y aumenta la frecuencia en parejas separadas.

PLAN DE ACTUACIÓN TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

1. Colaboración con la Trabajadora Social del Hospital.
2. Informe y Entrevistas con el Servicio de Menores del Gobierno de Aragón.
3. Informe y Entrevista con su Pediatra de Atención Primaria.
4. Seguimiento trimestral en Consulta de Adolescencia con el fin de:
 - Realizar controles y seguimiento analíticos.
 - Restaurar el patrón normal de defecación, evitando esfuerzo excesivo, regulando los hábitos de higiene digestiva y con ejercicios de auto-relajación de los músculos puborrectales.
 - Controlar la organización personal de la dieta alimenticia, ingesta de líquidos y ejercicio físico.
 - Adquirir por parte del adolescente hábitos de Educación para la Salud y autocuidado personal.
 - El Servicio de Menores del Gobierno de Aragón, ha tratado los problemas de ansiedad y depresión derivados, así como la recuperación de las relaciones afectivas con entrevistas programadas madre-hijo.
 - La madre, en situación de protección social, trabaja por cuenta ajena, sigue tratamiento con profesionales especialistas.
 - Puesta en práctica de ayuda específica para recuperar las relaciones y habilidades sociales del adolescente con su entorno social, a cargo del mismo Servicio de Menores.