

XXXVIII curso



# actualidades en pediatría

módulos  
neonatología  
gastroenterología  
cirugía  
infectología  
adolescencia

10 al 31 de mayo 2003

**Libro Resumen**

Editado por Laboratorios SAVAL S.A.  
con la gentileza de

**IDON**<sup>®</sup>  
DOMPERIDONA / SAVAL

**Amoval**<sup>®</sup>  
AMOXICILINA / SAVAL

**Clavinex**<sup>®</sup>  
AMOXICILINA 500 mg  
CLAVULANATO DE POTASIO 125mg  
/ SAVAL



# actualidades en pediatría

---

## • Docentes

<b>M. Eugenia Arancibia</b>	Pediatra Gastroenteróloga, U. de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna,
<b>Antonio Banfi</b>	Pediatra Infectólogo, Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Cecilia Borel</b>	Otorrinolaringóloga, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Adolfo Dolz</b>	Cirujano Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Verónica Gaete</b>	Pediatra Adolescentóloga, U. de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna, Directora Centro Ser Joven, Lo Barnechea
<b>Jorge Godoy</b>	Cirujano Infantil, Profesor Asistente U. de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Hernán Guzmán</b>	Traumatólogo, Docente U. de Chile, Clínica Las Condes
<b>Pamela Hernández</b>	Pediatra, U. de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Bessie Hunter</b>	Pediatra Gastroenteróloga, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Pilar Larraín</b>	Psiquiatra Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Walter Ledermann</b>	Pediatra Infectólogo, Jefe U. Segunda infancia, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Carolina López</b>	Psicóloga, Centro Ser Joven, Lo Barnechea
<b>Georgette Pose</b>	Radióloga Infantil, Clínica Alemana
<b>Patricia Romero</b>	Pediatra Ginecóloga, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>M. Elena Santolaya</b>	Pediatra Infectóloga, Profesor Asistente U. de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna
<b>Patricio Varela</b>	Cirujano Infantil, Profesor Asistente U. de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna



---

## •Contenido

### MÓDULO GASTROENTEROLOGÍA

Alergia Alimentaria	5
Alergias Alimentarias: Fdiagnóstico y Manejo	8
Hepatitis Aguda	10
Manometría Anorrectal: Utilidad Clínica e Interpretación	13

### MÓDULO CIRUGÍA

Patología Frecuente en Cirugía	15
Guía de Derivación y Edad Operatoria en Cirugía Pediátrica	36
Dolor Abdominal	39
Alteración de Ejes de Extremidades Inferiores y Pie Plano en Niños	49

### MÓDULO INFECTOLOGÍA

Enfermedad por Arañazo de Gato	52
Controversias en Coqueluche	54
Sinusitis	56

### MÓDULO ADOLESCENCIA

Comprensión y Manejo Inicial de Aspecto Psicológico Involucrado e los Trastornos de Conducta Alimentaria en Adolescentes	59
Conducta Sexual en el Adolescente	69



---

## • Alergia alimentaria

Dra. M. E. Arancibia

El ser humano desde que nace debe contactarse con los alimentos en un comienzo en una relación vital para su crecimiento y desarrollo y luego se agrega una función social. Las reacciones adversas a los alimentos se describen desde los inicios de la medicina, pero no es hasta los últimos años en que se les ha considerado de mayor prevalencia e importancia. Para comenzar nuestra exposición es de vital importancia definir en forma clara algunos conceptos. La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica hace algunos años definió las reacciones adversas a los alimentos, las que no necesariamente son alergias ya que no en todas estas reacciones está involucrado un mecanismo inmune. Nos referiremos a **reacción adversa a los alimentos** como a cualquier reacción aberrante postingesta de alimentos o aditivo alimentario. Estas reacciones pueden ser de dos tipos:

1. **TÓXICA:** puede producirse en cualquier persona, sólo requiere la dosis suficiente de ingesta para provocar la reacción. Ej. Histamina contenido en algunos pescados.
2. **NO TÓXICA:** Depende de la susceptibilidad individual: En estas reacciones definiremos dos tipos según el mecanismo involucrado:
  - a. **No inmunológico:** Intolerancias son las reacciones a los alimentos más frecuentes pudiendo producirse por las propiedades 1. farmacológicas del alimento por ejemplo la tiramina en los quesos produce en un individuo susceptible cefalea, efecto de agitación de la cafeína del café o bebidas gaseosas. 2. susceptibilidades individuales como el trastorno metabólico en el déficit de lactasa o 3. respuestas idiosincráticas.
  - b. **Inmunológico:** En esta exposición nos referiremos exclusivamente a las manifestaciones gastrointestinales de la alergia alimentaria.

En nuestro medio no existen estudios sistemáticos referentes a la prevalencia de la alergia alimentaria (AA), en general podemos afirmar que la AA se presenta en forma más frecuente, en la población infantil y en los niños atópicos. En encuestas de población en USA, en un 25% de los niños menores de tres años han presentado al menos un episodio atribuible a AA, la mayoría de estos casos en menores de un año. Sólo un 8% de estos casos pudo ser demostrado. En los lactantes menores de un año se ha determinado en un 2,5% hipersensibilidad a la leche de vaca, de estos casos un 60% son mediados por IgE y de estos un 15% persiste en la segunda década

de la vida y por otro lado un 35% tienen reacciones frente a otros alimentos. De las reacciones por leche de vaca no mediados por IgE la mayoría remite al tercer año de vida.

Otros alimentos involucrados son el maní y el huevo con una prevalencia de 0,5 y 1,3% respectivamente.

## Patogenia de las reacciones de hipersensibilidad a alimentos

**a. Barrera intestinal:** desde la época de RN nos exponemos a un gran número de antígenos foráneos (bacterias, virus, parásitos y antígenos alimentarios), para que éstos no penetren a través de aparato digestivo existe una serie de mecanismos, tanto inmunológicos como no inmunológicos, estos mecanismos se denominan barrera intestinal. En los primeros años de vida estos mecanismos son inmaduros. Existen evidencias que hay una relación directa entre el número de alimentos sólidos ingeridos antes de los cuatro meses y el desarrollo posterior de dermatitis atópica.

**b. Tolerancia oral:** la principal respuesta del tejido linfático asociado al intestino (GALT) es la tolerancia oral. Este mecanismo es mediado por células intraepiteliales. Depende del antígeno (tipo, dosis y frecuencia de exposición), edad del huésped y a la producción de lipopolisacárido por la flora intestinal del huésped.

**c. Alérgenos alimentarios:** a pesar que son muchos los alimentos que ingerimos normalmente, sólo un reducido número de estos producen alergia alimentaria. En la edad pediátrica la leche, huevo, maní, soya y trigo son responsables de un 90% de las reacciones de alergia. En los adolescentes y adultos los principales son maní, marisco, pescado y nuez. Otros alimentos como kiwi, papaya, sésamo, amapolas y nabos también son causa frecuente de AA. La fracción alérgica son glicoproteínas solubles, la mayoría estables al calor con un peso molecular entre 10 a 70 Kd.

Clínica: dentro de la amplia gama de presentaciones clínicas de las manifestaciones gastrointestinales de la aa, estas serán divididas en tres grandes grupos según el grado de mediación de la IgE en el fenómeno inmune.

### 1. DESÓRDENES MEDIADOS POR IGE:

**a. Hipersensibilidad gastrointestinal inmediata:** los síntomas aparecen minutos a dos horas post la ingesta y se caracterizan por náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico, diarrea y mal incremento ponderal. En los niños más grandes se presenta con inapetencia, dolor abdominal intermitente y mal incremento ponderal. En estos casos el test cutáneo y el RAST tienen una positividad de 95%.

**b. Síndrome oral:** es una alergia de contacto localizada en la orofaringe, de corta duración. Se produce por frutas frescas y vegetales. Se ha demostrado que existe una relación en la naturaleza antigénica de polenes y frutas. Clínicamente hay prurito, angioedema y hormigueo de labios, lengua, paladar y garganta. Ocasionalmente se presenta con prurito en las orejas. Al ser un fenómeno localizado no produce mayores molestias. Los síntomas remiten si el alimento que produce la alergia es cocido.

### 2. DESÓRDENES MIXTOS (mediados y no mediados por IgE)

Entidades que se caracterizan por presentar infiltrado eosinófilo en mucosa, muscular, y/o serosa. Si hay compromiso de la muscular, se produce rigidez y engrosamiento del órgano afectado. Si se compromete la serosa se

produce ascitis. En la mucosa además del infiltrado eosinófilo se produce hiperplasia de la basal y elongación papilar. Se asocia a eosinofilia en un 50%.

**a. Esofagitis eosinofílica alérgica:** se presenta en lactantes y adolescentes. Sospecharlo en pacientes con dg de RGE que no responde a medidas habituales. Los pacientes presentan inapetencia, dolor abdominal, disfagia, irritabilidad y alteración del sueño.

**b. Gastritis eosinofílica alérgica:** se caracteriza por presentar clínicamente vómitos postprandiales, saciedad precoz, anorexia, dolor abdominal, hematemesis y mal incremento ponderal. Se observa en lactantes y adolescentes.

**c. Gastroenteritis eosinofílicas:** los pacientes presentan baja de peso o mal incremento ponderal. A veces se presenta como enteropatía perdedora de proteínas. Generalmente hay varios alimentos involucrados y la sintomatología se demora en remitir una vez realizada la exclusión de la dieta.

### 3. DESÓRDENES NO MEDIADOS POR IGE:

**a. Enterocolitis por proteínas de la dieta:** se presenta principalmente en los primeros meses de vida, caracterizado por diarrea en ocasiones con sangre, vómitos, distensión abdominal y deshidratación. Si los cuadros se repiten puede provocar mal incremento ponderal y anemia, en los lactantes los principales alérgenos son la leche de vaca y la soya y más raramente provocado por alérgenos de la leche materna. En niños mayores puede ser producido por huevo, trigo, arroz, avena, maní nueces, pollo, pavo, pescado. En los adultos los crustáceos pueden producir este síndrome.

**b. Proctitis a la proteína dietaria:** generalmente se observa en un lactante que impresiona sano y presenta deposición con sangre. La mayoría de las veces el sangramiento es discreto y no produce anemia secundaria.

Un 60% de estos niños son alimentados al pecho. Se produce por leche de vaca o soya.

**c. Enteropatía a la proteína dietaria:** se presenta generalmente en lactantes los que impresionan severamente enfermos. Se caracteriza por diarrea, en algunos casos esteatorrea, mal incremento ponderal, vómitos y distensión abdominal. La mayoría de los casos se produce por leche de vaca y en niños mayores por soya, huevo, trigo, arroz, pollo y pescado. Histológicamente las lesiones son en parche y se caracterizan por atrofia vellositaria e infiltrado celular.

**d. Enfermedad celíaca:**

### 4. OTRAS MANIFESTACIONES:

a. constipación crónica.

b. Anemia ferropriva por leche de vaca.

## • Alergias alimentarias : diagnóstico y manejo

Dra. Pamela Hernández

En relación al diagnóstico de las alergias alimentarias, es importante recordar que el sobrediagnóstico puede llevar a malnutrición, alteraciones alimentarias y problemas sicociales, mientras que el subdiagnóstico puede ocasionar malnutrición y falla en el crecimiento.

Como en toda patología el diagnóstico se inicia con la historia clínica y el examen físico, intentando determinar si hubo una reacción adversa a alimentos y si ella involucró un mecanismo inmunológico (mediado o no por IgE). De este análisis dependerá el estudio a realizar.

La historia clínica es siempre subjetiva, por lo que siempre debe pensarse en el diagnóstico diferencial y en los signos y síntomas en los órganos blanco: piel, tracto GI y tracto respiratorio fundamentalmente.

### Algunas consideraciones al evaluar reacciones potenciales:

- en niños pequeños, especialmente con dermatitis atópica
- pocos alimentos son responsables de la mayoría de las reacciones
- es poco frecuente reaccionar a más de 3 alimentos
- si un niño tiene reacciones "nuevas" o múltiples debe pensarse en ingesta de fuentes "ocultas".

Los alimentos que se relacionan más frecuentemente con verdaderas reacciones alérgicas son : huevo, leche, maní, soya, pescado y nueces en los niños y maní, nueces, pescado y mariscos en adultos.

El examen físico debe orientarse entonces en los órganos blanco antes descritos, buscando especialmente estigmas de atopía (si se piensa en mecanismo mediado por IgE). El estado nutricional y otros signos de enfermedades no alérgicas son también de suma importancia.

En el estudio de laboratorio debe diferenciarse si el mecanismo es o no mediado por IgE, para elegir adecuadamente los exámenes a realizar.

### ALTERACIONES MEDIADAS POR IGE :

- **Prick test:** utilizan extractos glicerinados alimentarios, con controles (+) y (-). Una reacción (+) indica asociación, pero con bajo VPP. Las reacciones (-) casi descartan una relación con el alimento testeado (VPN > 95%).
- **RAST:** buscan Ac IgE específicos contra determinados alimentos. Su sensibilidad es comparable con el prick cuando el score es > 3. Tienen su mayor indicación cuando la piel no está en condiciones de realizarse un Prick o imposibilidad de suspender antihistamínicos.
- **Otros tests:** liberación de histamina de basófilos o mastocitos intestinales son más bien de uso en investigación.



### **ALTERACIONES NO MEDIADAS POR IGE :**

No existe un estudio de laboratorio para identificar alimentos responsables de reacciones no mediadas por IgE. La mayor parte de las veces se requiere histología que confirme la relación.

Generalmente se realiza una endoscopia; si ella es (+) se indica una dieta de eliminación diagnóstica y luego una contraprueba.

La dieta de eliminación debe excluir el o los alérgenos correctos. En casos de alergias múltiples a veces puede ser necesario usar dietas elementales.

Cabe destacar que la existencia de reactividad cruzada clínica entre miembros de especies animales o vegetales es poco frecuente, pero entre la leche de vaca y la de cabra es muy importante (aprox. 90%).

La contraprueba de tipo doble ciego, controlada y con placebo es considerada el "gold standard" para el diagnóstico (DBPCFCs), pero en clínica pocas veces se realiza. Cabe destacar que para cualquier tipo de contraprueba es importante que el alérgeno alimentario haya sido eliminado 7 a 14 días si se piensa en mecanismo mediado por IgE, y hasta 12 semanas en algunas alteraciones gastrointestinales.

En relación al manejo, existen actualmente intentos bajo investigación, tales como los Ac. anti IgE, modificaciones en las proteínas alergizantes de los epítopes que se unen a IgE, etc. Sin embargo la mejor terapia continúa siendo la evitación del alérgeno. En esta prescripción se debe ser tan cuidadoso como al prescribir un medicamento, para evitar dietas muy rígidas.

Los pacientes deben ser capaces de reconocer todas las fuentes posibles del alimento causante (revisar las etiquetas) y evitar situaciones de riesgo. Entre un 35 a un 50% de los pacientes alérgicos al maní experimentarán una ingesta accidental en un período de 3 a 4 años, por lo que si tienen riesgo de reacción severa debe indicarse el uso de epinefrina autoinyectable .

Cuando existe reactividad múltiple debe instarse al paciente a asesorarse por especialista en Nutrición, para lograr un adecuado equilibrio dietético.

La gran mayoría de los síntomas desaparecen con el tiempo, excepto en la mayoría de los casos de alergias inducidas por maní, nueces y mariscos.

En niños alérgicos a PLV, 50% pierde su sensibilidad al año de vida, 70% a los 2 años y 85% a los 3 años.

Dado que un cuarto de los lactantes alérgicos al huevo o a la leche tienen riesgo de ser alérgicos a otros alimentos, se recomienda la introducción tardía (después de los 3 años) de los alimentos más sensibilizantes como medida preventiva.

---

## • Hepatitis aguda

Dra. Bessie Hunter.

A lo largo de la historia del mundo han ocurrido epidemias de hepatitis y sólo en 1930 se postula la posibilidad de que estas sean causadas por agentes virales, a fines de la década del 50 se aisló el antígeno de superficie del virus de Hepatitis B en un aborigen de Australia. En 1970 se logró aislar el virus de Hepatitis A en deposiciones de un paciente con hepatitis aguda. Debido al gran impacto social y económico que producen estas enfermedades se ha invertido gran cantidad de recursos económicos en la investigación de estos virus en relación a su epidemiología, patogenia y desarrollo de vacunas respectivas.

Por el rápido avance de la tecnología en la biología molecular y en la ingeniería genética en las tres últimas décadas se ha logrado obtener test diagnósticos para los virus conocidos como hepatotrópicos y poder así conocer la evolución y complicaciones de los distintos tipos de hepatitis.

Se define como hepatitis la inflamación aguda del hígado cuyo proceso evolutivo lleva a reparación, lesión persistente con cambios crónicos o en algunos pocos casos a falla hepática fulminante.

Cabe destacar que además de los virus hepatotrópicos a que nos enfocaremos en esta sesión puede ocurrir hepatitis aguda por otras causas como drogas, tóxicos, hipoxia o por otros virus como *Virus Herpes simples*, *Citomegalovirus*, *Virus Epstein Barr*, *Virus Varicela*, *HIV*, *Virus Rubéola*, *Adenovirus*, *Enterovirus*, *Parvovirus B19*, *Coxsackie B* y nunca debemos olvidar que un cuadro en todo semejante a una hepatitis aguda puede ser la primera manifestación de una hepatitis autoinmune.

Los virus hepatotrópicos identificados a la fecha son: Virus A, B, C, D, E y G. Todos ellos pueden causar una enfermedad con clínica muy similar.

Los virus A, C, D, E y G son virus RNA, el virus B es un Virus DNA.

La hepatitis aguda por los distintos virus puede tener distintas formas de presentación y sus manifestaciones clínicas en los pacientes sintomáticos son muy similares por lo que para determinar su etiología debe recurrirse al estudio de marcadores serológicos específicos conocidos para los virus hepatotrópicos.

Las formas clínicas descritas son:

- **Hepatitis anictérica:** cursa sin ictericia, puede tener síntomas inespecíficos semejantes a la forma ictericia.
- **Hepatitis icterica:** es la presentación más clásica, se supone menos frecuente que la forma ictericia. Tiene tres períodos: a) sintomático prodrómico o pre-ictérico que dura habitualmente entre 4 y 5 días, hay compromiso del estado general, astenia, anorexia, náuseas dolor abdominal en epigastrio y en hipocondrio derecho, también síntomas como gripe, fiebre o diarrea y al final de este período aparece coluria, luego viene el periodo icterico en que hay disminución de los síntomas generales pero aparición de ictericia de piel y mucosas, dura entre 10 y 20 días, hepatomegalia dolorosa y en algunos casos esplenomegalia y finalmente el período de convalecencia en que ocurre la remisión clínica y puede ocurrir en este período la expresión de una forma bifásica o bimodal en que luego de una completa remisión de los síntomas clínicos y de laboratorio reaparecen las manifestaciones de la enfermedad, se elevan las transaminasas y/o la bilirrubina con valores que pueden o no exceder los iniciales.
- **Hepatitis colestásica:** se presenta como un síndrome colestásico prolongado, con prurito, marcada ictericia, coluria y acolia de semanas o meses de duración. Hay elevación de las transaminasas, fosfatasas alcalinas y colesterol e hipoprotrombinemia.

• **Hepatitis fulminante:** se presenta severa disfunción hepática en las funciones de síntesis, excreción y detoxificación, con encefalopatía en un paciente con hígado previamente sano y dentro de las 8 semanas de evolución del cuadro de hepatitis. Su manifestación en laboratorio es con severa hipoprotrombinemia o elevado INR, hipoglucemia, hiponatremia, hipokalemia, leucocitosis, marcado aumento de bilirrubina y transaminasas que pueden caer a valores normales pese a la progresión de la enfermedad.

