

QUÉ HACER Y NO HACER

EN LA ATENCIÓN A LA ADOLESCENCIA



QUÉ HACER Y NO HACER EN LA ATENCIÓN A LA ADOLESCENCIA



A Salvador Tranche, por su interés y empeño en que esta guía fuera publicada, al final se consiguió

© 2022, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

Congresos y ediciones semFYC

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-124769-9-6
Depósito legal: B-11199-2022

Printed in Spain

QUÉ HACER Y NO HACER EN LA ATENCIÓN A LA ADOLESCENCIA



Coordinador

Alejandro Pérez Milena

Revisores

Idoia Jiménez Pulido
Francisco Javier Leal Helmling
Sara M.^a Palenzuela Paniagua

Autores

Idoia Jiménez Pulido
Francisco Javier Leal Helmling
Guillermo José Lorenzo González
María José Martínez Vera
María Inmaculada Mesa Gallardo
M.^a Ángeles Moreno Fontiveros
Sara M.^a Palenzuela Paniagua
Alejandro Pérez Milena
Nuria Ramírez Sandalio

Grupo de Trabajo de Atención al Adolescente de la semFYC

Índice

NO HACER en la atención a la adolescencia

1. Centrar la atención exclusivamente en demandas biomédicas	7
2. Derivar siempre a salud mental en solicitudes de cambio de género	9
3. Culpabilizar por el consumo de sustancias adictivas	11
4. Realizar citologías en mujeres menores de 25 años	13
5. Ignorar los riesgos del uso de internet y las redes sociales	15
6. Realizar pruebas de imagen para cualquier dolor de espalda	17
7. Solicitar un perfil lipídico sin valorar el riesgo cardiovascular	19
8. Realizar un test de drogas sin informar al menor*	21
9. Prescribir benzodiacepinas ante problemas de ansiedad o insomnio	23

HACER en la atención a la adolescencia

1. Desarrollar una entrevista centrada en el adolescente*	25
2. Valorar y registrar presión arterial, talla y peso	27
3. Fomentar la autonomía	29
4. Explorar la ideación suicida en adolescentes y jóvenes de riesgo	31
5. Promover la actividad física	34
6. Normalizar la atención al adolescente* transgénero	36
7. Ofrecer el uso de implantes subcutáneos de progesterona a adolescentes con actividad sexual	39
8. Valorar la necesidad de tratamiento farmacológico para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad	41
9. Seleccionar a los adolescentes* que se beneficiarían de un tratamiento antidepresivo	43

* En esta publicación se utilizarán las denominaciones genéricas «el adolescente», «los adolescentes», «el menor», etc., para referirse al conjunto del colectivo, indistintamente hombres y mujeres.

NO HACER en la adolescencia

1

Centrar la atención exclusivamente en demandas biomédicas

Cada encuentro clínico con el adolescente permite desarrollar una atención integral que valora la demanda biomédica, pero también incluye las necesidades biopsicosociales, priorizando la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad, con especial atención a la dinámica familiar durante esta etapa.

La adolescencia es un período de desarrollo biológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez. Este período vital comienza con la pubertad y finaliza dando paso a la edad adulta, con un rango de duración variable. La mayoría de adolescentes percibe su salud como buena o muy buena, relacionándola directamente con un adecuado autoconcepto físico y con la propia satisfacción vital. No obstante, esta etapa es crítica para la adopción de estilos de vida saludables y el establecimiento de relaciones sociales positivas. La mortalidad en la población adolescente constituye un serio problema de salud, siendo la primera causa de mortalidad los accidentes, y la tercera y cuarta, los homicidios y los suicidios.

Es un error obviar estas necesidades para centrarse solo en las demandas biológicas, habitualmente de poca complejidad, que presenten en consulta. Hay que tener en cuenta que algunas demandas quedarán sin consultar debido a las barreras que perciba el adolescente en el momento de compartir sus inquietudes con su médico o médica, como las relacionadas con los problemas de salud mental o la sexualidad. Un reciente estudio muestra que gran parte de la población adolescente solicita una valoración por parte de su médico o médica de familia de forma anual¹, con un incremento de la demanda clínica entre los adultos jóvenes². La continuidad en la asistencia al menor desde Atención Primaria permite abordar progresivamente las demandas biológicas y las necesidades familiares, sociales y psicológicas, además de favorecer la alfabetización sanitaria³.

Esta forma de trabajo se denomina «atención integral»³, y se centra en las necesidades de adolescentes y sus familias, lo que permite un diagnóstico

precoz y un manejo adecuado de los problemas reales de salud de los adolescentes. Se caracteriza por priorizar la promoción de estilos de vida saludable, potenciar la prevención de conductas de riesgo centradas en el adolescente⁴ involucrando a la familia y valorando el soporte social que tiene el menor. El objetivo de la atención prestada tanto de forma individual por los médicos y médicas de familia como dentro de programas preventivos específicos debe ser el desarrollo biopsicosocial de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, y reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables.

En esta forma de trabajo, la función familiar, los acontecimientos vitales estresantes y la red social del adolescente son aspectos básicos de su salud que forman parte de la historia clínica que crea el médico o médica de familia. La familia es el primer ambiente social donde el ser humano se desarrolla, por lo que conocer los cambios generados por la adolescencia y anticipar las crisis en la dinámica familiar favorecerá un crecimiento biopsicosocial adecuado del menor. El uso del genograma, entre otros instrumentos y escalas, es muy útil para obtener esta información.

Bibliografía

1. Pérez-Milena A, López Vilches M, Molina Hurtado E, Leyva Alarcón A. Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género. *Med Fam Andal.* 2019;1:11-20.
2. Viktorsson L, Yngman-Uhlin P, Törnvall E, Falk M. Healthcare utilisation and health literacy among young adults seeking care in Sweden: findings from a cross-sectional and retrospective study with questionnaire and registry-based data. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e151.
3. Guía para la atención integral de la salud de adolescentes. [Internet.] Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Área Programática de Adolescencia y Juventud 2017. [Consultado el 16/12/2021]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf
4. Elster A. Guidelines for adolescent preventive services. En: UpToDate, Blake D & Torchia MM (Ed), UpToDate 2021. [Consultado el 16/12/2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/guidelines-for-adolescent-preventive-services>

2

Derivar siempre a salud mental en solicitudes de cambio de género

No es un requisito previo la valoración inicial por parte de salud mental para el tratamiento hormonal de cambio de género, salvo que existan síntomas psicopatológicos de gran complejidad o muy intensos. El acompañamiento psicoemocional durante el proceso de cambio se basa en la atención compartida entre Atención Primaria y las unidades de atención a personas transexuales.

No se debe establecer la valoración previa por parte de la unidad de salud mental comunitaria como un requisito antes de someterse a la terapia hormonal para el cambio de género^{1,2}. La actitud correcta es ofrecer acompañamiento y apoyo psicoemocional durante todo el proceso, valorando de manera individualizada la necesidad de una consulta específica en salud mental en cada momento del proceso.

Los/las adolescentes transgénero sienten que tienen una identidad o una expresión de género diferente de la asignada al nacer. Se trata de una variante más de la diversidad humana que, en ocasiones, requerirá actuaciones en el ámbito sanitario³. La labor del médico o médica de familia ante una petición de cambio de género es asegurar un entorno de privacidad y confidencialidad, con una actitud que facilite la exposición de la demanda y las dudas sobre el proceso, mostrando empatía y sensibilidad. La anamnesis se completa con aspectos biográficos, familiares, laborales y sociales, entre ellos, la atención previa por parte de salud mental. La falta de apoyo familiar y social, una alta percepción de rechazo social y la ausencia de un referente afectivo que acompañe durante todo el proceso son problemas que potencian la sensación de estigma y causan trastornos psicológicos⁴.

Es preciso valorar la presencia de síntomas de ansiedad, depresión o somatización para facilitar la adaptación al proceso de transición. A diferencia del concepto de transgénero, la disforia de género se refiere a la incomodidad o angustia causada por la discrepancia entre la identidad de género de una persona (su sentido psicológico de sí misma como hombre o mujer) y el sexo asignado al nacer, las características sexuales y el rol de género social esperado³. Los problemas psicopatológicos parecen ser más prevalentes que en la población general, pero mejoran tras la intervención médica confirmadora de género⁵, por lo que inicialmente solo precisarán ser derivados a

salud mental aquellos adolescentes con psicopatología muy grave o de gran complejidad^{1,2}. En ocasiones será necesario hacer una interconsulta a las unidades de trabajo social si se detectan problemas sociales que condicionen la salud, tanto la individual como la familiar y comunitaria.

