

SALUD DEL ADOLESCENTE

J.J. Sánchez Artilles, L. Ortigosa, M. Prieto, A. Cañas, P. Suárez

*Mesa Redonda de la XXXI Reunión Anual Conjunta de la SCP
Fuerteventura, 2002*

PECULIARIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACION FÍSICA EN LA ADOLESCENCIA

1. Introducción

A lo largo de los últimos años se han propuesto numerosos procedimientos, tanto para la recogida de datos de la Historia Clínica del adolescente, como sobre el Calendario de Exámenes de Salud y sistemas de screening más adecuados y eficaces para este grupo de edad, no existiendo aún hoy en día un consenso respecto a la frecuencia y contenido de estos controles periódicos de salud (1-5).

El Comité de Prácticas y Medicina Ambulatoria de la Academia Americana de Pediatría recomienda un control a los 10, 12, 14, 16, 18 y 20 años, en los que se incluiría:

- Historia Clínica
- Examen Físico
- Evaluación del comportamiento y del desarrollo
- Consejos preventivos.

Otros autores, entre los que nos incluimos, aconsejamos una visita anual, en la que se recogerían los apartados anteriores, ofreciendo al pediatra la oportunidad de monitorizar los rápidos cambios que ocurren durante este período de tiempo, y para examinar con el adolescente cualquier preocupación ó pregunta, ya sea médica o psicosocial. La relación se establece también para que el adolescente no dude en acudir al pediatra si surge cualquier problema. Además, estas visitas permiten la oportunidad de una educación continua en áreas como el hábito de fumar, utilización de alcohol y otras drogas, aspectos relacionados con la nutrición, sexualidad, tiempo libre, etc... (1,6).

Antes de profundizar en las características específicas de la historia clínica y exploración en el adolescente deberíamos tener presentes las siguientes consideraciones (5-8):

- Las visitas al pediatra durante los años de la adolescencia difieren significativamente de las de la lactancia y la infancia: el tiempo dedicado a las visitas, y su contenido, cambian con respecto a las consultas de los años previos, ya que los pediatras estamos habituados a “trabajar con poco tiempo”, y las entrevistas con los adolescentes requieren más detenimiento que el que utilizamos habitualmente en la consulta pediátrica.
- La entrevista en la adolescencia no es solo una mera recogida de datos: debemos esforzarnos en crear una relación positiva “a tres bandas” (pediatra-adolescente-padres), lo cual nos facilitará la obtención de una buena historia clínica, una exploración física adecuada, y la posibilidad de hacer, de forma continuada, en cada visita, labores de prevención, promoción y educación para la salud, tanto del adolescente como de sus padres, comentarios que desarrollaremos en la tercera parte de este trabajo.
- En la primera visita es importante la presencia de los padres; muchos adolescentes aceptan mal que los padres y el médico hablen de ellos sin que estén presentes. La confidencialidad es un aspecto importante de la historia clínica y de la exploración en la adolescencia.
- Debe quedar bien aclarado, desde el principio, que las entrevistas entre el adolescente y su médico no serán comentadas con los padres sin su permiso, y los límites absolutos a estas confidencias son dos: el riesgo sobre su propia vida (intento de suicidio), o sobre la vida de los demás (ideas homicidas).
- La consulta para el adolescente debe estar organizada de tal manera que el adolescente no se sienta tratado como un niño: sala de espera independiente de niños pequeños, evitando la coincidencia en la misma con lactantes y otros niños pequeños; disponer de revistas apropiadas para su edad y folletos educativos sobre problemas habituales del adolescente.
- Es importante realizar un esfuerzo en mantener una formación continuada en la medicina de la adolescencia. Muchos pediatras no están habituados a la práctica de la medicina con adolescentes, sintiéndose incluso incómodos frente a ellos. En este sentido habría que aconsejar que si el pediatra se siente extremadamente incómodo con la atención al adolescente, es mejor que lo remita a otro compañero con mayor experiencia en el trato a este grupo de edad.
- Todo lo expuesto supone que el pediatra que atiende a adolescentes debe tener unos conocimientos amplios en Dermatología, Ginecología, Endocrinología y Psiquiatría de la adolescencia, entre otras especialidades médicas. La única forma de conseguir una atención integral al adolescente es hacerlo de manera interdisciplinar, teniendo un contacto fluido entre varios especialistas.

2. La Historia Clínica del Adolescente

Es importante establecer desde la primera visita cierto grado de confianza, tanto entre los padres como, fundamentalmente, con el adolescente, debiendo ser el ambiente de la entrevista tranquilo y demostrando, por parte del pediatra, claro interés y respeto por la personalidad del adolescente.

Conviene saber escuchar, mejor que hablar, y evitar una actitud moralista o autoritaria, si bien cuando se estime oportuno, o le sea solicitado, el pediatra debe expresar su opinión y dar su punto de vista en el momento adecuado (5).

Como en todas las Historias Clínicas, en la realización de la Historia Clínica del adolescente debemos cumplimentar distintos apartados (filiación, antecedentes personales y familiares,...) que, naturalmente, pueden ser obviados si se trata de un paciente ya conocido porque presenta una enfermedad crónica, y se trata de una consulta de seguimiento (asma, epilepsia, Celiaquía, fibrosis quística, enfermedad metabólica, diabetes, etc...), ó bien se trate de un adolescente al que se ha venido visitando desde los primeros años de vida.

