adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Volumen II
ENE-FEB 2014
Nº 1

sema
Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia.

Volumen II · Enero-Febrero 2014 · Nº 1

Coordinadores

MI. Hidalgo Vicario
L. Rodríguez Molinero
MT. Muñoz Calvo

Consejo editorial

G. Castellano Barca (Cantabria)
J. Cornellá Canals (Gerona)
LS. Eddy Ives (Barcelona)
G. García Álvarez (Valladalid)
P. Horno Goicoechea (Madrid)
F. López Sánchez (Salamanca)
A. Marcos Flórez (Valladolid)
C. Martín Perpiñan (Madrid)
F. Notario Herrero (Albacete)
PJ. Rodriguez Hernández (Canarias)
MJ. Rodríguez Jiménez (Madrid)
PJ. Ruiz Lázaro (Madrid)
P. Sánchez Masqueraque (Madrid)

Junta Directiva de la SEMA

Presidenta
MI. Hidalgo Vicario

Secretario
J. Casas Rivero

Tesorero
L. Rodríguez Molinero

Vocales
MJ. Ceñal González-Fierro
N. Curell Aguilá
LS. Eddy
F. Notario Herrero
P. Ruiz Lázaro

Director de la Web

A. Redondo Romero

Coordinadora editorial

MI. Hidalgo Vicario

Diseño y maquetación

4monos.es

Editado por

SEMA
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia
www.adolescenciasema.org

Sumario

03 **Editorial**
Situación de la medicina de la adolescencia en España

08 **Temas de revisión: Actualización de la enfermedad celíaca**

24 **Temas de revisión: Sexualidad en la adolescencia**

25 ¿Están bien informados nuestros adolescentes y jóvenes? El rol de la familia, la escuela y los profesionales de la salud en relación con la información

26 Las contradicciones de la sociedad y las características de la adolescencia

27 Los nuevos mitos sobre la sexualidad

28 La falta de figuras de apego adecuadas. La familia en conflicto y silenciosa

29 La falta de una verdadera educación sexual en la escuela

30 ¿Qué debería hacer la escuela?

31 La falta de implicación de los profesionales de la salud

35 **Protocolo**
Protocolo de Dislipemias

46 **Caso clínico**
Alteraciones psicológicas y enfermedad celíaca

51 **Novedades bibliográficas**

54 **Los padres preguntan**

57 **Manifiesto**
Manifiesto por unos "centros sanitarios amigables para los adolescentes"

60 **Noticias**

sema
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Asociación Española de Pediatría
AEP

Normas de publicación en **www.adolescenciasema.org**
Secretaria editorial **adolescere@adolescenciasema.org**

© Copyright 2013 Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la SEMA, publica 3 números al año y uno de ellos con las actividades científicas del Congreso/Curso Anual de la Sociedad.

© Reservados todos los derechos. Absolutamente todo el contenido de ADOLESCERE está protegido por las leyes vigentes referidas a los derechos de propiedad intelectual. Todos los artículos publicados en ADOLESCERE están protegidos por el Copyright, que cubre los derechos exclusivos de reproducción y distribución de los mismos. Los derechos de autor y copia (Copyright) pertenecen a ADOLESCERE conforme lo establecido en la Convención de Berna y la Convención Internacional del Copyright. Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

La Editorial, a los efectos previstos en el art. 32.1 párrafo 2 del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquier fragmento de esta obra sea utilizado para la realización de resúmenes de prensa. La suscripción a esta publicación tampoco ampara la realización de estos resúmenes. Dicha actividad requiere una licencia específica. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) www.cedro.org si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra, o si quiere utilizarla para elaborar resúmenes de prensa (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Los coordinadores no podrán ser tenidos por responsables de los posibles errores aparecidos en la publicación ni tampoco de las consecuencias que pudieran aparecer por el uso de la información contenida en esta revista. Los autores y editores realizan un importante esfuerzo para asegurar que la selección de fármacos y sus dosis en los textos están en concordancia con la práctica y recomendaciones actuales en el tiempo. Las recomendaciones, opiniones o conclusiones expresadas en los artículos de ADOLESCERE son realizadas exclusivamente por los autores, de forma que los coordinadores declinan cualquier responsabilidad legal o profesional en esta materia.

Mª Inés Hidalgo Vicario
Pediatra. Doctora en Medicina.
Acreditada en Medicina de la Adolescencia.
Coordinadora del grupo de formación y acreditación de la SEMA.
Centro de Salud "Barrio del Pilar". Madrid.

Situación de la medicina de la adolescencia en España

"Nuestros jóvenes parecen gozar del lujo, son mal educados y desprecian la autoridad. No tienen respeto a los adultos y pierden el tiempo yendo y viniendo de un lado para otro. Están prestos a contradecir a sus padres, tiranizar a sus maestros y a comer desaforadamente.".

(Sócrates, siglo IV a. c).

Adolescencia procede del latín "adolescere" que significa crecimiento, cambio, maduración, siendo el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Esta etapa trae consigo grandes oportunidades, pero también importantes desafíos y riesgos para ellos y para los que les rodean.

La adolescencia debería ser el mejor período de la vida ya que la mayoría de sus funciones están en plenitud; pero como indica la frase de inicio, los adolescentes no han gozado de buena fama ya desde tiempos remotos. La mayoría de sus problemas y necesidades de salud se extenderán a la edad adulta y son consecuencia, en general, de hábitos y comportamientos que se inician en estas edades: accidentes, violencia, uso de drogas, conductas sexuales arriesgadas, problemas de relación, nutricionales o de salud mental.

Se debe tener presente que los jóvenes de hoy, no son peores ni mejores que los de ayer, las épocas cambian, pero los adolescentes son siempre los mismos aunque adaptados a su momento histórico. El adolescente es un reflejo de la sociedad en que está inmerso y es evidente que el entorno y la familia han cambiado de forma radical en las sociedades actuales del bienestar. Los jóvenes son consumidores de moda y tecnología (ropa, cirugía, móviles, vehículos) con nuevas formas de ocio y entretenimiento (botellón, internet, drogas). La cultura del ocio, hedonismo y egocentrismo ha sustituido al esfuerzo personal. Su comportamiento en casa ha cambiado (aislamiento, redes sociales). El tamaño y estructura de los hogares se ha modificado: las personas viven más, tienen menos hijos y más tardíos, se ha reducido el tamaño de las familias, la madre se ha incorporado al trabajo, los padres son más permisivos, han aumentado las separaciones y han aparecido nuevas formas familiares: monoparentales, unipersonales, homosexuales, parejas sin hijos…La familia, que es el principal apoyo del joven, es una estructura social y cultural en crisis. Además de estos cambios socioculturales influyen la falta

de coordinación entre el sistema educativo y el mundo del trabajo y la conducta exploratoria propia del joven.

En nuestro país, **el número de adolescentes** entre los 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total). Esta población va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988.

En cuanto a la **mortalidad**, en el año 2011 fallecieron en nuestro país 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10-14 años y 505 entre los 15-19 años) lo que representaba el 0,3‰ de la mortalidad de la población total. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y del sistema nervioso.

El 60% de los accidentes de tráfico suceden durante el fin de semana y con alcoholemias positivas en el 40% de ellos. Entre el 15-20 % de los jóvenes, entre los 14-18 años, reconocen haber viajado alguna vez en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol. A los 18 años el 15% ha conducido un vehículo a motor tras beber alcohol. Entre los 15-24 años, el suicidio es la 2ª causa de muerte a nivel mundial.

En los últimos 50 años ha disminuido la mortalidad en todas las franjas de edades, excepto en la adolescencia y juventud, y un alto porcentaje de ellas son prevenibles.

Respecto a la **morbilidad,** los problemas de los adolescentes son consecuencia de su desarrollo psicológico y social (conductas de riesgo), de su desarrollo biológico (escoliosis, acné, dismenorrea), enfermedades infecciosas, patologías del adulto que pueden ser detectadas de forma asintomática durante esta etapa (hipertensión, hiperlipemia, obesidad, diabetes) y enfermedades crónicas, de las cuales anteriormente se fallecía antes de llegar a la adolescencia, como cánceres, cardiopatías congénitas o fibrosis quística del páncreas.

La Encuesta ESTUDES 2010, sobre el uso de drogas en nuestro país, confirma que el consumo de alcohol, tabaco y cannabis ha disminuido, aunque sigue siendo elevado entre los 14 -18 años. Este estudio indica que el 75 % de ellos había probado el alcohol alguna vez y el 63% en el último mes. El 40 % había fumado tabaco alguna vez y el 26,2% en el último mes. El 33% había probado el cannabis alguna vez y el 17,2% en el último mes.

En 2011, la tasa de embarazo por 1.000 mujeres de 15-19 años fue de 23,39, la tasa de nacimientos en la misma población de 11 y la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes menores de 19 años por mil mujeres fue de 14,09.

Según el estudio Enkid, el 14 % de los escolares y adolescentes en España sufre obesidad y el 26,3 % sobrepeso, frente a cifras inferiores al 20% en Francia, Alemania u Holanda. La prevalencia de la anorexia nerviosa, se sitúa entre el 0,5 y 1%, sobre todo en adolescentes de 14- 19 años y en el sexo femenino, y la bulimia se observa en el 1 a 4,6% de los adolescentes, siendo 10 veces menos frecuente entre los varones.

En cuanto al acoso escolar, en España afecta al 10-12% de los alumnos. Uno de cada tres jóvenes no acaba la enseñanza secundaria y a la edad de 15 años tenemos la tasa más alta de repetidores de toda la UE. Según la OMS (2009), entre el 10-20% de los adolescentes europeos sufre algún problema de salud mental o de comportamiento.

A pesar de que los problemas socio-sanitarios de los jóvenes son muy importantes, apenas acuden a consultarlos**.** En la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, se observó que la asistencia sanitaria al pediatra o médico de familia de varones y mujeres de 15-25 años era del 17,10% y 23% respectivamente en el último mes. Se produce una importante disminución desde los 0-2 años donde acude el 95 % de los pacientes a entre los 2-4 años donde acude el 50%. **La atención a los adolescentes no está adecuadamente organizada en nuestro país**

y nos ha situado a la cola en la atención a esta población en comparación a la que se presta en EE.UU., Sudamérica y Europa.

Hasta hace pocos años, el adolescente ha sido el "gran ausente" en la cartera de servicios de los centros de Atención Primaria. Los médicos y gestores eran conscientes de la necesidad de realizar revisiones periódicas a los niños hasta los catorce años, y luego existía un completo vacío, en una época de grandes riesgos. En los últimos años sí está incluido y hay una mayor concienciación, pero faltan profesionales con formación reglada y experiencia para que la atención se realice de forma adecuada y coordinada. La mayoría de actividades preventivas de adulto se aplican a partir de los 18 años.

Actualmente, a nivel general, los niños a partir de los 14-16 años (varía según las diferentes CCAA) son atendidos en Atención Primaria por médicos de familia, y en los hospitales, en los servicios de medicina interna o en las diferentes especialidades. Se ofrece una asistencia aislada según las diferentes disciplinas. También existen centros puntuales dedicados a diferentes aspectos de la salud del joven: centros para drogas, para problemas relacionados con la sexualidad, para problemas psiquiátricos, áreas de juventud… pero lo realmente necesario es ofrecer una atención integral a su salud teniendo presente los aspectos físicos, psicológicos emocionales y sociales.

Existe evidencia de que los adolescentes que ingresan en unidades específicas para ellos, manifiestan una mayor satisfacción con el cuidado recibido, comparando con los que se atienden en unidades pediátricas o de adultos. La consideración de los adolescentes dentro del sistema hospitalario español presenta muchas carencias. Los ingresos no psiquiátricos tienen lugar en unidades que no son específicas para ellos, ingresan en pediatría hasta los 14- 15 años y salvo excepciones, en las unidades de adultos, no tienen garantizado el apoyo educativo durante su estancia en el hospital. Las alternativas de ocio y de ocupación del tiempo de hospitalización a que pueden acceder son las mismas que los adultos. Estos datos contrastan, por ejemplo, con la situación en los hospitales ingleses, donde solo el 0,4% de los pacientes entre 12-15 años y el 16% de los pacientes entre 15-17 años ingresan en unidades de adultos. Hay cierta invisibilidad de los adolescentes para el sistema sanitario hospitalario nacional.

Tampoco existe una adecuada formación de los profesionales sanitarios. No hay un programa docente integral sobre adolescencia ni en el pregrado, postgrado ni en el sistema MIR. No se contempla la adolescencia como grupo especial, como se contemplan la infancia, la madre gestante, o el anciano. La formación de los residentes de pediatría en España es muy limitada a pesar de que está recogido como objetivo en el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas del Ministerio de Sanidad. La formación de los médicos de familia sobre adolescencia es muy reducida, de hecho no consta como objetivo en el programa de formación publicado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Esto ayuda a perpetuar el problema actual, ya que al no haber suficientes profesionales formados en Medicina de la Adolescencia, se dispone de menos facultativos y la atención a este colectivo cada vez es más deficitaria.

Muchos profesionales rechazan la atención a los adolescentes pues no se sienten seguros y capacitados para manejar temas como problemas psicosociales, relativos a la sexualidad, al abuso de sustancias o los trastornos del comportamiento alimentario. Si a la falta de conocimientos se añade la falta de tiempo para dedicarse a ellos, la dificultad de manejar la intimidad y confidencialidad de los temas entre el paciente, sus padres y el médico, es fácil comprender por qué estos pacientes no son queridos en casi ninguna práctica médica.

Además existen notables barreras para que el adolescente, por iniciativa propia, se relacione con el médico: unas *burocráticas*, pues para acudir a la consulta hay que citarse e identificarse y muchas veces desconoce quién es su médico o qué centro le corresponde; y otras *relacionales* por la escasa confianza para contar sus problemas a los facultativos, o por creer que es capaz de controlar todas las situaciones y tener poco sentido del peligro.

Todo ello obliga a cambiar ciertos esquemas de relación muy arraigados, ya sean rígidos o convencionales, por otro tipo de práctica asistencial, por ejemplo: asegurarle siempre la confidencialidad en sus consultas, estar dispuesto a pactar compromisos pero a la vez exigirle su cumplimiento y prestarle apoyo ante sus dudas, habilitar consultorios en escuelas, institutos, universidades, furgonetas móviles, es decir, acudir adonde se encuentran los adolescentes. A diferencia del adulto que busca a su médico, aquí el médico tiene que buscar o atraer al joven. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) dio una serie de recomendaciones sobre las características que deben reunir las consultas de adolescentes para facilitar su accesibilidad: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, económicamente accesibles, flexibles y coordinación entre servicios. Actualmente la mayoría de estas premisas son fruto del voluntarismo del profesional sin contar con apoyo institucional.

Para poder atender a la complejidad y multiplicidad de sus problemas, el adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar donde participen diferentes profesionales: salud mental, ginecólogo, endocrinólogo y servicios sociales entre otros, aunque sea en un profesional en concreto (pediatra o médico de familia) en quien deposite su confianza, el cual puede coordinar su atención.

A principios de año 2013, **el gobierno aprobó ampliar hasta los 18 años la edad en que los niños puede ser atendidos en las unidades pediátricas de los hospitales,** como parte del Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (actualmente pendiente de salir en el BOE). Es deseable que progresivamente también se vaya implantando en atención primaria. Ello obedece a una demanda de muchos pediatras y sobre todo de las familias de los niños con enfermedades crónicas. No se entiende que un niño de 14 años, en una edad crítica, cuando aún no ha concluido su crecimiento y desarrollo, deba pasar de un cuidado pediátrico individualizado, supervisado, orientado en la familia y coordinado con la escuela y el entorno, a un cuidado de adulto, mucho más impersonal, que ofrece menos orientación, centrado en la salud-enfermedad y no en los aspectos del desarrollo. El cambio del cuidado pediátrico al modelo adulto conlleva una ruptura importante y hace que en ocasiones se pierda el seguimiento, la adherencia al tratamiento y también que aumente el número de ingresos del paciente.

Esta opinión es coincidente con lo que dicen, desde hace años, organizaciones internacionales como UNICEF, Naciones Unidas, OMS, y como sucede en países de nuestro entorno, EE.UU. y Sudamérica. De esta forma se cumple con la Carta Europea de los Derechos del Niño *(considera niño toda persona menor de 18 años)* y con la Orden Ministerial SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas: *"Pediatría es la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño y el adolescente se desenvuelven."*

Por todo lo expuesto, es preciso estructurar y coordinar la atención a esta edad mediante programas preventivos, asistenciales y planes de acción adecuados a sus necesidades, evitando barreras y contando con los propios adolescentes y la formación adecuada de los profesionales.

Es imprescindible que se reconozca la especialidad de Medicina de la Adolescencia y que en España se empiecen a formar especialistas para mejorar la calidad asistencial a estos pacientes, para desarrollar la investigación en este ámbito y para garantizar la formación de futuros profesionales. El grupo de formación y acreditación de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) ha realizado un Programa de Formación para los profesionales pediatras y residentes de pediatría. Actualmente se está trabajando en colaboración con la Asociación Española de Pediatría (AEP) para su reconocimiento a nivel del Ministerio de Sanidad al igual que para otras especialidades pediátricas.

Bibliografía

1. *Britto MT, Slap GB, DeVellis RF, Hornung RW, Knopf ADAM, De Friese GH. Specialists understanding of health care preferences of chronically ill adolescents. Journal of Adolescent Health. 2007;40:334–41.*
2. *Comisión Nacional de Especialidad. Guía de formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. 1996.*
3. *Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005.*
4. *Hidalgo MI, González MP, Montón JL. Atención a la adolescencia. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2006;13:1–49.*
5. *Mah JK, Tough S, Fung T, Douglas-England K, Verhoef M. Adolescent quality of life and satisfaction with care. Journal of Adolescent Health.2006;38:607e1–e7.*
6. *Ullán AM, Gonzalez-Celador R, Manzanera P. El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles. Rev Calid Asist. 2010. doi:10.1016/j.cali.2009.12.006*
7. *Viner RM. Do adolescent inpatient wards make a difference? Findings from a National Young Patient Survey Pediatric. 2007;120:749–55.*

Actualización de la enfermedad celíaca

MJ Martínez Gómez, JF Viada Bris
Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.