Las unidades de atención a personas transexuales recogen en sus protocolos la necesidad de que haya un acompañamiento psicoemocional específico por parte del equipo de salud mental durante el tratamiento hormonal. No obstante, hay que recordar que la mayoría de los medicamentos utilizados para la transición de género son comunes y pueden ser recetados de forma segura por parte de diferentes profesionales médicos y médicas con la formación adecuada, incluyendo los médicos y médicas de familia y en psiquiatría².

Bibliografía

1. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015;70:832-64.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice; American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women. Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol.* 2021;137:e75-e88.
3. Chen S, Loshak H. Primary Care Initiated Gender-Affirming Therapy for Gender Dysphoria: A Review of Evidence Based Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health;2020.
4. Mason A, Crowe E, Haragan B, Smith S, Kyriakou A. Gender Dysphoria in Young People: A Model of Chronic Stress. *Horm Res Paediatr.* 2021;21:340-51.
5. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28:44-57.

3

Culpabilizar por el consumo de sustancias adictivas

Se recomienda realizar un cribado oportunista sobre el consumo de sustancias adictivas, con mensajes positivos, breves y continuados al menos una vez al año a partir de los 11 años. Existen diferentes cuestionarios para abordar este problema, aunque también se ha demostrado muy útil el uso de preguntas abiertas que promuevan un diálogo no punitivo sobre el consumo, que facilite que el adolescente reconozca su problema e inicie el cambio.

La encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) del año 2020/2021 sitúa los 14 años como edad media del primer contacto con algunos tóxicos, como el alcohol o el tabaco. Aunque suele tratarse de un primer consumo de prueba, se considera la antesala de un consumo más estable que se mantendrá en la adultez. Un inicio precoz en la intervención puede ser preventivo, tanto de la aparición como de la cronificación de los problemas relacionados con el consumo de drogas.

En general, todas las guías¹⁻³ aconsejan realizar un cribado oportunista a partir de los 11 años, con mensajes positivos, breves y continuados, mediante un trabajo multidisciplinar. Al menos una vez al año, es aconsejable llevar a cabo una anamnesis del consumo y recomendar la abstinencia en todas las actividades preventivas en la consulta y en las actividades grupales, así como hacer un cribado oportunista en la consulta de demanda clínica por otros problemas de salud. La idea que hay que transmitir tras la recomendación es que ningún tipo de consumo de sustancias adictivas en adolescentes es seguro¹.

En ocasiones se hace difícil detectar esta problemática por las propias peculiaridades de los adolescentes consumidores, caracterizados por que tienden a minimizar el consumo o a negarlo, por la dificultad que muestran para aceptar que tienen problemas derivados de este, por la presión que reciben de sus pares para mantenerlo y «normalizarlo» y, finalmente, por la elevada resistencia a contactar con los servicios de salud. El papel del médico o médica de familia es clave para la prevención y el diagnóstico precoz del consumo de sustancias adictivas en la población adolescente. Se deben asegurar la confidencialidad y la continuidad de la asistencia, elementos claves para generar el clima de confianza necesario en la entrevista con el adolescente. No es útil culparle por el consumo ni promover medidas punitivas; por el contrario, la

atención centrada en el adolescente y la entrevista motivacional constituyen elementos muy útiles para que el menor perciba el consumo como una situación problemática para su salud⁴.

Existen diferentes cuestionarios que pueden utilizarse para valorar el consumo de sustancias adictivas en este grupo de población, pero no han sido validados⁵. Por ello, tras garantizar de forma explícita la confidencialidad, se recomienda realizar un interrogatorio directo con preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras que den la oportunidad al adolescente de explicarse de forma amplia. Se ofrecen algunos ejemplos a continuación:

- «A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué opinas de eso?»
- «¿Conoces a alguien que lo haga?»
- «¿Qué haces cuando sales de marcha?»
- «¿Cuánto aguantas (consumiendo)?»
- «¿Qué tomas una noche normal?»
- «¿Y alguna vez tomáis otras cosas?»
- «Es probable que alguno de tus mejores amigos fume, ¿no es así?»

Es recomendable realizar un registro completo en la historia clínica sobre la edad de inicio, el patrón y las motivaciones del consumo, así como la valoración del uso problemático de las sustancias adictivas y del grado de dependencia.

Bibliografía

1. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Actualización 2020. Aten Primaria 2020; 52 (S2). [Consultado el 21/12/2021]. Disponible en: <https://papps.es/actualizacion-papps-2020/>
2. Substance Use Screening and Intervention Implementation Guide. American Academy of Pediatrics. Accessed April 22, 2020. [Consultado el 30/01/2022]. Disponible en: https://www.aap.org/enus/Documents/substance_use_screening_implementation.pdf
3. Hagan JE, Shaw JS, Duncan P, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. [Internet.] 4th ed. American Academy of Pediatrics; 2017. [Consultado el 30/01/2022]. Disponible en: https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_Introduction.pdf
4. Moreno Arnedillo JJ. Entrevista motivacional. Una guía de aplicación en adicciones y otros comportamientos relacionados con la salud. Proyecto ÉVICT. [Internet.] Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2019. [Consultado el 30/01/2022]. Disponible en: <https://evictproject.org/assets/docs/profesionales/materiales/EVICT-entrevista-motivacional-2019-v02.pdf>
5. García-Couceiro N, Gómez Salgado P, KimHarris S, Burkhart G, Flórez-Menéndez G, Rial Boubeta A. El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. Rev Esp Salud Pública. 2021;95:e1-20.

4

Realizar citologías en mujeres menores de 25 años

No se recomienda el cribado en menores de 25 años, ya que hay una alta incidencia de alteraciones clínicamente no relevantes y los daños superan los beneficios (evidencia de grado D).

La incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello del útero (CCU) en España son de las más bajas de Europa y del mundo. El cribado ha conseguido reducir en un 70-80% la frecuencia y mortalidad del mismo^{1,2}. La prevención secundaria del CCU se ha fundamentado, durante más de 50 años, en la citología cervical (prueba de Papanicolau o triple toma de Witt) como método de detección. El beneficio del programa de detección precoz se debe a la identificación de lesiones precancerosas asintomáticas cuyo diagnóstico y tratamiento evita la progresión a carcinoma invasor¹.

Los programas de cribado se deben iniciar a los 25 años, independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales, de la vacunación o de otros factores de riesgo. No se realizará cribado en mujeres que no han tenido relaciones sexuales ni en aquellas que se han sometido a una histerectomía con extirpación del cuello de útero (nivel de evidencia moderada, recomendación fuerte a favor)².

La incidencia de CCU por debajo de los 25 años es extremadamente baja y el cribado no ha demostrado presentar ningún beneficio en la reducción de la incidencia, ya que tiene poco o ningún impacto en las tasas de CCU invasivo hasta los 30 años. Por el contrario, el cribado en mujeres menores de 25 años conlleva la detección en un elevado número de casos de alteraciones citológicas menores e infecciones por virus del papiloma humano (VPH) transitorias cuyo estudio se traduce en un elevado coste económico, en un sobrediagnóstico y un sobret ratamiento de lesiones con escaso potencial maligno^{3,4}.

Antes de los 25 años se debe promover la prevención primaria del CCU (evitando el inicio temprano de las relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales o un pareja sexual de alto riesgo, y absteniéndose del consumo de alcohol y tabaco), hay que recomendar la vacunación VPH y difundir medidas de salud destinadas a la planificación familiar (uso de preservativo) y prevención de otras enfermedades de transmisión sexual⁴.

Bibliografía

1. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Prevención secundaria del cáncer del cuello del útero. [Internet.] 2022. [Consultado el 5/02/2022]. Disponible en: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2021/11/AEPC-Guía_Preven-cion-cancer-cervix_2022.pdf
2. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallepín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2020. [Internet.] Aten Primaria. 2020;52(Supl2):44-69. [Consultado el 5/02/2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02126567203028210>
3. Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO. [Internet.] 2018. [Consultado el 5/02/2022]. Disponible en: https://seor.es/wp-content/uploads/2020/03/Cancer_cervix_2018_5.pdf
4. Frumovitz M. Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. [Internet.] 2020. [Consultado el 5/02/2022]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-epidemiology-risk-factors-and-prevention>

5

Ignorar los riesgos del uso de internet y las redes sociales

No existen evidencias sobre la eficacia de la prevención para evitar los trastornos de conducta relacionados con internet o las redes sociales en la adolescencia. No obstante, es un problema en auge que precisa de una valoración en la consulta Atención Primaria para potenciar los elementos positivos y alertar sobre los negativos al menor y a su familia.

