

XXVI Congreso Nacional de Medicina de la Adolescencia en Girona



Los días 7 y 8 de octubre hemos celebrado, en la ciudad de Girona, el **“XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia”**. Después de 30 años, nuestra ciudad ha vuelto a ser la sede de este evento y un lugar de reencuentro “presencial” en el cual, profesionales de distintas áreas tales como: pediatras, médicos de familia, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, educadores sociales y docentes hemos podido aprender, compartir y discutir sobre los distintos problemas que afectan la Salud Integral del Adolescente, participando en mesas redondas, foros de actualización, panel de expertos y cinco talleres, en los que se han tratado temas tan actuales y conflictivos como: el maltrato a través de las TICs, adicciones y los aspectos éticos y legales en la adolescencia; y otros, más centrados en la clínica médica, como la patología dermatológica prevalente en estas edades y un *roll playing* de cómo debería ser la entrevista con el adolescente. La conferencia de clausura “Blas Taracena del Piñal” corrió a cargo del Dr. Girard (Argentina), socio de honor de la SEMA.

La asistencia ha sido de 133 inscritos y se han recibido 26 comunicaciones, de las cuales dos han sido seleccionadas para el primer premio: **“Coordinación entre atención primaria y equipo de soporte a la cronicidad y atención paliativa pediátrica: atención de un paciente en situación de enfermedad avanzada”** y segundo premio: **“Trastorno de conducta alimentaria y veganismo”** de la SEMA, y presentadas oralmente; las restantes, han sido defendidas como posters. Como actividad paralela a la celebración del congreso, se desarrolló un Taller para Padres: **“Hijos ADOLESCENTES: el papel de los PADRES”**, a cargo del Dr. José Valdés Rodríguez.

XXVI CONGRESO

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Girona
7 y 8 de Octubre 2022





Sin embargo, la organización de este congreso ha tenido una motivación personal añadida, la de rendir un homenaje a nuestro querido compañero, el **Dr. Josep Cornellà i Canals**, un "gironí" pionero, junto a otros pediatras como el Dr. Blas Taracena del Piñal, de la Medicina de la Adolescencia en nuestro país. Además de su titulación como Pediatra, también obtuvo la de especialista en Paidopsiquiatría por la Univ. Autónoma de Barcelona, en el año 2001 y la de Diplomado experto en Autismo por la Universidad de Montpellier, en el año 2009.

Siendo Jefe de Pediatría del Hospital Provincial de Girona, "Santa Caterina" y también del orfanato "Hogar Infantil Nuestra Señora de la Misericordia", emprendió diversas reformas destinadas a mejorar las condiciones higiénicas y afectivas de los niños y adolescentes que

allí residían, mereciendo la pena destacar: la escolarización fuera del orfanato, en diversos centros de educación de la ciudad y la creación de los dos primeros pisos tutelados, en los que convivían los adolescentes con sus educadores, creando así un entorno similar a lo que sería una familia. También creó la primera consulta específica para la atención de Adolescentes dentro del área de Pediatría, en un Área Básica de Salud, embrión del posterior programa "Salut i Escola" en Cataluña, cuyo objetivo es acercar la asistencia sanitaria a los Institutos de Enseñanza Secundaria.

De su pertenencia a diferentes sociedades científicas, cabe destacar:

- Presidente de la Asociación Española de Medicina de la Adolescencia, en el período 1996–2004.
- Socio de honor de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente.
- Asesor del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría.
- Secretario general de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y Caribe (CODAJIC) 2008-2012.
- Vocal de la Asociación Española de Pediatría.
- Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantojuvenil, desde el año 2011 hasta su fallecimiento.

Además de sus innumerables publicaciones científicas en revistas y capítulos de diversos tratados de pediatría, en el año 2008 publica su libro " Parlem de l'Adolescència"/"Hablemos de la Adolescencia", cuya presentación, así como el prólogo del mismo, estuvieron a cargo del Dr. Manuel Cruz Hernández.