Respecto de las alteraciones de laboratorio la más característica es la elevación de transaminasas, especialmente la pirúvica entre 10 y 100 veces el valor normal, es decir entre 500 y 5000 u/L, la bilirrubina sérica alrededor de 10 mg% con predominio de la fracción no conjugada, excepto en el tipo colestásico en que excede los 20mg%, las fosfatasas alcalinas están normales o levemente elevadas, excepto en las formas colestásicas, la protrombina es normal o levemente disminuida, en el hemograma puede haber recuento de leucocitos normales o leve leucopenia con o sin linfocitosis relativa.

Los virus que causan hepatitis aguda transmitida vía enteral son A y E, son no capsulados, sobreviven intactos cuando son expuestos a la bilis, son eliminados en deposiciones, no se asocian a enfermedad hepática crónica, no producen estado de viremia o portador intestinal.

**VIRUS DE HEPATITIS A:** Es un virus RNA lineal, picornavirus, subclasificado como hepatovirus como transmisión fecal-oral, que tiene un período de viremia muy breve. Sólo un serotipo en humanos, se replica en el citoplasma de hepatocitos infectados. En recién nacidos puede haber largos períodos de excreción. Es un virus muy estable al frío y al calor. El mecanismo de daño hepático es mediado por inmunidad celular y se han demostrado complejos de complemento que dañan la membrana del hepatocito. No se asocia con enfermedad hepática crónica ni con portadores crónicos del virus. Deben ser hospitalizados quienes presenten signos de hepatitis grave, vómitos persistentes, signos de encefalopatía o coagulopatía .

**VIRUS DE HEPATITIS E:** Es un virus RNA tipo calicivirus, transmisión fecal-oral, un serotipo identificado en humanos, sólo se replica en hepatocitos, ampliamente distribuido en el mundo con grandes epidemias producidas por aguas contaminadas. No se asocia con enfermedad hepática crónica ni con portadores crónicos. Existe una vacuna en desarrollo. No está clara la eficacia de la inmunoglobulina que contiene anticuerpos anti-VHE.

Los virus que causan hepatitis y son transmitidos por sangre son B, C, D, G, tienen como característica ser capsulados, son alterados por exposición a la bilis y detergentes, no se eliminan por las deposiciones, se asocian a enfermedad hepática crónica con viremia persistente.

**VIRUS HEPATITIS B:** Es un virus DNA, pertenece a la familia *Hepadnaviridae*, tiene varios antígenos, una doble capa la más externa corresponde al antígeno de superficie (HbsAg) y la más interna al antígeno del core dentro del cual está el genoma y el antígeno E. Tiene otros sitios de replicación además del hígado que es el principal. Su mecanismo de daño es mediado por inmunidad celular y también tendría daño citopático directo.

**VIRUS DE HEPATITIS D:** Es un virus RNA defectivo, puede causar enfermedad clínica solo en presencia de virus B, (coinfeción o super infección). Solamente se replica en el hepatocito, tendría efecto citopático directo. No existe inmunoglobulina hiperinmune ni vacuna. Su profilaxis debe ser prevenir la infección por virus B con vacuna.

**VIRUS HEPATITIS C:** Es un virus RNA capsulados, considerado dentro de la familia de los *Flaviviridae*. Las proteínas de la cápsula pueden generar anticuerpos neutralizantes.

Solamente un serotipo identificado con múltiples genotipos. Daño hepático mediado por inmunidad celular y por efecto citopático directo. Es la principal causa de hepatitis crónica viral. No existe inmunoprofilaxis. Vacuna en desarrollo.

**VIRUS DE HEPATITIS G:** Es un virus RNA de la familia *Flaviviridae* pero distinto al virus C. Se desconoce su período de incubación, tiene frecuentemente viremia prolongada e infección persistente. En USA 10 a 20% de los pacientes con hepatitis crónica por VHB, por VHC y cirrosis criptogénica son positivos para RNA VHG. Su vía de transmisión es por sangre (drogadictos y receptores de sangre) y trasplante de órganos. El diagnóstico se hace por determinación de RNA que no está disponible comercialmente y no hay test serológicos disponibles.

Los grandes avances en Hepatitis viral en las últimas décadas han sido: lograr caracterizar los marcadores serológicos, disponibilidad comercial de pruebas inmunológicas sensibles y específicas para detectar agentes virales o anticuerpos específicos, lograr determinar la población susceptible y prevenir transmisión, inmunoprolaxis pasiva, las vacunas desarrolladas para virus de Hepatitis A y para virus B, desarrollo de drogas antivirales e inmunoterapia en casos de Hepatitis crónica por virus B y C y el trasplante hepático en casos de evolución fulminante o con enfermedad crónica terminal.

# • Manometría anorectal: utilidad clínica e interpretación

Dr. Patricio Varela Balbontín

## Introducción

La distensión rectal estimula receptores nerviosos en la pared intestinal. Este estímulo es conducido por fibras sensitivas ascendentes y genera una contracción refleja del esfínter anal externo y el músculo puborectal (arco reflejo extrínseco). Simultáneamente, el estímulo nervioso es llevado por plexos intra murales hacia el segmento más distal del recto desencadenándose una relajación refleja del esfínter anal interno, que se traduce manométricamente, en una disminución de la presión de reposo anorectal (arco reflejo intrínseco), conocida como Reflejo recto-anal inhibitorio.

La manometría anorectal es un procedimiento que permite evaluar la actividad refleja anorectal y realizar una medición de las presiones basales del canal anal y recto.

## Metodología

Para poder realizar el procedimiento se requiere de elementos sensores (microtrans-ductores, balones inflables o catéteres perfundidos) y de un sistema de registro (polígrafo), que entrega la información a un software específico que permite analizar la información en un computador, realizar mediciones automáticas y reanalizar el procedimiento cuantas veces sea necesario.

El procedimiento permite determinar actividad y cambios de presión a nivel rectal y canal anal. Los sensores de registro, perfundidos con agua, están conectados a transductores de presión, que transforman los cambios de presión de la columna de agua en impulsos eléctricos, procesados por un polígrafo digital e ilustrados por el software en curvas dinámicas de presión.

Para poder establecer la presencia de reflejo recto anal inhibitorio es necesario distender la ampolla rectal (balón o aire). El aire es introducido por un catéter, cuyo orificio se localiza en el recto, vecino al catéter de registro de presión.

## Procedimiento

El procedimiento es realizado con el paciente en decúbito dorsal o en decúbito lateral izquierdo, en ambos casos con las rodillas flectadas. Muy ocasionalmente es necesario utilizar sedación (Midazolam 0.2 mg/kg). Una vez introducidos los catéteres, es posible establecer la actividad y presión basal del recto y ano recto, además determinar las variaciones en dicho patrón basal frente a determinados estímulos, como la distensión rectal. De este modo es posible determinar: actividad basal rectal, actividad basal del ano recto y respuestas reflejas de los esfínteres.

**ACTIVIDAD BASAL RECTAL:** Corresponde a una curva de presión registrada por el sensor rectal. Esta presión es equivalente a la presión intraabdominal (5 mm de Hg.) y presenta tenues fluctuaciones determinadas por la actividad respiratoria del paciente.

**ACTIVIDAD BASAL DE ANO RECTO:** El límite manométrico entre el recto y el canal anal, se establece al retirar el catéter desde el recto y observar un aumento en la presión de al menos 5 mmHg. Se debe localizar el punto de mayor presión en el canal anal, habitualmente situado entre 1 y 2,5 cm de la línea anal mucocutánea. La presión obtenida en este punto, por conformación anatómica, corresponde a una suma de presiones, dadas principalmente

(75 a 80%) por el tono del esfínter anal interno. El resto es aportado por el esfínter anal externo y otros músculos pélvicos. En el registro de la presión basal es posible reconocer ondas de fluctuación de configuración "sinusoidal" de 2 a 5 mmHg y que duran entre 1 y 4 segundos. También es posible registrar relajaciones espontáneas del esfínter. La presión basal de ano recto, fluctúa en individuos sanos, entre 25 y 30 mmHg.

**RESPUESTA DEL ANORECTO A LA DISTENSIÓN RECTAL:** La distensión de la ampolla rectal provoca una disminución refleja de la presión de ano recto. Esta caída en la presión representa básicamente una relajación del esfínter anal interno y se denomina reflejo recto anal inhibitorio. El Reflejo rectoanal inhibitorio esta mediado por la presencia de neuronas o células ganglionares de los plexos nerviosos submucoso y mientérico.

### **MANOMETRÍA ANORECTAL Y CONSTIPACIÓN**

**Constipación funcional:** Actividad refleja rectoesfinteriana presente. Presiones basales anorectales pueden estar aumentadas. Compliance rectal con valores sobre lo normal.

**Constipación Psicogénica:** En estos pacientes el reflejo recto anal inhibitorio está presente, pero es frecuentemente interrumpido, total o parcialmente, por una contracción refleja del esfínter anal externo y la musculatura del piso pélvico.

**Acalasia Miogénica:** Es una deficiente relajación esfinteriana determinada por una alteración de la musculatura lisa del esfínter ocasionada por procesos inflamatorios crónicos de la región perianal, fisuras, fístulas o abscesos. La rudimentaria relajación observada en el registro manométrico de estos pacientes aparece sólo al estimular la ampolla rectal con volúmenes elevados. La presión basal anorectal es característicamente alta.

### **MANOMETRÍA ANORECTAL Y ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.**

La ausencia de células ganglionares en el segmento distal del intestino grueso se traduce en una ausencia del reflejo recto anal inhibitorio.

## **Utilidad clínica de la manometría anorectal**

- La principal utilidad es en el estudio de la constipación crónica.
- Permite determinar normalidad de la actividad refleja recto esfinteriana.
- Evaluar parámetros basales de presión, reacción de continencia y capacidad de contracción voluntaria de complejo estriado.
- Descartar o diagnosticar causas orgánicas de constipación crónica como Ej. Enfermedad de Hirschsprung.
- Educación de continencia (biofeedback).
- Evaluación de terapias médicas y quirúrgicas en constipaciones funcionales y orgánicas.



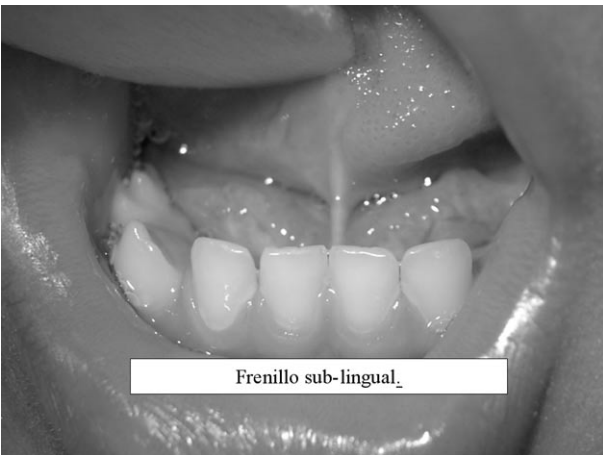




Fistula de 1<sup>er</sup> arco



La Infección y el exudado molesto son indicación de cirugía



Frenillo sub-lingual

Lined area for notes or answers, consisting of 20 horizontal lines.

A series of horizontal lines for taking notes, consisting of 21 lines.

Quiste mucoso de Labio



Quiste mucoso de Lengua

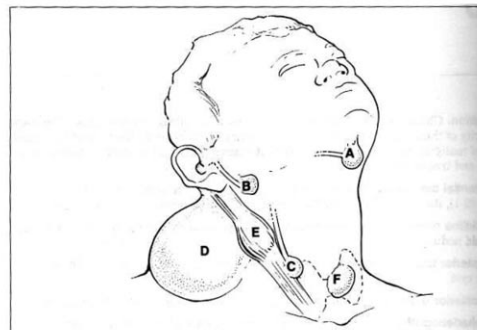


Se extirpan. Tienden a crecer y a fibrosarse

Ránula



Diagnóstico diferencial con Linfangioma.  
En el RN pueden ser Urgencia por obstrucción de via aerea

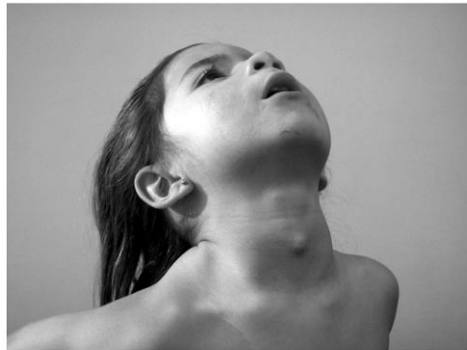




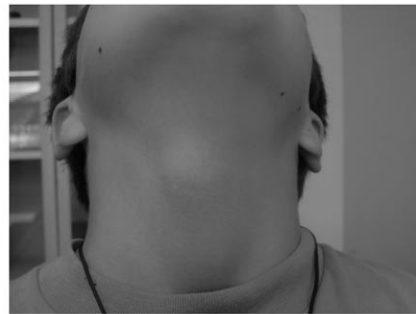
Lined area for handwritten notes, consisting of 20 horizontal lines.



Grandes adenopatias. Linfoma.  
Son adenopatias indoloras grandes

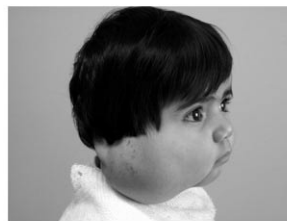


Quiste cervical. Linea media. Tiroglosa



Quiste cervical. Linea media. Tiroglosa

Los tumores vasculares no siempre requieren cirugía



1 año  
Tumor cervical.  
Hemangioma gigante.



3 años  
Tumor cervical.  
Hemangioma gigante.

Patología frecuente en cirugía pediátrica

Tórax y Abdomen

- Remanente de 3<sup>er</sup> arco branquial
- Adenopatias ( axila )
- Tumores ( lipomas )
- Ginecomastia
- Pectum ( excavatum, carinatum )
  
- Hernias: Linea blanca , Umbilical

Tumores intratorácicos o intraabdominales

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

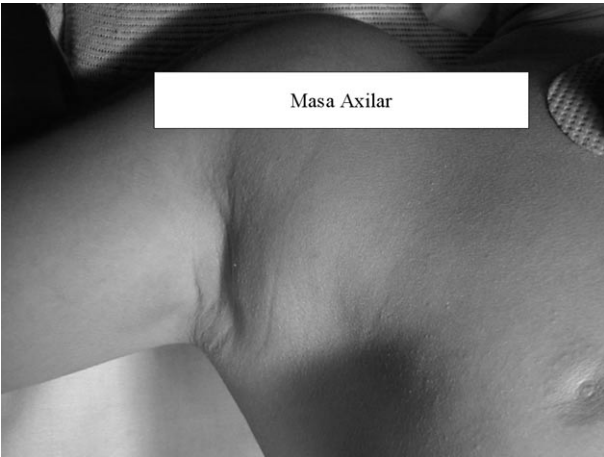
---

---

---

---

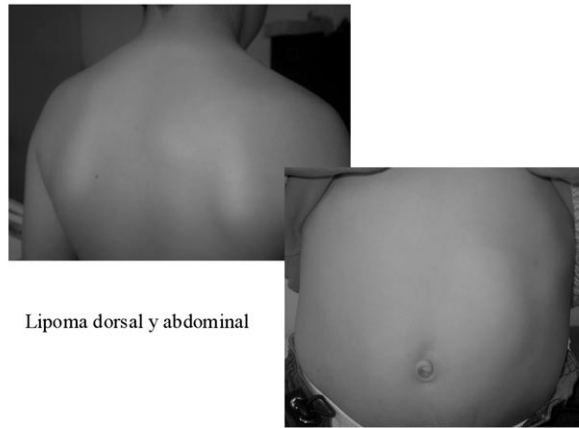
---



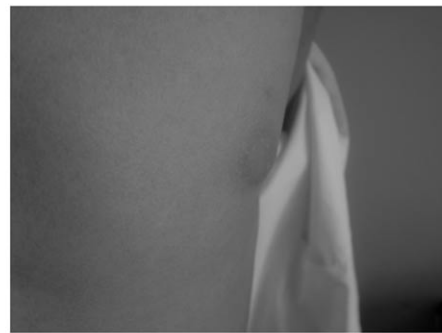
Masa Axilar.  
Lipoma.

La Ecografía es muy útil en el estudio y diagnóstico de masas de partes blandas

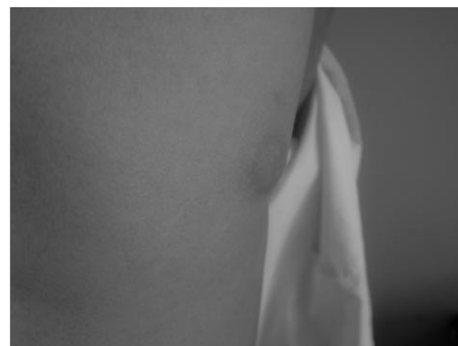




Lipoma dorsal y abdominal



Botón mamario: Aparece en hombres y mujeres, en la adolescencia  
Es doloroso y en los hombres desaparece en 12 - 24 meses.



Botón mamario: Aparece en hombres y mujeres, en la adolescencia  
Es doloroso y en los hombres desaparece en 12 - 24 meses.



Ginecomastia: En los hombres investigar eventuales tumores hipofisarios

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Mastitis:**  
Es esperable producción de Leche en RN.  
Cualquier infección por stafilococo es preocupante por riesgo de sepsis



Hernia de linea alba



Tienden a crecer y a producir dolor.  
Tienen indicación quirúrgica

Horizontal lines for notes.



Pectum carinatum



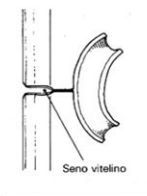
Pectum excavatum



Granuloma umbilical. Se debe intentar curación con nitrato de plata.

OJO:

Causas: Granuloma, Onfalitis, Remanente Uracl,  
Remanente Onfalo entérico



Remanente Onfaloentérico  
Senó Vitelino. Tejido Vitelino



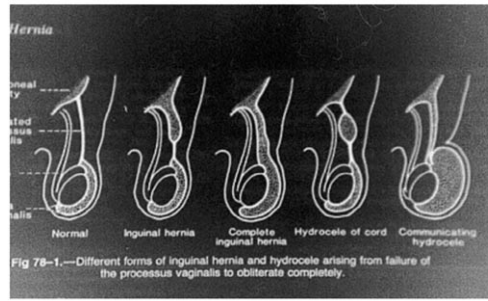








Remanente de conducto peritoneo vaginal



La hernia inguinal indirecta, hidrocele y quiste de cordon tienen un origen común. Falla en la obliteración del conducto peritoneo vaginal



La hernia inguinal es más frecuente en RN prematuros, pacientes con cuadros respiratorios crónicos, con válvula V-Peritoneal, y otras causas de hiperpresión abdominal

Hernia inguino-escrotal izquierda













Patología frecuente en cirugía pediátrica

Piel y Anexos

Piel ( Nevos, Quistes )

Uñas ( Onicocriptosis )

Polidactilia



Dedo supernumerario



Panadizo abscedado. Es útil el calor local y el drenaje

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

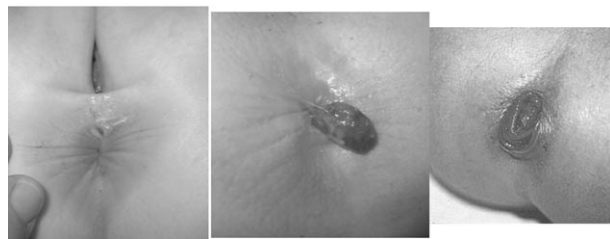
Patología frecuente en cirugía pediátrica

- Fisura Anal.
- Absceso perianal.
- Pólipo rectal
- Hemorroide
- Fosita Pilonidal



Principales causas de sangramiento anal:

- Pólipo juvenil
- Fisura anal
- Hemorroides
- Prolapso rectal



Fisura anal

Pólipo Rectal  
prolapsado

Prolapso rectal

Estigmas sugerentes de malformación columna. Disrafia



Fosita pilonidal



Nevo piloso



Hemangioma cavernoso en involución



Nevo melanocítico

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## • Guía de derivación y edad operatoria en cirugía pediátrica

Dr. Jorge Godoy Lenz

### Orientación general

Este resumen pretende ser una orientación general que permita derivar los pacientes a tiempo. Con esto se evitarán gastos y molestias a los padres y pacientes. Permitirá un mejor uso de los recursos. Pero, como toda norma, debe ser interpretada según el paciente en particular y las condiciones de infraestructura y personal del servicio en que se encuentre.