La población infantil y adolescente de hoy es básicamente «nativa digital»: desde pequeños están rodeados por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que han aparecido en las dos últimas décadas. Sienten atracción por todo lo relacionado con ellas, ya que satisfacen sus necesidades de entretenimiento, diversión, comunicación e información. Sin embargo, pueden generar algún grado de adicción en un 23,5% de los menores entre 14 y 18 años, según la encuesta ESTUDES del año 2020/2021. Múltiples investigaciones revelan las similitudes existentes entre las adicciones a diferentes tipos de drogas y las adicciones a internet y las redes sociales, lo que puede generar un serio problema en el menor y obliga a una detección precoz de estos trastornos. Las conductas que pueden indicar a progenitores y profesionales la necesidad inmediata de intervención con respecto al uso excesivo de las TIC son^{1,2}:

- Pérdida de control sobre el uso de internet, con aparición de síntomas de abstinencia (ansiedad, depresión, irritabilidad) ante la imposibilidad temporal de acceder a la red.
- Establecimiento de tolerancia, con una necesidad creciente de aumentar el tiempo de conexión a internet para sentirse satisfecho.
- Aparición de repercusiones negativas en la vida cotidiana.

Se necesitan mayores evidencias sobre las actividades preventivas en este campo, aunque se sabe que las estrategias de prevención centradas en la información sobre las consecuencias negativas de los comportamientos de riesgo en internet y las redes sociales son ineficaces, puesto que por sí mismas no modifican ni las actitudes ni los comportamientos relacionados con las TIC³. Parecen ser más eficaces las intervenciones complejas con elementos motivacionales que favorezcan el reaprendizaje de la conducta de una forma controlada, porque, aunque puede ser descontrolada en un momento dado,

constituye una habilidad necesaria en la vida cotidiana, estando descartada la abstinencia absoluta.

Los médicos y médicas de familia tienen una posición privilegiada para intervenir en adolescentes, familias, centros educativos y comunidad e informar sobre la complejidad de internet, las relaciones sociales y los riesgos para la salud que experimentan los adolescentes en la red. El menor debe conocer el buen uso de las TIC y los padres/madres deben estar al tanto de los peligros de la red y formarse en las tecnologías que utilizan sus hijos. Es igualmente útil establecer unas normas de uso de internet y utilizar filtros de seguridad, insistiendo en los comportamientos saludables mediante la comunicación familiar antes que con acciones punitivas, a menos que sea necesario¹. Diferentes guías potencian el uso de blogs por parte del personal sanitario para ofrecer consejo a padres y madres de adolescentes, al tiempo que se proporcionan herramientas y recursos de calidad a las familias⁴.

Bibliografía

1. Mesa Gallardo MI. Nuevas adicciones a internet y videojuegos online. AMF. 2018;14:204-20.
2. Echeburúa E. Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. Rev. esp. drogodependencias. 2012;37:435-47.
3. Rojas-Jara C, Henríquez F, Sanhuesa F, Núñez P, Inostroza E, Solís A, Contreras D. Adicción a Internet y uso de redes sociales en adolescentes: una revisión. Rev. esp. drogodependencias. 2018;43:39-54.
4. Sánchez Pardo L, Benito Corchete R, Serrano Badía A, Aleixandre Benavent R, Bueno Cañigral FJ. Programa de prevención del uso problemático de internet y redes sociales. «Clickeando». [Internet.] Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas; Valencia: 2018. [Consultado el 31/03/2022]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5693_d_Clickeando.pdf

6

Realizar pruebas de imagen para cualquier dolor de espalda

La realización de estudios radiográficos o de laboratorio en la población infantil y adolescente con dolor de espalda se justifica ante la presencia de dolor constante, sensibilidad ósea, hallazgos neurológicos anormales o dolor nocturno. Se deben solicitar proyecciones anteroposterior, lateral y oblicua, sobre todo ante sospecha de espondilolisis.

Según la Encuesta Europea de Salud en España 2020¹, los dolores de la columna lumbar (13,7%) y los de las cervicales (11,3%) son los problemas o enfermedades crónicas más frecuentemente padecidos por la población de 15 o más años diagnosticados por un médico o médica, junto con la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la artrosis, otros dolores y la alergia. Es un problema más habitual en las mujeres (17,1%) que en los hombres (10,1%).

La prevalencia de los síndromes de dolor en el cuello y la espalda en la infancia se ha estudiado activamente durante más de 30 años, y varía en un amplio rango, del 20-83%². Un número considerable de niños y niñas sufre de dolor de columna, siendo más común en las niñas y aumentando la prevalencia con la edad; además, resulta más probable en menores de familias más desfavorecidas³.

La valoración del dolor de espalda debe basarse en una historia clínica precisa y en la exploración física. La anamnesis debe ser dirigida y se debe preguntar a los niños y niñas sobre enfermedades recientes, traumatismos y lesiones no accidentales; también hay que registrar el inicio del dolor, su duración, frecuencia, intensidad y características (p. ej., si se irradia)⁴.

Es preciso hacer una evaluación inmediata del dolor, solicitar radiografías (anteroposterior y lateral) y considerar las pruebas de laboratorio (hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, nivel de proteína C reactiva) en niños y adolescentes con hallazgos anormales en el examen físico o que presenten alguno de estos factores:

1. Edad del paciente menor de 5 años.
2. Síntomas que persisten más de 4 semanas.
3. Síntomas sistémicos (fiebre).
4. Dolor nocturno.
5. Incontinencia intestinal/retención urinaria.
6. Otros síntomas neurológicos.

Bibliografía

1. Encuesta Europea de Salud en España. Resultados. [Internet.] Instituto Nacional de Estadística, España 2020. [Consultado el 10/04/2022]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
2. Devlikamova FI, Khaibullina DK, Maximov YN, Gubeev BE. Nonspecific neck and back pain in children. L.O. Badalyan Neurological Journal. 2020;1:203-7.
3. Joergensen AC, Hestbaek L, Andersen PK, Nybo Andersen AM. Epidemiology of spinal pain in children: a study within the Danish National Birth Cohort. Eur J Pediatr. 2019 May; 178(5):695-706.
4. Achar S, Yamanaka J. Back Pain in Children and Adolescents. Am Fam Physician. 2020;102:19-28.

7

Solicitar un perfil lipídico sin valorar el riesgo cardiovascular

Es aconsejable realizar un cribado oportunista de las dislipemias a partir de los 18 años y con una periodicidad mínima de 4 años. Las guías de países con alto riesgo cardiovascular aconsejan una detección universal entre los 9 y los 11 años, y en todo niño o niña de más de 5 años con hipercolesterolemia familiar u otros factores de riesgo cardiovascular. El tratamiento fundamental en la adolescencia se basa en el cambio en el estilo de vida, si bien las estatinas están indicadas tras el fracaso para controlar el colesterol de lipoproteína de baja densidad (cLDL).

La detección de trastornos de lípidos en la infancia y adolescencia se define útil para reducir el riesgo y la gravedad de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en la edad adulta. En España se estima que entre el 19% y el 26% de los escolares españoles de 6 a 8 años presentan valores de colesterol total elevados. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)¹ no encuentra evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad para determinar el colesterol sérico en población sana, por lo que aconseja incluirlo en cualquier análisis de sangre que se haya solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de 4 años a partir de los 18 años.

Otras sociedades científicas² aconsejan el cribado a partir de los 5 años de edad en casos de hipercolesterolemia familiar heterocigota, o antes si es homocigota, con un nivel de evidencia B obtenido a partir de estudios observacionales y con una fuerza de recomendación IIa. Diferentes sociedades norteamericanas, entre ellas la American Heart Association³, proponen una detección combinada universal y selectiva para la dislipemia durante la niñez y la adolescencia, con un nivel de evidencia B basado en estudios observacionales y una fuerza de recomendación IIb. Esta estrategia de cribado de las dislipemias se basa en la existencia de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (FRCV)^{2,3} en población infantil y adolescente:

- Obesidad.
- Dislipemia.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial.
- Tabaquismo.
- Antecedentes familiares de ECV precoz.
- Hipercolesterolemia familiar.

- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad de Kawasaki.
- Cáncer.
- Cardiopatías congénitas.
- Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Depresión y/o trastorno bipolar.