Espero que con esta breve reseña de la trayectoria profesional del Dr. Josep Cornellà i Canals, los más jóvenes, que no llegaron a conocerlo, entiendan el porqué de la dedicatoria de este congreso a su persona y a sus logros dentro de la Medicina de la Adolescencia.

***"Aquellos cuyo trabajo no puede perecer,
cuya influencia sigue viva después de ellos,
cuyos discípulos pueden perpetuar y
multiplicar sus dones a la humanidad,
son realmente inmortales".***

Watson Jones

Graciela Perkal Rug
Presidenta del Comité Organizador

ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS: PRESIDENTE Y SOCIO DE HONOR DE LA SEMA

Tras la Conferencia de Clausura realizada por el Dr. Girard, se entregaron dos importantes reconocimientos aprobados previamente y por unanimidad por la Asamblea General de la SEMA a propuesta de la JD de la Sociedad:

- La Dra. MT Muñoz Calvo entregó a la Dra. MI Hidalgo Vicario la distinción de **Presidente de honor de la SEMA** en reconocimiento a sus méritos, compromiso, trayectoria y el trabajo realizado en favor de la Medicina de la Adolescencia así como haber llevado la presidencia de la SEMA durante 8 años+1 de pandemia, desde marzo 2012 - mayo 2021.



De izquierda a derecha: Dres. Muñoz, Perkal, Notario e Hidalgo.



De izquierda a derecha: Dres. Ceñal, Perkal, Notario y Rodríguez.

- La Dra. MJ Ceñal González-Fierro, entregó al Dr. L Rodríguez Molinero la distinción de **Socio de honor de la SEMA** en reconocimiento a sus méritos, compromiso y trabajo realizado en favor de la adolescencia así como haber sido el tesorero de la Sociedad desde marzo 2012 - mayo 2021.

Posteriormente los Drs. Hidalgo y Rodríguez expresaron su agradecimiento a la Sociedad por el honor recibido.



De izquierda a derecha: Dres. Zafra, Liquete, Hidalgo, Moraga, Perkal, Muñoz, Gavela y Ceñal.

Crítica de libros



Manual de telemedicina y diabetes

SED Sociedad Española de Diabetes

Autores: V. Bellido Castañeda. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; E. Aguilera Hurtado. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona; E. Ugarte Abasolo. Hospital Universitario Basurto, Bilbao; C. Quirós López. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; R. Barrio Castellanos. Clínica D-Medical, Madrid; C. González Blanco. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; D. Fernández García.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; E. Menéndez Torre. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; J. Ares Blanco. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; M. Pazos Couselo. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; J.D. Royo Sanchis. Hospital Universitario La Fe, Valencia; A. Martínez-García. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; C. Luis Parra-Calderón. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Uno de los retos más importantes en la atención a los niños y adolescentes con diabetes es la capacidad de responder a las demandas de las situaciones que surgen a los pacientes en el momento en que lo necesitan más allá de la periodicidad de las consultas de seguimiento establecidas. La telemedicina, en su modalidad diferida o en tiempo real puede resultar aquí de gran ayuda marcando una diferencia de calidad asistencial y contribuyendo a reducir el impacto sociosanitario de la diabetes. Sin embargo, para conseguir que este tipo de asistencia resulte exitosa es necesario establecer, al igual que para las consultas presenciales, los recursos necesarios y los estándares de calidad y evaluación adecuados.

En este contexto, la Sociedad Española de Diabetes ha elaborado recientemente el **Manual de telemedicina y diabetes**, documento que recoge, desde la evidencia, los beneficios y barreras de la aplicación de la telemedicina en diabetes, los recursos necesarios para su implementación, la sistemática de la consulta telemática, la integración con los programas de educación terapéutica, la explotación de los datos, los aspectos legales y las posibilidades de evaluación de la misma.

Tal y como aporta el Manual, el análisis sistemáticos del perfil de glucosa obtenido de la descarga de los datos de los sistemas de monitorización continua de glucosa, plumas inteligentes y sistemas de infusión continua de insulina constituye la base sobre la cual se apoya la telemedicina en la consulta de diabetes.