Aunque en la práctica, cada pediatra adquiere su propio orden a la hora de la recogida de datos, es bastante útil el acrónimo propuesto por García Tornel (7), y que es utilizado en bastantes Unidades de Adolescentes de nuestro país: **F.A.C.T.O.R.E.S (8-11)**:

- **F**amilia: relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción
- **A**mistades: actividades, deportes, tipo de relaciones.
- **C**olegio (Trabajo): rendimiento, grado de satisfacción.
- **T**óxicos: experimentación – abuso de tabaco, alcohol y otras drogas.
- **O**bjetivos: estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones.
- **R**iesgos: deportes, moto, coche, violencia, abuso sexual, ...
- **E**stima: aceptación personal, autoestima, valoración de propia imagen
- **S**exualidad: información, identidad, actividad, precauciones,...

3. La Exploración Física en la Adolescencia

Durante el examen físico, por ejemplo mientras el adolescente se desviste, podemos aprovechar la ocasión para hablar con los padres, pero tras habérselo comentado antes al adolescente, no debiéndonos olvidar de los siguientes aspectos:

- Respetar el pudor propio del adolescente, evitando exploraciones innecesarias.
- Peso y Talla, representando en gráficas adecuadas sus resultados, midiendo también la velocidad de crecimiento, debiendo recordar que el brote de crecimiento o estirón puberal, generalmente ocurre entre los 11 y 13 años en las niñas, y entre los 13 y 15 años en los varones, y preguntando sobre la fecha y características de la presentación de la menarquia en las adolescentes (que en nuestro medio suele producirse entre los 12.4 y 12.7 años (12)).

- La exploración física completa incluye la evaluación del desarrollo puberal, mediante la valoración de los estadios de Tanner, quien divide los índices de maduración sexual en cinco estadios, basados en el vello púbico y desarrollo mamario en el sexo femenino, y el vello púbico y los genitales en el masculino. Comprobar si existe retraso de la pubertad, que pueda requerir una evaluación más completa. Al mismo tiempo, comprobar la existencia de ginecomastia en el varón, o de desarrollo asimétrico de las mamas en las chicas.
- Examen de genitales externos: el fallo de no incluirlo como parte de la exploración rutinaria durante la infancia y la niñez contribuye a aumentar la aprensión y ansiedad cuando una situación especial requiere la realización de un examen de este tipo, por lo que debemos acostumbrar a los niños y niñas, a sus padres, y nosotros como pediatras a familiarizarnos con esta exploración como una parte rutinaria de la exploración física en los exámenes de salud, antes de la entrada en la adolescencia, y manejar con experiencia las gráficas percentiladas de crecimiento, de velocidad de crecimiento y de evaluación de los estadios de Tanner.
- La exploración de los genitales puede ser causa de ansiedad, especialmente en las chicas si el médico es varón; por eso, antes del examen físico, cuando todavía está vestida, conviene explicar detallada y tranquilamente a la adolescente en qué consiste y el porqué de la misma. Si la chica desea la exploración sin la presencia de sus padres, es recomendable que una enfermera colabore en acompañarla y tranquilizarla, sirviendo asimismo como testigo durante la exploración (7).
- Pruebas de visión y audición por los métodos habituales de despistaje.
- Medida de la presión arterial, de forma sistemática, acordándonos de utilizar manguitos adecuados para estas edades.
- Despistaje de escoliosis, recordando que la prevalencia de escoliosis aumenta en estas edades, cuando se alcanza el pico de velocidad de crecimiento.
- Examen bucodental: identificación de caries, enfermedad periodontal, maloclusión y malposición dental.

4. Asesoramiento y prevención

El pediatra que trata adolescentes también debe tener conocimientos, tiempo y habilidad para asesorar, tanto a los propios adolescentes sobre la importancia de arraigar hábitos saludables y sobre su cuidado personal, como a los padres, sobre buenas prácticas para el cuidado de sus hijos adolescentes (13), debiendo aprovechar las visitas periódicas de los exámenes de salud anuales, o las visitas puntuales por motivos de enfermedad, para comentar con los padres y el propio adolescente distintos consejos sobre educación y promoción de la salud:

4.1. Consejos a adolescentes

- Mantener una dieta sana y equilibrada.
- Mantener un peso adecuado.
- Practicar actividades físicas y deportivas con asiduidad.
- Mantener una correcta higiene bucodental.
- Evitar productos ricos en sal, hidratos de carbono, bollería industrial y “comidas basura”, con alto contenido en colesterol.
- Dormir suficientemente.
- Disminuir las conductas de riesgo: uso de casco protector al conducir bicicletas y motos, uso del cinturón de seguridad en coches, evitar velocidades excesivas,...
- Resistir las presiones de los amigos sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Conocer y practicar el autoexamen de las mamas y testículos, a partir de que el adolescente entre en los estadios II-III de Tanner.
- Estimular formas de interacción social: comunicación dentro de la familia, relación con compañeros de ambos sexos,...
- Limitar el tiempo dedicado a televisión, videojuegos, y paseos por Internet.
- Hablar de educación sexual con el adolescente. Métodos anticonceptivos. Prevención de enfermedades de transmisión sexual. Consejos sobre prácticas sanas de actividad sexual.
- Actividades académicas: insistir en la importancia de mantener una adecuada escolarización. Perspectivas profesionales de futuro, en los adolescentes mayores.

4.2. Consejos a los padres

- Establecimiento de normas justas para la casa.
- Dedicar tiempo suficiente a los hijos, y mantener una comunicación sincera y abierta con ellos.
- Asignar tareas domésticas y “una paga adecuada”.
- Elogiar y alentar las actividades del adolescente en casa y fuera de ella. Contribuir a aumentar la autoestima del adolescente. Demostrarle afecto. Respetar su intimidad.
- Servir de modelo ético y de comportamiento a seguir.
- Supervisar las actividades particularmente peligrosas (uso de armas de fuego, deportes de riesgo...).
- Jugar un papel importante en la educación sexual del adolescente.
- Promover la independencia y el sentido de las propias responsabilidades.
- Animarle a que invite a sus amigos a casa.
- No criticar a sus amigos.
- Permitir que adopte decisiones propias para su edad, y haga sus propias elecciones (por ejemplo, su ropa y su música,...).

ADOLESCENCIA: TRANSTORNOS MENSTRUALES; ANTICONCEPCION; EMBARAZO

1. Concepto de la pubertad femenina:

Entendemos por pubertad la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta de madurez sexual en que se realizan los cambios morfológicos y funcionales del organismo que conducen al inicio de la fertilidad. Las principales modificaciones, entre los cambios generales corporales que en esta etapa se registran, se podrían resumir en: 1. reactivación del sistema liberador de gonadotropinas hipofisarias inhibido desde la vida intrauterina, 2. incremento en la velocidad de crecimiento óseo, 3. maduración del aparato genital, 4. desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. A ellas deben añadirse los relevantes cambios en la esfera psíquica, que se traducen en notables cambios en el comportamiento social. Todo el período en el que se realiza el conjunto de cambios morfológicos y psicológicos suelen conocerse como **adolescencia**, y dentro de la misma pueden distinguirse tres etapas:

- I. Prepuberal: se inician los cambios morfológicos.
- II. Puberal: se completa la maduración del aparato genital.
- III. Postpuberal: acaba el desarrollo somático y psicosexual.

En cuanto a la cronología de la pubertad, transcurre en las mujeres aproximadamente entre los 10 y los 16 años, y en ellas existe un marcador que es la aparición de la primera regla o menarquia. En el último siglo ha habido una tendencia al adelanto de la pubertad, objetivado por el adelanto de la menarquia, que se ha cifrado en unos 2 ó 3 meses por cada 10 años en los últimos 100 ó 150 años.

2. Trastornos menstruales en la adolescencia:

Las anomalías menstruales constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en la mujer adolescente. Las irregularidades del ciclo y los estados hiperandrogénicos (hirsutismo) suelen iniciarse en esta etapa de la vida.

El ritmo menstrual normal oscila entre 21 y 35 días, su duración entre 2 y 7 días y su intensidad se estima en 30 ml. De esta forma, las anomalías del ciclo se pueden clasificar en alteraciones en el ritmo y alteraciones en la intensidad.

Alteraciones en el ritmo:

- Amenorrea: ausencia de menstruación.
- Oligomenorrea: ciclo de duración superior a los 35-45 días.
- Polimenorrea: ciclo inferior a los 21 días.
- Metrorragias: sangrado acíclico.

Alteraciones en la intensidad:

- Hipomenorrea: regla excesivamente escasa.
- Hipermenorrea: regla intensa de duración normal.
- Menorragia: regla abundante con duración superior a los 8 días.

2.1. Amenorrea:

Se define como la ausencia de hemorragia menstrual. Atendiendo al momento de su presentación se clasifica como primaria o secundaria. Muchos de los procesos que causan amenorrea pueden manifestarse como una u otra entidad.

2.1.1. Amenorrea primaria:

La amenorrea primaria tiene una incidencia del 0.1% y se define como la ausencia de menstruaciones a los 16 años o falta de desarrollo puberal a los 14 años. También debe estudiarse en jóvenes que no han presentado la menarquia transcurridos 2,5 años desde la aparición de la telarquia. La anamnesis y la exploración clínica permiten la evaluación del grado de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (mamas) y la presencia o no de útero, lo que posibilita la diferenciación de las siguientes tres situaciones clínicas:

Amenorrea primaria con ausencia de desarrollo mamario:

La ausencia de desarrollo mamario traduce generalmente insuficiente producción estrogénica. Los niveles plasmáticos de FSH discriminan el estado de respuesta gonadal y permiten diferenciar dos tipos de hipogonadismos:

a) Hipogonadismo hipergonadotrópico

Niveles de FSH > 40 UI/L son indicativos de fallo gonadal. Representan el 50% de las causas de amenorrea primaria. Las causas adquiridas son casi siempre secundarias a quimioterapia o radioterapia sobre la pelvis, mientras que el fallo gonadal primario está asociado generalmente a defectos enzimáticos congénitos o alteraciones cromosómicas. En estas situaciones es necesario la realización de un cariotipo. Entre los más frecuentes destacan:

- Síndrome de Turner y mosaicismos Turner.
- Anomalías del cromosoma X.
- Disgenesia gonadal pura (45XX) / Disgenesia gonadal mixta (46XY o Síndrome de Swyer).
- Déficit de 17 alfa-Hidroxilasa (46XY).
- Síndrome de ovario resistente.

b) Hipogonadismo hipogonadotrófico

Estas pacientes muestran niveles bajos de gonadotropinas y de esteroides sexuales como consecuencia de defectos a nivel central, entre los que destacan:

- Lesiones del SNC.
- Secreción inadecuada de GnRH.
- Déficit aislado de gonadotropinas.

Excluyendo los tratamientos etiológicos específicos, el objetivo terapéutico debe dirigirse principalmente a obtener el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios mediante tratamiento hormonal de sustitución.

Amenorrea primaria con desarrollo mamario y ausencia de útero:

- Ausencia congénita de útero: se debe a la ausencia parcial o completa del desarrollo de los conductos müllerianos conocido como Síndrome de Mayer-Rokitansky-Hauser.
- Insensibilización completa a los andrógenos (feminización testicular).

Amenorrea primaria con desarrollo mamario y útero:

En estas mujeres deben considerarse todas las posibilidades diagnósticas de la amenorrea secundaria, si bien deben descartarse inicialmente los síndromes de agenesia parcial de los conductos müllerianos, imperforación de himen, y valorar la cronología de la pubertad por si se tratase simplemente de un retraso en el desarrollo de la misma.

2.1.2. Amenorrea secundaria:

La amenorrea secundaria se define como la ausencia de menstruaciones de más de 6 meses o por un periodo de tiempo superior a la media de los tres últimos ciclos menstruales. Su incidencia es del 0.7%. En primer lugar debe considerarse la posibilidad de un embarazo y realizar un test de gestación en orina. Existen situaciones condicionadas por la pérdida de peso, estrés, ejercicio físico excesivo y anorexia, así como fármacos que pueden interferir la secreción endógena de GnRH. El grado de afectación puede valorarse mediante la respuesta al test de gestágenos (10 mg de acetato de medroxiprogesterons por vía oral durante 5 días): la hemorragia uterina indica niveles adecuados de estrógenos y la situación sería definida como anovulación por “disfunción hipotálamo-hipofisaria”; el test negativo requiere la valoración endometrial mediante el estímulo estrógeno-progestágenos (pauta secuencial cíclica de 21 días de estrógenos y gestágenos del 16 al 25 día del ciclo): la presencia de sangrado excluye patología del órgano terminal y la situación estaría condicionada por la presencia de niveles estrogénicos bajos secundarios a “fallo hipotálamo-hipofisario” lo que representa un grado de afectación mayor que el anterior.

- Amenorrea por pérdida de peso.
- Estrés y ejercicio.
- Anorexia nerviosa.
- Fallo ovárico prematuro.
- Síndrome de ovarios poliquísticos.

2.2. Hemorragia uterina disfuncional:

Con este término se define una amplia variedad de episodios de hemorragias uterinas irregulares no relacionadas con lesiones anatómicas del útero. Afecta al 10-15% de todas las pacientes ginecológicas principalmente en la adolescencia y se asocia con anovulación en el 75% de los casos. Existe una correlación entre la edad de aparición de la menarquia y el tiempo que tardan en establecerse los ciclos ovulatorios: cuando ocurre antes de los 12 años, el 50% de los ciclos serán ovulatorios al año, pero si aparece entre los 12 y 13 años pueden transcurrir hasta 3 años para alcanzar dicho porcentaje y si es después de los 13 años hasta 4,5 años.

La segunda causa más frecuente de hemorragias en la adolescente son las coagulopatías, presentes en el 19% de los casos, siendo la más común la púrpura trombocitopénica, seguida de la enfermedad de von Willebrand y deferentes alteraciones de la función plaquetaria.

Solamente un 10% de hemorragias se producen en ciclos ovulatorios y en ellas deben excluirse la existencia de quiste lúteo persistente, lesiones orgánicas benignas (pólipos, endometritis crónica, miomas submucosos, lesiones vaginales), malignas (sarcoma botrioides, adenocarcinoma vaginal), gravídicas (aborto, ectópico o mola) o cuerpos extraños vaginales.

El tratamiento individual estará guiado por las cifras de hemoglobina. En las formas leves ($Hb > 12$ gr/dl) el control puede establecerse mediante calendario menstrual y reevaluación a los seis meses o recurrir a tratamiento hormonal con progestágenos intermitentes durante 10-14 días al mes o un anovulatorio durante 3-6 meses, tratamiento que es obligado en las formas moderadas con cifras de Hb entre 10 y 12 gr/dl. Las formas graves ($Hb < 10$ gr/dl) requieren ingreso hospitalario urgente cuando la hemorragia está en fase aguda. En estos casos el legrado debe ser considerado como la última opción terapéutica ya que la respuesta al tratamiento médico suele ser buena, con cese del sangrado 48-72 horas tras la administración de 0,01 mg de etinilestradiol + 2 mg de acetato de norestisterona tres veces al día durante 10 días o un anticonceptivo oral monofásico de 30-35 microgramos de etinilestradiol cada 6 horas. Una vez controlado el sangrado, la hemorragia por privación puede diferirse realizando una disminución progresiva de la dosis inicial. En caso de fracaso del tratamiento hormonal puede recurrirse al empleo de desmopresina por vía i.v. (0.3 microgramos/Kg de peso diluida en 50 ml de suero salino administrado en 15-30 minutos) repetida cada 12-24 horas.

3. Anticoncepción en la adolescencia:

A la hora de elegir un método anticonceptivo para la adolescente hay que tener en cuenta su aceptabilidad, la eficacia del mismo, la frecuencia coital, el número de parejas sexuales, el coste económico, la accesibilidad, la motivación de la adolescente, la seguridad y los riesgos del método y la ética familiar y personal.

El método anticonceptivo ideal en la adolescencia debe tener alta eficacia, ofrecer protección frente a enfermedades de transmisión sexual, ser reversible, no interferir en el desarrollo físico, debe ser un método fácil de utilizar y que sea adecuado a la actividad sexual. Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:

- Preferente: preservativo, anticoncepción hormonal oral.
- Aceptables: diafragma, esponja, espermicida, contracepción hormonal inyectable.
- Menos aceptables: DIU, abstinencia periódica, coitus interruptus, contracepción quirúrgica.
- De emergencia: contracepción postcoital.

3.1. Anticoncepción Hormonal Oral:

Puede ser un método de elección para muchas adolescentes, su eficacia anticonceptiva es del 98-99%. Además posee beneficios no anticonceptivos como regularización del ciclo menstrual, disminución de hipermenorreas, anemia ferropénica, dismenorrea, hemorragia uterina disfuncional, síndrome premenstrual. Reducción de la incidencia de fibroadenomas mamarios y enfermedad fibroquística de la mama, quistes de ovarios, enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas, cáncer de ovario y de endometrio.

La píldora de primera elección para adolescentes es la que menor dosis de estrógeno contenga, actualmente preparados de 15 microgramos de etinilestradiol combinados con gestágenos de tercera generación.

Los efectos secundarios de los AHO son:

- Estrógeno dependientes: mastodinia, tensión mamaria, náuseas, retención de líquidos, hipertensión y disforias.
- Gestágeno dependientes: acné, aumento de peso, nerviosismo, amenorrea.

Contraindicaciones absolutas de los AHO: Hipertrigliceridemia severa, diabetes mellitus con vasculopatía asociada o neuropatía, antecedentes personales de tromboembolismo venoso, trombofilia familiar diagnosticada, ictus cerebral, trombofilia, inmovilización prolongada, cirugía abdominal o traumatológica, cáncer de mama, embarazo, hemorragia genital no diagnosticada, hipertensión, hepatopatía activa.

Controles recomendables: primer control a los 3-6 meses para valorar efectos secundarios, comprobar toma correcta, aclarar dudas. Medir la tensión arterial. Realizar analítica con bioquímica y función hepática y pruebas de coagulación. Anualmente actualizar anamnesis, medida de tensión arterial y valoración de hábitos sexuales.

3.2. Contracepción de emergencia:

Preparados de Levonogestrel 0.50 mg en dos dosis o estroprogestágenos con 50 microgramos de etinilestradiol y 0.25 mg de Levonogestrel, cuatro píldoras en dos dosis separadas 12 horas, dentro de las primeras 72 horas tras un coito no protegido. Eficacia entre 95 y 98%.

Método anticonceptivo de elección en adolescentes: AHO + PRESERVATIVO.

4. Embarazo en la adolescencia:

En general, y a efectos epidemiológicos y estadísticos, se considera como tal a las jóvenes embarazadas por debajo de los 20 años. Todos los autores coinciden en que prácticamente el 90% de los embarazos que se producen en este período no son deseados.

Clásicamente han sido muchos los estudios y autores que han descrito el embarazo en la adolescente como un embarazo de “alto riesgo”, especialmente en la literatura anglosajona. Se han descrito como complicaciones más frecuentes, la anemia, el retraso del crecimiento intrauterino, el aumento del parto prematuro o el aumento de las tasas de morbi-mortalidad perinatal. Sin embargo, numerosos trabajos en nuestro entorno han demostrado que **estos “riesgos” no aumentan si el embarazo está debidamente controlado**, por lo que hay que relacionarlos más con una “patología del abandono” que con problemas médico-biológicos propiamente dichos.

4.1. Control del embarazo en adolescentes:

En general el control es el mismo que en cualquier mujer embarazada, con la salvedad de que la primera visita suele ser tardía y la fecha de última regla incierta, por lo que es fundamental realizar una correcta datación ecográfica de la gestación. Es importante hacer hincapié en los antecedentes médicos y en la posibilidad de hábitos tóxicos. La asistencia al parto debe ser cuidadosa y está recomendada la anestesia epidural. Las indicaciones de cesárea no difiere de las de la población general. Durante el postparto es necesario un buen asesoramiento y ayuda a la lactancia materna y los cuidados al recién nacido, situación que suele ser difícil para estas madres tan jóvenes. Así mismo es importante realizar un buen asesoramiento anticonceptivo.

Como conclusión, y a la luz de los conocimientos actuales, el embarazo en la adolescencia supone más un problema sociológico que médico, siempre y cuando puedan ser adecuadamente controlados.

CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS EN NUESTRO MEDIO

El consumo de drogas, asociado a los comportamientos y hábitos juveniles se ha ido constituyendo en una de las principales preocupaciones sociales y sanitarias. No solo por las consecuencias directas de los tóxicos sobre la vulnerabilidad adolescente, sino por las consecuencias indirectas que dicho consumo provoca; muertes, secuelas gravísimas, casi siempre asociadas a accidentes de tráfico.

Se intentará una aproximación actual al problema centrandolo en la información en el alcohol, la heroína, la cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas, las drogas de diseño y el cannabis.

Palabras clave. Adolescentes, uso y abuso de tóxicos. Epidemiología. Trastornos mentales y de) comportamiento asociados al consumo de drogas. Patología dual. Planificación terapéutica en nuestro medio.

Adolescentes. Consumo de tóxicos en nuestro medio. Epidemiología

“QUIEN NO SABE LO QUE BUSCA,
NO ENTIENDE LO QUE ENCUENTRA”

Claude Bernard

El uso y abuso de sustancias tóxicas constituye un problema muy complejo con múltiples complicaciones socio sanitarias. Hoy en día constituye una autentica epidemia con un altísimo coste en términos de vida, comorbilidad, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad, fracaso académico y distocia socio-familiar.

Sus efectos nocivos dependen de varios factores, entre los cuales, la edad de inicio, el tipo de sustancia y el patrón de consumo, la personalidad del consumidor y el entorno social y familiar son las más influyentes.

Drogas y civilización son sinónimos desde hace milenios, desde los albores de la humanidad. Todas las culturas han aprovechado las propiedades de ciertos productos para alterar el funcionamiento de la mente humana. Según el antropólogo J.M. Fericglá, las culturas ágrafas y otras varias usarían las drogas como “adaptógenos inespecíficos” para su cultura y medio ecológico. Cuando trivializamos lo sagrado convirtiéndolo en vulgar, el consumo de algunas sustancias puede originar gravísimas consecuencias neuropsiquiátricas y psicológicas.

Aún hoy día, el mundo occidental evidencia un gran desconocimiento sobre las drogas. En otras épocas se condenaban sustancias hoy plenamente aceptadas, ciertas culturas consumen abiertamente sustancias cuya posesión podría llevarnos a la cárcel.

La historia nos enseña que es vano esperar que las drogas desaparezcan algún día y que todo esfuerzo para erradicarlas está condenado al fracaso. Nuestro esfuerzo debería concentrarse en la PREVENCIÓN, en reducir al máximo posible los efectos

adversos sobre el individuo y la sociedad. Las políticas simplemente represoras han sido muchas veces más dañinas que las sustancias en sí, recordemos el “VOLSTEAD ACT” que los europeos conocemos como “Ley seca” aplicada en los EEUU en 1920.

Todas estas cuestiones vuelven hoy al primer plano de actualidad, las llamadas “Ley del botellón”, “Toques de queda” etc... Hoy hay mas gente que toma drogas de la que nunca hubo antes en el pasado, una auténtica pandemia que ha penetrado en todas las clases sociales y se ha ido extendiendo a mas y más jóvenes y niños cada vez menores.

Una vez las personas entran en mala relación con la droga es muy difícil sacarlas de ella. Para muchos “abusadores” la única alternativa es la abstinencia total. Hoy sabemos que “la vieja filosofía” de los alcohólicos anónimos se sustenta en bases neuroquímicas que implican al cerebro límbico como centro de recompensa (en especial al circuito córtico-tálamo-estriatal) y a la Dopamina como modulador de este sistema (Wise 1990).

“EL QUE ES ADICTO A UNA SUSTANCIA ES ADICTO PARA SIEMPRE”, otra cosa es que se mantenga la abstinencia a dicha sustancia incluso para siempre. Cada cosa que nosotros hacemos, pensamos, sentimos y/o consumimos está asociado con cambios neuroquímicos, aunque la complejidad del consumo no debe ni puede ser reducida a una simplista y exclusiva explicación neuroquímica. Las explicaciones reduccionistas están condenadas al fracaso. Solo es posible una explicación desde una visión holística del ser humano en su tridimensionalidad biológica, psicológica y sociocultural. La sociedad tiene que empezar en primer lugar por ayudar a las personas a que no se hagan drogadictas. El peso de esta tarea recae en primer lugar en los padres, y en segundo lugar en los educadores, incluyendo por supuesto a los médicos. La buena educación sobre las drogas es un asunto vital.

TODA DROGA ES PELIGROSA, ALGUNAS MUY PELIGROSAS, y la única manera de que la juventud no tenga problemas con estas sustancias consiste en no usarlas nunca. Esta es una opción muy razonable y brinda a quien la escoge la libertad de la que carecen los que abusan de las drogas. Nosotros, clínicos, debemos tener siempre presente el potencial de distorsión y destrucción de las drogas en la adolescencia.

Desde una perspectiva médico-científica actual, droga es la sustancia que cumple las siguientes condiciones:

- psicotropas o psicoactivas.
- compulsión a repetir su autoadministración por el placer que provoca (acción reforzada positiva).
- el cese en su consumo puede significar gran malestar somático y o psíquico (dependencia).
- no tienen ninguna indicación terapéutica y si la tienen pueden usarse con fines no terapéuticos.

Sería el equivalente al de droga de abuso.

Habría que distinguir entre el uso, el hábito, el abuso y la dependencia, y dentro de esta distinguir la dependencia física o fisiológica en la que se desarrolla una neuroadaptación, una necesidad de mantener niveles en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo; sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. La dependencia psíquica o psicológica es un deseo irresistible (estado de anhelo o “craving”) de repetir la administración de una sustancia para obtener la vivencia de sus efectos agradables y o evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia. Es tan destructiva como la física y a menudo resulta más difícil de superar, impulsa al adicto a administrarse la droga después de meses o años de abstinencia. La dependencia psicológica es uno de los fenómenos claves de las drogodependencias.

La dependencia social, el consumo de drogas como signo de pertenencia a un grupo. En la adolescencia es muy común.

Determinantes psicológicos de las drogodependencias

Factores individuales:

- Búsqueda de la identidad personal.
- Independencia de los padres e intimidad de los iguales.
- Oposicionismo y reformulación de valores.
- Sobreestimación de la capacidad de poder evitar patrones abusivos de consumo e infravalorar las consecuencias destructivas de las drogas (“todo está bajo control”).
- F. de personalidad. En muchos casos es evidente una inmadurez afectivo-emocional con rasgos exagerados propios de la adolescencia. En un grupo de pacientes (10 - 20%) puede apreciarse una estructura psicopatológica en la personalidad previa. Esta proporción es mucho mayor entre heroinómanos y adictos al crack.

Factores del entorno próximo:

- La familia.
- El grupo de iguales.
- Los educadores.
- Factores ambientales.

Hoy día, el abordaje de la drogodependencia está absolutamente separado de la red de Salud Mental. Nuestra tarea debe fundamentarse en la PREVENCIÓN.

Aquí no cabe la distinción entre drogas legales e ilegales, ya que como veremos las drogas legales son en muchas ocasiones la puerta de entrada para el consumo de sustancias ilegales.

En cuanto a la epidemiología en Canarias, no difiere de las estadísticas a nivel nacional, y se basan fundamentalmente en el “ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE LOS JÓVENES DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA” del Área de Asuntos Sociales y Educación, Consejería de Juventud del Cabildo de Gran Canaria de Febrero de 2001 y del estudio “CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CHICAS ADOLESCENTES” de Lourdes García Aberasturi y M^a Teresa González González, edición del Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Febrero/02.

El 85% de los jóvenes ha consumido en alguna ocasión alcohol, si bien en la actualidad consume el 72% siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres. En el estudio de Lourdes García y M^a Teresa González, en una muestra de 204 chicas de tres Institutos tomados al azar de diferentes zonas de la isla, la edad media era de 16,3 años.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Alguna vez en la vida y más

N= 204	f	%
ALCOHOL	166	81,07
TABACO	130	63,75
HACHIS	55	27,45
PSICOFARMACOS	27	13,24
COCAINA	06	2,94
EXTASIS	0,5	2,45
ANFETAMINAS	03	1,47
ALUCINOGENOS	02	0,98
S. VOLATILES	02	0,98

¡¡SOLAMENTE 27 DE LAS CHICAS ESTUDIADAS NO HAN PROBADO NUNCA UNA SUSTANCIA!!

En todos los estudios y trabajos consultados se pone en evidencia la necesidad de fortalecer el trabajo preventivo. Ello debe contemplar la divulgación de los peligros que acarrea el consumo de cada una de las sustancias y el incidir sobre los diferentes factores de riesgo, debiendo abarcar el ámbito escolar, familiar y comunitario.

Son datos a destacar el papel del tabaco como una de las sustancias más peligrosas en todos los sentidos, no solo por su nocividad para la salud física, sino por su fuerte relación con el consumo de drogas ilegales, teniendo en cuenta que en algunos estudios, se evidenció que las chicas fumadoras, en su casi totalidad consumen hachís y que estas, a su vez, son las que experimentan con las drogas fuertes. Se destaca también el papel relevante de la gran aceptación social del consumo de alcohol.

Hay un subgrupo de adolescentes, casi la tercera parte de la población estudiada, que puede considerarse en alto riesgo psicológico y psiquiátrico. HAY PUES QUE IDENTIFICAR A TIEMPO EN LOS CENTROS ESCOLARES ESTOS SUBGRUPOS DE RIESGO PARA PODER LLEVAR A CABO ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TERAPEUTICAS ADECUADAS, QUE PERMITAN DESCUBRIR PATOLOGÍA DUAL, MUCHAS VECES SOLAPADA POR EL CONSUMO (T. de la personalidad, afectivos, etc...).

La prevención debe tener absoluta prioridad sobre las demás actuaciones, ya que como vimos, las estrategias represivas y terapéuticas no son eficaces por sí solas, sino en la medida en que se coordinen con las actividades preventivas.

Por último mencionar algunas de las características de las drogas de síntesis consumidas por un subgrupo de jóvenes con una pseudocultura específica:

Feniletilaminas:

- Anillo fenílico (o benzénico) cuya raíz dorsal es una cadena etilamina.
- Anfetaminas.
- Anfetaminas alucinógenas.
- Empatógenos entactógenos.
- “Drogas de diseño” (Henderson).
- 3-4 metilendioxi-anfetamina: MDA(píldora del amor).
- 3-4 metilendioxi-metanfetamina: MDMA (éxtasis, xtc, Adán).

Opiáceos: derivados del fentanilo y meperidina.

Arilhexilaminas: fenciclidina (PCP).

Metacuolona

Extasis: HTA, Arritmias, Asistolia, Colapso cardiovascular, C.I.D., Rabdomiolisis, I.R.A., Espasticidad, Convulsiones, Hepatotoxicidad, Hipertermia-Golpe de calor, Muerte por F.V. y A.C.V., Psicosis tóxica, Ataques de angustia, Depresión, Flash-backs, Neurotoxicidad (5HT).

5,7% de los jóvenes españoles entre 14 y 18 años han probado el éxtasis.

Los hospitales canarios registran de 6 a 8 urgencias al mes por éxtasis.

25 personas han fallecido en los últimos años en España.

DOLOR PRECORDIAL EN LA ADOLESCENCIA. ETIOPATOGENIA Y PROTOCOLO DE ESTUDIO

Concepto: Es una patología común en el adolescente, para algunos autores la incidencia alcanza el 028% de la población de 12-14 años, mas frecuente en el varón que en las niñas, puede presentarse desde los 4 años. Los familiares lo refieren como de origen cardiológico, aunque raramente es así.

Tipos de dolor torácico:

A.– de origen extracardiaco:

- 1.– Costocondritis
- 2.– S. de Tietze
- 3.– Dolor precordial idiopatico
- 4.– S. Precordial punzante
- 5.– S. de Desplazamiento costal
- 6.– S. de Xifoides hipersensible
- 7.– Enfermedad Precordial por anemia
- 8.– Otras causas: asma, infecciones, pericarditis, de origen gastrointes-tinal (R.G.E.), neumotórax.....

B.– de origen cardiaco:

- 1.– Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva
- 2.– Estenosis Aortica
- 3.– Perdicarditis
- 4.– Arritmias
- 5.– Insuficiencia Coronaria (Kawasaki, Sd. De Williams, Coronaria Anómala, Fístulas Arteriovenosa Coronaria
- 6.– Prolapso Mitral

Protocolo de Estudio:

- 1.– Anamnesis
- 2.– Exploración
- 3.– Estudio Radiologico simple de tórax y baritado (R.G.E.)
- 4.– E.C.G.: descartar crecimiento cavidades y análisis de ST
- 5.– Holter: descartar arritmias
- 6.– Ecocardiograma y doppler color: descartar derrames
- 7.– R.M.N.
- 8.– Estudio hemodinamico (si procede)

Bibliografía

1. Ortigosa L. Screening de Salud en los Adolescentes. En Mesa Redonda sobre Plan de Salud del Niño Canario (N. Torres, E González, M.D Estévez, A. Machín y L. Ortigosa). XXI Reunión Conjunta de la Sociedad Canaria de Pediatría. Lanzarote, Junio 1992. Canarias Pediátrica 1992; Vol 2 (1): 52-58.
2. Neinstein L.S. Screening y evaluación de salud. En Salud del Adolescente. J.R.Prous eds. Barcelona 1991: 53-82.
3. Bras J, Febrer JM, González Palacios A, Marina C y Suárez J. Esquemas de Pediatría Preventiva. II Reunión Anual de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P. Barcelona, 30 de Octubre de 1987. Prous eds. 1987: 40-46.
4. Cromer J. Screening in Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health 1992; 13 (2S): 3-65.
5. Galdó A y Galdó G. Exploración Clínica en la Adolescencia. En: Galdó A y Cruz M, editores. Tratado de Exploración Clínica en Pediatría. Barcelona. Masson eds, 1995: 173-186.
6. Neinstein L. Comentarios en torno a problemas frecuentes en la salud del adolescente. An Esp Pediatr 1993; 39 (S 54): 19-32.
7. García Tornel, S. La entrevista al adolescente. Jano 1989; 874: 43-46.
8. García Tornel S. Planificación y Organización de una consulta de adolescentes por el pediatra. X Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP. An Esp Pediatr 1999; S 124: 14-16.
9. Hidalgo I, Castellano G. Aprendamos a entrevistar a los adolescentes. Reunión de la Sección de Medicina de Adolescentes de la AEP, 2001. Libro de Ponencias, pags. 57-65.
10. Cornellá I, Canals J. Técnicas de entrevista con el adolescente. X Congreso de la Sociedad española de Medicina del Adolescente de la AEP. An Esp Pediatr 1999; S 124: 7-10.
11. García Tornel S, Gaspá J. Control de Salud de la población adolescente. Pediatría Integral 1997; 2: 285-295.
12. Hernández M, Ortigosa L, Trujillo R. Edad de aparición de la menarquia en nuestro medio. An Esp Ped 1984; 21 (S20): 204-205.
13. Ortigosa L. Los exámenes de salud en niños y adolescentes. La cartilla de salud infantil. En Manual de Salud Infantil, para madres, padres y educadores. Ortigosa L ed. Editorial Alhulia S.L. Granada.1999: 97-114.

14. Escohotado A. Las drogas, de los orígenes a la prohibición. Ed. Alianza Cien.
15. Farmacología de la conducta. Ed. Gregorio Gómez Jarabo.
16. Huxley A. Un mundo feliz. Ed. Plaza y Janes.
17. Castaneda C. Las enseñanzas de D. Juan. Ed. Fondo de Cultura Económica.
18. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain. Drogodependencias. Ed. Médica Panamericana.
19. García L y González MT. Consumo de sustancias en chicas adolescentes. Ed. del Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria.
20. Estudio Sociológico de los Jóvenes de Las Palmas de Gran Canaria. Ed. Cabildo de Gran Canaria.
21. Weil y Ronen. Del café a la morfina. Ed. Círculo de Lectores.
22. Trastornos mentales y del comportamiento. C.I.E. - 10. Meditor (O.M.S.).
23. DSM - IV. Ed. Mason7.