Si existe uno o más FRCV, se propone iniciar el cribado cuando aparezca el factor de riesgo, siempre después de los 2 años de edad y con un control analítico cada 1-3 años hasta que desaparezca el FRCV. Si no hay ningún FRCV, se propone un cribado entre los 9 y los 11 años y otro entre los 17 y los 21 años. No se recomienda de 13 a 16 años debido a que los cambios hormonales durante la pubertad disminuyen la sensibilidad del cribado. El diagnóstico de dislipidemia requiere pruebas de confirmación con perfiles de lípidos en ayunas obtenidos en dos ocasiones separadas con un intervalo de 2 semanas a 3 meses.

El tratamiento de la dislipidemia en niños y adolescentes se basa en una mejora de los estilos de vida respecto a la dieta y el ejercicio (nivel de evidencia A y fuerza de recomendación I). A partir de los 10 años de edad se puede iniciar el tratamiento con estatinas ante la presencia persistente de valores de cLDL ≥ 190 mg/dL, o bien ≥ 160 mg/dL, con una presentación clínica consistente con hipercolesterolemia familiar, sin respuesta al cambio de estilo de vida tras 3-6 meses (nivel de evidencia aleatorizado B y recomendación IIa)[‡].

Bibliografía

1. Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil Guillen VF, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. Aten Primaria. [Internet.] 2020;52;5-31. [Consultado el 26/01/2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720302791>
2. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2019;73:3168-209.
3. AHA Scientific Statement. Cardiovascular Risk Reduction in High-Risk Pediatric Patients A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. [Internet.] 2019;139:e603–e634. [Consultado el 26/01/2022]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000618>
4. Daniels SR. Guidelines for Screening, Prevention, Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia in Children and Adolescents. [Updated 2020 Jan 18]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000. [Consultado el 26/01/2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK395579/>

8

Realizar un test de drogas sin informar al menor

La realización de un test para el cribado de drogas en el adolescente competente sin su conocimiento es poco práctico, en el mejor de los casos, y no es una actuación ética ni legal. Aunque constituye un método diagnóstico accesible, de bajo coste y rápido, también presenta inconvenientes. La recomendación a madres y padres debe ser potenciar el diálogo y la comunicación para detectar o prevenir el consumo de drogas.

El consumo de drogas ilegales es un problema de salud pública en España. Según la encuesta ESTUDES 2020/21, destaca el uso de cannabis (22,2%) y la toma de hipnosedantes con y sin receta médica (13,6% y 7,2%, respectivamente). El consumo de prueba es muy elevado en todas las drogas estudiadas y constituye la antesala de un consumo más estable que se mantendrá en la adultez. Por ello es aconsejable realizar un cribado oportunista a partir de los 11 años, con mensajes positivos, breves y continuados, mediante un trabajo multidisciplinar¹. La anamnesis sobre el consumo de drogas y el consejo contra el mismo puede hacerse anualmente tanto en las consultas a demanda, de forma oportunista, como en las consultas programadas y en las actividades comunitarias sobre hábitos de vida saludables.

Aunque hay guías de práctica clínica que desaconsejan realizar este cribado en menores de 18 años por la ausencia de evidencia sobre su relación beneficio/daño², otras indican que hay que evaluar a los adolescentes hasta los 20 años en cada examen físico anual³ para detectar el uso de drogas, así como realizar una detección sistemática universal del consumo de drogas en mujeres de 18 a 26 años antes del embarazo, al principio del mismo y durante la atención en el puerperio⁴. La idea que hay tras esta recomendación es que ningún tipo de consumo de sustancias adictivas en adolescentes es seguro.

La realización de test de drogas en adolescentes podría tener una indicación clínica en determinados casos. Sin embargo, su realización sin el consentimiento del adolescente está totalmente contraindicada. Los adolescentes deben participar en su propio cuidado, y, en la mayoría de los casos, es posible que den su consentimiento para el tratamiento por abuso de sustancias. La realización de este test en el adolescente competente sin su aprobación es, en el mejor de los casos, poco práctico, pero sobre todo es poco ético e ilegal^{4,5}, pues se pone en juego la integridad física y moral del adolescente, el derecho a que no haya una intromisión en su cuerpo sin su consentimiento

y el derecho a la intimidad. La Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) especifica que no se debe hacer ninguna intervención sin informar al paciente, y no distingue entre menores y mayores.

Las pruebas para detectar el consumo de drogas también presentan varios inconvenientes: son invasivas, solo proporcionan información limitada y los resultados se malinterpretan fácilmente. Por ello, nunca deben constituir la única base para hacer un diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias; sus resultados deben utilizarse para complementar la información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y la valoración del entorno sociofamiliar. Los efectos de la realización del test sin el consentimiento del menor son más perniciosos que favorables, porque no solo se rompe la relación de confianza entre padres e hijos, sino que además la relación médico-paciente se ve gravemente dañada y difícil de recuperar. Aunque sean métodos fáciles y rápidos de aplicar, se recomienda a madres y padres potenciar el diálogo y la comunicación con sus hijos o hijas adolescentes.

Bibliografía

1. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Actualización 2020. Aten Primaria. [Internet.] 52 (S2). [Consultado el 17/12/2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302869>
2. US Preventive Services Task Force. Screening for Unhealthy Drug Use US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. [Internet.] 2020;323(22):2301-09. [Consultado el 5/12/2021]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766873>
3. Substance Use Screening and Intervention Implementation Guide. [Internet.] American Academy of Pediatrics. [Consultado el 5/12/2022]. Disponible en: https://www.healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/ADAP_Adolescent-PC-SU-Screening-Guide.pdf
4. Levy S, Siqueira LM; Committee on Substance Abuse, Ammerman SD, Gonzalez PK, Ryan SA, Siqueira LM, Smith VC. Testing for drugs of abuse in children and adolescents. Pediatrics. 2014;133:e1798-1807.
5. Levy SJ, Williams JF; Committee on Substance Use and Prevention. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment. Pediatrics. [Internet.] 2016;138(1):e20161211. [Consultado el 5/12/2021]. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/1/e20161211.full.pdf>

Prescribir benzodiazepinas ante problemas de ansiedad o insomnio

El uso de benzodiazepinas en adolescentes comporta más posibles efectos secundarios indeseables que los beneficios que se obtienen. Por ello debemos plantear otro tipo de tratamientos con más evidencia, sobre todo si pretendemos buscar un beneficio a largo plazo.

No puede recomendarse el uso de benzodiazepinas para tratar la ansiedad o el insomnio, o ambos, en adolescentes, teniendo en cuenta la dependencia que pueden generar y la aparición de efectos adversos indeseables. Hay que considerar también que el consumo de psicotrópicos, concretamente de benzodiazepinas, está experimentando un notable crecimiento en Europa y España en los últimos años¹, lo que conlleva un mayor riesgo de consumo, abuso, dependencia y empleo no médico. Su uso puede provocar en ocasiones un efecto paradójico, ocasionando agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agitación psicomotora y agresividad, en especial en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en vez del deseado efecto sedante o ansiolítico.

La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) aconseja su uso solo cuando sea imprescindible, como en el caso de menores con problemas neurológicos o psiquiátricos graves. La guía de trastornos de ansiedad en población infantil y adolescente de la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry² recomienda, en el caso de la depresión, que se ofrezca terapia cognitivo conductual o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (grado moderado de evidencia 1B), de forma individual o preferentemente combinados (2C: sugerencia de baja calidad de evidencia. Los ISRS generalmente se prefieren a las benzodiazepinas para el tratamiento a largo plazo de un trastorno de ansiedad pediátrico (más de 4 semanas). Las benzodiazepinas solo pueden ser útiles en estos pacientes para tratar la ansiedad incapacitante, mientras se espera que surta efecto un antidepresivo o para tratar el nerviosismo inducido por ISRS³.

Para el tratamiento del insomnio, se aconsejan las medidas de higiene del sueño y las medidas conductuales, eficaces para reducir la latencia del sueño y la frecuencia y la duración de los despertares a corto y a largo plazo⁴. En el caso del uso de benzodiazepinas, se debe indicar la mínima dosis eficaz y por un período no superior a 4 semanas, con una revisión periódica y

proactiva sobre la necesidad de mantener el tratamiento. En general, se prefiere el uso de benzodiacepinas de vida media larga, dado que presentan menor dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia que las de vida media corta, aunque no están exentas de otro tipo de efectos secundarios, como es la sedación diurna, la alteración de la memoria y los cambios en la estructura del sueño con una supresión del sueño REM y del sueño profundo con incremento del superficial. También hay que tener en cuenta el posible incremento de los niveles plasmáticos de otros fármacos como eritromicina, estrógenos o fluoxetina, cuyo uso no es excepcional en esta población.

Bibliografía

1. Glazier Leonte K, Puliafico A, Na PJ, Rynn MA. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents [Internet]. En: Brent D, Friefman M, editors. UpToDate. Waltham, UpToDate; 2021. [Consultado el 29/01/2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-anxiety-disorders-in-children-and-adolescents/print>
2. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. [Internet.] 2020;59:1107-1124. [Consultado el 29/01/2022]. Disponible en: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(20\)30280-X/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(20)30280-X/fulltext).
3. Sánchez Mascaraque P, Hervías Higuera P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018, p. 135-43.
4. Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en Atención Primaria. *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social. Madrid; 2011. [Consultado el 29/01/2022]. Dponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_489_Trastorno_sue%00%B4o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf

HACER en la adolescencia

1

Desarrollar una entrevista centrada en adolescente

El adolescente debe ser el centro de la entrevista médica y sentirse protagonista durante todo el encuentro clínico. La comunicación no verbal y otras técnicas de la entrevista clínica facilitan la comunicación entre médico o médica de familia y el menor. Se trata de construir una relación de respeto y comprensión que fomente la confianza del adolescente hacia el profesional sanitario.

Es habitual que un menor de edad vaya a la consulta, ya sea con sus padres o madres o con algún otro familiar. También es frecuente que el médico o médica de familia se dirija casi en exclusiva al acompañante, excluyendo en ocasiones al adolescente de la conversación, que se desarrolla «entre adultos». Sin embargo, el protagonista es el menor y la misión del médico y médica de familia es facilitar que sea el centro del encuentro clínico.

La comunicación no verbal es muy importante en esta edad. Si se desarrolla de forma negativa, puede anular los mensajes verbales y generar un distanciamiento entre profesional sanitario y menor. El lenguaje corporal resulta vital para mostrar una escucha atenta¹, junto con actitudes tales como recibir al joven en la puerta de la consulta, llamarlo por su nombre, establecer un contacto visual adecuado o mantener una postura corporal atenta y un tono de voz neutro. Todo ello ayuda a establecer una relación útil para el menor y duradera en el tiempo, aunque la comunicación no verbal del adolescente parezca indicar otra cosa: su falta de respuesta no significa que no esté atento en la consulta, solo que lo expresa de otra forma (sobre todo en el aspecto corporal).

La comunicación verbal también cuenta, siendo de ayuda hablar con un lenguaje sencillo que transmita la información de forma clara y concreta, demostrar empatía y mostrar cercanía. Otro aspecto básico es la confidencialidad, esencial para el menor, pero que no suele comentar con su médico o médica de familia^{2,3}. La guía NICE⁴ sobre la experiencia de la atención sanita-

ria de bebés y población infantil y juvenil aconseja el desarrollo de consultas con vivencias positivas para menores a través de las siguientes acciones:

- Preséntate y presenta al resto del equipo, y pregunta al menor cómo desea ser llamado.
- Usa la comunicación no verbal (sonrisa, contacto visual) para que tanto el adolescente como la familia se sientan cómodos.
- Muestra baja reactividad, haz pausas y da tiempo para responder.
- Dedicar un tiempo a escuchar y a abordar las preocupaciones y temores de los jóvenes, y también de sus padres/madres o cuidadores.
- Trata sus preocupaciones y sentimientos (como la vergüenza o el miedo) con empatía y comprensión.
- Fomenta que el joven participe activamente durante la entrevista.
- Prueba alternativas para mejorar la comunicación creando un nuevo entorno (sin sus padres, en otro momento u otro lugar).
- Involucra a otros profesionales diferentes con los que el adolescente pueda tener confianza.
- Utiliza herramientas creativas e interactivas apropiadas que ayuden a una comunicación más eficaz, como por ejemplo la escritura, los dibujos o los mensajes de redes sociales.
- Respeta los momentos en que el adolescente no quiera comunicarse.
- Comprueba siempre que haya asimilado la información y la haya entendido pidiéndole que la explique con sus propias palabras.

Se trata de construir una relación de respeto y comprensión, con una sensibilidad cultural libre de prejuicios, que fomente la confianza del menor hacia su médico o médica de familia.

Bibliografía

1. Pérez Mora G. La entrevista clínica al adolescente en Atención Primaria. *Med Fam Andal.* 2021;22:101-3.
2. Zucker NA, Schmitt C, DeJonckheere MJ, Nichols LP, Plegue MA, Chang T. Confidentiality in the Doctor-Patient Relationship: Perspectives of Youth Ages 14-24 Years. *J Pediatr.* 2019; 213:196-202.
3. Confidentiality in Adolescent Health Care: ACOG Committee Opinion, Number 803. *Obstet Gynecol.* 2020;135:e171-7.
4. National Institute for Health and Care Excellence (2021). Babies, children and young people's experience of healthcare NICE guideline (NICE Guideline 204). [Internet.] [Consultado el 15/12/2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng204>

2

Valorar y registrar presión arterial, talla y peso

La toma y el registro de presión arterial, peso y talla son actividades coste-eficientes que pueden realizarse fácilmente en la consulta a demanda y que facilitarán identificar a adolescentes con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en la edad adulta e intervenir en su caso.

Existe poca evidencia sobre la utilidad de la toma y registro de constantes durante la adolescencia. Son escasos los ensayos controlados aleatorizados de calidad a partir de los cuales pueden hacerse recomendaciones efectivas para la prevención de la hipertensión arterial y la obesidad en esta etapa. El cribado de hipertensión arterial tiene una baja calidad de evidencia con una recomendación moderada, mientras que hay poca evidencia relativa a los cambios en los hábitos de vida tras el diagnóstico de obesidad.

La hipertensión arterial en adolescentes se ha incrementado en las últimas dos décadas, con una prevalencia de un 4% en la población inferior a 19 años y con un pico cercano al 8% a los 14 años. Hasta un 10-15% de la hipertensión arterial es secundaria a otras patologías, como las nefropatías y la coartación aórtica. En España, un 23,3% de la población de esa franja de edad tiene sobrepeso y un 10,8% presenta obesidad, unas cifras que están por encima de la media europea. En esta edad se relaciona la elevación de la presión arterial con el aumento de peso y con la presencia de hipertensión arterial en el adulto¹, por lo que diferentes guías² proponen realizar una valoración conjunta de ambos parámetros, lo que se puede hacer de forma eficiente tomando la presión arterial, el peso y la talla en una visita a demanda del menor. Ello permitiría identificar y actuar sobre este subgrupo de menores de riesgo.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) aconseja al menos una toma de presión arterial entre los 11 y los 17 años de edad. Diferentes sociedades científicas recomiendan la toma de presión arterial de forma oportunista a partir de los 3 años de edad mediante el método auscultatorio^{3,4}. Si se detectan valores elevados de la presión arterial en un adolescente tras tres tomas separadas entre sí, estos deben confirmarse mediante automedida de la presión arterial (AMPA) durante 3-7 días con mediciones dobles mañana y noche (mínimo 12 lecturas)⁵.

El peso y la talla servirán para valorar el índice de masa corporal (IMC), que debe ser expresado como un percentil en relación con otros niños o niñas del mismo sexo, lo que permitirá detectar posibles problemas asociados con el peso y la salud (no realizar un diagnóstico). Los valores situados entre los percentiles 5 a 85 indican un peso saludable; entre los valores 85 a 95 hay sobrepeso, y por encima de 95, obesidad. Ante unos valores anómalos, el médico o médica de familia puede realizar un enfoque escalonado para la prevención y el tratamiento mediante la modificación de la dieta y la actividad física, todo ello apoyado en cambios familiares.

Bibliografía

1. Song P, Zhang Y, Yu J, et al. Global Prevalence of Hypertension in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2019;173:1-10.
2. Mazza D, Booth K, Chaffey MJ, Haris M, Hespe C, Lei C, et al. Putting prevention into practice Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting. [Internet.] Royal Australian College of General Practitioners, 2019 (third edition). [Consultado el 17/12/21]. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/getattachment/2ba9e40f-fe33-44bf-8967-8bf6f18a1c1a/Putting-prevention-into-practice-Guidelines-for-the-implementation-of-prevention-in-the-general-practice-setting.aspx>
3. Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *J Hypertens.* 2016;34:1887-920.
4. Baker-Smith CM, Flinn SK, Flynn JT, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2018;142(3):e20182096.
5. Stergiou G, Stambolliu E, Bountzona I, et al. Home Blood Pressure Monitoring in Children and Adolescents: Systematic Review of Evidence on Clinical Utility. *Curr Hypertens Rep.* 2019;21(8):64.

3

Fomentar la autonomía

.....

La mayoría de edad sanitaria se sitúa en los 16 años, salvo excepciones. Sin embargo, un adolescente de entre 12 y 16 años puede decidir sobre su salud si está suficientemente informado y es capaz de entender y gestionar la decisión que toma sobre su salud. La labor del médico o médica de familia es involucrar progresivamente a su paciente menor en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud.

~~~~~

La población infantil y juvenil expresa altos niveles de satisfacción general con la atención recibida en los centros de salud, pero también refieren una peor experiencia que la percibida por las personas adultas, sobre todo porque participan menos en las decisiones tomadas sobre su salud y porque detectan una falta de privacidad adecuada<sup>1</sup>. La Atención Primaria es el ámbito de atención más apropiado para fomentar la autonomía del menor. La mayoría de edad legal (18 años en España) no señala necesariamente el momento en el que los adolescentes pueden tomar decisiones respecto a su salud. Diferentes estudios de psicología evolutiva indican que la madurez moral se alcanza entre los 13 y los 15 años, unas edades en las que se muestra un desarrollo moral similar al que presentan los adultos. Por ello, los adolescentes pueden disfrutar de un derecho humano universal: decidir acerca de los cuidados sobre su propia salud.

En las edades inferiores a 12 años, el consentimiento lo concede el representante legal (padres, madres o tutores legales) después de haber informado al menor y escuchado su opinión. Desde la infancia, debe iniciarse un proceso donde el médico o médica, con la ayuda de los padres, involucre al menor en el cuidado de su salud, respetando y estimulando el desarrollo de la madurez y la comprensión para poder tomar decisiones por sí mismo.

Los adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años son autónomos para tomar decisiones en salud sin que tenga que intervenir ninguna otra persona, siempre que el profesional de la salud los evalúe como aptos. En Gran Bretaña se valora la competencia de Gillick<sup>2</sup>, con madurez e inteligencia suficientes para comprender y evaluar la naturaleza del tratamiento propuesto y sus implicaciones, incluidos los riesgos y los cursos de acción alternativos. El médico o médica de familia puede facilitar la actuación del adolescente tras considerar si este actúa libremente y si tiene

información y capacidad suficiente para conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla. También es importante valorar la gravedad de la decisión, para lo que es útil aplicar la escala móvil de competencia de Drane<sup>3</sup>, que ofrece tres niveles de decisiones según la situación planteada.

En España, la mayoría de edad sanitaria se sitúa en los 16 años y la legislación vigente obliga al médico o médica a que respete la voluntad de su paciente adolescente como persona autónoma, con derecho a decidir si acepta o no una decisión sobre su salud tras recibir una información adecuada, aun sabiendo que ello puede implicar un peligro real para su propia vida (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y Ley 26/2015, de 28 de julio). Se excluyen de este supuesto situaciones de grave riesgo para la salud, donde hay que contar con el representante legal del menor, así como la participación en ensayos clínicos, la realización de técnicas de reproducción asistida y la extracción o trasplante de órganos. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, permitía a las menores de 16 y 17 años interrumpir su embarazo sin necesidad de consentimiento por parte de los progenitores, aunque sí informándoles, excepto en casos en los que la menor estuviese en situación de desarraigo. Las reformas del año 2015 (en contra) y 2022 (a favor) señalan que la toma de decisiones sobre la interrupción voluntaria del embarazo por parte de las mujeres de 16 y 17 años sigue siendo motivo de debate. Desde la Atención Primaria se debe garantizar el acceso de las menores a esta prestación sanitaria. El profesional desempeña un rol fundamental de apoyo y acompañamiento facilitando la comprensión de las posibles alternativas a la mujer adolescente y favoreciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación. La elección autónoma es compatible con la búsqueda de apoyo familiar y social ante un embarazo no deseado.

## Bibliografía

1. Hargreaves DS, Sizmur S, Pitchforth J, Tallett A, Toomey SL, Hopwood B, et al. Children and young people's versus parents' responses in an English national inpatient survey. *Arch Dis Child*. 2018;10:3486-491.
2. Griffith R. What is Gillick competence? *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12:244-7.
3. Herreros B, Real de Asua D, Palacios G. ¿Seguimos siendo guardianes de nuestros pacientes?: la contribución de James Drane a la ética clínica actual. *J Healthc Qual Res*. 2018;33:54-9.

## 4

# Explorar la ideación suicida en adolescentes y jóvenes de riesgo

**La conducta suicida es compleja y multicausal. En España, los fallecimientos por suicidio en jóvenes y adolescentes muestran una tendencia al alza sumamente preocupante en los últimos años. Se aconseja preguntar directamente sobre la ideación suicida a adolescentes de riesgo, potenciar la comunicación y valorar el entorno familiar y social, así como dar prioridad a que sea atendido en salud mental.**

En España, el suicidio constituye la segunda causa de fallecimiento entre los jóvenes de 15 a 29 años, solo superada por los tumores malignos (300 casos frente a 330 en 2020 respectivamente). A su vez, el suicidio supone la primera causa de muerte no natural en este grupo de edad, superando la suma de fallecimientos por accidentes de tráfico y violencia de género<sup>1</sup>. Actualmente, los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos relacionados con la conducta suicida en esta franja de edad son el sexo femenino, la presencia de síntomas depresivos, un mayor consumo de redes sociales y (desde inicios de 2020) una mayor exposición a casos covid<sup>2,3</sup>.

No existe una estrategia única en el ámbito nacional ni protocolos de actuación consensuados, lo que da lugar a una enorme variabilidad en el manejo de los casos de ideación suicida entre los profesionales<sup>2</sup>. Existe además una gran variedad de escalas e instrumentos de evaluación para el riesgo de suicidio, aunque con escasa fiabilidad cuando se aplican a la población infanto-juvenil. Por último, la conceptualización de la conducta suicida es compleja, y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos en la práctica clínica. Se recomienda emplear la nomenclatura propuesta por el Ministerio de Sanidad, que incluye los siguientes términos<sup>1,4</sup>:

1. Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
2. Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, sin que impliquen necesariamente una conducta suicida. De hecho, puede considerarse la comunicación suicida como un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. La comunicación suicida puede clasificarse como:

- Amenaza suicida: comunicación que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- 3. Conducta suicida: conducta autoinfligida y potencialmente lesiva que puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. La conducta suicida puede clasificarse como:
  - Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida sin intención de causarse la muerte. Puede causar o no lesiones. Cuando resulta en fallecimiento se trataría de una «muerte autoinfligida no intencionada».
  - Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida.
  - Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, pero con intención de provocarse la muerte.
- 4. Suicidio: conducta intencionada con resultado de muerte autoinfligida.

Se debe preguntar directamente a los pacientes de riesgo, y especialmente a jóvenes y adolescentes, sobre la presencia de ideación suicida y las conductas suicidas previas y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación al entorno cercano (familiares, profesores, etc.). Esta actitud por parte del profesional no aumenta el riesgo de suicidio. Las preguntas se formularán de manera gradual, con tono cálido y empático, evitando que el planteamiento resulte exigente o coercitivo. El uso de escalas que valoran el riesgo suicida no sustituye a la entrevista clínica, aunque constituyen una herramienta complementaria en la evaluación y pueden resultar de cierta utilidad. Dentro de las diferentes escalas se recomienda, entre otras, la escala de Beck de intencionalidad suicida. Se aconseja que la atención profesional se base en el respeto y en la comprensión hacia este tipo de pacientes.

Si se confirma la presencia de ideación suicida, será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación...) y su registro codificado en la historia clínica. En un paciente que presente riesgo suicida debe considerarse siempre una intervención de emergencia. En caso de ideación suicida, será precisa la derivación inmediata a salud mental. La valoración por parte de salud mental podría demorarse como máximo 1 semana solo si se cumplen todos los siguientes criterios: que el menor muestre alivio tras la entrevista, que haya una clara intención de control de los impulsos suicidas,

que exista una aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, así como que se compruebe un adecuado apoyo sociofamiliar efectivo.

## **Bibliografía**

1. Observatorio del Suicidio en España 2020. [Internet.] Fundación Española para la Prevención del Suicidio. [Consultado el 2/04/2022]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
2. Defunciones por suicidio. [Internet.] Instituto Nacional de Estadística, España. [Consultado el 2/04/2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8277&capsel=8278>
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
4. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37:248-63.

## 5

## Promover la actividad física

.....

**La eficacia del consejo sobre la importancia de hacer una actividad física es moderada-baja en la adolescencia, y se desconoce su eficacia a largo plazo. No obstante, es una práctica coste-eficiente y demuestra su utilidad en Atención Primaria para promocionar la actividad física y disminuir el sedentarismo. El consejo aporta un impacto positivo en la salud, con beneficios más que probables y ausencia de efectos adversos.**

~~~~~

La falta de actividad física es uno de los determinantes más estrechamente asociados a la epidemia de la obesidad infantil, sobre todo porque, tras su infancia, los jóvenes adoptan un estilo de vida más sedentario, en especial las mujeres adolescentes¹. La actividad física es beneficiosa para mejorar la forma física (incrementa las funciones cardiorrespiratorias y musculares), la salud cardiometabólica (menor adiposidad, mejor control glucémico, de presión arterial y de lípidos), la salud ósea, los resultados cognitivos (mejora el desempeño académico) y la salud mental (con menor presencia de síntomas de depresión, mejoría en duración del sueño y un mayor comportamiento prosocial). Por todo lo anterior, la práctica regular de ejercicio físico en la población infantil y juvenil es uno de los factores de protección de enfermedades y de patologías crónicas modificables más importantes².

El consejo sobre la actividad física tiene una recomendación fuerte, aunque una evidencia moderada, ya que aunque se basa en estudios observacionales (nivel de actividad física y beneficios para la salud) y experimentales (ejercicio y mejora de parámetros de salud), las cantidades y los tiempos concretos constituyen solo la opinión de los expertos². El contenido del consejo se resume en los siguientes puntos^{3,4}:

- El adolescente debe participar regularmente en alguna actividad física que forme parte de su estilo de vida a largo plazo.
- Se recomienda una media de 60 minutos diarios de ejercicio aeróbico e intensidad moderada a vigorosa, al aire libre y de aspecto lúdico, de carácter placentero, variado y apto para su edad y capacidad.
- Al menos 3 días a la semana deben incorporarse actividades aeróbicas de intensidad vigorosa y actividades que refuercen músculos y huesos.

- A la hora de hacer deporte, hay que asegurar el aporte de líquidos, sobre todo en actividades intensas y en ambientes calurosos, evitando las horas de mayor exposición solar.
- Hay que limitar el tiempo que el adolescente dedica a actividades sedentarias, especialmente el tiempo de ocio que pasa delante de una pantalla.

Las investigaciones sobre el consejo del fomento de la actividad física tienen una alta calidad, pero resultados poco consistentes con éxito limitado. El consejo del profesional sanitario presenta una eficacia desconocida², pero teniendo en cuenta los beneficios del ejercicio y la ausencia de efectos adversos de las intervenciones en la infancia y adolescencia, se puede asumir globalmente que la promoción de la actividad física y la disminución del sedentarismo desde la Atención Primaria puede tener efectos favorables, sobre todo en el entorno escolar y comunitario.

Bibliografía

1. Resultados principales del estudio PASOS 2019 sobre la actividad física, los estilos de vida y la obesidad de la población española de 8 a 16 años. [Internet.] Gasol Foundation; 2019. [Consultado el 6/12/2021]. Disponible en: <https://www.gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2019/11/Informe-PASOS-2019-online.pdf>
2. Obesity in Children and Adolescents: Screening. [Internet.] US Preventive Services Task Force, 2017. [Consultado el 15/12/2021]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-children-and-adolescents-screening>
3. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. [Internet.] Organización Mundial de la Salud. 2020. [Consultado el 9/12/2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf> (accedido 9/12/2021)
4. How much physical activity do children need? Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Consultado el 9/12/2021]. [Internet.] Disponible en: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/spanish/cuanta-actividad-fisica-necesitan-los-ninos.html>

6

Normalizar la atención al adolescente transgénero

La transexualidad en la adolescencia debe recibir una atención normalizada en la consulta, con respeto y atención personalizada. Desde Atención Primaria es esencial contar con la información adecuada, facilitar el acceso al tratamiento y la atención a las familias.

Desde hace unos años, las personas transgénero son cada vez más visibles en nuestra sociedad y, por tanto, cada vez se acercan más a las consultas del médico o médica de familia para solicitar apoyo a la hora de comenzar el tránsito social o bien información sobre los procedimientos médicos que necesitan a la hora de transitar por rutas seguras y eficaces para lograr un bienestar personal con sus expresiones e identidades de género. Es fundamental que los profesionales de Atención Primaria posean un conocimiento actualizado y libre de prejuicios sobre esta realidad, teniendo como referencia la normativa vigente (LO 8/2015, de 22 de julio, y Ley 2/2014, de 8 de julio). La atención a las personas trans se guía por cuatro principios fundamentales¹:

- Respeto: hay que mostrar respeto a las familias y a ls niñ*s y adolescentes trans, utilizando el nombre y el género con el que se sienten identificad*s, aunque no hayan sido modificados sus documentos identificativos.
- Atención personalizada: no tod*s l*s niñ*s o adolescentes trans requerirán los mismos itinerarios: algun*s necesitarán tratamiento hormonal, otr*s no; algun*s necesitarán un acompañamiento psicológico, otr*s lo rehusarán o por circunstancias médicas no podrán acceder al tratamiento hormonal.
- Facilitar el acceso a los tratamientos que cada niñ* o adolescente trans necesite en el momento adecuado, explicando de manera apropiada y clara los procedimientos a seguir.
- Atención a las familias: facilitar el contacto con grupos de padres que se encuentran en similares circunstancias.

El trato debe basarse en el respeto a la identidad de género manifestada, dirigiéndose al niño* o adolescente con el nombre elegido por él/ella y/o padres o tutores^{1,2}. Es muy importante no aplicar códigos diagnósticos de enfermedad a la transexualidad. Tampoco es necesaria una valoración por parte de la unidad de salud mental como requisito previo a la terapia hormonal. La atención se debe realizar en un entorno de privacidad y confidencialidad, mostrando una actitud facilitadora para responder a las demandas que se manifiesten, tanto referentes a las necesidades del menor como a las dudas y expectativas de la familia³. Para ello:

- La entrevista servirá para concretar las demandas de la familia o el/la menor, para responder a sus necesidades, en función de su edad y entorno, y para dar información sobre la evolución de la identidad sexual desde la infancia hasta la edad adulta.
- Es preciso incluir actividades de promoción, de prevención y detección precoz de la discriminación, dirigidas a evitarla, valorando factores de riesgos psicopatológicos y señales de alerta de salud mental infanto-juvenil.
- Se debe considerar, de manera individualizada, hacer una interconsulta a la unidad de salud mental comunitaria si se necesita asesoramiento, acompañamiento o valoración del sufrimiento, así como plantear dudas sobre la autenticación de la identidad sexual.
- El trabajo conjunto con trabajo social permitirá mejorar la salud familiar y comunitaria, así como facilitar trámites como el cambio de nombre en los documentos de identificación.

El/la adolescente trans necesita información sobre las opciones de tratamiento y sus implicaciones, sugerencias para mantener un entorno seguro y apoyo en la transición, y que se le indique las opciones de tratamiento y el momento más adecuado para su valoración por unidades especializadas. El médico o médica de familia desempeña una labor esencial en la atención inicial y el seguimiento conjunto con otras unidades de ámbito hospitalario, monitorizando datos referentes al cumplimiento del tratamiento, a la aparición de efectos adversos y al grado de satisfacción. Es fundamental ofrecer, en el proceso de transición, el acompañamiento psicoemocional que requiera la persona en tratamiento hormonal y proporcionar una guía anticipatoria y también acompañamiento a las familias a lo largo del proceso.

Bibliografía

1. Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) (anexo 1). (2012). *Endocrinol Nutr.* [Internet.] 2012;59:367-82. [Consultado el 2/4/2022]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509221200054X>
2. Rica I, Grau G, Rodríguez A, Vela A. La atención a los menores transexuales. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* [Internet.] 2015;6(Suppl 2):38-44. [Consultado el 2/4/2022]. Disponible en: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=324&idlangart=ES>
3. Tinahones Madueño FJ. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia [Recurso electrónico]: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla; Consejería de Salud, 2016. [Consultado el 2/4/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-at-transexuales-infancia-adolescencia.html>

7

Ofrecer el uso de implantes subcutáneos de progesterona a adolescentes con actividad sexual

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) son los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y coste-efectivos para la prevención de embarazo no deseado. Estas características los convierten en el método anticonceptivo más eficaz y adecuado para adolescentes.

Se consideran métodos anticonceptivos reversibles el implante subcutáneo de gestágenos y el dispositivo intrauterino (DIU), tanto hormonal como de cobre. Este tipo de anticoncepción destaca por su excelente coste-beneficio y por su alta seguridad a partir de los 18 años de edad¹. Además, son bien aceptados en casos de hipermenorrea y la dismenorrea. Sin embargo, siguen siendo poco utilizados por la población adolescente por diferentes motivos, entre ellos, por su dificultad de acceso, pues, para su colocación, es preciso la obtención de un visado hospitalario o de una valoración previa en la consulta de ginecología, lo que provoca la sensación en la menor de falta de intimidad. También influye en ello la falta de habilidad para el procedimiento de inserción subcutánea por parte de los equipos de Atención Primaria y el desconocimiento de su existencia en la población general.

Las tasas de continuación de uso de los ARLD a los 12 meses son muy superiores en comparación a otros métodos no ARLD². Diferentes guías muestran una elevada evidencia en su uso como métodos eficaces para la prevención de embarazos no deseados, sobre todo cuando se proporciona un asesoramiento estructurado previo a su inserción. En varios estudios de cohortes se ha comprobado una disminución de la tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres adolescentes que usaron los ARLD con respecto a las que no lo usaron³.

La accesibilidad de la población adolescente a la Atención Primaria convierte a esta en un lugar privilegiado para que el adolescente pueda informarse de forma cercana e íntima sobre temas de anticoncepción. La oferta de consejo anticonceptivo estructurado debe incluir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su efectividad en la prevención en embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS), beneficios y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, así como material escrito de apoyo (recomendación débil y fuerte a favor, respectivamente)⁴.

Existe un consenso acerca de la necesidad de informar a las mujeres adolescentes sobre los diferentes tipos de anticonceptivos, destacando los beneficios adicionales de los ARLD⁵. La información que obtiene la menor de su médico/médica mejora el conocimiento sobre el uso de diversos métodos, pero también influye significativamente en una mayor aceptabilidad de los implantes subcutáneos, lo que mejora al mismo tiempo la satisfacción de la adolescente².

Bibliografía

1. Menon S, Committee on Adolescence. Long-acting reversible contraception: Specific issues for adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2020; 146:e2020007252. [Consultado el 17/01/2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-007252>
2. Chacko MR, (2019). Contraception: Issues specific to adolescents; (2019). UpToDate; This topic last updated: Sep 14, 2020. [Consultado el 17/01/22]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/contraception-issues-specific-to-adolescents?search=barrier-methods-of-birth-control-beyond-the-basics&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
3. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med* [Internet]. 2014; 371:1316–23. [Consultado el 17/01/2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1400506>
4. García-Franco AL, Fernández JAB, Muñoz EB, Piñeiro MJI, del Moral AO, Coello PA, Ruiz C, Landa J, Arribas L, Grupo de la Mujer del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria. [Internet.] 2020; 52:125-48. [Consultado el 17/01/2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-mujer-actualizacion-papps-S0212656720302808>
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. [Internet.] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Consultado el 17/01/2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf

8

Valorar la necesidad de tratamiento farmacológico para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

La indicación del tratamiento farmacológico en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) debe realizarse tras la instauración de las medidas familiares y escolares, y debe evaluarse su pertinencia y dosis de forma periódica.

El tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad trastorno por déficit de atención e hiperactividad se orienta a adolescentes y familiares, siendo imprescindible la educación familiar, la psicoterapia cognitivo-conductual y la adaptación escolar. Desde Atención Primaria se realizará un seguimiento de las medidas educativas y de la aplicación de las medidas de control ambiental en las familias¹. Si tras la aplicación de estas medidas no se obtienen los resultados esperados y se mantiene la sintomatología, se valorará incorporar un tratamiento farmacológico. En ningún caso se optará por el tratamiento farmacológico en primera instancia, salvo casos con afectación grave.

La elección del tratamiento farmacológico debe basarse en la edad del paciente, gravedad de los síntomas y repercusión funcional, comorbilidades y características y preferencias de las familias y el paciente². Los fármacos utilizados en España son metilfenidato (de elección), atomoxetina, lisdexanfetamina y guanfacina. Los psicoestimulantes son el tratamiento de primera línea, salvo contraindicaciones, dado que son más eficaces y alcanzan su efecto más rápidamente. Entre ellos, el metilfenidato es el fármaco con mayor grado de evidencia³.

En el caso de los pacientes adultos, el metilfenidato es también la primera opción en TDAH moderado o grave; sin embargo, la evidencia sobre la eficacia y los efectos adversos de dicha medicación en esta población es limitada⁴. La evidencia actual confirma la alta comorbilidad entre el TDAH y el trastorno por uso de sustancias (TUS). La atomoxetina y los psicoestimulantes parecen ser seguros en pacientes con cualquier TUS.

Antes de empezar un tratamiento, se recomienda:

- Realizar un examen físico: registrar peso y talla, presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Descartar antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular. Si existe, es necesario hacer un estudio cardiovascular previo al inicio del tratamiento farmacológico.

Se derivará a las unidades de salud mental aquellos casos en los que el tratamiento desde Atención Primaria no ha sido efectivo y los que presentan sintomatología moderada o grave o comorbilidades¹. Durante el tratamiento del TDAH es imprescindible hacer un seguimiento regular y estructurado de estos pacientes, con ajustes de dosis cada 2-3 semanas al inicio y valoraciones anuales sobre la necesidad de continuar o suspender el tratamiento farmacológico en función de la sintomatología y la repercusión funcional. Es preciso hacer hincapié en la necesidad de que las distintas instituciones y profesionales que intervienen en la atención de los adolescentes con este problema se coordinen y colaboren.

Bibliografía

1. Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Junta de Andalucía. [Internet.] Consejería de Salud y Familias, 2021. [Consultado el 2/02/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/58/10>
2. Lora Espinosa A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:S69-114.
3. Candido RC, Menezes de Padua C. Immediate-rease methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet.] Jan 2021. [Consultado el 2/02/22]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013011.pub2>
4. Cunill R, Castells X, González-Pinto A, Arrojo M, Bernardo M, Sáiz PA, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un diagnóstico comórbido de trastorno de sustancias. *Adicciones*. [Internet.] Junio 2021. [Consultado el 2/02/22]. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1569>

9

Seleccionar a los adolescentes que se beneficiarían de un tratamiento antidepresivo

El uso de un correcto antidepresivo en adolescentes es una opción terapéutica más y, además, puede combinarse con alternativas como la terapia cognitivo-conductual, si bien es muy importante garantizar un seguimiento por sus posibles efectos secundarios.

La adolescencia es un período de transición en el que el individuo experimenta una serie de cambios que finalmente configurarán su persona. Durante este período de cambio, la probabilidad de suicidio aumenta hasta posicionarse como una de las principales causas de muerte en adolescentes. La guía NICE de identificación y manejo de la depresión en niños y adolescentes¹ indica los siguientes puntos sobre el uso de fármacos antidepresivos:

- En depresión leve, está contraindicado el uso de antidepresivos.
- Se precisa una evaluación completa de las necesidades del adolescente que incluya sus circunstancias, las de sus familiares o cuidadores, antecedentes personales y familiares, entorno social, nivel de madurez y habilidades de aprendizaje y comunicación.
- Por las características de nuestro sistema, la Atención Primaria desempeña un papel fundamental para poder establecer un diagnóstico clínico y evaluar la posible aparición de comorbilidades, ideas o planes de suicidio durante los 2 o 3 meses sucesivos.
- En caso de una falta de respuesta, se podrá valorar si la depresión es más grave y si precisa derivación a equipos especializados.

Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son el grupo farmacológico de primera elección, tanto en depresión como en ansiedad generalizada. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) considera que la fluoxetina es indicada a partir de los 8 años en episodios moderados o graves, aunque se debe garantizar un seguimiento activo por la posible aparición de efectos secundarios graves como ideación o conductas suicidas². Se puede introducir, combinada con la psicoterapia, cuando el menor no responde tras 4-6 sesiones de psicoterapia sola. Esta

vigilancia debe ser especialmente intensa en las primeras 4 semanas del tratamiento farmacológico^{3,4}.

El fracaso del tratamiento farmacológico se valorará al mes de su inicio, cuando se pueden replantear otras alternativas como sertralina, escitalopram o citalopram. Están contraindicados de forma inicial mirtazapina, venlafaxina, imipramina y antidepresivos tricíclicos³. Según ficha técnica, la sertralina puede ser también una buena alternativa en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo a partir de los 6 años².

Bibliografía

1. Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline. [Internet.] Published: 25 June 2019. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng134
2. CIMA: Centro de Información Online de Medicamentos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. [Internet.] [Consultado el 2/4/2022]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
3. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Internet.] [Consultado el 2/4/2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
4. Moreland C, Bonin L. Effect of antidepressants on suicide risk in children and adolescents Amsterdam: Up ToDate; last updated: Feb 22, 2021.



semFYC

Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria