

# 12<sup>o</sup> FORO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA

MÉRIDA

20 Y 21  
MARZO 2015



# Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz  
www.spapex.es

Vol. XII - Marzo 2015 - Núm. 1

12º Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

## Sumario

### MESAS REDONDAS

**"Reunión con el experto": Los trastornos de la conducta alimentaria.**

M. Angustias García Herraiz. **PAG 1**

**Actualización en la atención a la diversidad.**

**¿Qué, cuándo, dónde podemos derivar?**

**¿Qué recursos existen en sanidad, dependencia, educación?**

Angeles Almeda Acedo

Directora del CADEX. Badajoz. **PAG 12**

**Atención a la Diversidad:**

**Perspectiva desde Pediatría de Atención Primaria.**

Cecilia Matilde Gómez Málaga **PAG 18**

### TALLERES

**Problemas legales en pediatría.**

Mariano Casado Blanco. **PAG 20**

**Exploración en reumatología pediátrica.**

Cristina Zarallo Reales. **PAG 34**

**Dermatología pediátrica: "manchas feas, buenas y malas"**

Alicia Hiraldo Gamero. **PAG 43**

**Resumen de los póster presentados** **PAG 51**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05  
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés  
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA



## LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

**María Angustias García Herraiz**

Psiquiatra de la Unidad de Trastornos Alimentarios de Badajoz (UTA)  
Psicoterapeuta de familia

Cuando hablamos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) nos referimos a Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos no especificados de la alimentación (TCANE) donde incluiremos al trastorno por atracón. Son enfermedades psiquiátricas, que afectan a mujeres (9/1) jóvenes, aunque en los últimos años, ha aumentado en varones. Van a provocar complicaciones físicas y psicológicas graves (depresión, ansiedad, impulsividad con un 25% tasas de intentos de suicidio) y una mortalidad aproximada del 4%.

En los últimos años hay una cierta estabilización de los casos, aunque está aumentando en rangos de edad precoz (8 a 14 años) y tardía (por encima de 30 años) e incrementándose la prevalencia en países en vías de desarrollo. Los casos actualmente son más complicados y graves, asociados a trastornos de personalidad, consumo de tóxicos, cleptomanía y otras adicciones.

El aumento de los TCA desde décadas anteriores, se debe a diferentes factores como la presión social por la imagen corporal, el aumento de la industria dedicada al cuerpo, las estructuras familiares diferentes, la pérdida de valores y de jerarquía, el fácil acceso a internet y redes sociales, el proceso de globalización con deseo de identificación con nuestros modelos.

La población de mayor riesgo se sitúa entre los 12-21 años, pero en la actualidad preocupa la el incremento enfermedad en niñas muy jóvenes 8-14 años, con la dificultad que supone el tratamiento en estas edades y la necesidad de intervención familiar.

En España, en la población de mayor riesgo, mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41%. En el caso

de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de cercana al 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27 a 0,90. Es importante que más del 30% de adolescentes hayan utilizado algún método inadecuado para disminuir el peso. El síntoma nuclear es el deseo de perder peso.

Lo importante, para poder acercarse a los pacientes, es reconocer los TCA con precocidad, realizar un correcto diagnóstico, determinar la derivación y el tratamiento más adecuado. Poner en marcha lo más rápidamente posible los recursos a nuestro alcance, así como facilitar el trabajo a las familias.

Es recomendable que los diferentes colectivos de profesionales (sanitarios, maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, nutricionistas y dietistas, trabajadores sociales, etc.) que pueden estar en contacto con la población de riesgo posean la formación adecuada y puedan actuar como agentes de detección de los TCA.

### ¿CÚALES SON LOS TCA?

En el actual Manual Diagnóstico (DSM IV o 5 y su relación con los códigos CIE 10) los trastornos que aparecen son los siguientes:

- Pica (niños F98.3, adultos F50.8)
- Trastorno por rumiación (307.53-F98.21)
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (307.59-F50.8).
- Anorexia Nerviosa (307.1) Restrictiva (F50.01) y purgativa (F50.02).
- Bulimia Nerviosa (307.51-F50.2).
- Trastorno de atracones (307.51-F50.8).
- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (no cumplen todos los criterios) (307.59).



- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (no suficiente información) (307.50-F50.9).
- Otros TCA no codificados: obesidad, vigorexia y ortorexia.

Trabajamos en las Unidades de Trastornos Alimentarios, sobretodo AN y BN, también casos parciales y trastorno de atracones. Aunque cada vez están apareciendo más casos de trastorno por evitación o restricción de alimentos. Con los que se trabaja de forma estrecha con los padres.

**MODELO ETIOPATOGÉNICO DE LOS TCA**

No tiene un TCA quien quiere sino quien puede, necesitamos varios factores para que aparezca esta patología, nos apoyamos en un modelo etiopatogénico de los TCA biopsicosocial, que nos explique la génesis y el mantenimiento de los TCA, importantísimo para trabajar todos los factores posibles en la psicoterapia, es un modelo basado en los factores precipitantes, predisponentes y mantenedores de la enfermedad, así como factores de riesgo y el curso de la misma.

Características individuales, familiares y socioculturales que hacen ser más vulnerable a desarrollar estas patologías y no otras.

**No existe un solo factor que explique estos trastornos, sino un conjunto de situaciones que aparecen juntas (modelo biopsicosocial), factores predisponentes.**

**ETIOPATOGENIA:**

**1.-Factores Individuales:**

Existe una vulnerabilidad biológica, hay alteraciones del eje hormonal hipotálamo hipofisario y de algunos neurotransmisores, activación de los receptores serotoninérgicos, se asocia a disminución de la ingesta (hidratos de carbono) y su bloqueo el efecto opuesto, y los atracones podrían ser consecuencia de hiperactividad alfa-2-noaradrenérgica hipotalámica. Genética (**concordancia 55% monocigotos; 10% dicigotos**), antecedentes familiares de trastornos mentales.

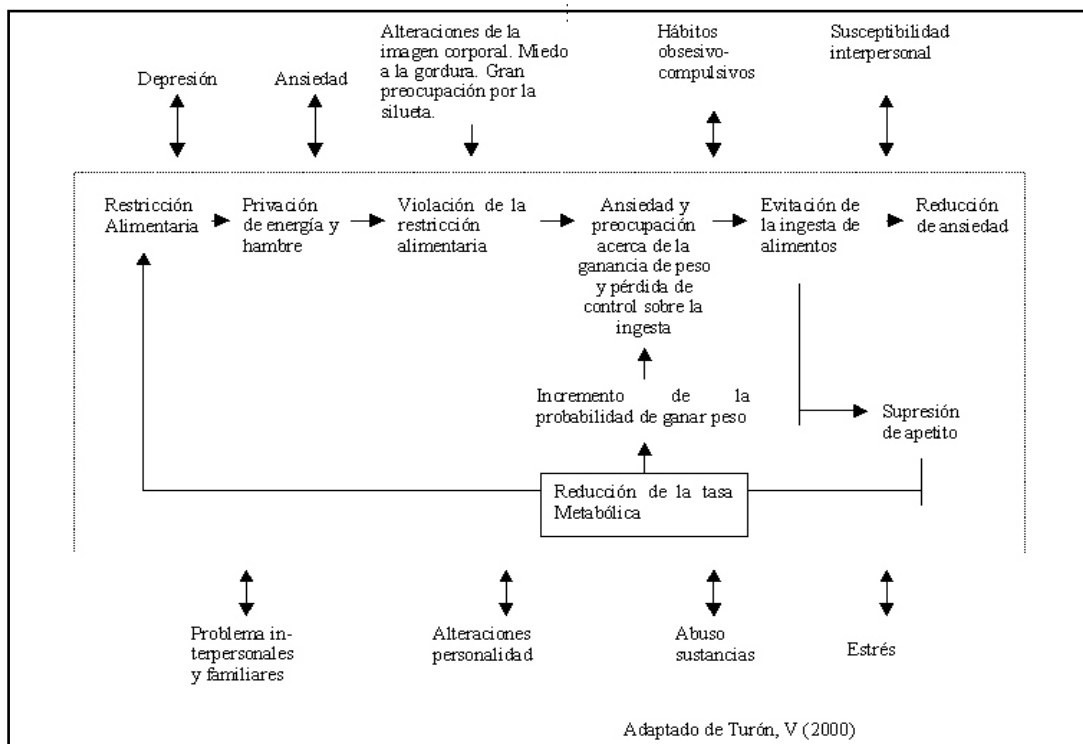
El sexo femenino y la edad juvenil. La existencia de sobrepeso previo.

Desde el punto de vista psicológico: alteraciones de la personalidad, baja autoestima, inseguridad, miedo a la madurez, dificultad para la independencia y autonomía. **Baja autoestima, pensamientos dicotómicos todo-nada, miedo a madurar** a la autonomía e independencia. Valorarse a través de los demás.

Posibilidad de abusos sexuales hasta en 20% de las pacientes (más en BN), malos tratos en la infancia.

En AN perfeccionismo, obsesividad, valoración por los logros, necesidad de aprobación, autocontrol, auto exigencias.

En BN impulsividad, ausencia de normas, hábitos desestructurados.





## 2.- Factores Familiares:

**Se observan claramente disfunciones familiares importantes en los TCA. Organización familiar disfuncional.** Eludir continuamente el conflicto, no asumir el rol que le corresponde. Malos hábitos alimentarios o elevada preocupación por los alimentos. **Problemas conyugales, generalmente no reconocidos. Dificultad para asumir la autonomía y la independencia de los hijos.** Gran preocupación de los padres por la figura, valor a lo externo. Familias **sobreprotectoras** y estrictas, de forma soterrada se desanima a la independencia. Creándose relaciones dependientes y enfermizas. **Exigencias máximas en estudios, deportes, trabajo.** Valorar a los hijos a través de los logros.

## 3.-Factores Socioculturales

Aparecen más TCA en sociedades occidentales, que dan mucha más importancia a la figura delgada como criterio de belleza y éxito. Son de gran importancia: Ideales de delgadez. Prejuicios contra la obesidad. Patrones estéticos predominantes en su grupo de pares. La moda que se impone a través de la Publicidad (revista, cine, anuncios, moda). Éxito y prestigio social asociado a delgadez. Dificultad para encontrar ciertas tallas en tiendas de jóvenes. Grandes intereses económicos en productos para "adelgazar", productos light, gimnasios... Transmisión oral de dietas, y querer perder con rapidez. Ciertas profesiones y deportes (gimnastas, modelos, azafatas, bailarinas...). Exigencia de estar delgada para ciertas profesiones. Ejercicio de forma compulsiva para perder peso y no para disfrutar. Prejuicio contra la obesidad. Sociedad del bienestar, abundancia de comida. Contradicciones publicitarias.

### Factores precipitantes o desencadenantes:

Al observar los TCA de forma cronológica se observa previo a la aparición de la enfermedad una serie de desencadenantes como: Cambios físicos en la pubertad y emociones asociadas: identidad, ansiedad, depresión, fobias. Situación personal estresante: desengaño amoroso, contacto sexual, separación de los padres, muerte de algún ser querido. Críticas respecto al cuerpo, incremento rápido de peso.

Otros: Realización de dietas, es el precipitante más importante sobre todo en BN conflictos familiares, cambios de colegios, amistades..., cambios corporales importantes en

la adolescencia, críticas respecto al cuerpo, también elogios a la pérdida de peso, alguna enfermedad adelgazante, incremento de la actividad física, acontecimientos vitales importantes, separaciones, cambios de casa, ciudad, colegio..., enfermedad física, embarazo o tener amigas con el mismo problema.

**Factores mantenedores, Factores que se ponen en marcha una vez que se inicia el trastorno y lo mantienen.**

Hay una serie de acontecimientos que van a mantener o aumentar la patología como: propia negación de la enfermedad, la desnutrición y sus consecuencias tanto físicas como psicológicas, los refuerzos positivos por parte de familiares o amigos, el bajo peso y las dietas, los trastornos de personalidad y conductas adictivas.

En cuanto a las intervenciones, la enfermedad se va a perpetuar si las decisiones son inconsistentes, si no hay límites o desacuerdos. Si hay pobre soporte familiar o social. Minimizar los problemas o falta de resolución de conflictos o negarlos. No tener en cuenta que esta enfermedad existe y es grave. Tener una clara identidad con "ser anoréxica"

### DIAGNÓSTICO:

Nos vamos a apoyar en los criterios diagnósticos DSM IV y CIE 10, aunque ya actualmente en uso DSM 5, con criterios más abiertos, lo que ha incrementado los diagnósticos de AN y BN, disminuyendo lo que se llamaban no especificados.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA ANOREXIA NERVIOSA (AN)

A. Restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, que conduce a un *peso* corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso* significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, al mínimo esperado.

B. *Miedo* intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración de la *forma* en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución corporal, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de



reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

- **Tipo restrictivo:** Durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.
- **Tipo con atracones/purgas:** Durante el episodio de AN, en los últimos tres meses *atracones o purgas*.
- Especificar si: en remisión parcial o total.
- Especificar la gravedad actual:
  - Leve IMC > 17
  - Moderado IMC 16-16,99
  - Grave IMC 15-15,99
  - Extremo IMC < 15

Son pacientes muy perfeccionistas, autoexigentes, con muy buen rendimiento en los estudios, con deseos de agradar a los demás.

#### SÍNTOMAS FÍSICOS:

La sintomatología de la AN va a depender del grado de malnutrición y de los hábitos de purgas. Los síntomas físicos que aparecen en general, van a depender de la desnutrición o las purgas. Aparece una gran sensibilidad al frío, temperatura corporal más baja. Palidez y sequedad de piel, caída de cabello y aparición de lanugo. Hipotensión, bradicardia, mareos, edemas. Alteraciones analíticas con anemia, leucopenia, alteraciones hepáticas, renales... Alteraciones gastrointestinales, más asociadas a las purgas, hemorragias, gingivitis, hipertrofia de parótidas, estreñimiento. Alteraciones en hormonas tiroideas y sexuales con amenorrea y la posibilidad de osteoporosis.

#### ALTERACIONES PSICOLÓGICAS:

Pensamientos obsesivos sobre el cuerpo, peso, comida, gordura, que se van acentuando según continúa la enfermedad. Distorsión de la imagen corporal. Tendencia al perfeccionismo. Gran autodisciplina, rigidez. **Baja autoestima.** Cambios bruscos de humor. Irritabilidad. Aislamiento familiar y social. Estado de ánimo depresivo. Alteraciones cognitivas Ansiedad con comida, ropa, acumulan recetas, cuentan calorías, se pesan continuamente. Realizan conductas compensatorias continuadas como ejercicio excesivo.

## BULIMIA NERVIOSA

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA BULIMIA NERVIOSA (BN)

A. Episodios recurrentes de *atracones*. Un episodio de atracón:

#### ATRACÓN:

A. Ingestión en un periodo determinado (p ej. dentro de 2 horas) de una cantidad de alimentos que claramente es superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

B. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (no puede dejar de comer).

B. *Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes* para evitar el aumento de peso (*provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros F; ayuno, y ejercicio excesivo*).

C. Atracones y conductas compensatorias promedio: al menos 1 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D. *La auto evaluación* está indebidamente influida por el *peso* la *constitución* corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

#### ● **Especificar si:**

- En remisión parcial
- En remisión total

#### ● **Especificar la gravedad actual:**

- Leve 1-3 a la semana
- Moderada 4-7
- Grave 8-13 a la semana
- Extremo más de 14 episodios a la semana.

LA BULIMIA ES: un trastorno complejo de la conducta alimentaria. Con:

SÍNTOMAS FÍSICOS: van a depender sobre todo de las purgas.

Alteraciones digestivas: aftas bucales, caries dental, gingivitis, esofagitis, gastritis, úlceras, hemorragias, hernia de hiato, hinchazón de las glándulas salivares. Signo de Russell Alteraciones neuromusculares: parestesias, calambres... Alteraciones cardíacas por la pérdida de potasio, arritmias, taquicardias, es la situación más temida.



Edemas y sobrecarga cardiaca que pueden aparecer cuando dejan de vomitar. Alteraciones menstruales, también pueden aparecer. Deshidratación, desnutrición. Alteraciones hidroelectrolíticas y analíticas

**ALTERACIONES PSICOLÓGICAS:** Más impulsividad. Menos autocontrol, cambios de humor. Baja autoestima, ansiedad por comida, peso, obsesividad y síntomas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, síntomas depresivos, cleptomanía, compras compulsivas, abuso de alcohol y drogas, conductas autolesivas, irritabilidad, aislamiento social, cleptomanía, consumo de tóxicos.

### TRASTORNO DE ATRACONES (DSM-5)

- A. Episodios recurrentes de atracones. Igual que en BN.
- B. Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de los hechos siguientes:
  - Comer mucho más rápidamente de lo normal.
  - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
  - Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  - Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Atracones al menos 1 vez semana tres meses.
- E. No hay comportamientos compensatorios como en BN, y no en ella.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de muerte súbita, por malnutrición crónica, por trastornos hidroelectrolíticos, por iatrogenia (fármacos que alargan QT), prolapso de válvula mitral, suicidio, atragantamientos graves y sus consecuencias.

### SOBREPESO Y OBESIDAD

Por el alarmante aumento en nuestra población de la obesidad en los niños y adolescentes creo que es importante hacer algunas consideraciones. Hay una serie de factores por lo que está en aumento, engullir en lugar de comer, abundante oferta de miles de productos con exceso de grasas o

azúcares, se come cada vez menos en familia, publicidad engañosa. Asociación de cualquier emoción a la ingesta de alimentos.

### LOS SIGNOS DE ALARMA Y GRUPOS DIANAS:

Es importante la identificación, así como la intervención precoz de las personas con pérdida de peso antes que desarrollen graves estados de desnutrición. Y que son los que pueden alertar a las familias, pediatras, profesores o amigos.

- Cambios de la conducta en la comida.
  - Rechazo de grasas y de hidratos de carbono.
  - Cambios de horario para evitar comer acompañados, alargar el tiempo de las comidas.
  - Tras las comidas acudir de forma rápida al WC.
  - Desmenuzar, trocear, esconder la comida, irritabilidad a la hora de comer, calentar en exceso.
- Cambios en los hábitos generales:
  - Cambio en la elección de ropa, ancha, ocultando.
  - Abrir las ventanas, intentar pasar frío.
  - Disminución en el rendimiento escolar.
  - Visitas continuas a internet y grupos ANA-MIA
  - Niños/as, adolescentes y jóvenes que realizan deportes de riesgo de padecer TCA (atletismo, danza, natación sincronizada, etc.).
- Cambios físicos:
  - Jóvenes con un índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con los valores de referencia según edad, personas que consultan por problemas de peso sin estar en sobrepeso o personas con sobrepeso, mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, pacientes con síntomas gastrointestinales, pacientes con signos de inanición o vómitos repetidos y niños con retraso o detención en el crecimiento, caída del pelo, piel seca, infecciones, mareos, alteraciones neurológicas, renales, endocrínicas, hematológicas, cardiovasculares, en relación a la malnutrición o a las purgas.
- Cambios psicológicos:
  - Cambios en las relaciones interpersonales, aislamiento, cambios de amigos, disminución apetito sexual, paranoia, irritabilidad, mayor distorsión corporal, depresión, ansiedad, alteraciones cognitivas, aislamiento.



## ENTREVISTAS Y EVALUACIÓN DE LOS TCA

**Es de gran importancia la detección precoz de los TCA ya que de ello va a depender la evolución. La confirmación diagnóstica es a cargo de psiquiatra o psicólogo.**

Ante la sospecha de AN, se debería prestar atención a la evaluación clínica global (repetida en el tiempo), incluyendo el ritmo de pérdida de peso, curva de crecimiento en niños, signos físicos objetivos y pruebas de laboratorio apropiadas. En las entrevistas se debe tener un clima de confianza empático y activo, con gran seguridad, sin engaños, sensibilizarse con el problema, evitar que se identifiquen como "anoréxicas", evitar los moralismos y la culpabilización. No alarmar pero ser realista. Son pacientes muy difíciles, evitar hablar de comidas, imagen corporal de forma directa.

Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA.

Se sugiere utilizar los siguientes instrumentos:

- TCA en general: SCOFF (a partir de los 11 años).
- AN: EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años).
- Bulimia nerviosa (BN): BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 12-13 años).

Se considera fundamental la formación adecuada de los médicos de AP y pediatras para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible y, en consecuencia, tratar o derivar los casos de TCA que lo requieran.

## VALORACIÓN CLÍNICA

La exploración y la historia clínica de un caso sospechoso de TCA va a tener que ser muy exhaustiva de tal forma que vamos a incidir sobre: aspectos de la alimentación, alteraciones emocionales y otras a nivel psicológico, cognitivas, alteraciones físicas generales, endocrinológicas y metabólicas, alteraciones hematológicas.

## EVALUACIÓN

• **Patología alimentaria**, Existencia o no de la patología alimentaria.

- Diagnóstico del trastorno alimentario.
- Factores predisponentes.

-Factores precipitantes.

-Factores de mantenimiento de la enfermedad.

-Diagnóstico CIE 10 y DSM IV o 5.

### • Psicopatología:

-Diagnósticos psiquiátricos asociados.

-Factores psicopatológicos que estén influyendo en el TCA.

-Trastornos de la personalidad.

-Comorbilidad.

### • Estado físico:

-Evaluación del estado nutricional.

-Evaluación de enfermedades asociadas.

-Evaluación de situaciones de riesgo.

-Evaluación de la necesidad de hospitalización

## EXPLORACIÓN FÍSICA

IMC peso (Kg.)/altura (m) al cuadrado,  $IMC = Kg/m^2$ , índice de Quetelet < de 17,5 se valora como malnutrición, o evaluación por impedancia.

Estudio antropométrico: pliegues cutáneos, tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco; perímetro cintura, caderas y brazo.

Signos vitales: frecuencia cardíaca (EKG), tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura y tolerancia al frío. Una exploración física general. Observación de la curva de crecimiento. Ritmo de pérdida de peso.

## PRUEBAS QUE SE DEBEN REALIZAR

**ANALÍTICA:** Hemograma, bioquímica perfil hepático y renal, hormonas tiroideas y sexuales, vitaminas, cortisol, hormonas sexuales, proteínas: albúmina, transferrina, ferritina. Colesterol, amilasa. Iones. Una analítica normal no descarta patología alimentaria. Suele aparecer alcalosis metabólica (vómitos), acidosis metabólica (laxantes).

**Radiografías:** Tórax si se sospecha de alteraciones, Densitometría (tras 8 meses - 1 año de amenorrea). Es imprescindible en todos los casos un electrocardiograma. Otras pruebas a tener en cuenta: Mantoux, intolerancias sospechadas.



Exploraciones ginecológicas, TAC, RMN ya en casos avanzados o sospecha para descartar otras patologías.

### **CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (UTA), A EQUIPOS DE SALUD MENTAL (ESM) O PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL (ESMIJ)**

La derivación al UTA o ESM por parte del médico de familia o del pediatra debería ser una asistencia integrada con responsabilidades compartidas. Se deben evitar las recaídas, las complicaciones y la cronicidad. Durante el tratamiento se establece colaboración con pediatras y con el entorno escolar. Al alta se pedirá seguimiento de paciente por parte de su pediatra.