Fecha de recepción: 18 de diciembre 2013
Fecha de publicación: 27 de febrero 2014

Adolescere 2014; II (1): 8-23

Resumen

La enfermedad celíaca es una de las patologías crónicas intestinales más frecuentes de distribución mundial, estimándose la prevalencia en España entre 1:180-1:220. Actualmente se define como una enfermedad sistémica de naturaleza autoinmune, provocada por el gluten y prolaminas relacionadas con el mismo, que aparece en individuos genéticamente predispuestos. Se caracteriza por la presencia de una combinación variable de síntomas, anticuerpos específicos, haplotipo HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 y enteropatía.
Tras la última revisión de los criterios diagnósticos realizada en el 2012 por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), tanto la clasificación de la enfermedad como el algoritmo diagnóstico ha sido modificado. El espectro clínico continúa siendo como un "iceberg" en el que las formas sintomáticas serían sólo la parte visible, siendo en la actualidad las formas atípicas la forma más frecuente de presentación. El diagnóstico se asienta sobre cuatro pilares fundamentales: la historia clínica (y exploración física), la determinación de anticuerpos serológicos, el estudio genético de susceptibilidad y la biopsia intestinal. La biopsia intestinal podrá no realizarse en casos muy concretos.
En cuanto al tratamiento, únicamente contamos con la dieta estricta de exclusión de gluten de por vida aunque existen líneas de investigación muy prometedoras.

***Palabras clave**: enfermedad celíaca, gluten.*

Abstract

Celiac disease is one of the most common chronic intestinal diseases worldwide. Prevalence in Spain is estimated at between 1:118-1:220. It is currently defined as a systemic autoimmune disorder, induced by gluten and prolamines related to it, which manifests in genetically predisposed individuals. It is characterized by the presence of a variable combination of symptoms, specific antibodies, haplotype HLA-DQ2 and / or HLA-DQ8 and enteropathy.
After the latest revision of the diagnostic criteria conducted in 2012 by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), both the disease's classification and the diagnostic algorithm have been modified. The clinical spectrum remains as an "iceberg" in which the symptomatic forms would only be the visible part, with the atypical forms being currently the most common presentation. The diagnosis is based on four pillars: history (and physical examination), serologic testing, genetic susceptibility study and intestinal biopsy. Intestinal biopsy could be avoided in very specific cases.
Lifelong elimination of gluten from the diet remains the cornerstone of treatment although there are promising lines of research.

Keywords: *celiac disease, glutens.*

Introducción

La enfermedad celíaca se define en la actualidad como una enfermedad sistémica de naturaleza autoinmune, provocada por el gluten y prolaminas relacionadas con el mismo, que aparece en individuos genéticamente predispuestos. Se caracteriza por la presencia de una combinación variable de síntomas, anticuerpos específicos, haplotipo HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 y enteropatía. Los anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca son: autoanticuerpos anti trasglutaminasa tisular (tTG2), anticuerpos antiendomisio (EMA) y anticuerpos antipéptidos deaminados de la gliadina (DGP).

Esta enfermedad viene condicionada por una intolerancia permanente al gluten, proteína fundamentalmente estructural que se encuentra en diversos cereales tales como: el trigo, la avena, la cebada y el centeno y que se compone a su vez de dos tipos de proteínas: las prolaminas y las gluteninas. Las prolaminas presentes en el trigo (gliadina), en la cebada (hordeína), en la avena (avenina) y en el centeno (secalina) parecen ser la porción tóxica fundamental que condiciona la intolerancia que sufren estos pacientes.

La enfermedad celíaca es una enfermedad sistémica de naturaleza autoinmune, provocada por el gluten y prolaminas relacionadas con el mismo, que aparece en individuos genéticamente predispuestos. Se caracteriza por la presencia de una combinación variable de síntomas, anticuerpos específicos, haplotipo HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 y enteropatía

Epidemiología

Hasta hace dos décadas la enfermedad celíaca se consideraba una enfermedad poco frecuente que afectaba, fundamentalmente a pacientes pediátricos de origen caucásico que debutaban

con un cuadro de malabsorción intestinal grave. Como consecuencia del mejor conocimiento de la enfermedad y el desarrollo de nuevos métodos serológicos más sensibles y específicos, en la actualidad esta patología se considera una enfermedad frecuente de distribución mundial y que afecta a pacientes tanto pediátricos como adultos.

La enfermedad celíaca es una de las patologías intestinales crónicas más frecuentes a nivel mundial estimándose su prevalencia en 1:100

Los estudios epidemiológicos poblacionales llevados a cabo en los últimos años han objetivado una prevalencia (porción de sujetos afectos respecto a la población total en un momento concreto) de 1:100 (rango: 0,25-1,26%). En España los estudios realizados en las Comunidades Autónomas de Madrid, Asturias y País Vasco arrojan unas cifras de prevalencia en población adulta de 1:370 y en población pediátrica de 1:118-1:220. La variabilidad de la prevalencia entre los diversos estudios viene condicionada, fundamentalmente, por los criterios utilizados para el diagnóstico de la enfermedad. En cualquier caso, las conclusiones de los estudios más recientes ponen de manifiesto que por cada enfermo celiaco diagnosticado existen 5-10 sin diagnosticar.

Los datos sobre la *incidencia* son mucho más escasos. La Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica promovió la realización del estudio REPAC con el fin de estimar la incidencia de la enfermedad celíaca en España, obteniendo una incidencia cruda de diagnóstico de casi 8 por cada 1000 recién nacidos vivos.

Patogenia

La patogenia de la enfermedad celíaca aún no ha sido completamente establecida. Los modelos descritos más aceptados la consideran una enfermedad inmunológica en la que concurren factores genéticos y ambientales.

En la hipótesis vigente actualmente se integran factores que actúan sobre el epitelio y la lámina propia intestinal. Por un lado existe una digestión incompleta del gluten. A su vez, existe un incremento de la permeabilidad de la mucosa intestinal a la gliadina del gluten, un transporte transepitelial de los péptidos hacia la lámina propia y una pérdida de tolerancia a los mismos.

Los péptidos no digeridos de la gliadina son desaminados en la submucosa por la Tg-2, favoreciendo así su unión a moléculas HLA DQ2 y DQ8 presentes en la membrana de las células presentadoras de antígenos de la submucosa y en los linfocitos T CD4+ de la lámina propia. Como consecuencia directa se produce una activación de la respuesta inmune con aumento de la síntesis de citoquinas proinflamatorias y de anticuerpos antigliadina (AGA), antipéptidos deaminados de la gliadina y anticuerpos antitransglutaminasa tisular 2.

Aún no se conoce la causa por la cual sólo algunas personas con HLA de riesgo desarrollan la enfermedad celíaca, qué vías moleculares condicionan la inflamación ni cuál es la implicación real de los anticuerpos tTG2.

Clínica y clasificación

Clásicamente los pacientes con enfermedad celíaca se clasificaban de acuerdo a su sintomatología en dos grandes grupos: aquellos que presentaban sintomatología típica (enfermedad celíaca clásica o típica) o atípica (enfermedad celíaca pauci o monosintomática o enfermedad celíaca atípica).

- **Enfermedad celíaca clásica o típica**: en esta forma predominan los trastornos intestinales. Suele aparecer en pacientes entre los 6 y los 24 meses de edad. Tras un tiempo variable des-

de la introducción del gluten, estos pacientes debutan con retraso ponderoestatural, diarrea crónica, vómitos e hiporexia. La exploración física suele ser normal, aunque en muchos casos se asocia distensión abdominal marcada y aspecto de malnutrición. Por último estos niños suelen presentar algún trastorno del carácter presentándose como pacientes tristes o irritables. Los anticuerpos séricos son positivos y existe una atrofia vellositaria grave.

- **Enfermedad celíaca pauci o monosintomática** (atípica): esta forma puede cursar con síntomas intestinales y/o extradigestivas. Tanto el porcentaje de positividad de los anticuerpos séricos como el grado de atrofia vellositaria es variable.

En la actualidad la forma de presentación más frecuente es la pauci o monosintomática y aquella que se expresa con síntomas extradigestivas

Siguiendo las nuevas recomendaciones publicadas por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) en el 2012 se clasifica la enfermedad celíaca en: formas sintomáticas, formas asintomáticas (silentes), formas latentes y formas potenciales (tabla I).

- Enfermedad celíaca sintomática: dentro de este epígrafe se agrupan los pacientes que presentan síntomas o signos gastrointestinales y síntomas o signos extradigestivos.
    - Gastrointestinales: diarrea crónica, estreñimiento crónico, dolor abdominal, nauseas, vómitos y distensión abdominal.
    - Extradigestivos: estancamiento ponderal, retraso del crecimiento, retraso de la pubertad, anemia crónica, osteopenia/osteoporosis, defectos del esmalte de los dientes, irritabilidad, fatiga crónica, neuropatía, artritis/artralgias, amenorrea, hipertransaminasemia. Existen otros síntomas extradigestivos descritos en la literatura que se asocian a la enfermedad celíaca. (Tabla II)
- Enfermedad celíaca asintomática o silente: estos pacientes presentan HLA compatible con la enfermedad celíaca, anticuerpos séricos positivos, hallazgos compatibles en la biopsia intestinal y no muestran sintomatología alguna.
- Enfermedad celíaca latente: estos pacientes presentan HLA compatible y se caracterizan por haber tenido una enteropatía previa gluten-dependiente, es decir, daño histológico consumiendo gluten. Posteriormente el daño desaparece aún comiendo gluten. Los anticuerpos séricos y los síntomas pueden estar presentes o no.
- Enfermedad celíaca potencial: en este caso los pacientes muestran también un HLA susceptible y anticuerpos séricos positivos, pueden presentar algún síntoma aunque no existe daño histológico. A lo largo del seguimiento estos pacientes pueden presentar daño histológico gluten-dependiente.

Enfermedades asociadas

Se han descrito numerosas enfermedades asociadas con la enfermedad celíaca. En su mayoría son de origen inmunológico por lo que parece que comparten un sustrato patogénico común. Aquellas sobre las que existe mayor evidencia son: la artritis crónica juvenil, el síndrome de Down, el síndrome de Turner, el síndrome de Williams, la nefropatía IgA, el déficit de IgA, tiroiditis autoinmune, la hepatitis autoinmune y la diabetes mellitus.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad celíaca se asienta sobre cuatro pilares fundamentales: la historia clínica (y exploración física), la determinación de anticuerpos serológicos, el estudio genético de susceptibilidad y la biopsia intestinal.

1. **Historia clínica y exploración física:** permiten establecer el diagnóstico de sospecha de la enfermedad. En la actualidad la forma de presentación más frecuente es la pauci o monosintomática y aquella que se expresa con síntomas extradigestivos.

2. **Estudio de anticuerpos específicos serológicos:** en la enfermedad celíaca se encuentran elevados los autoanticuerpos anti trasglutaminasa tisular (tTG2), anticuerpos antiendomisio (EMA) y anticuerpos antipéptidos deaminados de la gliadina (DGP). Actualmente el resto de anticuerpos que se utilizaban para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celíaca han perdido relevancia. Cabe destacar que los anticuerpos antigliadina (AGA) aparecen elevados de forma característica tanto en la enfermedad celíaca como en otros trastornos relacionados con el gluten como son: la dermatitis herpetiforme, la ataxia cerebelosa causada por gluten, la alergia a gluten y los trastornos del espectro de la sensibilidad al gluten.

   Existen varios estudios realizados en los últimos años que han demostrado una correlación positiva entre los niveles de tTG2 y la gravedad de la lesión histológica. Este hallazgo ha hecho que en la actualidad se hayan revisado los criterios diagnósticos de esta enfermedad y que pueda prescindirse de la biopsia intestinal en pacientes concretos.

   En cuanto a los métodos empleados para su análisis es importante considerar que tanto los anticuerpos tTG2 como los DGP se detectan por técnicas automatizadas de enzimoinmunoensayo, mientras que los EMA se determinan por métodos manuales de inmunofluorescendia por lo que requieren un personal correctamente cualificado. Todos estos anticuerpos pueden presentarse en forma de IgA, IgG e incluso IgE. En general en la práctica clínica, se utilizan los tTG2 y EMA de tipo IgA y los DGP IgG. En caso de que exista un déficit de IgA podremos utilizar los anticuerpos de tipo IgG. Tanto los tTG2 como los EMA han demostrado tener una sensibilidad y especificidad mayor del 95%. Para la correcta interpretación de estos anticuerpos resulta obligatorio valorar una serie de aspectos para no malinterpretar un posible resultado negativo:

   - Déficit de IgA
   - Edad del paciente (en los pacientes menores de 2 años los tTG2 suelen ser negativos, a esta edad se realizará la determinación de los anticuerpos DGP IgG que presentan mayor rendimiento).
   - Tiempo y cantidad de consumo de gluten (unas semanas con una dieta exenta de gluten pueden invalidar un resultado negativo).
   - Tratamiento con inmunosupresores.

3. **Estudio genético de susceptibilidad:** la enfermedad celíaca tiene una fuerte predisposición genética por los heterodímeros HLA DQ2 y HLA DQ8. En la mayoría de las poblaciones estudiadas, más del 90% de los enfermos celiacos expresan el hetrodímero HLA-DQ2 codificado por los alelos DQA1*05 y DQB1*02, en posición *cis*, asociados a DR3 (DQ2.5) más común en Centroeuropa y el norte de Europa, o en *trans*, en heterocigotos DR5/DR7 (DQ7.5/DQ2.2) más frecuente en la cuenca mediterránea. Del resto de pacientes celiacos HLA DQ2 negativos, muchos de ellos presentan un segundo heterodímero de riesgo: el HLA-DQ8 (codificado por los alelos DQA1*03 y DQB1*0302, en *cis* y asociado a DR4), o son portadores de algunos de los alelos que codifican para los heterodímeros HLA-DQ2 por separado (DQA1*05 ó DQB1*02).

   Es importante conocer que hasta el 25-30% de la población general tiene el heterodímero DQ2, por lo que su utilización para el diagnóstico de la enfermedad es limitada. La utilidad del estudio genético radica en su alto valor predictivo negativo, permitiendo descartar la enfermedad celíaca con un 99% de certeza en todos aquellos pacientes con dicho estudio negativo.

4. **Biopsia intestinal:** hasta la publicación de los últimos criterios diagnosticados propuestos por la ESPGHAN en el 2012, la biopsia intestinal se consideraba el *gold estándar* para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en todos los casos. En la actualidad en los pacientes que cumplen todos los siguientes criterios: sintomatología compatible con enfermedad celíaca, valores de tTG2 IgA diez veces por encima de su valor normal, EMA positivos y HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 positivos; no estaría indicada la realización de biopsia intestinal. En todos los demás casos la biopsia intestinal deberá hacerse para evitar realizar diagnósticos incorrectos.

   Las biopsias han de tomarse mediante endoscopia digestiva alta de la segunda y tercera porción del duodeno. Debido a que la afectación es característicamente parcheada se recomienda tomar al menos dos muestras de cada una de estas localizaciones.

Los pacientes con sintomatología compatible con enfermedad celíaca, valores de tTG2 IgA diez veces por encima de su valor normal, EMA positivos y HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 positivos podrán ser diagnosticados de enfermedad celíaca sin necesidad de realizar biopsia intestinal

Dentro del espectro lesional de la enfermedad celíaca podemos encontrar: la atrofia vellositaria, hiperplasia de las criptas, disminución de la relación vellosidad/ cripta, linfocitosis intraepitelial e infiltración de la lámina propia por células plasmáticas, linfocitos, mastocitos, basófilos y eosinófilos.

Sin duda, la clasificación propuesta por Marsh y modificada posteriormente por Oberhuber, ha contribuido a un mejor conocimiento del espectro lesional de la enfermedad celíaca, utilizándose hoy en día para el diagnóstico histológico. Estas lesiones no son patognomónicas de la enfermedad celíaca pudiéndose encontrar en otras entidades: alergia a proteínas de la leche de vaca, alergia a proteínas de la soja, diarrea crónica, parasitosis por *Giardia Lamblia,* inmunodeficiencias, esprue tropical y sobrecrecimeinto bacteriano.

Actualmente sólo las lesiones de Marsh 2, 3 y 4 se consideran consistentes para el diagnóstico de enfermedad celíaca. Las lesiones de bajo grado (Marsh 1) no son específicas ya que sólo el 10% de los individuos tienen finalmente esta enfermedad. En estos casos la positividad de los depósitos de tTG2 IgA en la mucosa o el aumento de los linfocitos γδ incrementan la probabilidad de enfermedad celíaca.

Nuevos criterios diagnósticos

Como ya se ha comentado en este artículo en la actualidad se siguen los nuevos criterios diagnósticos publicados por la ESPGHAN. En ellos se diferencia muy claramente dos grupos de pacientes: los pacientes con sintomatología sugestiva de enfermedad celíaca y aquellos que presentan un riego genético o pertenecen a un grupo de riesgo. A continuación se detallan ambos algoritmos en las figuras 1 y 2.

En esta misma publicación quedan recogidas las situaciones en las que deberemos sospechar el diagnóstico de enfermedad celíaca y por tanto estaría indicada la realización de un cribaje mediante la determinación de los tTG2 (Tabla III).

Tratamiento

El único tratamiento es la dieta estricta de exclusión de gluten de por vida, aunque existen muchas líneas de investigación con resultados prometedores

El único tratamiento disponible en la actualidad para la enfermedad celíaca es la dieta de exclusión del gluten de manera estricta y de por vida. Se deberán eliminar los siguientes cereales: el trigo y sus especies (trigo duro, espelta o trigo verde o salvaje, Kamet y cucus), la avena, la cebada, el centeno y sus híbridos (triticale). El gluten está presente en hasta el 80% de los productos de consumo habitual bien de forma directa o bien de forma indirecta (aromatizante, espesante o aglutinante). Esto hace que la dieta sin gluten se base principalmente en una alimentación rica en alimentos naturales. Hoy en día, existen muchos productos manufacturados fabricados sin gluten, asociaciones que informan y asesoran a las familias y una normativa estricta que

asegura la exención de cantidades de gluten perjudiciales en este tipo de alimentos. La Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE) se encarga de actualizar y repartir entre sus socios la lista de aquellos alimentos que pueden consumirse sin riesgo alguno. En 2013 ha sido actualizada por última vez editándose con el nombre de "Lista de alimentos aptos para celiacos 2013". Así mismo han editado una versión dirigida a los pacientes pediátricos este mismo año con el nombre de "La Chiquilista".

Estos pacientes además precisarán de otros tratamientos dependiendo del estado de malabsorción y/o malnutrición pudiendo precisar en el tratamiento nutricional inicial dietas hipoalergénicas, hipercalóricas o pobre en fibra. En ocasiones, y debido al daño intestinal, existe un déficit de enzimas de pared por lo que se deberá excluir temporalmente la lactosa de la dieta hasta la recuperación de la lactasa de las vellosidades. La administración de suplementos de hierro u otros minerales o vitaminas vendrá condicionada también por el estado inicial y durante el seguimiento del paciente.