### Diagnóstico: edad derivación y operatoria. observaciones

**Hernia inguinal:** Cuando se diagnostica. En RN esperar  $\pm 2$  Kg. Hospitalizar menores de 46 sem. corregidas o patología agregada.

**Hernia umbilical:** Si persiste sobre los 5 años. Atascamiento muy raro.

**Hernia del cordón umbilical:** En RN. Vísceras abdominales invaden cordón en defecto umbilical pequeño, entre 2-5 cm.

**Ombbligo húmedo:** No tiene indicación quirúrgica en primera instancia. Tratamiento inicial por granuloma. Nitrato de Plata. Puede corresponder a remanente uracal u onfalomesentérico.

**Hernia de línea blanca:** Se operan al diagnosticar. En mayores de 1 año. Se operan pues tienden a crecer y a producir dolor.

**Hidrocele del RN:** Mejora sólo. Operación: si persiste sobre el año de edad. No derivar antes del año de edad a no ser que sea sintomático (tenso, gigante). Puede transformarse en hernia inguinal.

**Hidrocele o quiste del cordón comunicante:** Operación si persiste sobre el año de edad. Se puede adelantar operación si el diagnóstico es categórico. Puede transformarse en hernia inguinal.

**Quiste de Nüch (niñas):** Suele ser sintomático y por lo tanto quirúrgico. Equivale a quiste de cordón de los hombres.

**Fimosis:** Operación si persiste sobre los 2 años sin tendencia a mejorar. Adelantar operación si es muy estrecho, presenta una ITU o más de 2 Balanopostitis.

**Parafimosis:** Urgencia; reducir lo antes posible. Circuncisión posterior si se reduce, o de urgencia si no se puede reducir.

**Adherencias báloro prepuciales:** Suelen mejorar solas. Derivar después de los 12 años. No son necesarios masajes ni tratamientos tópicos (para-estrógenos). Sólo aseo.

**Sinequia de labios menores:** Suelen mejorar solas. Derivar después de la telarquía si aún está presente. Si presenta ITU o vulvitis, deben resolverse antes.

**Hipertrofia labios menores:** En edad escolar. Puede ser muy molesta en la pubertad, (cuando causa vulvitis hongos).

**Himen imperforado:** Cuando se diagnostica. Es causa de hidrocolpos o tumor abdominal en RN.

**Fisura anal:** Cuando no cura con tratamiento médico, derivar a gastroenterólogo pediátrico. Baños tibios de asiento con ácido bórico. Ablandar deposiciones. Limpiar ano con algodón húmedo.

**Fístula perianal:** Absceso Perianal. Cuando es recidivante, más de 2 episodios, derivar a cirujano pediatra. Algunas curan con tratamiento médico.

**Pectus Excavatum:** Derivar después de los 5 años, o antes si es sintomático. Cirugía según caso después 7 años.

**Pectus Carinatum:** Derivar después de los 5 años. Cirugía según caso después 7 años.

**Botón mamario puberal:** No requiere cirugía. Suele ser doloroso y genera complejo en hombres y niñas.

**Ginecomastía Masculina:** Post puberal. Mastectomía subcutánea si no hay involución mamaria.

**Ginecomastía Femenina:** Post puberal. Reducción mamaria como indicación por severidad de los síntomas.

**Quiste tirogloso:** Una vez diagnosticado, sin infección. Fundamental objetivar la existencia de tiroides.

**Quiste -fístulas-senos Arcos Branquiales:** Una vez diagnosticado, sin infección. Puede ser necesaria una ecografía.

**Adenopatías:** Intentar manejo y diagnóstico si no hay respuesta en 2 semanas derivar. Derivación a Hematología o Cirugía Pediátrica.

**Tortícolis Congénita:** Derivar una vez diagnosticada. Derivada a tiempo antes 3 meses de edad por lo general no llegan a cirugía.

**Ránula:** Derivar una vez diagnosticada. Diagnóstico diferencial con linfangioma.

**Frenillo Sublingual:** Derivar a los 4 años. Cortar sólo si produce problemas fonación a los 4 años.

**Frenillo Labio Superior:** Derivar a los 4 años. Cortar sólo si aumenta diastema incisivos y blanquea mucosa al traccionarlo.

**Parotiditis recurrente:** Derivar después de 2º episodio. Requerirá ecografía y sialografía para manejo.

**Linfangioma Cervical:** Derivar cuando se diagnostica. Requiere Ecografía y tratamiento según localización.

**Labio leporino:** RN. Coordinación Prenatal. 3 meses plastía de labio. En casos severos se evaluará el uso de ortodoncia quirúrgica o adhesión de labio durante 1º mes de vida.

**Fisura paladar:** RN. Coordinación Prenatal. 8 meses Cierre de velo. Cierre de paladar óseo se hará antes de 3 años. En algunos casos se hace cierre total a los 18 meses.

**Papiloma Preauricular:** Cirugía cosmética después 1º año de vida. No es clara utilidad ecografía abdominal.

**Malformaciones auriculares:** Cirugía alrededor de los 5 - 6 años. Orejas en asa, criptotía se preferirá otoplastía en etapa preescolar.

**Quiste Cola de la Ceja:** Derivar al diagnóstico, cirugía alrededor 3 meses. Quiste en general dermoide de crecimiento progresivo rompe la tabla externa.

**Nevus:** Derivar todo nevus mayor de 2 cm. De diámetro especialmente en zonas de roce. Cirugía alrededor del 1 - 6 años. Dependerá tamaño y localización.

**Nevus Jadassohn:** Antes pubertad. Existe 10 - 20% malignización después pubertad.

**Hemangioma capilar:** Después de los 5 años. Extirpación quirúrgica después de tratamiento médico y que no presentan regresión espontánea.

**Hemangioma cavernoso:** Después de los 5 años. Conducta conservadora ante la posibilidad de resolución hasta los 7 años. Derivación precoz cuando se localizan en cuello y cara, o hay crecimiento.

**Onicocriptosis:** Manejo médico. Cirugía si hay granuloma en pacientes mayores de 2 años. Antes de caminar suelen mejorar con tratamiento médico. Si hay granuloma estructurado: cirugía.

**Polidactilia:** Pediculada RN, ligadura. Cecil a los 3 años con Rx. Depende de la implantación si es fina basta con ligadura, si hay hueso requiere cirugía formal a los 3 años.

**Sindactilia:** Derivar a los 6 meses, cirugía después de los 2 años. Existen múltiples variantes.

**Nódulos o masas subcutáneas:** Derivar al diagnóstico. En general benignas, Quiste Epidérmico, Quiste Sebáceo, ocasionalmente Linfoma, fibrosarcoma o Rabdomiosarcoma.

**Util la Ecografía:** Masa Abdominal. Derivar a centro Primario. Descartar Fecaloma o Embarazo según el caso

**Constipación RN:** Derivar a especialista. Eliminación de meconio después de 24 Hr., derivación urgente.

**Constipación lactante o mayor:** Manejo médico, si no responde derivar a especialista. Manejar dieta, horario y refuerzo a los padres.

**Masa Torácica:** Derivar a especialista Urgente. Masas mediastínicas: Urgente. Pared o Pulmón: según síntomas lo antes posible. Vómitos RN: Siempre derivar a especialista. Biliosos: Urgencia, Claros: según patrón.

**Dolor Abdominal:** Descartar abdomen agudo, control cada 4 hrs. No indicar antiespasmódicos. Obstrucción Intestinal, Invaginación Intestinal, Apendicitis Aguda, Colecistitis Aguda.

**Ictericia:** Descartada Hepatitis Infecciosa, derivar Urgente. Atresia Vías Biliares, Quiste Colédoco, Coledocolitiasis.

**Hemorragia Digestiva Baja:** Descartada Fisura, derivar Urgente. Pólipos, Divertículo Meckel.







ABDOMEN AGUDO □[dolor]	
CAUSAS:	
INFLAMATORIAS	FIEBRE DEFENSA MUSCULAR
OBSTRUCTIVAS	VOMITO VERDE DISTENSION ABDOMINAL AUSENCIA ELIMINACION GASES
HEMORRAGICAS	ANEMIA HEMATEMESIS HEMATOQUECIA RECTORRAGIA
TRAUMATICAS	HEMOPERITONEO NEUMOPERITONEO DEFENSA MUSCULAR MASA PALPABLE
TUMORALES	MASA PALPABLE

ABDOMEN AGUDO	
• CAUSAS:	
INFLAMATORIAS	APENDICITIS DIVERTICULO DE MECKEL
OBSTRUCTIVAS	HERNIA INGUINAL ATASCADA INVAGINACION MALROTACION HIRSCHSPRUNG
HEMORRAGICAS	DIVERTICULO DE MECKEL INVAGINACION
TRAUMATICAS	RIÑON HIGADO BAZO PANCREAS
TUMORALES	PSEUDOQUISTE PANCREAS QUISTE DE COLEDOCO QUISTE DE OVARIO

ABDOMEN AGUDO □[EDAD]	
LACTANTE	HERNIA ATASCADA INVAGINACION MECKEL MALROTACION CUERPOS EXTRAÑOS
PREESCOLAR	APENDICITIS TRAUMA

Lined area for notes, consisting of 20 horizontal lines.

### ABDOMEN AGUDO

**• EXAMENES:**

- HEMOGRAMA - PRUEBAS HEPATICAS
- ELECTROLITOS - COAGULACION
- CLASIFICACION - GRUPO
  
- RADIOGRAFIA ABDOMEN DE PIE (AP-L)
- ECOGRAFIA
- TAC
- ENEMA BARITADO
- TRANSITO INTESTINAL
- CINTIGRAFIA

### ABDOMEN AGUDO

#### IMAGENES



### ABDOMEN AGUDO

**• LAS PRINCIPALES CAUSAS EN ORDEN DE FRECUENCIA SON:**

- HERNIA INGUINAL ATASCADA O ESTRANGULADA.
- INVAGINACIÓN INTESTINAL.
- APENDICITIS
- MALROTACION INTESTINAL CON O SIN VÓLVULO.
- DIVERTICULO DE MECKEL
- ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.
- CUERPOS EXTRAÑOS.
- QUISTE DE COLÉDOCO.
- PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO.

## HERNIA INGUINAL ATASCADA

- Diagnóstico fácil.
- Diagnóstico diferencial: Testículo agudo  
Quiste del cordón.
- Síntomas obstructivos (vómitos- distensión abdominal  
ausencia eliminación de gases)
- Localmente: edema  
enrojecimiento de la piel
- Tratamiento: reducción y operación electiva (atascada).  
intervención (irreductible - estrangulada)
- Compromiso testicular frecuente (isquemia).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## INVAGINACION INTESTINAL

DEFINICION:

ES LA INTRODUCCION TELESCOPICA DE UNA  
PORCION DE INTESTINO EN LA LUZ DEL  
SEGMENTO INTESTINAL DISTAL AL MISMO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## INVAGINACION INTESTINAL

CARACTERISTICAS:

- MAYOR FRECUENCIA ENTRE 5 Y 11 MESES.
- PACIENTES BIEN NUTRIDOS
- UBICACIÓN ILEOCECAL
- SIN UNA CAUSA ORGANICA DESENCADENANTE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

LA INVAGINACION SE PRESENTA CON MAS FRECUENCIA ENTRE 5 y 11 MESES EN PACIENTES BIEN NUTRIDOS A NIVEL ILEOCECAL SIN CAUSA ORGANICA QUE LA DESENCADENE

SINTOMAS: DOLOR COLICO  
COMIENZO BRUSCO  
LLANTO O PALIDEZ INTERMITENTE

RECTORRAGIA (ASPECTO MERMELADA DE GROSELLA)  
TACTO RECTAL UTIL

SIGNOS: VOMITOS (ALIMENTARIO - BILIOSO)  
DISTENSION ABDOMINAL  
MORCILLA

EXAMENES: RX. DE ABDOMEN SIMPLE  
ECOGRAFIA  
ENEMA BARITADO

## APENDICITIS EN EL LACTANTE

### CARACTERISTICAS

- INFRECUENTE
- SINTOMATOLOGIA ATIPICA
- DIAGNOSTICO TARDIO (más de 80% peritonitis)
- MORBILIDAD ELEVADA
- DIAGNOSTICO: CLINICA

## COMENTARIOS

- Diagnóstico uno de los más difíciles.
- 1% de todas las apendicitis.
- Sintomatología inespecífica (inicio con vómitos y T° alta)
- A veces presencia de diarrea.
- Dolor manifestado por llanto, irritabilidad, posiciones antiálgicas.
- Evolución con tendencia al meteorismo (obst.intestinal).
- Examen físico dificultoso (poca cooperación del paciente).
- Palpación con técnica adecuada (tranquilidad, paciencia, suavidad).
- Comenzar en hemiabdomen izquierdo.
- Diferenciar defensa muscular real de defensa voluntaria.
- Tacto rectal y palpación de recto abdominal (de gran utilidad en presencia de una masa o apendicitis pélvica).
- Sedación o anestesia general en casos especiales.
- Diagnóstico tardío (tardanza en consultar; tratamiento médico con diagnóstico equivocado o sin diagnóstico; 50% con hospitalización prolongada antes de decidir operación).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ADENITIS MESENTERICA
- RETENCION ESTERCORACEA
- ENTEROCOLITIS
- GRIPE
- HEPATITIS
- INFECCION URINARIA
- NEUMONIA
- SINDROME NEFROTICO
- HIDRONEFROSIS
- INFECCION URINARIA
- SINDROME HEMOLITICO UREMICO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## MALROTACION INTESTINAL

- ALTERACION DE ROTACION Y FIJACION:
  - ANGULO DE TREITZ
  - FIJACION DEL CIEGO
- SINTOMAS DE OBSTRUCCION INTESTINAL:
  - SIN DISTENSION ABDOMINAL
  - VOMITOS BILIOSOS
  - RX DE ABDOMEN ALTERADA
- VOLVULO:
  - VOMITOS BILIOSOS
  - DOLOR TIPO COLICO
  - BRUSCO COMPROMISO DE ESTADO GENERAL
  - TRANSITO INTESTINAL SIN ANGULO DE TREITZ
  - ENEMA BARITADO: CIEGO ALTO
- TORSION DEL INTESTINO EN DIRECCION DE PUNTEROS DEL RELOJ

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

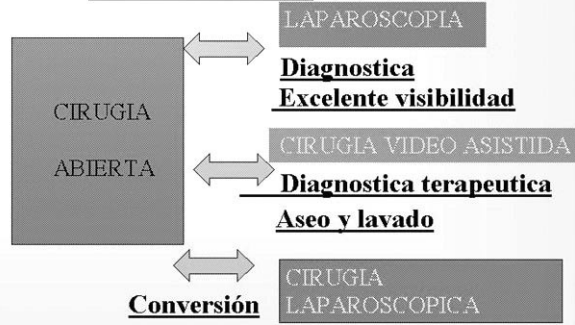
---





## ABDOMEN AGUDO

### Elección de incisión



## VIDEOCIRUGIA

### CARACTERISTICAS

ACCESO MINIMO PERCUTANEO  
EXPLORACION

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL  
ASEO Y LAVADO VISION DIRECTA

MINIMA MOVILIZACION DE ASAS

NO HAY INFECCION DE HERIDA OPERATORIA

RAPIDA RECUPERACION

EXPERIENCIA Y CASUISTICAS EN AUMENTO

SATISFACCION FAMILIAR Y MEDICA



## • Alteraciones de ejes de extremidades inferiores y pie plano en el niño

Dr. Hernán Guzmán

Entre las causas más frecuentes de consulta ortopédica en la infancia se encuentran las alteraciones de ejes de las extremidades inferiores y el pie plano.

Lo que muchas veces motiva la consulta es la percepción de los padres que el niño parece no caminar bien, que se cae mucho o derechamente que tiene una desviación de ejes de los miembros inferiores o han percibido que no forma bien el arco plantar. Muy pocas veces la consulta proviene de síntomas o molestias que presente el niño.

Frente a este tipo de consultas, el médico debe plantearse, en primer lugar, si se está frente a una alteración de ejes de las extremidades, a una alteración del pie o a una combinación de ambas. En segundo lugar debe plantearse si esa alteración de ejes o del pie es parte del desarrollo o es patológica.

### Alteraciones de ejes de las extremidades inferiores

Para evaluar los ejes de los miembros inferiores debemos considerar los planos frontal, sagital y rotacional.

En la clínica, los problemas más frecuentes se presentan en los planos frontal y rotacional. En el primero las alteraciones pueden ser en **genu varo** o en **genu valgo**. En el plano rotacional hay alteraciones en rotación interna y en rotación externa.

En la práctica clínica, lo más habitual en la consulta ortopédica son el genu varo, genu valgo y las alteraciones en rotación interna.

**GENU VARO:** Corresponde a una alteración en la cual el eje mecánico de la extremidad que va desde el centro de rotación de la cabeza femoral hasta el punto medio de la superficie articular del astrágalo, pasa por medial a la rodilla, la cual está desviada hacia fuera de la línea media del cuerpo, dando un aspecto de extremidades arqueadas en forma de paréntesis, con las rodillas hacia lateral y los tobillos hacia medial.

El genu varo suele aparecer como parte del desarrollo normal de los niños y tiende a mejorar en forma espontánea. Este genu varo "fisiológico" se manifiesta en los primeros meses de marcha, es simétrico, no progresivo y desaparece cerca de los 2 años de edad. No requiere de estudio especial, solamente su observación y el uso de zapatos especiales o plantillas no tiene indicación. En los casos en que sea asimétrico, progresivo o no mejore a los 2 años de edad requiere evaluación más profunda.

**GENU VALGO:** La disposición del eje mecánico de las extremidades inferiores por fuera de las rodillas se denomina genu valgo. En este caso las rodillas están dirigidas hacia la línea media y los tobillos hacia fuera. Después de los 2 años de edad, aproximadamente el 25% de los niños tiene genu valgo y su magnitud suele ser máxima entre los 3 y 4 años, mejorando espontáneamente antes de los 9 años de edad. Se suele asociar a la obesidad e hiperlaxitud ligamentosa, factores que también favorecen la aparición del pie plano laxo del niño y por esta razón la asociación de ambas alteraciones es frecuente.

Cuando la alteración es asimétrica o persistente en el tiempo debe sospecharse la existencia de un genu valgo patológico. El manejo del genu valgo es en la mayoría de los casos expectante y en los casos de sobrepeso u obesidad debe insistirse en el control de ese problema. El uso de plantillas no han demostrado ser de efectividad para corregir el genu valgo, aunque suelen usarse para alinear el talón cuando existe una asociación con un valgo de calcáneo muy acentuado.

La persistencia de un genu valgo después de los 9 años debe ser siempre evaluada por un especialista ya que existe la posibilidad de corrección a través de procedimientos quirúrgicos poco agresivos, pero que pueden efectuarse solamente antes del cierre de los cartílagos de crecimiento de fémur y tibia.

