



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/005.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Eva: Pubertad precoz y Tratamiento**

Autores **María José Carreño Cuadra,¹ Soledad Luna Galveño,² Miriam Abdel Karim Ruiz³**

Centro/institución (1) Enfermera, Hospital Obispo Polanco. (2) Enfermera, Hospital Regional Universitario. (3) Enfermera, Hospital Costa del Sol

Ciudad/país (1) Teruel, España. (2) Málaga, España. (3) Marbella (Málaga), España

Dirección e-mail mjcacu2007@hotmail.com

RESUMEN

La Pubertad precoz se origina cuando aparecen caracteres sexuales antes de los 8 años de edad y/o la aparición de la menarquía antes de los 10 años. En niñas que aún no han alcanzado la madurez psicológica, puede originarles sobretodo consecuencias psicológicas y físicas. El objetivo de nuestro trabajo es describir los cambios físicos y efectos psicológicos que se producen en las niñas para darles conocimiento por la aparición de la pubertad precoz temprana y proporcionarles el tratamiento que más se adecue. La metodología empleada es un estudio cualitativo descriptivo utilizando el método del relato biográfico. El tema elegido es libre, basándose principalmente en la pubertad precoz en una menor. Conclusión final: Es fundamental describir las características de la pubertad precoz en niñas que no tenga una maduración psicológica para evitar aquellos efectos indeseados en ellas.

Palabras Clave: Agonistas/ Etiología/ Pubertad precoz/ Tratamiento primario.

ABSTRACT

Early Puberty occurs when sexual characters appear before 8 years of age and / or the onset of menarche before age 10 years. In girls who have not yet reached the psychological maturity, you can originals especially psychological and physical consequences. The aim of our work is to describe the physical changes and psychological effects that occur in girls to give knowledge by the onset of early puberty early and provide treatment that best suits. The methodology is a qualitative descriptive

study using the method of biographical narrative. Keywords: Agonists; Etiology; Early puberty; Primary treatment. Subject category: The theme is free, based primarily on early puberty in a minor. Final conclusion: It is essential to describe the characteristics of precocious puberty in girls that has no psychological maturity to avoid those unwanted effects on them.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La pubertad es el periodo que va desde la infancia a la edad adulta. En él hay importantes cambios físicos, psicológicos, funcionales y relacionales. El proceso de la pubertad es muy variable. El inicio de la edad de la pubertad está influenciado genéticamente, ambientalmente, por condiciones socio-económicas, por enfermedades, por el estado nutricional (La malnutrición causa retraso puberal, mientras que la obesidad moderada produce un avance en el desarrollo puberal) (1).

La pubertad precoz en niñas, es la aparición de caracteres sexuales por debajo de los 8 años de edad y de la aparición de la menarquia antes de los 10 años de edad. El primer signo puberal precoz en las niñas es la aparición del botón mamario y el desarrollo del vello pubiano un rápido crecimiento estatura, un avance de la maduración ósea. También aparición del vello axilar, la piel grasa, un leve acné, un aumento del olor corporal, (2).

A principios de la década de los sesenta, (3), distinguió en cinco estadios la evolución del desarrollo de las mamas:

- E1: Estadio infantil, no existiendo ningún grado de desarrollo mamario.
- E2: Se inicia la telarquia, existiendo el botón mamario, palpándose un pequeño nódulo. La areola aumenta discretamente de diámetro.
- E3: La mama y el pezón crecen más, mostrando un contorno redondeado en el perfil lateral.
- E4: La areola y el pezón han crecido más, formándose una pequeña elevación que sobresale del resto de la glándula.
- E5: Estadio de la mama adulta.

La aparición de una pubertad precoz en niñas que no estén desarrolladas psicológicamente, puede tener consecuencias sobre todo psicológicas pero también físicas, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz. El inicio de la pubertad, se manifiesta de modo progresivo. Para poderse llevar a cabo, están implicados: el hipotálamo que produce el factor liberador de gonadotrofinas (GnRH), las hormonas hipotalámicas liberadoras de la hormona de crecimiento (GHRH) y la somatostatina (4).

Hay que diferenciar entre Pubertad Precoz Central (PPC) y la Pubertad Precoz Periférica (PPP). La Pubertad Precoz Central (PPC) ocurre por una activación del eje Hipotálamo-Hipofisario-Gonadal, es decir, que son dependientes de las gonadotropinas. La Pubertad Precoz Periférica (PPP) es cuando la Pubertad es independiente del eje Hipotálamo-Hipofisario-Gonadal, es decir, independientes de las gonadotropinas (5).

Lo que se pretende conseguir con el tratamiento de la PPC son:

1. Evitar la inadaptación de los cambios físicos producidos de la menor dada su inmadurez psicológica.
2. Evitar la aceleración de la maduración esquelética y que no alcance una talla final baja. Es sabido que las niñas con PP no sometidas a tratamiento sufren un deterioro importante de su estatura adulta (6).

El tratamiento de mayor elección, son análogos de GnRH (GnRHa) de liberación sostenida (depot). Los más utilizados en el momento actual son la triptorelina depot, a la dosis de 80-100 µg/kg (4). Los agonistas del GnRH de acción prolongada, inyectados en forma intramuscular, ejercen un efecto similar al que produce la infusión endovenosa continua. Estas formulaciones de liberación lenta están formadas por microcápsulas de polímeros unidos al agonista que liberan el péptido de forma progresiva durante varias semanas. A las 4 semanas de la administración se consiguen concentraciones estables del agonista, que es una condición indispensable para conseguir el efecto deseado. En nuestro país los dos preparados de liberación lenta son la triptorelina (Decapeptyl®, Gonapeptyl® depot) y la leuprorelina (Procrin®) que se administran cada 28 días vía intramuscular, o subcutánea en el caso de Gonapeptyl®. Recientemente se han desarrollado preparados intramusculares de mayor duración (Decapeptyl trimestral®, Procrin trimestral®) (7). Hay una clara indicación de tratamiento en edades inferiores de los 7 años en niñas. En estos casos, generalmente son pubertades rápidas y no hay posibilidad de que el niño tenga suficiente maduración psíquica para poder afrontar esta situación. Cuando el inicio de la pubertad se produce a los 7-9 años en niñas, habrá que individualizar el caso, sobre todo valorar la situación psicosocial de la paciente y su familia. En cada visita se valora la talla, el peso, el grado de desarrollo puberal, valorar la maduración ósea y la velocidad de crecimiento. Para observar la respuesta al tratamiento hay que esperar 3-4 meses desde su inicio. Tras finalizar con el tratamiento, en las niñas aparece la menarquia entre los 6 y 18 meses. Se considera ideal suspender el tratamiento cuando la edad ósea alcance los 11-12 años en niñas porque el tratamiento con GnRHa no mejora las expectativas de crecimiento (8).

El objetivo de nuestro trabajo es describir los cambios físicos y efectos psicológicos que se producen en las niñas para darles conocimiento por la aparición de la pubertad precoz temprana y proporcionarles el tratamiento que más se adecue. La metodología empleada es la propuesta por Amezcua y Hueso (9) en su artículo: "Cómo elaborar un relato biográfico", empleando la técnica de recogida de datos mediante una entrevista abierta y en profundidad, que tuvo una duración de una hora y media, en el domicilio de la madre de nuestra paciente, que es el domicilio familiar. La madre estuvo durante toda la

entrevista al lado de su hija. En nuestro caso es una niña que actualmente tiene 10 años de edad, pero que con 8 años y medio, le diagnosticaron Pubertad Precoz. La madre firmo el consentimiento informado (anexo1). La entrevista fue grabada con el consentimiento de la menor y de su madre por ser menor de edad. Principales categorías. Este tema es referente a la Pubertad precoz, la temática, el tema encontrado es de libre elección y las conclusiones principales son: La importancia de darse cuenta con antelación ante un desarrollo de pubertad precoz en niñas que son inmaduras psicológicamente y físicamente.

Bibliografía

1. Calvo MTM, Guillén LS, Argente J, Román JP, Díaz MJM. El tratamiento con triptorelina en las niñas con pubertad precoz central provoca incremento del índice de masa corporal. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(5):428-33.
2. Marco Hernández M, Benítez R, Medranda I, Pizarro C, Méndez MJ. Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad de inicio, edad de la menarquia y talla. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69(2):147-53. Vol. 69 Núm.2, Páginas 103-245.
3. Tanner JM. *Growth at adolescence*. 2ª edición. Oxford, UK: Blackwell Scientific; 1962.
4. Soriano Guillén L, Argente J. Pubertad precoz periférica: fundamentos clínicos y diagnóstico-terapéuticos. *An Pediatr*. 2012 Apr;76(4):229.e1-229.e10.
5. Soriano Guillén L, Argente J. Pubertad precoz central: epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento. *An Pediatr (Barc)* 2011, 74, pp. 336.e1-336.e13
6. Kaplan SL, Grumbach MM. Pathogenesis of sexual precocity. En: Grumbach MM, Sizonenko PC, Aubert ML, eds. *Control of the Onset of Puberty*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990: 620-668.
7. Pozo Román J. Indicaciones y monitorización del tratamiento con análogos de GnRH. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. *Actualizaciones en Endocrinología pediátrica*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas SL; 2005.p.101-33.
8. Castro Feijoo L, Cabanas Rodríguez P, Barreiro Conde J, Pombo Arias M. Pubertad precoz y talla final. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. *Avances en Endocrinología Pediátrica*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas SL; 2007. p. 31-49.
9. Amezcua, Manuel; Hueso Montoro, César. Como analizar un relato biográfico. *Arch Memoria* [en línea]. 2009; (6 fasc.3) [acceso 5/08/2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>

Texto Biográfico

Su vida. Hola. Me llamo Eva, tengo 10 años. Voy a cuarto de primaria. Vivo con mis padres en su casa y con mi hermana de 16 años. Me gusta bailar y voy dos veces en semana a la academia de baile a bailar baile moderno con mis amigas.

El Diagnostico. En septiembre, cuando tenía 8 años y medio, me note que había pegado un estirón bastante grande en cuestión de muy poco tiempo porque tenía pantalones que me había comprado hacia muy poco tiempo y de repente se me quedaron cortos. Tuve que comprarme dos pantalones más de una talla mayor. También mientras me duchaba por la noche me había dado cuenta que me había cambiado el pezón mis pechos y se lo comenté a mi madre. Mi madre llamo un lunes para sacar cita con el pediatra y el miércoles fuimos a la cita. Entre mi madre y yo le contamos lo que estaba ocurriendo en mi cuerpo porque a mi sola me daba un poco de vergüenza. El pediatra me midió, me pesó, aún recuerdo que pesaba 40 kilos y media entonces 1 metro con 395 centímetros, me palpó las mamas y me dijo que me derivaba al endocrino para que el me valorara. Sacamos cita con el endocrino que nos dio a la semana siguiente. Fui también con mi madre a la endocrina porque con mi madre, yo me siento más segura y le volvimos a comentar lo mismo que le dije a mi pediatra. Era una chica endocrina y eso hizo que yo estuviera un poco más tranquila y que no me diera tanta vergüenza. Me peso, me midió, allí pesaba 39 kilos con 500gramos y media lo mismo, me palpó las mamas, me pidió una radiografía de la mano izquierda, me pidió ecografía abdominal porque le comentamos que me dolía la barriga y también una analítica de sangre. Volvimos a esa endocrina cuando tuvimos todos los resultados.

Tratamiento. Una vez con los resultados me diagnóstico de Pubertad precoz y me pautó el tratamiento, que se llama Decapeptyl Depot. Es uno cada 4 semanas y me lo pinchan en el culo. Al principio era 1 con 4 centímetros cúbicos del preparado lo que me ponían y a los 6 meses empezaron a pincharme 1 con 5 centímetros cúbicos. Al principio, me daba miedo el pinchazo en el culo y lloraba, pero después de este tiempo ya me he ido acostumbrando y lo llevo mejor, incluso ya no lloro”. (Se ríe). “La siguiente cita es dentro de 2 meses.

Síntomas. Al principio del tratamiento, me midió, me pesó, por entonces pesaba 40 kilos con 600 gramos y medía 1 metro con 395 centímetros. A los 6 meses me volvió a citar en su consulta, había crecido de la última revisión porque media 1 metro y 412 centímetros. Mi peso era de 40 kilos con 600 gramos. Me volvió a mandar analítica y de nuevo cita a los 6 meses. Aun me quedan 2 meses para que llegue esta cita. Lo que más note que en muy poco tiempo, fue que di un estirón muy largo y los pantalones que tenía que me había comprado hacia muy poco tiempo, se me habían quedado cortos del bajo. También note que mi pezón había cambiado. Se lo conté a mi madre porque confió mucho en ella. Yo estaba asustada por si eso era algo fuera de lo normal y además yo veía a las niñas de mi clase que su pezón así no lo tenían.

Ansiedad. Me sentí un poco perdida y me dio miedo pensar que lo que me estaba pasando en mi cuerpo no era algo normal. Mis amigas y yo aún por esa época

jugábamos en el parque con nuestras muñecas y nuestros carros a mamás y papás y lo que me daba más miedo es que me rechazaran mis amigas por no ser como ellas físicamente y se metían conmigo.

Superación. A medida que mis cambios físicos se paralizaron, poco a poco me volví abrir a mi grupo de amigas y volví a relacionarme con ellas para jugar a nuestros juegos de siempre, carros, bebés, a mamás, a papás. Al principio el pinchazo en el culo fue horrible, recuerdo que montaba un espectáculo de lloros enorme cada vez que iba al enfermero y poco a poco he ido entendiendo y comprobando que el pinchazo en el culo no es tan molesto y hace que yo me sienta cada vez mejor con mi cuerpo y hacia los demás.

ANEXO 1

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ENTREVISTA DEL TRABAJO CUALITATIVO

He sido informado y he podido clarificar mis dudas y hacer preguntas sobre la investigación que fueron atendidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento de forma voluntaria y consciente sin ser presionado para responder las preguntas:

Si..... No.....

Doy mi consentimiento, para autorizar la grabación para la entrevista del trabajo cualitativo.

Si..... No.....

NOMBRE.....
.....

FIRMA.....

Lugar..... Fecha.....

Firma de la persona que obtuvo el consentimiento informado.....