L.S. Eddy Ives
Pediatra. Directora médico de Centre Mèdic San Ramón. Barcelona

Factores etiológicos comunes del trastorno por déficit de atención / hiperactividad y conducta suicida. Estudio de base poblacional en Suecia

Common Etiological Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Suicidal BehaviorA Population-Based Study in Sweden

Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P; Larsson H.

JAMA Psychiatry 2014; 71 (8): 958-964.
http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1879552

La prevención de la conducta suicida es una de las tareas más importantes para los profesionales de salud mental. El objetivo de este estudio fue explorar si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la conducta suicida comparte factores de riesgo genéticos y/o ambientales.

Se identificaron 51,707 pacientes con TDAH a través de registros de pacientes y de prescripción de fármacos, entre 1-1-1987 y 31-12-2009. Los resultados indican que las personas con TDAH tenían mayor riesgo de intento suicidio y suicidio consumado, incluso después de ajustar por los trastornos psiquiátricos comórbidos (odds ratio [OR] = 3,62 [IC del 95%, 3,29-3,98] y 5,91 [95% CI, 2,45 a 14,27], respectivamente). Se observó mayor riesgo entre los familiares de primer grado (padres y hermanos), mientras que el riesgo era considerablemente menor entre los parientes genéticamente más lejanos (hermanastros y primos).

Se concluye que el TDAH se asocia con un mayor riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado. El patrón de riesgos familiares a través de diferentes niveles de relación sugiere que los factores genéticos compartidos son factores relevantes para esta asociación. Los autores consideran que este es un primer paso hacia la identificación de los mecanismos subyacentes para el riesgo de conducta suicida en pacientes con TDAH y sugieren que los individuos con dicho trastorno y sus miembros familiares deben ser objetivos importantes para la prevención y el tratamiento del suicidio.

Por qué los niños absorben más radiaciones de microondas que los adultos: las consecuencias

Why children absorb more microwave radiation than adults: The consequences

Morgan LL, Kesarib S, Davisa DL.

Journal of Microscopy and Ultrastructure, Julio 2014 (In Press, Open Access)
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213879X14000583
DOI: 10.1016/j.jmau.2014.06.005

Se revisa el potencial peligro en niños y bebés no nacidos de las radiaciones por microondas (RMO) emitidos por aparatos inalámbricos. Es conocido que los niños y fetos tienen un mayor riesgo de sufrir daños neurológicos y biológicos a consecuencia de las mismas. Los niños presentan una mayor absorción que el adulto ya que los tejidos del sistema nervioso central del niño son más absorbentes, el cráneo es más delgado y tiene un tamaño relativo más pequeño. El feto es particularmente vulnerable debido a que la exposición a RMO puede ocasionar una degeneración de la mielina protectora de las neuronas. Las RMO procedentes de aparatos inalámbricos han sido declaradas como posible carcinógeno humano y en los niños el riesgo es mayor que en los adultos. Juguetes con emisión de RMO son vendidos para el entretenimiento de niños. La media entre la primera exposición a un carcinógeno y el diagnóstico de un tumor puede ser décadas. Todos los fabricantes de móviles inteligentes tienen advertencias de la distancia mínima a que debe mantenerse el móvil para no exceder los límites legales de exposición a RMO. La distancia límite para ordenadores portátiles y tablets es de 20 cm del cuerpo. Bélgica, Francia, India y otros gobiernos están aprobando leyes, o exigen la necesidad de que haya advertencias, sobre el uso de aparatos inalámbricos por parte de niños y adolescentes.

Se hace hincapié en la necesidad de hacer un uso más racional de las nuevas tecnologías, pues forman parte de nuestras vidas. Los móviles deben colocarse a unos 15 cm de distancia de la oreja. Si no se apagan los aparatos digitales inalámbricos siguen irradiando microondas, por lo que deben guardarse lejos del cuerpo, en el bolso o mochila. Las mujeres embarazadas no deben colocar los móviles u otro aparato que irradie RMO cerca de su abdomen, y cuando amamantan su bebé no deben hablar por el móvil. Tampoco debe colocarse ningún monitor inalámbrico en la cuna del bebé.

Los adolescentes deben ser advertidos de sus peligros. Debido a que el riesgo es acumulativo y cuanto más horas se utilizan estos aparatos más radiaciones serán absorbidas, es necesario instruir a los niños y adolescentes de minimizar la utilización de los teléfonos inalámbricos. La utilización de servicios telefónicos (tipo Skype) desde el ordenador, si es a través de cable no emite radiaciones por lo que debe fomentarse dicha utilización. Los autores desaconsejan que se les permita tener encendido el teléfono móvil en la habitación mientras duermen, y constatan que el Pew Research Center realizó una encuesta donde el 75 % de los preadolescentes y adolescentes más jóvenes dormían con el móvil debajo de la almohada.

Finalmente, los autores aconsejan que los rúters wifi sean ubicados lejos de donde pasa el mayor tiempo la familia, sobre todo los niños. Los chicos adolescentes no deben colocar los móviles en sus bolsillos delanteros de los pantalones. Existe el riesgo potencial de dañar el esperma aunque no hay estudios de chicos pre-púberes que demuestren que posteriormente quede dañada su esperma. En cambio, sí hay estudios que evidencian un aumento de cáncer de mama

multifocal en mujeres que han tenido un contacto prolongado directo del móvil con sus mamas por haberlo guardado en el sostén (http://dx.doi.org/10.1155/2013/354682).

Ensayo clínico aleatorizado para evaluar los efectos de una actividad física aeróbica sobre los síntomas del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en niños pequeños

A Randomized Trial Examining the Effects of Aerobic Physical Activity on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Young Children

Hoza B, Smith AL, Shoulberg EK, Linnea KS, Dorsch TE, Blazo JA, Alerding CM, McCabe GP.
Journal of Abnormal Child Psychology, sept 2014
http://link.springer.com/article/10.1007/s10802-014-9929-y

El objetivo del estudio fue evaluar los efectos de actividad física (AF) antes de la asistencia a la escuela en comparación con intervenciones sedentarias en la aula (IS), sobre los síntomas nucleares de TDAH, comportamiento, estado del humor y relación con compañeros en niños de párvulos, 1º y 2º de primaria con riesgo de presentar TDAH (n= 94) y niños con un desarrollo típico (grupo control = 108). Los niños fueron aleatorizados a ambos grupos (AF e IS). Los del grupo AF asistieron durante 12 semanas a una intervención de 31 minutos al día, cada día escolar. Se pasaron escalas a padres y profesores. El análisis de los datos mostró que el grupo de AF presentaba un descenso de la inatención y cambios de humor en comparación con el grupo IS, en el entorno familiar. El subgrupo de niños con elevada sintomatología de TDAH (n=94) mostró mejoría tanto en la escuela como en casa. Los autores resaltan que es el primer estudio aleatorizado que valora la utilización de ejercicio físico como estrategia para el control de sintomatología de TDAH.

Anticoncepción para adolescentes

Contraception for adolescents

Ott MA, Sucato GS, Committe on Adolescence
Pediatrics. DOI: 10.1542/peds.2014-2300
http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/09/24/peds.2014-2300.full.pdf

De acuerdo con las nuevas guías sobre prevención del embarazo en la mujer adolescente de la Academia Americana de Pediatría (AAP), los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) son de primera elección para las adolescentes sexualmente activas. Los ARAP se refieren a los dispositivos intrauterinos, implantes subdérmicos y el acetato de medroxyprogesterona en forma depot, que ofrecen una protección anticonceptiva de 3 a 10 años y son seguros para los adolescentes. Este es un cambio con respecto a las anteriores guías de la AAP del año 2007.

Los autores comentan que cada año 750,000 adolescentes quedan embarazadas y más del 80 % no han sido embarazos planificados. Los pediatras no deben de confiar que la adolescente vaya a ser sexualmente abstinente. Se debe aconsejar posponer relaciones sexuales completas hasta que se sientan preparadas, pero los datos muestran que aunque la adolescente planifica ser abstinente, luego no lo es.

Algunas de las recomendaciones son:

— Los pediatras deben educar y aconsejar a pacientes adolescentes una amplia estrategia de anticoncepción y asegurarse que van a tener acceso a las mismas.

— Los pediatras deben educar a los adolescentes sobre los ARAP como una opción anticonceptiva de primera línea, incluyendo el implante de progestina y los DIU. Los pediatras que no son capaces de proporcionar estos métodos a las adolescentes deben derivarlos a los profesionales médicos que pueden hacerlo.

— Según la AAP, a pesar de los efectos adversos del acetato de medroxiprogesterona en forma depot y el parche anticonceptivo, no sólo son eficaces sino además son mucho más seguros que un embarazo.

— Según las nuevas guías para la prevención del embarazo de la AAP, los ARAP deben ser una opción de primera línea para adolescentes sexualmente activas.

— Los pediatras deben permitir a las adolescentes recibir cuidados relacionados con la anticoncepción, respetando las leyes.

— La prescripción de anticonceptivos sin previo examen pélvica es apropiado.

— Los pediatras deben aconsejar de forma consistente la necesidad de utilizar correctamente los preservativos en cada relación sexual.

— Los pediatras deben ser conscientes que los métodos hormonales combinados ofrecen un excelente control tanto para la anticoncepción como para el manejo de condiciones comunes como es el acné, la dismenorrea o el elevado sangrado menstrual.

— Los pediatras deben recordar que los adolescentes con enfermedades crónicas o discapacidades tienen unas necesidades anticonceptivas similares a los de los adolescentes sanos, sin olvidar que la enfermedad médica puede complicar la elección del anticonceptivo.

— Los pediatras deben actualizar regularmente la historia clínica referente a la actividad sexual del adolescente. Deben discutir de forma confidencial y sin juzgar las necesidades anticonceptivas, realizar cribados de enfermedades de transmisión sexual y dar consejos para reducir los riesgos sexuales.

— Los pediatras deben disponer de tiempo suficiente para hacer frente a la anticoncepción utilizando un enfoque apropiado según el desarrollo, centrado en el paciente adolescente, y citando para un control si corresponde.

Utilización de protectores solares y dispositivos de bronceado artificial en una muestra nacional representativa de estudiantes de high school, 2001-2011

Use of Sunscreen and Indoor Tanning Devices Among a Nationally Representative Sample of High School Students, 2001–2011

Basch CH, Basch CE, Rajan S, Ruggles KV

Prev Chronic Dis 2014;11:140191. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140191
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0191.htm

Los adolescentes son particularmente vulnerables a no protegerse la piel. El objetivo del presente estudio fue evaluar la utilización de protectores solares y de dispositivos de bronceado artificial en una muestra nacional de estudiantes de *high school** durante un periodo de 10 años (2001-2010), utilizando datos del Youth Risk Behavior Surveillance System del CDC (Center for Disease Control and Prevention).

Se constató un descenso en el porcentaje de adolescentes que utilizaban protector solar del 67,7 % en 2001 a 56,1 % en 2011. En cuanto a la prevalencia de jóvenes que informaron sobre la utilización de dispositivos de bronceado artificial, en 2009 fueron 15,6 % y en cambio en 2011 descendió ligeramente a 13,3 %. El porcentaje era mayor en mujeres adolescentes (25,4% en 2009; 20,9% en 2011) en comparación con los adolescentes varones (6,7% en 2009; 6,2% en 2011). También se observó que la prevalencia aumentaba con la edad, a diferencia de la utilización de protectores solares que era similar en todas las edades.

Los autores comentan como limitaciones del estudio, que era un estudio transversal y estaba basado en autoinformes. Los resultados alertan sobre la necesidad de priorizar la prevención de cáncer de piel en los adolescentes, y en mayor medida en las mujeres adolescentes.

* En enseña española correspondería a los cursos 3º y 4º de ESO, y 1º y 2º de bachillerato.