## Alteraciones en rotación interna

Con mucha frecuencia se presentan niños que caminan con la punta de los pies dirigidos hacia la línea media y que causan gran inquietud en los padres y familiares. Tanto para los padres como para el médico no especialista se suele creer que esto depende de una deformidad del pie, sin embargo la mayoría de las veces corresponde a una alteración rotacional interna de la tibia o del fémur.

Frente a un niño que camina con la punta de los pies hacia la línea media el médico debe preguntarse si esta alteración corresponde al pie (metatarso varo), a la pierna (torsión tibial interna) o al muslo (torsión femoral interna).

**METATARSO VARO:** Corresponde a una desviación rígida del antepie hacia la línea media, que se manifiesta por aducto del antepie. La planta del pie toma una forma de riñón, con el borde convexo hacia externo y el borde cóncavo hacia la línea media. Esta deformidad debe pesquisarse y tratarse en el período de lactante menor, ya que a esa edad el uso de yesos u órtesis correctoras son eficientes. Después de la edad de la marcha los procedimientos ortopédicos suelen ser inefectivos y debe optarse por la cirugía si se quiere corregir la deformidad.

**TORSIÓN TIBIAL INTERNA:** A nivel del segmento pierna, entre la rodilla y el tobillo, la tibia suele presentarse en los niños pequeños, con algún grado de rotación interna. En el plano coronal el pilón tibial está dirigido hacia la línea media lo que provoca que el tarso y el pie en su totalidad estén dirigidos hacia la misma dirección. Para el diagnóstico se debe sentar al niño en el borde de la camilla con las piernas colgando y las rodillas en 90° de flexión. En este caso las rótulas estarán dirigidas hacia delante y los dedos de los pies tienden a encontrarse en la línea media. El tratamiento habitual consiste en la observación ya que tiende a la mejoría espontánea. En casos muy especiales por su gravedad o repercusión en la marcha en niños menores de 2 años, se han utilizado férulas nocturnas derrotadoras, pero tienen el inconveniente de no ser bien toleradas.

**TORSIÓN FEMORAL INTERNA:** Es probablemente la alteración rotacional más frecuente y suele verse en niños mayores de 4 años. Aunque aparece por igual en hombres y mujeres, la consulta es mayor en las niñas ya que tiene repercusiones estéticas. En estos casos no solamente los pies y tobillos están dirigidos hacia la línea media sino que también lo están las rodillas. En bipedestación las rótulas miran hacia la línea media dando el aspecto de rodillas "bizcas". Al explorar las rotaciones a nivel de la cadera se encuentra limitación de la rotación externa y hay una rotación interna aumentada, indicando un aumento del ángulo de anteversión femoral. Estos niños acostumbra a sentarse en W lo que favorece que esta alteración se mantenga. A medida que el niño crece la torsión femoral interna disminuye hasta los 9 a 10 años. Después de esa edad la anteversión femoral no mejorará, pero existe una acomodación funcional que evita problemas mayores en la edad adulta. En el tratamiento se evita el uso de órtesis o zapatos especiales ya que no son de utilidad. Hay que estimular la actividad deportiva, espe-

cialmente en actividades que favorezcan la rotación externa de los miembros inferiores. La insistencia en que el niño “camine bien” es inútil y contraproducente. Solamente en muy escasas ocasiones y en casos muy calificados, que habitualmente se asocian a otros problemas ortopédicos, podría estar indicada una corrección quirúrgica a través de osteotomías de derrotación.

## **Pie plano**

Es una de las principales causas de consulta ortopédica infantil y aún genera mucha controversia su real importancia, pronóstico y tratamiento. En esta alteración existe un aumento del área de contacto plantar con una reducción de altura del arco longitudinal y frecuentemente asociado a un valgo del talón.

Es muy frecuente de encontrar en niños pequeños y debe pesquisarse después de los 3 años de edad ya que en el niño menor existe una almohadilla de grasa plantar que aumenta el área de contacto del pie con el suelo sin que exista una caída del arco longitudinal. En el niño de más de 3 años suele ser flexible y asintomático, asociado a laxitud articular y frecuentemente a sobrepeso. Su coexistencia con el genu valgo fisiológico es habitual.

El pie plano flexible no requiere un tratamiento específico y el uso de plantillas o zapatos ortopédicos no han demostrado utilidad en variar el curso natural que es hacia la corrección espontánea o a mantenerse por toda la vida sin presentar grandes problemas. Se estima que el 15% de los adultos puede tener un pie plano flexible con el cual convive sin mayores problemas. Incluso en poblaciones militares se ha demostrado que no es ningún impedimento para esa carrera e incluso es favorecido con una menor incidencia de fracturas de stress.

Algunos pies planos flexibles pueden presentar sintomatología vaga como cansancio fácil, molestias en los músculos de la pierna y ocasionalmente contracturas del tendón de Aquiles que limitan la dorsiflexión del pie. Estas alteraciones obligan a un seguimiento más cercano por parte del especialista y en estos casos puede ser de utilidad una órtesis o inserto plantar que impidan el agravamiento sintomático e impidan la flexión plantar del astrágalo que puedan exigir un procedimiento quirúrgico.

Los problemas se presentan cuando el pie plano se asocia a algún grado de rigidez o es sintomático.

El grado de rigidez y deformidad mayor ocurre en el pie plano congénito el cual se manifiesta desde el nacimiento como un pie rígido, con equino valgo del talón, valgo del antepie y la planta adquiere una forma convexa como pie en mecedora. Esta alteración se debe a una luxación congénita del astrágalo y escafoides con una disposición vertical del primero que exigirá corrección quirúrgica. Debe diagnosticarse y tratarse antes de la marcha, es decir en el primer año de vida.

En el niño mayor un pie plano rígido y a menudo doloroso debe hacer sospechar en la existencia de una fusión tarsal, la que puede ser fibrosa, cartilaginosa u ósea. Estas barras tarsales suelen acompañarse de fenómenos de sobrecarga y cambios artrósicos precoces en las articulaciones del retropie por lo tanto su sospecha debe obligar a la derivación inmediata al especialista.



---

## • Enfermedad por arañazo de gato

Dr. Walter Ledermann

Bajo este nombre genérico se agrupan las patologías causadas por *Bartonella henselae*, comprendiendo la enfermedad típica y atípica, la angiomatosis bacilar y la diseminación hematógena, dependiendo su extensión y severidad del estado inmunitario del huésped.

*Bartonella henselae*, un bacilo Gram negativo pequeñito y pleomórfico, pertenece al grupo de bacilos "fastidiosos", por su exigente y lento cultivo, tanto así que se prefiere al cultivo la visión directa en tejidos, utilizando tinciones especiales.

El vector de la bacteria es el gato, un portador sano que la transmite al hombre mediante su saliva, por rasguño y/o mordedura. *Bartonella henselae* se ubica en forma intracelular, motivando una respuesta granulomatosa y luego supurativa (adenopatía regional). La diseminación hematógena es rara, salvo en el paciente inmunodeficiente.

La prevalencia de las infecciones humanas por *Bartonella henselae* se relaciona con la densidad, edad y grado de infestación con pulgas de la población gatuna. La bacteremia es más frecuente en gatos menores de un año, con los cuales más juegan los niños y más violentamente, lo que hace la infección más frecuente en niños y ligeramente mayor en el sexo masculino.

La enfermedad tiene las siguientes presentaciones:

### I. EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

**Enfermedad por arañazo de gato típica.** Suele encontrarse la lesión de inoculación, una pápula rojiza e indolora, 3 a 10 días post-inoculación, pero es más frecuente encontrar sólo la costra. Una o dos semanas después aparece la adenopatía regional, generalmente axilar, epitroclear o del cuello, que alcanza un tamaño de varios centímetros en dos a tres semanas; no siempre es sensible; alrededor de un 10% va a la supuración. Sólo un tercio de los pacientes presenta fiebre y una minoría experimenta otra sintomatología. anorexia, cefalea, mialgias. El cuadro puede durar entre dos a seis meses hasta su resolución espontánea.

**Enfermedad por arañazo de gato atípica.** Entre un 5 y un 25% de los pacientes tienen presentación atípica, con fiebre, compromiso del estado general, fatigabilidad, mialgias, artralgias, rara vez erupción cutánea y esplenomegalia. Como presentaciones especiales se han descrito un síndrome febril prolongado, y una forma hepato-esplénica, con granulomas y microabscesos. En forma excepcional se describen complicaciones, que abarcan una amplísima gama de localizaciones, como encefalitis, meningitis, mielitis, radiculitis, osteomielitis, artritis reactiva, neumonía, manifestaciones cutáneas diversas, retinitis, coroiditis, neuritis óptica y síndrome óculo glandular de Parinaud.

## II. EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.

**Angiomatosis bacilar.** Neovascularizaciones en la piel y en vísceras, que se traducen en tumores y placas, algunos de color violáceo o café, o bien como nódulos subcutáneos. El compromiso visceral o peliosis bacilar, afecta de preferencia el hígado, pero también bazo, nódulos linfáticos abdominales y médula ósea, con signos sistémicos como fiebre, sudoración nocturna, anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea.

**Diseminación hematogena.** Es la forma más grave, en que podemos encontrar todas las localizaciones descritas anteriormente.

En un momento se establecieron cuatro criterios diagnósticos, que comprendían el antecedente de contacto con gato y/o lesión cutánea de inoculación, test cutáneo de hipersensibilidad positivo, la histología de linfadenitis granulomatosa crónica supurada, y bacilos visibles con tinción de Warthin Starry. Hoy el test cutáneo ha sido reemplazado por técnicas de laboratorio, que sustentan mejor el diagnóstico, aun en ausencia de los otros criterios.

La tinción argéntica de Whartin-Starry se usa en biopsias y la tinción con naranja de acridina en muestras clínicas. El cultivo requiere una incubación prolongada (cuatro semanas) en ambiente con 5% de  $CO_2$ , utilizando medios enriquecidos. La serología comprende ELISA e IF para IgG e IgM, con alta especificidad de género (96%); el diagnóstico de enfermedad aguda requiere IgG a títulos altos (valor de corte 1: 512) y/o en ascenso. Se ha desarrollado RPC, aplicable en biopsias, y también en sangre.

Se sugiere no emplear antibióticos en la enfermedad típica, no complicada, en el paciente inmunocompetente. En las formas atípicas, complicadas y en pacientes inmunocomprometidos, se requieren antibióticos de buena concentración intracelular, como los nuevos macrólidos, ciprofloxacina y cotrimoxazol, en las formas más severas asociados a rifampicina. También ha mostrado utilidad la gentamicina; los beta-lactámicos son poco efectivos, salvo quizás las cefalosporinas de tercera generación.

El pronóstico es, en general, bueno. Incluso las formas atípicas, bien tratadas, tienen una satisfactoria evolución.

La profilaxis es puramente educativa. Los inmunodeficientes no deben tener contacto con gatos.

### Lecturas recomendadas

Bass JW, Vincent JM, Person DA. The expanding spectrum of Bartonella infections: II. Cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J.* 1997; 16: 163-79.

Abarca K, Vial P, Rivera M. Et al. Infección por Bartonella henselae en pacientes inmunocompetentes: Enfermedad por arañazo de gato. *Rev Med Chile* 1996; 124: 1241-9.

## •Controversias en coqueluche

Dr. Walter Ledermann

En los últimos treinta años asistimos, en este hospital, a la sucesiva desaparición de las tradicionales enfermedades infecto-contagiosas. La única que ha perdurado, casi inmutable, ha sido la enigmática, rebelde y porfiada tos convulsiva. Si bien existen importantes controversias en su diagnóstico, tratamiento y prevención, hay también decisivas coincidencias de pensamiento.

Uno de los graves problemas diagnósticos comienza con el desconocimiento, por parte de infectólogos y microbiólogos, de la elusiva *Bordetella pertussis*. ¿Quién ha visto una frente a frente? Para empezar, el agente causal de la coqueluche no es un bacilo. *Bordetella pertussis*, nuevita, en secreciones o en cultivo, es un coco. Con el tiempo se va alargando, deviene bacilo y muere filamento. En términos ecuménicos, es un coco-bacilo Gram negativo fastidioso, de aislamiento incierto y cultivo lento y difícil, obligando a buscar nuevas técnicas, como la inmunofluorescencia directa (IFD) y la reacción de polimerasa en cadena (RPC): que han abierto nuevas fronteras y causado incertidumbre y polémica.

En tres días la colonia brilla como una perla entre la flora contaminante bucofaríngea. Si se pone mucha cefalexina en el medio para inhibir esta flora, la *Bordetella* no crece; si se pone poco, la perla queda sumergida en la masa.

Esta bacteria tiene dos mecanismos patógenos formidables: múltiples factores de adherencia, que hacen muy difícil erradicarla del epitelio respiratorio, y una potente exotoxina. Tiene también numerosas sustancias antigénicas, lo cual llevó a confeccionar una vacuna a células enteras, cuyos efectos adversos le confirieron siempre un sello ominoso; sólo recientemente se están analizando los antígenos inmunizantes y combinándolos en novedosas vacunas limpias.

Tenemos, así esbozados, los orígenes de las controversias y coincidencias.

### 1. Controversias en el diagnóstico.

**¿Cuál es el mejor método?** Numerosos estudios comparan la IFD y la RPC contra el cultivo, que sirve de padrón de oro. Pero el cultivo es difícil, engorroso, lento y, por ende, de bajo rendimiento (< 30 %). Así, la RPC sale triunfante lejos, pero no es un método fácil ni barato. ¡Qué tentadora resulta la IFD, tan rápida bonita! Empecemos por decir que es observador-dependiente, con criterios de positividad convenidos, falsos positivos, reacciones cruzadas, cara y agotadora; y terminemos afirmando que su empleo abusivo ha traído gran incertidumbre.

Una situación conflictiva y frecuente es pedir una IFD a un niño sano, supuesto contacto, o a un lactante que tosió un par de veces para espantar sus mocos, y que resulte positiva. La respuesta es un macrólido... y un mes después la situación se repite, y va de nuevo el macrólido... ¡pero nunca tuvo coqueluche!

Descartando errores, estas IFD positivas en niños sanos han puesto en evidencia, por la sensibilidad del método, al igual que la RPC, la existencia de portadores, por breve y transitoria que esta portación sea. Esto se ha confirmado por el hallazgo de la bacteria en niños mayores y en adultos, que desarrollan una coqueluche atípica, oligosintomática o frustra (bordetelosis). Quedaría así resuelto el misterio del desconocido y misterioso reservorio de la enfermedad.

¿Entonces, cuál es el mejor método?. Quizás, como screening, la linfocitosis absoluta, que traduce la presencia de pertusinógeno, se complementa con la IFD, sin constituir esta suma un óptimo; y, como conclusión, que los

mejores esfuerzos debieran dirigirse a implementar el cultivo mediante una docencia sistemática, dejando la RPC como un examen de excepción.

**¿Existe serología?** Existe, reservada a estudios epidemiológicos. Hay ELISA que mide IgG e IgM para distintos antígenos. Como método diagnóstico poco práctico: los títulos demoran en establecerse y hay interferencia de la vacuna

## 2. Controversias en el tratamiento.

**Antibiótico de elección:** macrólido. En nuestro medio, elección puramente empírica, “leída”, pues faltan los antibiogramas necesarios. Nadie sabe si hoy no serán mejores el cloranfenicol o la ampicilina. Duración: 7 a 14 días; trabajos avalan ambas posibilidades. El tratamiento no mejora la tos; es discutible si su inicio precoz acorta la enfermedad. ¿Y si el enfermo requiere otro antibiótico por una neumonía concomitante? No sería necesario el macrólido si está con amoxicilina; de las cefalosporinas de 3<sup>o</sup>, que debieran ser activas, cefotaxima no.

**¿Deben tratarse los portadores y/o contactos, es decir, las IFD +?** No existe certeza de que esta medida aborte un brote ni de que la bacteria no volverá. Antiguos estudios mostraban que se esconde en las profundidades del epitelio, posiblemente al interior de las células, y luego reaparece. El abuso generoso de los macrólidos cobrará, a la larga, su costo en resistencia. Existe cierto consenso en tratar los contactos en riesgo de hacer una coqueluche grave, como recién nacidos, lactantes menores de 3 meses, lactantes con inmunización incompleta y posiblemente otros a definir, con patología concomitante varia. En todo caso, un tratamiento de 7 días basta para fines prácticos.

En suma, deben estudiarse los sospechosos, claramente definidos por el MINSAL: a ellos - y no a otros - debe hacerse IFD y cultivo, así como a los casos sospechosos de TBC se les hace Ziehl Neelsen y cultivo de Koch. Y después, y sólo después, tratar a los enfermos.

## 3. Controversias en inmunización.

La vacuna actual, a células enteras y muertas, no es muy buena. No por sus discutidas reacciones adversas, sino porque su protección, a despecho de la mejor cobertura, no alcanza niveles óptimos. Las acelulares tienen menos reacciones, pero no son claramente más efectivas, sin negarse a la posibilidad de una proporción de antígenos que otorguen una ventaja categórica a una futura vacuna: hasta ahora se ignora cuáles son los mejores y de qué manera inmunizan (¿inmunidad celular, humoral, las dos cosas =?). No obstante, con una buena vacuna acelular, vacunando a niños y a adultos, no parece posible erradicar la coqueluche, porque no evitan la colonización del epitelio, permitiendo la existencia de portadores “anónimos” y porque la *Bordetella* es una muchacha inquieta, que está en continuo cambio (de actitud, de residencia y de vestidos). ¿Y si no, qué son estas “coqueluchitas” que estamos viendo cada vez con mayor frecuencia, que duran una semana, sin complicaciones y con una ínfima letalidad?. Las vacunas debieran ser “nacionalizadas”, porque las cepas chilenas pudieran no ser iguales a las norteamericanas.

### Lecturas recomendadas

Pittman M. The concept of pertussis as a toxin-mediated disease. *Pediatric Infect Dis* 1984; 3 476-86

Perret C, Vial P, Viviani T et al. Etiología del síndrome coqueluchoideo y rendimiento de las técnicas para el diagnóstico de *Bordetella pertussis* en pacientes hospitalizados. *Rev Chil Infect* 1999; 16 (1):17-26.

Englund J. Vacunas anti pertussis acelulares: Presente y futuro. *Rev Chil Infect* 1999; 16 (supl 1): 64-71.

## Introducción

Los senos para nasales corresponden a cavidades aéreas que se desarrollan a partir de las fosas nasales como pequeñas digitaciones en forma pareada pero no necesariamente simétricas y que se nombran de acuerdo al hueso cuyo espesor ocupan. Los senos maxilares y etmoidales se encuentran presentes al momento de nacer, el frontal y esfenoidal se desarrollan a partir de los 2 y 7 años respectivamente, completando su desarrollo a los 21 años.

Las cavidades para nasales presentan una forma y tamaño que es particular para cada persona y es tan única como sus huellas digitales. Al igual que la nariz, las paredes de los senos se encuentran tapizadas por epitelio cilíndrico ciliado pseudo estratificado, este epitelio respiratorio incluye también células productoras de mucus; el mucus producido por estas células forma una fina alfombra que cubre el epitelio y que es movilizado por acción de los cilios hacia la fosa nasal a través de una estrecha puerta de comunicación u ostium; este flujo es muy eficiente y rápido (1 cm/min).

Para que un seno se encuentra sano deben conjugarse tres condiciones: el aparato ciliar debe estar normal y funcionando, el mucus debe ser normal en cantidad y calidad y el ostium debe estar permeable.

La sinusitis es un problema común en Chile y es responsable de un alto número de consultas cada año, sin embargo existe un evidente problema de sobre diagnóstico así como un número importante de tratamientos antimicrobianos innecesarios, motivado esto por la similitud de los síntomas entre la sinusitis y el resfrío común.

El seno más frecuentemente comprometido es el maxilar seguido del etmoidal, frontal y luego el esfenoidal. El maxilar puede comprometerse en forma aislada o como parte de un compromiso generalizado de las cavidades peri nasales (pansinusitis); el resto de los senos en general no se comprometen en forma aislada.

## Fisiopatología

La sinusitis se produce fundamentalmente por obstrucción del ostium de drenaje secundario al edema de la mucosa, lo cual puede producirse por diversas causas. La infección viral de la vía aérea superior es la principal responsable en el desarrollo de una sinusitis. A pesar de que sólo el 0.5% de las virosis desencadenan una sinusitis bacteriana clínicamente pesquisable, la virosis también produce aumento en la producción de mucus y altera la función ciliar, con esto el equilibrio que existe entre las bacterias que normalmente se encuentran en el interior del seno y las que son eliminadas se rompe, produciéndose la infección. La rinitis alérgica es otra causa frecuente de obstrucción del ostium ya sea por edema o por la aparición de pólipos. Entre un 5 y un 10% de las sinusitis son de origen dental, las infecciones del premolar, primer y segundo molar superior pueden ser el punto de origen de una sinusitis, también la extracción de alguna de estas piezas puede generar una fístula entre la boca y el seno maxilar (oro antral). Las sinusitis de este origen en general son de difícil manejo y no responden bien al tratamiento antimicrobiano habitual.

Las alteraciones en la producción de mucus (fibrosis quística), los irritantes químicos, los cuerpos extraños intranasales y los tumores pueden producir sinusitis secundaria a la obstrucción del ostium. Otras causas de sinusitis incluyen el barotrauma secundario al buceo o a los viajes en avión.



## SINUSITIS AGUDA

La sinusitis se presenta habitualmente como un resfrío común que se prolonga más de lo habitual (7 a 10 días) y se manifiesta con rinorrea purulenta (especialmente significativa si es unilateral), descarga posterior, congestión nasal y cefalea que se exacerba con los movimientos de la cabeza; la fiebre se encuentra presente sólo en la mitad de los casos.

El diagnóstico de sinusitis se basa principalmente en la historia clínica y el examen físico que puede confirmar la presencia de rinorrea purulenta, descarga posterior, inflamación de la mucosa nasal y aumento del dolor a la palpación digital sobre el seno presumiblemente comprometido. La transiluminación citada habitualmente en los textos, hoy casi no se utiliza debido a su difícil interpretación.

La radiografía de cavidades peri nasales es de utilidad cuando va acompañada de una clínica sugerente, los hallazgos importantes son la presencia de un nivel hidro aéreo o la opacificación completa del seno y no así la presencia de un engrosamiento de la mucosa que puede verse en relación a un resfrío común. La tomografía computada si bien tiene una gran sensibilidad para demostrar alteraciones intra sinusales, en general no se utiliza en los casos agudos a menos que se sospeche alguna complicación. El desarrollo de las técnicas endoscópicas ha entregado otra herramienta importante para el diagnóstico de la sinusitis, ya que a través de estos instrumentos se puede visualizar directamente el ostium de drenaje y la salida de material purulento, sin embargo su uso generalmente se encuentra limitado al especialista Otorrinolaringólogo.

**Etiología:** La bacteriología de la sinusitis se ha estudiado mediante punción y aspiración del contenido de los senos paranasales. Los cultivos obtenidos del interior de la fosa nasal a menos que sean bajo visión directa desde el ostium (endoscópica), no tienen valor.

Tanto en niños como en adultos *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* no tipificable son los agentes más frecuentes (más del 50% de los casos), en el niño *Moraxella catarrhalis* es también importante. En el niño mayor y en el adulto *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* se observan con alguna frecuencia y se debe considerar la presencia de anaerobios cuando la sinusitis tiene un origen dental.

*Rhinovirus*, *virus influenza* y *parainfluenza* también se obtienen en los cultivos, como agentes únicos o en asociación con bacterias, aunque en proporción baja.

**Tratamiento:** El uso de antimicrobianos es la base del tratamiento, este debe estar dirigido empíricamente pensando en los agentes más frecuentes y los patrones locales de susceptibilidad in vitro, ya que la punción no está indicada de rutina.

Amoxicilina sigue siendo el antimicrobiano de primera elección; en caso de falta de respuesta al tercer día de tratamiento, el médico tratante debe sospechar la presencia de *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae* eventualmente resistentes, debe conocer los mecanismos de resistencia de ambos microorganismos y plantear una terapia antimicrobiana acorde a su realidad local, generalmente cefalosporinas de segunda generación, asociación de amoxicilina con ácido clavulánico, o cloranfenicol, este último presenta la ventaja de su reducido costo y su disponibilidad a nivel hospitalario. En los casos en que la sinusitis sea de origen dental, el tratamiento debe considerar drogas con actividad antianaeróbicos, tales como amoxicilina, amoxicilina + ácido clavulánico o clindamicina.

El tratamiento antimicrobiano se debe mantener por un período de 14 días.

El uso de analgésicos está indicado de acuerdo al caso individual. La indicación de descongestionantes locales y/o sistémicos es controversial. La punción está indicada en casos muy especiales para el manejo del dolor o en aquellos casos en que se requiere una muestra para el estudio bacteriológico debido a una mala respuesta al tratamiento antibiótico.

### **SINUSITIS CRÓNICA:**

La sinusitis crónica se define como la presencia de síntomas de inflamación sinusal persistente por un período mayor a tres meses y en general su origen se relaciona más con alguna deficiencia en los mecanismos de defensa del sujeto que con un agente específico. En general, se trata de un cuadro afebril en que los síntomas cardinales son obstrucción nasal, cefalea y descarga posterior. El paciente también puede referir episodios de exacerbación de los síntomas sobre la presencia de molestias basales más moderadas, estos episodios pueden ser similares a una sinusitis aguda y responder a tratamiento antibiótico, para volver posteriormente a su estado de molestias basales.

En los pacientes con sinusitis crónica está indicado el estudio mediante tomografía computada y nasofibroscofia para intentar encontrar la causa del problema que con mucha frecuencia corresponde a obstrucción del ostium de drenaje del seno comprometido, secundario a una malformación anatómica (desviación septal, hipertrofia de cornetes) o a una patología inflamatoria de la mucosa (pólipos, alergia). En caso de sospecha de sinusitis crónica el pediatra debe derivar al paciente al especialista Otorrinolaringólogo para su estudio y manejo

Complicaciones: Se dividen en complicaciones extra e intra craneanas

**Complicaciones extra craneanas:** La complicación más frecuente es la celulitis periorbitaria, ya que la órbita se encuentra separada del seno etmoidal sólo por una delgada lámina del hueso llamada lámina papirácea. Deben reconocerse dos entidades clínicas. La primera es la celulitis periorbitaria pre septal, forma de presentación frecuente en el lactante, en que la sinusitis etmoidal se manifiesta por contiguidad a través de una celulitis periorbitaria. Debe entenderse y manejarse como una sinusitis, es una infección que no tiene compromiso sistémico, y cuya etiología y tratamiento es en todo similar a lo ya expuesto. Otra situación muy diferente es la celulitis periorbitaria post septal, que se puede presentar en los niños mayores o adultos, manifestándose con proptosis, dolor ocular y dificultad para mover el ojo. Esta situación debe ser considerada una emergencia médica por riesgo de compresión del nervio óptico, requiere de evaluación inmediata por Otorrinolaringólogo, realización de tomografía axial computada y drenaje quirúrgico.

Otra complicación extra craneana es el absceso sub perióstico del frontal, el paciente se presenta con un aumento de volumen inflamatorio doloroso de la región supra ciliar que requiere drenaje quirúrgico y tratamiento antimicrobiano prolongado.

**Complicaciones intra craneanas:** Son infrecuentes, cuando existen se relacionan a sinusitis frontal y esfenoidal, e incluyen absceso epidural, meningitis, absceso cerebral y tromboflebitis del seno cavernoso.



módulo adolescencia

• Sábado 31 de Mayo

---

## • Comprensión y manejo inicial de aspectos psicológicos involucrados en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

Ps. Carolina López C.

### I. Introducción

**“LOS HOMBRES MIRAN A LAS MUJERES. LAS MUJERES SE MIRAN A SÍ MISMAS SIENDO MIRADAS. ESTO DETERMINA NO SÓLO LAS RELACIONES ENTRE HOMBRES Y MUJERES, SINO TAMBIÉN LAS DE LAS MUJERES CONSIGO MISMAS”**

**John Berger (Herscovici, 1996)**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son el resultado de múltiples factores que afectan a las y los adolescentes de hoy. Si bien son una enfermedad que comenzó a manifestarse hace siglos sin la connotación patológica que hoy tiene, resulta evidente que hoy existe un aumento en la prevalencia entre los jóvenes de nuestro país, así como de gran parte del mundo occidental. Por esto, cada vez se hace más necesario contar con conocimiento especializado sobre las formas de pesquisa y abordaje de estas enfermedades y con equipos que trabajen en forma coordinada en el manejo multidimensional de las mismas.

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a las adolescentes interfiriendo y deteriorando diversos aspectos de su vida (\*). Su vida social, familiar, biológica, psicológica y, en muchos casos académica y/o laboral, sufren cambios que detienen el progreso natural hacia una adultez sana. Los médicos que reciben a los jóvenes afectados por estas enfermedades deben, para poder actuar precozmente, poseer ciertas herramientas específicas para detectar, manejar y prevenir el daño que frente a “ojos ciegos” pudiera pasar inadvertido por muchos años, haciendo un daño oculto, silencioso, pero devastador en la vida de muchas de estas jóvenes.

Aún queda mucho por aprender respecto a estos trastornos y su manejo para lograr tratamientos exitosos, pero la experiencia clínica en el trabajo en equipo ha brindado hasta el momento bastante información sobre qué y cómo hacer frente a estos casos.

Teniendo presente la necesidad creciente en nuestro medio de ir adquiriendo mayor experiencia en el área de los trastornos alimentarios en los jóvenes chilenos revisaremos, a continuación, aspectos que se consideran esenciales para el manejo inicial de los aspectos psicológicos involucrados en los trastornos alimentarios desde la perspectiva del médico pediatra o adolescentólogo, puerta de entrada de muchas familias y pacientes que piden ayuda para enfrentar estas enfermedades.

(\*) Ya que entre el 90 y 95% de los afectados por estas enfermedades son mujeres, se hablará en género femenino al referirse a estos en el presente documento.

## **II. ¿Cuándo preocuparse?: cuando un mal hábito se transforma en un TCA**

La mayoría de los TCA comienzan durante la adolescencia (más del 75%) siendo el promedio de edad de inicio a los 17 años para los casos de anorexia (algunos autores marcan dos momentos de inicio comunes: a los 14 y 18 años) y algo más tardíos para los de bulimia.

No resulta extraño ver que muchas adolescentes comienzan a preocuparse de su peso y formas corporales a partir incluso de la adolescencia temprana. Los propios cambios corporales, sumados a las presiones del medio social, familiar y de pares, van creando lentamente la conciencia de la importancia del cuidado de la imagen para tener éxito. Incluso, desde niñas, comienzan algunas a recibir las críticas y burlas de compañeros respecto a su forma corporal. En la adolescencia, la búsqueda de la identidad le da mayor poder a la apariencia externa como una de las formas de ir creando sentido de sí misma y de validarse frente a otros.

Es así como muchas adolescentes refieren como una conducta común entre sus pares para lograr “verse bien” la conducta de dieta. Comparten múltiples datos y sitios de internet donde pueden encontrar la dieta que sí funciona o la que reduce más kilos en menor tiempo. El saber popular entorno a las dietas es amplísimo y pocas veces basado en información confiable. De esta manera, no es raro encontrar muchas chicas que restringen el consumo de alimentos altamente calóricos, o suprimen el consumo de carbohidratos; también se encuentran frecuentemente chicas que comienzan a hacer más ejercicio de lo común, en respuesta a lo que consumen. Otras refieren hacer tremendas “panzadas” en grupo o a solas y vomitar ocasionalmente después de éstas como una forma de contrarrestar en el efecto “engordante” de aquella comilona. Por otro lado, existe un gran número de adolescentes cuyos hábitos alimentarios resultan francamente insuficientes para cumplir con los requerimientos de su desarrollo. Se saltan los desayunos (porque no alcanzan, no les da hambre, etc.), comen muchas golosinas y no cenan.

Es así que los problemas en relación a la conducta alimentaria, pueden abarcar desde el comer selectivo (sólo se consumen ciertos tipos de alimentos o se excluyen otros); la conducta de dieta específica (ej. seguir la “dieta de la manzana”, de la luna, o alguna otra extraída de una revista) que lleva muchas veces a tener después conductas de atracones; el poseer muy malos hábitos alimentarios en general (los cuales llevan a sobrepeso u obesidad); hasta desarrollar un trastorno alimentario propiamente tal.

Pero, ¿cuándo hablamos de un trastorno alimentario y no sólo de malos hábitos en relación a la alimentación?. No siempre resulta fácil saber cuándo estamos frente a una adolescente que padece un trastorno alimentario, ya que como se ha mencionado, existen conductas alteradas en relación a la alimentación y al control del peso, que son muy comunes entre las adolescentes actuales, y son muy pocas las que quedarían excluidas de padecer un trastorno si el ayunar, saltarse comidas, ir al gimnasio, estar pendiente del peso y comida, hacer dieta, etc. fuesen los criterios para determinar la existencia de un trastorno (Herscovici, 1996).

Un TCA no es sólo un problema en relación a la comida. Un TCA implica, además de alteraciones en la conducta alimentaria sostenidos en el tiempo, problemas psicológicos. Estos no siempre son fáciles de detectar. El trastorno alimentario se caracteriza, cualquiera sea su manifestación por:

- una obsesión en relación a la comida y el peso que determina la conducta y el estado de ánimo de la adolescente.
- la existencia de ayunos, vómitos autoprovocados, actividad física compulsiva, abuso de laxantes u otras conductas utilizadas en controlar el peso o de contrarrestar los efectos de los comunes atracones (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996)

En resumen, un TCA existe cuando la actitud hacia la comida y el peso es aquello que rige la conducta y la vida de la adolescente; esta preocupación “tiñe su existencia y condiciona su estado de ánimo” (Herscovici, 1996). Cuando esto ocurre, todos los pensamientos de la adolescente están en relación a la comida; su conducta ya sea de evitación o acercamiento obsesivo a los temas relacionados con el comer, son centrales en su comportamiento; el tema del peso pasa a ser el índice de valía personal; el ánimo fluctúa según lo que diga la pesa o si ha sido capaz de resistir alguna comida y; la adolescente toma decisiones importantes basándose sólo en como se siente en relación a su figura y peso. Incluso, la decisión de vivir a veces está subordinada a si se sienten gordas o flacas: “prefiero morir antes de ser una vaca”.

Por lo tanto, si se está frente a una adolescente que reúna varias de las características que se presentan a continuación, corresponde preocuparse y evaluar el riesgo de padecer un TCA en cualquiera de sus tipos (Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no especificados):

- Pérdida de peso aguda (aunque aparente comer) o fluctuación dramática del peso asociada a uso de dietas antojadizas
- Aumento sorpresivo de intereses ligados a la comida (cocinar, contar calorías, etc.)
- Aumento de actividad física (“no puede estar quieta”)
- Irritabilidad y aislamiento, sobretodo en horas de comida
- Sospecha de conducta de purgas o haber sido sorprendida en ellas
- Conductas peculiares y rituales en la comida
- Quejas de estar muy satisfecho después de pequeñas cantidades de comida
- Evitar comer o saltarse comidas
- Desaparición inexplicada de alimentos en el hogar
- Exceso de contemplación en el espejo
- Comer cuando esté sola o no la ven
- Resistencia a ir al médico o que le tomen exámenes
- Uso de ropas anchas para ocultar delgadez
- Encierro en el baño después de comer o su mayor del baño sin motivos aparentes
- A medida que baja de peso, aumenta la crítica a su cuerpo
- Piel seca e hinchazón de glándulas salivales
- Espasmos musculares, hormigueo e insensibilidad en brazos y piernas
- Cólicos o diarreas frecuentes
- Quejas frecuentes de estreñimiento, uso de laxantes
- Dolor de garganta y erosión del aménorrea
- Otros signos carenciales

### **III. Formas de presentación de los trastornos de la conducta alimentaria**

Los TCA pueden manifestarse de distintas formas. La anorexia y la bulimia nerviosa son los trastornos más conocidos dentro de la población general y también en el ambiente médico, por la gravedad de los síntomas y la

espectacularidad de los mismos. Sin embargo, existe todo un espectro de Trastornos alimentarios no especificados (TANE) que constituyen cuadros comunes entre la población adolescente (con una prevalencia más alta que los anteriores: alrededor de un 10%) y cuya sintomatología, si bien no suele tener la intensidad de un cuadro de anorexia o bulimia, puede pasar largo tiempo desapercibida tendiendo a la cronicidad y progresivo deterioro físico y psicológico de quienes lo sufren o ser una antesala para una anorexia y bulimia. Por lo tanto, su detección y abordaje es fundamental.

La clasificación del DSM-IV describe a los TCA como sigue:

### **ANOREXIA NERVIOSA (AN)**

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea

**Tipo restrictivo:** no recurre regularmente a atracones o purgas

**Tipo compulsivo/purgativo:** recurre regularmente a atracones o purgas

### **BULIMIA NERVIOSA (BN):**

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
  - sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

**Tipo purgativo:** se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

**Tipo no purgativo:** emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en excesos.

Tanto la anorexia como la bulimia nerviosas ocasionalmente se presentan como polos de un continuo en la presentación del trastorno alimentario. Es decir, en el caso de algunas adolescentes, por ejemplo, el trastorno debuta como una anorexia nerviosa restrictiva y al cabo de un tiempo, comienzan a aparecer episodios de atracones y purgas con el consecuente aumento de peso, cumpliendo los criterios para una bulimia nerviosa.

### **TRASTONO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TANE):**

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida significativa de peso, el peso del individuo dentro de los límites de la normalidad
3. Se cumplen todos los criterios para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de 3 meses
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo con peso normal
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida
6. Trastornos compulsivo: atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN

Dentro de los TANE en Trastorno compulsivo es uno de los más estudiados por su alta influencia en cuadros de obesidad y se está considerando prácticamente como otro el tercer trastorno alimentario de relevancia.

## **IV. El ciclo de la enfermedad**

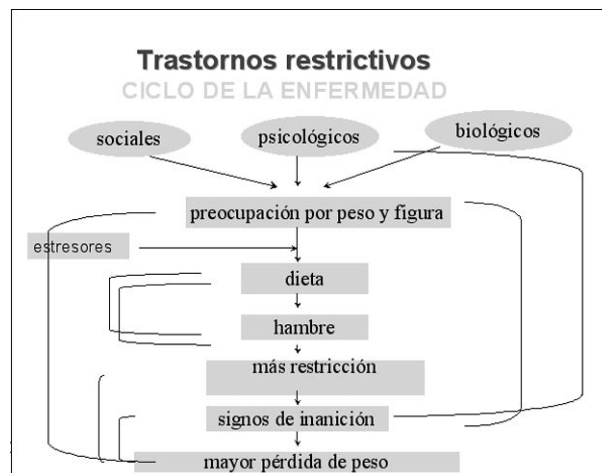
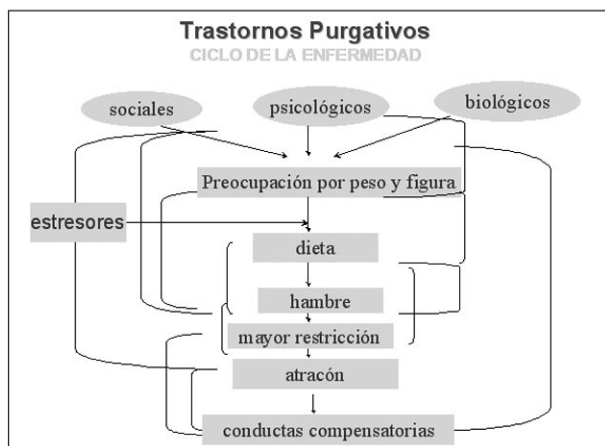
Actualmente, existen muchas teorías sobre el origen y mantención de los TCA. Si bien, desde cada enfoque teórico en psicología se puede dar un aporte explicativo a estos trastornos, la mayoría de los clínicos e investigadores están de acuerdo que se trata de trastornos multideterminados y multidimensionales. De los enfoques que acuerdan con este punto de vista, se presentará la comprensión del enfoque cognitivo- conductual que ha demostrado ser una aproximación de gran utilidad práctica para la comprensión y abordaje de estos trastornos en forma exitosa. Además, el llamado Ciclo de la Enfermedad, surge como una explicación factible y útil inclusive para los mismos pacientes y sus familias, siendo muchas veces, uno de los primeros elementos a dar a conocer como motivación para el cambio de las conductas dañinas que involucran los TCA.