El mayor conocimiento de la fisiopatología de esta entidad ha abierto nuevas vías de investigación con diversos tratamientos que actualmente están en fase de estudio. Si estos tratamientos resultasen exitosos estos pacientes podrían reintroducir el gluten en la dieta en determinadas cantidades mejorando sustancialmente su calidad de vida. Entre estas terapias emergentes destacan: la fabricación de gluten modificado genéticamente, el inhibidor de la zonulina (larazótido acetato), la terapia de inducción a la tolerancia de gluten mediante inmunoterapia, la administración de determinadas cepas de probióticos, la administración de endoproteasas y los inhibidores de la transglutaminasa 2.

Complicaciones

Como ya se ha mencionado en el presente artículo, la prevalencia de enfermedades autoinmunes está aumentada en la enfermedad celíaca con respecto a la población general y se incrementa con la edad al diagnóstico, estando en relación con el tiempo de exposición al gluten.

En el momento del diagnóstico se han encontrado deficiencias de micronutrientes tales como el hierro, el cobre y el zinc que podrían estar implicados en las alteraciones neurológicas que pueden manifestar estos pacientes.

Entre las complicaciones más importantes destaca la disminución de la densidad mineral ósea (presentes hasta en 2/3 de los pacientes al debut de la enfermedad), lo que puede condicionar en los pacientes diagnosticados de forma tardía un aumento del riesgo de osteoporosis. Por ello los controles del metabolismo del calcio y la densitometría ósea deberían incluirse entre los controles de esta enfermedad sobre todo en pacientes con largos periodos de exposición al gluten.

Seguimiento

Dado que en la actualidad la única terapia posible es la dieta sin gluten, al diagnóstico de la enfermedad tanto el paciente como la familia deberán recibir asesoramiento dietético para la correcta realización de la dieta. La adhesión estricta a la dieta es fundamental para la recuperación clínica e histológica, sin embargo hay estudios que establecen que hasta en un 6%-37% de los casos existe una completa falta de adherencia. Por ello estos pacientes deben ser seguidos de forma regular para comprobar tanto la mejoría de los síntomas como la normalización de la

determinación de anticuerpos. Se estima que el tiempo medio necesario para que los niveles de anticuerpos se normalicen es de entre 6 a 12 meses posteriores a la exclusión del gluten en la dieta. En general no será necesario realizar controles endoscópicos posteriores al diagnóstico, quedando reservados para aquellos pacientes en los que no haya una respuesta clínica (tras realizar una minuciosa revisión de la dieta).

En cuanto a la provocación con gluten, en la actualidad sólo debería plantearse en los casos en los que existan dudas en el diagnóstico. Se desaconseja realizarla antes de los 5 años de edad y durante la etapa de la pubertad para no interferir en el crecimiento ni en el desarrollo. Antes de iniciar la misma deberemos tener el estudio HLA y una biopsia intestinal para valorar el estado del duodeno. Durante el tiempo que dure la provocación, los pacientes deberán ingerir al día la cantidad normal de gluten (aproximadamente 15g/día). Mientras duré la provocación, se harán controles periódicos de tTG2 hasta dos años después de la reintroducción de gluten. Si tras este periodo no hay datos de recaída se dará por concluida la prueba de provocación.

Existe poca evidencia científica acerca del método más adecuado para el seguimiento de estos pacientes. Tras el diagnóstico el seguimiento clínico y la determinación de anticuerpos serológica se hará con menor frecuencia. Si existe una respuesta adecuada se irán espaciando los controles. De forma general los objetivos que perseguimos con el seguimiento son:

1. Comprobar la desaparición de la clínica, el crecimiento y desarrollo adecuado y la normalización analítica.
2. Realizar un control del seguimiento correcto de la dieta sin gluten por parte del paciente y su familia.
3. Detectar déficits y carencias nutricionales secundarias a la enfermedad y/o a la dieta de exclusión.
4. Diagnosticar la posible aparición de otras enfermedades asociadas a la enfermedad celíaca.

En la figura 3 queda resumida la periodicidad de los controles clínicos y analíticos.

Tabla 1.
Formas clínica de la enfermedad celíaca

FORMA DE PRESENTACIÓN	HLA DQ2 Y/O DQ8	ENTEROPATÍA	ANTICUERPOS SÉRICOS	SÍNTOMAS
Sintomática	+	+	+	+
Asintomática o silente	+	+	+	-
Latente	+	-	+/-	+/-
Potencial	+	-	+	+/-

Tabla 2. Manifestaciones extradigestivas de la enfermedad celíaca

Mucocutáneas:
- Dermatitis herpetiforme.
- Estomatitis aftosa recidivante.

Déficits nutricionales:
- Déficit de hierro y ácido fólico.
- Déficit de vitamina K.
- Globales: fallo de Medro, edemas de piernas, calambres musculares, crisis de tetania...

Trastornos del crecimiento y desarrollo:
- Talla baja.
- Pubertad restrasada.

Trastornos neuropsiquiátricos:
- Epilepsia y crisis de hipotonía.
- Neuropatía periférica.
- Trastornos del aprendizaje.
- Cefaleas, neuropatía y trastornos del carácter.
- Ataxia cerebelosa.

Defectos del esmalte dentario.

Osteoarticulares:
- Osteopenia y osteoporosis.
- Artritis.

Enfermedad hepática:
- Hepatitis reactiva (hipertransaminasemia criptogenética).

Miscelánea:
- Trastornos reproductivos y de la esfera sexual.
- Hipoesplenismo (leucopenia y/o trombopenia.
- Afectación tiroidea.
- Diabetes mellitus.
- Fatiga crónica.
- Litiasis renal.
- Pancreatitis.

Tabla 3.
Situaciones en las que deberemos investigar el diagnóstico de enfermedad celíaca

1. **Niños y adolescentes que presenten los siguientes síntomas de etiología no filiada:**
   a. Fallo de medro, estancamiento de peso, estancamiento de talla o talla baja.
   b. Diarrea crónica o intermitente.
   c. Retraso puberal, amenorrea.
   d. Anemia por déficit de hierro.
   e. Nauseas o vómitos, dolor abdominal crónico, distensión abdominal, estreñimiento crónico.
   f. Dermatitis herpetiforme.
   g. Alteración en la prueba de función hepática.
   h. Fatiga crónica.
   i. Aftosis bucal recurrente.
   j. Fracturas óseas ante traumatismos banales/ osteopenia/ osteoporosis.

2. **Niños y adolescentes que pertenecen a alguno de los siguientes grupos de riesgo:**
   a. Familiares de primer grado de individuos con enfermedad celíaca.
   b. Diabetes Mellitus tipo I.
   c. Síndrome de Down.
   d. Enfermedad tiroidea autoinmune.
   e. Déficit selectivo de IgA.
   f. Enfermedad hepática autoinmune.
   g. Síndrome de Turner.
   h. Síndrome de Williams.

Figura 1.
Algoritmo diagnóstico en niños/adolescentes con síntomas sugestivos de enfermedad celíaca

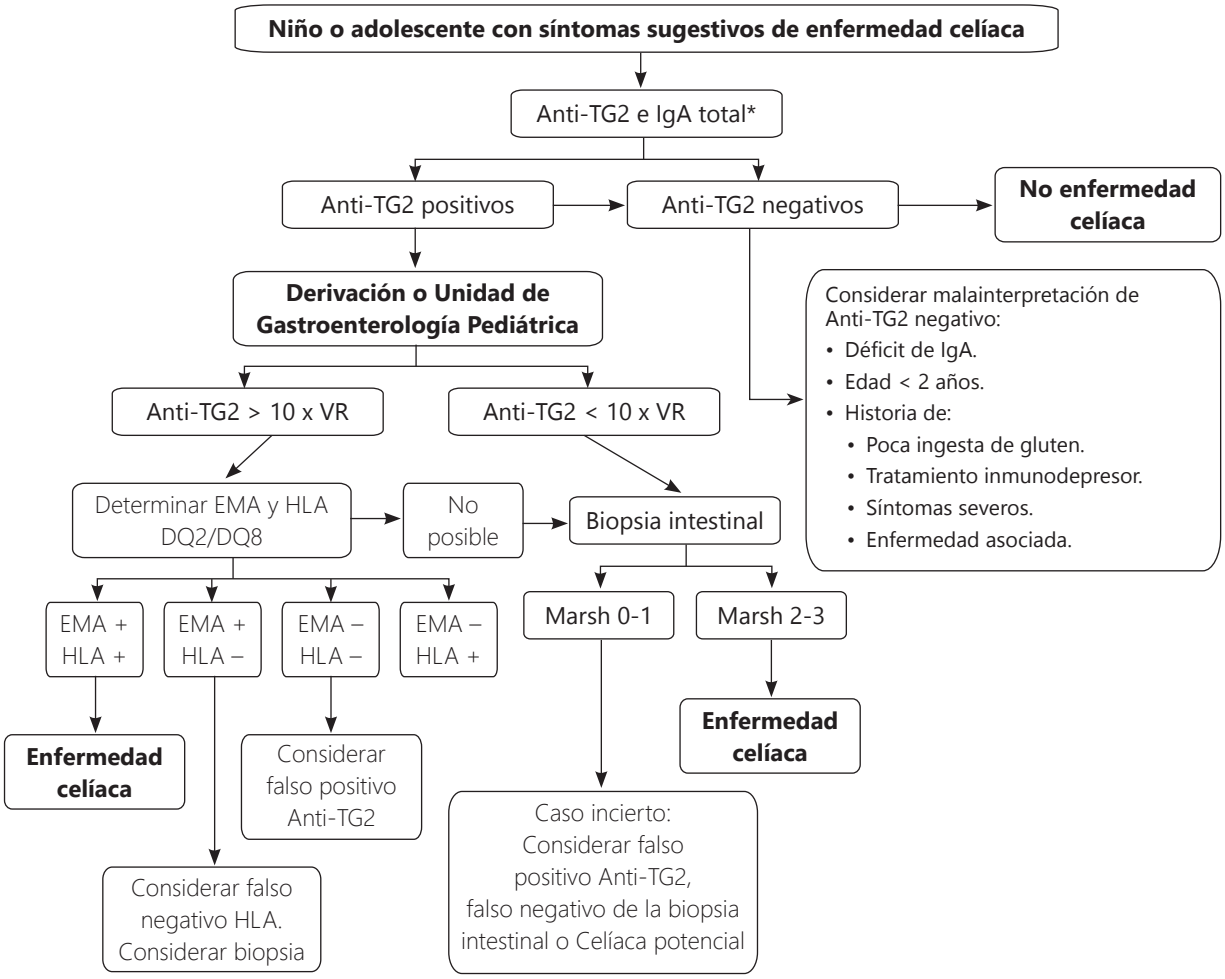


Figura 2. Algoritmo diagnóstico en niños/adolescentes asintomáticos pertenecientes a grupos de riesgo

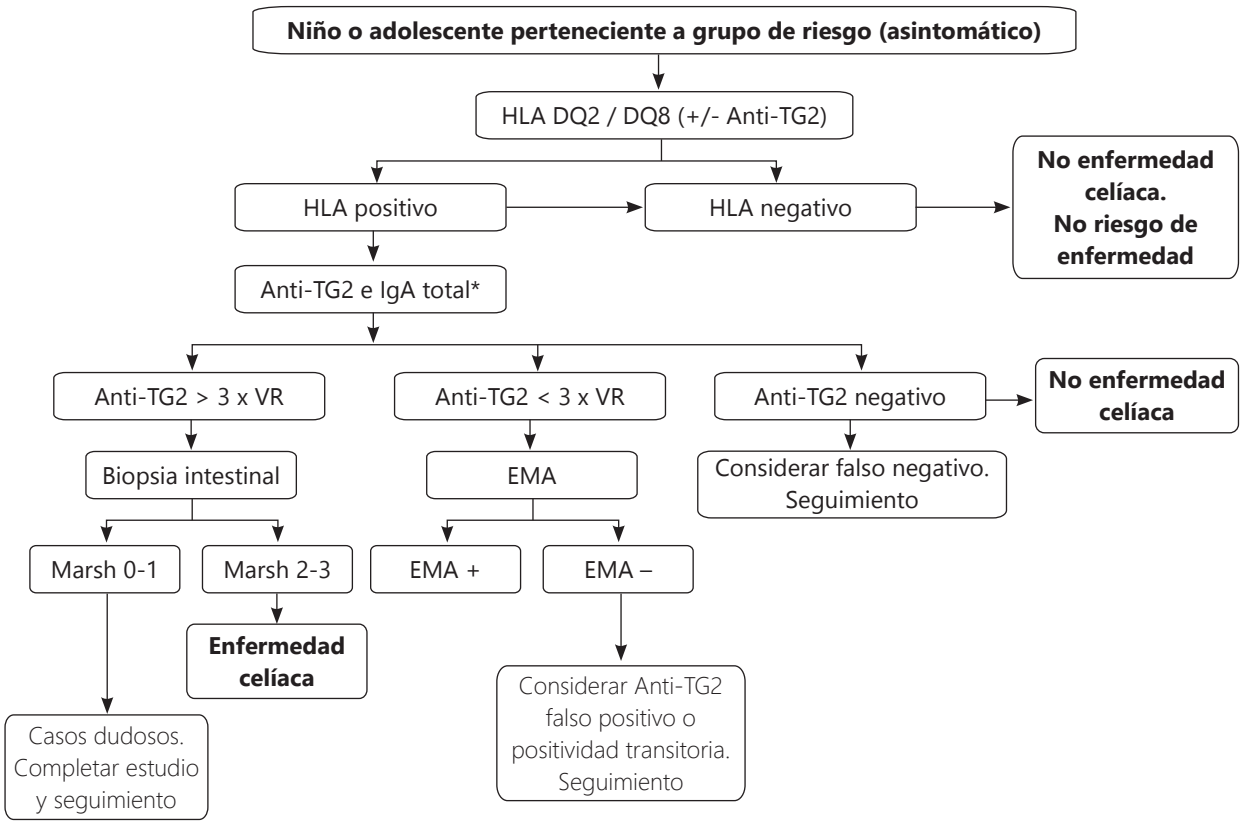
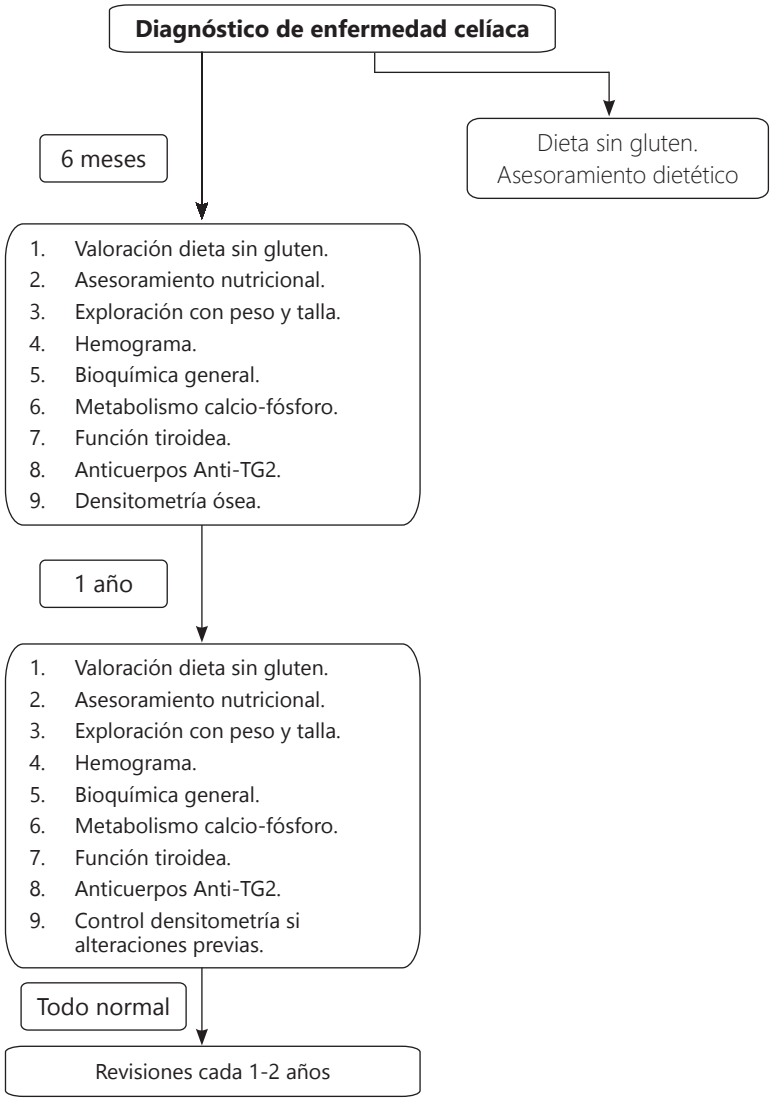


Figura 3. Algoritmo de seguimiento de la enfermedad celíaca



PREGUNTAS TIPO TEST

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta acerca de la enfermedad celíaca?

a. Es una enfermedad provocada por una intolerancia permanente al gluten.
b. La prolamina presente en el centeno es la hordeína.
c. En España la prevalencia de la enfermedad en población pediátrica se estima entre 1:118 y 1:220.
d. La patogenia aún no está completamente aclarada.
e. Los anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca son los anticuerpos tTG2, los EMA y los DGP.

2. ¿Cuál de los siguientes es un síntoma extradigestivo de la enfermedad celíaca?

a. Fatiga crónica.
b. Neuropatía periférica.
c. Hipertransaminasemia.
d. Osteoporosis.
e. Todas las opciones anteriores son correctas.

3. ¿Qué factor deberemos tener en cuenta para la correcta interpretación de los valores de anticuerpos tTG2?

a. Los niveles séricos de IgA.
b. La toma concomitante de fármacos inmunosupresores.
c. La edad del paciente.
d. Las opciones a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las opciones anteriores. Los valores de los anti tTG2 sólo vienen condicionados por la ingesta de gluten.

4. En cuanto a la biopsia intestinal en el diagnóstico de la enfermedad celíaca, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a. La biopsia deberá realizarse en todos los casos en población pediátrica para realizar el diagnóstico de enfermedad celíaca.
b. Lesiones Marsh 1 son muy sugestivas de enfermedad celíaca.
c. El aumento de linfocitos αβ intraepiteliales es característico.
d. Las lesiones histológicas típicas de la enfermedad celíaca son patognomónicas.
e. Actualmente las lesiones Marsh 2 y 3 son consistentes para el diagnóstico de esta enfermedad en presencia de otros criterios clínico analíticos.