**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (UTA): Es una unidad de atención terciaria, provincial, a la que deberían llegar pacientes cribados por el especialista, salvo pacientes muy graves, que deberían ser remitidos de forma más precoz. Tras derivación se debe establecer una colaboración continuada de ambos servicios. Los criterios para derivar a pacientes con TCA son:**

1. Pacientes con criterios claros de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.
2. Pacientes con sintomatología grave psicológica o física, aunque no cumplierse los criterios.
3. Pacientes cuya evolución de su TCA en ESM no ha sido satisfactoria.
4. Paciente que por su gravedad sociofamiliar no puede ser atendida en ESM.
5. Casos parciales pero con complicaciones físicas, psicológicas o familiares.
6. TCA comorbidos con otros trastornos.
7. Niñas con TCA mayores de 12 años. Hemos establecido este límite con la Unidad de psiquiatría Infanto Juvenil, siendo este un criterio flexible.

La familia y personas cuidadoras deberían ser informadas de la existencia de asociaciones y grupos de ayuda relacionados con TCA (ADETAEX).

**CRITERIOS DE INGRESO URGENTE ANTE LA SOSPECHA DE TCA, en Extremadura está elaborado, pendiente de publicación un Proceso de Hospitalización en las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría (UHB), teniendo en cuenta que para menores de edad deberíamos contar con unidades específicas. Por lo que se realizarán canalizaciones en Centros adecuados y específicos. Se realizará ingreso urgente en los siguientes casos:**

- IMC < de 14, o pérdida de peso superior a 50% en 6 meses o 30% en los últimos 3 meses. Malnutrición proteica calórica grave.
- Negativa absoluta a comer y beber en relación con su imagen corporal.
- Trastornos hidroelectrolíticos: hipopotasemia (Potasio < 3 mEq / L), hiponatremia (sodio < 130 o > 145), hipomagnesemia, hipoglucemia graves.
- Trastornos neurológicos severos, miopatías, convulsiones, alteraciones de la conciencia.
- Deshidratación importante.
- Arritmia cardíaca, bradicardia < 40 u otros trastornos del electrocardiograma, alteraciones en el ECG en intervalo QT, segmento ST y onda T, teniendo en cuenta situaciones previas. Otros trastornos cardiovasculares: frecuentes síncofes, ICC grave, hipotensión.
- Hipotermia, hipotensión severa o síncofes.
- Alteraciones hepáticas y renales graves (hipoalbuminemia, edemas severos).
- Alteraciones hematológicas graves: Erupción petequiral, supresión plaquetaria, leucopenia, linfopenia < de 900.
- Pancreatitis.
- Hemorragia digestiva aguda: Hematemesis o rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.
- Rechazo manifiesto a alimentarse, negativismo ante la ingesta, no haber ingerido absolutamente nada en los días previos.
- Vómitos auto-inducidos continuados muy descontrolados.
- Abuso grave de laxantes / diuréticos, que hayan provocado alteraciones iónicas.
- Cuadros psicóticos o depresivos importantes.





- Trastorno psiquiátrico que requiera ingreso urgente: intento de autolisis, psicosis agudas, o agresividad.

En casos de problemas físicos graves, el ingreso en UHB de psiquiatría se hará con el paciente estabilizado a nivel orgánico, después de ser visto en urgencias y tratado por los especialistas que correspondan. En caso de menores se comunica al Juzgado. Trataremos de remitirlos a una Unidad de TCA Infantil.

### **Criterios de Ingreso Programado de pacientes con diagnóstico de TCA.**

- Pérdida de peso persistente hasta alcanzar el 25-30% del peso ideal o IMC <de 17,5 o ritmos de pérdidas de 1 kg por semana, en los que no haya respuesta al tratamiento ambulatorio.
- No se consiguen los incrementos de peso pautados en el tratamiento ambulatorio que requieren mayor control.
- No hay respuesta al tratamiento ambulatorio mediante la hospitalización domiciliaria.
- La conflictividad familiar es tan manifiesta que impide la mejoría clínica.
- La psicopatología del paciente es tan manifiesta que impide la mejoría clínica.
- Intervenciones en crisis y recaídas graves.

### **ABORDAJE TERAPÉUTICO:**

El abordaje de un TCA lo inicia el médico de atención primaria o pediatra, tras alarma de amigos, familiares o el colegio. Es importante tener en cuenta que hay casos autolimitados, y que en muchas ocasiones la reposición del peso hace que desaparezcan la mayor parte de los síntomas.

Si cumple criterios para ser atendido en Equipos de Salud Mental o Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) se derivará a las mismas. Desde las UTA se realizará principalmente atención ambulatoria con el equipo terapéutico (psiquiatra, enfermera, psicólogo, trabajadora social), si no es posible se realiza Hospitalización domiciliaria, en casos graves hospitalización en Hospital de Día o completa UHB o Unidades específicas. Los tratamientos son individualizados. El abordaje ambulatorio en casos graves debe ser semanal, hasta que desaparezca la desnutrición y pueda comenzar el tratamiento

psicoterapéutico, siempre las entrevistas van a ir encaminadas hacia aumentar la motivación.

Los objetivos del tratamiento son:

- Tratar la desnutrición y la depresión son las dos entidades determinantes para valorar la evolución de la AN.
- Evaluar el estado nutritivo del paciente a fin de planificar las necesidades correctas energéticas y la renutrición, supresión de los hábitos de purgas.
- Alcanzar y mantener y el peso mínimo para tratamiento ambulatorio, desaparición de la amenorrea.
- Conseguir el crecimiento y desarrollo adecuado en infancia y pubertad.
- Iniciar/reiniciar la educación nutricional. Potenciar la motivación de los pacientes para cooperar en el restablecimiento de patrones de alimentación normales y participación en el tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a reevaluar y modificar sus cogniciones, actitudes, motivos, conflictos y sentimientos disfuncionales en relación al TCA.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Conseguir el apoyo de la familia y proporcionar orientación psicopedagógica y terapia familiar.
- Evitar recaídas y tratar los trastornos psiquiátricos asociados.
- Es muy importante la atención conjunta psiquiatra y pediatra en los casos especiales como pacientes con diabetes.

El tratamiento va a ser Endocrino Nutricional, farmacológico y psicoterapéutico. En pediatría y atención primaria se pueden atender casos leves e iniciar tratamientos hasta ser visto por psiquiatría.

### **TRATAMIENTO ENDOCRINO-NUTRICIONAL**

Debemos conocer las necesidades individuales energéticas. Debemos tender a la alimentación tradicional y equilibrada. Valor especial a la dieta mediterránea. No es una lucha contra el paciente, por lo que debe ser progresiva.

Saber qué es una alimentación equilibrada, a la que debemos tender siempre. Los incrementos de peso deben ser muy lentos para ayudar a modificar la imagen corporal.

Los objetivos de la rehabilitación nutricional son:



- Restablecer el peso.
- Normalizar los patrones alimentarios.
- Percibir con normalidad hambre/saciedad.
- Reparar las secuelas físicas y psíquicas de la malnutrición.

Los tipos de nutrición son: nutrición parenteral, nutrición enteral por sonda, nutrición con apoyo energético, alimentación hipercalórica, alimentación balanceada u otras.

- Es muy importante contar con otros apoyos como:
  - Son importantes los autorregistros sobre todo en pacientes bulímicas, pero también en paciente con AN, con ellos obtenemos mucha información y podemos ir regulando la dieta según veamos los registros.
  - Es importante conocer los hábitos. Ayudarles con lecturas apropiadas.
  - En paciente con purgas el objetivo es disminuir el número de purgas en primer lugar y no tanto corregir una dieta, así como establecer vínculos entre los atracones y determinadas circunstancias o sentimientos.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Gran parte de los síntomas desaparecen con la renutrición sin necesidad de otro tipo de intervención en ocasiones. Conocemos factores que suprimen la ingesta; glucagón, colesterol, calcitonina, CRT, somatostatina, bombesina, neurotensina y factores que aumentan la ingesta: betaendorfinas, neuropéptido Y, péptido YY, déficit de serotonina, noradrenalina o dopamina.

Los neuropéptidos implicados en los TCA son: serotonina, noradrenalina, colecistocinina y péptido Y. La serotonina parece tener un papel fundamental, visto como posible marcador, parece estar implicado en la etiopatogenia de TCA y otros trastornos que son comórbidos. Hay respuesta eficaz a fármacos Inhibidores de recaptación de serotonina, mejor respuesta en Bulimia Nerviosa, mala respuesta a estos fármacos cuando el peso es muy bajo.

### FARMACOS ÚTILES EN LOS TCA

**ANTIDEPRESIVOS:** más eficaces en BN, poco eficaces en bajo peso. Controlan la ansiedad, los atracones y purgas, los síntomas obsesivos.

En menores el único que aparece en ficha técnica aprobado es Fluoxetina (dosis entre 40 - 60 mg diarios), aunque podríamos utilizar otros Inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS). Se evitarán tricíclicos por los efectos adversos, en caso de depresión grave se pueden usar otros. Siempre coadyuvantes de la terapia. Fluoxetina tiene la indicación como antibulímico.

**ANTIPIPSICÓTICOS:** el primer fármaco utilizado fue la clorpromacina. Útiles en la distorsión corporal. Mejoran la capacidad de reposo y facilitan la tranquilidad para ayudar a aumentar el peso. Generalmente a dosis bajas, los que menos efectos adversos tiene, preferible por la noche para facilitar el sueño, mejor los atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina...). No tienen indicación en TCA. Tener en cuenta el perfil de seguridad y la edad de los pacientes así como los trastornos que aparece en EKG. Generalmente más apropiados cuando hay un trastorno grave de la personalidad.

**ANTIIMPULSIVOS:** Mejoran el estado de ánimo. Eficaces cuando existen trastornos del control de los impulsos. Evitan la hiperactividad y la impulsividad Disminuyen el círculo atracón purgas. Muy útiles en el control de los atracones y la obesidad. Los más utilizados topiramato, zonisamida.

**ANSIOLÍTICOS:** en pacientes jóvenes se deben evitar siempre, o limitar su tiempo de uso. Los utilizamos para disminuir la ansiedad frente a las comidas. Utilizar los de vida media o larga.

**HORMONAS, CORRECTORES METABÓLICOS, VITAMINAS Y MINERALES:** solo en caso de deficiencias. Los estimulantes del apetito se utilizaran en caso de pérdida de apetito (recordar que es una huelga de hambre) y con colaboración de las pacientes (ciproheptadina). Mucha atención a la posibilidad de osteopenia y osteoporosis.

### TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Es el tratamiento fundamental para estos trastornos. La psicoterapia debe ser individualizada para cada paciente. Según las posibilidades realizaremos terapia individual, grupal, y en menores es obligatoria las intervenciones o la terapia familiar. La psicoterapia más eficaz es la cognitivo conductual, interpersonal y terapia familiar sistémica. Necesitando también los grupos psicoeducativos de apoyo para familiares.



Con niños y adolescentes, son de gran utilidad los cuentos terapéuticos, con finales felices, de los que se pueda extraer un fácil aprendizaje, así como las metáforas, que nos servirán para desarrollar un vínculo con la enfermedad contra el que posteriormente puedan luchar.

### FASES TERAPIA

1. Creación de un contexto de confianza y colaboración.
2. Motivación al cambio.
3. Fase Psico-educativa
4. Fase de cambio de conducta
5. Fase de cambios emocionales y cognitivos.
6. Fase de prevención de recaídas

### TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es imprescindible en pacientes menores, por varios motivos, por estar implicados en la etiopatogenia del problema, por ser necesarios para el trabajo psicoterapéutico y nutricional, y porque van a ser nuestros coterapeutas en el domicilio sobretodo en periodos de hospitalización domiciliaria.

Se debe evitar la culpabilización, debemos intervenir para cambiar los juegos familiares patológicos, debemos seguir dando la jerarquía a los padres.

Debemos transmitir mensajes de protección como pautas de alimentación correcta, que al menos hagan una comida juntos, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima. Que eviten que su comunicación gire en torno a la comida, imagen desaprobaciones al cuerpo,

### INGRESO HOSPITALARIO

En paciente de corta edad el seguimiento debe de ser muy cercano, pues es fácil la progresión hacia un deterioro psico-físico grave. Los objetivos del ingreso hospitalario son:

- Evitar la muerte del enfermo por descompensación o deshidratación.
- Estabilización médica y psicopatológica pero no la curación.
- Establecer desde el principio una alianza terapéutica con el paciente incrementando la motivación al cambio.
- Identificación y tratamiento de la comorbilidad.
- Rehabilitación nutricional.
- Interrupción de las conductas compensatorias.
- Romper el círculo atracón-vómito.
- Muy importante conocer los factores mantenedores: psicológicos, familiares, sociales, académicos que subyacen al TCA.
- Iniciar tratamiento psicoterapéutico.
- El posibilitar un análisis más profundo de las relaciones familiares y sociales y las dificultades en las actividades diarias.
- Psicoeducación nutricional del trastorno del comportamiento alimentario.
- Prevención de recaídas.



## BIBLIOGRAFIA

1. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clinical Psychiatry. Self Assessment Program Edit Medical Trens 2007. Bulimia Nerviosa. Perspectivas clínicas actuales. Francisco J Vaz Leal. Edit Ergón. 2006.
2. Braun DL, Sunday Halmi K. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychol Med 1994, 24: 859-867.
3. Calvo Sagardoy, R. Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas. Ed. Planeta, Barcelona, 2002.
4. Cecile Rausch Herscovici y Luisa Bay. Anorexia Nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Edit Paidós. Terapia de Familiar 2000.
5. Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Edit Masson 2003
6. Chinchilla Moreno, A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia
7. Chistopher Fairburn. La superación de los atracones de comida. Edit paidós. 1998.
8. Cowen PJ, Smith K. Serotonin, dieting and bulimia nerviosa. Adv Exp Med Biol 1999; 467; 101-4.
9. Díaz Atienza J, Torres Salvador A, Hernández Carrillo I. La anorexia nerviosa en niños y adolescentes. <http://www.paidopsiquiatria.com/anorexia/intro/intro1.pdf>.-Herrero Marfil J.M. A propósito de un caso clínico de Anorexia Nerviosa. Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2002; 2(2): 157-159
10. Fairburn C. La superación de los atracones de comida. Paidós Edit, 1998.
11. García-Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Edit Masson, Psiquiatría Médica, 2001.
12. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo 2009
13. Holland AJ, Sicotte N, Treasure J. Anorexia Nervosa evidence for a genetic basis. J Psychosom Res 1998; 32: 561-571.
14. Muñoz Perea M, Turón Gil V. Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2002; 1(2): 33-41.
15. Oldham J y cols. Trastornos de Personalidad . Edit Elsevier Masson. 2007.
16. Raich RM, Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Edit Pirámide 2011.
17. Selvini Palazzoli M y cols. "Invención de la prescripción invariable", Los Juegos Psicóticos de la Familia. Edit Paidós, Barcelona 1990..
18. Selvini M, Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli. Edit Paidós, Buenos Aires 1990.
19. Selvini Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo C. "Hypothesizing-circularity-neutrality : Three guidelines for the conductor of session". Family Process 1980; 19: 3-12.
20. Selvini M "The anorectic process in the family: a six stage model a guide for individual therapy" Family Process, 1988, 27, 2: 129-148.
21. Selvini Palazzoli M., Cirilo S, Selvini M, Sorrentino AM. Muchachas anoréxicas y Bulímicas. Edit Paidós Terapia Familiar, Barcelona 1999.
22. Toro J y Vilardell. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, 1998.-Turón Gil V. Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Masson, 1997.
23. Turón V. Trastornos de Alimentación. Anorexia , bulimia y obesidad. Masson, 1997
24. Vaz Leal. Bulimia Nerviosa. Perspectivas Clínicas actuales. Ergón 2006.
25. Vandereycken W, Prednia C. "La participation de la famille dans un traitement residential de l'anorexie mentale". Psychoterapies 1986, 4: 191-195.
26. Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Edit Martínez Roca 1991.
27. Viaro M. "Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of family games". Family Process, 1990, 29: 289-296.
28. Zimmerman JL, Dickerson VC. "Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice". Family Process, 1994, 33: 233-245.



## ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD. ¿QUÉ, CUÁNDO, DÓNDE PODEMOS DERIVAR? ¿QUÉ RECURSOS EXISTEN EN SANIDAD, DEPENDENCIA, EDUCACIÓN?

**Angeles Almeda Acedo**

Directora del CADEX.  
Badajoz

### **CENTRO DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN EXTREMADURA (CADEX)**

Los Centros de Atención a la Discapacidad en Extremadura (CADEX), son unidades administrativas de ámbito provincial dependiente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), perteneciente a la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria.

La función de los CADEX es prestar servicios de información, valoración, orientación y/o tratamiento a las personas afectadas de cualquier discapacidad o en riesgo de padecerla.

Son los centros de referencia a nivel provincial para las personas con discapacidad; el único centro para el reconocimiento y valoración oficial del grado de discapacidad, y para la emisión del documento que lo acredita, así como de todas las actuaciones derivadas del mismo.

### **Servicios que se ofrecen desde los CADEX:**

#### **INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO:**

Unidad encargada de informar y asesorar a las personas interesadas sobre las distintas situaciones de reconocimiento y revisión del grado de discapacidad, de la tramitación de expedientes, de los recursos existentes en distintas materias: tratamientos, ayudas, orientación laboral, ingreso en servicios diurnos, residenciales, etc. para personas que tengan discapacidad o en prevención de ella. Es responsable de esta unidad una Trabajadora Social.

#### **VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN:**

Los responsables de llevar a cabo el reconocimiento y la valoración del grado de discapacidad son los **Equipos de Valoración y Orientación** (E.V.O.).

Están constituidos por un médico, un psicólogo y un trabajador social que llevan a cabo la exploración de los aspectos médicos, psicológicos y sociales.

El CADEX de Badajoz, cuenta con 4 E.V.O. y el de Cáceres con 3.

La actividad laboral de los E.V.O.s se centra en dos áreas fundamentales:

✓ **Valoración del grado de Discapacidad**, regulado este procedimiento por el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, BOE N°22 de 26 de enero de 2000, y por la Orden de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura, de 31 de enero de 2001, DOE N°16 de 8 de febrero.

Son los responsables, entre otras de las siguientes funciones:

- Realizar la instrucción del Procedimiento para llevar a cabo el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad.
- La valoración de las dificultades de movilidad.
- Valorar la necesidad de concurso de ayuda a tercera persona.
- Orientación e información sobre tratamientos y recursos existentes en el ámbito de la discapacidad.
- Elaboración de informes que se requieran en procedimientos de Incapacitación Judicial Civil.
- Emisión de dictámenes que se requieran para prestaciones y servicios de la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria, así como de otros organismos públicos.
- Realizar informes de aptitud para el acceso al empleo público y privado.



- Realizar informes para el Gabinete Jurídico y Asesoría jurídica, así como la asistencia a vistas judiciales cuando sean requeridos para ello.

✓ **Gestión del MADEX (Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura):** El CADEX es la Puerta Única de Entrada a la cartera de servicios que ofrece el MADEX. Los E.V.O.s son los encargados, a nivel técnico, de hacer los informes de propuesta y elaboración de perfiles para acceder a los distintos servicios:

- Tratamientos:

- Atención Temprana
- Habilitación Funcional

-Servicios Diurnos:

- Centro de Día
- Centro Ocupacional

-Servicios Residenciales:

- RAE (Residencia de Apoyo Extenso y Generalizado)
- RAL (Residencia de Apoyo Intermitente y Limitado)
- VT (Vivienda Tutelada).

## TRATAMIENTO:

El CADEX cuenta con un **Equipo Multidisciplinar** que se encarga de realizar tratamientos individualizados destinados a personas que presentan alguna discapacidad o tienen alto riesgo de padecerla. Prioritariamente se atiende a niños de 0 a 6 años. Actualmente el equipo terapéutico está formado por 8 terapeutas especializados.

Los tratamientos que se imparten son los siguientes:

- **Atención Temprana** (3 terapeutas)
- **Logopedia** (1 logopeda)
- **Psicomotricidad** (1 psicomotricista)
- **Fisioterapia** (2 fisioterapeutas)
- **Terapia Ocupacional** (1 terapeuta ocupacional)

## La actividad del equipo terapéutico, se centra en:

- realizar el programa de tratamiento con el niño y establecer las medidas terapéuticas oportunas,
- atender a la familia,
- establecer las coordinaciones con Sanidad y Educación en función de las necesidades del niño,
- realizar seguimientos puntuales para ver la evolución alcanzada,
- hacer informes sobre el niño para la familia y especialistas de Sanidad y Educación,
- hacer sesiones clínicas para establecer objetivos terapéuticos, orientaciones y trabajo con la familia, etc.

A continuación, una breve descripción de cada uno de los tratamientos:

### Atención Temprana:

Son intervenciones dirigidas a niños entre 0 y 6 años, a su familia y al entorno en el que se desenvuelve. Se trata a niños con trastornos en su desarrollo o en situación de riesgo de padecerlo. Se da una atención global en todas las áreas del desarrollo.

### Logopedia

Dirigida a niños que presentan trastornos relacionados con la audición, el habla, el lenguaje y la comunicación o que puedan llegar a presentarlos.

### Psicomotricidad

Conjunto de técnicas destinadas a promover y desarrollar las capacidades perceptivas y motrices de las personas afectadas de minusvalía o en presunción de ella.

### Fisioterapia

Conjunto de técnicas terapéuticas que utilizan como instrumento diversos medios físicos (agua, electricidad, ondas, calor, frío, etc.), y que constituyen parte del proceso general rehabilitador, junto a otras técnicas.



## Terapia Ocupacional

Utilización terapéutica de actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad

## ADMINISTRACIÓN:

Para dar soporte administrativo a toda la actividad anteriormente descrita, se cuenta con personal encargado de realizar estas gestiones.

## **MARCO DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN EXTREMADURA (MADEX)**

El Decreto 151/2006, de 31 de julio de 2006, regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX), y establece el régimen jurídico para la celebración de conciertos para la prestación de servicios de atención especializada a personas con discapacidad en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Se pretende de este modo consolidar un sistema de atención que permita a todas las personas con discapacidad de la región el acceso a los recursos disponibles, garantizando unos niveles superiores de calidad en la prestación de los servicios. Con esta finalidad se dispone la creación de un sistema de planificación, coordinación y gestión de recursos, a través del cual la Administración Autonómica constituirá una red pública de atención, en colaboración con las entidades públicas y privadas sin ánimo de lucro prestadoras de servicios, que garantizará la igualdad en la atención a todas las personas con discapacidad. Esta colaboración se desarrollará a través de convenios-programas (conciertos) que vendrán a sustituir el actual sistema de subvenciones.

## **BENEFICIARIOS DE LOS SERVICIOS**

Podrán ser beneficiarios de los servicios que integran el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura, aquellas personas con discapacidad (que tengan un Grado de Discapacidad igual o superior al 33%) que estén empadronados en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma durante los doce meses anteriores a la solicitud. Este último plazo no será exigible a los beneficiarios del servicio de Atención Temprana, ni a aquellos solicitantes del resto de

los servicios en los que concurren circunstancias laborales o de agrupamiento familiar de carácter excepcional, debidamente justificadas y acreditadas.

Podrán también ser beneficiarios de los servicios de AT aquellas personas menores de 6 años que sin tener reconocido un Grado de Discapacidad, consideren los Equipos de Valoración y Orientación (E.V.O.) del Centro de Atención a la Discapacidad en Extremadura (CADEX) que puedan recibir este servicio con la finalidad de evitar la aparición, un deterioro o agravamiento de la discapacidad.

Las entidades prestadoras de servicios pueden ser Entidades Pública y Privadas sin ánimo de lucro que presten servicios en la Comunidad Autónoma de Extremadura, con independencia del lugar donde tengan establecido su sede social o domicilio legal. Dichas entidades deben estar Acreditadas para posteriormente poder establecer los Conciertos con la Administración.

## **PUERTA ÚNICA DE ENTRADA**

El MADEX regula el sistema de "Puerta Única de Entrada", como sistema de acceso de los usuarios a las plazas concertadas. Es en el CADEX (Centro de Atención a la Discapacidad en Extremadura) y el EVO (Equipo de Valoración y Orientación) el encargado de hacer los informes de propuesta de derivación y perfiles específicos de acceso a los distintos recursos de la cartera de servicios.

## **CARTERA DE SERVICIOS DEL MADEX**

Los servicios de atención especializada dirigidos a las personas con discapacidad que integran el MADEX son los siguientes:

- Atención Temprana
- Rehabilitación Funcional
- Centro de Día
- Centro Ocupacional
- Residencia para personas con discapacidad y necesidades de apoyo extenso o generalizado (RAE)
- Residencia y Vivienda Tutelada para personas con discapacidad y necesidad de apoyos intermitentes o limitados (RAL)
- Vivienda Tutelada (VT)



## EL COMITÉ TÉCNICO DE CALIDAD

Es un órgano de carácter consultivo adscrito a la Dirección General competente en materia de servicios sociales encargado del asesoramiento y seguimiento del MADEX y de cuantos aspectos indican en su implantación y desarrollo.

Sus funciones son:

- El análisis de la implantación del MADEX.
- El seguimiento del desarrollo y adaptación al MADEX.
- El asesoramiento y el establecimiento de directrices para la mejora de calidad en la prestación de los servicios.
- La evaluación del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios y de las necesidades y atención de las personas con discapacidad.
- El conocimiento de los resultados de las actuaciones de supervisión e inspección realizadas y elaboración de propuestas de resolución de los problemas y deficiencias detectadas.
- La realización de cuantas actuaciones se consideren necesarias para la mejora del MADEX y para la consecución de los objetivos perseguidos con su instauración.

## EL CONTROL E INSPECCIÓN EN EL MADEX

Se pretende asegurar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales y garantizar los derechos de los usuarios y la calidad de la atención y prestación de los servicios.

La actividad del equipo de control e inspección comprende las siguientes funciones:

- Garantizar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales y discapacidad.
- Controlar la implantación y el desarrollo del MADEX.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidas para la acreditación y concertación de los servicios.
- Velar por los derechos de los usuarios de los servicios y controlar los niveles de calidad en la atención a las personas con discapacidad.

- Asesorar e informar a los profesionales y entidades respecto de los requisitos y condiciones establecidas en la normativa vigente para la prestación de los servicios.
- Inspeccionar los centros, entidades y servicios de atención a personas con discapacidad.
- Supervisar el destino y la correcta utilización de los fondos públicos concedidos.
- Colaborar con los órganos competentes en la adopción de medidas para incrementar la calidad y la mejora de la prestación de los servicios.
- Realizar cuantas actuaciones se consideren necesarias para el cumplimiento de sus fines y aquellas otras que le sean atribuidas por la normativa vigente.

## Definición de los distintos servicios ofertados

### SERVICIO DE ATENCION TEMPRANA

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Las intervenciones han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o trasdisciplinar.

Serán usuarios del servicio de Atención Temprana los niños de 0 a 6 años a los que se detecte algún tipo de discapacidad o en situación de riesgo biológico, psicológico o social.

### SERVICIO DE HABILITACIÓN FUNCIONAL

Se entiende por Habilitación Funcional al conjunto de tratamientos encaminados a eliminar o reducir un déficit o disfunción física, intelectual o sensorial de la persona con discapacidad, así como, mantener habilidades adquiridas en aquellos casos en los que por sus características especiales se requiera, con el objeto de lograr el máximo grado posible de autonomía personal e integración social.





Este servicio está dirigido a personas que tengan reconocido un Grado de Discapacidad  $\geq$  33%, desde los 6 a los 65 años, siempre y cuando no reciban el mismo tratamiento por parte de otro organismo con financiación pública. Incluye los siguientes tratamientos:

- Logopedia
- Psicomotricidad
- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Tratamiento Psicológico

### **SERVICIO DE CENTRO DE DÍA**

Servicio especializado en régimen de media pensión, que atiende de forma integral a personas con discapacidad grave y que dependen de terceras personas para la realización de las actividades de la vida diaria.

Está dirigido a personas con un Grado Discapacidad 75%, mayores de 16 años y una vez finalizada la etapa escolar.

### **SERVICIO DE CENTRO OCUPACIONAL**

Se define como un centro alternativo y/o previo a la actividad productiva, con la finalidad principal de normalización e integración socio-laboral de personas con discapacidad, mediante programas formativos de habilidades ocupacionales y de ajuste personal y social, buscando el desarrollo de la autonomía personal y la adaptación social de los usuarios del mismo.

Este servicio está dirigido a personas con discapacidad intelectual, parálisis cerebral o trastornos del espectro autista que tengan reconocido un Grado de Discapacidad  $\geq$  33%, que sean mayores de 16 años y que hayan finalizado la etapa escolar.

### **SERVICIO DE RESIDENCIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y NECESIDAD DE APOYO EXTENSO Y GENERALIZADO**

Centro dedicados a la atención y asistencia integral de personas con discapacidad y necesidad de apoyo extenso o generalizado y que precisen la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria y que no puedan ser atendidas en el medio familiar.

Los usuarios deben tener reconocido un Grado de Discapacidad 75% y tener cumplidos los 18 años, salvo que concurran problemas familiares que aconsejen la atención en edad inferior, en cuyo caso puede rebajarse la edad a los 16 años.

### **SERVICIO DE RESIDENCIA Y VIVIENDA TUTELADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y NECESIDAD DE APOYO INTERMITENTE O LIMITADO**

Es un Servicio destinado a personas con discapacidad y necesidad de apoyo intermitente o limitado y con cierta autonomía personal, que por distintas razones tengan dificultad para la integración familiar normalizada. Su objetivo es garantizar los servicios de alojamiento y manutención y prestar apoyo en las actividades que precisen.

Los usuarios deben tener reconocido un Grado de Discapacidad 33% y ser mayor de 18 años. Excepcionalmente, atendiendo a circunstancias debidamente acreditadas, podrán acceder personas mayores de 16 años.

### **PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LAS PLAZAS CONCERTADAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA Y HABILITACIÓN FUNCIONAL**

#### **ACCESO A LOS TRATAMIENTOS DE ATENCIÓN TEMPRANA Y HABILITACIÓN FUNCIONAL**

Según se regula en el MADEX, aquellas personas que demanden los servicios de Atención Temprana y Rehabilitación Funcional deberán formular su solicitud mediante la presentación del modelo normalizado establecido por la Consejería competente en materia de bienestar social.

EL modelo de solicitud de los servicios de Atención Temprana y Rehabilitación Funcional, que deben ir acompañadas de:

- Certificado de empadronamiento
- Informes médicos, psicológicos o psicopedagógicos que avalen las deficiencias alegadas.
- En el supuesto de haber sido valorado en otra Comunidad Autónoma, deberán aportar copia del certificado emitido por los equipos de valoración correspondientes.

Dicha solicitud será remitida al CADEX.



## TRÁMITE DE LA SOLICITUD

Será el Equipo de Valoración y Orientación (E.V.O.) del CADEX (Centro de Atención a la Discapacidad), el que lleve a cabo el reconocimiento del grado de minusvalía y determine la necesidad de los tratamientos y emitirá un dictamen en el que de forma motivada se pronunciará sobre la inclusión o no en el servicio demandado y en su caso, sobre la derivación a otro servicio más adecuado.

En el CADEX, estas solicitudes de derivación a tratamiento tienen prioridad a la hora de su resolución, dada la necesidad de iniciar dichas lo antes posible las medidas preventivas y recuperadoras.

A nivel administrativa se exige al usuario solicitar el reconocimiento del Grado de Discapacidad, como dice el decreto, para ser beneficiario del servicio de tratamiento. En cualquier caso, en niños menores a 6 años, no es necesario tener discapacidad para ser beneficiario del tratamiento de Atención Temprana. En los niños mayores de 6 años, está establecido como requisito tener un grado de discapacidad  $\geq$  al 33% para recibir tratamiento de Habilitación Funcional.

## DERIVACION

Una vez realizada la valoración por el EVO, éste, emite un dictamen en el que de forma motivada se pronuncia sobre la inclusión o no en el servicio demandado y en su caso, sobre la derivación al servicio más adecuado. El titular de la Dirección del CADEX eleva la propuesta al órgano competente (Gerencias Territoriales del SEPAD), para su resolución, en la que se especificará la duración de la prestación.

La asignación al centro se realiza desde las Gerencias Territoriales a la vista del informe del CADEX, teniendo en cuenta criterios de proximidad al domicilio, tipo de discapacidad que presenta el niño y características del centro.

## REVISION Y SEGUIMIENTO

Los Equipos de Valoración y Orientación (E.V.O.) de los CADEX, determinarán los objetivos de la intervención basándose en los informes técnicos emitidos. El seguimiento del cumplimiento de los objetivos será realizado por el

conjunto de profesionales pertenecientes al Centro en el que se presten los servicios de atención directa al usuario. Dicho Centro remitirá a los CADEX los informes de seguimiento efectuados con la periodicidad que se determine, sin perjuicio de aquellos otros que les puedan ser solicitados.

Una vez finalizado el periodo determinado por el EVO para el tratamiento solicitado, la familia, orientada por los expertos en la materia, deberá solicitar de nuevo dicho tratamiento para su renovación debidamente documentado.

## FINALIZACION DE LA PRESTACION

La finalización de la prestación del servicio tendrá lugar en la fecha determinada en la resolución de reconocimiento y cuando concurren algunas de las siguientes circunstancias:

- La consecución de los objetivos perseguidos.
- La superación del límite de edad establecido para cada tipo de servicio.
- La derivación hacia otro tipo de servicio.
- Más de tres faltas de asistencia en un mes, sin causa que lo justifique.

El Equipo de Valoración y Orientación (EVO) del CADEX podrá proponer la finalización de los servicios, bien a iniciativa propia o a instancia de la Entidad responsable del servicio, que a tal efecto deberá comunicar con una antelación mínima de quince días, la fecha prevista para la finalización y las causas que la motivan.



## ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD: PERSPECTIVA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Cecilia Matilde Gómez Málaga**

Pediatra EAP

C S San Fernando. Badajoz

El pediatra de atención primaria es el profesional que va a atender al niño desde sus primeros días de vida hasta su adolescencia. Tiene un papel primordial en la prevención y detección de los problemas en el desarrollo físico, psíquico, motor y social de los niños.

Debido a su accesibilidad y la continuidad de la atención prestada a lo largo de su desarrollo, tiene un papel primordial como eje dinamizador de la atención multidisciplinar de niños con factores de riesgo de problemas del desarrollo o con problemas ya diagnosticados que deben ser atendidos.

Y es en este papel donde surgen dudas de que pautas son las más adecuadas para cada caso.

Todos los agentes implicados, especialmente los padres, entienden además la necesidad de conocer cuanto antes las necesidades específicas, para poder establecer las medidas oportunas para prevenir, corregir o tratar.

Se necesita la participación de profesionales de distintos ámbitos: sanidad, educación, dependencia.. y sería deseable una coordinación en aras del mayor beneficio del menor.

En el área sociosanitaria contamos con las unidades de neuropediatría en los servicios de pediatría de cada área de salud y los equipos de salud mental, existiendo un total de 16 Equipos de Salud Mental y 3 Equipos de Salud Mental Infante Juvenil en Extremadura.

Desde la publicación del Decreto 151/2006 que regula el Marco de Atención a la Discapacidad de Extremadura (MADEX) se establece el régimen jurídico para establecer los conciertos para la prestación de servicios a las personas con discapacidad en Extremadura, teniendo como filtro a los 2 Centros de Atención a la Discapacidad (uno en cada provincia).

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) cooperan con los centros educativos en la formulación y puesta en práctica de las necesidades del alumnado, compensando desigualdades y propiciando la calidad educativa desde los planteamientos de una escuela inclusiva.

Hay tres tipos de equipos que, aunque tienen funciones específicas, son complementarios entre sí.

1. Equipos Generales: distribuidos en sectores educativos. Son un recurso de apoyo y asesoramiento a los centros de educación infantil y primaria sostenidos con fondos públicos. Están compuestos por especialistas en Psicología y Pedagogía y Técnicos.

Cada Equipo General tiene un sector correspondiendo varios centros a cada profesional. Existen 13 equipos en Badajoz y 11 en Cáceres con un número variable de miembros, entre 3 y 12 miembros.

2. Equipos de Atención Temprana: tienen como finalidad específica identificar las situaciones y circunstancias de riesgo en la etapa de 0-6 años. Están formados por orientadores, logopedas y técnicos de servicio a la comunidad. En la actualidad existen 4 en cada provincia. Es un servicio gratuito. Las familias pueden acceder por tres vías: directamente desde el centro de educación infantil si el niño está escolarizado o a través de los padres o de servicios comunitarios (centros de salud, servicios sociales) si el niño no está escolarizado. Son los profesionales que realizan la evaluación psicopedagógica y dictamen de escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales que presenta su solicitud por primera vez en un colegio de educación infantil y primaria.



3. Equipos específicos: Son equipos provinciales, con sede en Cáceres y Badajoz. Intervienen en todas las etapas educativas previas a la Universidad. Hay cuatro tipos:

- De deficientes auditivos
- De deficientes visuales
- De atención al alumnado con trastornos generalizados del desarrollo (desde 2009)
- De atención para alumnos con trastornos graves de conducta (desde 2012).

En el ámbito educativo existe un amplio marco jurídico. Del DECRETO 228/2014, de 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura, quiero destacar las dos siguientes frases:

...”La educación constituye un instrumento de mejora de la condición humana y de la vida colectiva.”...

...”La atención a la diversidad asume la realidad de que todos los alumnos tienen necesidades educativas, sean estas específicas o no, especiales o no. Supone un reto y una necesidad que comprende al conjunto del alumnado de cualquier etapa educativa, lo que conlleva por parte de la Administración educativa el compromiso de proporcionar respuestas diferenciadas y adaptadas a las características diferenciales de cada alumno y alumna”.

Teniendo en cuenta los recursos, objetivos y actuaciones posibles en cada ámbito: social, educativo, sanitario, ¿debería el pediatra salir más de su centro hacia la comunidad? ¿debemos buscar cauces de cooperación y coordinación?

Es importante que reflexionemos en el papel que juega cada uno y en la necesidad de interrelación y cooperación, buscando la mejor opción para el desarrollo integral de nuestros pacientes.



## PROBLEMAS LEGALES EN PEDIATRÍA

**Mariano Casado Blanco**

Médico Forense,  
profesor de Medicina Legal de la UEX

### 1.- Introducción:

Hablar de relación entre Medicina y Derecho, es una cuestión compleja pues aparentemente resultan distintas y hasta distantes. Si la analizamos detenidamente, sí que tiene puntos en común y además muchos, ya que en cualquier relación humana, tanto las necesidades como los "derechos" interaccionan y se entrelazan.

La extensión y el siempre complicado mundo sanitario en general y del médico, en particular, exigen de conocimientos no solamente técnicos o científicos sino también del manejo en cuestiones legales y éticas, capaces de dar respuestas a tantas dudas y dilemas que se plantean en la práctica diaria.

De ahí que foros científicos encaminados a la formación médica como éste, sean primordiales para que el médico adquiera, mantenga y mejore competencias profesionales en áreas de conocimiento (saber), de habilidades (hacer), de actitudes (sentir), de valores (propiedades del "ser") y de desempeños, para seguir desarrollando su ejercicio profesional de forma competente<sup>1</sup>

En el campo de la pediatría, tres cuestiones son primordiales tenerlas muy presentes, para poder actuar de una forma correcta y ajustados a lo que se denomina "*lex artis*"

Estas tres cuestiones son muy simples y a buen seguro que todos las conocen. En primer lugar es preciso tener en cuenta la propia condición legal del menor, en segundo lugar el propio ejercicio de la pediatría y por último la relación que se establece entre el médico y su paciente. Todo ello da lugar a que la actividad profesional del pediatra esté sujeta a normas éticas y legales que delimitan el marco de desarrollo de las actuaciones de la pediatría.

Además otra cuestión que no se puede olvidar es que la práctica clínica de la pediatría queda incluida muchas veces en una actuación de tipo conjunta o multidisciplinar, incluyendo servicios sociales, escolares y judiciales.

El ejercicio de la pediatría responsable implica,

entre otras, dos exigencias relacionadas; una la ética de proporcionar al paciente un tipo de asistencia acorde con los conocimientos actualizados sobre su proceso patológico, y otra legal de estar cumpliendo con las leyes que regulan esta actividad.

Por ello, el objetivo que se pretende con este artículo es el trasladar a los especialistas en Pediatría, una básica y elemental información legal y ético-deontológica que resulte necesaria y suficiente para que llegado el momento les facilite tomar decisiones ante conflictos legales y ético-deontológicos.

Las diversas obligaciones que se le plantea al pediatra, referidas a la práctica clínica, son:

- 1) atender los problemas de salud para los que se está capacitado, y derivar aquellos en que no se reconoce competente.
- 2) documentar con orden y claridad la historia clínica y resto de documentos clínicos-asistenciales.
- 3) interrelacionarse y analizar con otros médicos pediatras, cuando existan dudas significativas sobre partes del proceso asistencial (normas, prácticas terapéuticas, etc.), quedando documentadas también esas consultas.
- 4) mantener la confidencialidad de todo lo que pueda afectar a la intimidad del menor y de su familia.

### 2.- Objetivos del Taller:

Sería prolijo en tan limitado espacio plantear todas y cada uno de los "problemas legales" que se pueden y de hecho se plantean en la práctica asistencial pediátrica.

Por ello y tratando de ser claro, concreto y conciso planteo esta exposición fundamentada en aspectos muy generales.

- 1.- Problemas legales con Consentimiento de los menores.
- 2.- Problemas legales con la Documentación Clínica.



### 3.- Problemas legales con menores psiquiátricos.

#### Problemas legales con Consentimiento de los menores.

Sin lugar a dudas y de forma general, el consentimiento del paciente es fuente de conflictos, tanto legales como éticos, en numerosas circunstancias se ve ampliada si el paciente es un "menor de edad", y básicamente por las limitaciones, biológicas y legales, que presenta a su capacidad para consentir.

Conocido es que el consentimiento, como derecho, está regulado por numerosas normas, tanto legales como deontológicas; las cuales, en sus contenidos, son muy precisas además de exigentes, pero aún así no consiguen aclarar debidamente los conflictos que en la práctica se plantean ni por supuesto la resolución de los mismos.

Tanto las normas legales actuales como las deontológicas, reconocen para los menores una progresiva madurez, que favorece su autodeterminación y capacidad de autonomía ante una asistencia sanitaria. Sin embargo, las propias normas legales y concretamente el derecho civil, en orden a la protección de los menores, establece para los padres los deberes de guarda y de custodia hasta su mayoría de edad, estando obligados a representarlos y decidir por ellos, siempre en su beneficio.

La práctica pone de manifiesto que numerosas peticiones de responsabilidad profesional están directamente relacionadas con aspectos legales, como la información, el consentimiento o la confidencialidad...; muchas menos veces las reclamaciones se relacionan con la preparación científica de los médicos.

De sobras debe ser conocida la Declaración sobre el "Menor Maduro", que elaboró la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial en el año 2007, haciendo referencia al derecho progresivo de los menores a tomar decisiones sobre sí mismos y que se puede revisar en la propia página de la Organización Médica Colegial.

La doctrina jurídica del "menor maduro", se fundamenta en la conocida como "regla del menor maduro", por la cual, la patria potestad, concebida como poder directo sobre una persona, sigue siendo efectiva, hasta que el menor alcanza la mayoría de edad, pero a medida que éste va madurando, el nivel de control por parte de los

padres se debe ir limitando de forma adecuada. Esto se traduciría en la presencia de un grado de inteligencia y voluntad suficientes para realizar válidamente un acto jurídico concreto o ejercitar un derecho.

Llevado esto a la asistencia médica, significa la capacidad de una persona menor para comprender la situación a la que se enfrenta, y las alternativas posibles de tratamiento, junto a las consecuencias previsibles de cada una de ellas; esto también incluye el saber expresar y defender sus decisiones apoyándose en su escala de valores. Comprobado esto, es cuando el menor puede decidir por sí mismo, pasando a un plano secundario la intervención de los padres, aunque es cierto que en situaciones de gravedad y riesgo importante, la opinión de estos pueda y deba ser tenida en cuenta y hasta seguida.

En Derecho Médico, el concepto del "menor maduro" ha sido ampliamente aceptado, y reforzado por su reconocimiento judicial; la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor ya indica que "... la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos". Con esta idea, el Convenio Europeo de Bioética redactado en Oviedo y en vigor como legislación española desde el 1 de enero de 2000, respecto al consentimiento del menor en la asistencia sanitaria dice "... la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez".

Se puede concretar que la expresión "menor maduro" es utilizada para identificar a las personas menores de 18 años (mayoría de edad legal), pero con capacidad intelectual y volitiva suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona. En general, se acepta que los derechos de personalidad (aspectos afectivos y de salud en general y salud sexual y reproductiva en particular) y otros derechos civiles pueden y deben ser ejercitados por las personas desde el momento en que tengan juicio natural suficiente, hecho o circunstancia que, para muchos autores, en la mayoría de las personas va ocurriendo paralela a la madurez biológica, y antes de los 18 años.

#### - Regulación Legal

Repasando el ordenamiento jurídico español se puede comprobar que la primera normativa que recoge la participación del menor como paciente en la asistencia sanitaria deriva de la Ley Orgánica



1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Esta norma, configura una imagen del menor como un sujeto activo y participativo en la vida social, cultural y política. No obstante los padres o el tutor siempre en beneficio del menor lo sustituyen en las decisiones más trascendentes, pero haciéndole progresivamente partícipe en la medida en que comprenda lo que le sucede y las ventajas e inconvenientes de lo que se le ofrece como tratamientos.

Ante la ausencia en el ordenamiento jurídico español de una normativa específica y precisa sobre el consentimiento del menor de edad en la asistencia sanitaria, la doctrina era casi unánime en cuanto a la aceptación del criterio de la capacidad natural, lo que implicaba la posibilidad de que el reconocimiento del ejercicio del derecho a consentir, por parte del paciente, dependiera de que se reuniesen las condiciones físicas y psíquicas (*grado de madurez*), que permitieran aceptar o rechazar un determinado acto médico, aunque siempre contando con la opinión de los padres o tutores. En este sentido, es de destacar el importante papel del médico como garante de unos derechos de los menores, guiado siempre por procurar el mayor beneficio del menor, en contra, a veces de lo manifestado por los padres.

Tras la entrada en vigor, en España, del referido Convenio Europeo de Bioética, sus referencias precisas al consentimiento del menor comenzaron a servir de guía en las conductas médicas habituales.

Así se recoge en el artículo 6.2 que: *“cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”*.

De esta redacción se deriva que la norma establezca un doble razonamiento: *la edad*, como criterio objetivo y *la madurez* del paciente menor de edad para valorar su opinión, como criterio subjetivo. La doctrina mayoritaria estima que prima la capacidad natural sobre la jurídica, ya que el precepto reconoce, a contrario, la facultad del menor de autorizar la práctica de la intervención de que se trate, otorgando a su opinión una importancia creciente *“en función de la edad y de su madurez”*.

Respecto al segundo criterio (*grado de madurez*), volvió a ser recogido en la normativa reguladora de los derechos de los pacientes, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Como criterio determinante, esta ley estatal, cuando se refiere al consentimiento por representación en su artículo 9.3c, dice que *“cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos”*.

Trasladado esto a los pediatras, significa que cuando atiendan a un paciente menor de edad que sea capaz de comprender el alcance, finalidad y naturaleza de la intervención sanitaria, hay que considerarlo plenamente facultado para prestar el consentimiento por sí mismo. Será por tanto, al médico a quien corresponde verificar y acreditar si el menor reúne las condiciones de madurez necesarias o si, por el contrario, se debe requerir el consentimiento de sus representantes legales. Es preciso señalar que la madurez exigida (capacidad de comprensión y volitiva) no tiene por qué ser la misma para todo tipo de actos médicos, pues en algunos casos la complejidad del mismo hace necesario, en el paciente, una mayor comprensión y discernimiento.

Pero la cuestión no acaba ahí pues el mismo artículo 9.3c, continúa su redacción, indicando que *“en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”*; este precepto vuelve a colocar al médico en una posición de alta responsabilidad legal y deontológica, como es la de valorar la capacidad de comprensión del paciente específico acerca del acto médico que se le va a practicar cuando este implica o conlleva un grave riesgo.

Por tanto se debe entender que tratándose de un *“menor maduro”*, la intervención de los representantes legales en la toma de decisión debería limitarse a los supuestos en los que el propio menor lo autorice. Supuesto bien distinto sería cuando el menor carezca o tenga limitada la capacidad para comprender y entender el alcance de la intervención y sus riesgos; en cuyo caso, sin lugar a dudas, procedería el consentimiento de sus representantes legales.



La Ley 41/2002 sí deja claro que cuando el menor ha cumplido 16 años ya no cabe el consentimiento por representación para lo que sería la asistencia sanitaria que podríamos denominar habitual, reservándose la actuación y participación de los padres en los casos de intervenciones de grave riesgo y otras circunstancias excepcionales (art. 9.3c)

### - Regulación Deontológica

El Código de Deontología Médica del año 2011 incluye, en su capítulo III sobre “*relaciones del médico con sus pacientes*”, normas específicas que regulan el estatus del menor de edad.

#### Artículo 14

1. *El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.*

2. *La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.*

3. *En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta.*

4. *Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.*

La propia Comisión Central de Deontología indica que los menores viven la enfermedad, experimentan el dolor, el miedo y la angustia a su manera y el médico no puede actuar ignorando esta realidad; la explicación hay que llevarla a su nivel para que comprendan lo que les ocurre, aportándoles respuestas esperanzadoras. El menor se debe sentir acompañado y tener la seguridad de que se le ayudará a superar el problema; no es infrecuente que en la práctica los médicos reciban de los menores enfermos lecciones de fortaleza, ánimo y esperanza.

### - Recomendaciones prácticas

Desde la práctica médica se establecen tres supuestos diferentes, para lo cual se fija como criterio divisorio la edad del menor y su correspondiente grado de capacidad.

### 1. Menores de 12 años.

En general no tienen reconocida capacidad intelectual ni emocional para comprender el alcance del acto médico. Ante esta circunstancia, el consentimiento debe ser siempre prestado por su representante legal.

La Ley 41/2002 indica que será necesario escuchar la opinión del menor de edad, con doce años cumplidos, aunque el consentimiento deba ser prestado por sus representantes legales.

El Convenio de Derechos del niño y la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, indican que es preciso oír al menor cuando tiene menos de 12 años y, cuando ya los ha cumplido además de conocer la opinión, hay que tenerla en cuenta. No obstante, la decisión final será adoptada por sus representantes legales, la cual siempre deberá estar en consonancia tanto con el interés del menor como con el respeto a su dignidad personal.

### 2. Menores entre 12 y 16 años

Este grupo es sin duda alguna el más controvertido. Al ser tan amplio, permite subdividirlo en otros dos, a efectos puramente asistenciales.

Por un lado, cuando la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance del acto médico no está claramente establecida. Esto implica la necesidad de que el consentimiento lo otorgue el representante legal, aunque es preciso haber escuchado la opinión del menor.

Y de otro lado, cuando el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance del acto asistencial, y atendiendo a lo expuesto anteriormente, el menor puede decidir por sí mismo, lo cual plantea algunas cuestiones de índole práctica.

a) ¿Cuándo podemos afirmar que el menor es capaz de comprender intelectual y emocionalmente, el acto médico?

b) ¿Es el médico pediatra o el de otra especialidad responsables del proceso asistencial, quienes deben determinarlo?

Anteriormente se indicaba que las normas legales son precisas y exigentes, sin embargo, las leyes deben ser aplicables a todos y, por tanto, generales, lo que conduce a situaciones prácticas, siempre específicas, concretas, individuales y personales en sus características y circunstancias. Por ello, las leyes sobre asistencia sanitaria, siempre descargan en el médico la responsabilidad cien-





tífica y moral de valorar y determinar la capacidad del menor para decidir.

Buscando la seguridad, algunos médicos defienden la necesidad de realizar protocolos de consenso, que de una forma objetiva evalúen la capacidad de estos pacientes menores.

Son mayoría los que opinan que la determinación de dicha capacidad corresponde a los médicos responsables del proceso asistencial, cuestión igualmente determinada y especificada por el máximo órgano de la deontología española, en su reciente Declaración de 14 de noviembre de 2014, que deben asumir este acto científico y ético-deontológico preparándose para ello y considerando que con ello se convierten en un elemento distinto de las partes (padres e hijos) y privilegiado para actuar como garantes de los menores, frente a las discrepancias entre padres e hijos e, incluso, entre los propios padres.

Aun siguiendo este criterio, la determinación de la capacidad del menor para comprender intelectual y emocionalmente el alcance del acto médico nunca podrá ser rígida, sino que por el contrario variará en función de determinados factores, tales como la edad del menor, su grado de instrucción, su nivel intelectual y las experiencias vividas, la gravedad del acto a realizar, su complejidad, la relación riesgo/beneficio del acto propuesto, e incluso el hecho de que el caso se tratara de una urgencia o una emergencia médica.

Consustancial a la alta responsabilidad moral y social del médico, aparece una situación que éste debe manejar desde los conocimientos legales y ético deontológicos, tomando las decisiones de forma reflexiva y tras haber valorado pros y contras de todas las posibilidades.

Si es el médico quien debe asumir la delicada función de determinar la capacidad del menor también recaerá sobre él la responsabilidad por la decisión que adopte. En el caso de conflicto legal, el médico siempre debe estar en condiciones de explicar y razonar de forma fundada la decisión tomada.

Para evitar conflictos y atendiendo al contenido de la ley, parece recomendable que, cuando el médico considera maduro al menor, puede bastarle su consentimiento para actos médicos de bajo riesgo y habituales. Su actuación debe hacerse más exigente cuando en la patología del menor y el tratamiento requerido se aprecia gravedad o riesgo significativo o importante. Igual sucede ante la solicitud de prestaciones en las que

se pongan en peligro la vida del paciente menor o su integridad o cuando la práctica del acto médico sea imprescindible o de consecuencias irreversibles. En este caso sí es recomendable informar a los padres y contar con su opinión acerca del tratamiento a seguir.

En caso de conflicto, o de desacuerdo entre el menor y sus padres, o de los padres entre sí, el médico puede recurrir a la normativa civil (artículo 163 del Código Civil), poniendo el asunto en conocimiento del juez, al efecto de que intervenga el ministerio fiscal o se nombre un defensor judicial, al menor.

### 3. Menores entre 16 y 18 años

La Ley 41/2002 señala que en la asistencia sanitaria no cabe el consentimiento por representación en los menores que han cumplido 16 años. Es lo que se puede denominar “*emancipación sanitaria*”, mal llamada por algunos como “*mayoría de edad sanitaria*”.

Cumplidos los 16 años se entiende que el paciente se encuentra legitimado y con capacidad suficiente para entender y comprender el acto médico en su totalidad, tanto en lo referente a la naturaleza, riesgos, consecuencias y finalidad del mismo, por lo que estaría capacitado para dar un consentimiento válido.

En este sentido la Ley exige especial consideración ante situaciones de “*grave riesgo*”, según criterio médico. En estos casos los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la posterior toma de decisión.

No obstante el “*grave riesgo*” no tiene por qué invalidar el consentimiento otorgado por el menor, el cual se ha basado en el grado de madurez y en su capacidad para poder comprender y en su caso consentir el acto médico que se le propone.

Hay que recurrir al consentimiento por representación (padres y/o representantes legales) cuando el menor, mayor de 16 años, se encuentre en situación de incapacitado legal (permanente) o bien en situación de presunto incapaz (aunque sea de forma no permanente). Los casos de conflicto pueden necesitar la intervención del juez.

#### - Situaciones asistenciales que merecen especial consideración

Una vez expuestas las cuestiones generales, se analizan dos situaciones que en la práctica pueden ser fuente de conflictos para los médicos que



prestan asistencia a pacientes menores. Aunque se trate de situaciones específicas, les es aplicable todo lo que el Código Civil señala como derechos y obligaciones de los padres hacia los hijos, concretados en la patria potestad, la guardia y custodia y la tutela.

Así el artículo 154 del Código Civil, establece que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica. Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades: Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral, representarlos y administrar sus bienes.

Por su parte, el artículo 156 regula que: *“La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.*

*En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirle total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años.*

*En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.*

*En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de los padres, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.*

*Si los padres viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio”.*

Apliquemos estas disposiciones a las siguientes

situaciones:

- **Asistencia médica a hijos menores de matrimonios separados**

Aún en estos casos no se puede olvidar que la norma básica, sobre la que se debe basar toda decisión médica es la que determina que siempre debe prevalecer el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo. Esta es la conclusión que se extrae de las tres leyes principales que rigen este tipo de relaciones, es decir, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil y del artículo 156 del Código Civil.

En el ejercicio de la patria potestad con padres separados, y con respecto a los menores, es preciso distinguir entre actos ordinarios de aquellos que son extraordinarios.

Entre los primeros podríamos incluir el llevar a un menor a la consulta del pediatra para un control rutinario o incluso un proceso banal. En estos casos, la decisión será asumida por el progenitor bien con el que convive el menor o con el que acuda a la consulta, no siendo preciso obtener el consentimiento del progenitor ausente para realizar el tratamiento propuesto por el médico, sino que será suficiente con que el progenitor que acompaña al menor preste su consentimiento.

Esta conclusión se extrae del anteriormente transcrito artículo 156 del Código Civil cuando establece que *“serán válidos los actos realizados por uno de los progenitores con patria potestad, aun en ausencia del otro progenitor, cuando dicho acto sea conforme al uso social y a las circunstancias”.*

Por el contrario, para actos extraordinarios, respecto a la salud del menor (intervenciones quirúrgicas o aplicación de tratamientos complejos), es preciso el acuerdo de ambos progenitores.

Si se trata de un caso de urgencia, en el que no es posible esperar a obtener el consentimiento de ambos progenitores, se aplica el principio general, por el que prevalece el interés del menor, aplicando en consecuencia la intervención adecuada a la *lex artis ad hoc*, incluso aunque uno o los dos los progenitores hayan expresado su opinión en contra, dejando constancia en la historia clínica la



necesidad de la actuación médica.

En el caso de que exista una desavenencia entre ambos progenitores respecto a la decisión a tomar, el asunto deberá judicializarse, debiendo acudir a esta vía el progenitor que solicite o considere necesaria o conveniente la intervención médica de que se trate, siendo el juez el que decidirá en aplicación del artículo 156 del Código Civil, ya que cuando los padres de un menor se oponen a un tratamiento, poniendo en peligro su vida o salud, el médico debería comunicarlo al juez competente. Esto mismo sucede cuando se trata de un problema relacionado con la salud mental y se indica un tratamiento psiquiátrico, especificando la ley que el internamiento de un menor, en un centro de salud mental necesita la previa autorización judicial.

Este procedimiento se equipara al que hay que seguir cuando está indicado el internamiento de una persona por razones de salud psíquica y el paciente se opone a dicho internamiento (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Pero estas situaciones no se limitan exclusivamente a casos en que existan discrepancias entre progenitores a la hora de tomar decisiones respecto a la actuación ante un determinado tratamiento para el menor, sino que también se extiende al derecho a la información sobre el estado de salud del menor.

En estos casos, el médico debe solicitar la verificación, de que el progenitor o progenitores que solicitan la documentación sean titulares de la patria potestad, ya que si legalmente se le ha retirado a alguno este derecho, no podrá acceder a la documentación clínica del hijo menor.

#### • Asistencia médica a menores emancipados

El Código Civil en su Título XI regula la emancipación, la cual puede llevarse a cabo por diferentes causas.

- Por concesión paterna. Esta situación ocurre cuando los propios progenitores consideran oportuno conceder al hijo menor de edad la situación de emancipado, acto que debe instrumentarse en escritura pública o mediante comparecencia ante el Juez encargado del Registro Civil. (artículo 317). Es requisito inexcusable que el menor tenga dieciséis años cumplidos y que preste su consentimiento a la emancipación.
- Por concesión judicial. Figura que se prevé para

aquellos casos en que los menores, hayan cumplido los dieciséis años, y se dirijan al Juez solicitando la concesión de la emancipación, ya estén sometidos a la patria potestad, ya a tutela.

- Por matrimonio. En virtud del artículo 316, *“el matrimonio produce de derecho la emancipación”*, sin la necesidad de la concurrencia de requisito complementario alguno.
- Por vida independiente. El artículo 319, establece que *“se reputará para todos los efectos como emancipado al hijo mayor de dieciséis años que con el consentimiento de los padres viviere independientemente de éstos. Los padres podrán revocar este consentimiento”*. La nota característica de dicho tipo de emancipación radica en que la situación de independencia de hecho del menor es revocable. La independencia requiere al menos una cierta autonomía económica del menor, sin que resulte determinante el vivir separadamente de la familia a la que pertenece.

En relación a la asistencia de estos pacientes, y siguiendo el criterio señalado por la Ley 41/2002, se establece una equiparación entre los emancipados y los menores que ya han cumplido los 16 años. Únicamente en los casos de matrimonio como causa de emancipación, al poderse contraer con 14 años cumplidos, se podría generar algún tipo de conflicto, que sería fácilmente solucionable, al entenderse que al menor se le ha reconocido una capacidad previa similar a la necesaria para consentir una determinada actuación médica.

#### Problemas legales con la Documentación Clínica.

Son numerosas las veces en las que los padres de un menor solicitan del pediatra la emisión de un informe médico o de un certificado de salud.

Y aunque ambos documentos tienen la catalogación de documentos médico legales y con la finalidad de informar sobre datos personales de naturaleza sanitaria, no son evidentemente lo mismo ni en cuanto a sus características estructurales ni en cuanto a sus repercusiones éticas y legales.

Por ello y aunque sea de una forma esquemática trataremos de diferenciar ambos documentos.

**Certificado:** Es un documento médico legal, que exclusivamente se cumplimenta en el impreso oficial editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, en virtud del Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, de los Esta-



tutos Generales de la OMC como establecen los artículos 58 y 61.

Es muy utilizado, pero no se trata de un documento clínico, sino que su petición obedece a determinadas exigencias de la Administración entre las que podemos citar: el poder optar a determinados servicios, actividades o beneficios sociales, o bien para la acreditación cualificada referida a datos personales y/o situaciones civiles (comprobación del estado de salud, acreditación de integridad física y/o psíquica, aptitudes para el desarrollo de actividades deportivas, ausencia de enfermedad infecto-contagiosa, estado vacunal, ...). Se trata de un documento de carácter público y con un periodo de vigencia limitado y con un marcado valor probatorio.

**Informe:** Igualmente es un documento médico legal, pero de estructura y contenido claramente diferenciado con el certificado. Su finalidad no es administrativa sino clínica, sirve para dejar constancia de un estado de salud, incluso anterior al de la fecha de solicitud, y su vigencia no está limitada a un periodo de tiempo.

La emisión de certificados médicos, a menudo ocupa un tiempo muy valioso en el nivel de atención primaria, no solo por su elevada frecuencia sino también por las numerosas dudas que genera respecto a la obligación de emitirlos y sobre cuál ha de ser su contenido, ya que estos documentos pueden adquirir una gran importancia en el apartado médico-legal.

Hay que tener presente que la obtención de certificados médicos es un derecho del paciente, regulado tanto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 22 el derecho del paciente a obtener certificados médicos acreditativos de su estado de salud, siendo el acto médico de extensión de un certificado siempre gratuito salvo que se establezca otra cosa en una disposición legal o reglamentaria; en su virtud, solo se podrán cobrar, en el ejercicio privado de la Medicina, las

exploraciones y exámenes complementarios previos que sean precisos para la expedición del certificado, cuando no existan suficientes antecedentes en la historia clínica.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, se pronuncia en el mismo sentido que la normativa anterior.

A su vez, el Código de Deontología Médica de 2011 establece en su artículo 20:

20.1: *“Cuando proceda o el paciente lo solicita, es deber del médico proporcionar un informe o un certificado sobre la asistencia prestada o sobre los datos de la historia clínica. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente, a la persona por él autorizada o a su representante legal.”*

20.2 *“No es conveniente que el médico expida un certificado a familiares o personas que estén bajo su dependencia civil.”*

20.3 *“Están éticamente prohibidos los certificados médicos de complacencia”.*

Por tanto, la expedición de certificados médicos es una obligación legal, social y deontológica, y su no expedición a petición del paciente puede ser constitutiva de una infracción disciplinaria, tanto deontológica como administrativa.

**Certificado Médico.**

El certificado se considera documento público, tiene por finalidad acreditar un estado de salud y se expide a petición del paciente, de su tutor, de su representante legal, o de persona autorizada y debidamente identificada con nombre, apellidos y DNI (por escrito), entregándose únicamente a los mencionados.

Para que sea acorde a las normas de la deontología médica, el certificado que se expida ha de ser auténtico, veraz y con una vigencia limitada:

- Auténtico: en este sentido, debe reunir ciertos requisitos formales debido al carácter de fe pública o valor probatorio que se le suele atribuir; por ello ha de recoger:

- Nombre y número de colegiado,
- Lugar y fecha real en que es redactado el documento,
- Firma auténtica,
- Letra clara y legible,



-Y expedido exclusivamente en el impreso oficial editado por el Consejo General de Colegios de Médicos de España. Cuando la Ley o norma permita utilizar otro tipo de impresos, debe entenderse que dicho documento no se ajustarán a lo que se conoce y establece como Certificado Médico, conllevando para el médico, dilemas éticos y dudas legales en su relación con el paciente.

- Veraz: debe ser un reflejo fiel de la comprobación realizada personalmente por el médico que expide el certificado y de lo recogido en la Historia Clínica del paciente: debe recoger los datos objetivos constatados por el médico en que ha basado el diagnóstico y las circunstancias significativas de tratamiento, evolución, etc.
- Su vigencia está limitada en el tiempo: normalmente no puede superar un mes.

Su contenido debe girar en torno al estado de salud acreditado del paciente. Es preciso considerar que el certificado médico puede ser utilizado por el paciente para presentarlo en cualquier parte; por ello se deben extremar las precauciones en la elaboración del mismo y habrá de tenerse en cuenta lo siguiente:

- En ningún caso se debe expedir un certificado en los supuestos en que la carencia de la competencia específica o la falta de datos o pruebas específicas no le permitan acreditar los hechos a certificar.
- Cuando se incluyan datos referidos por el paciente pero no acreditados personalmente, se debe hacer mención expresa a que esa referencia proviene del paciente.
- Se ha de describir con exactitud y rigor lo acreditado, utilizando expresiones precisas y prudentes.
- Se han de omitir comentarios personales y no se han de recoger valoraciones sobre la situación personal o familiar del paciente.

Dadas sus implicaciones legales, la precaución y la veracidad en la emisión de certificados médicos son necesarias y convenientes.

Resulta punible la expedición de certificados de complacencia o falsos, incurriendo en responsabilidades disciplinarias por infracción de las normas deontológicas y pudiendo llegar a incurrir en responsabilidades penales, dado que la legislación penal califica estas infracciones como delito, tipificando como ilícito penal la emisión de

certificados falsos en los artículos 397 y 398 del Código Penal.

También se puede incurrir en responsabilidad penal por revelación de secreto profesional en los artículos 199 y 417 del mismo Código, si se expide un certificado médico a petición de persona distinta del paciente y sin su autorización.

Los casos que incurran en responsabilidad penal pueden ser castigados con multa, suspensión de empleo, inhabilitación de empleo o cargo público, e incluso prisión. Por tanto, se debe negar la expedición de certificados médicos que, a instancias de los pacientes, hayan de versar sobre circunstancias desconocidas o de imposible comprobación. Además, se debe informar al paciente que la persona que haga uso a sabiendas de un documento falso para perjudicar a otros también incurre en responsabilidad penal.

Por último, no es legal ni deontológico que el médico deba expedir un certificado si tiene falta de datos o carece de pruebas le permitan afirmar los hechos que deben ser certificados. De este modo, no existe obligación de certificar aptitudes para prácticas deportivas o laborales, para realizar viajes u otras actividades que entrañen riesgo o presupongan capacidades no demostradas en el paciente; y no puede ser exigible la realización de exploraciones complementarias con el fin específico de objetivar esos niveles de aptitud. La certificación en estas circunstancias será expedida por los médicos u organismos médicos competentes en cada caso (Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo, Médicos Especialistas en Medicina de la Educación Física y el Deporte, centros médicos privados, ...).

### **3.- Internamiento de los menores por causas psiquiátricas.**

Todos los menores que reciben tratamiento psiquiátrico internados por ese motivo en hospitales o centros especiales de salud mental, requieren el permiso judicial y están sujetos al control del juez de menores.

Los internados por otras causas y que son objeto de interconsulta a psiquiatría no precisan el informe judicial previo, excepto cuando la continuidad de su ingreso pase a depender del criterio psiquiátrico y lo vaya ser por tal causa.

Tipos de internamientos psiquiátricos de menores:



**A)** Internamiento no voluntario/involuntario: *“El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”. “El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial”. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida”. “...el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento cuando lo crea pertinente... y acordará lo procedente...”. “Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses a no ser que el tribunal... señale un plazo inferior”. “...cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán de alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”.*

**B)** Internamiento voluntario: La legislación española no contempla el internamiento psiquiátrico de un menor por decisión de sus padres o tutores ni por su propia voluntad, salvo en aquellos que se encuentren en situación legal de emancipación; sin que por el momento se haya establecido una normativa o exista jurisprudencia sobre posibles ingresos voluntarios de adolescentes que los psiquiatras infantiles consideran capaces de comprender los motivos clínicos de su internamiento y por lo tanto maduros o competentes para que su consentimiento haga innecesaria la participación de sus padres o tutores, y fundamentalmente el conocimiento y la autorización judicial.

Por lo tanto los internamientos de niños y adolescentes, capaces o no de comprender la necesidad de su ingreso, deben adecuarse a las normas de un internamiento involuntario.

Sólo los menores emancipados pueden ser internados de forma voluntaria, como en los casos de mayoría de edad.

Un procedimiento aconsejable para el internamiento urgente de un menor debería incluir los siguientes elementos:

1.- Información al menor según su grado de discernimiento, y siempre que sea posible a los padres o tutores, de:

a) motivos y objetivos clínicos,

b) beneficios esperados,

c) riesgos personales y clínicos derivados del no internamiento,

d) riesgos inherentes al propio internamiento, e) previsiones de duración del internamiento.

2. Informe al Juzgado de Menores dando cuenta del ingreso por razón de urgencia o recomendando dicho ingreso; pudiendo incluirse en este informe la misma información ya transmitida al menor y/o a sus tutores.

3. En caso de requerirse una ambulancia psiquiátrica para el traslado se deberá proporcionar por escrito, a los sanitarios que se vayan a hacer cargo del menor, la solicitud de traslado al centro sanitario correspondiente, adjuntando copia del escrito remitido al juzgado.

Los internamientos programados, de acuerdo con los psiquiatras que van a hacerse cargo de su tratamiento ingresado, no requieren el informe al juzgado; pues la decisión clínica definitiva corresponde a los psiquiatras del centro de internamiento.

#### 4.- Miscelánea Legal.-

##### 1.- ¿Cuándo se inicia un procedimiento penal frente a un menor de edad?

En el momento en que el Fiscal de Menores tiene conocimiento de la posible comisión de un delito por personas mayores de 14 años y menores de 18, tal y como lo dispone el artículo 1 de la Ley 5/2000.

##### 2.- ¿Qué pasos se siguen si el delito lo comete un menor de 14 años?

En principio el hecho no se enjuiciaría judicialmente. Se adoptarían las medidas necesarias de protección de ese menor y ejercer la correspondiente reclamación por vía civil, encaminada a obtener la indemnización por los perjuicios causados, procedimiento del que se harían responsables a los padres o responsables del menor.

El menor por lo tanto no sería condenado por el delito pero sí deberían responder las personas de las que dependa de los daños ocasionados.

##### 3.- ¿Cuánto tiempo puede estar detenido un menor por la Policía?

La detención de un menor no podrá durar más tiempo del estrictamente necesario para la



realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, dentro del plazo máximo de 24 horas, el menor deberá ser dejado en libertad o puesto a disposición del Ministerio Fiscal.

El Ministerio Fiscal en un plazo máximo de 48 horas desde la detención por la Policía deberá decidir si le deja en libertad o si pide medidas cautelares al Juez de Menores.

#### **4.- ¿Es necesaria la asistencia de un Abogado en un procedimiento de menores?**

Resulta obligatorio que todo menor al que le sea imputada la comisión de un delito o falta esté asistido por un Letrado desde el momento mismo de la detención.

Incluso tiene derecho a entrevistarse con el Abogado antes de prestar declaración ante la Policía, cosa que los mayores de edad no pueden hacer.

#### **5.- ¿Si el denunciante retirase la denuncia contra un menor se archivaría el procedimiento?**

No, salvo que se tratase del delito o falta de injurias o calumnias, el resto son delitos públicos y por tanto el Ministerio Fiscal ha de realizar las investigaciones necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

#### **6.- ¿Qué penas pueden ser impuestas a los menores de edad?**

A los menores de edad no se les imponen penas son medidas de seguridad y se adoptarán en función de la edad, las circunstancias personales, familiares y sociales del menor y su personalidad, buscando siempre las que sean más convenientes para su formación y educación.

Las medidas que pueden ser impuestas son las siguientes:

- a) Internamiento en régimen cerrado. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.
- b) Internamiento en régimen semiabierto. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro, pero podrán realizar fuera del mismo alguna o algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida. La realización de actividades fuera del centro quedará condicionada a la evolución de la persona y al cumplimiento de los objetivos

previstos en las mismas, pudiendo el Juez de Menores suspenderlas por tiempo determinado, acordando que todas las actividades se lleven a cabo dentro del centro.

c) Internamiento en régimen abierto. Las personas sometidas a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.

d) Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto. En los centros de esta naturaleza se realizará una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabitación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

e) Tratamiento ambulatorio. Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabitación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

f) Asistencia a un centro de día. Las personas sometidas a esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.

g) Permanencia de fin de semana. Las personas sometidas a esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción, en su caso, del tiempo que deban dedicar a las tareas socio-educativas asignadas por el Juez que deban



llevarse a cabo fuera del lugar de permanencia.

h) Libertad vigilada. En esta medida se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socio-educativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el Juez de Menores.

La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el Juez, que podrán ser alguna o algunas de las siguientes:

1ª Obligación de asistir con regularidad al centro docente correspondiente, si el menor está en edad de escolarización obligatoria, y acreditar ante el Juez dicha asistencia regular o justificar en su caso las ausencias, cuantas veces fuere requerido para ello.

2ª Obligación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, de educación vial u otros similares.

3ª Prohibición de acudir a determinados lugares, establecimientos o espectáculos.

4ª Prohibición de ausentarse del lugar de residencia sin autorización judicial previa.

5ª Obligación de residir en un lugar determinado.

6ª Obligación de comparecer personalmente ante el Juzgado de Menores o profesional que se designe, para informar de las actividades realizadas y justificarlas.

7ª Cualesquiera otras obligaciones que el Juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, estime convenientes para la reinserción social del sentenciado, siempre que no atenten contra su dignidad como persona. Si alguna de estas obligaciones implicase la imposibilidad del menor de continuar conviviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo

dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.

- La prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez. Esta medida impedirá al menor acercarse a ellos, en cualquier lugar donde se encuentren, así como a su domicilio, a su centro docente, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por ellos. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal, impedirá al menor establecer con ellas, por cualquier medio de comunicación o medio informático o telemático, contacto escrito, verbal o visual. Si esta medida implicase la imposibilidad del menor de continuar viviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.

- Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo. La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización.

- Prestaciones en beneficio de la comunidad. La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad.

- Realización de tareas socio-educativas. La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social.

- Amonestación. Esta medida consiste en la reprensión de la persona llevada a cabo por el Juez de Menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en el futuro.

- Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas. Esta medida podrá imponerse como accesoria cuando el delito o falta





se hubiere cometido utilizando un ciclomotor o un vehículo a motor, o un arma, respectivamente.

- Inhabilitación absoluta. La medida de inhabilitación absoluta produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos sobre el que recayere, aunque sean electivos; así como la incapacidad para obtener los mismos o cualesquiera otros honores, cargos o empleos públicos, y la de ser elegido para cargo público, durante el tiempo de la medida.

### **7.- ¿Quién decide qué medidas se han de imponer al menor?**

Es el Juez el que decide la medida que se ha de imponer al menor o incluso el Ministerio Fiscal, en determinados supuestos.

En ambos casos se tendrá muy en cuenta el Informe elaborado por el Equipo Técnico, en el que profesionales adscritos a la Fiscalía, expresarán la medida que entienden más adecuada para el menor.

En este informe se informará sobre la situación psicológica, educativa y familiar, así como sobre su entorno social, y en general sobre cualquier otra circunstancia relevante

### **8.- ¿Qué es el Equipo Técnico?**

El menor y sus progenitores o responsables al iniciarse el expediente serán citados a una entrevistas con el Equipo Técnico (dependiente de la Fiscalía de Menores).

En estas entrevistas los profesionales del Equipo hablarán con los pares o tutores y con el menor, analizando el entorno en el que se está desarrollando el chaval tanto a nivel familiar, educativo, laboral y social.

En las mismas no puede estar presente el abogado. Son conversaciones de entre una y dos horas en las se preguntará pormenorizadamente sobre todas las actividades del chico, de la familia y del entorno en el que se está desarrollando, valorando si desde el ámbito familiar son adoptadas medidas suficientes para que la evolución sea satisfactoria.

Son importantísimas pues de ellas dependerá la medida que se considere conveniente para el menor e incluso, en determinados supuestos, este Equipo Técnico puede aconsejar no seguir con el Expediente de Reforma.

Puede además el Equipo mediar con la víctima y buscar una solución reparadora.

Es conveniente por tanto que antes de someterse a esta entrevista mantener una reunión con un Abogado especialista que os oriente sobre el concreto contenido de la misma.

### **9.- ¿Cuando en un hecho delictivo intervienen mayores y menores de edad, quién lo conoce un Juzgado de Mayores o uno de Menores?**

Se iniciarán dos procedimientos paralelos uno ante la Fiscalía de Menores que investigará el delito respecto de los menores y otros ante un Juzgado de Instrucción que hará lo mismo respecto de los mayores de edad.

Posiblemente los menores deban comparecer ante el Juez de mayores pero lo harán en calidad de testigos.

### **10.- ¿La condena impuesta a un menor de edad genera antecedentes penales?**

No, en ningún caso una persona tendrá antecedentes penales por los hechos que cometiese siendo menor de edad, cosa distinta será la existencia de antecedentes policiales, es decir, que en los ficheros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado queden sus datos registrados, para suprimirlos se podrá instar la correspondiente cancelación.

Por tanto una medida impuesta siendo menor de edad, aunque no se haya cumplido, en modo alguno impedirá presentarse a pruebas en las que se exija carecer de penales.

### **11.- ¿Cuánto tiempo tardan en prescribir los hechos delictivos cometidos por los menores de edad?**

Los plazos los marca el artículo 15 de la Ley de menores, siendo los siguientes:

1. Los hechos delictivos cometidos por los menores prescriben:

1º Con arreglo a las normas contenidas en el Código Penal, cuando se trate de los hechos delictivos tipificados en los arts. 138, 139, 179, 180 y 571 a 580 del Código Penal o cualquier otro sancionado en el Código Penal o en las leyes penales especiales con pena de prisión igual o superior a quince años.

2º A los cinco años, cuando se trate de un delito grave sancionado en el Código Penal con pena superior a diez años.

3º A los tres años, cuando se trate de cualquier otro delito grave.



4º Al año, cuando se trate de un delito menos grave.

5º A los tres meses, cuando se trate de una falta.

2. Las medidas que tengan una duración superior a los dos años prescribirán a los tres años. Las restantes medidas prescribirán a los dos años, excepto la amonestación, las prestaciones en beneficio de la comunidad y la permanencia de fin de semana, que prescribirán al año.

## 12.- ¿Pueden se impuestas medidas cautelares a un menor antes de que haya una Sentencia?

Sí, en determinados supuestos el Juez de Menores a petición del Ministerio Fiscal puede acordar, tras la celebración de una audiencia, que el menor quede sometido a una o varias medidas cautelares.

Para ello han de existir indicios racionales de la comisión de un delito por parte del menor y el riesgo de eludir u obstruir la acción de la justicia o de atentar contra los bienes de la víctima.

Las medidas podrán consistir en:

- Internamiento en Centro. (Por un periodo de seis meses prorrogables tres más)
- Libertad Vigilada. (Se puede imponer hasta la fecha de la Sentencia firme)
- Prohibición de Aproximarse o Comunicarse con la víctima o con sus familiares u otras personas que determine el Juez. (Se puede imponer hasta la fecha de Sentencia Firme).

## Referencias Bibliográficas:

- 1.- LaCruz Berdejo. Elementos de Derecho Civil. Tomo IV. Familia. Madrid. Dykinson, 2002, p. 15.
- 2.- Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law. Oxford: Oxford University Press, 2003, pp. 116-8, 276-86.
- 3.- Wheeler R. Gillick or Fraser? A plea for consistency over competence in children BMJ 2006, 332:807
- 4.- Aláez Corral B. Minoría de edad y Derechos fundamentales, Madrid. Tecnos, 2003, p. 31.
- 5.- Ley 11/1981, de 13 de mayo, de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio BOE número 119, de 19 de mayo de 1981.
- 6.- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de adopción BOE número 256, de 26 de octubre de 1983.
- 7.- Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, sobre reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores. BOE núm. 140, de 11 de junio de 1992.
- 8.- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. BOE número 15, de 17 de enero de 1996.
- 9.- Méjica J, Díez JR. El Estatuto del paciente: a través de la nueva legislación sanitaria actual. Navarra. Editorial Aranzadi, S.L., 2006.
- 10.- Documento de ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999.
- 11.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002.
- 12.- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Instrumento de ratificación del 30 de noviembre de 1990. BOE núm. 313 de 31 de Diciembre de 1990.
- 13.- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial de España (2011).
- 14.- Manual de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España. Madrid 2012.
- 15.- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
- 16.- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 08 de enero de 2000.
- 17.- Meritillo A. Menor maduro y mayoría de edad en el ámbito sanitario. Comunicación al XX Congreso de Derecho Sanitario. Madrid. Octubre 2013.
- 18.-Rodríguez Almada, H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención, Revista Médica Uruguay 2001; 17:17-23.
- 19.- Casado Blanco M., Hurtado Sendín P, Castellano Arroyo M. "Dilemas legales y éticos en torno a la asistencia médica a los menores". Revista Pediatría Atención Primaria (PAP) en prensa. [fecha prevista de publicación nº 65 (Marzo 2015)].



## EXPLORACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

**Cristina V. Zarallo Reales**

Médico adjunto de Pediatría  
Unidad de Reumatología Pediátrica  
del Hospital Materno Infantil de Badajoz

### INTRODUCCIÓN

En reumatología pediátrica, la historia clínica y la exploración física es especialmente importante para el diagnóstico, más importante incluso que los exámenes complementarios que podamos hacer.

Para poder diagnosticar las enfermedades reumáticas es fundamental conocerlas, siendo el pediatra de Atención Primaria el facultativo que con mayor precocidad puede detectar la patología reumática y, por tanto, influir en su pronóstico.

El objetivo de este taller es ofrecer una sistemática de evaluación clínica del aparato locomotor que resulte útil al pediatra de Atención Primaria.

A continuación se propone una guía de anamnesis básica y una secuencia metódica de exploración articular en reumatología pediátrica, que permita la detección de signos y síntomas para sospechar una enfermedad reumatológica. Se adjuntan tablas e imágenes para que resulte más demostrativo. Finalmente se proponen unos criterios de derivación en reumatología infantil.

### ANAMNESIS BÁSICA EN NIÑO QUE ACUDE POR DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO Y SOSPECHA DE ENFERMEDAD REUMÁTICA

Para lactantes y preescolares la consulta se establece principalmente entre padres (o tutores) y el médico, pero cuando el niño es suficientemente mayor, es bueno que sea el niño quien conteste las preguntas.

#### 1.- QUÉ:

- *Cuál es el síntoma:* Los motivos de consulta más frecuentes son: impotencia funcional de una extremidad, tumefacción articular y/o dolor articular. En lactantes y niños pequeños se puede manifestar como una disminución de la movilidad en la cuna o al adoptar una postura fija de protección durante las horas de descanso. En el preescolar se puede presentar

como disminución de la actividad diaria (cojera o rechazo del niño a participar en juegos habituales) o si afecta a extremidades superiores mostrarán dificultad para actividades escolares manuales.

- *Duración:* continuo o intermitente.
- *Cambios locales en la zona afecta:* El eritema de la piel suprayacente indica afectación de tejidos blandos y puede simular artritis (Figura1).

Figura 1. Inflamación de tejidos blandos en una Púrpura de Schönlein-Henoch que puede simular una artritis de rodilla.



- *Patrón doloroso:* es fundamental diferenciar el **dolor inflamatorio** (mayor intensidad en reposo, "rigidez matutina") del **dolor mecánico** (mayor intensidad en el ejercicio). A veces el dolor es mixto. El dolor nocturno puede también sugerir tumores óseos además del tipo inflamatorio. Si un paciente viene con dolor articular intenso pensar antes en infección o tumor.

2.- **DÓNDE:** localización e irradiación. Hay que tener en cuenta que la patología de cadera puede producir dolor en muslo y rodilla; las sacroilitis produce dolor en nalgas; y el rechazo de



sedestación con dolor de espalda puede sugerir espondilodiscitis.

3.- **DÉSENDE CUÁNDO:** ver el tiempo de evolución (una artritis mayor de 6 semanas nos debe hacer sospechar en una AIJ). Cambios en localización, sintomatología o manifestaciones asociadas desde el inicio del cuadro.

4.- **CON QUÉ SE ASOCIA:** La presencia de síntomas de alarma como fiebre, síndrome constitucional o dolor muy intenso desproporcionado con los hallazgos clínicos, y que despierta por la noche, nos debe hacer sospechar en infección o malignidad.

5.- **A QUÉ LO ATRIBUYE:** Presencia de posibles desencadenantes como infecciones, traumatismos (teniendo en cuenta que el traumatismo puede ser la consecuencia y no la causa), exposición solar excesiva, frío...

Como en cualquier otra historia clínica recoger antecedentes personales de forma detallada. Con respecto a los antecedentes familiares se debe hacer hincapié en:

- Psoriasis.
- Enfermedades autoinmunes como tiroiditis, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes.
- Presencia de enfermedades reumáticas conocidas en la familia (artritis inflamatorias, espondilitis anquilosante, Uveítis, conectivopatías...) así como la existencia de episodios febriles recurrentes desconocidos.

## EXPLORACIÓN FÍSICA DEL APARATO LOCOMOTOR.

Dentro del examen musculoesquelético, distinguiremos:

- Evaluación articular.
- Entesopatías.
- Valoración de la fuerza muscular.

### Evaluación articular

La exploración física comienza en el mismo instante que el paciente entra en la consulta, con un análisis de la marcha.

El examen articular debe ser **minucioso y ordenado** (seguir siempre misma secuencia), **exhaustivo** (se deben explorar todas las articulaciones de un miembro afecto) y **bilateral** (es útil comparar la extremidad afectada con la contralateral sana para apreciar diferencias de

tamaño, color o temperatura).

El niño debe estar lo más relajado posible y dispuesto a colaborar, que se puede conseguir con paciencia y ganando su confianza:

- En el lactante y niño pequeño no podremos aplicar la sistemática de la exploración que comentaremos. Preferiblemente deben ser explorados en el regazo de sus padres al objeto que se sientan más seguros, así como ofrecer juguetes para distraer su atención.
- En niños más mayores es conveniente realizar el examen como parte de un juego ("sube los brazos", "mira al techo"...).

La exploración del aparato locomotor se inicia con la **inspección**, a continuación con la **palpación** de cada articulación y por último se evalúa la **movilidad** articular. **Se dejará para el final la exploración de la/s articulación/es dolorosa/s.**

Es importante conocer el concepto de artritis. *La artritis se define como una tumefacción articular y/o limitación de la movilidad con dolor.* Por lo tanto en cada articulación vamos a analizar estos 3 parámetros:

- **Tumefacción:** es característica de las artritis superficiales (*las caderas y las sacroiliacas son articulaciones profundas*, por lo que nunca van a estar tumefactas). Se diferencian varios tipos: derrame articular (mediante palpación de la fluctuación: signo de oleada o signo del peloteo), engrosamiento de la sinovial (palpación), tumefacción de tejidos blandos periarticulares (las tumefacciones tendinosas suelen ser localizadas y alargadas).
- **Dolor:**
  - \* **A la movilización:** la artritis=dolor en todos los movimientos; bursa y tendones= dolor sólo con un movimiento determinado.
  - \* **A la palpación:** es importante localizar puntos dolorosos, siendo más difuso en las artritis, y más localizado en las osteomielitis.
- **Movilidad articular:** hay que explorar todas las articulaciones, sin limitarse al área que ocasiona la queja del niño. Se usan primero **maniobras activas** (Figura 2) y posteriormente **pasivas** que reproducen las maniobras de cada articulación. La movilidad pasiva es mayor que la activa. Si existe aumento de movilidad se valorará un síndrome de hiper movilidad benigna.



Figura 2. Secuencia resumida de la exploración articular

COLUMNA CERVICAL Y ATM				
Flexión	Extensión	Rotación	Inflexión lateral	Art.Temp-Mandibular
HOMBRO				
Abducción	Abducción	Aducción	Rotación interna	Rotación externa
CODOS, MUÑECAS Y MANOS				
Extensión	Extensión y pronosupinación	Flexión codos y extensión de muñecas	Flexión de muñecas	Puño
CADERAS Y SACROILIACAS				
Abducción	Aducción	Rolling	Rotación externa	Rotación interna
Flexión	Maniobra de FABERE	Compresión sacroiliaca		
RODILLAS, TOBILLOS Y PIES. COLUMNA DORSOLUMBAR				
Flexión	Extensión	Signo del peloteo	Dorsiflexión	Flexión plantar
Inversión	Eversión	Rotación	Flexión	Inflexión lateral



## SISTEMÁTICA DE EXPLORACIÓN

El examen articular completo se realizará en :

- **Sedestación:** para evaluar miembros superiores, columna cervical y articulación temporomandibular.
- **Decúbito supino:** evaluar miembros inferiores y sacroiliacas.
- **Decúbito prono.**
- **Bipedestación:** evaluar columna y marcha.

### Sedestación

- **Columna cervical:** En las AIJ de inicio sistémico se afecta con frecuencia.

- Inspección y palpación: valorar posturas antiálgicas y tortícolis.
- Movilidad: valorar los movimientos de *flexo-extensión* (“mírate el ombligo”, “mira al techo”), *rotación* (“mira la pared”) e *inclinación lateral* (“toca el hombro con tu mejilla”).

### - Articulación temporo-mandibular:

- Inspección: en el contexto de AIJ se induce un crecimiento más lento de la rama mandibular del mismo lado. Si es unilateral, observaremos una asimetría de la apertura de la boca; sin embargo si es bilateral habrá una menor amplitud de la apertura oral. Y si se prolonga con el tiempo puede aparecer retrognatia evidente por hipocrecimiento del maxilar inferior respecto al superior (Figura 3).

Figura 3. Microretrognatia en una paciente con AIJ.



- Palpación: crujidos a nivel de la articulación, mientras se solicita que abra y cierre la boca, y que mueva la mandíbula hacia ambos lados.
- Movimiento: se solicita al paciente que abra al máximo su boca y se mide la distancia entre arcada superior e inferior (en general no debe ser menor a 4 cm).
- **Art. esternoclavicular y esternocostal:** se afecta poco pero no hay que olvidarlas.

### - Hombros:

- Inspección: asimetrías, cambios de coloración, tumefacción o quistes.
- Palpación: en la cara anterior (interlínea glenohumeral) en busca de posible derrame. La palpación de la cara lateral, por debajo del acromion, informa de dolor ante la presión en las inserciones tendinosas.
- Movilidad pasiva: *Rotación externa* (la primera en afectarse en las artritis) e *interna*, dirigiendo el antebrazo y mano hacia arriba o abajo respectivamente, manteniendo el codo en ángulo recto. Valorar la *abducción* y *aducción*, y la *flexo-extensión*, que serán fácilmente apreciables en las maniobras activas.

- **Codo:** es una de las articulaciones que mejor toleran fundamentalmente los flexos y las limitaciones de la movilidad.

- Inspección: deformidades en flexión o valgo, lesiones cutáneas, nódulos o tumefacciones periarticulares.
- Palpación: para observar un aumento de líquido intraarticular se coloca el dedo gordo del examinador entre el epicóndilo lateral y el pico del olécranon, manteniendo el codo en flexión de 90°
- A continuación se explora la articulación mientras se realizan movimientos de flexo-extensión que permite detectar la oleada del líquido sinovial.
- Movilidad pasiva: valorar la flexo-extensión (ésta última es la primera en afectarse en las artritis) y *pronosupinación*. La hiperextensión > 10° es uno de los signos de hiper movilidad articular benigna.



- **Muñecas:** *La sinovitis de muñeca se considera de mal pronóstico y requiere un tratamiento más agresivo.*

- Inspección: Valorar la presencia de gangliones (en el dorso, son redondeadas y benignas), así como de tumefacciones tendinosas (localizadas y alargadas, presentes en la cara dorsal superior o palmar inferior) o articulares (más extensas con una disposición transversal). En lactantes y preescolares la presencia de grasa subcutánea puede dificultar la valoración del derrame articular.
- Palpación: de la zona dorsal de la interlínea articular entre el pulgar y los dedos, con ambas manos, y se registra la aparición de dolor y/o derrame articular.
- Movilidad pasiva: valorar la *flexo-extensión* a 90° y los movimientos de *lateralización cubital y radial* (35-45°). El daño funcional más incapacitante en los movimientos de la muñeca es la pérdida de flexión dorsal.

- **Mano (Articulaciones IFD, IFP y MCF):**

- Inspección: buscar tumefacción en dedos (la artritis suele producir un aumento de volumen simétrico de la articulación, mientras que la inflamación extraarticular es asimétrica y/o se extiende fuera del área articular), así como alteración de las uñas o en los pulpejos, eritemas palmares... Las deformidades de las manos pueden poner de manifiesto alteraciones típicas de algunas enfermedades como la AIJ evolucionada.
- Palpación: Las articulaciones MCFs se evalúan inicialmente de forma conjunta, ejerciendo una compresión lateral entre los MCF 2º y 5º, y posteriormente cada articulación de forma individual. Las IFPs e IFDs se valorarán situando los dedo pulgar e índice del examinador a la cara lateral y medial de cada articulación, aplicando presión.
- Movilidad: pidiendo al niño que cierre el puño escondiendo las uñas en la palma de la mano, y a través de la fuerza de prensión.

**Decúbito supino**

- **Cadera:** *es la articulación más frecuentemente afectada en pediatría* (Sinovitis transitoria de cadera (STC)). También se afecta en artritis relacionada con entesitis (ArE) y en AIJ forma sistémica.

- Inspección: la postura en flexión y rotación externa sugiere derrame. Comprobar si existe disimetrías de miembros inferiores. Se determina midiendo la distancia existente entre el borde inferior de la espina iliaca anterosuperior y el maleolo interno; o comparando ambas extremidades apoyando las plantas de los pies sobre el plano de exploración y con las rodillas en ángulo de 45°, comparando la altura de ambas rótulas.
- Palpación: del pliegue inguinal buscando puntos dolorosos. También puede referir dolor en muslo y rodillas.
- Movilidad pasiva: se inicia con el rodamiento pasivo de la articulación (*“rolling”*). Su gran utilidad estriba en que es la maniobra menos dolorosa para la exploración de la cadera al tiempo que detecta si existe limitación de la rotación. Para diferenciar entre artritis séptica de cadera y STC, en ésta última se consigue rotar > 30° sin dolor. Valorar la *flexión*, flexionando ambas rodillas y llevándolas al pecho normal. *Abducción y aducción*, manteniendo las rodillas y cadera extendidas y separando o acercando la extremidad a la línea media del cuerpo. *Rotación interna y externa*: manteniendo la cadera, rodilla y tobillo en flexión 90° aproximando (rotación externa) o separando (rotación interna) el pie hacia la línea media. El dolor o limitación de la rotación son el primer signo de patología intraarticular.

- **Sacroiliacas:**

- **Maniobra de Fabere:** el examinador flexiona, abduce y rota externamente la cadera, de forma que el pie de esa pierna descansa sobre la rodilla de la pierna contraria, y se estabiliza la pelvis con la mano contralateral. *La prueba es positiva únicamente cuando produce dolor en el glúteo homolateral.*
- Otras maniobras son: la compresión de las crestas iliacas y ejercer presión hacia abajo y adentro.



### - Rodilla:

- Inspección: La postura en flexión siempre es patológica. Se valora el estado del cuádriceps y la presencia de tumefacción (el derrame se acumula en el fondo del saco suprapatelar)(Figuras 4 y 5).

Figura 4. Actitud en flexo y valgo por artritis de rodilla izquierda.



Figura 5. Tumefacción rodilla izquierda.



- Palpación: cuando existe poco líquido se objetiva desplazando el derrame del compartimento lateral al medial (**signo de la oleada**). Cuando existe bastante líquido se pone de manifiesto desplazando el derrame hacia la rótula (**peloteo rotuliano**). En esta maniobra, con la mano izquierda se exprime

el fondo de saco subcuadricepsal para empujar el líquido a la región infrarrotuliana, mientras con la mano derecha hacemos descender la rótula sobre los cóndilos femorales. Cuando existe derrame, el desplazamiento de la rótula “empuja” el derrame, de manera que se siente la fluctuación de la rótula bajo el dedo del examinador.

- Movilidad: en el niño sano la *flexión* de la rodilla permite tocar con el talón la nalga homolateral. Los niños pueden hiperextender la rodilla hasta 10-15° hasta la edad de 8-9 años. La pérdida de la extensión completa es un hallazgo muy común en los cuadros de artritis crónica de rodilla.
- La inflamación de la articulación de la rodilla puede conducir a un mayor crecimiento de la extremidad afecta durante la fase activa de la enfermedad.

### - Tobillo y pie

- Inspección: La tumefacción de la articulación tibioastragalina se pone de manifiesto en la parte anterior de la interlínea articular o mediante el borramiento de los espacios perimaleolares (figura 6). Cuando la afectación es tendinosa la tumefacción suele ser lineal y superficial. La afectación del tarso se manifiesta como tumefacción en el dorso del pie. *Las dactilitis o dedo en salchicha* son el resultado de tenosinovitis que provocan una inflamación difusa de todo el dedo (figura 7).

Figura 6. Borramiento de los espacios perimaleolares por tenosinovitis y artritis de tobillos.







Figura 7. Dactilitis



- **Palpación:** se palpa la cara anterior y anterolateral así como realizar presión en el dorso del pie (doloroso en las tarsitis). Por último valorar si existe dolor o tumefacción en articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas de los pies.
- **Movilidad pasiva:** la evaluación funcional del tobillo comienza con la **articulación tibioastragalina** realizando movimientos de *dorsiflexión*, llevando alternativamente la punta del pie hacia delante (flexión dorsal 20°) o hacia la mesa de exploración (flexión plantar 45°). La **articulación subastragalina** se realiza sujetando el calcáneo con una mano, mientras con la otra se realiza los movimientos de inversión (*supinación*) y eversión (*pronación*). Para la exploración física de la **articulación medio-tarsiana**, se realiza *movimientos de rotación interna y externa* manteniendo el retropié (calcáneo y astrágalo) fijo.

### DECÚBITO PRONO

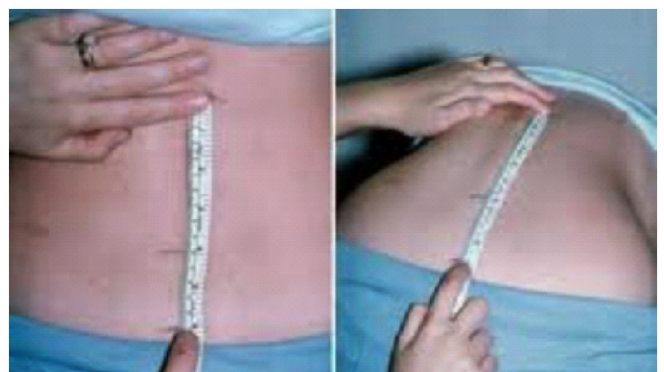
- **Sacroiliacas:** si existe inflamación, la compresión de la línea interarticular sacroiliaca y la hiperextensión del muslo (*maniobra de mennell*) produce dolor.
- **Cadera:** se puede explorar la *extensión* de la cadera, elevando con una mano la pierna extendida (normal: 30° sobre el plano de la mesa), fijando con una mano la pelvis. También podemos explorar las rotaciones.
- **Rodilla:** sólo se puede explorar la *flexión*.

### BIPEDESTACIÓN

#### - Exploración axial:

- **Inspección:** en el plano dorsal se valorará la presencia de asimetrías que puedan indicar una escoliosis (*test de Adams*), que consiste en flexionar el tronco hacia delante manteniendo rodillas extendidas. Si existe escoliosis se detectará una gibosidad a nivel torácico o desviación de la columna lumbar. En el plano sagital se valorará cifosis dorsal o lordosis lumbar.
- **Movilidad:**
  - \* *Flexionar*, solicitando al niño que flexione hacia delante intentando tocar el suelo con las puntas de los dedos sin flexionar rodillas.
  - \* La *extensión* se explora pidiendo al paciente que se incline hacia atrás unos 30°.
  - \* La *inflexión lateral* del tronco, manteniendo los hombros en el mismo plano, las rodillas y caderas en extensión y sin levantar los talones (es normal unos 50°). Podemos medir la distancia entre el 3º dedo y el suelo. Ésta última se encuentra limitada especialmente en las espondiloartropatías. Esta limitación es más precoz y es más evidente que la alteración de la flexión lumbar.
  - \* El **test schöber modificado** se utiliza para valorar movilidad lumbar en niños > 6 años. Con el niño en bipedestación se traza en la línea media una marca que una los hoyitos de venus (unión L5-S1). A continuación se trazan 2 líneas: una 10 cm por encima de la anterior y otra 5 cm por debajo. Se pide al niño que sin flexionar las rodillas, se incline hacia delante el máximo que pueda y se mide la diferencia de longitud entre las líneas superior e inferior (10+5). Se considera patológico un resultado < 6cm (Figura 8).

Figura 8. Test de Schöber modificado





- **Desviación miembro inferior:** En el plano frontal podemos valorar la presencia de genu varo (fisiológico hasta los 2-4 años) o valgo (fisiológico hasta los 8 años). En el plano lateral valoraremos el genu recurvatum o el genu flexo (siempre patológico).

- **Dismetría de miembros inferiores:** podemos comprobar la horizontalización de la pelvis, comprobando que las espinas iliacas anterosuperiores, espinas iliacas anteroposteriores y crestas iliacas estén paralelas y equidistantes. También se puede observar la altura relativa de rodillas.

### MARCHA

Hacemos andar al niño primero con *marcha normal, después de puntillas y finalmente de talones*. En las espondilodiscitis es típico la marcha con hiperlordosis. Cuando existe dolor en una cadera, el niño se inclina sobre ella durante la fase de carga, colocando el peso corporal sobre la articulación contralateral.

### Entesitis

Se define como el dolor en la inserción en el hueso de un músculo, un tendón o un ligamento.

**Las entesis más frecuentemente afectadas son: la inserción de fascia plantar, la del tendón de aquiles y la rotuliana** (figura 9). Para explorarlo se realiza una presión en esos puntos, creando dolor cuando existe inflamación. *Es un dolor muy intenso que provoca en el niño la retirada.*

Figura 9. Puntos de entesitis.



### Estado muscular

En la patología reumática existen cuadros que comportan debilidad muscular como afectación secundaria de la afectación articular o como enfermedad primaria, debiendo diferenciarla de las miopatías inflamatorias.

La inspección en bipedestación nos permite apreciar la presencia de **atrofia muscular** (*la atrofia de cuádriceps puede sugerir artritis crónica*

*de rodilla, y la atrofia de gemelo sugiere artritis crónica de tobillo*).

La exploración de los grupos musculares individualizados, tanto distales como proximales, se realizará siguiendo un orden similar al utilizado en la exploración articular. También es necesario explorar la fatigabilidad muscular y el test de Gowers.

### PGALS. TEST PARA EL CRIBADO DE PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA EN ESCOLARES

Recientemente se ha desarrollado y validado el **pgALS** (pediatric Gait, Arms, Legs, Spine), una herramienta simple para la exploración del sistema musculoesquelético, que de forma simplificada se muestra en la tabla I. También se puede consultar en [www.arc.org.uk/about\\_arth/rdr5.htm](http://www.arc.org.uk/about_arth/rdr5.htm)

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

De forma ordinaria:

- Dolor musculoesquelético (DME) y sospecha de artritis/entesitis/miositis de semanas de evolución.
- DME no explicado y/o recurrente (incluye esguinces recurrentes múltiples o desproporcionados con el traumatismo)
- DME acompañado de síntomas extraarticulares sugestivos de enfermedad reumática y/o alteraciones de pruebas de laboratorio (ANA, FR, PCR...).
- Episodios anteriores de artritis.
- STC > 1 episodio y especialmente si edades no habituales (<2 años y > 10 años).
- Impotencia funcional o alteración en actividades o necesidad de analgésicos o AINEs.
- Dolor que despierta por las noches.
- Síntomas extraarticulares sugestivos de enfermedad reumática (eritema en heliotropo, rash malar) aunque no se acompañe de DME, salvo los síntomas oculares que serán derivados al oftalmólogo de zona.

Se recomienda derivación al servicio de urgencias:

- Tumefacción articular más calor, rubor y/o fiebre (descartar artritis séptica).
- Dolor óseo o articular localizado más fiebre (sospecha osteomielitis o artritis séptica).
- Sospecha de AIJ sistémica (artritis de 1 o más articulaciones, fiebre y 1 de los siguientes: exantema, adenopatías, hepatomegalia y/o esplenomegalia y serositis) o de vasculitis (enfermedad de Kawasaki).



<b>Tabla I. The pGALS (pediatric Gait, Arms, Legs, Spine).            Test para la detección de síntomas músculo-esqueléticos modificado.</b>	
<b>Preguntas:</b> ¿Tiene el niño dolor o rigidez (entumecimiento tras el reposo)? ¿Tiene dificultad para vestirse sin ayuda? (si antes lo hacía) ¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras? (si antes lo hacía)	
<b>Maniobras de detección</b> Observar al paciente de pie y tumbado	<b>¿Qué valora?</b> Actitud espontánea. Exantema. Dismetría. Tumefacción articular. Desviación en valgo/varo. Atrofia muscular. Pies planos
<b>Miembros superiores</b> “Mantén las manos extendidas y levantadas delante de tí” ?“Pon las palmas hacia arriba y cierra las manos en un puño” “Haz pinza con el índice y el pulgar” “Toca las yemas de los dedos con el pulgar de la misma mano”? Mantén juntas las palmas de las manos a la altura de los codos” “Levanta los brazos estirados todo lo que puedas” “Pon las manos detrás del cuello”	Flexión anterior de hombros Extensión de codos, carpos y dedos Supinación de codos Flexión de las articulaciones de los dedos Destreza manual Destreza manual  Extensión de articulaciones de los dedos y los carpos Extensión de codos y muñecas Abducción de hombros Abducción y rotación externa de hombros Flexión de codos
Hay dolor al apretar los nudillos	Articulaciones metacarpofalángicas
<b>Miembros inferiores</b> Realizar signo de la tecla en rodillas “Extiende y flexiona las rodillas” Realizar movimientos pasivos de caderas Realizar movimientos pasivos de tobillos	Tumefacción de rodillas Flexión y extensión de rodillas Rotación, abducción y flexión de caderas Movilidad de articulaciones tibioastragalina y subastragalina
<b>Columna y temporomandibulares</b> “Abre mucho la boca”  “Mira al techo” “Intenta tocar el hombro con la oreja” “De pie y con las rodillas extendidas, intenta tocar el suelo”	Articulaciones temporomandibulares y desviación a la apertura bucal Extensión de la columna cervical Flexión lateral de la columna cervical Flexión de la columna tóraco-lumbar Escoliosis
<b>Deambulación</b> Observar la marcha espontánea “Camina de puntillas” “Camina de talones”	Cojera o rechazo de la deambulación

## BIBLIOGRAFÍA

- Modesto Caballero C. Semiología clínica en Reumatología Pediátrica. En: González Pascual E (ed.). Manual práctico de Reumatología Pediátrica. Barcelona: MRA SL; 1999. p. 21-48.
- López Montesinos B. La exploración del aparato locomotor: una herramienta fundamental en la detección de la enfermedad reumatológica. En: Ardura J (ed.). Libro de Ponencias del 58 Congreso de la Asociación Española de Pediatría, Madrid: AEP; 2009. p. 18-20.
- Andreu Alapont E, Lacruz Perez L, López Montesinos B. ¿Este niño tiene reuma? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 245-58.
- S. Murias Loza, R. Merino Muñoz. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares. Pediatría integral 2013; XVII (1): 10-14.
- Jaime de Inocencio Arocena. Exploración articular en pediatría. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris ediciones 2014, p 365-8.
- Gill I, Sharif F. A disjointed effort: paediatric musculoskeletal examination. Arch Dis Child. 2012;97:641-3.
- Andreu Alapont E. Exploración del aparato locomotor en Reumatología pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:277-88
- Clemente D, Ibañez I. Clínica en reumatología pediátrica. En: López Robledillo JC (ed). Monografías SER: reumatología pediátrica. Panamericana; 2006.p.3-15.
- Moder KG, Hunder GG. History and physical examination of the musculoskeletal system. In: Kelley s textbook of rheumatology, seventh edition. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015.p.483-500



## DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA: "MANCHAS FEAS, BUENAS Y MALAS"

**Alicia Hiraldo Gamero**

Dermatóloga.  
Hospital de Mérida

A lo largo de este taller intentaremos aclarar qué manchas de las que aparecen en la piel de un niño, ya sean congénitas o adquiridas deben preocuparnos, o por el contrario no, cuáles deben ser estudiadas y seguidas tanto a nivel dermatológico como de otras especialidades.

*Grosso modo*, podremos clasificarlas en:

**Manchas buenas:** aquellas que aparecen de forma aislada o en escaso número y asintomáticas. Entre ellas se encuentran los nevus hipercrómicos, los nevus acrómicos, los nevus congénitos pequeños o las máculas café con leche aisladas.

**Manchas feas:** podríamos denominar así a manchas extensas presentes en un niño sano, las que se parecen a otras malas (pero que no lo son) y aquellas en las que, simplemente, no conocemos el diagnóstico.

**Manchas malas:** manchas numerosas, de aparición progresiva y naturaleza persistente, las que detectamos en un niño con otras enfermedades (cutáneas o no) asociadas o con antecedentes familiares de las mismas. En función del diagnóstico de presunción, debemos iniciar las exploraciones complementarias adecuadas para confirmar la sospecha diagnóstica.

### INTRODUCCIÓN

En esta exposición, nos detendremos a analizar distintos tipos de nevus. A pesar de la amplia utilización de este término del latín *naevus*, lunar o peca congénita, y de la adquisición de una idea conceptual del mismo, no se ha alcanzado una definición unánime del mismo<sup>1</sup>.

Pueden:

- ser congénitos o adquiridos
- derivar de un tipo celular o no mostrar ningún crecimiento hamartomatoso
- mostrar un tejido malformado o aparentemente sano
- reflejar la ausencia de uno o más componentes de la piel

- ser consecuencia de una alteración funcional

Ante esta gran variedad de lesiones clínicas, es probable que el principal requerimiento para ser denominado nevo, es la presencia de un **mosaicismo genético**.

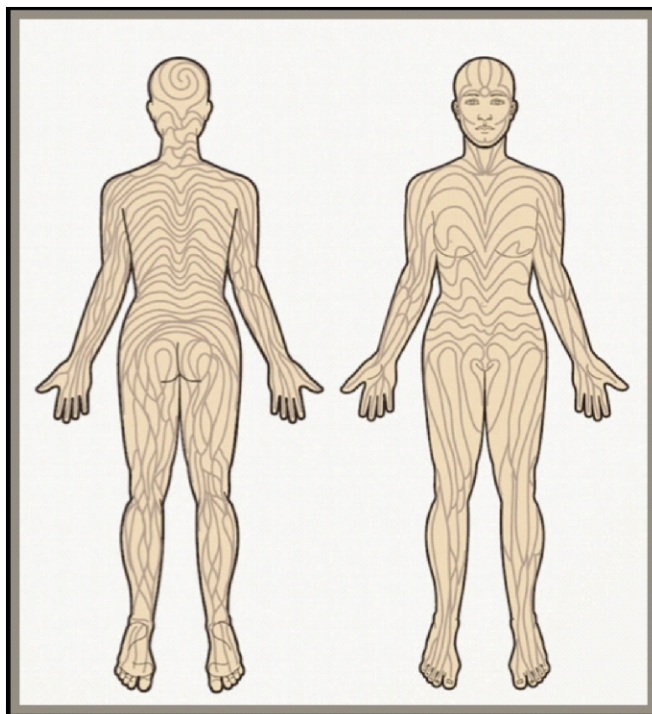
Un mosaico es un individuo que presenta una o más líneas celulares distintas provenientes de un mismo cigoto.

Así los nevus consistirían en un tejido mutante de la piel o mucosas con una dotación genética distinta a la del tejido circundante, pero derivado del mismo cigoto.

Morfológicamente podríamos clasificar los nevus según el tipo de célula que lo origina. Un tipo de célula puede originar uno o varios tipos de nevus.

### NEVOS DE LA EPIDERMIS

La mayoría de los nevus de la epidermis, se distribuyen a lo largo de las líneas de Blaschko (líneas de desarrollo embrionario de la epidermis y posiblemente de otros componentes de la piel).



Líneas de Blaschko. Imagen tomada del NEJM



Las líneas de Blaschko son uno de los patrones que los mosaicismos pueden mostrar en la piel, y son el patrón arquetípico de la mayoría de los nevos de origen epidérmico.

El hecho de que los nevos de cualquier origen sea el resultado de una mutación somática que origina un mosaicismo, hace que cualquier tipo de nevo, pueda hipotéticamente asociarse con alguna anomalía congénita en algún órgano derivado del mismo tejido embriológico que éste.

### Nevo epidérmico verrucoso

Los nevos epidérmicos aparecen clínicamente como placas hiperqueratósicas verrugosas lineales. La mayoría están presentes al nacer, aunque pueden aparecer hasta en la tercera década de la vida. El patrón histológico de los nevos epidérmicos es muy variable, dependiendo del componente epitelial predominante<sup>2</sup>.



- Nevo epidérmico verrucoso epidermolítico. Es la forma de mosaicismo de una enfermedad, autosómica dominante, conocida como Eritrodermia Ictiosiforme Congénita Ampollosa (EICA). Si la mutación somática afectó a las gónadas, los individuos afectados, pueden transmitir a la descendencia la EICA.
- Nevo epidérmico no epidermolítico. Es una anomalía esporádica y no se transmite a la descendencia. Cuando se presenta concomitantemente con alteraciones en otros sistemas, en particular sistema nervioso central, se denomina síndrome del nevo epidérmico o de Solomon. El NEVIL (Nevus Verrucoso Inflamatorio Lineal) es la variedad inflamatoria del nevo epidérmico.

### Nevo comedoniano

Nevo derivado del folículo pilosebáceo. Se presenta como un grupo asintomático de

comedones en la cara, cuello, o parte superior torácica, pueden estar agrupados o seguir un patrón lineal. Es probable que algunos representen una forma de mosaico del síndrome de Apert (se caracteriza por el cierre prematuro de las suturas craneales), ya que se han demostrado mutaciones en el gen FGFR2 en algunos de ellos, gen responsable de la enfermedad nombrada.

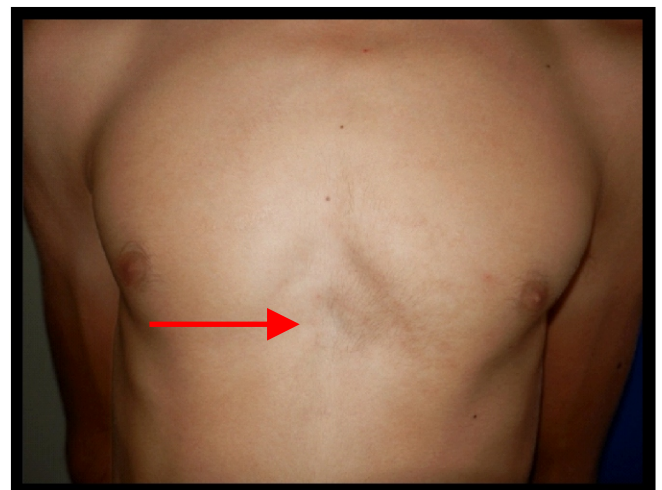
### Nevo sebáceo

El nevo sebáceo es una lesión congénita frecuente, descrita por primera vez por Jadassohn en 1895 como un hamartoma de la piel. Se localiza principalmente en el cuero cabelludo y la cara, y se manifiesta como una placa redondeada u ovalada, bien circunscrita, con superficie rugosa y color amarillento<sup>3</sup>. Durante la vida adulta, puede desarrollarse una amplia variedad de tumores anexiales por lo que se recomienda extirpación de la lesión durante o incluso después de la pubertad.



### Nevo de Becker

El nevo de Becker (NB), también llamado melanosis de Becker o nevo epidérmico pigmentado y piloso, es un hamartoma cutáneo benigno que se presenta como una mácula de color





marrón claro u oscuro, bien delimitada, pero de bordes irregulares que se puede acompañar de hipertrichosis<sup>4</sup>. Aunque las localizaciones más frecuentemente descritas son la región escapular o el pecho, el NB puede estar localizado en cualquier otra parte del cuerpo<sup>5</sup>. Puede aparecer durante la infancia, pero lo más habitual es durante la pubertad<sup>1</sup>.

### Síndromes del nevo epidérmico

Síndrome no hereditario que asocian uno o más nevos de origen epidérmico asociados a otros nevos cutáneos y/o manifestaciones extracutáneas variables, habitualmente derivadas del ectodermo.

- *Síndrome del nevo sebáceo*. Asociación de un nevo sebáceo o epidérmico verrugoso con anomalías neurológicas, oculares y otras, así como con otras anomalías cutáneas.
- *Síndrome CHILD*. Con el acrónimo CHILD, Happle et al describieron en 1980 un síndrome caracterizado por hemidysplasia congénita asociada a eritrodermia ictiosiforme y defectos de miembros (congenital hemidysplasia with ichthyosiform nevus and limb defects)<sup>6</sup>. Presenta una herencia dominante ligada a X, se manifiesta en forma de mosaico, por la inactivación al azar de un cromosoma X, que induce un curioso fenómeno de lateralización, de modo que las manifestaciones de la enfermedad se restringen a un solo hemi cuerpo. Se considera que representa una entidad cutánea cuyo reconocimiento es importante para el consejo genético, ya que la madre de una paciente con síndrome CHILD tiene un mayor riesgo de tener otra hija que sufra esta afección<sup>7</sup>.
- *Facomatosis Pigmento-queratósica*. Asociación de un nevo sebáceo o epidérmico verrugoso y un nevo melanocítico lentiginoso moteado extenso junto con otras anomalías como ptosis palpebral y escoliosis.
- *Síndrome del nevo de Becker*. Consiste en la asociación de un nevo de Becker con anomalías del desarrollo ipsilaterales (hipoplasia mamaria, alteraciones de las extremidades, espina bífida, escoliosis y otras).

- *Síndrome del nevo comedoniano*. Asociación de un nevo comedoniano con alteraciones esqueléticas de las extremidades, probablemente debido a ser manifestación en mosaico del síndrome de Apert como se mencionó previamente.

### Poroqueratosis Lineal

Actualmente considerada un mosaicismo de la poroqueratosis (PQ) clásica, es una variante rara.

Las poroqueratosis son un grupo de desórdenes de la queratinización que histológicamente comparten la presencia de la laminilla corneida, una estrecha columna de paraqueratosis sobre una epidermis focalmente desorganizada. La PQ lineal. Es una forma esporádica, que se manifiesta en el nacimiento o en la adolescencia temprana como una erupción verrugosa que puede seguir las líneas de Blaschko o metaméricas<sup>8</sup>. Las lesiones son habitualmente asintomáticas, siendo excepcional el prurito. Existen dos subtipos, que incluyen una forma localizada y otra generalizada.

### Nevos de pigmento (acrómico e hiperacrómico). Mosaicismos pigmentarios

El nevo depigmentado o nevo acrómico (NA) es una lesión hipopigmentada (no completamente despigmentada) que está presente al nacimiento o en los primeros años de vida; puede situarse en cualquier localización de la superficie corporal y adopta distintas formas: redondeadas, ovaladas, aserradas, de contornos geográficos, patrones en cuadrantes o siguiendo líneas de Blaschko (mutación precoz en la embriogénesis)... y pueden ser únicos o múltiples.

Existe una disminución de melanocitos y en número y tamaño de melanosomas en la capa basal de la epidermis con disminución de eumelanina.



### Mosaicismos hipopigmentados

Se ha descrito que la presencia de múltiples lesiones cutáneas hipopigmentadas a lo largo de las líneas de Blaschko asociadas a anomalías extracutáneas. En 1952 Ito describió una paciente japonesa con lesiones hipocrómicas siguiendo las líneas de Blaschko y llamó a esta entidad "incontinencia pigmenti achromians" por seguir las lesiones el mismo patrón que la incontinencia pigmenti, aunque esta nomenclatura puede dar origen a confusión. Posteriormente se describieron casos similares en todo el mundo y se denominó a esta entidad como *hipomelanosis de Ito*.



### Hipomelanosis de Ito

Lesiones hipopigmentadas de disposición lineal a lo largo de las líneas de Blaschko
Afectación de dos o más áreas corporales o presencia de al menos dos lesiones en distintas líneas de Blaschko dentro de la misma área corporal.
Detención de las lesiones en la línea media corporal, en el caso de las lesiones del tronco; y
Ausencia de cualquier lesión previa en la piel (pápulas, lesiones verrucosas, vesículas o máculas hiperpigmentadas) afecta de máculas hipopigmentadas

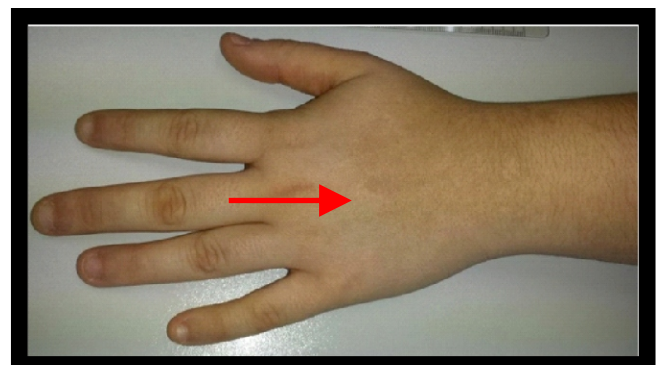
Entre las manifestaciones extracutáneas que se han asociado, destacan:

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| - Afectación del SNC                      | - Tumores                      |
| - Afectación oftalmológica                | - Alteraciones cardíacas       |
| - Afectación craneofacial y dental        | - Alteraciones genitourinarias |
| - Alteraciones esqueléticas y de miembros |                                |

El tratamiento irá dirigido contra las manifestaciones extracutáneas.

### Nevos hiperocrómicos y mosaicismos hiperpigmentados

Son lesiones idénticas a las descritas como nevos acrómicos, con la única diferencia que la piel afecta, es más pigmentada que el resto. Dichas lesiones reflejan igualmente un mosaicismo cutáneo.





### Otros nevos epidérmicos

- *NEVIL (Nevo Epidérmico Verrucoso Inflamatorio Lineal)*. Es una variante de nevo epidérmico, que muestra eritema, inflamación y cursa con prurito. Difícil distinguir de casos de psoriasis lineal.
- *Nevo apocrino y nevo siringocistomatoso papilífero*. Son tipos de nevos organoides con acúmulo hamartomatoso de glándulas apocrinas y ecrinas respectivamente. Se manifiestan como placas o nódulos agrupados en placas, e incluso en ocasiones de disposición lineal.
- *Nevo del ducto y del ostio ecrino poroqueratósico*. Se asemeja al nevo comedoniano, con pápulas queratósicas de disposición lineal e incluso lesiones francamente verrucosas que pueden afectar a las palmas y plantas, donde no existen folículos sebáceos. Estas pápulas se localizan sobre los orificios de desembocadura de las glándulas sudoríparas ecrinas y originan anhidrosis o hiperhidrosis en la zona afecta.

### NEVOS DÉRMICOS

Pueden mostrar un crecimiento hamartomatoso o un defecto funcional.

#### Nevos de colágeno

Los nevos de colágeno o colágenomas cutáneos son malformaciones en las que la cantidad de tejido colágeno presente en la dermis está incrementada

- *Colagenoma familiar cutáneo*: Herencia Autosómica Dominante. Se presentan en la adolescencia.

Pueden asociar cardiomiopatías

- *Colagenoma eruptivo*. Aparición brusca, sin antecedentes familiares ni cardiomiopatías asociadas.
- *Colagenoma cerebriforme plantar*. Masa de aspecto cerebriforme color piel, habitualmente en síndrome Proteus, aunque puede aparecer aislado
- *Placas en chagrín o piel de zapa*. Variante de colagenoma que aparece en la región lumbosacra de pacientes con esclerosis tuberosa.
- *Otros colagenomas*. Se han hallado asociaciones de colagenomas con el síndrome de Down, cardiomiopatías, hipogonadismos y con fibroliculomas múltiples.

### Nevos de tejido elástico

Aumento, disminución o ausencia de tejido elástico

- *Elastoma juvenil y síndrome de Buschke-Ollendorf o dermatofibrosis lenticular diseminada*.

Es una genodermatosis de transmisión autosómica dominante que se caracteriza por la asociación de un elastoma, con osteopoiquilosis ósea

- *El nevo anelástico*. Áreas de piel arrugada o pápulas de consistencia blanda y localización perifolicular que carecen totalmente de fibras elásticas.

### Hamartoma congénito de músculo liso

Es una malformación cutánea benigna y poco frecuente, caracterizada por la proliferación de haces de músculo liso en la dermis. No se asocia a alteraciones sistémicas ni a malignización. Si se localiza en la línea media de la columna lumbar, es obligatorio descartar una distrofia espinal oculta.



### Nevos vasculares

- *Nevo anémico*. Consiste en una mácula pálida de márgenes irregulares rodeada a veces de lesiones satélites. Con vitropresión es indistinguible de la piel circundante. Se piensa que puede ser simplemente una anomalía funcional de los vasos dérmicos, que ese encuentran en vasoconstricción, ya que la histología muestra una piel normal. El trastorno es intrascendente aunque se ha observado asociado a Neurofibromatosis 1.







- Otras lesiones vasculares congénitas o adquiridas (que no desarrollaremos por no extendernos) son verdaderos nevos:

- Nevos flámeos (mal llamados angiomas planos)
- Cutis Marmorata telangiectásica congénita
- Malformaciones venosas segmentarias

## NEVOS DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO

- *Nevo lipomatoso superficial*. Es una malformación caracterizada por la presencia de grupos de adipocitos maduros situados ectópicamente en la dermis superficial.



Existen dos formas de presentación clínica:

1. La forma más clásica y frecuente la lesión consiste en varios nódulos de consistencia blanda agrupados en una placa que asienta preferentemente en la región lumbosacra.

2. La segunda forma clínica de nevo lipomatoso superficial es menos frecuente y consiste en una pápula o un nódulo sesil y pediculado, con morfología de fibroma péndulo

- *Nevo psilolípico*. Nódulo blando de forma ovalada o francamente lineal situado en cuero cabelludo y cuya superficie se encuentra desprovista de pelo. En la mayoría de los casos existe asociación con una rara enfermedad denominada *lipomatosis encéfalo-cráneo-cutánea* que asocia anomalías cerebrales (entre ellas lipomas intracraneales) oculares y cutáneas (hamartomas fibrolipomatosos) que son ipsilaterales al nevo psilolípico. Se acepta que esta enfermedad, se trata de un mosaicismo de una mutación letal que sobrevive en forma de mosaico.

## NEVOS MELANOCÍTICOS

Es un grupo muy heterogéneo de proliferaciones hamartomatosas que pueden mostrar diversos

patrones de expresión clínica. Son muy frecuentes y en la gran mayoría de casos benignos<sup>9</sup>.

Podemos clasificarlos de forma global, en adquiridos y congénito

## Efélides o pecas

Son máculas de color marrón claro de menos de 3mm generalmente. Representan un aumento transitorio de la producción de melanina por los melanocitos. Secundarias a estimulación por radiación UV. Suelen desaparecer casi por completo durante el invierno.

## Lentigos

Son máculas marrones que surgen como consecuencia de un aumento en el número de melanocitos en la unión dermo-epidérmica

- Hallazgo aislado, sobretodo en pelirrojos

- Asociado a síndromes hereditarios:

- *Síndrome de Peutz -Jeghers* (lentigos periorificiales)
- *Síndrome de LEOPARD* (lentigos, anomalías en ECG, anomalías oculares, estenosis pulmonar, genitales anormales, retraso del crecimiento y sordera)
- *Complejo de Carney*
- Síndrome NAME (incluye nevos, mixomas auriculares, mixomas cutáneos y efélides)
- Síndrome LAMB (incluye lentigos, mixomas auricular, y múltiples nevos azules)

## Manchas café con leche





Son máculas de pigmentación parda clara, uniformes, bien definidas, redondas u ovals. El estudio histológico de las manchas café con leche, muestra un aumento de la pigmentación melánica y presencia de melanosomas de mayor tamaño. El tamaño es muy variable, entre algún milímetro y

hasta 20 centímetros de diámetro. Las lesiones solitarias son frecuentes y no tienen ningún significado patológico. Para el diagnóstico de *neurofibromatosis tipo I* o *enfermedad de Von Recklinghausen*, un paciente debe tener al menos 2 de los siguientes 7 criterios:

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NF-I

6 ó más manchas "café con leche", iguales o mayores de 5 mm en pacientes prepúberes y de 15 mm de diámetro en pacientes postpúberes

2 o más neurofibromas de cualquier tipo, o uno plexiforme

Presencia de pecas en axilas o ingles

Glioma del nervio óptico

2 o más nódulos de Lisch (hamartomas del iris)

Lesión ósea definida como displasia del esfenoides o adelgazamiento de la cortical de los huesos largos con o sin pseudoartrosis

Un familiar de primer grado afecto (padre, hermano o hijo) de acuerdo con los criterios previos

### Lesiones melánicas mucosas

Máculas hiperpigmentadas que se desarrollan en mucosa oral o genital. Tienden a extenderse hasta alcanzar varios centímetros y el borde suele ser irregular. Su importancia radica en que se confunden fácilmente con melanoma.

### Nevos melanocíticos adquiridos

Dado que es un tema muy amplio, sólo enumeraremos brevemente los nevos melanocíticos más frecuentes.

- *Nevo juntural o de la unión*
- *Nevo compuesto*
- *Nevo intradérmico*
- *Nevo de Spitz*. Nevo de células epitelioides o fusiformes
- *Nevo fusocelular de Reed* (se considera variante de nevo de Spitz)

- *Halo nevo de Sutton* (nevo rodeado de un halo de piel sin pigmento)
- *Nevo de Meyerson* (reacción inflamatoria eccematosa sobre un nevo)
- *Nevo en diana*
- *Nevo lentiginoso moteado o nevo spilus*. Acúmulo de nevos lentiginosos o compuestos sobre un fondo de hiperpigmentación epidérmica no melanocítica
- *Melanocitosis dérmica* (corresponden a nevos melanocíticos dérmicos)
  - Mancha mongólica. Mácula azul grisácea más o menos uniforme, redondeada u ovalada de hasta 10 cm, congénita presente en el área sacra del recién nacido. Tienede a desaparecer durante los 10 primeros años de vida.



- Nevo azul. Pápula de pigmentación azul oscura, a veces casi negra, más frecuentemente situada en dorso de manos y pies, nalgas y región facial.
- Nevo de Ota (Nevo fusocelular oftalmomaxilar)
- Nevo de Ito (Nevo fusocelular omoclavicular)

### Nevos melanocíticos congénitos

Es una proliferación melanocítica benigna presente al nacimiento o en los primeros meses de vida.

- Pequeño (hasta 1.5 cm)
- Medianos (1.5 hasta 19.9 cm)
- Gigantes (más de 20 cm)<sup>10</sup>

### Nevo displásico

Son nevos melanocíticos que presenta características atípicas en cuanto a su tamaño, forma y color.

Su presencia confiere a los enfermos afectos un riesgo superior al de la población normal a desarrollar un melanoma, por lo que deben seguir controles periódicos con su dermatólogo, más aún en el caso del síndrome del nevo displásico o melanoma familiar, familias en las cuales dos o más familiares de sangre han sido diagnosticados de melanoma, y varios miembros más tienen nevos atípicos o displásicos.

### Bibliografía

1. Torrelo A. Nevos y trastornos del desarrollo. En: Torrelo A (ed.). Dermatología en Pediatría General, 1.a ed. Madrid: Aula Médica; 2007. P. 39-40
2. Requena Caballero C, Febrer Bosch I, Navarro Mira MA. et al. Hiperqueratosis epidermolítica en forma de mosaico. Actas Dermosifiliogr. 2002;93:125-7.
3. Serrano R, Rodríguez-Peraltó JL, Azorín D et al. Lesiones cutáneas asociadas a nevos sebáceos de Jadassohn. Estudio de 366 casos. Actas Dermosifiliogr. 2003;94:454-7.
4. Bologna JL. Disorders of hypopigmentation and hyperpigmentation. En: Harper J, Oranje A, Prose N, editors. Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford: Blackwell Science; 2000. p. 837-80.
5. Alfadley A, Hainau B, Al Robaee A, Banka N. Becker's melanosis: a report of 12 cases with atypical presentation. Int J Dermatol. 2005;44:20-4
6. Happle R, Koch H, Lenz W. The CHILD syndrome: congenital hemidysplasia with ichthyosiform erythroderma and limb defects. Eur J Pediatr 1980;134:27-33
7. Happle R, Mittag H, Küster W. The CHILD nevus: a distinct skin disorder. Dermatology 1995;191:210-6.
8. Kaur S, Thami GP, Mohan H, Kanwar AJ. Co-existence of variants of porokeratosis: a case report and a review of the literature. J Dermatol. 2002;29:305-9
9. [www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma104](http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma104)
10. Monteagudo B, Labandeira J, Acevedo A et al. Prevalencia y características clínicas de los nevos melanocíticos congénitos en 1.000 recién nacidos españoles. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:114-20



## SARCOMAS EN PEDIATRÍA. CASO I.

**Sheila Sánchez Gonzalo**

Centro de Salud Villanueva Norte. Villanueva de la Serena

**Isabel Moreno Sánchez**

Centro de Salud Villanueva Norte. Villanueva de la Serena.

**Amparo Montero Salas**

Centro de Salud San Luis. Mérida

**Josefa Figueredo Romo**

Centro de Salud La Zarza de Alange

### -INTRODUCCIÓN

Los tumores son la segunda causa de mortalidad infantil en países desarrollados.

Los **SARCOMAS de partes BLANDAS** suponen un 6%.

El más frecuente: **RABDOMIOSARCOMA**. Su variante histológica **embrionaria** es más común en lactantes y niños pequeños. Surge predominantemente en cara, (nasofaringe, cavidad nasal, conducto auditivo, región mastoidea y parótida), pudiendo cursar con la siguiente sintomatología:

- Proptosis, ptosis, pérdida rápida de visión, alteración de la motilidad ocular, inflamación con tumoración palpable.
- Otorrea persistente o bien recurrente, pólipo aural.
- Obstrucción nasal persistente con/sin epistaxis y/o rinorrea, sinusitis crónica, dolor facial, pólipos.
- Afonía, cambios en la voz.
- Disfagia.

### -CASO CLÍNICO

Varón de siete años que presenta fiebre, mialgias, epistaxis, hematemesis roja brillante con coágulos y signos de deshidratación moderada. TA :125/75 mmHg.

#### **Antecedentes personales:**

-Cefalea sin signos de alarma y otitis media crónica, (otorrea fétida bilateral afebril). Rinoscopia anterior: hipertrofia adenoidea y dilataciones venosas inespecíficas en mucosa nasal.

#### **Palabras clave**

Sarcomas niños. Oncología pediatra primaria.

### **Pruebas complementarias relevantes al ingreso:**

- Anemia leve normocítica y normocroma.
- VSG 85 mmm.
- Coagulopatía.
- Hiperglucemia leve.
- Creatinina 1,5 mg/dl, urea 68mg/dl.
- Hipernatremia: 146 mg/dl.
- Alcalosis metabólica con hipopotasemia.
- Hipercalcemia grave: 18 mg/dl.
- LDH: 823 UI/L.

TAC craneal: masa de partes blandas heterogénea que ocupa la totalidad del cavum con importante afectación ósea craneal secundaria.

Anatomía patológica: Rabdomiosarcoma

### **CONCLUSIONES**

-Al ser muy poco frecuentes y manifestarse inicialmente con los mismos síntomas que otros procesos mucho más banales y frecuentes pensamos poco en ellos.

- El lograr un diagnóstico precoz se apoya en tres puntos claves:
- Elevado índice de sospecha: *pensar en ellos para diagnosticarlos.*
- Conocer los síntomas de presentación más frecuentes, (*síntomas guía*).
- Reconocer grupos de alto riesgo: Neurofibromatosis I, Esclerosis Tuberosa, Beckwith-Wiedeman, etc.



## SARCOMAS EN PEDIATRÍA. CASO II.

**Sheila Sánchez Gonzalo**

Centro de Salud Villanueva Norte. Villanueva de la Serena

**Isabel Moreno Sánchez**

Centro de Salud Villanueva Norte. Villanueva de la Serena.

**Amparo Montero Salas**

Centro de Salud San Luis. Mérida

**Josefa Figueredo Romo**

Centro de Salud La Zarza de Alange

### -INTRODUCCIÓN

Los **SARCOMAS ÓSEOS** suponen un 5,5% de las neoplasias infantiles.

Mayor frecuencia en la segunda década de la vida, (los de "estirpe Ewing" pueden darse en niños más pequeños).

Suelen presentarse como:

- Tumoración en miembros
- Adherida a planos profundos.
- De consistencia indurada.
- De crecimiento rápido o lento pero progresivo.
- Asociada a dolor de tipo óseo.
- Dolor óseo localizado-asimétrico, inicialmente intermitente que evoluciona a persistente, de intensidad creciente, que cede parcialmente con analgésicos y que puede despertar por la noche.
- Dolor de espalda o cojera no justificada de 4 semanas o más de evolución.
- Fiebre en el 25% de los pacientes con sarcoma de Ewing.

### -CASO CLÍNICO

-Varón de 10 años que consulta por presentar, tras traumatismo por patada unos días antes, tumoración en cara externa de muslo derecho, (3,6 x 1,8cm), de consistencia elástica, sin hematomas ni adenopatías asociados.

### Palabras clave

Sarcomas niños, oncología pediatra primaria.

Ecografía: datos sugerentes de rotura fibrilar o hematoma encapsulado.

-Consulta seis meses después por crecimiento progresivo de la tumoración. No dolor ni impotencia funcional. No fiebre ni síntomas constitucionales.

Tumoración bien delimitada, (8 x 3,8 cm), pero con consistencia pétreo.

RNM: masa sólida de partes blandas en cara externa de muslo derecho, (7,9 x 4,2 cm), que respeta planos musculares del Vasto externo cuyas características apuntan a sarcoma de partes blandas.

-Anatomía patológica: **Sarcoma de Ewing extraóseo.**

### -CONCLUSIONES

-Es frecuente el retraso entre el inicio de la clínica y el diagnóstico de estos tumores debido a su curso inespecífico.

-La existencia de un traumatismo o lesión previa no debe tenerse en cuenta a la hora de excluir la posibilidad de un sarcoma.



## MÁCULAS SÚBITAS "EN CIELO ESTRELLADO" COINCIDENTES EN UNA FAMILIA

*Fuentes Guerrero, M. (1), Prieto Zazo, M.C. (1),  
Galán Bueno, L. (1), Gil Poch, E.(1) y Bermejo Pastor, M.(2)*

(1) Residente de pediatría HMI Badajoz,

(2) Pediatra de CS Valdepasillas Badajoz

### Descripción del caso:

Niño de 4 años y medio sin antecedentes de interés en el que aparecen de forma súbita máculas hiperpigmentadas de 1-3 mm de diámetro negras, con borde regular y simétricas, que aumentan en número durante 10 días, en palmas y plantas, sin otra sintomatología acompañante.

Al mismo tiempo aparecen lesiones similares en su hermana y ambos progenitores.

El único dato de interés es la visita más frecuente a un huerto familiar. No refieren toma de fármacos, productos homeopáticos, uso de cosméticos, ni ingesta de alimentos no habituales.

Las lesiones no desaparecen tras limpieza exhaustiva.

Se realiza biopsia de las lesiones a los 15 días de evolución y se informa de la existencia de pigmento negro en la capa córnea. Las lesiones desaparecen progresivamente, no existiendo lesión alguna pasados 30 días del comienzo, hecho que coincide con la regeneración de la capa córnea.

### Comentarios:

Las lesiones hiperpigmentadas localizadas en región palmoplantar de inicio súbito son muy infrecuentes y más aún si coinciden en el tiempo en todos los miembros de una misma familia.

En la bibliografía consultada encontramos lesiones similares a las de esta familia en pacientes tras recibir fármacos antineoplásicos, antecedente no presente en la familia. No hemos encontrado patología compatible con el caso que nos ocupa. La realización de estudio bioquímico del pigmento no fue posible en nuestro paciente, por la preparación de la muestra, hecho que nos hubiera aportado información determinante.

### Palabras clave:

Maculas hiperpigmentadas, Exantema palmoplantar.



## COJERA EN LACTANTE DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

*Prieto Zazo, M.D.C<sup>1</sup>, Fuentes Guerrero, M<sup>1</sup>,*

*García García, Y<sup>1</sup>, Expósito Expósito, M.A.<sup>1</sup> y Bermejo Pastor, M<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Residente de Pediatría HMI Badajoz. <sup>2</sup> Pediatra de C.S. Valdepasillas Badajoz.

### Descripción del caso:

Niño de 14 meses con irritabilidad y cojera de pierna derecha. Vacunado seis semanas antes con triple vírica, antimeningocócica C y antineumocócica. Diagnosticado de enfermedad boca-mano-pie dos semanas antes. Desarrollo psicomotor adecuado. Deambulación a los 12 meses. No antecedente traumático.

Diagnosticado clínicamente de sinovitis transitoria de cadera tratada con reposo y antiinflamatorios durante 7 días, acudiendo a revisión con ligera cojera de pierna izquierda, y a los dos días cojeando de la pierna derecha, motivo por el que se realiza ecografía de caderas siendo normal. Una semana después se decide ingreso para estudio, al rechazar la sedestación y la marcha, manteniéndose afebril y sin detectarse signos inflamatorios articulares. Resto de la exploración sistemática normal.

Se realiza analítica sanguínea, incluyendo estudio reumatológico, hemocultivo, frotis sangre periférica, ecografía de caderas y rodillas, radiografía de columna y miembros inferiores y gammagrafía ósea (a las 3 semanas del inicio) sin mostrar datos patológicos, únicamente VSG ligeramente elevada que disminuye en control posterior. Es valorado por Traumatología, Infectología, Reumatología y Neurología Pediátrica.

Se repite Rx al mes de la primera con hallazgos patológicos y realizamos RMN cerebral y medular que muestra alteración a nivel de L5-S1 compatible con espondilodiscitis que se confirma con gammagrafía posterior (al mes de la primera).

El paciente es ingresado para recibir tratamiento antibiótico intravenoso con mejoría clínica.

### Conclusiones/comentarios:

La cojera es una patología frecuente en la infancia, suele ser benigna y autolimitada, aunque existen causas infrecuentes que debemos tener en cuenta cuando la evolución no es la predecible. Nuestro paciente presenta una causa rara de cojera. La espondilodiscitis en el lactante suele ser de causa infecciosa, de curso insidioso y que se manifiesta por rechazo de la deambulación o cojera sin afectación del estado general. La prueba complementaria de elección es la RM y responde a tratamiento antibiótico.

**Palabras Clave:** Cojera, Espondilodiscitis.



## DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN CARDIOVASCULAR: UNA AGUJA EN UN PAJAR

*M. Jesús González Carracedo, Raquel Plácido Paías,  
Virginia Vaquerizo Vaquerizo, Manuel Portillo Márquez,  
Ana Izquierdo Martín, Mercedes García Reymundo, Elena Del Castillo Navío.*

Centro de trabajo: Hospital de Mérida.

### DOLOR TORÁCICO, ARRITMIAS PEDIATRÍA, PREEXCITACIÓN.

#### Introducción:

El dolor torácico de origen cardiovascular es raro en niños, pero éste debe descartarse dada su potencial gravedad.

#### Caso clínico:

Niña de 8 años, sin antecedentes de interés, con dolor torácico izquierdo y disnea sin otros síntomas asociados. El examen físico es normal.

El electrocardiograma (ECG) y Holter realizados muestran preexcitación intermitente con PR corto, onda Delta y alteraciones de la repolarización en precordiales izquierdas sugestivo de Wolf Parkinson White (WPW) con vía accesoria anterior derecha. Ecocardiografía normal. Dado el carácter intermitente de la preexcitación y la ausencia de taquiarritmias previas, se planifica seguimiento sin tratamiento.

#### Comentarios:

El dolor torácico en pediatría es un motivo de consulta frecuente, que genera ansiedad en padres y niños. Las principales causas de dolor torácico son la idiopática, musculoesquelética, respiratoria y psicógena. El origen cardiovascular es raro, representando un 4-5% del total.

Aunque generalmente la anamnesis y exploración física minuciosas permiten una adecuada aproximación diagnóstica, ante un dolor torácico intenso, desencadenado por ejercicio, asociado a síncope, palpitaciones, taquicardia o que genere gran angustia al niño y/o familia está indicado realizar un ECG.

Las taquiarritmias son percibidas en niños con frecuencia como dolor torácico. En ellas el ECG basal puede ser normal o mostrar signos de preexcitación. Éstos se deben a vías accesorias que conducen de forma uni o bidireccional, continua o intermitente, suponiendo esto último un dato de buen pronóstico. Un ejemplo es el Síndrome de WPW que asocia conducción accesoria y episodios de taquiarritmia. Se manifiesta en ECG con PR corto, Onda delta y QRS prolongado asociado a veces a alteraciones de repolarización.





## DERMATOSIS CENICIENTA DE OSWALDO RAMÍREZ

V. Villar Galván\*, J.A. Macías Pingarrón\*\*.

\*CS Jerez de los Caballeros. \*\*CS Aceuchal.

**AP y F:** Vacunación correcta. Parto eutócico, EG 40 sem. Apgar 8/9. PAEG. Hospitalización por bronquiolitis. Diplejía espástica, marcha de puntillas en tratamiento con ortesis. Sin AF reseñables.

**Caso:** Varón de 2 años con máculas azul grisáceas, iniciadas en tronco, con progresión de nuevos elementos, hasta el cuello y raíz de muslos, respetando la cara y los brazos, de 1 mes de evolución. Una semana antes presentó lesiones papulosas de pocos mm catalogadas como prurigo, tratadas con antihistamínicos y corticoides orales. Estudio analítico: hemograma, bioquímica completa, perfil férrico, TSH, T4L, PCR, serología celiaca, h. suprarrenales: normal; serologías múltiples (IgG e IgM frente a: Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae, CMV, VEB, ParvovirusB19: negativas); sistemático de orina: normal.

Dermatología: biopsia (hiperqueratosis, cuerpos coloides y macrófagos en la dermis superficial).

### Comentarios:

La dermatosis cenicienta / eritema discrómico per-tans fue descrita en 1957 por Oswaldo Ramírez.

Enfermedad poco frecuente, más común en América Latina y Asia.

Afecta principalmente a individuos de piel oscura, con preferencia en mujeres.

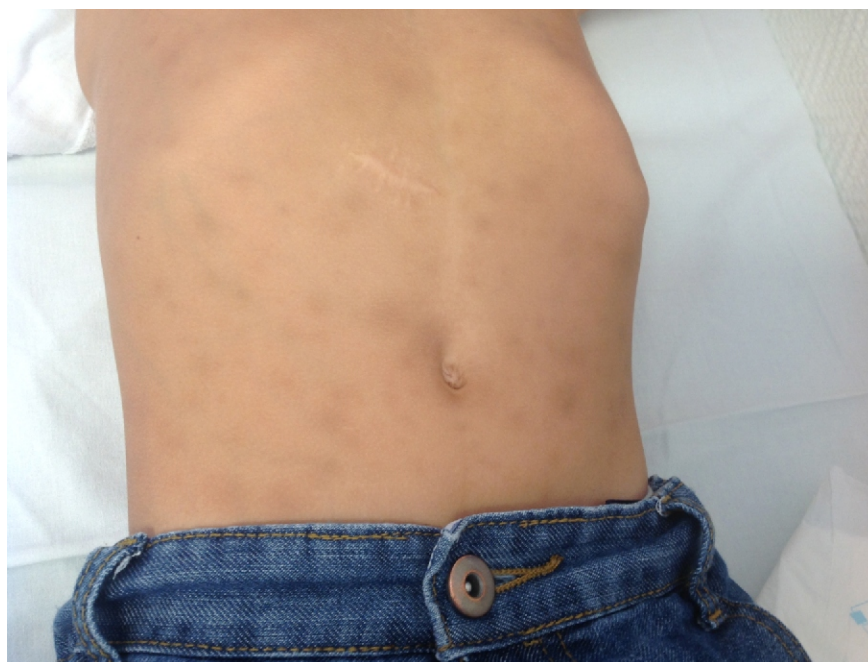
Aunque la edad más frecuente de aparición es en la segunda década de la vida, puede afectar a cualquier edad.

La etiología es desconocida.

Se sugiere un mecanismo inmunológico que causaría una reacción inflamatoria a un agente ambiental seguido de una hiperpigmentación persistente.

Importancia principalmente cosmética, de larga evolución (de 3 meses a 12 años).

Afecta tronco, brazos, cuello y cara, sin preferencia por áreas expuestas. Respeta palmas, plantas, mucosas y cuero cabelludo. Distribución simétrica. Progresan hacia la periferia haciéndose confluentes.



Las lesiones son azul grisáceas y pueden variar desde 0,5 a varios cm, acompañándose en su etapa activa de borde eritematoso.

La morfología es oval o policíclica irregular.

**Diagnóstico diferencial:** liquen plano pigmentado, pigmentación macular eruptiva idiopática, dermatitis de contacto, mal de pinto, pitiriasis rosada, urticaria pigmentosa, enfermedad de Addison, amiloidosis.

No existe tratamiento efectivo.

**Palabras clave:** Dermatitis cenicienta.



## INTERPRETACIÓN DEL DIBUJO FAMILIAR

**José Alberto Macías Pingarrón.**

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz)

**Vanessa Villar Galván**

Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz)

### Introducción

El dibujo es una herramienta de expresión en el niño que facilita la comunicación y revela mucho del su mundo interior, permitiendo detectar tensiones inconscientes.

A través del análisis del dibujo de la familia podemos identificar los sentimientos verdaderos hacia su familia, cómo se sitúa en ésta y sus conflictos, así como su fantasía y creatividad.

### Método

Se solicita a 2 niños de la consulta, en una edad comprendida entre 8-9 años la realización de un dibujo de su familia. Se suministra un folio en blanco A4, un lápiz de mina, una goma y lápices de colores.

Se valoran orden de aparición de las figuras, su tamaño, la calidad y forma de los trazos, colores utilizados, emplazamiento de las figuras y detalles de las figuras.

### Resultados

Los dibujos revelan:

-**Niño 1:** El autor es un niño muy inquieto, con dificultad para concentrarse y mantener un trabajo individual regular. Presenta problemas del aprendizaje, baja autoestima y timidez. Se detectan conflictos familiares, sobre todo carencia de afectividad y comunicación.

-**Niña 2:** Niña perfeccionista, extrovertida, muy motivada y con gran interés hacia el aprendizaje. Es independiente, muy sociable y alegre. Proviene de una familia estable. Se detecta cierto grado de celotipia.

### Conclusiones

El dibujo de la familia es un recurso muy útil para conocer el mundo emocional de los niños. Sirve como herramienta de comunicación para intentar detectar conflictos intrapsíquicos, especialmente cuando el niño no es capaz de expresar verbalmente sus sentimientos.

Además posee un efecto terapéutico ya que a través de la realización del dibujo libera ansiedad al exteriorizar sus preocupaciones y vivencias, en muchas ocasiones inconscientes.

### Palabras clave

Dibujo familiar, interpretación, análisis psicoafectivo.



## HIPOMELANOSIS DE ITO

**José Alberto Macías Pingarrón.**

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz)

**Vanessa Villar Galván**

Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz)

### Introducción

La Hipomelanosis de Ito es un trastorno neurocutáneo caracterizado por presentar manchas hipocrómicas que siguen el trayecto de las líneas de blaschko, asociado a trastornos neurológicos, oculares y musculoesqueléticos.

### Caso clínico

Niña de 20 meses que presenta dermatosis desde el nacimiento, localizada en el tronco y extremidades, con antecedentes de crisis comiciales desde los 12 meses, de difícil control.

Examen clínico: manchas hipocrómicas lineales bilaterales que seguían la distribución de las líneas de Blaschko, en el tronco y las extremidades sin afectar las palmas, las plantas y las mucosas. Facies peculiar, leve hipertelorismo, cejas muy pobladas y puente nasal deprimido.

Pruebas complementarias:

-RMN Cráneo: asimetría de los hemisferios cerebrales con hipotrofia cerebral

-EEG: actividad subcortical lenta, brotes y periodos de voltaje variable con polimorfismo del lado derecho.

-Caritipo: normal.

-Estudio Oftalmológico y cardiológico: Sin alteraciones.

Recibió estudio por un equipo multidisciplinario, participando los servicios de Dermatología, Neurología, genética, Traumatología y Oftalmología.

### Comentarios

La hipomelanosis de Ito es un raro síndrome neurocutáneo multisistémico, considerado el tercer trastorno neurocutáneo más frecuente, después de la neurofibromatosis y la esclerosis tuberosa. Su incidencia es 1 por cada 7,540 recién nacido, con predominio en el sexo femenino, (2:1)

El diagnóstico es clínico. La afectación cutánea está presente en el 100% de los pacientes. Entre las manifestaciones extracutáneas más predominantes son alteraciones neurológicas, (retraso mental, epilepsia,...), afecciones oculares y músculo-esqueléticas (escoliosis, cifosis,...)

No precisa tratamiento para las lesiones cutáneas mientras que para las manifestaciones extracutáneas se remitirá al especialista correspondiente, siendo preciso un tratamiento multidisciplinar (dermatólogos, neurólogos, genetistas, oftalmólogos y traumatólogos, entre otros)

### Palabras clave

hipomelanosis de Ito, líneas de Blaschko, incontinencia pigmentaria acrómica



## CEFALEA ORGÁNICA EN PEDIATRÍA: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA.

*M. Jesús González Carracedo, Virginia Vaquerizo Vaquerizo,  
Raquel Plácido Paías, Juan Mesa Vázquez, Raquel Real Terrón.*

Centro de Trabajo: Hospital de Mérida

### INTRODUCCIÓN:

La cefalea es el síntoma neurológico más frecuente de consulta en pediatría. La anamnesis detallada y exploración física rigurosa desde atención primaria permiten diferenciar cefaleas primarias de carácter benigno, de buen pronóstico, de aquellas secundarias a procesos orgánicos graves.

### CASO CLÍNICO

Varón de 13 años con cefalea pulsátil bifrontal progresiva de 2-3 semanas de evolución que empeora con Valsalva, asociada a un vómito proyectivo y que le ha despertado en alguna ocasión.

En examen físico destaca sobrepeso, escaso desarrollo puberal (Estadio Tanner 1-2) y talla en P10-P25. La exploración neurológica y fondo de ojo resultan normales.

Ante los signos de organicidad referidos, se realiza TC craneal urgente donde se visualiza masa selar y supraselar quística y calcificada, sugestivo de craneofaringioma. Se realiza estudio hormonal mostrando déficit parcial de hormonas sexuales, sin otras alteraciones. Se deriva a Neurocirugía que realiza exéresis tumoral.

En postoperatorio inmediato presenta diabetes insípida central, con buena respuesta a desmopresina y evolutivamente desarrolla hipotiroidismo central que precisa tratamiento sustitutivo. No recidivas tumorales hasta la fecha.

### COMENTARIOS

Los signos sugestivos de cefalea orgánica en pediatría son: evolución crónica progresiva, inicio súbito o intenso, cambio en su carácter habitual, predominio matutino, focalidad neurológica, edema de papila y/o signos meníngeos, la que despierta al niño y la asociada a vómitos.

La cefalea es un síntoma prácticamente constante en los tumores cerebrales infantiles por tanto, si hay sospecha de cefalea orgánica, el estudio mediante TC o RMN cerebrales que descarten proceso expansivo intracraneal es obligado.

El craneofaringioma es un tumor del SNC que suele debutar entre los 5 y 24 años con clínica de hipertensión intracraneal. Pese a su histología benigna, tiene un comportamiento local agresivo otorgándole un pronóstico desfavorable con frecuentes secuelas neurológicas y endocrinas.

**Palabras clave:** cefalea, tumores pediátricos.



## TCA, CONSECUENCIAS DE UN AMBIENTE FAMILIAR DESFAVORABLE

*Virginia Vaquerizo Vaquerizo, María Jesús González Carracedo, Raquel Plácido Paías, Manuel Portillo Márquez, Raquel Real Terrón, Mercedes García Reymundo, Manuel Pérez Vera.*  
Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España.

### **Introducción:**

Dos preadolescentes de 11 años diagnosticadas de Anorexia Nerviosa Restrictiva, en distinto grado de gravedad, que ingresaron en nuestro Hospital para normalizar y regular la ingesta alimentaria y corregir el estado de malnutrición.

### **Caso 1**

Ingresa por estado de malnutrición grave y fracaso del tratamiento ambulatorio.

Caquexia extrema, bradipsíquica, signos de hipometabolismo marcado con bradicardia a 45lpm.

Ambiente familiar muy permisivo y complaciente con sus hábitos alimentarios, cada vez más restrictivos y normalizados por los padres.

No alteraciones analíticas importantes; sí a nivel psíquico, con fracaso del tratamiento convencional, siendo trasladada a una unidad especializada.

### **Caso 2**

Mejor estado de nutrición. Sin alteraciones analíticas y leves alteraciones conductuales.

Padre profesional del deporte que ha inculcado a su hija unos hábitos de ejercicio y alimentación rígidos; llevados al extremo por la paciente, por su

alto nivel de competitividad, estableciendo una vigorexia y una progresiva restricción alimentaria.

Intervenimos a nivel conductual y nutricional, con buena respuesta, siendo posible un tratamiento ambulatorio por Salud Mental.

### **Conclusiones**

Los TCA constituyen la 3<sup>a</sup> causa de enfermedad crónica. Afecta a un 4% de las adolescentes. La AN se define como la pérdida de peso a través de la restricción de la ingesta y uno o más de los siguientes: vómitos, purgas, ejercicio físico o consumo de determinados fármacos; junto con distorsión de la imagen corporal y alteraciones endocrinológicas.

Es un trastorno complejo, influido por múltiples factores.

Existe una situación de infradiagnóstico debido a que falta concienciación y tiempo para profundizar en la atención integral; sumado a la baja frecuentación de los adolescentes a las consultas. El pediatra de AP debe aprovechar cualquier oportunidad para detectar hábitos de riesgo.

Presentamos dos casos de debut precoz, con el objetivo de alertar ante la creciente prevalencia de estos trastornos.

**Palabras clave:** anorexia nerviosa, malnutrición, vigorexia.



## SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

**Sheila Sánchez Gonzalo**

Centro de Salud Villanueva Norte. Villanueva de la Serena

**Isabel Moreno Sánchez**

Centro de Salud Villanueva Norte. Villanueva de la Serena

**Amparo Montero Salas**

Centro de Salud San Luis. Mérida.

**Josefa Figueredo Romo**

Centro de Salud Zarza de Alange

### INTRODUCCIÓN

El manejo de neurolépticos en niños y adolescentes es una realidad que irá en aumento en tanto mejoremos nuestra atención a los niños con problemas neuro-psiquiátricos, hecho totalmente deseable.

El **Síndrome Neuroléptico Maligno** es una de las complicaciones más temidas de estos fármacos con una elevada tasa de mortalidad.

Criterios diagnósticos

-Mayores:

- Fiebre.
- Rigidez muscular y síntomas de extrapiramidalismo.
- Elevación de la CPK, (creatinín fosfoquinasa).

- Menores:

- Taquicardia.
- Alteraciones y labilidad de la Tensión Arterial.
- Alteraciones del estado de conciencia.
- Diaforesis.
- Leucocitosis.

Factores Predisponentes:

- Genéticos, (reacción IDIOSINCRÁSICA).
- Factores ambientales: deshidratación.

### CASO CLÍNICO

Varón de 14 años que presenta cuadro consistente en emisión de grito agudo súbito con instauración progresiva de intensa rigidez muscular generalizada, aumento de tics complejos motores ya conocidos y fiebre, (38°C).

**Antecedentes personales:** TDHA combinado, sintomatología TOC y Síndrome de Gilles de la Tourette. Tratamiento con Strattera®, (atomo-xetina), y Risperdal®, (risperidona), desde hacía 20 días.

### Exploración

Tª 38°C. Tensión Arterial 106/59 mmHg. Frecuencia cardíaca: 150 lpm rítmico. Leve taquipnea sin tiraje.

Mal estado general. Consciente, emisión constante de ruidos guturales.

Sudoración fría generalizada.

Rigidez muscular generalizada y distonías.

### Pruebas complementarias relevantes

-CPK inicial 289 UI/L. Pico: 4.844UI/L.

-GOT pico 106 UI/L.

-Gasometría : acidosis metabólica.

-Leucocitosis máxima a las 24 horas de 18.400.

### Evolución clínica.

Ingreso en UCI, retirada de medicación e instauración de medidas terapéuticas oportunas.

Se inicia nuevo tratamiento neuroléptico con Abilify® oral, (aripripazol).

**REINGRESO** a las 24 horas por reaparición de clínica.

### COMENTARIOS

Dada la evolución de los tratamiento con estos fármacos podemos plantear:

- Necesidad de formación específica: no diagnosticamos lo que no conocemos.
- Fluida comunicación pediatra -familia-facultativo especialista.
- Detallado y legible informe médico especificando manejo de medicación y cuestiones a vigilar.
- Valorar necesidad de consentimiento informado estándar previo al inicio del tratamiento.

**Palabras clave:** Antipsicóticos, neurolépticos, síndrome neuroléptico maligno.

**Notas:**