El Ciclo de la Enfermedad es un esquema explicativo que relaciona factores predisponentes, desencadenantes, gatillantes y mantenedores de la enfermedad, dando a conocer cómo, una vez que la enfermedad se gatilla, funciona como un círculo vicioso independiente de los desencadenantes y predisponentes. Como señalan Crispo et. al. (1996): "el sistema de control (del peso) se vuelve perpetuador de la situación de enfermedad, una vez que ésta se ha precipitado".

Si bien, cada uno de estos factores son de suma importancia para el trabajo con las pacientes, el inicio del tratamiento se dirige a interrumpir el círculo vicioso de la enfermedad con el fin, primero, de disminuir o eliminar los síntomas, y consecutivamente, el deterioro físico y psicológico de las pacientes, y el riesgo de vida. Sólo una vez que esto sucede, es posible acceder a los significados de la enfermedad en el mundo psicológico de la paciente o a su funcionalidad, aspectos importantísimos, aunque no urgentes, de ser abordados en un tratamiento que pretenda no sólo la eliminación sintomática de la enfermedad sino la recuperación de la paciente en términos integrales, evitando las recaídas.

Como se mencionó anteriormente, esta manera de abordar inicialmente los trastornos alimentarios es sólo una forma entre muchas posibilidades. Dependerá del equipo tratante y de las características de la paciente y su familia el enfoque a elección en el tratamiento. Sin embargo, la utilización de la información que brinda el enfoque cognitivo- conductual en su primera fase (psicoeducativa) ha sido seleccionada como un elemento fundamental en todas las formas de tratamiento de los TCA.

A continuación, se presentan los ciclos de la enfermedad para los trastorno purgativos y restrictivos en forma separada. La explicación sintetizada a continuación, puede ser ampliada con información especialmente diseñada para el tratamiento de pacientes con TCA (ver bibliografía).



Los factores predisponentes, en general, son compartidos por todos los trastornos alimentarios:

**Factor Social:** Se refiere al mensaje de la sociedad occidental sobre el modelo de belleza basado en la delgadez, incluso en una forma corporal que para la mayoría de las mujeres resulta imposible alcanzar dentro de un comportamiento alimentario sano. No es casual que la Asociación Norteamericana de Obesidad haya encontrado que el 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal aunque muchas de ellas están en peso normal (Crispo et. al. 1996)

**Factores Psicológicos** (de la esfera individual y familiar): existen innumerables factores psicológicos que pueden predisponer individualmente a presentar un trastorno alimentario. Sin embargo, la baja autoestima es un factor común a todas las personas que sufren de un TCA. Es, también, el factor que las deja más vulnerables a los mensajes de la sociedad. También destacan, la búsqueda de la perfección y la dificultad para enfrentar los cambios propios de la adolescencia. En el ámbito familiar, son comunes las dificultades para resolver conflictos y la rigidez en el enfrentamiento de las nuevas etapas del ciclo vital familiar, especialmente frente a la individuación de los hijos adolescentes.

**Factores Biológicos:** existe una vulnerabilidad biológica inespecífica a enfermar que puede incluir factores genéticos. Estos pueden ser una predisposición a un particular tipo de personalidad; la predisposición a una enfermedad psiquiátrica, especialmente a un trastorno afectivo o de ansiedad; y una predisposición a una alteración hipotalámica. Actualmente se trabaja en encontrar más muestras científicas de elementos genéticos específicos involucrados en la presentación de estos trastornos.

Estos factores actúan en conjunto como una bomba de tiempo hasta que en el contexto de una separación familiar, pérdidas afectivas, inicio de la adolescencia, críticas sobre el cuerpo, etc. (factores desencadenantes); se inicia una dieta estricta (factor gatillante). Esta puede comenzar por un hecho accidental (ej. dieta por enfermedad que hace bajar de peso y cuya disminución asociada del peso agrada a la adolescente) o por un hecho voluntario de eliminar del consumo habitual ciertos alimentos (ej. carbohidratos y dulces) o bien, disminuir el total de ingesta calórica diaria. La mayoría de quienes sufren un trastorno alimentario, hacen una mezcla de ambas.

La dieta se considera el gatillante de la enfermedad porque induce a una serie de cambios psicológicos y/o fisiológicos que generan los subsiguientes síntomas de un trastorno alimentario, los que a su vez, mantienen el cuadro (factores de mantenimiento). Estos son: el síndrome de inanición, vómitos y otras conductas compensatorias, cambios fisiológicos, distorsión de la imagen corporal, distorsiones cognitivas, disminución mayor de la autoestima, comorbilidad, etc. La eliminación de la dieta como conducta alimentaria y método para regular el peso, es el objetivo principal de la primera fase del tratamiento, trabajado a través de la instauración de un esquema de alimentación regular y equilibrado.



La comprensión de este Ciclo de la Enfermedad permite, como se mencionó, abordar los trastornos a partir de la interferencia del ciclo mantenedor del trastorno a través de la eliminación de la dieta que gatilla nuevos ciclos. La comprensión integral del cuadro permite visualizar los múltiples factores asociados a estos y, por lo tanto, la importancia del trabajo en equipo.

El médico puede ganar desde el inicio ventaja en el tratamiento de las pacientes que presenten un TCA comenzando con una detección precoz, utilizando los métodos de screening recomendados mundialmente (APA, 2000) y haciendo las derivaciones correspondientes. Su papel en el tratamiento de las pacientes con TCA dependerá de sus conocimientos, experiencia e interés en el área. A continuación, se describen algunas de las estrategias a utilizar en la fase inicial del tratamiento para realizar la tarea más difícil del tratamiento: lograr una alianza de trabajo con la paciente y su entorno familiar.

## **V. Estrategias iniciales en el manejo de los aspectos psicológicos de los TCA**

Las estrategias que serán descritas a continuación se enmarcan dentro de un esquema de intervención terapéutica progresivo en el que existe acuerdo internacional. Este debiese seguir el siguiente orden:

1. Dar información a pacientes y familiares, que ayude a conocer el problema;
2. Normalizar la ingesta para que la paciente se recupere física y anímicamente;
3. Brindar asistencia terapéutica cuando es necesario

Los primeros dos elementos son los que son intervenidos a través de las diversas estrategias que se señalan.

Cuando alguien sufre de un TCA o alguien cercano está afectado por éste (un hijo, amigo, etc.) la reacción natural es de muchísima preocupación e intentos, la mayoría de las veces, malogrados, para que esa persona deje de usar métodos dañinos por controlar el peso y la forma de comer. En general, se entra en una batalla para que el otro coma bien o no vomite.

Quien lo sufre, sumido en su propia angustia, se siente impermeable a los mensajes de amor detrás de los intentos de los otros por que cambie su conducta. A la vez que se aleja de la felicidad, también sienten que los otros (y la comida) han pasado a ser sus enemigos: "Si sólo seré feliz si logro adelgazar, ¿por qué no me dejan tranquila y me entienden?".

Cuando una familia llega a consultar porque uno de sus hijos, por lo general una hija, ha dejado de comer, la encontraron vomitando, usando laxantes, etc. Llegan con varios intentos anteriores inefectivos para que esta conducta termine y desesperados.

Dentro de las primeras estrategias que debe hacer el médico quien los acoge están:

- Acoger el dolor, la desesperación, rabia y/o culpa que traen los padres por la enfermedad de su hija. Gran parte de los padres hoy saben en forma general que estos trastornos existen y cómo se presentan. Los medios de comunicación de masas han ido lentamente generando sensibilidad ante el tema y muchos adolescentes y adultos conocen ya estas enfermedades. Pero no saben como ayudar. Acoger estos sentimientos es la primera acción eficaz para ayudar a estos pacientes y sus familias.
- Acoger también a la paciente, quien en un gran porcentaje de los casos carece de conciencia de enfermedad y es "traída" por terceros. Entender cómo se siente y empatizar con un dolor muy distinto del que trae su familia, es

fundamental para lograr un vínculo que permita, más tarde, trabajar. Es también, no hacer “más de lo mismo” que han hecho otros, es decir, no culpar, no criticar, etc. sino aceptar, como primer paso para ayudar a cambiar.

- Hacer una devolución al paciente y su familia del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad (basados en la entrevista clínica inicial e historia de la enfermedad). Luego, se sumará la información resultante de los test de laboratorio y evaluación antropométrica. Ya que estos trastornos pueden tener consecuencias mortales, hace que salgan del ámbito de la confidencialidad con la adolescente, aún cuando ésta consulte sola. Se informa claramente la gravedad de la situación clínica. Se explican en forma sencilla, los hallazgos de la exploración médica, el riesgo de mortalidad, el curso de la enfermedad, el riesgo de cronicidad (33%) y las expectativas de curación. También se informa y acuerda sobre la forma de tratamiento más adecuada para el caso (hospitalización, tratamiento ambulatorio, hospitalización domiciliaria, etc.). El tratamiento es fundamental en la mayoría de los casos que llegan a consultar. Se debe también explicar a la paciente y su familia que dada la naturaleza de la enfermedad es necesario trabajar con un equipo interdisciplinario.
- Explicar cómo será el tratamiento en términos de objetivos y fases. Se explica que el objetivo inicial, para ir recuperando una relación sana con el peso y la comida y el control sobre éstos aspectos, es introducir gradualmente un patrón de alimentación regular. Esto implica eliminar la dieta de su vocabulario pues es la que gatilla el trastorno.
- Separar (disociar) la enfermedad de la paciente. Es decir, colocar la enfermedad como un ente que daña y tiene aprisionada a la paciente (tanto que sus afectos y pensamientos responden y sirven a la enfermedad) de la cual, todos, incluso la paciente, queremos “liberarla”. Siempre hay una parte más sana en la paciente que permite hacer esto, por ejemplo, el sólo hecho de acudir a la consulta. No se trata de quitar la responsabilidad a la paciente para mejorar, si no, no culparla por presentarla. Esto permite abrir puertas a diversas intervenciones posteriores en la línea de “esto lo hacemos por tu mayor bienestar, aunque la enfermedad reclame” o “lo que te hace bien, no es lo que hace bien a la enfermedad; si nos dejamos engañar por tu enfermedad, te quedas sola en esto”. Debe quedar explícito que el profesional sabe que muchas veces se miente o se oculta información en esta enfermedad y de ser así, sólo se perjudica la paciente (“si la mentira te engaña a ti, y nos engaña a nosotros; perdemos la oportunidad de ayudarte y pierdes tú”). Fortalecer el vínculo disminuye el riesgo.
- Enfatizar en la responsabilidad de la paciente de su propia mejoría (no de los padres, ni doctores, etc.). Todos los demás, incluyendo a los padres, son sólo facilitadores de la mejoría; deben brindar las condiciones para cuidarse pero NO ser quienes más trabajen. El entorno debidamente capacitado puede facilitar en forma importantísima, el proceso de recuperación. En este sentido, se libera a los padres de la función de vigilar, obligar a comer, etc. sino que es la propia paciente quien se responsabiliza de las conductas que manifiesta su enfermedad y de los cambios y logros que existan en el camino. Esta acción fortalece el vínculo entre el equipo tratante y la parte sana de la paciente.
- Pedir, a partir de la segunda entrevista, un registro diario de alimentación como una forma de automonitoreo. Advertir que es una tarea molesta y aburrida muchas veces, pero que la ayudará a hacer consciente su alimentación y los factores relacionados con ésta. Se registra hora, alimentos o líquidos consumidos, lugar, compañía, si existen o no conductas compensatorias y comentarios sobre pensamientos, sentimientos o conductas en relación a la ingesta. Este último aspecto es opcional, dependiendo del nivel de insight y motivación de la pacientes. El integrante del equipo que trabaje con el registro alimentario debe estar capacitado específicamente para esta tarea; puede realizarse en el ámbito de una consejería nutricional, psicoterapia o control médico. Si bien es un automonitoreo, constituye un pilar fundamental en el trabajo con las pacientes ya que permite observar relaciones entre cognición, conducta y afectos asociados a la alimentación.
- Realizar el screening recomendado para estos pacientes. Advertir antes, que lo más probable es que los exámenes den resultados normales, salvo que el deterioro sea evidente. Esto protege de que los resultados de los exámenes

(que muchas veces no salen alterados) sean usados como una forma de reforzar la idea de muchas pacientes de que no tienen una enfermedad.

- **Psicoeducación:** La fase inicial del tratamiento, independiente de las medidas nutricionales, farmacológicas y otras que se hayan tomado, debe incluir sesiones psicoeducativas, tanto para padres (que pueden hacerse en forma grupal, lo que a su vez aporta soporte emocional) como para la paciente (puede ser grupal, salvo en casos de AN restrictiva). Los únicos requisitos es que se realice por profesionales capacitados y que exista un mínimo de motivación para participar en estas sesiones, es decir, estar pensando en mejorar. A su vez, la psicoeducación, ayuda a aumentar esa motivación.

El modelo psicoeducativo ha sido descrito en diversos libros y documentos (ver bibliografía). Se trata de un conjunto de sesiones más o menos estandarizadas, que deben ser realizadas en forma participativa con las pacientes. El foco es brindar información confiable y verídica a las pacientes sobre su enfermedad y manejo, y corregir, a su vez, los errores y mitos sobre los que se basa la enfermedad. Los temas a abordar son:

- La alimentación: Funciones de la alimentación, mecanismos de defensa naturales del organismo frente a una inadecuada alimentación y alimentación saludable.
- El ciclo de la enfermedad.
- La pirámide alimentaria y las recomendaciones nutricionales de acuerdo a la edad de la paciente. Se discute además, una pauta de alimentación regular y equilibrada que la paciente debiese ir adquiriendo, en forma progresiva, a lo largo de esta primera fase de tratamiento. Esta debe calzar con la información sobre la pirámide alimentaria, salvo recomendaciones especiales del tratamiento nutricional.
- Las consecuencias de las conductas compensatorias inadecuadas, especialmente los vómitos y laxantes, poniendo énfasis en su fracaso como métodos para bajar de peso.
- Los mecanismos de hambre y saciedad: cómo funcionan y cómo se alteran en un TCA.
- Los mecanismos naturales de la regulación del peso: teoría del set-point, fluctuaciones normales del peso, uso de IMC y tablas para obtener un rango de peso saludable para la paciente (en el caso de AN, no enfatizar el “peso mínimo” al que debe llegar ya que suele ser considerado por la mente de las pacientes como “el peso máximo” y resistir así el aumento de peso); énfasis en que su peso sano, finalmente, lo decide su organismo. Sólo a partir de esta sesión se pesa a la paciente, no antes (antes solo se le pregunta el peso y la talla, salvo visualizar riesgo vital). Se establece, además, el peso semanal a cargo de uno de los miembros del equipo tratante; la paciente no debe pesarse sola en otros lugares. Esta estrategia se utiliza para contrarrestar los cambios en la conducta alimentaria que responden exclusivamente a las variaciones de peso que señala la balanza.

Todo las estrategias anteriores resultan útiles para enfrentar los primeros momentos en el abordaje de un TCA. De todos modos, antes de cada intervención es importante considerar a quién se tiene en frente: una persona, no un trastorno. Las estrategias deben utilizarse, por lo tanto, considerando el estado de motivación de la paciente, la alianza de trabajo, las experiencias de tratamiento anteriores y sus expectativas.

Todo lo que se haga debe ir el pro de ayudar al bienestar de ese ser humano que está haciendo lo mejor que puede hacer en este momento en su vida, por más que nos parezca sumamente inadecuado. El cambio no es fácil y requiere de ayuda; ayudar a ver otras alternativas distintas de enfermarse para enfrentar las situaciones vitales que se vuelven difíciles, es una labor de todos quienes trabajamos en este (y otros) ámbitos de la salud de los adolescentes.

**Bibliografía:**

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, Ed: Masson SA: Whashington, D.C.

American Psychaitric Association (2000) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision), Am J Psychiatry 157:1 Supplement.

Capacitación para ingresar a la Unidad de Trastornos Alimentarios del Instituto Neuropsiquiátrico de Chile (2001) Santiago.

Crispo, R., Figueroa, E., Guelar, D., (1996) Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber, Ed. Gedisa: Barcelona

Fairburn, C., Marcus, M., Wilson, G. (sin ref.) Cognitive- Behavioral Therapy for Binge Eating and Bulimia Nervosa: A Comprehensive Treatment Manual (sin ref.)

Garner, D. & Grafinkel, P. (1997) Handbook of treatment for Eating Disorders, second edition, The Guilford Press: NY.

Guelar, D. & Crispo, R. (2000) Adolescencia y Trastornos del Comer, Ed: Gedisa: Barcelona.

Halmi, K. (1994) A Multimodal Model for Understanding and Treating Eating Disorders, Journal of Women's Health, vol.3, Número 6, NY

Herscovici, Cecile (1996) La esclavitud de las dietas: guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario, Ed. Paidós: Buenos Aires, Argentina

Kreipe, R. & Birndorf, S. (Julio 2000) Eating disorders in adolescents and young adults, en Medical Clinics of North America, vol.84, número 4.

Morandé, G. (1999) La anorexia: Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes, Ediciones Temas de hoy S.A.: España

Powers, P. (Dic, 1996) Initial Assessment and Early Treatment Options for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, The Psychiatric Clinics of North America, vol.19, número 4

## · Conducta sexual en la adolescencia

Enf. Matr. M. Isabel González Trivelli.

La sexualidad adolescente es un tema que siempre nos ha producido y nos sigue generando mucha preocupación, ya sea como profesionales de la salud que atendemos adolescentes, como padres muchos de adolescentes y/o como individuos pertenecientes a una sociedad donde se desarrolla e impacta la sexualidad adolescente.

La conducta sexual adolescente ha experimentado cambios en las últimas décadas. Hace 50 o 70 años, los adolescentes maduraban físicamente en forma tardía y se casaban a edades tempranas. Las relaciones sexuales no eran frecuentes salvo en adolescentes mayores o comprometidos en matrimonio. Los patrones de conducta sexual eran distintos para los hombres y las mujeres, teniendo mucho más libertades los hombres.

Hoy en día, los adolescentes maduran físicamente en forma temprana y se casan a edades tardías, las experiencias sexuales son variadas en cuanto a las conductas sexuales, existiendo incluso terminología juvenil para tipificar las distintas conductas. Existe un incremento en el porcentaje de jóvenes que está teniendo actividad sexual. Los patrones de conducta sexual son más similares entre hombres y mujeres. Los jóvenes de hoy están además bombardeados de mensajes eróticos, tienen fácil acceso al alcohol y las drogas y además están expuestos a un nuevo mal, un mal que no existía cuando sus abuelos y padres eran jóvenes... el SIDA.

