

Simposio Adolescencia

Prevención Mirando al futuro

ASPECTOS PNIE EN ADOLESCENCIA

DRA. MARIA INES MARTINEZ

Uruguay

La adolescencia es el período de la vida marcado por el cambio. Abarca los cambios fisiológicos asociados al desarrollo puberal, el cambio en el status social con las nuevas tensiones sociales que esto implica para una adolescente y además, los cambios en la regulación del comportamiento afectivo.

La pubertad marca el comienzo de la adolescencia, es la resultante final de la interacción dinámica entre factores genéticos y una amplia serie de reguladores, tanto endógenos como exógenos, cuya interacción determina en cada niña la cronología del desarrollo puberal. Desde el punto de vista neuroendócrino, la pubertad abarca cambios en la madurez por lo menos de tres ejes: el reproductivo, el adrenal y el eje de crecimiento.

Se produce un incremento progresivo de la actividad neurosecretora del sistema neuronal hipotalámico GnRH, con la participación de neurotransmisores y neuropéptidos responsables del control sináptico de las neuronas GnRH y de su activación durante la pubertad. La reciente identificación del rol de las kisspeptinas ha sido el descubrimiento más importante realizado en los últimos 30 años, después de la identificación del propio GnRH. Entre otras funciones, la activación peripuberal del sistema KISS-1/GPR54 constituye un evento esencial en la definición de la cronología de la pubertad, sería responsable de la estimulación directa de la liberación de GnRH. Por otra parte la expresión hipotalámica de KISS-1/GPR54 estaría regulada por señales gonadales: estrógenos y andrógenos. También se le atribuye un rol en el mantenimiento de la función reproductiva. Este descubrimiento abre nuevas opciones en el tratamiento de las alteraciones de la pubertad, ya sea en el retraso o en la instalación precoz. No obstante, aún restan muchas incógnitas por dilucidar.

El hecho más relevante de esta etapa es el comienzo de la secreción pulsátil de GnRH, la activación del eje H-H-G y la puesta en marcha de los mecanismos de feedback positivo. Aumentan los niveles de esteroides sexuales, los que provocarán los cambios somáticos y psicológicos típicos de este período biológico, para finalizar con la aparición de la primera menstruación.

El eje H-H-G y sus mecanismos neuroendócrinos de regulación continúan madurando, mientras la adolescencia sigue su curso. En función de la vulnerabilidad individual, sumado a la condición de género femenino, la respuesta al estrés que provocan los hechos cotidianos de la vida podrá tener mayor o menor repercusión en el ciclo menstrual.

Hay pruebas de que el aumento de la vulnerabilidad a la depresión en la mujer surge en la pubertad, cuando los esteroides gonadales reforzarían aún más la respuesta al estrés. Recientes estudios experimentales sugieren que la adolescencia representaría un período sensible durante el cual ocurre la programación del desarrollo de la respuesta al estrés. Los eventos estresantes de la vida juegan un papel fundamental en la precipitación de la depresión en los adolescentes, así como los trastornos de ansiedad y las conductas de aislamiento social. Se deduce entonces, la importancia de la intervención en esta etapa, a los efectos de estimular la resiliencia para la prevención de la consolidación de psicopatologías, que marcarán la vida adulta de estas adolescentes.

ALTERACIONES DE LA MASA OSEA EN ADOLESCENTES. CAUSAS Y TRATAMIENTO

DRA. SELVA LIMA

Uruguay

Uno de los desafíos para lograr disminuir la incidencia de fracturas óseas en mujeres luego de la menopausia, es actuar en forma preventiva en etapas muy tempranas de la vida. La acción preventiva más eficaz es el logro de una mejor masa ósea en la etapa de mayor ganancia de tejido mineral óseo: la niñez y la adolescencia.

En la etapa perimenarquica y durante la adolescencia se produce el mayor crecimiento y acumulación de masa ósea. Durante esta etapa, para lograr este objetivo son imprescindibles nutrición y actividad física. Una adecuada nutrición donde el consumo de calcio, y vitamina D son fundamentales, así como otros nutrientes que favorezcan la absorción de este mineral a nivel intestinal: magnesio, selenio, oligofruktosas, inulina, etc, entre otras. Es importante destacar la necesidad de consumo de frutas y vegetales para optimizar el alcance de una mayor adquisición de masa ósea.

El otro aspecto importante a considerar es la realización de actividad física, en forma regular, que determine un estímulo mecánico suficiente para la osteoformación.

Diversos aspectos en la etapa de la adolescencia pueden conspirar en el logro de estos objetivos. Nutrición inadecuada, con consumo de sal en exceso, tabaco, alcohol, productos ricos en fosfatos, entre otros. Sedentarismo y sobrepeso problemas frecuentes de nuestra era.

Enfermedades crónicas que actúan negativamente sobre el metabolismo fosfocálcico: trastornos de la conducta alimentaria cuya severa repercusión neuroendócrina determina un déficit de formación y un aumento en la resorción ósea.

Los deportes de competición donde el consumo energético es mayor que el ingreso de éstos, determina un estado de hipostrogenismo con incremento en la resorción ósea

La Fibrosis quística, la enfermedad inflamatoria intestinal se asocian a un incremento en la secreción de citocinas proinflamatorias (IL1, TNF, IL6) cuya repercusión esquelética es incremento en la resorción ósea.

Enfermedades respiratorias (asma), enfermedades que requieren terapia corticoidea: Poliartritis reumatoidea, Lupus, etc: cursan con aumento de resorción ósea y disminución de la osteoformación.

Epilepsia, cuyas drogas afectan el turnover óseo.

Desordenes endócrinos: déficit de GH, Hipertiroidismo o exceso de hormona tiroidea estimulan el turnover óseo. El hiperparatiroidismo, generalmente secundario a afección renal incrementa la resorción ósea.

Otras causas menos frecuentes como la osteogénesis imperfecta y afecciones neuromusculares, así como las enfermedades oncológicas, los trasplantes de órganos: riñón, hígado, corazón, médula ósea; son situaciones que ocasionan un importante deterioro en la salud ósea

Los recursos diagnósticos existentes hoy, nos permiten medir la DMO, valorar formación –resorción ósea, y poder realizar seguimientos terapéuticos. Pero el verdadero desafío es el abordaje terapéutico de cada una de las situaciones mencionadas.

Dentro de los recursos terapéuticos con los que se cuenta, los aspectos nutricionales y la actividad física son los más importantes.

Las drogas utilizadas para favorecer la osteoformación e inhibir la resorción ósea, no siempre pueden utilizarse en población joven, como los bifosfonatos, excepto situaciones especiales. Otras están aún en el plano experimental como la IGF 1, cuya acción de promoción de formación ósea es muy prometedora sobre todo en casos de anorexia nerviosa.

En algunos aspectos continúan brindando beneficios la terapia hormonal y los andrógenos.

Los avances en el conocimiento de la biología ósea, así como en aquellos situaciones que repercuten en su salud, permite el desarrollo de nuevos recursos terapéuticos: agentes anabólicos y nuevos agentes anti-resortivos aún en fase experimental prometen brindar beneficios en la conservación o recuperación de la masa ósea .

Pero debemos destacar que, en una población mayoritariamente sana como es la niñez y la adolescencia, asistimos hoy a actitudes que determinan en salud ósea entre otras, importantes riesgos futuros

(malnutrición, sedentarismo, adicciones), los que con conductas colectivas e individuales apropiadas pueden corregirse brindando importantes beneficios futuros.

SUBESTIMACION CLINICA DE LOS TRASTORNOS GINECOLOGICOS EN ADOLESCENCIA

DRA. SILVIA OIZEROVICH

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y logra la independencia económica. OMS.

Esta etapa involucra cambios significativos: se inicia a los 12 años y culmina aproximadamente a los 21 años, se define la identidad sexual, ocurre la ruptura de la relación infantil con los padres y la organización intelectual. Es el período de la vida que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina con la finalización del crecimiento somático, adquiriendo la madurez sexual y reproductiva.

La asincronía madurativa biológica, psicológica y social coloca al joven en situación de riesgo. Se debe entender que la crisis adolescente, no solo es en forma personal, sino que involucra a la familia, la escuela y la sociedad en su conjunto, por lo cual el momento de la consulta en esta etapa es por demás importante. Es la herramienta que nos permitirá un correcto acercamiento, pudiendo: orientar, informar y prevenir situaciones o conductas que lo coloquen en peligro, como generar hábitos que perduren en la madurez. Se deberán detectar entonces factores protectores y de riesgo.

En el momento de la consulta se debe trabajar sobre los hábitos, reforzando factores como: inserción en la educación formal, cómo lleva adelante su escolaridad, detectando problemas familiares, evaluar si tiene un proyecto de vida, su alimentación, debemos interiorizarnos sobre su grupo de pares, si realiza actividades deportivas, etc.. Es importante si mantiene relaciones sexuales trabajar acerca de cuál es el cuidado anticonceptivo que realiza, o si se expone a infecciones de transmisión sexual y SIDA, embarazo inoportuno y tener que asumir roles paternos antes de que se encuentre en condiciones para hacerlo. El consumo de alcohol y tóxicos es otro de los ítems que debemos abordar.

Debemos pesquisar aquellos signos y síntomas que nos permiten diagnosticar en forma temprana enfermedades que involucran al futuro reproductivo de nuestras pacientes.

Uno de los motivos de consulta más frecuente en esta etapa de la vida son las alteraciones del ciclo menstrual pudiéndose presentar como oligomenorrea o amenorrea 2°, muy frecuentes en los primeros años de edad ginecológica debido a la inmadurez del eje hipotálamo hipofisario gonadal, sin embargo este es el momento para los diagnósticos diferenciales con otras patologías, el síndrome de ovario poliquístico que no solo provocará la alteración del ciclo sino lo que significa en este momento de la vida verse distinta a sus amigas, con acné, vello, lo que generará aún un mayor aislamiento, los trastornos de la alimentación, sobreentrenamiento físico, tienen una alta incidencia, junto a otras amenorreas de causa hipotalámica sabiendo que el uso de tóxicos también se asocia a esta patología.

Dadas las características predominantes en nuestro país el estudio del funcionamiento del eje tiroideo es de suma relevancia. Uno de los motivos de consulta latente que deberá indagarse es la dismenorrea que podrá ser uno de los primeros síntomas de una endometriosis como así también los cuadros de dolor crónico que pueden estar manifestando situaciones de abuso sexual. No es infrecuente en los consultorios de atención de adolescencia recibir la consulta por amenorrea primaria y realizar un diagnóstico tardío de una malformación congénita que hubiese sido más sencilla de abordar desde los aspectos psicológicos a edades más tempranas.

ANOREXIA Y BULIMIA: REPERCUSION A FUTURO EN EL PACIENTE

DRA. GRACIELA ONOFRIO

TCA: IMPLICANCIAS CLINICAS EN EL CAMPO DE LA PSICOPATOLOGÍA

Esta presentación planteará interrogantes e intentará delinear alternativas acerca de las diferentes modalidades de abordajes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Se utilizarán hipótesis a mitad de camino entre las teorías psicopatológicas y la práctica clínica. Los tratamientos planteados en nuestro medio y en ámbitos de especialistas a nivel internacional, frecuentemente asentados en paradigmas muy diversos, también contribuyen a la construcción de las condiciones de producción de subjetividad actuales que tendrán repercusión a futuro.

Mirando al futuro podemos trazar un recorrido desde el pasado clínico más reciente, emparentado con un cuerpo teórico psicoanalítico más ortodoxo, a nuestro actual presente, en el cual los TCA han salido de los consultorios. Curiosa manera de expresar las problemáticas que nos permitirán abordar algunas cuestiones:

1. ¿La cronicidad significa la estabilización del paciente?
2. Desde el punto de vista clínico, ¿podemos pensar en tres grupos de problemáticas?
Anorexias y pacientes altamente dietantes.
Bulimias y conductas de adicción, falla en el control de los impulsos y autoagresión.
Sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida. Sobreadaptación a la realidad.
3. ¿Pensamos la clínica en forma categorial o dimensional? ¿O es la clínica misma la que se nos presenta como un continuo? Uso racional de la clasificación. Importancia del diagnóstico situacional.
4. ¿Cómo afrontar el fenómeno de “puerta giratoria”? ¿Cada crisis vital pone a prueba el sistema?
5. ¿Cómo combatir la departamentalización del paciente?
6. ¿Cómo trabajar en inter-trans-disciplina ambulatoria?

Niveles de alianza terapéutica: consulta, interconsulta, derivación, trabajo en equipo, medicina de enlace.

Supervisión de estrategias en la cual el grupo interdisciplinario actúa como red de sostén. Importancia de los recursos humanos.

Supervisión de “material clínico”: momento de trabajo con el fenómeno transferencia-contratransferencia de cada caso singular.

Ética acerca del intercambio de información.

El “tratamiento aburrido” (al decir de una paciente)

Cada uno de estos temas será detallado desde una amplia experiencia clínica en el seguimiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.