

Jueves 4 de febrero de 2010

Mesa redonda:

“Endocrinología”

Moderador:

José Luis Montón Álvarez

Pediatra, CS Mar Báltico. Área 4, SERMAS. Madrid.

- **Pubertad precoz y adelantada en niñas**
Lourdes Ibáñez Toda
Profesor Asociado de Pediatría. Sección de Endocrinología. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona.
- **Evidencias en el tratamiento con hormona del crecimiento. Nuevas indicaciones**
Emilio García García
Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario “Virgen del Rocío”. Sevilla.
- **Niños en movimiento: tratamiento de la obesidad infantil, una nueva forma de abordar un viejo problema**
Norma Irene García Reyna
Servicio de Pediatría. Unidad de Obesidad Infantil. Hospital Materno-infantil Vall d’Hebron. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Montón Álvarez JL. Endocrinología. Introducción. En: AEPAP ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.43-4.

Endocrinología. Introducción

José Luis Montón Álvarez

Pediatra, CS Mar Báltico. Área 4, SERMAS. Madrid.

jlmonton@telefonica.net

En la práctica diaria de los Pediatras de Atención Primaria (Pap) es frecuente encontrar algunas entidades que corresponden al ámbito de la endocrinología, entre éstas cabe destacar la pubertad precoz y la talla baja susceptible de ser tratada con hormona de crecimiento. Con mayor frecuencia, el Pap se enfrenta a niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad.

En esta mesa redonda se actualizan aquellos conocimientos necesarios para que el Pap pueda desarrollar su trabajo con mayor eficacia y eficiencia en lo referente a estas patologías.

Respecto a la **pubertad precoz**, la aparición de caracteres sexuales secundarios en la niña ha variado a lo largo de la historia de la humanidad, habiendo sufrido un adelanto en las últimas décadas. Este inicio guarda relación con la aparición del botón mamario entre los 10 y 11 años y medio, seguido aproximadamente unos 2 años y medio después, de la menarquia, siendo en la actualidad considerado completamente normal que este inicio se realice a partir de los 9 años. Del Pap depende la identificación de aquellos casos que deban ser estudiados y que pudieran ser susceptibles de tratamiento posterior. En esta comunicación, se intenta responder a las controversias actuales sobre el beneficio obtenido con tratamiento frenador del desarrollo en niñas con pubertad adelantada. Además, se recuerda la importancia de controles adecuados en aquellos casos con antecedentes de bajo peso al nacer en relación a la edad gestacional, dada la posible relación con una pubertad adelantada u otros trastornos metabólicos.

Respecto a las **indicaciones de tratamiento sustitutivo con hormona de crecimiento (GH)**, además del uso como en caso de su déficit, la GH recombinante humana presenta indicaciones en la actualidad ante otros problemas de talla baja, que antaño no eran susceptibles de este tratamiento.

En primer lugar se encuentra la talla baja idiopática (TBI), en la cual existe controversia para la indicación de hormona de crecimiento. Aunque la FDA aprobó en el año 2003 la utilización de GH en niños con TBI con una talla menor de 2,25 DS para edad y sexo, la EMEA está aún estudiando su posible indicación para TBI, y en España, el Comité para la GH no incluye aún esta indicación.

Además, en las últimas décadas, los avances científicos en medicina y el desarrollo de la neonatología, han conseguido que los niños pequeños para su edad gestacional (PEG) tengan un desarrollo adecuado, alcanzando una recuperación tanto de peso como de talla en su mayoría hacia el segundo año. Sin embargo, en algunos casos los más pequeños, pueden permanecer para siempre en percentiles por debajo de -2 DS. Tanto EMEA como FDA han aprobado recientemente el uso de GH en los niños con antecedentes de bajo peso al nacer.

Aunque el uso de la GH se considera seguro, las dudas sobre la ganancia de la talla final alcanzada en algunas de las patologías tratadas, junto con la edad de los pacientes, la dosis y duración del tratamiento (varios días a la semana durante 5-6 años), así como las posibles consecuencias a largo plazo de un tratamiento hormonal y el elevado coste económico (15.000 €/año/paciente), han creado algunas controversias sobre la conveniencia de esta ampliación que es conveniente conocer:

La **obesidad** representa en la actualidad la enfermedad crónica endocrina más prevalente en los países desarro-

llados, además, un adolescente obeso presenta un 80% de probabilidades de continuar siéndolo en la edad adulta. En EE.UU. se estima en un 33%, siendo la causa de 300.000 fallecimientos anuales y de una importante morbilidad asociada. En España, se ha triplicado en 15 años, pasando según los datos publicados en el estudio Paidos de un 4,9% (1984) a un 16% en el año 2000. En el estudio español enKid la prevalencia es de un 13,9%, cifras que aumentan a un 26,3% cuando se suman los casos de sobrepeso.

La tendencia epidemiológica en nuestro país es ascendente, con un incremento del índice de masa corporal, alcanzando el 21,1 a los 13 años.

La comparativa entre los estudios de Orbegozo (1988) y enKid (2000) demuestra un incremento de hasta el 14,6%.

Esta elevada prevalencia de obesidad infantil, ha promovido el desarrollo de abundantes intervenciones educativas en este grupo etáreo, destacando los programas escolares, los dirigidos a la familia y aquellos realizados en el medio sanitario.

En este sentido, el **"Programa niños en movimiento"**, programa multidisciplinar desarrollado en el medio sanitario, esta dirigido a niños y a sus familias, promoviendo una conducta alimentaria basada en una alimentación correcta y equilibrada, con instrucciones precisas para aumentar la actividad deportiva, reforzando la autoestima mediante sesiones basadas en mejorar los conocimientos sobre la salud en general del niño, a través de juegos educativos y de intercambio de rol, con los que se consigue una reeducación conductual con la finalidad de modificar aquellos hábitos alimentarios y los estilos de vida que favorecen la ganancia ponderal patológica y el sobrepeso.