5. ¿Qué prueba no solicitaría en el seguimiento de un enfermo celiaco con buena evolución?

a. Función tiroidea.
b. Hemograma.
c. Anticuerpos anti tTG2.
d. Glucemia.
e. Endoscopia digestiva alta.

Respuestas en la página 63

Bibliografía

1. *Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo I, Mearin L, Phillips A, Shamir R, et al. ESPGHAN guidelines for the diagnosis for coeliac disease in children and adolescents. An evidence-based approach. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012; 54: 136-60.*
2. *Vitora JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr (Barc). 2013; 78:1-5.*
3. *Sapone A, Bai JC, Ciacci C, Dolinsek J, Grenn P, Hadijavassiliou M, et al. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification. BMC Medicine.2012,10:13.*
4. *Román Riechmann E, Cilleruelo Pascual ML, Gutiérrez Junquera C. Epidemiología de la enfermedad celíaca. En: Polanco Allué I, editor. Enfermedad celíaca presente y fututo. Madrid: Ergón S.A.; 2013. p. 29-33.*
5. *Gujral N, Freeman HJ, Thomson A. Celiac disease: Prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. World J Gastroenterol 2012 November 14; 18(42): 6036-6059.*
6. *Green PHR, Cellier C. Celiac disease. N Eng J Med. 2007; 357: 1731-3.*
7. *Tye-Din J, Anderson R. Inmunophatogenesis of celiac disease. Curr Gastroenterol Rep. 2008; Oct;10(5):456-65.*
8. *Polanco I, Mearin ML. Enfermedad celíaca. En: Argüelles F, et al, eds. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHNP. Madrid: Ergon; 2010. P.284-291.*
9. *Bousoño Garcia C. Manifestaciones extra-digestivas de enfermedad celíaca en la infancia. En: Polanco Allué I, editor. Enfermedad celíaca presente y fututo. Madrid: Ergón S.A.; 2013. p. 15-22.*
10. *Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC. Enfermedad celíaca. Pediatr Integral. 2011; XV(2): 109-125.*
11. *Klapp G, Masip E, Bolonio N, Donat E, Polo B, Ramos D, Ribes-Koninckx. Celiac disease: the new proposed ESGHAN diagnostic criteria do work well in a selected population. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013;56: 251–256*
12. *Reintroduction of gluten following flour transamidation in adult celiac patients: a randomized, controlled clinical study. Clin Dev Immunol. 2012.*
13. *Larazotide acetate in patients with coeliac disease undergoing a gluten challenge: a randomised placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther. 2013*
14. *Effect of pretreatment of food gluten with prolyl endopeptidase on gluten-induced malabsorption in celiac sprue. Clin Gastroenterol Hepatol. 2005.*
15. *Live probiotic Bifidobacterium lactis bacteria inhibit the toxic effects induced by wheat gliadin in epithelial cell culture. Clin Exp Immunol. 2008*
16. *Are transglutaminase 2 inhibitors able to reduce gliadin-induced toxicity related to celiac disease? A proof-of-concept study. J Clin Immunol. 2013 Jan;33(1):134-42.*
17. *Martínez González MJ. Seguimiento del paciente pediátrico. En: Polanco Allué I, editor. Enfermedad celíaca presente y fututo. Madrid: Ergón S.A.; 2013. p. 15-22-*
18. *Egner W, Shrimpton A, Sargur R, Patel D, Swallow K. ESPGHAN Guidance on Coeliac Disease 2012: Multiples of ULN for decision making do not harmonise assay performance across centres. JPGN.2012; 55: 733-5.*

Sexualidad en la adolescencia

¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos?

F. López Sánchez
Catedrático de Psicología Sexual. Universidad de Salamanca.

Fecha de recepción: 20 de diciembre 2013
Fecha de publicación: 27 de febrero 2014

Adolescere 2014; II (1): 24-34

Resumen

Los problemas asociados a la forma en que adolescentes y jóvenes viven la sexualidad y las relaciones amorosas hoy día son muy numerosos y bien conocidos: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, frustración en las relaciones, etc.
Lo que se pretende es hacer una reflexión sobre sus posibles causas y la forma en que deberían ser afrontados, especialmente por la familia, la escuela y los profesionales de la salud.
A nuestro modo de ver, entre otras causas, merecen ser tenidas en cuenta las siguientes causas de estos problemas: (a) la falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud, (b) las contradicciones de la sociedad en los planteamientos sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, (c) los nuevos mitos sobre la sexualidad, (d) los escenarios de ocio asociados al alcohol y otras drogas, (e) la carencia de figuras de apego adecuadas, que sean modelo de relaciones amorosas, (f) la falta de una verdadera educación sexual en la escuela y (g) la no implicación de los profesionales de la salud en la prevención y asistencia en este campo.

***Palabras clave**: Adolescencia, Sexualidad, Educación e información sexual.*

Abstract

The problems associated with how teens and youngsters live their sexuality and romantic relationships nowadays are numerous and well known: unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases, sexual abuse, frustration in relationships, etc.
The aim of this paper is to reflect on the possible causes and how they should be addressed, especially by the family, school and health professionals.
In our view, some causes of these problems, among others, would be the folowing: (a) the lack of information legitimized by family, school and health professionals, (b) the contradictions of society in its approach to adolescent and youth sexuality, (c) the new myths about sexuality, (d) the leisure scenarios associated with alcohol and other drugs, (e) the lack of suitable attachment figures who are relationship models, (f) the lack of real sex education in the school, and (g) the non-involvement of health professionals in the prevention and assistance in this field.

Keywords: *Adolescents, Sexuality, Sexual Education and Information.*

Introducción

Los problemas asociados a la forma en que adolescentes y jóvenes viven la sexualidad y las relaciones amorosas hoy día son muy numerosos y bien conocidos: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, frustración en las relaciones, etc. No se trata de problemas generalizados, pero sí demasiado frecuentes, especialmente el primero de los señalados. Afectan a los adolescentes y jóvenes y muy especialmente y de manera aguda a los menores de edad.

Por conocidos, no nos vamos a centrarnos en ellos, algo ya hecho en numerosas publicaciones como puede verse en la bibliografía citada (López, Fernández-Rouco, Carcedo, Kilani, y Blázquez, 2010). Lo que pretendemos es hacer una reflexión sobre sus posibles causas y la forma en que deberían ser afrontados, especialmente por la familia, la escuela y los profesionales de la salud.

A nuestro modo de ver, entre otras causas, merecen ser tenidas en cuenta especialmente las siguientes causas de estos problemas: (a) la falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud, (b) las contradicciones de la sociedad en los planteamientos sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, (c) los nuevos mitos sobre la sexualidad, (d) los escenarios de ocio asociados al alcohol y otras drogas, (e) la carencia de figuras de apego adecuadas, que sean modelo de relaciones amorosas, (f) la falta de una verdadera educación sexual en la escuela y (g) la no implicación de los profesionales de la salud en la prevención y asistencia en este campo.

Los problemas asociados a la forma en que adolescentes y jóvenes viven la sexualidad y las relaciones amorosas hoy día son muy numerosos. Se realiza una reflexión sobre sus posibles causas y la forma en que deberían ser afrontados, especialmente por la familia, la escuela y los profesionales de la salud.

¿Están bien informados nuestros adolescentes y jóvenes? El rol de la familia, la escuela y los profesionales de la salud en relación con la información

Los adolescentes y jóvenes tienen mucha información; no es, por tanto, en sentido estricto, un problema de información. Incluso puede decirse que les llega demasiada información sexual a través de los amigos o amigas, Internet, medios de comunicación y productos culturales como el cine. Hace más de diez años que, con colegas de diferentes países, hicimos una investigación en España, Canadá y Francia; en los tres países tenían una información bastante precisa de cómo evitar los riesgos asociados a la actividad sexual.

¿Pero es esta información eficaz? La respuesta es también clara: no es eficaz en numerosos casos, de forma que hay, con frecuencia, una clara contradicción entre los conocimientos que tienen y su conducta.

Y ¿cuáles son las causas de esta conducta tan irracional? Seguramente muchas y no tan fáciles de precisar, aunque intentaremos hacerlo en este artículo.

Los jóvenes carecen de una información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud sobre la sexualidad y por ello no pueden usarla abiertamente con libertad.

Por lo que se refiere a los conocimientos, **carecen de una información legitimada** por la familia, la escuela y los profesionales de la salud. Y como la información no está legitimada, no pueden usarla abiertamente, con libertad. La información sexual que tienen se oculta a la familia, a los educadores y a los profesionales y la usan, por tanto, de manera furtiva o simplemente no la tienen en cuenta. También la conducta sexual es furtiva: en lugares y tiempos que se ocultan, en formatos precipitados, con alguna frecuencia bajo los efectos de alcohol, etc.

Si de la sexualidad y la actividad sexual no se puede hablar en familia y en la mayor parte de las escuelas, los adolescentes y jóvenes tienen que ocultar lo que saben y lo que hacen. Esto no favorece la conducta responsable, especialmente en los más jóvenes, como indican todos los estudios.

Si la familia no habla de estos temas abiertamente y con buena información, los hijos, especialmente en la primera adolescencia, no saben muy bien a qué atenerse.

La familia debe hablar abiertamente con los hijos de estos temas y ofrecerle una primera información sobre ellos, a la vez que colabora con la escuela. Naturalmente que la familia tiene el derecho y el deber de transmitir los valores en que creen, salvo fundamentalismos, pero no debe negarle informaciones básicas a los hijos; pueden y deben darle consejos, pero no pueden olvidar que tienen que prepararlos para que sean responsables y autónomos.

La escuela debe ofrecer una información sistemática sobre todos los temas fundamentales de sexualidad (anatomía, fisiología sexual y de la reproducción, afectos sexuales y sociales: deseo, atracción, enamoramiento, apego, amistad y sistema de cuidados), anticoncepción, etc. En términos de valores la escuela puede y debe respetar los valores de la familia y cada alumno (salvo fundamentalismos) y transmitir valores éticos universales (como, por ejemplo: la ética del consentimiento, de la igualdad, del placer compartido, de la lealtad y de la salud), propuesta ética que hemos desarrollado en otras publicaciones.

Los profesionales de la salud, en lugar de hacer objeción práctica casi generalizada, deberían incluir en sus entrevistas y en sus relación con los menores esta temática, en un clima de confianza, sin la presencia de los padres, de forma que les permitiera hablar con libertad y pedir informaciones concretas y ayudas.

Los profesionales de la salud, en lugar de hacer objeción práctica casi generalizada, deberían incluir en sus entrevistas y en sus relación con los menores el tema de la sexualidad, en un clima de confianza, sin la presencia de los padres, de forma que les permitiera hablar con libertad y pedir informaciones concretas y ayudas.

Las contradicciones de la sociedad y las características de la adolescencia

Nuestra sociedad es muy contradictoria en relación a la sexualidad de los adolescentes y jóvenes:

(a) Desde un lado de la contradicción, se ha liberalizado la comercialización de todo tipo de productos con contenido sexual y se usa la sexualidad como reclamo asociado en la publicidad de numerosos productos. Los contenidos culturales se impregnan, con frecuencia, de sexualidad con el único objetivo de llamar la atención, los programas de televisión inundan la pantalla de contenidos sexuales adultos muy explícitos y se centran en los trapos sucios de las relaciones interpersonales íntimas. La moda propone formas de vestir y estar atrevidas tratando el cuerpo, especialmente el de la mujer, como un objeto erótico, etc.

De esta forma, los menores son incitados, excitados y hasta empujados a interesarse precozmente por asuntos adultos y a tener actividad sexual.

(b) Desde el otro lado de la contradicción, los agentes socializadores (familia, escuela y profesionales) guardan silencio, asisten perplejos y desorientados a este espectáculo, no saben que hacer y, por ello, en muchos casos, se sienten sobrepasados y se quedan paralizados. Todos hablan de sexualidad (los productos culturales, la televisión, Internet, los amigos, los medios de comunicación, las revistas, las publicaciones pornográficas, etc.) menos los que tendrían hablar abiertamente, con informaciones precisas y valores familiares (la familia), valores universales (la escuela y los profesionales).

Es así como hemos pasado de la represión obsesiva, la prohibición y el castigo a la permisividad desorientada. Padres, escuela y profesionales están paralizados, mientras esta sociedad de mercado ha convertido la sexualidad en un negocio directo o en un mediador de numerosos negocios.

En medio, los adolescentes sufren la contradicción en los primeros años de la adolescencia y adquieren, en no pocos casos, un atrevimiento irresponsable una vez se acercan a la mayoría de edad. Y esto les ocurre además en una edad, que **por razones evolutivas propias de cada generación adolescente, la conciencia de riesgos es menor, el sentimiento de poder es mayor, la presión del grupo es muy significativa, el sentido de la experimentación y la aventura se acrecienta, a la vez que se ponen en cuestión las opiniones y consejos de los adultos.**

Por ello, podríamos decir, que vivimos en una sociedad en la que no son pocos los agentes socializadores que renuncian de hecho a ayudar a los menores a vivir mejor la sexualidad.

Con ello no queremos decir que la mayoría de las familias y todas las escuelas y profesionales lo estén haciendo mal y que la mayoría de los adolescentes asumen graves riesgos. La mayoría, eso dicen los estudios, son responsables retrasando la actividad sexual o teniendo actividades sexuales saludable. Pero sí afirmamos que son demasiados los que asumen riesgos graves y muchos más los desorientados, de forma que afrontar estos problemas debería ser un asunto prioritario.

Los nuevos mitos sobre la sexualidad

También los científicos, hijos finalmente de la misma cultura, han guardado silencio sobre la sexualidad, al menos hasta el siglo XX. Incluso durante siglos se limitaban a repetir los viejos mitos y las ideas sexofóbicas que han sido dominantes en nuestra cultura durante siglos. La sexualidad era considerada, antes que nada, un instinto peligroso que era necesario controlar. La actividad sexual era legitimada solo dentro del matrimonio heterosexual con el fin de procrear. Cualquier otra diversidad era etiquetada de desorden moral y natural. La masturbación, por poner solo un ejemplo, contra toda evidencia, se decía que producía daños físicos y psíquicos de todo tipo.

A principios del siglo XX, con los planteamientos de Freud y, sobre todo, desde mediados de éste mismo siglo, los científicos empezaron a hacer estudios que cuestionaron con éxito esa visión confesional de la sexualidad. Hoy tenemos conocimientos bastante amplios sobre la sexualidad y, en general, se acepta que las personas pueden organizarse su vida sexual y amorosa de formas bien diversas, aún dentro de los criterios de salud sexual.

Pero estos conocimientos científicos, incluso los más básicos, no se han generalizado entre la población, no se enseñan en la escuela y muchos profesionales los desconocen o, si no es así, se sienten incómodos y poco formados para usarlos en su práctica profesional. La actitud predominante sigue siendo de miedo e incomodidad, guardando por ello, casi siempre, silencio.

Mientras tanto, las nuevas libertades sociales, que en el mundo occidental empezaron después de La Segunda Guerra Mundial y en España en los últimos años de la dictadura de Franco y en la transición a la democracia, han creado las **condiciones para que se comercialice con todo tipo de productos sexuales**. En esta sociedad de mercado en la que el valor dominante es vender y consumir, la sexualidad se ha convertido en un producto más, presentado de forma explícita o a través de Internet, programas de televisión, productos culturales de todo tipo y publicaciones diversas. La publicidad recurre de forma generalizada y muy explícita, también a contenidos sexuales para vender todo tipo de productos.

Industrias específicas como la moda, la cirugía estética, la cosmética, la alimentación, la salud y los cuidados del cuerpo enfatizan una manera de vivir en la que resultar atractivo y atractiva sexualmente son valores prioritarios.

El mercado, las revistas de moda, la publicidad y buena parte de la población han construido nuevos mitos sobre la sexualidad, una vez abandonados y hasta ridiculizados los antiguos. Mitos que, con frecuencia, comparten de forma más o menos explícita, algunos profesionales ya que han sido favorecidos por la ausencia de una adecuada formación en sexología.

El estilo de vida de numerosas personas jóvenes y adultas reflejan este gusto por consumir y estar en le mercado de las relaciones siguiendo los nuevos cánones en relación al cuerpo y la sexualidad.

El mercado y las revistas de moda y la publicidad y buena parte de la población han construido así **nuevos mitos sobre la sexualidad**, una vez abandonados y hasta ridiculizados los antiguos. Mitos que, con frecuencia, comparten de forma más o menos explícita, algunos profesionales ya que han sido favorecidos por la ausencia de una adecuada formación en sexología.

¿Cuáles son estos mitos? No siempre son fáciles de señalar y describir porque se trata de un pensamiento difuso, que aparece aquí o allá, de forma más o menos explícita. Aun así creemos necesario ser capaces de indicar qué ideas se acaban haciendo dominantes en una sociedad, aunque no se sabe muy bien quién las propone y cómo se sostienen y cómo se usan. Citaremos algunas, esperando que inciten a una reflexión profunda y al estudio serio de lo que hoy sabemos sobre la sexualidad:

a.-La primera de ellas es la creencia en que "la actividad sexual es necesaria para la salud". Reviste numerosas formas más o menos explícitas y suele referirse a diferentes manifestaciones sexuales.

Según ella, por ejemplo, se puede uno encontrar publicaciones (incluso apoyadas por administraciones públicas) en las que en relación con la masturbación se dicen cosas como: "no te lo pierdas", "parece lógico que uno se conozca a sí mismo antes de conocer a otro", etc. Hemos pasado de de un viejo mito ("la masturbación es una conducta desviada que causa graves problemas") a un nuevo mito ("masturbarse es una condición para la salud general o sexual").

Coitar, descargar la tensión sexual en orgasmos, fue visto como una condición para la salud por W- Reich, discípulo que siguió al pié de la letra al primer Freud. Esta creencia está hoy bastante extendida en revistas de divulgación y se usa en la publicidad. Incluso no es raro escucharla de forma más o menos explícita en profesionales. De hecho es un mensaje que llega a muchas personas. Un señor de 75 años me dijo durante una de mis intervenciones:

> *"No entiendo por qué tener relaciones sexuales, que antes estaba prohibido, era malo y pecado, desgastaba, etc., hoy es obligatorio".*

La verdad es que la naturaleza de la sexualidad permite a los seres humanos organizar su vida sexual de formas muy diferentes, con o sin actividad sexual explícita, como hemos explicado tantas veces al exponer el modelo biográfico-profesional (López, 2005a). Nos ha costado descubrir que en este campo podemos ser más libres de lo que pensábamos en el pasado, ¿tiene sentido crear nuevas obligaciones?

b.- La segunda afecta especialmente a los adolescentes y jóvenes. Aparece, sobre todo, en forma de práctica profesional en bastantes educadores sexuales. Consiste en intervenir bajo el supuesto (aunque no suele explicitarse) de que "todos los adolescentes y jóvenes tienen o es conveniente que tengan actividad sexual (implícitamente "coital")". Algo que no se corresponde con la realidad, como puede verse en los estudios sobre las conductas sexuales de adolescentes y jóvenes, y que contribuye de forma directa o indirecta a presionarlos para que tengan actividad sexual.

De esta manera, hemos pasado de un modelo moral que hace de la abstinencia un deber para todos los no casado heterosexualmente (legítimo discurso religioso, pero no modelo de educación sexual que pueda ser aceptado en la escuela pública de un país no confesional) a un modelo prescriptivo, denominado así porque, de hecho, prescribe la actividad sexual para todos. Este modelo es peligroso, sobre todo, entre los más jóvenes, especialmente si va asociado el silencio y la permisividad familiar.

¿Seremos capaces de educar en libertad, la responsabilidad, la salud, etc., dejando de proponer modelos obligatorios uniformes represivos o prescriptitos?

La falta de figuras de apego adecuadas. La familia en conflicto y silenciosa

Finalmente, lo más importante de la educación sexual depende de la familia (López, 2005b). Y eso que llamamos "lo más importante" es ofrecer a los hijos una experiencia familiar en la que sus figuras de apego se tratan con respeto, saben afrontar los conflictos y tienen una buena relación amorosa, a la vez, claro está, que son cuidadores adecuados de sus hijos.

Varios aspectos, por tanto, son nucleares en la experiencia familiar:

(a) Tener modelos de cuidadores que sepan tratarse bien, no solo evitar el maltrato, respetarse, cuidarse mutuamente y transmitir de una u otra forma que las relaciones amorosas valen la pena, son un valor fundamental, y pueden salir bien. Uno de los peligros actuales es que los menores de edad adquieran la idea de que las relaciones amorosas son conflictivas y no valen la pena.

Lo más importante de la educación sexual depende de la familia (López, 2005b). Es ofrecer a los hijos una experiencia familiar en la que sus figuras de apego se tratan con respeto, saben afrontar los conflictos y tienen una buena relación amorosa, a la vez, claro está, que son cuidadores adecuados de sus hijos.

En el caso de que haya conflictos, que sepan afrontarlos y, si llegaran a separarse, lo hagan de mutuo acuerdo, cuidando el hacer sufrir a los hijos lo menos posible, sabiendo que no se separan de los hijos y que deben seguir colaborando en sus cuidados. En una publicación muy reciente nos ocupado de este tema analizando los errores que se cometen y proponiendo cómo deben comportarse los padres en un proceso de separación (López, 2010).

(b) Recibir los cuidados esenciales. Entre ellos, los que más tienen que ver con la educación sexual son:

— Aceptar a los hijos incondicionalmente de forma que se sientan seguros, sabiendo que sus padres no les van a fallar. Aprenden así que existen las relaciones seguras y adquieren una confianza básica fundamental en el ser humano y su capacidad de amar.

— Estimar a los hijos, para que se sientan valiosos, dignos de ser amados.

— Interactuar con ellos de forma íntima, para que aprendan a usar y disfrutar el código de la intimidad (mirar y ser mirados, acariciar y ser acariciados, compartir el espacio de intimidad, expresar, entender y compartir emociones, etc.), tan importante en las relaciones amorosas adultas.

— Ofrecerle informaciones básicas sobre sexualidad respondiendo a sus preguntas de forma abierta, hablando positivamente de las relaciones amorosas, haciendo una prevención básica de los riesgos sexuales (abusos sexuales, embarazo no deseado, etc.) y colaborando con la escuela.

La familia es el agente socializador más importante, también en todo lo que se refiere a las relaciones sexuales y amorosas. Es fundamental que los padres se comuniquen abiertamente con los hijos sobre estos temas, pero lo es más que la familia sea un lugar donde un grupo de personas se protegen, se apoyan y se quieren. Y donde, específicamente, se vive la experiencia de que los adultos emparejados se respetan, tratan con igualdad y se quieren.

Es así como en la familia se adquieren dos cosas fundamentales que solo las figuras de apego pueden ofrecer: la confianza-certeza básica que los seres humanos saben tratarse bien y quererse, por un lado, y el código de comunicación necesario a toda relación íntima (entre padres e hijos o entre los miembros de una pareja sexual y amorosa).

La falta de una verdadera educación sexual en la escuela

La historia de la educación sexual en la escuela española es la historia de un fracaso. Las diferentes propuestas de los gobiernos sobre este tema han sido retóricas, no garantizando una verdadera educación sexual en las escuelas. Solo en algunos centros muy concretos y, con frecuencia, fuera del horario escolar, se ha hecho una cierta educación sexual.

En otro lugar hemos hecho una valoración crítica de las propuestas del gobierno y la realidad de la educación sexual en España (López, 2005a). Los dos problemas mayores son que se han limitado a proponer la educación sexual como un contenido transversal y que no han formado a los educadores en este campo. Por ello, si la responsabilidad es de todos los profesores y de ninguno en concreto y, además, no se les forma para ello, el resultado no podía ser otro que un fracaso.

La última propuesta de una materia de educación para la ciudadanía no solo es contraria a la propuesta general de contenidos transversales (¿por qué la educación en la ciudadanía no es

un contenido transversal?), cayendo en una contradicción evidente, sino que al incluir en ella la educación sexual reconocen el fracaso de la propuesta transversal general aun vigente. Por cierto, esta propuesta de educación para la ciudadanía también la hemos criticado en otra publicación con más detalle (López, 2009b).

¿Qué debería hacer la escuela?

En primer lugar, formar a los educadores, al menos a algunos de ellos de cada centro, para que puedan hacer educación sexual de forma específica..

En segundo lugar, elaborar o adaptar programas de educación sexual para cada uno de los ciclos.

En tercer lugar, asignar tiempos específicos, recursos y dedicación de algunos profesores para este trabajo. Crear un área de Calidad de Vida, de Salud o de Promoción del Bienestar, con una hora de dedicación semanal para todo aquello que la escuela puede hacer explícitamente con la educación formal para ayudar a los ciudadanos a vivir mejor, es lo que hemos propuesto, siguiendo el modelo de algunos países. Desde este espacio se puede colaborar con las familias, los sanitarios y conseguir influir transversalmente todo el currículo educativo sobre contenidos como la salud, la sexualidad, el consumo, la ecología, la educación social, etc.

En cuarto lugar, cuidar el currículo oculto escolar de forma que los valores asociados a la educación sexual impregnen, de ésta forma sí, transversalmente la vida escolar. La colaboración de todo el equipo educativo sí es fundamental para cubrir este objetivo.

De esta forma, se conseguiría que la escuela cumpliera su función esencial en educación sexual: ofrecer conocimientos profesionales, programados y secuenciados, sobre la sexualidad. Aquellos conocimientos que son esenciales para vivir bien la sexualidad y evitar los problemas asociados a las actividades sexuales de riesgo. Estos conocimientos deben incluir entre otros contenidos los siguientes: anatomía básica, fisiología de la respuesta sexual humana y de la reproducción, identidad sexual y género, orientación del deseo, afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y afectos sociales (apego, amistad y sistemas de cuidado), tipos de parejas y familias, anticoncepción, etc. Una propuesta específica de estos contenidos, por ciclos, puede encontrarse en López (2005a).

A estos contenidos hay que añadir la transmisión de una serie de valores éticos universales (ética del consentimiento, ética de la igualdad entre sexos, ética del placer compartido, ética de la lealtad, ética de la salud, etc.), compatibles con un sistema social democrático no confesional y la diversidad sexual saludable.

Nuestra propuesta es aplicar un modelo biográfico y profesional que respete el derecho de las personas a organizar su vida sexual y amorosa y el derecho de las familias a transmitir las creencias y valores que consideren adecuados, a la vez que la educación sexual escolar (basada en conocimientos profesionales y valores universales) se considera un derecho de los menores que no puede ser cercenado por la familia. A lo largo de los años hemos conseguido que ésta propuesta no resulte conflictiva a creyentes o no creyentes, a las personas conservadoras o a las personas liberales. Nos alejamos así de forma muy clara de los modelos religiosos que defiende la "la abstinencia para toda persona que no éste casada heterosexualmente" (esto nos parece una propuesta religiosa muy respetable, que puede hacerse desde la iglesia o la familia, pero no un modelo de educación sexual en la escuela aceptable en un país no confesional) y de los modelos prescriptivos que de una forma explícita o implícita trabajan con la idea de que todos los adolescentes tienen o van a tener y es conveniente que tengan actividad sexual, sin excluir el coito.

Nuestra propuesta es aplicar un modelo biográfico y profesional que respete el derecho de las personas a organizar su vida sexual y amorosa y el derecho de las familias a transmitir las creencias y valores que consideren adecuados, a la vez que la educación sexual escolar (basada en conocimientos profesionales y valores universales) se considera un derecho de los menores que no puede ser cercenado por la familia.

Promocionar que las personas puedan ser lo más libres posibles, a la vez que responsables, es lo fundamental. Por ello concedemos gran importancia a los conocimientos y la ética de las relaciones amorosas. Los conocimientos y éstos valores, ayudan a fomentar el bienestar personal y social, a la vez que permiten una gran diversidad de biografías sexuales y amorosas.

En definitiva, creemos que la naturaleza humana nos permite tomar decisiones sobre nuestra vida sexual y amorosa, en eso nos distinguimos de la mayor parte de las especies, y que, por tanto, caben una gran diversidad de formas de vivir la sexualidad. Promocionar que las personas puedan ser lo más libres posibles, a la vez que responsables, es lo fundamental. Por ello concedemos gran importancia a los conocimientos y la ética de las relaciones amorosas. Los conocimientos y éstos valores, antes solo citados, ayudan a fomentar el bienestar personal y social, a la vez que permiten una gran diversidad de biografías sexuales y amorosas.

Para ello, la escuela debe colaborar con la familia, respetando el rol de cada agente socializador, siendo concientes de que finalmente se trata de preparar a cada niño y niña para que sepa tomar decisiones de forma responsable en el campo de la sexualidad, concediéndole, a medida que avance su edad, mayor autonomía. La educación finalmente debe intentar que las personas acaben siendo autónomas, libres, éticas y responsables de sus actos, entendiendo que de lo que se trata es de facilitarles aprendizajes para la vida que les eviten errores y las faciliten aciertos que les hagan más felices.

La falta de implicación de los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud, especialmente los médicos de familia y todo el personal de los centros de salud, así como los pediatras, ginecólogos, etc., salvo un grupo muy minoritario, no se han involucrado nunca en la prevención y asistencia en relación con los riesgos asociados a las prácticas sexuales de riesgo. Menos aún en la ayuda para que vivan mejor la sexualidad, desde un enfoque positivo.

Los riesgos consumados los ha derivado el gobierno a clínicas privadas (caso del aborto) y la anticoncepción de emergencia (píldora del día después) a las farmacias, llegando a legislar que los menores puedan comprar sin receta anticonceptivos de emergencia e incluso abortar sin conocimiento de la familia cuando la menor aduce problemas familiares. Tal manera de proceder expresa muy bien como los gobernantes tiran por la calle del medio, sin afrontar los problemas, promoviendo que familiares y sanitarios se desentiendan de los temas relacionados con la sexualidad de los menores.

Los programas comunitarios de prevención (con alternativas de vida y ocio saludables) en los que, por barrios o distritos de salud, los educadores, los profesionales de la salud y las familias colaboran para prevenir los riesgos que amenazan la salud sexual y la salud en general, es la propuesta más global y adecuada que deberíamos hacer para conseguir que adolescentes y jóvenes tengan un estilo de vida saludable en todos los campos.

Los sanitarios deberían colaborar con la familia y la escuela en la prevención de riesgos y el la transmisión de conocimientos sexuales profesionales, abrir consultas específicas para adolescentes y jóvenes y tener entrevistas confidenciales (sin la presencia de los padres) en las que dentro de los temas de salud se ofrecieran informaciones y ayudas en este campo. En este caso, no se trata de alejar a los hijos de la familia, sino de crear un clima profesional de confianza, que los propios padres aceptan muy bien cuando se les explica el sentido, en el que los adolescentes y jóvenes tenga la oportunidad de hablar y ser ayudados por un profesional de la salud.

Los programas comunitarios de prevención (con alternativas de vida y ocio saludables) en los que, por barrios o distritos de salud, los educadores, los profesionales de la salud y las familias colaboran para prevenir los riesgos que amenazan la salud sexual y la salud en general (por ejemplo, el consumo de alcohol y tabaco u otras drogas, los accidentes de tráfico, etc.) es la propuesta más global y adecuada que deberíamos hacer para conseguir que adolescentes y jóvenes tengan un estilo de vida saludable en todos los campos.

Sabemos, por tanto, lo que hay que hacer y cómo llevarlo a cabo, falta una verdadera conciencia social de lo que nos jugamos con este tema y una respuesta adecuada de las familias, la escuela y los profesionales de la salud. Para ello es fundamental que los políticos se tomen en serio la salud de nuestros adolescentes y jóvenes, cosa que no ha hecho ningún gobierno desde la transición.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Entre las causas a tener en cuenta a la hora de entender la sexualidad en la adolescencia se describen:

a. La falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud.
b. Las contradicciones de la sociedad en los planteamientos sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes.
c. Los escenarios de ocio asociados al alcohol y otras drogas.
d. Solo la a.
e. Todas.

2. Se describen como nuevos mitos sobre la sexualidad los siguientes:

a. "La actividad sexual es necesaria para la salud".
b. "Todos los adolescentes y jóvenes tienen o es conveniente que tengan actividad sexual (implícitamente "coital)".
c. "La masturbación es necesaria para tener un equilibrio mental".
d. Son cierto a y b.
e. Son ciertos a, b y c.

3. Las figuras de apego son fundamentales para comprender la relación amorosa. ¿Cuáles te parecen que son figuras de apego?

a. Padres o cuidadores que se respetan, se cuidan y se quieren.
b. Padres que cuando se separan lo hacen de mutuo acuerdo sin perjudicarse.
c. Padres que aceptan a sus hijos incondicionalmente.
d. Profesores que valoran la libertad e independencia como garantía de madurez.
e. Son ciertas la a, b y c.

4. Entre los valores éticos universales de la sexualidad se habla de:

a. Ética del consentimiento.
b. Ética de la igualdad.
c. Ética del placer.
d. Son a, b y c.
e. Solo la c.

5. El papel de los profesionales de la salud en la educación sexual de los adolescentes...

a. No es asunto suyo ya que es la familia responsable de la educación sexual.
b. Son los programas educativos los responsables de crear lugares para impartir educación sexual.
c. Cada institución tiene libertad de crear sus propios programas de educación y los padres elegir.
d. Son parte importante de los cuidados sociales y deberían implicarse más en la educación sexual de los adolescentes.
e. b y c son ciertas.

Respuestas en la página 63

Bibliografía

1. *López, F. (2005) Educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva.*
2. *López, F. (2006) Educación sexual de los hijos. Madrid: Pirámide.*
3. *López, F. (2009) Amores y desamores. Madrid: Biblioteca Nueva.*
4. *López, F., Fernández-Rouco, N, Carcedo R., Kilami, A. y Blázquez M. I. (2010). La evoluciónb de la sexualidad prepuberal y adolescente: diferencias de afectos y conductas en varones y mujeres. Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia., 5, 165-185.*

Protocolo de Dislipemias

MT. Muñoz Calvo
Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma. Madrid.

Fecha de recepción: 30 de enero 2014
Fecha de publicación: 27 de febrero 2014

Adolescere 2014; II (1): 35-44

Concepto

Se considera dislipemia los valores por encima del percentil 95 para la edad y sexo de CT (colesterol total), C- LDL (lipoproteínas de baja densidad), triglicéridos (TG) y los valores de C-HDL (lipoproteínas de alta densidad) por debajo del percentil 10. El NCEP (*National Cholesterol Education Program*) pediátrico propone unos valores deseables, en el límite y de riesgo (tabla 1).

Cribado en la infancia y la adolescencia

En España y en otros países europeos el cribado en los niños se suele hacer como parte del cribado en cascada familiar cuando se conoce el diagnóstico en la familia. El cribado selectivo debe realizarse a la población infanto-juvenil de riesgo entre los 2 y los 8 años, y entre los 12 y los 16 años. Se considera población de riesgo si existe historia familiar positiva o factores de riesgo en el niño:

Historia Familiar:

- ECV prematura en padres, abuelos o tíos (varones < 55 años o mujeres < 65 años).
- Padres con dislipemia conocida o CT mayor o igual a 240 mg/dl.

Factores de alto riesgo:

- Hipertensión arterial que requiere tratamiento farmacológico (TA>P 99+5mmHg)
- Hábito tabáquico
- IMC ≥ percentil 97
- Presencia de *condiciones de alto riesgo*: diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, trasplante de órganos, enfermedad de Kawasaki con aneurismas.

Factores de riesgo moderado:

- Hipertensión arterial que no requiere tratamiento farmacológico
- IMC ≥ percentil 95 y < percentil 97.
- C-HDL< 40 mg/dl
- Presencia de *condiciones de riesgo moderado*: enfermedad de Kawasaki con aneurismas en regresión, enfermedad inflamatoria crónica (lupus eritematoso, artritis idiopática juvenil), VIH y síndrome nefrótico.

Diagnóstico

El estudio analítico debe efectuarse en las siguientes condiciones: 1) ayuno de 12 horas; 2) sin modificaciones de la dieta habitual; 3) libre de enfermedad desde varias semanas antes; 4) teniendo en cuenta la toma de ciertos fármacos que pueden modificar los lípidos. En caso de valores lipídicos alterados, se repetirá el estudio analítico tres o cuatro semanas después para confirmar la alteración de la analítica.

- Se deberá realizar una historia familiar (antecedentes de ECV prematura en padres o abuelos, antecedentes en padre o madre con hiperlipidemia genética). Asimismo, conocer los antecedentes personales: hábitos alimentarios, estilos de vida, toma de fármacos, habito tabáquico y se descartaran posibles causas de dislipemia secundaria.
- En la exploración física se anotarán las medidas antropométricas: peso, talla, IMC y estadio puberal, además de la toma de la tensión arterial.
- En el estudio analítico se solicitará:
  - Hemograma, Bioquímica (perfil hepático y renal), y hormonas tiroideas.
  - Perfil lipídico en ayunas: CT, TG y lipoproteínas (LDL, HDL y VLDL)
  - Según sospecha etiológica: Apolipoproteína A, B, y Lp(a).

  Criterios diagnósticos **de Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota** (HFH)

  - Confirmar la trasmisión vertical de la hipercolesterolemia y/o ECV prematura en uno de los padres.
  - Niveles de C-LDL ≥ 190 mg/dl o bien niveles de C-LDL ≥ 150 mg/dl, cuando se tiene la confirmación genética de HF en uno de los padres.
  - El estudio genético nos permitirá dar una información pronóstica a los pacientes y se realizará mediante:
- La demostración de mutaciones en el gen del receptor LDL (LDLR, 19p13.2). En España, se han descrito más de 400 mutaciones en el gen del receptor de LDL asociadas a HF, sin embargo la tasa de detección de una mutación funcional en casos con diagnóstico clínico varía del 20 al 80%, por tanto, un test genético negativo no excluye el diagnóstico, sobre todo, cuando el fenotipo sugiere una HFH.
- Otras causas menos frecuentes son las mutaciones en el gen de la ApoB (apoB100; 2p24) y en el gen de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9, 1p34.1-p32).

Tratamiento de las dislipemias

Recomendaciones dietéticas

- El objetivo primordial del tratamiento dietético de las hipercolesterolemias será lograr que los niveles de C-LDL disminuyan, consiguiendo un descenso de un 10 a un 15%, aunque existen grandes variaciones individuales.
- Las características de esta dieta están expuestas en la tabla 2.
- Si después de 3 meses no se logran los objetivos terapéuticos con la dieta inicial se introducirán otras modificaciones (Dieta 2) (Figura 1): ingesta total de grasa 25-30% de las calorías diarias, de grasa saturada <7% de las calorías, de grasa monoinsaturada 10% y de colesterol <200 mg al día, orientada a reducir el C-LDL o los TG, siempre bajo la supervisión de un dietista. Las características de esta dieta se exponen en la Figura 1**.** Si a pesar de su cumplimiento no se alcanzan los objetivos marcados, se deberá considerar el tratamiento farmacológico.

Suplementos dietéticos

- El aumento de la ingesta de fibras puede ser útil en la disminución de los niveles de C-LDL, en torno al 5-10%. La dosis adecuada (AAP) se calcula como la edad del niño + 5 g/día, hasta una dosis de 20 g/día a los 15 años de edad.
- Los estanoles y esteroles de plantas se añaden a las margarinas, zumos de naranja, yogur líquido, barras de cereales y suplementos dietéticos. Son compuestos naturales cuya estructura química es similar al colesterol, actúan disminuyendo la absorción intestinal de colesterol exógeno de origen alimentario así como del colesterol endógeno de origen biliar, demostrándose en adultos una disminución del C-LDL de un 10-20%, con mínimos efectos adversos.
- Las proteínas de soja disminuyen los niveles de triglicéridos y C-VLDL e incrementan los niveles de C-HDL. Los suplementos de una dieta baja en grasa enriquecida en ácidos grasos omega -3, con altas concentraciones de ácido eicosapentanoico y ácido docosahexanoico, han demostrado que incrementan significativamente las LDL grandes (menos aterogénicas) y disminuyen las LDL pequeñas (más aterogénicas). Es bien tolerado, con escasos efectos secundarios (gastrointestinales, hiperglucemia y elevaciones de las enzimas hepáticas).

Tratamiento farmacológico

1. Estatinas

Las estatinas deben ser incluidas entre los potenciales fármacos de primera línea por la experiencia adquirida en los últimos años y por su capacidad de disminuir los niveles de C-LDL en torno a 18-45%, y sin afectación del crecimiento ni del desarrollo puberal.

Edad de inicio

No existe un consenso acerca de de que edad comenzar el tratamiento con estatinas. Diferentes Guías recomiendan iniciar tratamiento en niños ≥ 10 años (preferiblemente estadio II Tanner o

superior en niños y a partir de la menarquia en niñas), tras 6-12 meses de dieta baja en grasas y colesterol, si:

- o C-LDL≥ 190 mg/dl
- o C-LDL entre 160 mg/dl y 189 mg/dl con historia de ECV prematura en familiares de primer grado, o existe otros FRCV (tabaco, C-HDL bajo, Lp(a) elevada, entre otros)
- En la hipercolesterolemia familiar homocigota el tratamiento debe ser iniciado en el momento del diagnóstico.

La pravastatina está aprobada por la FDA y la EMA en hipercolesterolemia primarias a partir de los 8 años. La dosis recomendada es de 10 a 20 mg/día en niños de 8 a 13 años y de 10 a 40 mg/día desde los 14 a los 18 años. Otras estatinas aprobadas por la FDA son lovastatina, simvastatina, atorvastatina, fluvastatina y rosuvastatina.

Dosificación

- Empezar con la dosis más baja una vez al día, generalmente al acostarse. Medir niveles basales de CPK, ALT y AST.
- La meta es conseguir niveles de LDL <130 mg/dL
- Tras 4 semanas de tratamiento, determinar: perfil de lipoproteínas en ayunas, CPK, ALT, AST. Repetir control analítico a las 8 semanas y a los 3 meses.
- Si hay anomalías de laboratorio o aparecen síntomas, suspender temporalmente el fármaco y repetir analítica en 2 semanas. Cuando los valores retornen a la normalidad, el fármaco puede reiniciarse con monitorización estrecha.

Seguimiento

- Valorar el ritmo de crecimiento y el desarrollo puberal (peso, talla, índice de masa corporal, estadio de Tanner).
- Monitorizar el perfil de lipoproteínas en ayunas, CPK, ALT y AST cada 3-6 meses.
- Insistir al paciente sobre medidas dietéticas e informar sobre otros factores de riesgo tales como sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, entre otros.

Eficacia y Seguridad

- Se han publicado revisiones sobre su utilización en la infancia, concluyendo que a la vez de seguras, son muy eficaces.
- En cuanto a los efectos adversos, no se han publicado casos de miositis, miopatía o rabdomiolisis. Se han encontrado algunos casos de elevaciones asintomáticas de la CPK y enzimas hepáticas, que han revertido con un descenso de las dosis de la medicación sin necesidad de suspender el tratamiento. Tampoco se han encontrado alteraciones del ritmo de crecimiento, desarrollo puberal ni del metabolismo de las vitaminas.
- Las estatinas están contraindicadas en el embarazo, por lo que debe advertirse a las adolescentes y enviarlas, en caso necesario, a consejo ginecológico.

En las figura 2 está representada el algoritmo terapéutico de las dislipemias, basado en el C-LDL.

2. *Resinas de intercambio iónico:*

- No se absorben y son seguras a largo plazo.
- Se pueden administrar a partir de los 6 años sin historia familiar de enfermedad cardiovascular o factores de riesgo, si el C-LDL ≥ 130mg/dl y < 190 mg/dl, tras 6-12 meses de dieta baja en grasas y colesterol.
- Sin embargo, por su baja palatabilidad y por sus efectos adversos a nivel gastrointestinal como flatulencia y estreñimiento han caído en desuso. Reducen los niveles de C-LDL de un 16% a un 19%.
- La dosis media recomendada es de 0,25-0,35 g/kg/día, con una dosis máxima de 8 g/día para el colestipol y de 10 g para la colesteramina. Se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas, e incrementar progresivamente.

3. *Ezetimibe*

- Actúa inhibiendo selectivamente la absorción intestinal de colesterol (tanto dietético como de origen biliar) en el borde en cepillo de los enterocitos.
- Los principales efectos adversos han sido gastrointestinales (diarrea y dolor abdominal) y cefalea. Reducen los niveles de CT y C-LDL, del 23% y 30%, respectivamente, a dosis de 10 mg/día.
- Su uso esta autorizado por la FDA y la EMA, a partir de los 10 años de edad. Sin embargo, no existen datos de seguridad a largo plazo en población pediátrica.

4. *Otros fármacos*

- **Fibratos**:
  - Reducen los niveles de TG y elevan los niveles de C-HDL. Los principales efectos secundarios son mialgias, debilidad muscular e incremento de CPK, ALT y AST.
  - Niveles de TG entre 200 y 499 mg/dl, realizar tratamiento dietético (Figura 1), cambio de estilo de vida y aumento de ingesta de pescado [salmón,caballa, arenque, (rango de 1,5-3 g/100g de pescado)], y valorar tratamiento con suplementos de aceite de pescado (Omacor®, dosis inicial 1 g /día).
  - Valorar tratamiento con aceite de pescado o fibratos (Bezafibrato, Gemfibrozilo, Fenofibrato) en niños con hipertrigliceridemia primaria y TG ≥ 500mg/dl, tras 6-12 meses de tratamiento dietético (Figura 2) y cambio de estilo de vida. En las figura 3 está representada el algoritmo terapéutico de las hipertrigliceridemias.

Bibliografía

1. *Descamps OS, Tenoutasse S, Stephenne X, Gies I, Beauloye V, Lebrethon MC, et al. Management of familial hypercholesterolemia in children and young adults: consensus paper developed by a panel of lipidologists, cardiologists, paediatricians, nutritionists, gastroenterologists, general practitioners and a patient organization. Atherosclerosis. 2011;218:272-80.*
2. *Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. Pediatrics. 2011;128 Suppl 5:S213-56.*
3. *Goldberg AC, Hopkins PN, Toth PP, Ballantyne CM, Rader DJ, Robinson JG, et al; National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. Familial hypercholesterolemia: screening, diagnosis and management of pediatric and adult patients: clinical guidance from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Clin Lipidol. 2011;5(3 Suppl):S1-8.*
4. *McCrindle BW, Kwiterovich PO, McBride PE, Daniels SR, Kavey RE. Guidelines for lipid screening in children and adolescents: bringing evidence to the debate. Pediatrics. 2012;130(2):353-6.*
5. *Morais A, Lama R, Dalmau S y Comité de Nutrición de la AEP. Hipercolesterolemia. Abordaje terapéutico. An Pediatr (Barc) 2009; 70: 488-496.*
6. *National Cholesterol Education Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. Pediatrics. 1992; 89: 525-584.*
7. *Vuorio A, Docherty KF, Humphries SE, Kuoppala J, Kovanen PT. Statin treatment of children with familial hypercholesterolemia--trying to balance incomplete evidence of long-term safety and clinical accountability: are we approaching a consensus? Atherosclerosis. 2013;226:315-20.*

Tabla 1. Niveles de lípidos plasmáticos en niños y adolescentes (Panel de Expertos en Colesterol, NCEP)

	Niños y adolescentes		
Categoría	**Aceptable (mg/dl)**	**Límite (mg/dl)**	**Alto (mg/dl)**
CT	< 170	170-199	≥200
C-LDL	<110	110-129	≥130
Apo B	<90	90-109	≥ 110
TG 0-9 años 10-19 años	 <75 <90	 75-99 90-129	 ≥100 ≥130

Categoría	**Aceptable (mg/dl)**	**Límite (mg/dl)**	**Bajo (mg/dl)**
C-HDL	>45	40-45	<40
ApoA-1	>120	115-120	<115

Los valores de lípidos plasmáticos vienen expresados en mg/dl.

Los puntos de corte para los valores límite y altos para CT, C-LDL y ApoB, corresponden al percentil 75-94 y al percentil 95, respectivamente.

El punto de corte para los valores bajos de C-HDL y Apo A-1 corresponde al percentil 10.

CT= colesterol total, C-LDL= lipoproteínas de alta densidad, C-HDL= lipoproteínas de baja densidad, TG= triglicéridos

Tabla 2.
Características de la dieta en el niño con hipercolesterolemia

- Ingesta calórica adecuada para favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes.
- Deberá aportar: hidratos de carbono 50-60%, proteínas 10-20% y grasas 30-35% de las calorías totales.
- Contenido en ácidos grasos saturados inferior al 9% de las calorías totales.
- Contenido en colesterol dietético < 300 mg/día.
- Consumo máximo de grasas *trans* menor del 1% de las calorías totales.
- Fibra dietética de 8 a 23 g (dependiendo de la edad).
- Estanoles/esteroles vegetales 1,5-2 g/día a partir de los 6 años
- Micronutrientes: vigilar especialmente el aporte de vitaminas liposolubles (especialmente vitamina D) y minerales (hierro, zinc y calcio).

Figura 1.
Recomendaciones dietéticas (Dieta 2):
Adaptado del *Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents*

Figura 2.
Algoritmo para abordar las dislipemias, basado en los niveles de C-LDL.

Adaptado del *Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents*

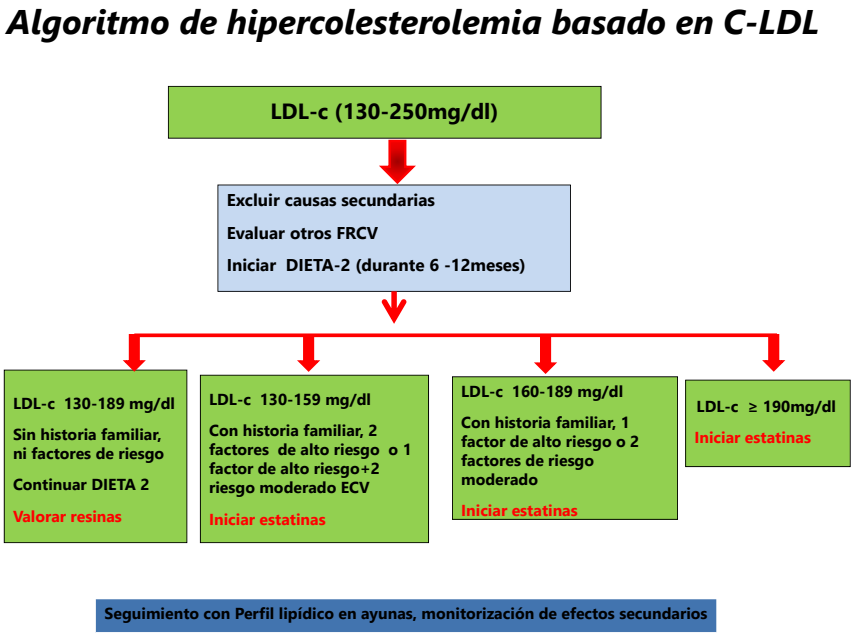
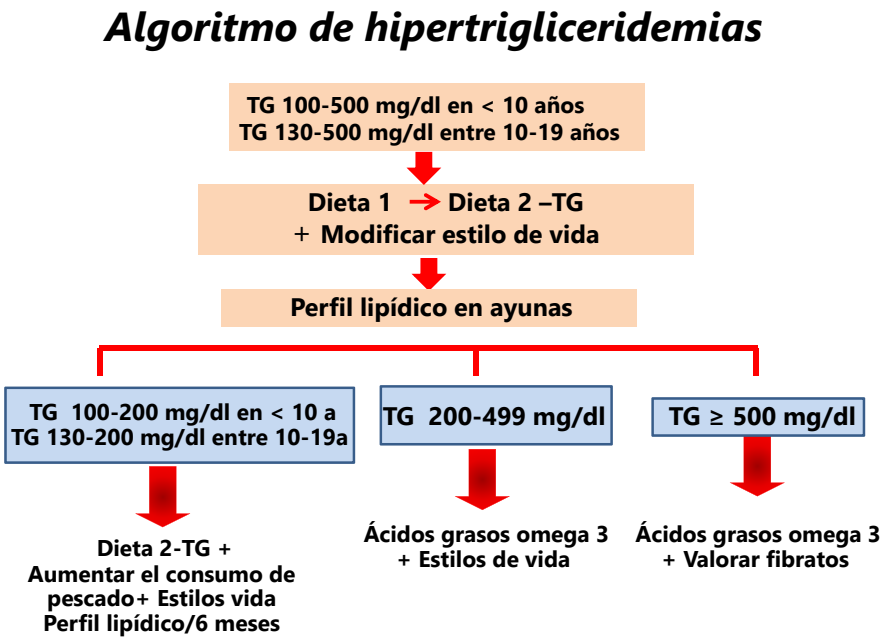


Figura 3.
Algoritmo para abordar las dislipemias basado en niveles de TG.

Adaptado de *Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents*



Alteraciones psicológicas y enfermedad celíaca

P. Justo Vaquero, J. M. Marugán de Miguelsanz
Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Fecha de recepción: 26 de enero 2014
Fecha de publicación: 27 de febrero 2014

Adolescere 2014; II (1): 46-50

Introducción

La enfermedad celíaca es una patología perteneciente al grupo de las enteropatías autoinmunes. Está desencadenada por la ingesta del gluten, contenida en el trigo, cebada, avena y centeno. Dichas sustancias originan una atrofia villositaria total o subtotal en el intestino delgado de individuos predispuestos.

Se trata de una entidad muy frecuente con una prevalencia variable en los diferentes países, y cuyo único tratamiento eficaz existente en la actualidad es la realización de una dieta exenta de gluten. Su diagnóstico se establece mediante una combinación de hallazgos clínicos, serológicos, genéticos y morfológicos.

Respecto a su sintomatología, existen formas de presentación en las que predominan las alteraciones digestivas y la repercusión nutricional (llamadas manifestaciones clásicas). En otras ocasiones, los síntomas son mayoritariamente extradigestivos, y por esto se hace más complicada la sospecha de la enfermedad. Entre estas alteraciones se encuentran las mucocutáneas, osteoarticulares, hematológicas y otras que han sido menos estudiadas, estando descritas entre ellas manifestaciones neurológicas y neuropsiquiátricas (cambios de carácter, irritabilidad, depresión, retraso del desarrollo, trastornos del aprendizaje, demencia, TDHA y otras).

Se han realizado múltiples trabajos intentando esclarecer la posible relación entre todas estas alteraciones neurológicas, psiquiátricas y psicológicas con la enfermedad celíaca. Muchos de ellos destacan que la sensibilidad al gluten es una característica común en estos pacientes, incluso que esta sensibilidad podría hacerles más propensos a desarrollar dichas enfermedades. Las causas de esta supuesta relación aún no están claras y han sido preferentemente analizadas en pacientes adultos y no en niños ni adolescentes.

Allá en el año 1956, Dayne ya se aventuró a proponer el término de síndrome pre-celiaco para agrupar una serie de alteraciones psicológicas y comportamentales que presenta el paciente previamente al diagnóstico y que mejorarían de forma espectacular tras la retirada del gluten de la dieta.

Algunos de los estudios actuales se centran más concretamente en la búsqueda de una asociación de la enfermedad celíaca con ciertos problemas como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En 2006, estudios realizados por Niederhofer y Pittschieler obtienen como resultados que el cumplimiento de la dieta podría mejorar los síntomas de ambas y que la celiaquía debería ser incluida entre las enfermedades relacionadas con el TDHA.

Pasamos a describir el caso clínico de un varón de 11 años y 2 meses de edad cuya clínica inicial fueron cambios en su comportamiento.