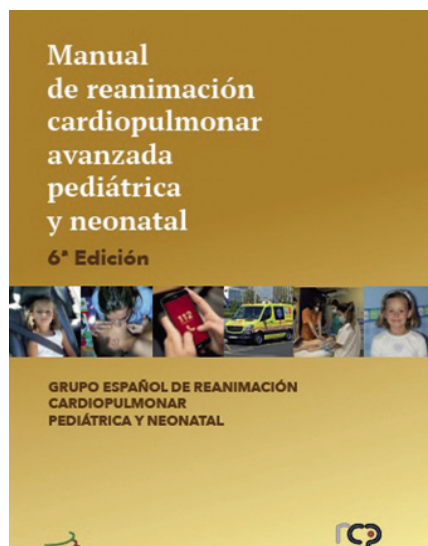
El Manual elaborado por la SED es una guía útil y necesaria para plantear con éxito la telemedicina en el tratamiento de la diabetes como herramienta de comunicación apoyada en la tecnología que permite la mejora de los resultados de control metabólico y satisfacción de los pacientes. Sienta las bases para la integración de la telemedicina en sus diferentes modalidades en la estructura asistencial y más allá, abre la puerta a las posibilidades derivadas de la integración de la inteligencia artificial en conjunto con la telemedicina aplicada al tratamiento de la diabetes.

La telemedicina en diabetes consigue igualar los resultados de las visitas convencionales y sus beneficios más importantes son:

- Facilitar la accesibilidad independientemente de la zona geográfica.
- Facilitar la interacción entre los pacientes y el equipo de salud.
- Mantener la calidad y el nivel asistencial, pero ahorrando tiempo en desplazamientos y visitas.
- Mejorar los conocimientos y empoderar al paciente permitiendo una mayor autogestión.
- Disminución de los costes para el propio paciente y para el equipo de salud.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.

Patricia Enes Romero

Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid



Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 6ª Edición.

Autor: Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal, 2022

El grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPPYN) se fundó en 1992, con el objetivo de mejorar la formación en soporte vital pediátrico, tanto de los profesionales sanitarios como la población general. Sus miembros pertenecen a diversas sociedades científicas (entre ellas la SEPEAP) que cooperan en diversas actividades relacionadas con la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica y neonatal.

Hace más de 20 años, el GERCPPYN publicó su primer manual de RCP, que supuso un hito al ser el primero en español y servir desde entonces de soporte formativo en los centenares de cursos de RCP pediátrica que se han realizado hasta el momento actual. Aunque se había revisado en sucesivas ediciones, los nuevos conocimientos en el tema, la experiencia docente acumulada y la incorporación de nuevas tecnologías y recursos para la formación y la práctica clínica, hacían necesaria una 6ª edición, que en realidad es un manual completamente nuevo. Si bien, la esencia de los contenidos se mantiene, este nuevo texto reúne los requisitos de un manual moderno, atractivo, de lectura sencilla y con iconografía de calidad, que facilita el aprendizaje, el repaso y la consulta de dudas.

El manual está actualizado según las más recientes recomendaciones internacionales y consensos de tratamiento, con adaptaciones a la realidad española, si bien es válido y aplicable en otros países de habla hispana, muchos de cuyos instructores se han formado como profesores del GERCPPYN.

Este nuevo manual se desarrolla en 300 páginas, tiene un tamaño manejable y un formato muy atractivo, incluyendo 20 capítulos con un contenido claro y conciso, en el que se destacan los conceptos claves y se refuerza el aprendizaje con imágenes (totalmente renovadas y de gran calidad), tablas, figuras y algoritmos. El recuadro de "puntos clave" al final de cada capítulo es otra novedad, que junto a las cuestiones de autoevaluación reforzarán el aprendizaje.

Es un texto para el estudio concentrado y reposado, pero también una guía rápida para consultar "a la cabecera del paciente", en caso necesario. Entre los capítulos incluidos, además de los dedicados a la atención al niño que ha sufrido una parada, son reseñables los que abordan su prevención, la valoración de los niños de riesgo y los planes de atención a la parada cardiorrespiratoria pediátrica.

Finalmente, destacamos que ha sido coordinado por tres de los pediatras más expertos en el tema y que han colaborado otros 36 con dilatada experiencia en la atención a los niños graves y la docencia de la RCP, lo que asegura su calidad y lo hace un manual de referencia. Por ello, estamos convencidos de que este manual debería incorporarse a la biblioteca de los profesionales y los centros sanitarios que deban asistir a niños enfermos.

Os animamos a leerlo y aprovecharlo.

Eva Civantos Fuentes

Pediatra. Centro de Salud Barranco Grande, Santa Cruz de Tenerife

Antonio Rodríguez Núñez

Pediatra. Catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela

Respuestas correctas a las preguntas test

Trastorno por déficit de atención y sus comorbilidades. Enfoque terapéutico: 1c) TDAH y trastornos de ansiedad son los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes de la infancia, al margen que pueden presentarse de forma comórbida. **2a)** La comorbilidad es la norma, no la excepción. En la etiopatogenia también influyen factores ambientales. La conducta de *binge eating* es una conducta impulsiva, factor muy presente en los niños y adolescentes con TDAH. Únicamente un trastorno de Tourette contraindica la utilización de psicoestimulantes. **3d)** Los 3 ítems son factores que explican la mayor accidentabilidad de los sujetos con TDAH. **4d)** Es importante iniciar el tratamiento con dosis bajas y escalar lentamente: *start low, go slow*, en inglés. Es frecuente la asociación de diferentes trastornos del neurodesarrollo. Cuando hay comorbilidad es más difícil realizar el diagnóstico de los diferentes trastornos presentes al mezclarse la clínica de ambos trastornos. Cuantos más trastornos, peor es el pronóstico. No influye la presencia de TDAH en que pueda o no haber lenguaje. **Afectación del tiempo de pandemia a nivel educativo en el alumnado adolescente: 1c)** La ESO comprende solamente cuatro cursos académicos. **2b)** Según dicha encuesta "Comer y dormir menos al estar mucho tiempo con el móvil", ha sido vivida como una emoción negativa. **3e)** Todas las actitudes descritas y otras, contribuyen a superar las dificultades escolares y pedagógicas en alumnos de ESO en tiempo de pandemia. **Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19: 1e), 2e), 3d).** **Repercusiones de la pandemia en la población adolescente desde la perspectiva servicios sociales de atención primaria: 1c), 2b), 3c).** **Síndromes de Sensibilización Central en la adolescencia. Fibromialgia y Fatiga crónica: 1d)** La sensibilización central es un fenómeno complejo en el que interaccionan factores biológicos, psicológicos y sociales produciendo una hiperexcitabilidad de los circuitos centrales nociceptivos. Este aumento de la sensibilización implica a su vez cambios en los receptores, neurotransmisores, canales iónicos y vías de señalización localizadas en el sistema nervioso central, que se traduce en el paciente con una percepción exagerada, prolongada y/o generalizada de estímulos no nociceptivos inocuos. **2e)** Todas estas actividades, se describen como influyentes en el tratamiento de la fibromialgia juvenil. **3e)** La única no correcta es la d, ya que el pronóstico es mejor que en adultos. **¿De qué hablamos cuando hablamos de Sensibilización Central? 1a), 2b), 3e).** **Fibromialgia. Fatiga crónica. Abordaje terapéutico. Implicación desde el Servicio de Salud Mental: 1e), 2a), 3e).** **¿La enfermedad meningocócica eclipsada por la pandemia de COVID-19? Puesta al día de la vacunación antimeningocócica: 1c)** En algunos trabajos se citan 13 serogrupos porque incluyen el serogrupo D, que posteriormente se vio que correspondía a un C. **2d)** Son cinco: A, B, C, W e Y. Se pueden prevenir con la vacuna tetravalente ACWY y con la antimeningocócica B. Una de la vacunas pentavalentes incluye el serogrupo X, pero está todavía en fase de ensayos clínicos. **3b)** A pesar de que la incidencia de la enfermedad meningocócica es muy baja en los últimos años, el serogrupo B sigue siendo el más frecuente. En la última temporada prepandémica (2018-2019) causó el 38,5% del total de los casos confirmados; además, por edades, lo fue en los grupos de menores de 10 años, de 20-24 años y de 45-54 años. **4a)** A pesar de que en las cinco últimas temporadas prepandémicas (2014-2015 a 2018-2019) se observó un ligero ascenso en la incidencia (de 0,50 a 0,83 casos por 100.000 habitantes), siempre fue inferior a 1 por 100.000 habitantes y muy lejana de la máxima de 17,9 casos por 100.000 habitantes que se alcanzó en 1979. **Autolesiones: 1e)** En efecto, todas las afirmaciones son correctas. Existe una alarma social evidente que ha sido propiciada por los medios de comunicación y las redes sociales. Aún el DSM 5 no tiene definidos los criterios por lo que los resultados epidemiológicos son dispares. **2d)** Los padres necesitan saber el alcance y la repercusión de las lesiones, así como el pronóstico a corto y medio plazo. En caso de que la menor se niegue, comentar con ella la necesidad de informar a los padres haciendo nosotros de mediadores para evitar un enfrentamiento que deteriore posteriores encuentros. **3a)** Una vez indicada la derivación, no hay que hacerla precipitadamente. Se impone una explicación e información sobre las ventajas de otros tratamientos más especializados que garanticen, hasta donde se pueda, la mejor evolución. **Hipopotasemia asociada a anorexia nerviosa. ¿Tubulopatía adquirida o primaria? 1c), 2a), 3e).** **¿Qué sabemos de la microbiota? 1e), 2c), 3d).** **Avances en enfermedad celíaca: 1d)** En el momento actual la mayoría de los pacientes de nuestro medio al diagnóstico de la enfermedad no presentan afectación del peso, como se ha podido objetivar en una serie amplia de celíacos (estudio REPAC 2) en los que el 80% presentaban un peso normal. Es conocida la mayor frecuencia de la EC en mujeres, pero también este riesgo es mayor en familiares de primer grado del género femenino (hermanas: 1/7 e hijas: 1/8) de un paciente celíaco. La EC no se limita al intestino si no que es un proceso sistémico con síntomas digestivos y extradigestivos. Esta enfermedad afecta en torno al 1% de la población y evidentemente el diagnóstico dirigido por síntomas y por cribado de pacientes pertenecientes a grupos de riesgo es inferior. Por tanto, la mayoría se encuentran sin diagnosticar, es decir, en la parte

sumergida del llamado "iceberg celiaco", que es como se representan las distintas formas clínicas de esta enfermedad. El estudio HLA ha quedado reducido a pacientes de los grupos de riesgo y también a los casos de diagnóstico dudoso. **2c)** Debe efectuarse biopsia intestinal a pacientes con déficit selectivo de IgA y sospecha de EC porque no está demostrada la misma correlación entre los niveles elevados de anticuerpos de tipo IgG y la lesión intestinal, como ocurre en pacientes con IgA normal. En las guías ESPGHAN 2012 se planteó por primera vez la realización del diagnóstico de EC sin biopsia intestinal en pacientes sintomáticos que cumplieran los criterios serológicos. Años después, y en función de los estudios realizados posteriormente a 2012, se ha podido observar que también los pacientes asintomáticos con niveles elevados de anticuerpos presentan lesión intestinal, si bien con un valor predictivo positivo inferior, por lo que siempre hay que comentar con el paciente y sus padres la realización del diagnóstico sin biopsia intestinal en estos casos. Esto último se ha recomendado en las guías ESPGHAN 2020, así como la no necesidad de efectuar el estudio HLA puesto que en la mayoría, si no en todos los pacientes, con serología positiva el estudio genético es positivo. Siempre debe realizarse la determinación de AAEM, como anticuerpos de confirmación, en una muestra separada de la de los AATG para obviar cualquier posible error de laboratorio. **3c)** Aunque la determinación de los GIPs en heces o en orina se muestra prometedora para la valoración de la adherencia a la dieta, quedan aún algunos temas por resolver, como el hecho de que, al tener una vida media corta, no se detectan a no ser que la transgresión sea muy próxima a la recogida de la muestra. Por eso la guía ESPGHAN 2022 de seguimiento de la EC no recomienda su determinación en el momento actual. Deben efectuarse controles clínicos y serológicos cada 6 meses hasta la negativización de los anticuerpos y después cada 1-2 años. Los anticuerpos a realizar son los AATG. No se considera obligatorio, pero si conveniente, que se efectúe control de TSH y tiroxina libre. Aunque previamente no se recomendaba tratar la anemia ferropénica detectada al diagnóstico de la EC, porque con una dieta sin gluten se recuperaban los depósitos de hierro en un año, se considera actualmente que se trata de un tiempo excesivamente prolongado, sobre todo en periodos de crecimiento rápido como la adolescencia, por lo que se indica que se trate. **4e)** Deben efectuarse controles cada 3 meses durante la prueba de provocación el primer año de la reintroducción del gluten; si al año no hay síntomas y la serología es negativa, pueden efectuarse cada 1-2 años. Cuando va a efectuarse una prueba de provocación por diagnóstico dudoso, es importante efectuar en primer lugar el estudio genético (HLA DQ2/DQ8) porque su negatividad hace que el diagnóstico de la EC sea extremadamente improbable. Si por el contrario, el estudio genético es compatible, se procederá a reintroducir el gluten y se efectuará biopsia intestinal para confirmar la lesión si aparecen síntomas y/o se positivizan los anticuerpos. **5d)** Aunque hay muchos estudios en marcha sobre fármacos para el tratamiento de la EC, la mayoría están en fase preclínica o en fase 2b o 3, por lo que a corto plazo el único tratamiento seguro y eficaz es la dieta sin gluten. En el caso de EC potencial (serología positiva con biopsia intestinal Marsh 0 o 1 con o sin síntomas), no debe retirarse el gluten de la dieta, salvo síntomas graves, ya que en menos de la mitad de los pacientes se confirma finalmente la lesión intestinal, para así evitar el sobretratamiento. En niños con diabetes tipo 1 y sospecha de enfermedad celíaca se puede realizar el diagnóstico sin biopsia si presentan síntomas compatibles con la EC y cumplen los criterios serológicos; si el paciente es asintomático, hecho que ocurre en la mayoría de estos niños, debe efectuarse siempre la biopsia, independientemente del título de anticuerpos. El niño pequeño está muy tutelado por la familia y entorno, por lo que es poco frecuente que realice transgresiones dietéticas. Sin embargo, el adolescente tiene un mayor grado de independencia y socialización, que puede aumentar el riesgo de efectuar transgresiones dietéticas. Además, en muchas ocasiones estas transgresiones no le producen síntomas, lo que le induce a tener una falsa seguridad y aumenta la posibilidad de que abandone la dieta. Por todo ello, son especialmente importantes las "consultas de transición" al digestivo de adultos. Hay que tener en cuenta que los anticuerpos de la EC pueden tardar en desaparecer, tras iniciar la dieta sin gluten, entre 18-24 meses, sobre todo si los títulos al diagnóstico eran muy elevados. **Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en los varones: 1c)** Pese a no tener una etiología claramente conocida, hasta en un 80% de los pacientes se encuentran casos de retraso puberal en sus familiares de primer y segundo grado. **2d)** Al inicio de la pubertad y por el carácter pulsátil de la LH, podemos encontrar valores bajos o indetectables de la hormona por lo que no es de utilidad para marcar el inicio puberal. Además, en los hipogonadismos hipogonadotropos va a encontrarse muy elevada sin haber iniciado la pubertad. **3c)** En general, la mayoría de pacientes no precisarán tratamiento ya que iniciarán la pubertad de manera espontánea. En casos seleccionados con gran afectación psicológica, puede plantearse un ciclo de 3-6 meses de testosterona intramuscular mensual depot (generalmente 50 mg al mes) para estimular la aparición de caracteres sexuales secundarios. Una nula respuesta al tratamiento del volumen testicular mantenido en el tiempo es indicativa de hipogonadismo.