La sexualidad es parte muy importante del desarrollo normal del individuo, del ser humano, y en general cumple diversas y fantásticas funciones como la de proporcionar placer, enriquecer la afectividad, comunicarse con la pareja, crear y en oportunidades procrear, siendo una "necesidad social básica" y un "derecho inalienable de todo ser humano" ¿Por qué nos crea tanta preocupación durante la adolescencia?

Revisemos algunas razones para ello:

- En muchos casos existen posturas valóricas encontradas entre el mundo adulto y el adolescente al respecto.
- Se nos hace muy difícil comunicarnos respecto al tema con los adolescentes, debido muchas veces a la falta de resolución de nuestros propios conflictos en torno a la sexualidad.
- La sexualidad precoz conlleva claramente riesgos biológicos y psicosociales:

**a) El Embarazo Adolescente:** La cifra de partos de adolescentes cuyas gestaciones no fueron intencionadas constituye una preocupante realidad y obviamente no reflejan el total de embarazos ya que no incluyen los abortos espontáneos ni provocados.

Un 15.6% de los nacimientos anuales en Chile entre 1996 y 1998 corresponden a madres menores de 20 años, distribuyéndose el 54% de ellos entre los 18 y 19 años, 43% entre los 15 y 17 años y 3% en menores de 15 años.

La tasa de fecundidad adolescente de Chile es de 49/1000, la tasa más baja de América Latina y Caribe (promedio 76/1000), pero significativamente más alta que la de países desarrollados. El aporte porcentual de las madres adolescentes a la fecundidad total en Chile ha aumentado un 50% durante el período 1955-1990. Además, entre 1996 y 1998, un 12% de las madres adolescentes han sido madres por segunda, tercera y hasta por cuarta vez estando todavía en esta etapa de la vida.

El embarazo en la adolescencia constituye una de las primeras causas de deserción escolar, comprometiendo con ello el futuro de la adolescente y su hijo. Los padres de estos niños son en su mayoría jóvenes, entre un 80 y 90% tiene entre 15 y 24 años.

**b) El Aborto Adolescente:** En este grupo se estima que el aborto representa un 35% del total de abortos. Estas cifras tienden a mantenerse constantes en el tiempo, si bien las complicaciones graves del aborto como la muerte, han disminuido progresivamente.

**c) Las Enfermedades de Transmisión Sexual:** Del total de ETS notificadas por los centros centinela durante el año 2000 en Chile, 250 casos (12.2%) ocurren en adolescentes. Existe un predominio de notificaciones en el sexo femenino (aproximadamente 2/3 de los casos). La tasa de presentación de ETS en adolescentes es de 94.7/100000 habitantes.

De las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) requiere análisis especial. Mundialmente, el SIDA ha pasado a ser la cuarta causa de muerte en población entre 20 y 40 años de edad. Se estima que el 60% de los nuevos casos de infección por VIH se producen en jóvenes entre los 15 y los 24 años y una parte importante de ellos no saben que portan el virus. La principal vía para adquirir el virus durante la adolescencia lo constituyen las conductas sexuales no protegidas. En Chile, alrededor del 85% de los casos de SIDA se encuentran en el grupo de edad entre 20 y 49 años. Si se considera el período de incubación del virus VIH, que es de 7 a 10 años, un alto porcentaje de estos casos adquirieron el virus durante la adolescencia, lo que justifica las intervenciones preventivas en este grupo etáreo.

**d) Otras Dificultades en el Desarrollo Sexual Saludable:** Que pasan con frecuencia inadvertidos y en ocasiones tienen profunda repercusión en la vida adulta:

- Pérdida de la Virginidad
- Masturbación
- Vinculación del Tamaño de los Genitales con la Potencia
- Metas de Rendimiento Sexual - Debut

**Conductas Homosexuales:** Los medios de comunicación masiva están bombardeando permanentemente a nuestros adolescentes con contenidos altamente eróticos, transmitiendo una imagen fragmentada de lo que es la sexualidad, con énfasis en lo hedonista, el placer y ausencia absoluta de consecuencias negativas.

El grupo de pares, los amigos, las parejas, presionan muchas veces a nuestros adolescentes a iniciar actividad coital en forma precoz.

Ha ido aumentando cada vez más el lapso de tiempo que transcurre entre que se es biológicamente maduro para ejercer la sexualidad y la madurez psicosocial, tanto por el adelantamiento de la pubertad como por el retraso de la edad promedio del matrimonio y de independencia económica debido a la prolongación de la educación.

Tenemos entonces un grupo importante de individuos que se encuentran biológicamente maduros para tener actividad coital pero "no deben ejercerla"...Y ¿Qué hacemos con ellos?... ¿Les podemos ofrecer buenas alternativas como para que se mantengan abstinentes? Debemos reconocer que aún no hemos dado con la panacea que nos permita postergar el inicio de la actividad coital y honestamente no sabemos como enfrentar muchos de los desafíos que nos presentan los adolescentes sexualmente activos. Por otra parte, la familia no siempre es el espacio idóneo de orientación sexual, y es responsabilidad de la sociedad en su conjunto ofrecer a los jóvenes espacios en los cuales puedan ser escuchados desde sus necesidades y realidades.

Por el carácter y la finalidad de esta clase se analizarán las principales conductas sexuales durante la adolescencia, sin embargo, la sexualidad enfocada desde una perspectiva global e integradora es mucho más que pura Conducta Sexual e incluye otros aspectos tanto o más importantes como **Identidad de Género:** es el reconocimiento y aceptación de nosotros mismos como hombre o como mujer.

**Rol de Género:** Son las distintas funciones que desempeñan los hombres y las mujeres, según lo determina la sociedad en que viven, el rol de género se aprende desde tempranas edades.

**Actitudes y Valores:** Son aquellos sentimientos y creencias acerca del comportamiento sexual y el rol de género, o que es apropiado que nosotros hagamos como varones o como mujeres, nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales.

**La Orientación Sexual:** Son los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones, hacia las mujeres o hacia ambos sexos. No es algo que se decida conscientemente, llega en el momento en que los jóvenes toman conciencia de quien o que los atrae y/o excita

**La Conducta Sexual:** Puede ser una decisión tanto de cómo de hacer algo, como no, incluyendo el beso, el tomarse las manos, masturbarse y una gama completa de otros comportamientos, de los cuales el acto sexual es uno más.

**La Identidad Sexual:** Tiene que ver con el rótulo que nosotros mismos nos ponemos según nuestra orientación. Si un individuo se siente atraído sexualmente por personas del sexo opuesto y sus conductas son con el sexo opuesto, en nuestra cultura se es heterosexual. Si le atrae una persona del mismo sexo y sólo realiza el acto sexual con personas del mismo sexo, a esa persona se le pone el rótulo de homosexual.

Es importante tener presente que muchas personas no son heterosexuales en el sentido estricto, ni tampoco homosexuales, sino que se encuentran en puntos intermedios entre las dos categorías.

**El Conocimiento Sexual:** El conocimiento es un componente importante de la sexualidad. La cantidad de información que manejan los jóvenes es variable, en general sobrestiman sus conocimientos y saben menos de lo que creen, esto puede perpetuar los diferentes mitos con los respectivos daños y riesgos en el ejercicio de su sexualidad.

**Las Habilidades Sexuales:** Como muchas otras actividades, realmente no lo hacemos bien sino después de repetir la experiencia varias veces.

La Conducta Sexual incluye una gama completa de comportamientos relativos a la sexualidad que van desde una mirada, un beso, una caricia hasta el coito. Revisaremos cifras nacionales

## 1. MASTURBACIÓN:

La conducta masturbatoria es estadísticamente normal en esta etapa de la vida tanto para los hombres como para las mujeres.

Las estadísticas nacionales nos muestran que el 95% de los adolescentes varones se ha masturbado ya a los 15-16 años, y el 98% lo ha hecho ya a los 17-19 años es decir, casi la totalidad de los adolescentes varones se masturba.

En la mujer la masturbación se daría con menor frecuencia. Las cifras varían entre el 30 y el 60%, debiéndose señalar eso si que pueden no ser del todo fiables ya que a la mujer le es más fácil incluso reconocer haber tenido coito a que se ha masturbado.

En cuanto a frecuencia masturbatoria el período en que se realiza con mayor frecuencia es a principios de la adolescencia, tendiendo a perder importancia al aumentar la edad, donde es reemplazada en muchos casos por las caricias sexuales y el coito.

Estadísticas internacionales nos muestran que la mayor parte de los adolescentes se masturban entre 1 y 10 veces al mes siendo esta una actividad más esporádica en el caso de las mujeres.

## **2. PETTING:**

Este concepto en inglés se engloba los diferentes tipos de caricias sexuales en pareja, correspondiendo el Petting I a tomarse la mano, besarse en la boca etc, el petting II a caricias sexuales por sobre la ropa, el petting III a caricias sexuales bajo la ropa, pudiendo haber contacto genital sin penetración y el petting IV al coito.

En nuestro país, el inicio de la sexualidad genital activa ocurre más tempranamente que a principios del siglo pasado, y ya no es un rito de iniciación (con una prostituta, en el caso de los hombres; o en la noche de bodas, en mujeres). Corresponde, más bien, a un proceso de familiarización y a un aprendizaje progresivo respecto del cuerpo, de las reacciones y los sentimientos del otro, así como de las propias percepciones. Se observa un proceso de transición progresiva hacia la sexualidad activa, en el cual van sucediendo una serie de contactos corporales, que van significando una progresión en la intimidad. Estos contactos van desde el petting I al IV.

Este proceso de transición hacia la sexualidad genital activa puede incluir a varias parejas en el transcurso del tiempo, con las cuales el adolescente desarrolla algún tipo de relación más ocasional (andar), o más estable (pololeo). Esta sucesión de encuentros corporales puede tener riesgos para los adolescentes sin que exista coito, cuando se realiza en forma desinformada, cargada de mitos, forzada, etc,

La aceptación de las caricias íntimas por parte de las mujeres está condicionada a un contexto de relación de amor, situación que es evaluada por la propia mujer, a diferencia de los hombres, quienes no condicionan esta conducta a un tipo de relación determinada.

## **3. COITO:**

En Chile, según la última encuesta nacional de la juventud, se encuentra sexualmente activo el 42.1% de los adolescentes (hasta 19 años), y el 85.2% de los jóvenes hasta 24 años de edad.

Si bien es cierto a finales de la adolescencia más de la mitad de los adolescentes aún no inicia RS, se observa un aumento anual progresivo del porcentaje de los jóvenes que han iniciado actividad sexual entre 15 y 19 años desde 1994, en que alcanzaba sólo al 33%. Cabe destacar que la mayoría de los jóvenes que se inicia sexualmente durante la adolescencia lo hace entre los 15 y 18 años, siendo el promedio 15.8 años.

1994: 33% entre 15 y 19 años

1997: 35% entre 15 y 19 años

2001: 42.1% entre 15 y 19 años

## **4. PERSONA CON QUIEN INICIA ACTIVIDAD COITAL EL ADOLESCENTE:**

Los hombres inician su actividad coital indistintamente con la polola (43,8%) o con una amiga (43,4%) , por el contrario las mujeres en su mayoría lo hacen con su pololo (87,7%). La iniciación con una pareja ocasional es más frecuente en hombres (12,8%) que en mujeres (5,3%).

Las cifras anteriores podrían estar respaldando la noción generalizada que las mujeres tienden a asumir sus relaciones sexuales en un tono más afectivo que los hombres



### 5) PERSONA CON QUIEN TIENEN ACTUALMENTE RS LOS ADOLESCENTES ADEMÁS DE LA POLOLA:

El 92,6% de las mujeres reconoce tener nunca relaciones sexuales con otra persona cuando están pololeando, en contraste con el 59,7% de los hombres que reconoce tenerlas fuera del pololeo. (Lavín y cols, 1997)

### 6. LUGAR DEL PRIMER COITO:

La mayoría inicia actividad coital en la propia casa o en la de la o el pololo.

### 7. FRECUENCIA COITAL :

La mayoría de los adolescentes sexualmente activos no tienen relaciones sexuales en forma regular sino que en forma ocasional o poco frecuente.

4 relaciones o menos al mes (Lavín y cols, 1997)

(INJUV 2001)

Varias veces sem:	14.5%
Una vez sem:	26.3%
Una vez al mes:	18.6%
Menos de una vez al mes:	14.5%
No en 6 meses:	20.1%
No contesta:	5.9%

### 8. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RS:

La mayoría de los adolescentes no utilizó MAC en su primera RS, no existiendo diferencias significativas por sexo (Lavín y cols, 1997)

Sí usó 25%

No usó 75%

Razones para no usar MAC:

- "RS espontánea", no premeditada, no tenían MAC en ese momento (41,3%)
- "No lo necesitaba", nada les iba a pasar si no los usaban (24,9%)
- "No sabía", no conocían o no tenían la información necesaria sobre MAC (24,3%)

Estos resultados muestran un aspecto importante de la sexualidad adolescente, que dice relación con la no planificación de su actividad sexual, la cual pareciera estar sujeta a aspectos contextuales variables y, sobre todo de desvinculación al riesgo y de asumir su propia sexualidad

Razones para usar MAC en la primera relación sexual:

Mujeres

- Solo para evitar un embarazo (84,6%)
- Prevención ETS (15,4%)

Hombres

- Solo para evitar un embarazo (56,7%)
- Prevención ETS (43,3%)

Las cifras revelan además, una baja percepción de riesgo de ETS por parte de las mujeres

## **9. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS RS ACTUALES**

Pese a que la mayoría de los jóvenes declaran conocer los MAC, un tercio no usó ninguno de ellos en su última RS

- Sólo un 67,7% los utilizó
- Mayor uso en NSE altos y medios, en el rango de 18-19 años y en sectores urbanos
- Los adolescentes que utilizan MAC frecuentemente son una minoría (29,4%)
- Son más las mujeres que nunca usa MAC o lo hacen solo a veces
- Más de la mitad de los adolescentes del nivel socioeconómico bajo (50%) nunca usa MAC durante sus RS, en contraste con los adolescentes del nivel socioeconómico alto, en que casi la mitad de ellos los usa frecuentemente. (47,5%)
- Existe una tendencia a la desprotección en aquellos jóvenes que tienen RS esporádicas y una tendencia a la protección en aquellos adolescentes que declara tener RS más frecuentes (40,1% utiliza MAC v/s 23,1%)
- Los adolescentes que tienen RS con la polola/o tienden a usar algún MAC, en comparación con los que tienen RS con parejas ocasionales

## **10. MAC MÁS FRECUENTEMENTE USADOS POR LOS ADOLESCENTES: (Lavín y cols, 1997)**

- 56,9% Condón
- 19,8% pastillas anticonceptivas
- 16,4% coito interrumpido o calendario
- 5,3% DIU o inyección
- 1,5% espermicida

MAC alta eficacia: condón, pastillas, DIU, inyectables

MAC baja eficacia: calendario, coito interrumpido, métodos populares

### **Razones para iniciar actividad sexual:**

- Porque es rico: Esto no debemos olvidarlo nunca. Las conductas de riesgo tienen como característica el que parte de sus consecuencias son positivas, deseables y buscadas por los adolescentes. Esta es la causa de su atractivo para los jóvenes y de lo difícil que es modificarlas si no se les ofrece alternativas de igual o mayor atractivo.
- Por amor
- Por curiosidad
- Por consentimiento mutuo
- Para que mi pareja me quisiera más
- Para poder continuar la relación

- Para agradar a mi pareja
- Para no herir a mi pareja
- Porque me iba a dejar por otra
- Porque otros lo hacen
- Haber sido convencida a hacerlo
- “Lo hice obligada” o “forcé a mi pareja”

#### **AGENTES SOCIALIZADORES EN SEXUALIDAD (Lavín y cols 1997)**

- 50.7% grupo pares
- 29.0% madre
- 18.5% medios de comunicación
- 12.5% padre
- 11.2% hermanos
- 10.8% profesores
- 3.8% pers. de salud
- 2.3% pers. de iglesia

Los profesionales de la salud no tienen injerencia como agentes socializadores-informadores,, esto refleja el escaso contacto de estos profesionales con los jóvenes, a la vez que recalca la necesidad de contar con servicios amigables para los adolescentes

#### **Necesidades Expresadas por los Jóvenes**

Para los jóvenes la forma de tratar los temas relacionados con la sexualidad y las características de la persona que comparta con ellos la información son muy importantes.

#### **Forma de tratar los temas**

- El tema debe ser tratado abiertamente
- Hablar sin tapujos
- Hablarlo todo como realmente es
- Sinceramente, con las palabras correctas
- Natural y no como si fuera algo malo
- Conversar el tema
- Poder hacer preguntas libremente
- Que sus opiniones sean consideradas, ser tratados como personas

Características de la persona que comparta con ellos la información

- Por sobre las diferencias etarias, sexo, profesión u otras características atribuidas a esta persona, lo más significativo es la actitud y la forma en que esta persona se plantea para conversar el tema con ellos
- La persona debe ser experta en el tema, sin embargo el puro conocimiento carece de valor si no está avalado por la experiencia y una actitud en la cual la propia persona se asuma a sí misma y ante los jóvenes como sujeto de su propia sexualidad .

**Bibliografía**

- Boletín de ETS N°3. Conasida. Ministerio de Salud Chile. 2001.
- Caracterización Epidemiológica del VIH/SIDA en Chile a Junio del 2001. Resumen Epidemiológico SIDA N° 14. CONASIDA. Ministerio de Salud. Chile.
- Belzer M, Neinstein L. Human Immunodeficiency Virus Infections and Acquired Immunodeficiency Syndrome. En: Neinstein L. y cols. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Fourth Edition. 2002;643:678
- Diagnóstico y Lineamientos de Política Pública para la Prevención del Embarazo no Deseado en Adolescentes. Ministerio de Salud Chile. Ministerio de Educación Chile. Servicio Nacional de la Mujer. 2001.
- Green M, Palfrey Js. Bright Futures : Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. Second Edition. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health. Ed. 2000.
- Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). American Medical Association. Department of Adolescent Health. 1997.
- La Vida y Prácticas Sexuales de los Jóvenes. Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Informe Ejecutivo Final. Instituto Chileno de la Juventud. 2001.
- Lavin F, Lavin P, Vivanco S. Análisis de las Conductas Sexuales de Las/Los Adolescentes. Región Metropolitana. Documento N° 53. Sernam. 1997
- Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services. Task Force. U.S. Department of Health and Human services. Office of Public Health and Science. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Second Edition.
- Neinstein L, Anderson M. Adolescent Sexuality. En: Neinstein L. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 2002;767-792.
- Palma I. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes en el Contexto de la Reforma de Salud en Chile. OPS/OMS. 2001
- Rosen D, Neinstein L. Preventive Health Care for Adolescents. En: Neinstein L. Adolescent Health Care. A Practical Guide. 2002;79-125.
- Sepúlveda C. El SIDA en la niñez y Adolescencia. En: Molina R. y cols. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 2003;314-336.

# • Patología psiquiátrica del adolescente

Dr. Pilar Larraín

## Introducción

Me pidieron, dadas las características de este curso (Actualizaciones en Pediatría), dar mayor énfasis en la detección de adolescentes en riesgo psicosocial, de modo que los pediatras aprovechen la gran oportunidad de derivarlos oportunamente a psiquiatra cuando éstos lo necesiten, permitiendo su normal desarrollo y adecuada inserción social además de su bienestar emocional.

Para ello, debemos anticiparnos. Es decir, tener claros los conceptos de **adolescencia**

La adolescencia constituye el periodo de la vida en que el niño se va transformando en adulto. ADOLESCERE significa crecer a la adultez. Su comienzo es biológico (ya que es gatillada por cambios endocrinos y sus consecuencias somáticas) y su fin es psicosocial (termina cuando el adolescente estabiliza sus definiciones de pareja y vocación). Esto es cierto, pero muestra que existe un gran espacio de variaciones individuales. Transcurre entre los 10 y los 20 años de edad con una sobrecarga de cambios bio-psico-sociales y emocionales, los que ocurren aceleradamente y traslapados produciendo una compleja transformación interna del individuo. Por ello, se ha dividido según edades en 3 etapas progresivas:

- Primera adolescencia (10-14 años)
- Adolescencia intermedia (14-17 años)
- Adolescencia tardía (17-20 años)

En Occidente no existe un rito de iniciación de este paso de niño a adulto, razón por la cual nuestros adolescentes tienen una batalla más difusa y más larga para obtener su status de adulto.

## Tareas de la adolescencia según Erickson

- 1.- Lucha para desarrollar la identidad del yo (sentido de estabilidad y continuidad interna)
- 2.- Preocupación por la apariencia, devoción por el héroe, ideología
- 3.- Desarrollo de la identidad con el grupo
- 4.- Peligro de confusión de roles, dudas sobre la identidad vocacional o sexual
- 5.- Moratoria psicosexual, etapa media entre la moralidad aprendida en la niñez y la ética desarrollada por el adulto
- 6.- No hay zona o modo dominante.

Así, la tarea central de la adolescencia ha sido definida por Erikson como la **búsqueda de la identidad**. Esta tarea se relaciona con la consolidación de la personalidad, a lo largo del tiempo, con la adopción de una identidad psicosexual y de roles masculino o femenino aceptados socialmente y con una conducta sexual activa, con elección de pareja, después de diferentes pololeos, y la capacidad de hacerla estable.

La segunda tarea del desarrollo adolescente es la separación de la familia de origen para posibilitar su individuación personal. Esto implica cierto grado de conflicto y a veces rebeldía con los padres (que puede a veces ser necesario, paralelo y/o previo) al logro de la independencia social y económica. Esta separación/individuación se logra en forma importante a través de lazos amistosos y emocionales con otros adolescentes de la misma edad, pasando el centro de gravedad emocional desde la familia y los padres hacia el grupo de pares. Esto es importante, pero implica riesgos de desarrollo maladaptativos.

Finalmente se encuentra la definición de identidad en el plano de la elección vocacional y laboral. Esta área es la más afectada por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven. El adecuado equilibrio entre capacidades (qué le resulta y es apreciado), expectativas (qué espera poder hacer), logros académicos y oportunidades laborales, determinaría en buena medida la calidad de vida y satisfacción personales posteriores del sujeto

Otra tarea es el desarrollo moral, con una transición progresiva acorde con la maduración cognitiva, desde la aceptación de las normas, derechos y deberes establecidos socialmente porque así lo imponen los padres o para congraciarse con ellos y la autoridad hasta una internalización ética adulta, en que se aceptan voluntariamente los valores porque es mejor para todos y admiten algunas excepciones en ciertas circunstancias (son más flexibles y su control es interno).

El conjunto de cambios que se operan durante la adolescencia, corresponde a lo que Erickson llama **crisis normativa**, es decir, una serie de cambios típicos o normales que se pueden prever. Se espera que el adolescente logre comprender y asumir las tareas que su desarrollo supone para lograr su identidad como individuo e insertarse creativamente en su contexto social. De cómo resuelva este conjunto de tareas, dependerá el grado y la naturaleza de su integración futura, en lo personal y en lo social. Se entiende por integración personal, el desarrollo de un sentido de identidad a lo largo del tiempo: el logro de una autonomía en la toma de decisiones y la autenticidad en la expresión personal, y por integración social, una proyección de la persona en el mundo, tanto en la cultura como en el trabajo y en la amistad.

La adolescencia no es una etapa aislada en la vida de una persona. Recoge las experiencias de etapas precedentes que han favorecido, obstaculizado o limitado el desarrollo de sus potencialidades. Por tanto, cada niño, de acuerdo a sus experiencias anteriores, está mejor o peor preparado para enfrentar las tareas de esta nueva etapa.

La multiplicidad de cambios que vive el adolescente se traduce muchas veces en vivencias, necesidades y estados emocionales contradictorios o conflictivos. A veces, los roles que les exigen también son contrapuestos y generadores de conflictos. Todo ello lo lleva a ser vulnerable, a veces indefenso.

#### FUENTES DE CONFLICTO:

- Interna: impulsos, emociones, percepciones, autoexigencias contradictorias
- Externa material: oportunidades educativas, laborales, recreativas y participación deficitaria
- Externa Inmaterial: clima familiar disarmónico, afecto deficiente, inapropiado, no apoyador, que no brinda seguridad, afecto o confianza, que rechaza actitudes normales.

Las dificultades que debe enfrentar el adolescente para lograr un estado de equilibrio consigo mismo y con los demás en medio de su situación tan dinámica y cambiante, pueden inducirlo a superar el conflicto personal y social mediante actitudes compensatorias. Con estas conductas él espera:

- dar satisfacción parcial a la necesidad de reconocimiento o prestigio social
- disminuir la carga afectiva o tensional
- evitar responsabilidades

Estas conductas pueden o no caer dentro de la categoría de conductas desviadas.

De esto, surge la conveniencia de intervenir anticipadamente, con el objeto de prevenir o minimizar conflictos que asumen el carácter de permanentes y que secundariamente se traducen en conductas desviadas desde el punto de vista social. **Aquí, el pediatra**, con criterio formado es importantísimo para intervenir oportunamente y derivar lo que es patológico.

## ¿CUÁNDO Y CÓMO ANTICIPARSE?

Para ello es necesario tener en mente los **adolescentes en riesgo**, observar **conductas** de éste, aunque no se conozcan los procesos internos en que ellas ocurren ni su gestación ni su desarrollo. Se tiene ante nosotros la "punta del iceberg" que nos hacen sospechar que algo no anda bien en el o la adolescente., porque no cumple con el perfil del síndrome de adolescencia normal, tanto por exceso como por defecto de sus características.

**Síndrome de adolescencia normal:** Representa el emergente emocional y conductual de una compleja transformación interna. Se va realizando en varias subetapas que se traslapan entre sí, desde la fase pospuberal (14 a 17 años) hasta la fase juvenil inicial o adolescencia tardía (17 a 20 años).

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad
- Tendencia grupal-
- Necesidad de intelectualizar y fantasear
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso
- Evolución sexual manifiesta, que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital manifiesta
- Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diferente intensidad
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta
- Separación progresiva de los padres
- Constantes fluctuaciones del humor

Diversas conductas de riesgo se pueden traducir en síntomas o en alteraciones somáticas, emocionales o conductuales del adolescente, siendo en la mayoría de ellos sólo una manifestación externa transitoria de su metamorfosis. Se denominan **reacciones de adaptación** y se caracterizan por el predominio de síntomas conductuales en la primera etapa, trastornos somáticos en la segunda y de naturaleza emocional propiamente tal en la adolescencia tardía (ansiosos y depresivos).

La mayoría de los adolescentes son asintomáticos o cumplen su tarea con algunos problemas, sobreponiéndose al riesgo de adoptar conductas maladaptativas. Ello depende de sus características individuales, de su resiliencia, la que se puede promover y su fuente principal es la familia. Lo ideal y que fortalece la resiliencia:

### Características individuales:

- destrezas sociales
- CI (inteligencia cognitiva)
- empatía, capacidad para comprender al otro, inteligencia emocional
- sentido del humor destreza en la solución de problemas
- autoimagen positiva, cierto narcisismo
- locus interno de control
- sentido de autoeficacia

### Redes de apoyo:

- Existencia de un adulto significativo, vivenciado generalmente como padre o madre, pero puede ser otro
- Relaciones de apoyo, básicas en autoestima y autoeficacia, saber que cuenta con apoyo, que debe esforzarse para lograr lo que quiere y lo puede hacer

- Buenos amigos
- Actividades sanas y estimulantes en tiempo libre
- Escuela que estimule el apego, con normas claras e incentive el aprendizaje

### **Dinámica familiar.**

- Calidez, cohesión y presencia mínima de un adulto significativo
- Parentalidad consistente, clara, vigilante, cariñosa, que disminuya la exposición y participación del adolescente en riesgos
- Anima el desarrollo de áreas de competencia en la resolución de problemas, autoeficacia y socialización
- Respeto por la individualidad del niño. Los padres se relacionan con cada uno de ellos según cómo es, manteniendo la unión y estabilidad familiar, en su diversidad
- Expectativas altas para rendimiento escolar de acuerdo a las características de cada uno
- Clima de continuidad, predecible y confiable para las habilidades familiares en el manejo de dificultades
- Calidad en el cuidado del niño, que éste pueda precisar y sentirlo

Se consideran **indicadores de riesgo** las manifestaciones en forma **intensa y frecuente** de alguno de los siguientes **comportamientos**:

- Conducta que altera la dinámica del grupo (socialmente disruptiva) y que no cede con estrategias del profesor: hiperactividad, agresión interpersonal, interrupción de la dinámica de clases, intento de dominar o manipular a otros, robos, cimarra, etc.
- Expresión de emociones como agresividad, angustia o temor, en forma persistente y en diferentes contextos (colegio, amigos, familia)
- Disminución notable del rendimiento físico o intelectual habitual
- Hábitos dañinos para la salud física y mental: consumo alcohol, drogas, tabaquismo, promiscuidad sexual
- Cambios bruscos de la conducta global del niño
- Enfermedades frecuentes relacionadas con somatización
- Cambios de peso importantes y bruscos
- Déficit en la integración psicosocial: - niño tímido, silencioso y congraciativo
  - niño automarginado o marginado por el grupo
  - niño dependiente
  - niño lento en el aprendizaje
  - niño que raramente manifiesta sus emociones
  - niño apático
  - niño que se autodescalifica

Es muy importante tener en cuenta que estas conductas no son una causa, sino la manifestación de un conflicto; por ello, no se soluciona el problema reprimiendo la conducta. Hay que preocuparse porque "algo le está pasando; está pidiendo ayuda".

Un criterio adecuado para evaluar la **magnitud del riesgo y derivar a psiquiatra** es la **frecuencia, la intensidad y la extensión de estos comportamientos** a las diferentes áreas (casa, colegio, amigos), así como la **duración** de éstos.



## ¿POR QUÉ PREVENIR?

La psicopatología evolutiva estudia los orígenes y curso de los patrones individuales de maladaptación conductual. Busca determinar los factores predictores de aparición posterior de cuadros psiquiátricos, con la finalidad de prevenirlos. Nos servirán mucho sus conceptos para comprender nuestro grupo problema y poder hacer algo por ellos.

1. El stress psicológico se asocia a efectos negativos para la salud. Puede afectar directamente las interacciones entre el sistema nervioso central y las defensas inmunitarias de la persona.
2. La calidad y cantidad de redes sociales tienen una función importantísima en diversas áreas. Pueden aumentar o disminuir la sensibilidad del adolescente a los estresores, pueden variar su posibilidad de usar medicamentos y adherir a terapias y pueden sospechar del inicio de enfermedades mentales y ayudar en su curso clínico.
3. Analizando el uso de los servicios de salud, notamos que los adolescentes acuden a éstos escasamente para pedir ayuda. Prefieren resolver sus problemas principalmente con los padres y los amigos.
4. La teoría del apego o del vínculo postula que las relaciones tempranas entre los niños y sus cuidadores (habitualmente las madres) tienen un papel crítico en el desarrollo posterior del niño, especialmente en sus relaciones sociales. Los niños muestran conductas de apego, buscando a sus padres para comodidad y protección y es crucial la respuesta que obtengan los cuidadores a estos intentos de vinculación.
5. La teoría de la autoeficacia dice que los individuos que tienen un sentido mayor de control sobre su ambiente tendrán una vida más activa y autodeterminada. El sentido de autoeficacia aumenta en aquellos individuos que aprenden a disminuir sus factores de riesgo a través de fijarse metas alcanzables, de ponerse incentivos adecuados para cumplirlas y a involucrar a sus redes sociales cercanas para tener ayuda en el cambio conductual en relación con su salud (dietas, ejercicios, toma de medicamentos, compañía a controles, etc). Es decir, son maduros, saben autocuidarse, son seguros, logran sus metas y son felices.

Así, podríamos prevenir:

- enfermedades, su mala evolución por mal manejo
- vida de mala calidad o infeliz
- perpetuación de la pobreza
- delincuencia
- desempleo o subempleo
- embarazo precoz y sus consecuencias
- adicción a drogas y alcohol
- trastornos psiquiátricos
- suicidios

En un primer nivel, se puede hacer una promoción a nivel de familia, colegio, comunidad, consultorios, consejos al cuidador.

Luego, en un segundo nivel, se debe estar **alerta a conductas de riesgo** que son principalmente:

- Consumo de alcohol y drogas
- Conducta sexual precoz
- Disminución del rendimiento escolar
- Conductas violentas

Ya sería conveniente sugerir una intervención psiquiátrica, porque son la punta del iceberg de un mal desarrollo a futuro, persistente en el tiempo y de mal pronóstico. Necesitarían estos adolescentes un tratamiento y seguimiento.; pueden ayudarse con mayor facilidad en este momento y luego llevar una vida aceptablemente buena hasta excelente. Todo depende de lo que haya en la base del iceberg.

## Trastornos psiquiátricos específicos de la adolescencia

Los clasificaré según frecuencia:

- 1- Trastorno de adaptación, que puede ser con ánimo ansioso, depresivo o mixto
- 2- Trastornos de ansiedad
- 3- Depresión y otros trastornos del ánimo (9%)
- 4- Trastornos de conducta
- 5- Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, no especificado).
- 6- Suicidio
- 7- Esquizofrenia
- 8- Trastornos de la identidad sexual

Me referiré a las más graves y riesgosas

### DEPRESIÓN. ¿CÓMO DETECTARLA?

Cualquier perturbación de la afectividad con deterioro funcional debe considerarse un trastorno psiquiátrico hasta que se pruebe lo contrario.

Los padres refieren que su hijo "no es el de siempre" y de buena fe lo atribuyen a "oscilaciones del carácter, de la edad"; lo encuentran "catete, enojón, aburrido o como triste".

Cuando el niño se presenta con dolores inexplicables, a veces alopecia y otras somatizaciones, no quiere ir al colegio, disminuye el rendimiento escolar, presenta apatía y pérdida de interés, aislamiento social, mayor irritabilidad, tendencia al llanto, alteraciones en el apetito y el sueño, ideación o intentos de suicidio se debe considerar seriamente una enfermedad afectiva.

Se asocia además, frecuentemente, con abuso de alcohol, tabaco, drogas y promiscuidad sexual así como con comportamientos de riesgo.

Los duelos aumentan la probabilidad, así como los antecedentes de maltrato y abuso sexual

El stress, tanto propio como familiar contribuye a provocarla

Pesan muchísimo los antecedentes familiares para Tr. del ánimo: triplican su probabilidad.

El niño suministra información importante de su estado interno: se siente triste o aburrido o se describe como "enojón", no lo pasa bien en las actividades con las que antes gozaba, se siente culpable, poca cosa y tiene ideas de muerte.

En la etapa primera de la adolescencia su frecuencia es igual para ambos sexos. Luego, las mujeres la cuadruplican con respecto a los hombres.

Es importante tratarlas para que no se cronifiquen y no recurran.

## SUICIDIO Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

La tasa de suicidio de los adolescentes ha aumentado considerablemente en los últimos años, también en Chile. En 1991, en Chile llegó a 6/100.000 habitantes entre 15 y 24 años. Este crecimiento puede atribuirse, en parte, al mayor uso y facilidad de acceso al alcohol, drogas y armas de fuego por parte de los menores, tal vez a una sensación de falta de oportunidades en algunos casos en otros a un fatalismo en relación con el futuro individual y social.

La tasa de suicidio entre 15 y 19 años es 4 veces más alta en hombres que en mujeres; las mujeres tienen casi el doble de prevalencia de comportamiento suicida que los hombres, sin llegar a consumarlo.

Generalmente el suicidio adolescente es un acto impulsivo, ayudado por la intoxicación. Estudios americanos demostraron que sólo un tercio de los adolescentes que intentan suicidarse desean verdaderamente morir; la motivación de la mayoría de los intentos parece ser el deseo de influir sobre otros, atraer la atención, comunicar amor o rabia o escapar de una situación difícil. (crisis propia, abandono de sus hogares, maltrato y abuso sexual, reciente ataque físico o sexual, embarazo, drogas y ETS)

La mayoría de las víctimas de suicidio adolescente parecen padecer al menos un trastorno psiquiátrico (especialmente depresión o trastorno bipolar, adicciones o trastornos de conducta, descontrol de impulsos con tendencia a la violencia).

El mayor riesgo lo tienen los que padecen depresión crónica, con desesperanza y menor habilidad para resolver problemas.

El contexto familiar de los suicidas es menos contenedor, más conflictivo y más hostil que el de los no suicidas.

La experiencia con el suicidio de otros aumenta el riesgo de suicidio en los adolescentes psiquiátricamente vulnerables.

Así, podemos identificar las circunstancias de **riesgo de suicidio en un adolescente: sospechar ante:**

### **A.- Dificultades psiquiátricas:**

- Depresión
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Problemas de conducta
- Psicosis
- Antecedentes de amenazas o intentos de suicidio

### **B.- Mala adaptación social:**

- Fracaso o deserción escolar
- Problemas legales
- Aislamiento social
- Conflicto interpersonal

### **C.- Factores familiares o ambientales:**

- Pérdidas personales
- Problemas familiares: \*abuso, maltrato, negligencia
- Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos o suicidio

- Experiencia de suicidios de terceros (en los psiquiátricamente vulnerables)
- Acceso a armas de fuego en el hogar

Ante la sospecha, se debe preguntar sobre ideas suicidas, yendo de lo menos específico (alguna vez pensaste que no vale la pena vivir?) y adentrándose en planes e intentos suicidas si las respuestas son afirmativas. Se debe escuchar al adolescente sin juzgarlo y evitar hacer promesas de confidencialidad, porque luego deberá romperlas para protegerlo y poder tratarlo adecuadamente. Siempre debe darse información a los padres porque su motivación es importante para predecir el cumplimiento del tratamiento recomendado. Es crucial hacer con el paciente un compromiso a que no se va a herir y va a notificar al médico a su cargo si nuevamente siente deseos de suicidarse. Junto con esto, reconversar las causas que lo mueven e intentar alternativas de solución para disminuir los factores de stress. También, asegurarse que sean retirados del hogar las armas mortales.

La derivación a psiquiatra es más exitosa si es con hora dada, concreta y el pediatra lo presenta a la familia. ,sEs urgente.

En caso de no poder mantener el acuerdo de no suicidio con el paciente, o que persistan activas las ideas o planes de suicidio, éste no cumpla las indicaciones o la familia no pueda o quiera protegerlo, se debería hospitalizar.

### **TRASTORNOS DE CONDUCTA**

Se transforman en un diagnóstico psiquiátrico cuando cumplen una serie de criterios de magnitud (amplitud o intensidad) y aparecen antes de los 18 años. El DSM IV exige por lo menos 3 de los siguientes criterios:

- Roba sin atacar a víctima directamente
- Se escapa de la casa por lo menos toda la noche en más de una oportunidad o se va para siempre
- Miente a menudo, excluyendo el tener que hacerlo para evitar el maltrato físico o el abuso sexual
- Falta a clases a menudo (capea)
- Entra sin autorización en otra casa o en el automóvil de otra persona
- Destruye la propiedad en forma deliberada
- Es cruel con los animales físicamente
- Ha forzado a alguien a tener actividad sexual
- Ha utilizado armas de cualquier tipo en peleas en más de una oportunidad
- A menudo es el que inicia las peleas físicas, provoca las riñas
- Ha robado dañando a su víctima directamente (atracó, extorsión, robo a mano armada)
- Es cruel físicamente con la gente.

---

---

**IDON®**

**Amoval®**

**Clavinex®**