Antecedentes personales

Nacido a término con somatometría adecuada al nacimiento. Realizó lactancia mixta desde el principio e inició los cereales con gluten alrededor de los 5 meses de edad. Introdujo la alimentación complementaria sin presentar ningún episodio de posible alergia o intolerancia. Tanto su desarrollo ponderoestatural como psicomotor han sido adecuados y controlados por su pediatra en las sucesivas revisiones. Como único antecedente patológico de interés precisó ingreso hospitalario al mes de vida debido a bronquiolitis causada por virus respiratorio sincitial.

Es un niño activo al que le gustan los juegos al aire libre y que nunca se siente cansado. Duerme al menos ocho horas diarias sin despertares nocturnos. Tiene buen apetito y realiza una dieta normal variada no rechazando ningún alimento. Hace una deposición normal diaria. No tiene vómitos ni se queja habitualmente de dolor abdominal ni a otros niveles.

Siempre ha estado escolarizado en el mismo centro, asistiendo a clase con regularidad. Actualmente cursa tercero de primaria. Nunca ha tenido dificultades en el aprendizaje y según sus profesores y orientadores educativos tiene capacidades intelectuales normales y un buen nivel de competencia curricular. Se relaciona bien con otros niños al igual que con su familia, con la que es muy cariñoso y no suelen discutir.

Familia

Su padre tiene 41 años y es ingeniero de caminos. Su madre también tiene 41 años y es secretaria. Ambos carecen tanto de enfermedades orgánicas como de patología psiquiátrica. Tiene un único hermano de 13 años que también está sano, escolarizado en su mismo centro y con el que tiene una buena relación.

Proceso actual

Acude acompañado de sus padres a la consulta de su pediatra de atención primaria. Ambos indican cambios importantes en el comportamiento de su hijo durante los últimos tres meses que tanto a ellos como a sus profesores les preocupan. Lo describen como un niño alegre del cual destacan su curiosidad y creatividad, con actitud muy positiva frente al entorno escolar, donde siempre demostraba interés y respetaba las normas. Indican que desde el inicio del curso actual, le ven menos atento que antes a las explicaciones en clase. Manifiesta constantemente su desagrado con todo lo relacionado con la escuela mediante expresiones como “me aburro”, “siempre hacemos lo mismo” o “no me gusta ir”. Algunas mañanas incluso se niega a acudir al

colegio, hecho que provoca enfrentamientos frecuentes con su madre. Destacan especiales dificultades en cuanto a la realización de las tareas en casa, algo que a él siempre le había gustado hacer. No consiguen que ningún juego o tarea escolar le atraiga lo suficiente como para llegar a terminarla. Todo esto está repercutiendo mucho en su rendimiento académico. Desde que viven esta situación ven al niño triste, apático y desmotivado. Sus frecuentes actitudes negativistas están creando conflictos familiares. No saben cuál puede ser la causa pero el carácter del niño ha cambiado completamente, motivo por el que consultan.

A la exploración el niño presenta un buen estado general y aspecto normonutrido. Buena hidratación y adecuada coloración. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no distendido, blando, depresible, no doloroso y sin masas ni visceromegalias. No presenta alteraciones cutáneas.

Tras realizar dicha exploración completa donde no se objetiva ninguna alteración y con objeto de descartar patología orgánica relacionada con el cambio de carácter, su pediatra decide solicitar una analítica sanguínea que incluye las tres series hematológicas, bioquímica con transaminasas, reactantes de fase aguda, hormonas tiroideas e inmunoglobulinas, resultando todo normal. Asimismo solicita serología celíaca con anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa que resultan ambos positivos, y ante la sospecha de enfermedad celíaca deriva al paciente a la consulta de gastroenterología infantil en nuestro hospital.

Evaluación en la consulta de Gastroenterología Infantil

Cuando acude a nuestra consulta tiene un peso de 39,700 kg y una talla de 141,4 cm, ambos en percentil 50-75. Continúa objetivándose una evolución ponderoestatural y exploración física normales. Se decide en este momento realizar estudio genético de enfermedad celíaca que será informado como positivo: con presencia del complejo DQ2. Asímismo se procede a realización de biopsia duodenal donde se evidencia atrofia villositaria leve (tipo 3a de Marsh), lo cual nos lleva al diagnóstico definitivo de enfermedad celíaca. Se inicia por tanto el tratamiento con dieta de exclusión de gluten.

En su evolución, el paciente realizó la dieta correctamente y prueba de ello fue la negativización en su primera revisión tras 3 meses de los anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa (los cuales ha mantenido negativos posteriormente en los sucesivos controles). A pesar de todo esto, la persistencia del estado de ánimo triste y las dificultades escolares del paciente persistieron por lo que se programó una consulta en psiquiatría infantil.

Evaluación en la consulta de Psiquiatría Infantil

Tras realizar una minuciosa entrevista a los padres y al paciente y aplicando los criterios clínicos según la clasificación DSM-IV, el paciente es diagnosticado de trastorno por déficit de atención y se inicia tratamiento con Metilfenidato.

Durante los once meses siguientes sí se observa una franca mejoría de los síntomas conductuales, especialmente en el colegio, donde ha aumentado su atención y rendimiento.

Comentarios

La enfermedad celíaca es la patología crónica intestinal más frecuente con una prevalencia estimada en 1/100-150, aunque que se cree que en realidad es mucho más alta (por cada caso diagnosticado podrían existir 5 sin diagnosticar).

Ha sido demostrada su relación con ciertas patologías como la diabetes tipo 1, el hipotiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis crónica o lupus, en relación a su mecanismo autoinmune. Su posible relación con otras muchas enfermedades, entre ellas algunas neurológicas y neuropsiquiátricas, ha sido objeto de múltiples estudios, sin llegar por el momento a resultados concluyentes.

En el caso de algunas patologías, como es el TDHA, la elevada prevalencia de la enfermedad y el intentar relacionarla con otra enfermedad tan frecuente como la celiaquía, no permite aclarar en los diferentes trabajos si la relación entre ellas es real o es fruto de su elevada prevalencia.

Frecuentemente en los tratados acerca de la enfermedad celíaca, se describen entre los síntomas acompañantes a los digestivos, numerosas alteraciones del carácter que pueden estar presentes al diagnóstico. Entre ellas suelen destacarse la irritabilidad, y otros como la depresión o la ansiedad, más propios de los adolescentes y adultos. Algunos de estos síntomas, añadidos a otros mucho más específicos, podrían orientarnos hacia la sospecha de enfermedad celíaca, pero ninguna de estas alteraciones del comportamiento ha sido claramente relacionada, pues su origen podría estar en otras múltiples patologías.

Según las nuevas indicaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN) publicadas en 2012 sobre *cuándo investigar el diagnóstico de enfermedad celíaca,* al margen de las formas clínicas clásicas, se investigarían aquellos pacientes con una serie de síntomas o signos extradigestivos que se enumeran en dicho artículo (mucocutáneos, analíticos) y en ciertos niños y adolescentes con antecedentes personales de riesgo. A pesar de la aceptada relación de la celíaca con ciertas modificaciones en el carácter y posiblemente debido a su inespecificidad en la mayoría de los casos, no se hace alusión en estas recomendaciones a ningún síntoma de la esfera psicológica que justifique la realización de exploraciones de laboratorio para descartar la enfermedad.

En un estudio recientemente publicado por Güngör y cols sobre la posible asociación entre celíaca y TDHA, se estudiaron más de 300 pacientes con este último diagnóstico, pareados con controles sanos. La positividad de los anticuerpos antransglutaminasa tisular en ambos grupos fue similar.

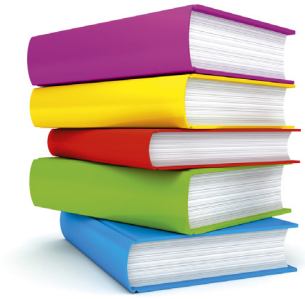
Por lo tanto, en nuestro caso no hubiese sido necesaria la realización de las pruebas serológicas ante la presencia exclusivamente de síntomas comportamentales. A pesar de ello, tras el hallazgo casual, el paciente fue correctamente diagnosticado de enfermedad celíaca.

Puesto que los síntomas de la esfera psicológica no mejoraron tras la retirada del gluten y sí lo hicieron significativamente tras la prescripción de metilfenidato, decidimos atribuir la sintomatología por la que consultó a su trastorno por déficit de atención.

Estudios futuros podrían definir mejor la gama de síntomas previos al diagnóstico de celíaca, las posibles relaciones y su respuesta clínica a una dieta libre de gluten.

Bibliografía

1. *Niederhofer H, Pittschieler K, A preliminary investigation of ADHD symptoms in persons with celiac disease. J Atten Disord. 2006;10: 200-4.*
2. *Zelnik N, Pacht A, Obeid R, Lemer A. Range of neurological disorders in patients with celiac disease. Pediatrics, 2004; 113: 1672-6.*
3. *Hadjivassiliou M, Gibson A, Davies-Jones GA, Lobo AJ, Stephenson TJ, Milford-Ward A. Does cryptic gluten sensivity play a part in neurological illness? Lancet 1996; 347: 369-71.*
4. *Cannings JR, Butler CC, Prout H, Owen D, Williams D et al. A case-control study of presentations in general practice before disgnosis of coeliac disease. Br J Gen Pract 2007; 57: 636-42.*
5. *Lahat E, Broide E, Leshem M, Evans S, Scapa E. Prevalence of celiac antibodies in children with neurologic disorders. Pediatr Neurol. 2000; 22: 393-6.*
6. *Güngör S, Celiloğlu OS, Ozcan OO, Raif SG, Selimoğlu MA. Frequency of celiac disease in attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013; 56: 211-4.*
7. *Young J. Common comorbidities seen in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Adolesc Med State Art Rev. 2008; 19: 216-28.*
8. *Niederhofer H. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and celiac disease: a brief report. Prim Care Companion CNS Disord. 2011;13 (3), pii: PCC 10 br 01104.*
9. *Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, Troncone R, Giersiepen K, Branski D, Catassi C, Lelgeman M, Mäk Mi, Ribes-Koninckx C, Ventura A, Zimmer KP, for the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012; 54: 136–160.*



L.S. Eddy Ives
Pediatra.
Directora médica del Centro Médico San Ramón. Barcelona

Utilización de productos de tabaco entre estudiantes de Enseñanza Media y High School en EEUU

Center for Disease Control and Prevention (CDC)
Utilización de productos de tabaco entre estudiantes de Enseñanza Media y High School en EEUU durante 2011 y 2012
Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). November 15, 2013 / 62(45); 893-897.
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6245a2.htm?s_cid=mm6245a2_e.
Acceso: 31 de diciembre de 2013.

Según investigaciones recientes en EEUU los cigarrillos electrónicos y hookahs ("pipas de agua") están adquiriendo cada vez mayor popularidad entre los adolescentes, sin haber habido ningún descenso en el consumo total de productos de tabaco.

Datos de una encuesta nacional sobre tabaquismo en jóvenes (National Youth Tobacco Survey) del 2012 ha mostrado un aumento del consumo de cigarrillos electrónicos de 0,6% en 2011 a 1,1% en 2012 en alumnos de Middle School (12-14 años) y un aumento de 1,5% a 2,8% en alumnos de High School (14-18 años). La utilización de la pipa de agua incrementó de 4,1% a 5,4% entre 2011 y 2012.

Los autores sugieren que el aumento de e-cigarrillos y los hookahs puede ser debido al incremento en marqueting, la disponibilidad, y la mayor visibilidad de estos productos, además de la percepción que pueden ser de menor riesgo para la salud que los productos de tabaco tradicionales. Existe la preocupación que los cigarrillos electrónicos, pipas de agua, puros y diferentes productos nuevos de tabaco no están actualmente sujetos a la regulación y control por parte de la FDA (US Food and Drug Administration).

También en el presente informe se hace mención del consumo de puros con un tamaño similar al cigarrillo, pero que están sujetos a menores impuestos y que se venden por unidad, lo que permite que sean más accesibles para la economía del adolescente. Además se pueden elaborar con sabores a frutas y caramelos, un hecho prohibido en los cigarrillos. Los datos de la CDC reflejan que 1 de cada 3 adolescentes del estudio que fumaban puros, utilizaba los de sabores.

Tim McAfee, director de la oficina Fumar y Salud de la CDC, hace hincapié sobre la necesidad de aplicar en los nuevos productos emergentes las mismas estrategias que han demostrado ser eficaces para prevenir y reducir el consumo de cigarrillos entre los jóvenes.

Ausencia de percepción parental del riesgo de pérdida de audición en hijos adolescentes

Sekhar DL, Clark SJ, Davis MM, Singer, DC; Paul IM

Perspectivas parentales sobre el riesgo de pérdida auditiva en adolescentes y sobre su prevención

JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 21 de noviembre de 2013.

doi:10.1001/jamaoto.2013.5760. Acceso: 1 de enero de 2014.

En una muestra nacional (EEUU) de 716 padres, menos de un 5 % piensan que sus hijos están en riesgo de padecer una pérdida de audición para sonidos agudos a pesar de que hay una epidemia silenciosa que está afectando al 19,5 % de los adolescentes entre 13-17 años, según los resultados de una encuentra realizada por internet y publicado online (http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1775609). Un 96,3% piensan que sus hijos tienen o bien ningún riesgo o un escaso riesgo de sufrir problemas auditivos a raíz de la exposición a ruidos; y un 69,0% ni se habían planteado hablar con sus hijos adolescentes acerca de la exposición a ruidos, principalmente debido a la baja percepción de su riesgo.

Ahora bien, más de un 65,0% de los padres estaban dispuestos a considerar medidas preventivas como es limitar el tiempo de escuchar música, limitar el acceso a situaciones excesivamente ruidosos, o insistir en el uso de protección auditiva como tapones u orejeras; y estaban más dispuestos a discutir el tema con sus hijos al tener conciencia de que tanto el exceso de volumen como el tiempo de exposición eran factores de riesgo con un igual impacto negativo.

Se hace hincapié que con potenciar la educación sanitaria a los padres se incrementaba las probabilidades de promover estrategias de protección auditiva. Además, el objetivo no debía ser eliminar las actividades excesivamente ruidosas, sino abordarlas con un mayor conocimiento de sus riesgos potenciales para el oído y de la importancia de tomar las medidas apropiadas para la buena conservación del mismo.

Utilización de medicación psicotropa en adolescentes de EEUU entre 2005 y 2010

Jonas BC, Gu Q, Albertorio-Diaz JR,

Psychotropic Medication Use Among Adolescents: United States, 2005–2010.

National Center for Health Statistics (NCHS) Data Brief, No. 135: December 2013

http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db135.pdf.
Acceso: 1 de enero de 2014.

Según informe realizado entre los años 2005 y 2010 del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), el 6,3 % de los adolescentes de 12 a 19 años informaron haber consumido durante el último mes medicación psicotropa, con un 4,5 % tomando un solo fármaco y un 1,8%, dos o más. Los porcentajes de consumo referidos fueron: antidepresivos 3,2%;

medicación para el TDAH 3,2%; antipsicóticos 1 %; ansiolíticos, sedantes e hipnóticos 0,5%; medicación para la manía 0,2%.

En general, las mujeres (6,7%) tenían mayor probabilidad que los varones (5,9%) de informar sobre el uso de cualquier tipo de medicación psicótropa en el último mes. Los varones comunicaron un mayor consumo de medicación para el TDAH (4,2% vs 2,2%), mientras las mujeres de un mayor consumo de antidepresivos (4,5% vs 2,0%). También cabe destacar que entre los años 2007 y 2009 el 9% de los niños de 5 a 17 años había sido diagnosticado en algún momento de TDAH. Por último, más de la mitad de los adolescentes (53,3%) que informaron estar utilizando drogas psicótropas, habían acudido en el último año a un profesional de la salud mental.

L. Rodríguez Molinero
Pediatra. Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP. Máster en sexualidad humana.
Centro de Salud de la Huerta del Rey. Valladolid.

1. ¿Por qué mi hijo se queja tanto de la rodilla?

El dolor de rodilla en adolescentes entre 10 y 15 años es muy frecuente. Suelen darse en chicos muy activos y en etapa de crecimiento acentuado. Los deportes más practicados son el futbol, balonmano, baloncesto, voleibol y en general aquellos en los que la flexo-extensión de la rodilla es una práctica constante. Se describe mas en varones que en mujeres porque son ellos las que practican en mayor número estos deportes. El dolor suele ser más manifiesto al final de un día de actividad intensa, incluso por la noche.

¿A qué se debe? Si tuviéramos una radiografía delante, observaríamos el cartílago de crecimiento en la parte superior de la tibia, justo donde se inserta uno de los tendones más potentes del cuerpo, el cuádriceps, que llega desde la rótula.

Esto ocasiona una inflamación de la zona que da el nombre al proceso: osteocondritis.

Si observamos la imagen derecha, se aprecia un "desprendimiento" óseo a nivel de la meseta tibial y que se continúa con el cartílago de crecimiento. Este mismo lugar coincide con la zona dolorida y más cuando se ejerce una presión. La flecha marca el lugar del dolor. Esta imagen es muy característica y se encuentra en las radiografías.

En la imagen izquierda, una fotografía del natural, se aprecia una leve tumoración que es dolorosa a la presión y que no es más que la manifestación externa de la radiografía descrita.

¿Cómo se diagnostica? La mayoría de las veces, son los síntomas clínicos los que nos dan el diagnostico. En raras ocasiones hay que recurrir a la radiografía para descartar otros procesos o cuando la respuesta al tratamiento no ha sido la esperada.

¿Qué tratamiento precisa? Se consiguen buenos resultados con reposo físico mediante una rodillera o un vendaje simple que facilite la inmovilización de la rodilla. Los analgésicos tipo paracetamol o ibuprofeno a las dosis adecuadas a su edad y peso mantenidos durante unos días, también facilitan la evolución.

2. ¿Cuándo hablar de sexualidad en la adolescencia?

Hay muchos padres preocupados por este tema porque consideran que forma parte de sus obligaciones educativas. Recientemente se ha publicado en un periódico de amplia difusión, una noticia relacionada con el poco tiempo que dedicamos los médicos a tratar temas de sexualidad con los adolescentes (http://www.elmundo.es/salud/2013/12/31/52c1d61e268e3ee4148b4590.html).

La sociedad contempla la sexualidad entre dos polos opuestos: la erotofilia y la erotofobia. Todavía sigue siendo tabú el abordar estos asuntos en la familia, la escuela o los propios medios de difusión. El adolescente sufre más que nadie esta ambivalencia. Los médicos y el sistema no es ajeno a esta bipolaridad, por eso no se trata con la naturalidad que debiera este tema en las consultas.

Educar es trasmitir hábitos costumbres y valores. Todo esto se realiza desde que el niño nace. Se educa más por las actitudes que por los discursos. Lo que el niño ve desde pequeño y lo que oye le van a llevar a hacer preguntas y es donde tenemos que responder a su curiosidad. Si el niño no hace preguntas es porque algo ha observado que le lleva a inhibir su curiosidad. A partir de esos aprendizajes precoces se irá desarrollando una valoración natural o inhibida. Cuando llegue el despertar adolescente, no será fácil recuperar aquella inocente espontaneidad infantil si educativamente no se ha desarrollado. La educación sexual está unida al desarrollo emocional y afectivo y este se produce a lo largo de toda la vida, especialmente en la infancia más temprana. La sexualidad pues, está unida a los sentimientos.

No hay que esperar a la adolescencia para hablar con los hijos sobre sexualidad

Tenemos muchas oportunidades para hablar. Cuando se comenta una noticia de los periódicos, cuando se ven escenas en cualquier medio audiovisual, cuando observamos imágenes publicitarias relacionadas con el condón, cuando se abusa de la figura femenina como reclamo publicitario, en las noticias sobre violencia doméstica o de género, etc.

No es raro que los hijos se interesen por cómo, dónde o a que edad se conocieron los padres y a partir de aquí se puede iniciar un diálogo lleno de curiosidad y pedagogía familiar. No desaprovechar esa oportunidad porque dará origen a más curiosidad y más amor hacia sus padres. Es ahí donde manifestamos nuestras actitudes pedagógicas. Si los padres somos el primer modelo de conducta para nuestros hijos, también lo seremos en la sexualidad, porque entre otras cosas tenderá a imitar nuestra conducta. La paradoja es que los padres en muchos casos mantienen actitudes ambivalentes, tímidas o hipócritas y son captadas enseguida por los hijos produciéndoles conflictos.

Los médicos que tratamos con adolescentes estamos entrenados y hablamos, cuando procede, de la vida íntima y privada y en ocasiones provocamos el diálogo cuando sospechamos que puede haber algún factor que nos puede ayudar a entender los problemas del hijo.

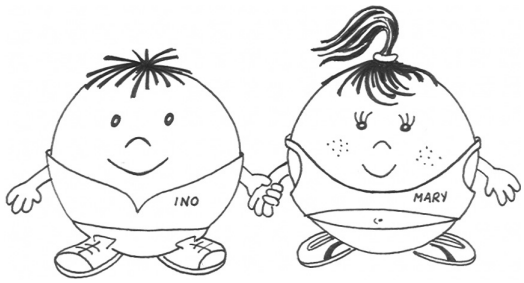
Hay mucho material educativo publicado y accesible para todas las edades. Si los padres no se consideran preparados por haber sido víctimas de una educación poco adecuada, pueden recurrir a estos materiales que facilitan la información y la formación de los hijos. Si Ud. cree que su hijo se beneficiaría de un abordaje clínico, busque algún profesional que le ayude.

Manifiesto por unos "centros sanitarios amigables para los adolescentes"

Antonio Emil Veres, Maicol Murasawa Bedoya, Samuel Puerto Domínguez, Alba Ramos Piris, David Fonticoba Herráez, Marina López González y grupo de adolescentes del proyecto de participación comunitaria de adolescentes del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (http://adolescentes.blogia.com).

Somos adolescentes del proyecto "De jóvenes a jóvenes" del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares que hemos preparado un manifiesto para unos "CENTROS SANITARIOS AMIGABLES PARA LOS ADOLESCENTES" en dos versiones: para profesionales y para adolescentes.

El proceso ha durado más de un año: con una recogida de propuestas inicial, una primera redacción por el grupo de adolescentes del proyecto "De jóvenes a jóvenes", una validación por iguales (compañeros de instituto, de pandilla, equipos deportivos,...) y tras analizar sugerencias surgidas de la validación, una redacción final por el grupo de adolescentes del proyecto "De jóvenes a jóvenes" en las dos versiones: para profesionales y para adolescentes, que os presentamos a continuación:



Manifiesto por unos "centros sanitarios amigables para los adolescentes"

(versión para profesionales)

Nosotros, adolescentes del proyecto De jóvenes a jóvenes del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares,

DEFENDEMOS

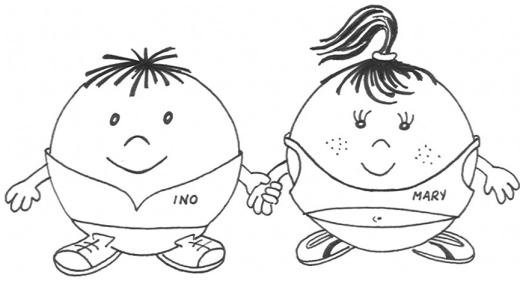
centros sanitarios donde las y los adolescentes puedan:

— hablar y ser escuchados
— ser informados sobre el mejor modo de cuidar su salud
— tomar decisiones pensadas sobre su salud

Por eso, a vosotros que trabajáis en un centro sanitario

OS PEDIMOS

1) Permitidnos expresarnos y escuchadnos
2) Dejadnos asumir responsabilidades y decidir sobre nuestra vida y nuestra salud
3) Tened en cuenta nuestras opiniones e intereses
4) Ayudadnos a desarrollar nuestras capacidades y nuestra propia personalidad
5) Informadnos y explicarnos bien las cosas, de forma que lo entendamos
6) No nos hagáis cosas en contra de nuestra voluntad
7) No contéis a otros lo nuestro sin daros permiso
8) Permitidnos elegir si queremos que nos atendáis solos o acompañados y con quién
9) No nos expongáis a intervenciones inútiles y a dolor que pueda evitarse.



Manifiesto por unos "centros sanitarios amigables para los adolescentes"

(versión para adolescentes)

Desde el proyecto De jóvenes a jóvenes del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares,

a ti adolescente, como nosotras y nosotros,

TE INFORMAMOS:

Tu centro sanitario puede ser un lugar para que puedas:

— hablar y ser escuchado
— ser informado sobre el mejor modo de cuidar tu salud
— tomar decisiones pensadas sobre tu salud

Conoce tus derechos y tus responsabilidades como adolescente en los centros sanitarios.

TIENES DERECHO A:

1) Expresarte y ser escuchado
2) Asumir responsabilidades y decidir sobre tu vida y tu salud
3) Que sean tenidas en cuenta tus opiniones e intereses
4) Que te ayuden a desarrollar tus capacidades y tu propia personalidad
5) Que te informen y expliquen bien las cosas, de forma que lo entiendas
6) Que no te hagan cosas en contra de tu voluntad
7) Que no cuenten a otros lo tuyo sin tu permiso
8) Poder elegir si quieres que te atiendan solo o acompañado y con quién
9) No ser expuesto a intervenciones inútiles y a dolor que pueda evitarse.

F. Notario Herrero
Pediatra. Unidad de Pediatría y Adolescencia.
Clínica Ntra. Sra. del Rosario. Albacete.

ADOLESCENCIA. Hasta cuándo..?

"La idea de que de repente a los 18 años eres un adulto simplemente no acaba de cuadrar" Es lo que publica la psicóloga infantil Laverne Antrobus, desde Londres.

La neurociencia ha demostrado que el desarrollo cognitivo de los jóvenes continua más allá de los 18 años y que su madurez emocional, imagen personal y el propio juicio se verán afectados hasta que la corteza prefrontal del cerebro se desarrolle completamente. "Junto con el desarrollo cerebral, la actividad hormonal también continúa hasta bien entrados los 20 años", asegura Antrobus.

Por otro lado Frank Furedi, profesor de sociología de la Universidad de Kent, también en Inglaterra, llama la atención sobre la infantilización de la adolescencia y nos plantea si ¿deben los padres alentar a los adolescentes a construir su propio camino en el mundo?

Nivel de hierro cerebral en adolescentes con TDAH

Los estudios muestran que los fármacos psicoestimulantes aumentan los niveles de dopamina y ayudan a estos niños y adolescentes en los que sospechamos estos niveles bajos. Nos recuerda la Dra. Vitria Adisetiyo de la Facultad de Medicina de Charleston, en Carolina del Sur, Estados Unidos: "El hierro cerebral es necesario para la síntesis de dopamina, por lo que la evaluación de los niveles de hierro con resonancia magnética puede proporcionar una medida no invasiva indirecta de la dopamina".

La Dra. Adisetiyo y Cols. han explorado esta posibilidad midiendo el hierro cerebral en más de 20 niños y adolescentes, con su correspondiente grupo control sano, con una técnica de resonancia magnética llamada correlación de campo magnético, relativamente nueva. El trabajo será presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Norteamericana de Radiología y puede aportar a médicos y padres datos a la hora de tomar decisiones mejor informadas sobre farmacoterapia.

"Touch and go" y depresión en adolescentes

Un estudio reciente concluyó que el sexo casual en adolescentes conduciría también a tener pensamientos suicidas. Deterioro mental y emocional serian consecuencias en ocasiones de una noche loca de pasión con un desconocido. Aunque resulte impactante la conclusión que arroja una investigación realizada por la Universidad de Ohio en Estadios Unidos, publicado en el Journal of Sex Research, tras entrevistar a 10.000 adolescentes es que el sexo casual podría causar depresión e incluso, llevaría a tener pensamientos suicidas. Además, los adolescentes con síntomas depresivos eran más propensos a una vida sexual más disipada.

La relación entre un "touch and go" con la salud mental no es nueva, pero con esta investigación se pretende determinar la causa y el efecto que tienen en la adolescencia.

"Ahora tenemos la evidencia que la mala salud mental puede conducir a relaciones sexuales ocasionales, pero también el sexo casual lleva a deterioro adicional en salud mental" explica la Dra. Sara Sandberg-Thoma, autora principal de este estudio.

Chocolate y adolescentes

En un artículo publicado recientemente en la revista "Nutrition" los autores, que pertenecen a la Facultad de Medicina de Granada y a la Facultad de Ciencias del Deporte de la misma ciudad, han demostrado que un alto consumo de chocolate está asociado a niveles más bajos de grasa total y central, estimado por porcentaje de grasa corporal (plicometría e impedancia bioeléctrica) y perímetro abdominal. Estos resultados fueron independientes de sexo, edad, maduración sexual, ingesta calórica, ingesta de grasa fruta y verdura y actividad física de los adolescentes participantes.

En el estudio participaron 1.458 adolescentes entre 12 y 17 años y forma parte del estudio HELENA (Healty Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence), financiado por la Union Europea, sobre hábitos alimentarios y estilos de vida de los adolescentes en nueve países europeos entre ellos España.

El chocolate, alimento rico en flavonoides (especialmente catequinas), resulta ser un alimento que proporciona múltiples propiedades saludables y debemos desterrar la vieja creencia de que comer chocolate engorda.

Adolescentes diabetes y novedades nutricionales

En un estudio realizado por científicos de la Universidad de North Carolina, en Estados Unidos, liderados por la Dra. Elizabeth Mayer-Davis, responsable del Departamento de Nutrición en Chapel Hill, se ha demostrado que los alimentos ricos en leucina y en ácidos grasos omega 3 pueden reducir la cantidad de insulina requerida por niños y adolescentes con diabetes tipo I.

Este aspecto beneficioso en el aporte de estos alimentos fue constatado por la Dra. Mayer-Davis, revisando información de 1.300 adolescentes de hasta 20 años de edad y tras 10 meses de haber sido diagnosticados de diabetes tipo I. Después de 2 años los investigadores observaron que la leucina y los ácidos grasos omega 3 estaban directamente relacionados con niveles más elevados de péptido C.

Algunos ejemplos de alimentos que contienen leucina son productos lácteos, carnes, huevos, soja, nueces y trigo. Los alimentos ricos en omega 3 serían sobre todo pescados azules como el salmón y la sardina.

Diagnóstico de cáncer en adolescencia y tendencias suicidas

En adolescentes que reciben la noticia de que tienen cáncer aumenta el riesgo de suicidio, en especial durante el primer año, según demuestra un estudio sueco. El riesgo absoluto es bajo, pero revela que estos adolescentes necesitan un control cuidadoso, según publica el equipo del Dr. Donghao Lu del Karolinska de Estocolmo, Suecia, en Annals of Oncology.

Este es el primer estudio sobre conductas suicidas tras recibir el diagnóstico de cáncer, en especial inmediatamente después en adolescentes y jóvenes. El riesgo relativo de tener una conducta suicida fue de 1,6 con respecto al grupo sin cáncer, con el máximo riesgo inmediatamente después del diagnóstico. El riesgo creció en todo tipo de cáncer excepto tiroides, testículo y melanoma.

Los autores proponen tras estos resultados el diseño de estrategias clínicas de control emocional y de vigilancia de la salud mental, especialmente a los que ya presentan problemas psiquiátricos o presentan mal pronóstico. Esta actuación puede ser tan importante como el resto del tratamiento.

Respuestas correctas

Actualización de la enfermedad celíaca: 1B, 2E, 3D, 4E, 5E

Sexualidad en la adolescencia:

¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos?

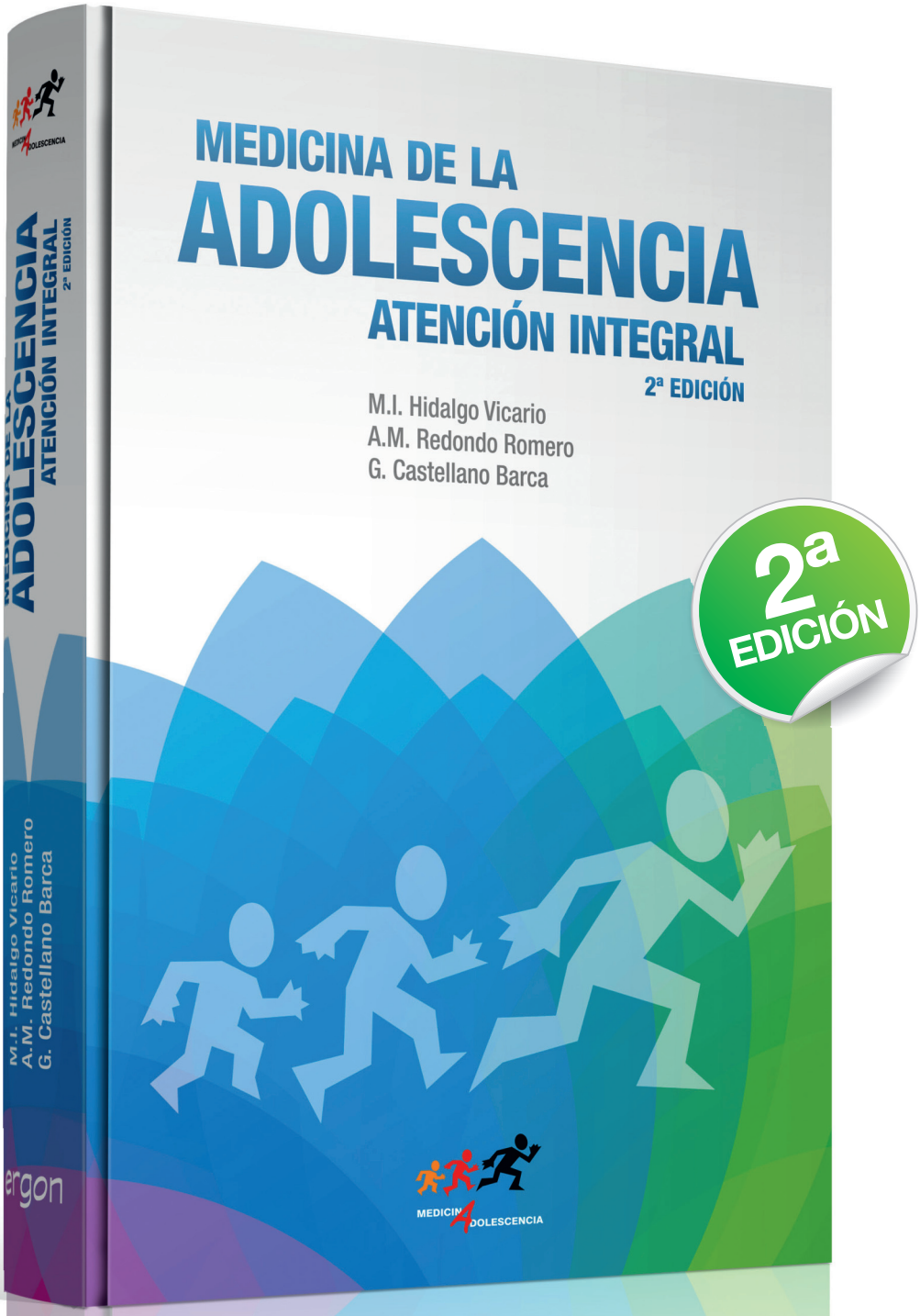
1E "A nuestro modo de ver, entre otras causas, merecen ser tenidas en cuenta especialmente las siguientes causas de estos problemas: (a) la falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud, (b) las contradicciones de la sociedad en los planteamientos sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, (c) los nuevos mitos sobre la sexualidad, (d) los escenarios de ocio asociados al alcohol y otras drogas, (e) la carencia de figuras de apego adecuadas, que sean modelo de relaciones amorosas, (f) la falta de una verdadera educación sexual en la escuela y (g) la no implicación de los profesionales de la salud en la prevención y asistencia en este campo".

2D "La verdad es que la naturaleza de la sexualidad permite a los seres humanos organizar su vida sexual de formas muy diferentes, con o sin actividad sexual explícita".

3E "La familia es el agente socializador más importante, también en todo lo que se refiere a las relaciones sexuales y amorosas. Es fundamental que los padres se comuniquen abiertamente con los hijos sobre estos temas, pero lo es más que la familia sea un lugar donde un grupo de personas se protegen, se apoyan y se quieren".

4D "A estos contenidos hay que añadir la transmisión de una serie de valores éticos universales (ética del consentimiento, ética de la igualdad entre sexos, ética del placer compartido, ética de la lealtad, ética de la salud, etc.), compatibles con un sistema social democrático no confesional y la diversidad sexual saludable".

5D "Los profesionales de la salud, especialmente los médicos de familia y todo el personal de los centros de salud, así como los pediatras, ginecólogos, etc., salvo un grupo muy minoritario, no se han involucrado nunca en la prevención y asistencia en relación con los riesgos asociados a las prácticas sexuales de riesgo".


MEDICINA DE LA
ADOLESCENCIA
ATENCIÓN INTEGRAL
2ª EDICIÓN
M.I. Hidalgo Vicario
A.M. Redondo Romero
G. Castellano Barca
2a
EDICIÓN
MEDICINA ADOLESCENCIA
ergon

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia