

Comunicaciones orales y pósters

1ª COMUNICACIÓN ORAL PREMIADA:

VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN

Rodríguez Molinero L, Royuela P, Marugan Miguel Sanz M, del Pozo Vegas C, Moche Loeri JA Centro de Salud Casa del Barco, Hospital Universitario Del Río-Hortega y Hospital Clínico. Valladolid

Introducción. La autoestima es una característica básica del psiquismo humano y fundamental en la vida de relación social y familiar. En la práctica clínica con adolescentes, la valoramos mucho porque nos ayuda a entenderles mejor. La baja autoestima se ha relacionado con la depresión, los trastornos del comportamiento alimentario y del control de impulsos, el abuso de sustancias, los fracasos escolares, los embarazos no deseados etc.

Objetivos. Conocer los niveles de autoestima de los adolescentes de Castilla y León por genero y edades.

Material y Métodos. Usando el cuestionario de Rosenberg pensado para valorar la autoestima de los adolescentes (1965), con traducción de Echeburúa (1995). Mediante una muestra aleatoria estratificada por edades y sexo entre los 12 y los 16 años , con los permisos de la Comisión de Investigación, Ética y del Fiscal de Menores. Han sido elegidos unidades escolares de 2º y 3º de ESO de 14 colegios de la CCAA de Castilla y León. Se ha trabajado con 1268 cuestionarios. Intervalo de Confianza del 95% y precisión 2.5%. Los 10 ítems utilizados son los siguientes:

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.
7. En general, estoy satisfecho/a de mí mismo/a.
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.
9. A veces me siento verdaderamente inútil.
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.

Resultados. Hay un 5,35% de cuestionarios incompletos o no contestados que se cuentan como nulos (chicos un 5,5% y chicas 5,21%). La puntuación media total es de 30,38 puntos. La puntuación media de los chicos es de 31,09 puntos. La puntuación media de las chicas es de 29,83 puntos. La moda en chicos es de 32 puntos, mientras que en chicas es de 27 puntos. La media en chicos es más alta que en chicas (31,09 frente a 29,83 puntos). Las diferencias entre sexos son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Por edades nos encontramos con los siguientes resultados: La puntuación media de los encuestados de 12 y 13 años es de 30,74 puntos y la de los encuestados de 14 años es de 30,68 puntos. Sin embargo

las diferencias no son estadísticamente significativas según la t de Student ($p = 0,84$). La puntuación media de los encuestados de 15, 16 y 17 años es de 29,52 puntos. Las diferencias con las puntuaciones de los de 12-13 años (30,74 puntos) y de los de 14 años (30,68 puntos) sí que son estadísticamente significativas ($p < 0,001$ en ambos casos). Estos datos indican una disminución de la autoestima en los adolescentes de 15, 16 y 17 años.

Conclusiones. Los adolescentes tienen mejor autoestima que las adolescentes. Y los de menor edad (12,13 y 14) mayor que los de 15,16 y 17 años.

2ª COMUNICACIÓN ORAL PREMIADA:

EFICACIA DE UN PROGRAMA BIOPICOSOCIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL EXCESO DE PESO REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Lanza Saiz R.1, García Fuentes M 1,2,3, Gaité Pindado L 1, 4, Alvarez Granda L 1,2,3, Pesquera Cabezas R 1,5, Cabero Perez M.J 1,2,3. 1. Red Temática de Salud Materno Infantil y del Desarrollo. Instituto de Salud Carlos III. IFIMAV. 2. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Pediatría 3. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria 4. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Unidad de Investigación. Servicio de Psiquiatría. CIBERSAM 5. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria

Introducción. El tratamiento de la obesidad se ha convertido en un reto para los profesionales de la salud debido a su alta prevalencia, a su carácter multifactorial, a la complejidad de obtener y mantener una modificación de hábitos, y a las frecuentes recidivas que la convierten en una enfermedad crónica. El 80% de los adolescentes obesos va a continuar siendo obeso en la edad adulta.

Desde la Unidad de Obesidad Infantojuvenil del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla hemos diseñado y aplicado un programa biopsicosocial para el tratamiento de la obesidad en adolescentes con exceso de peso refractarios a tratamiento habitual. Este programa biopsicosocial está basado en la modificación de hábitos mediante abordaje cognitivo-conductual.

El propósito de este estudio prospectivo es determinar la eficacia de dicho programa en pacientes adolescentes, de entre 10 y 16 años, con exceso de peso, refractarios al tratamiento previamente realizado en otras consultas. Para ello hemos tomado como indicadores el descenso del Índice de Masa Corporal (IMC) y del Perímetro Abdominal (PA) en un periodo de 6 meses.

Material y métodos. 85 adolescentes de entre 10 a 16 años (30 Varones y 55 Mujeres) diagnosticados de exceso de peso (25 Sobrepeso y 60 Obesidad) utilizando los criterios de Cole et al. adoptados por la International Obesity Task Force (I.O.T.F.) fueron tratados mediante un programa de tratamiento biop-

sicosocial de la obesidad. Todos ellos fueron derivados desde las consultas de Pediatría de Atención Primaria o Especialidades en las que previamente se había procedido a abordar, sin éxito, el exceso de peso mediante las técnicas habituales de dieta y/o ejercicio.

El programa se llevo a cabo por un Pediatra y un Psicólogo en la Unidad de Obesidad Infantojuvenil del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se utiliza un abordaje biopsicosocial, basado en técnicas cognitivo-conductuales y motivacionales para la modificación de hábitos. Todos los pacientes junto con su padre y/o madre u otro acompañante, recibieron un máximo de 11 sesiones, de aproximadamente 30 minutos, durante un periodo de 6 meses con la siguiente periodicidad:

- 1) 4 sesiones semanales (1 mes)
- 2) 4 sesiones quincenales (2 meses)
- 3) 3 sesiones mensuales (3 meses)

Se toma como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC) según los criterios de Cole y la I.O.T.F. y el Perímetro Abdominal (P.A) en centímetros. La eficacia se evaluó mediante el descenso del I.M.C. y del P.A. a los 6 meses. Para el análisis estadístico se utilizó la Prueba Paramétrica t de Student para muestras pareadas. Un valor de $p < 0,5$ se consideró significativo.

Resultados. De los 85 pacientes reclutados (30 varones and 55 mujeres), 80 (28 varones y 52 mujeres), (23 sobrepeso y 57 Obesidad) completaron los 6 meses de tratamiento. Esto supone una tasa de abandono del 5,9%. La edad media fue de 12,09 años (S.D.=1,68). La disminución media en centímetros del P.A de los pacientes que completaron el tratamiento fue de 4,8 cm. (S.D.= 5,02), con una media de 97,3 cm. (S.D.= 9,3) al inicio del tratamiento y de 92,5 cm a los 6 meses (S.D.=10,08). En cuanto el IMC, descendió una media de 2,38 (S.D.= 1,66), con un IMC medio al comiendo de 28,76 (S.D.= 3,98) y de 26,38 (S.D.= 4,2) a los 6 meses.

Los resultados de la Prueba t de Student para muestras pareadas indican que existe una diferencia estadísticamente significativa en la disminución del P.A. y del IMC a lo largo del periodo de tratamiento, con una significación bilateral $p < 0,001$. El IMC y el P.A. se correlacionan positivamente con la edad y el grado de exceso de peso (Sobrepeso u obesidad) pero no con el sexo ($p < 0,001$.)

Conclusiones. En primer lugar, es importante reseñar que todos los pacientes fueron previamente tratados en otras consultas mediante tratamiento estándar (dieta y/o ejercicio) y derivados desde estas consultas por no obtener los resultados requeridos.

Los resultados obtenidos en esta muestra, indican que el programa biopsicosocial para el tratamiento de la obesidad en adolescentes se muestra altamente efectivo, tanto en la disminución del Índice de Masa Corporal como del Perímetro Abdominal en pacientes con exceso de peso, ya sean obesos o con sobrepeso. El programa, a los 6 meses presenta una gran adherencia

(94,1%), aspecto muy importante en la consecución de los resultados positivos.

A pesar de todo, serían necesarios estudios más amplios para poder demostrar la eficacia de esta intervención a largo plazo.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA/ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA (SFC/EM): ¿RITUXIMAB COMO TRATAMIENTO?

Blanco Sánchez AI, Casas Rivero J, Guerrero Alzola F, Salmerón Ruíz M *Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid*

Introducción. El SFC/EM es una enfermedad adquirida caracterizada por una disregulación patológica de los sistemas nervioso, inmune y endocrino que presenta como componente central la extenuación neuroinmune después del ejercicio. Su etiología es desconocida, aunque la alteración autoinmune parece jugar un papel importante. Se ha propuesto el tratamiento con rituximab para la modulación de la misma por algunos grupos de trabajo en este campo. Presentamos un caso de SFC/EM con respuesta a este fármaco.

Caso clínico. Mujer de 19 años con antecedentes de LLA B a los 8 años en remisión completa a los 10 años. A los 11 años, tras cuadro etiquetado de mononucleosis, presenta astenia importante que cursa en brotes y le impide acudir de forma continuada al colegio, dificultad para concentrarse, dolor, alteración del sueño, síndromes gripales y amigdalitis de repetición y mareos con palidez. A lo largo de más de 6 meses los síntomas empeoran precisando silla de ruedas para la movilización y suspender la asistencia escolar. Se realizan diversas pruebas de imagen y analíticas, sin resultados positivos para autoinmunidad, alteraciones hormonales ni infecciosas que justifiquenle cuadro. Se diagnostica de SFC/EM tras 18 meses de clínica.

Durante la evolución comenzó a quejarse de pérdida de fuerza en EEII, aumento del cansancio, inestabilidad térmica, disautonomía y posteriormente sensación de plenitud tras las comidas y disfagia con manometría esofágica alterada. Se inicia tratamiento con psicoterapia y ejercicio. Se añaden distintos fármacos para intentar paliar la sintomatología con éxito muy recortado en el tiempo. A los 19 años se hace una prueba con rituximab (2 dosis de 500 mg/m² separadas dos semanas) con franca mejoría, que se mantiene tras 15 meses de seguimiento, sin efectos secundarios, permitiendo una vida autónoma e independiente de sus padres en la Universidad.

Conclusión. Existe poca experiencia en el tratamiento con rituximab en SFC/EM, habiéndose publicado resultados satisfactorios en series cortas de pacientes. En nuestro paciente la mejoría con rituximab fue muy evidente, por lo que creemos necesarios más estudios sobre la etiología del SFC/EM y la posible indicación que puedan tener los inmunomoduladores.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA/ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA (SFC/EM): SERIE DE CASOS 12 PACIENTES

Guerrero Alzola F, Casas Rivero J, Salmerón Ruíz M, Sanz Benavides L, Blanco Sánchez AI
Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid

Objetivo del trabajo. Presentar la casuística de dos centros sanitarios de Madrid sobre fatiga crónica.

Material y métodos. Se recoge la serie de casos de SFC/EM diagnosticados en dos centros de Madrid desde el año 2007. Los criterios diagnósticos utilizados: Carruthers 2003. Se presenta epidemiología, clínica, tratamiento y evolución.

Resultados. Epidemiología. Se recogen 12 casos en edades comprendidas entre 12-18 años: 7 varones. Edad media de diagnóstico: 15 años. Tiempo de evolución hasta el diagnóstico: 3-34 meses (media 15 meses). Tiempo sin asistir al centro de enseñanza: 0-24 meses (media 7 meses).

Síntomas:

- 100% extenuación.
- Afectación neurológica: 75% dolor, 91% trastornos de sueño, 75% alteración de la concentración.
- Afectación inmunológica: 75% síndromes gripales de repetición, 75% amigdalitis de repetición.
- Afectación en el transporte/producción de energía: 83% mareos/síncope.

Tratamiento:

- 100% psicoterapia.
- 100% ejercicio.
- Fármacos para síntomas asociados: 83% melatonina, 50% psicoestimulantes (metilfenidato, modafinilo), 25% gabaérgicos (GABA, pregabalina), 33% inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS, duloxetina), 58% para intentar controlar el "mareo"/ortostatismo (midodrina, propanolol, ivabadrina, fluorhidrocortisona) y 1 paciente con rituximab.

Evolución:

- Alta de consulta: 58% (5 varones). Tiempo medio hasta el alta: 2-14 meses (media 6.5 meses).
- Mejoría pero con afectación clínica: 16% (2 mujeres).
- Reciente diagnóstico: 25% (2 varones)

Conclusiones. La fatiga crónica es una patología que tenemos que incluir en el diagnóstico diferencial de astenia persistente en la adolescencia e intentar reducir el tiempo hasta el diagnóstico mediante una adecuada anamnesis y exploración física, evitando pruebas complementarias innecesarias. La terapia cognitiva conductual y la terapia con ejercicio gradual son las únicas medias validadas, si bien algunos fármacos pueden mejorar la sintomatología.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN EL PACIENTE OBESO Y SU ENTORNO

Lanza Saiz R(*), Gaité Pindado L(*), Álvarez Granda L(*), Castellano Barca G(**), Cabero Perez M.J(***), García Fuentes

M(****). (*Red Temática de Salud Materno Infantil y del Desarrollo. Instituto de Salud Carlos III. IFIMAV. (**Pediatra, (***) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Pediatría, (****) Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria

Introducción. El término "Conciencia de Enfermedad" es un concepto psicológico mediante el cual se intenta señalar si el paciente tiene noción, o no, de padecer una enfermedad o trastorno, si trata de afrontarlo y solucionarlo (o por el contrario de evitarlo o posponerlo) y si existe un grado aceptable de colaboración para solventarlo. En cualquier tratamiento es trascendental para poder modificar el curso de dicha enfermedad o trastorno, ya que va ligado a la adherencia terapéutica. Por ello, la labor del clínico es más gravosa y menos eficaz si el paciente no posee conciencia de enfermedad. En el tratamiento de la obesidad, una enfermedad crónica, conocer si el paciente con exceso de peso y su entorno tienen conciencia de enfermedad se muestra como un requisito conveniente para la necesaria modificación de hábitos del paciente y en muchas ocasiones, también de su entorno. Nuestro trabajo pretende comprobar si el paciente y su acompañante tienen conciencia de enfermedad y cotejar si la información que se le da al respecto les posibilita obtenerla, consiguiendo con ello una mejora en el tratamiento.

Material y métodos. Participan 83 adolescentes de entre 10 a 17 años (31 varones y 52 mujeres) previamente diagnosticados y tratados por exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en otras consultas. Siendo derivados a la Unidad de Obesidad Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por ser refractarios al tratamiento realizado. 58 presentaban obesidad y 25 sobrepeso, según los criterios de Cole et al. adoptados por la International Obesity Task Force (I.O.T.F.). Mediante un diseño Pre-Post, se pretende comprobar si tienen conciencia de enfermedad, si la intervención educativa es capaz de inducir conciencia de enfermedad en los pacientes que no la tuviesen y si tiene influencia en el éxito terapéutico - disminución del Índice de Masa Corporal (IMC) a los 6 meses.

En la primera visita, antes de comenzar el tratamiento, se realiza una entrevista a todos los pacientes y acompañantes. Se pretende conocer si el paciente y su acompañante tienen conciencia de enfermedad en los siguientes ítems: percepción, conocimiento y tratamiento de la enfermedad. Se les realizan las siguientes preguntas abiertas: cuál es su problema, si tienen información al respecto, si piensan que es una enfermedad, si lo consideran importante, con que objetivos acuden a la consulta, qué piensan obtener en la consulta y por qué y cual creen que va a ser el tratamiento. Se computan los ítems globalmente, no por separado. Se considera positivo cuando se reconoce que existe un problema de salud (enfermedad), se conoce el alcance que puede tener, su importancia y se desea poner los medios para corregirlo, siendo negativo el no

poseer esta percepción, la falta de trascendencia y la carencia de motivación hacia el cambio o falta de interés.

Una vez terminada la entrevista, en la cual se valoran además otros aspectos, se le informa al paciente mediante una intervención educativa estructurada, apoyada en material audiovisual. En esta intervención se explica la etiología de la obesidad, sus comorbilidades, la importancia que tiene para su salud física y psicológica, así como la posibilidad de realizar un tratamiento mediante el cual, a través de la modificación de hábitos, pueden perder peso y bajar su índice de masa corporal. Para ello, en la Unidad de Obesidad Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, desarrollamos una exposición audiovisual con información adaptada a la edad, causas y conocimientos, con el fin de concienciar y motivar al paciente y su entorno.

Terminada la exposición, se le pregunta al paciente y su acompañante cual es su percepción de su problema, si considera que es importante, si quiere realizar el tratamiento para disminuir su IMC y su grado de motivación para obtener el resultado esperado, registrándose los datos para su posterior análisis y una vez explicado este. Se utiliza la prueba de McNemar para evaluar la conciencia de enfermedad pre y post intervención y la prueba Chi2 de Pearson para la relación entre conciencia de enfermedad y éxito terapéutico, considerando significativo una $p < 0,001$

Resultados. De los 83 pacientes, 7 (8,4%) de presentan conciencia de enfermedad en la entrevista previa y 76 (91,6%) no la presentan. En sus acompañantes 12 (14,5%) poseen conciencia de enfermedad y 71 (85,5%) no la poseen. Tras la intervención educativa, el porcentaje de pacientes que presentan conciencia de enfermedad aumenta de 7 (8,4%) a 63 (75,9%), con un incremento del 67,5%. No resultando eficaz en 20 pacientes (24,1%), que continuaban con ausencia de conciencia de enfermedad. Según la prueba de McNemar, la intervención consigue aumentar la percepción de la enfermedad en los pacientes ($p < .001$) Presentaban conciencia de enfermedad post información 63 pacientes y sus acompañantes (ambos). De los cuales, 60 (72,3%) obtuvieron éxito terapéutico (disminución de su IMC a los 6 meses) y 3 (3,7%) fracasaron (abandonaron el tratamiento). De los 20 pacientes que no tuvieron conciencia de enfermedad, en 10 casos (12%) disminuyó su IMC (en 5 casos su acompañante poseía conciencia de enfermedad). 10 fracasaron en el tratamiento, 4 (4,8%) por aumento de su IMC (en 2 de ellos su acompañante tenía conciencia de enfermedad) y 6 (7,3%) por abandono del tratamiento (en 3 casos su acompañante tenía conciencia de enfermedad). Según la prueba de Chi2 de Pearson, la conciencia de enfermedad aumenta la eficacia de la intervención ($p < .001$)

Conclusión. Nuestros resultados muestran que el paciente con exceso de peso y sus acompañantes no poseen, en su mayoría, conciencia de enfermedad cuando acuden a nuestra consulta, a pesar de haber sido previamente diagnosticados y tratados. La intervención educativa estructurada promueve

la conciencia de enfermedad, tanto en los pacientes como en sus acompañantes. Existe una relación entre la conciencia de enfermedad del paciente y el éxito terapéutico (definido este como disminución del IMC a los 6 meses de tratamiento). La conciencia de enfermedad en la familia, también aumenta el éxito del tratamiento. Sin embargo, en ambos casos, el poseer conciencia de enfermedad no garantiza el éxito de la intervención. Es necesario establecer y evaluar un protocolo educativo para que estos pacientes y sus acompañantes adquieran conciencia de enfermedad con el fin de aumentar la adherencia y la eficacia del tratamiento.

CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS EN LOS ADOLESCENTES. ¿BUEN USO O ABUSO?

Monje Pardo L(*), García Fuentes M(**), Cabero Pérez MJ (***)
Alvarez Granda L(****), Lanza Sáiz R(*****). (*)Dpto Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria, (**)Cátedra de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria(****)Hospital Marqués de Valdecilla. Santander,(****)Jefatura de Servicio Pediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander, (*****Red Samid. Hospital Marques de Valdecilla. Santander

Introducción y objeto del estudio. El consumo de bebidas energéticas (BE) se ha incrementado en los últimos años, particularmente entre los adolescentes, provocando un cambio de hábitos alimentarios. Se ha referido que estas bebidas elevan el estado de alerta y la resistencia física, debido al efecto euforizante de la cafeína que contienen, además de otras sustancias (xantinas, azúcares, taurina), con posibles efectos sinérgicos. Es frecuente que se consuman para practicar deporte con la finalidad de incrementar la capacidad física. Así mismo es bastante común asociar las BE al consumo de alcohol.

En esta revisión bibliográfica analizamos los datos de consumo actuales de las BE en los adolescentes europeos, así como los efectos que produce y en particular las consecuencias adversas.

Material y métodos. Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, Scopus y Google académico, usando como palabras clave "bebidas energéticas (BE)", "energy drinks (ED)", "bebida deportiva", "consumo de BE en adolescentes", "cafeína", "taurina", "consumo de BE y alcohol", "Informe de la EFSA sobre BE", "ED and adverse effects", para identificar los artículos relacionados con las BE. También han sido revisados los sitios Web de los fabricantes de BE para obtener información de las marcas más relevantes.

Resultados. Según un reciente estudio de la European Food Safety Authority (EFSA) que por primera vez recopila datos sobre el consumo de BE a nivel europeo en grupos específicos de población incluyendo niños y adolescentes, el grupo de edad más propenso a consumir BE es el de los adolescentes (68%), de los cuáles el 12% presentan consumo "crónico alto",

con un consumo medio de 7 litros al mes, y el 12% consumo "agudo alto". En los niños (3-10 años) el 18%, casi uno de cada cinco, consumen este tipo de bebidas. El consumo combinado con alcohol asciende al 53% en los adolescentes, similar al grupo de adultos(56%); el consumo asociado a actividades deportivas es del 41% en adolescentes y 52% en adultos. La legislación europea y mundial no atiende a una normativa similar y concretamente en España no tenemos "mención legal", sólo se hace referencia a la limitación del contenido en cafeína; el etiquetado no proporciona una completa información al consumidor y las empresas productoras de este grupo de BE asocian su consumo a potentes campañas publicitarias y de marketing asociados a deportes de alto riesgo y publicidad de persona a persona por internet y mensajes de texto. En cuanto a los efectos adversos, numerosos estudios asocian el consumo de BE con episodios de fibrilación auricular, arritmias e hipertensión arterial entre otros, en edades precoces, y procesos de empeoramiento de cuadros clínicos con una patología de base relacionado con el consumo de BE.

Conclusiones. El consumo de BE ha aumentado exponencialmente en los últimos años y de forma paralela han aumentado los efectos adversos derivados de su ingesta. Conviene hacer extensivo a la población en general y en especial a los niños y adolescentes como grupos más vulnerables, que al tratarse de bebidas estimulantes su consumo debe ser ocasional y moderado y sin mezclarse con bebidas alcohólicas. Son precisos más estudios a largo plazo sobre los efectos adversos en las poblaciones de riesgo. Así mismo es necesario revisar la legislación y reglamentos de ventas de las BE.

TERATOMAS EN LA ADOLESCENCIA

Leoz Gordillo I, Pérez Sebastián I, Echeverría Caballeros G, Pozo Román J, Martos Moreno G, Argente J. *Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

Introducción. Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los tumores del ovario y, de ellos un 95% son benignos, siendo el tipo más frecuente el teratoma maduro.

Caso 1. Adolescente de 14 años de edad que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal y fiebre. Refiere clínica de dos meses de evolución de dispepsia, distensión abdominal, anorexia y ganancia ponderal progresiva. Menarquia a los 12 años, ciclos menstruales regulares. A la exploración física destacaba un abdomen duro con una masa palpable que ocupaba todo el abdomen llegando a epigastrio. Se realizó una ecografía vaginal/abdominal en la que se observaba una masa multiloculada heterogénea de 40 cm. que ocupaba todo el abdomen. Presentaba dos formas papilares sólidas. Doppler negativo. Se determinaron los marcadores tumorales presentando una alfafetoproteína de 8,54 ng/ml (1-15) y una β HCG de 1,70 ng/ml (0,01-5), normales. Se realizó laparotomía con anexectomía y salpinguectomía izquierda para exéresis íntegra del tumor. El estudio del líquido peritoneal fue negativo

para malignidad. Anatomía patológica: teratoma maduro (sin apreciar focos de teratoma inmaduro) con epidermis con anejos cutáneos, áreas de epitelio cilíndrico respiratorio, zonas de tejido glial, adiposo y músculo maduro. Como parte del estudio de extensión se realizó TC torácico y gammagrafía ósea que fueron normales.

Caso 2. Adolescente de 14 años de edad remitida por su pediatra al servicio de Endocrinología por obesidad. En una ecografía pélvica realizada se objetiva como hallazgo casual una imagen de masa en línea media, de componente quístico, ampliándose el estudio con RM abdominal: lesión fundamentalmente quística en región anexial izquierda, de 7 cm en su diámetro máximo, con focos de grasa y señal de partes blandas en su porción posterior, compatible con teratoma quístico maduro. Las determinaciones hormonales basales y marcadores tumorales (alfafetoproteína y β -HCG) fueron normales. Se realiza extirpación del tumor y ooforectomía izquierda. Anatomía patológica: teratoma maduro, sin áreas de atipia ni celularidad inmadura, en cuya pared se identifican glándulas sebáceas, cartilago hialino, áreas con aspecto glial y plexos coroideos. La paciente se mantiene en todo momento asintomática y con buena evolución clínica.

Conclusiones. 1. Debido al crecimiento lento de estos tumores la mayoría de las pacientes están asintomáticas, pudiendo retrasarse el diagnóstico años o encontrarse de manera casual. 2. Aunque el estudio anatomopatológico nos da el diagnóstico definitivo, las pruebas de imagen son de gran utilidad en la caracterización del tumor.

EXPERIENCIA DE UN TALLER PARA MADRES ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Perkal Rug G. *Hospital Santa Caterina. IAS.Girona*

Objetivo del trabajo. Organización de un taller para madres adolescentes y adolescentes embarazadas con el objetivo de brindarles un soporte individual y también un trabajo grupal que les permita un mejor conocimiento de las habilidades sociales y la resolución de problemas. Material y métodos. Grupo de 11 adolescentes entre 16-21 años (edad media :18 años), una de ellas embarazada y el resto madres recientes. Organización del taller en 2 sesiones de una hora distribuidas en 2 días.

Temática:

- 1º) "La Salud de la Adolescente": sexualidad; embarazo; enfermedades de transmisión sexual; anticoncepción.
- 2º) "Cuidados del bebé": puericultura; hábitos; signos de alarma; prevención de accidentes.

Dinámica del taller:

- Contestar un cuestionario de salud; datos personales y estructura familiar.
- Trabajo en 3 grupos, cada uno con preguntas para discutir y luego elaborar conclusiones que se exponen a los otros grupos.

- Desarrollo de los temas de las preguntas por el coordinador del taller. - Balance final.

Resultados.

- Asistencia del 100% en las dos sesiones.
- Participación individual y grupal activa y continua durante todo el desarrollo del taller.
- Aclaración de múltiples dudas y "mitos" en relación a los temas tratados.
- Evaluación positiva del taller por parte de los participantes.

Conclusiones. - Estos talleres permiten desarrollar en la madre adolescente estrategias cognitivas que puedan utilizar en diferentes situaciones problemáticas relacionadas con su salud o la de sus hijos. - Mejoran la calidad de la relación y el vínculo afectivo con su hijo/a. - Ayudan a prevenir y detectar trastornos sociales y anímicos.

ORBITOPATÍA GRAVE EN ENFERMEDAD DE GRAVES

Leoz Gordillo I, Pérez Sebastián I, Villamor R, Muñoz Calvo MT, Martos Moreno G, Argente J.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción. La oftalmopatía grave asociada a la enfermedad de Graves es excepcional en adolescentes, existiendo aún controversias en cuanto al tratamiento de elección.

Caso clínico 1. Adolescente de 15 años que acude a consulta por nerviosismo, aumento de apetito sin ganancia ponderal y exoftalmos progresivo de 3 meses de evolución. Antecedentes personales y familiares sin interés. Exploración física: talla p50-75; peso p25-50; tensión arterial: 123/76 mmHg; frecuencia cardíaca: 125 lpm. Exoftalmos bilateral. Bocio grado II (OMS) sin nódulos. AC: rítmica, sin soplos. Estadio puberal V de Tanner. Ausencia de otros hallazgos. Función tiroidea: T4 libre: 5,32ng/dl (0,65-1,4), T3: 5,68ng/ml (0,9-2), TSH: 0,23μU/ml (0,35-5,5); Anticuerpos antitiroglobulina: 18 U/ml (5-60), antimicrosomales (TPO): 29 U/ml (5-60), anticuerpos TSI: 13,5 U/l (normal<1,5). Ecografía: tiroides aumentado de tamaño con discreta heterogeneidad del parénquima. RM órbita: mínimo engrosamiento de los músculos extraoculares con hipercaptación de contraste y discreta trabeculación de la grasa orbitaria. Exoftalmometría: ojo derecho 20-23 mm; ojo izquierdo 23-25mm. No presentaba alteración de los potenciales evocados ni de la agudeza visual. Se inició tratamiento con propanolol (15 días) y metimazol que se ajustó según la función tiroidea. Durante la evolución la paciente presentó un episodio de retracción palpebral con luxación del globo ocular izquierdo. Actualmente se encuentra en tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día), dada la severidad de la orbitopatía, y metimazol (20mg/día).

Caso 2. Varón de 10 años de edad que consulta por clínica de temblor, taquicardia, sudoración, aumento de la ingesta y exoftalmos bilateral de evolución progresiva en el último año. Antecedente de tiroiditis autoinmune en la madre. Explora-

ción física: talla p75; peso p50; tensión arterial: 116/56 mmHg; frecuencia cardíaca: 131 l.p.m. Exoftalmos bilateral asimétrico, mayor derecho. Bocio grado II (OMS), sin nódulos. Piel caliente y sudorosa, temblor distal de miembros superiores y soplo cardíaco sistólico II/VI en el borde esternal izquierdo, no irradiado. Estadio puberal I de Tanner. Sin otros hallazgos. En el análisis de sangre se objetivaron los siguientes parámetros: T4 libre: 3,65 ng/dl (0,65-1,4), T3: 5,19 ng/ml (0,9-2), TSH: 0,19 μU/ml (0,35-5,5); Anticuerpos antitiroglobulina: 84 U/ml (5-60), antimicrosomales (TPO): 18240 U/ml (5-60), antireceptor-TSH (TSI): 38,3 U/l (normal<1,5). Ecografía tiroidea: aumento difuso del tamaño glandular con ecogenicidad heterogénea. RM orbitaria en la que se observó engrosamiento de los músculos extrínsecos oculares y aumento de la grasa orbitaria. Evaluación oftalmológica: exoftalmos bilateral con aumento de la presión intraocular del ojo izquierdo. Además asociaba un retraso en la onda p100 en los potenciales evocados visuales y adelgazamiento de las fibras nasales del nervio óptico del ojo izquierdo en tomografía de coherencia óptica. Se inició tratamiento con metilprednisolona a 1 mg/kg/d, además de tratamiento con metimazol y propanolol. A las 3 semanas de tratamiento se suspendió metimazol ante el aumento de transaminasas y CK. Al mismo tiempo se suspende el tratamiento con corticoides objetivándose mejoría de la orbitopatía. Finalmente, se realizó tiroidectomía total sin incidencias y se instauró tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Tras un año de la tiroidectomía, se negativizaron los anticuerpos TSI, disminuyendo progresivamente los anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomales.

Conclusiones. La oftalmopatía de Graves requiere un enfoque multidisciplinar. No existe consenso en cuanto al tratamiento de elección, por lo que es necesario individualizar la decisión en función de la gravedad.

TIROTOXICOSIS RECURRENTE Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Pérez Sebastián I, Villamor R, Leoz Gordillo I, Pozo Román J, Muñoz Calvo MT, Argente J.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción. La tirotoxicosis es el síndrome clínico resultante de la exposición tisular a niveles elevados de hormonas tiroideas. Éstas poseen un efecto cronotrópico e inotrópico positivos, y su exceso puede causar diversos tipos de taquicardias, formando parte, por tanto, del diagnóstico diferencial de las mismas.

Caso clínico. Adolescente de 16 años, adoptada de Perú, que consulta en el Servicio de Urgencias por sensación de mareo. Como antecedentes de interés presenta una anorexia nerviosa restrictiva en seguimiento en su Centro de Salud Mental, con amenorrea secundaria de 6 meses de evolución. En la exploración física, llama la atención un aspecto de desnutrición (IMC de 14,7 kg/m²; - 2,04 SDSE) con taquicardia (146 lpm) y soplo

sistólico I-II/VI en borde esternal izquierdo, con temperatura y TA normal (109/62 mm Hg). El ECG se interpretó inicialmente como una taquicardia paroxística supraventricular, recibiendo maniobras vagales y dos dosis de adenosina iv, observándose posteriormente bloqueo AV de segundo grado e ingresando para monitorización en la UCI pediátricos.

Se realiza analítica sanguínea con hemograma, gasometría e iones, con resultado de normalidad. Tras ser evaluada por el Servicio de Cardiología se diagnostica de taquicardia sinusal con bloqueo AV de primer grado y, dentro de los estudios complementarios, se realiza una función tiroidea que pone de manifiesto una tirotoxicosis con marcada elevación de tiroxina libre (T4L: 7,86 ng/dl; VN 0,65-1,4) y triiodotironina (6,09 ng/ml; VN 0,9-2) e inhibición de la secreción de tirotrópina (TSH: 0,03 µUI/ml; VN 0,36-5,5). Por la edad e incidencia, se sospechó que podría tratarse de un hipertiroidismo autoinmune; si bien, la ausencia de exoftalmos y bocio hacia poco probable dicho diagnóstico.

Se instauró tratamiento con antitiroideos (tiamazol), a dosis de 0,8 mg/kg/día, y propranolol a dosis de 1 mg/kg/día, como coadyuvante. El estudio del hipertiroidismo mostró una discreta elevación de anticuerpos antitiroideos [antitiroglobulina 93 U/ml (VN 5-60) y antiperoxidasa 269 U/ml (VN 5-60)] con niveles séricos de TSI (inmunoglobulina estimulante del tiroides) indetectables y ecografía tiroidea normal. Los hallazgos clínicos y analíticos, asociados al trastorno de la conducta alimentaria hicieron sospechar una tirotoxicosis facticia, pese a las reiteradas negativas de la paciente de haber ingerido ningún tipo de medicación. La rápida disminución de los niveles séricos de T4L y T3, la normalización de TSH en las determinaciones seriadas de hormonas tiroideas y, el hallazgo posterior de comprimidos de 100 y 200 microgramos de levotiroxina escondidos entre los objetos personales de la paciente confirmó dicho diagnóstico. Tras 14 días de tratamiento se suspendió la medicación antitiroidea permaneciendo la paciente eutiroides.

Diez meses después de este episodio, la paciente ingresa de nuevo por presentar un nuevo cuadro clínico sugerente de tirotoxicosis, de unos 3 meses de evolución, caracterizado por: palpitations, temblor, hipersudoración, astenia, dificultad para conciliar el sueño, pérdida de peso a pesar de aumento de ingesta y deposiciones semilíquidas-líquidas, con empeoramiento progresivo en el último mes. En la exploración, presenta taquicardia (143 lpm) y soplo sistólico, sin exoftalmus ni bocio. La función tiroidea confirmó la tirotoxicosis [T4L >6,15 ng/dl (VN 0,65-1,4); T3 >8,1 ng/ml (VN 0,9-2); y TSH: 0,03 µUI/ml (VN 0,36-5,5)]. Ante la sospecha de un nuevo episodio de tirotoxicosis facticia y aunque la paciente negaba nuevamente la toma de hormonas tiroideas, se instauró tratamiento sintomático con propranolol y se determinó de forma seriada la función tiroidea, confirmándose nuevamente el diagnóstico.

Conclusión. La tirotoxicosis facticia es una causa excepcional de hipertiroidismo en la adolescencia; no obstante, debe

sospecharse en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que utilizan la ingesta de hormonas tiroideas como medio de perder peso; si bien, rara vez desarrollan cuadros de tirotoxicosis tan graves.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS Y CONDUCTAS DE RIESGO

Vázquez Fernández ME(*), Alfaro González M(**), Fierro Urturi A(***), Rodríguez Molinero L(****), Muñoz Moreno MF(*****), Herrero Bregón B(*****). (*).C. S. Arturo Eyries. Valladolid, (**). Hospital de Medina del Campo, (***)C. S. Pisuerga. Valladolid, (****)C. S. Casa del Barco, (*****).Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valladolid, (*****).C. S. Arturo Eyries

Introducción. La adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicológicos. El adolescente empieza a tomar sus propias decisiones en muchas esferas de su vida, incluida su alimentación. Todo ello puede dar peculiaridades en su forma de alimentarse, y no cubrir las demandas de nutrientes aumentadas.

Objetivo. Mostrar los hábitos alimentarios de los adolescentes.

Material y métodos. Se encuesta a una muestra de 2412 niños escolarizados en 2º, 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato LOGSE durante el curso escolar 2011/2012, en 14 colegios de la provincia de Valladolid. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS, versión 19.0 para Windows.

Resultados. Desayunan antes de salir de casa todos los días el 79,2%, alguna vez a la semana el 16,8 % y no desayunan nunca el 4%. Son los chicos los que desayunan a diario con más frecuencia (84.1% vs 73.7% en chicas) ($p < 0.001$). Se encuentra una disminución de la frecuencia de desayuno a medida que los adolescentes se hacen mayores. Toman leche o derivados (89,3%), cereales (45,1%), pastas, galletas o magdalenas (44,6%), fruta o zumo (22,9%), pan o tostadas (22,1%), otros alimentos el 7,9%. Por grupo de alimentos se destaca que a diario consumen pan el 71,9%, el 45,2% fruta, el 20,4% verdura cruda o ensalada y solo el 2,8 % verduras cocidas. No toman nunca frutos secos el 41,8%, verduras cocidas el 21,1%, pescado el 10,4%, fruta el 6,4% y carne el 6%. Respecto a los alimentos no saludables a diario consume refrescos el 10,4%, chuches 7,2% y bollería industrial el 6,3%. Se detecta un mayor consumo en edades inferiores.

En cuanto a la imagen corporal el 62,4% considera que su peso es adecuado. El 22,4% que está por encima de lo normal, en mayor proporción las chicas (25,2% vs 20%) ($p = 0,002$). El 15% lo considera inferior. No hay diferencias según el curso. El 30,1% refiere que ha hecho dieta en alguna ocasión. El motivo principal ha sido para perder peso y en menor proporción para vivir de forma más saludable o por problema de salud. El

7,7% (11,7% de las chicas, el 4,2% de los chicos) refiere que en alguna ocasión se ha provocado el vómito, tomado laxantes o diuréticos para perder peso. Declaran hacerlo diariamente o frecuentemente el 1,6%. No hay diferencias con el curso. Hacen ejercicio físico el 95,8% de los adolescentes. Es mayor el porcentaje de chicas que no hacen ejercicio (5,8% de las chicas vs 2,8% de los chicos). Es significativo ($p < 0,001$) la disminución del ejercicio físico en los alumnos de cursos superiores.

Conclusiones. Observamos hábitos alimentarios no saludables y conductas de riesgo en los adolescentes. Es preciso abordar este tema de forma sistemática en las consultas de Atención Primaria. Su detección debe realizarse en las consultas programadas y de forma oportunista en consultas a demanda y debe quedar registrado en la historia clínica. Estudio aprobado con la Comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste y financiado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

HISTORIA CLÍNICA EN LA ADOLESCENCIA. IMPORTANCIA DE CONSIDERAR LA AGENDA OCULTA

Gascón García M, Rodríguez Álvarez D, El Kadaoui Calvo M, Nova Sánchez M, Laguna J, Hidalgo Vicario I.
Hospital Universitario Infantil La Paz.
Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid.

Introducción. En muchas ocasiones la consulta de los adolescentes no es el motivo real por el que acuden al médico, originando retraso en el diagnóstico, la realización de pruebas innecesarias, acudir a diferentes especialistas con el consiguiente gasto sanitario, sufrimiento del paciente y la familia con evolución del problema.

Caso clínico. Varón de 14 años que acude a consulta con su madre por llevar 4 días con sensación de mareo, disminución de apetito, molestia abdominal y el día anterior dos deposiciones blandas. Exploración: TA: 110/60 Peso (P75), talla (P97) resto de exploración incluyendo neurológico normal. Se indica alimentación blanda y observar. Vuelve a consulta a los 10 días de nuevo con su madre, refieren que sigue con los mareos (malestar, inestabilidad, "como flotar"). Tres días antes le habían visto en el servicio de urgencias en un hospital terciario donde le habían realizado un análisis de sangre, exploración oftalmológica y TAC que resultaron normales. Se realiza una historia clínica más amplia, a solas con el paciente, valorando además de los aspectos físicos, los psicológicos y sociales y el paciente comenta que hacía 20 días le había dejado la novia y desde entonces se encuentra mal, con ansiedad, come y duerme mal.

Actuación a seguir. Tranquilizar al paciente, apoyo psicológico, ansiolítico y seguimiento. Al cabo de un mes y medio el paciente estaba totalmente recuperado.

Discusión. "La agenda oculta" del adolescente puede suponer un gran desafío para el diagnóstico y es fundamental realizar una completa historia clínica, a solas con el paciente, mante-

niendo la confidencialidad, teniendo en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Como hemos visto, en este caso, se realizó analítica, examen oftalmológico y un TAC craneal sin necesidad con el consiguiente gasto sanitario, retraso del diagnóstico y prolongación del sufrimiento del paciente.

RELACIONES SEXUALES COMPLETAS EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA. CONSULTA EN PEDIATRÍA

Rodríguez Álvarez D, Gascón García M, El Kadaoui Calvo M, García López T, Nova Sánchez M, Hidalgo Vicario I.
Hospital Universitario Infantil La Paz.
Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid.

Introducción. Las relaciones sexuales entre adolescentes pueden ser un motivo de consulta en pediatría. Es necesario que el pediatra distinga: las relaciones libres consentidas, de los posibles abusos; y evalúe la madurez del menor.

Caso clínico. Niña de 14 años que en control periódico de salud comenta que ya ha tenido relaciones sexuales completas (RSC) y desea asesoramiento sobre métodos anticonceptivos pues no quiere quedarse embarazada.

Anamnesis. En la entrevista a solas comenta que lleva un año con RSC consentidas en alguna ocasión sin preservativo con un compañero un año mayor. Se realiza una completa historia clínica.

Exploración. BEG. Normalidad. Telarquia y pubarquia grado V de Tanner.

Pruebas complementarias. Analítica completa incluyendo serología y cultivos normales.

Actuación a seguir. Valorar la situación familiar y del entorno donde viven los jóvenes. Evaluar la madurez de la menor (constituye un signo de madurez, solicitar asesoramiento anticonceptivo para evitar un embarazo). Información sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos. Establecer buena relación de confianza médico-paciente con control y asesoramiento continuo.

Discusión. Las RSC entre menores son frecuentes (se inician entre los 14 y 16 años en el 30-40% de los casos). La edad mínima de consentimiento sexual quedará fijada en 16 años después de que el Congreso reforme el actual Código Penal, que la fija en 13 años, por lo que un adulto cometerá un delito de abuso a menores si tiene relaciones con una persona menor de esa edad. Entre los 14 y 16 años es donde los profesionales han de decidir sobre la supuesta capacidad de obrar o madurez del menor, y eso dependerá no sólo de la edad, sino también de la demanda en concreto y de la gravedad de la intervención. En la relación con los adolescentes es fundamental la confidencialidad, establecer buena relación de confianza, la continuidad asistencial, así como el consentimiento informado y la capacidad de obrar o madurez suficiente del menor.

ESTUDIO SOBRE BULLYING EN ADOLESCENTES DE VALLADOLID

Sevillano Benito I, Marqués Cabezas P, Rybak E, Cepedello Pérez S, Irutia Muñiz MJ, Uribe Ladrón de Cegama F. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Introducción. Presentamos resultados de un estudio descriptivo, trabajo predoctoral realizado para la Universidad de Valladolid en 2010. Valoraremos el acoso escolar y la fobia social en relación al rendimiento académico, al sexo y al desarrollo evolutivo.

Objetivos. Describir la prevalencia de víctimas y agresores por sexo. Encontrar relaciones entre las distintas formas de bullying y la fobia social en adolescentes.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo. Utilizaremos la Escala de Indicadores de Vulnerabilidad ante el acoso escolar desarrollada por el Departamento de Psicología. Muestra de 1283 adolescentes de 11 a 19 años, escolarizados en centros públicos durante el curso 2010.

Resultados. Prevalencia de víctimas del 13.99% (12.75% chicas y 15.26% chicos), frente al 20% de agresores (15.93% chicas y 24.14% chicos). El 13.99% de la muestra había sufrido algún tipo de acoso escolar. El 20% confiesa haber cometido algún tipo de acoso. Existe correlación significativa entre ansiedad social y acoso escolar. Ser mujer y padecer cierta ansiedad sitúa a la adolescente en un alto nivel de vulnerabilidad.

Conclusiones. Existe relación entre las distintas formas de bullying y la ansiedad social. No se encontró relación entre las variables sexo y víctima pero sí entre las variables sexo y agresor. Las mujeres muestran mayor ansiedad social y ésta se agrava cuando son víctimas.

CAMBIOS DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA. ANÁLISIS DE 124 PACIENTES

Baño Rodrigo A, Brañas Fernández P, Tamarit Martel Moreno A, Paolini Ramos E, Bernardino Cuesta B. *Hospital Universitario Niño Jesús*

Introducción. La Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) es un trastorno alimentario cada vez más frecuente en los Servicios de Psiquiatría y de Urgencias de los Hospitales Infantiles. El objetivo de este fue estudiar las alteraciones del electrocardiograma en un grupo de pacientes hospitalizadas con esta enfermedad.

Métodos. Se estudiaron retrospectivamente los electrocardiogramas de 124 pacientes del sexo femenino con ANR ingresadas en el Servicio de Psiquiatría de nuestro Centro, con edades entre 9,4 y 28,8 años ($15,5 \pm 2,3$ años) (media \pm d.s.), e índice de masa corporal (IMC) de ($15,2 \pm 2$ Kg/m²). En todos los casos se evaluó la frecuencia cardíaca (FC), amplitud del PR, QRS y QTc (en mseg), los ejes de P, QRS y onda T, y las amplitudes de la onda P en II, y de las ondas R en avL, V1, V5 y V6. Todos los casos se compararon con un grupo control de

92 adolescentes sanas, de edades entre 9,3 y 27,4 años ($15 \pm 2,7$ años), e IMC de $20,6 \pm 2,3$ Kg/m².

Resultados. La FC fue significativamente inferior en el grupo con ANR ($p < 0,001$). La amplitud del espacio PR, QRS y QTc fue similar para ambos grupos. Las pacientes con ANR mostraron un eje QRS más derecho que en los pacientes sanos. La amplitud de la onda P en II fue significativamente menor en los pacientes con ANR. También la amplitud de las ondas R en avL, V1, V5 y V6 fue significativamente inferior en los pacientes con ANR respecto a los controles normales ($p < 0,01$). Veintiún pacientes presentaron alteraciones inespecíficas de la repolarización, consistentes en aplanamiento o inversión del segmento ST-T (16,9%).

Conclusiones. La ANR produce cambios significativos en el ECG. La bradicardia, la desviación del eje QRS a la derecha, las alteraciones de la repolarización, y los bajos voltajes generalizados, son un hallazgo frecuente y estadísticamente significativo respecto a los ECG de controles normales. Todas estas alteraciones, son un hecho importante más a valorar dentro del contexto de esta enfermedad.

LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

González Gómez J(*), Gil Camarero E(**), González Gómez A(*), Fernández Torre D(*), Madrazo del Río Hortega I(*), Gómez del Barrio A(*). (*)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (**)Centro de Salud Camargo Interior

Introducción. La actividad física (AF) se considera uno de los pilares fundamentales para promover la salud tanto física como mental. Dentro de los diferentes subgrupos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el exceso de AF en la Anorexia nerviosa (AN) o su disminución en los Trastornos no especificados (TCANE) y en Bulimia nerviosa (BN), con respecto a las recomendaciones y hábitos de la población adolescente, pueden servirnos como un marcador de riesgo para orientarnos al diagnóstico precoz y en el tratamiento.

Objetivos. Evaluar la actividad física realizada en los pacientes adolescentes con TCA en Cantabria, objetivar las diferencias entre los distintos grupos diagnósticos (BN, AN y TCANE) y compararlo con población sana.

Método. Se evaluó a una muestra de pacientes (55) adolescentes de ambos sexos (47 mujeres y 8 varones) que padecen un trastorno de la conducta alimentaria (AN, BN, TCANE) y que acudieron por primera vez a la unidad especializada del hospital Marqués de Valdecilla (Cantabria) de forma consecutiva, entre mayo de 2011 y mayo de 2013. Cada paciente tuvo una entrevista psiquiátrica y completó cuestionarios sociodemográficos. Para la evaluación de la actividad física se usó la versión corta autoadministrada del IPAQ que recoge la AF en los últimos 7 días (www.ipaq.ki.se). Con idéntica metodología se reclutó un grupo de voluntarios sanos (40) utilizados como

grupo control que no presentaban diferencias en cuanto a edad, nivel educativo sexo o raza.

Resultados. El grupo más representativo fue el de los TCANE que constituían el 47,3% (26), seguido del grupo de pacientes que cumplían criterios de AN, el 30,9% (17), y de BN el 21,8% (12). Se encontraron diferencias ($p < 0,05$) en el tiempo y la intensidad de la actividad física realizada siendo mayor en AN y menor en BN y TCANE. Los voluntarios sanos realizaban aún menos ejercicio, menos días y de menor intensidad que cualquiera de los casos (la mitad de ellos no realizan AF de forma habitual). La realización de actividad física entre los casos no se ve influenciada por el grupo socioeconómico, ni por el tipo de residencia urbana o rural, ni por el grado de formación académica. Tampoco por los hábitos deportivos de sus progenitores. Las pacientes con AN reconocen realizar AF de forma compulsiva en más de la mitad de los casos. Competir o haber competido en alguna disciplina deportiva no se asocia a padecer la enfermedad en nuestra muestra.

Conclusiones. Se debe prestar atención a la actividad física en los TCA tanto en la evaluación como en el diagnóstico de la enfermedad. Cambios en estos hábitos deben alertar a la familia y a su entorno y ser tenidos en cuenta por el pediatra. Por otro lado, el estudio pone de manifiesto el sedentarismo existente entre nuestros adolescentes y la necesidad de promover medidas para aumentar la actividad física.

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN EL DESARROLLO DE UN TCA. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CANTABRIA

González Gómez J(*), Gil Camarero E(**), Carral Fernández L(*), Fernández Torre D(*), Madrazo del Río Horteiga I(*), Gómez del Barrio A(*). (*)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (**)Centro de Salud Camargo Interior

Introducción. Entre los factores que desencadenan y perpetúan los trastornos alimentarios (TCA) –anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y cuadros no especificados (TCA-NE)- (TCA) se encuentran el estrés y la adversidad psicosocial.

Objetivo del estudio. Comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en pacientes adolescentes diagnosticados por primera vez de un TCA en la población de Cantabria frente a los datos obtenidos en voluntarios sanos.

Métodos y materiales. Se incluyeron en el estudio pacientes adolescentes (55) de ambos sexos (47 mujeres y 8 varones) seleccionados del “Estudio de Detección Temprana de Primeros Episodios de Cantabria (DETECTA)” durante un periodo de dos años (mayo 2011 –mayo 2013). Con idéntica metodología se reclutó a voluntarios sanos (40) utilizados como grupo control con características similares respecto a edad, nivel educativo, sexo o raza. Se utilizó la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE) en el último año y en la vida previa, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de

Desórdenes Alimentarios (EDI) y se realizaron otras preguntas elaboradas en un cuestionario ad-hoc.

Resultados. Los cuestionarios de actitudes alimentarias EDI ($p = < 0,05$) y EAT- 40 ($p = < 0,05$), presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles como era de esperar. Otros datos del ambiente social, como el antecedente de burlas o presión familiar con respecto al peso, de problemas sociales en el instituto o con la pareja o que haya habido una ruptura sentimental en el año previo, también presentan significación estadística relevante ($p = < 0,05$). Sin embargo, no presentan diferencias estadísticamente significativas factores sociales como que los padres estén separados o el fallecimiento de familiares. Tampoco la presentan la pérdida de amistades en el año previo o una edad precoz de la primera pareja. Por último, a pesar de que se describen en la bibliografía, ni haber presentado una enfermedad mental previa ni haber sufrido abusos sexuales son diferenciables en nuestro estudio.

Discusión. El haber padecido acontecimientos vitales estresantes en el año previo al diagnóstico de un TCA es un dato que aparece de forma constante en la bibliografía y en nuestro estudio. Así, tanto el pediatra como el entorno educativo y familiar del adolescente deben estar alerta y prestar la atención necesaria al adolescente en la resolución y respuesta del adolescente al afrontar los numerosos acontecimientos estresantes que suelen aparecer en esta etapa de la vida de cara a desarrollar una correcta prevención primaria para evitar un TCA o secundaria, si fuera el caso, para no demorar el diagnóstico.

ESTUDIO CONTROLADO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES CON UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CANTABRIA

González Gómez J(*), Gil Camarero E(**), Carral Fernández L(*), Fernández Torre D(*), Madrazo del Río Horteiga I(*), Gómez del Barrio A(*) (*)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (**)Centro de Salud Camargo Interior

Introducción. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) –anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y cuadros no especificados (TCANE)- han alcanzado en las tres últimas décadas una especial relevancia, tanto por su creciente incidencia como por la gravedad de la sintomatología asociada y la resistencia al tratamiento. Constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas. Su prevalencia se estima según diversos estudios entre un 5 % en mujeres y 0,8% en varones.

Objetivo del estudio. Realizamos un estudio para conocer las características y los factores de riesgo de los adolescentes remitidos por primera vez a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marques de Valdecilla y comprobar si estos datos son similares a los mostrados en la bibliografía.

Métodos y materiales. Se seleccionó como casos a los pacientes adolescentes (según la OMS edad comprendida entre los 10 y los 19 años) de ambos sexos incluidos en el "Estudio de Detección Temprana de Primeros Episodios de Cantabria (DETECTA)" recogiendo los casos incidentes registrados de forma consecutiva en la UTCA durante el periodo de dos años (mayo 2011 – mayo 2013). Con idéntica metodología se reclutó un grupo de voluntarios sanos (40) utilizados como grupo control con una media de edad similar en ambos grupos (16,1 ± 2,11 años para los casos frente a 16,3 ± 1,83 años para los controles). A cada sujeto se le realizó una entrevista psiquiátrica con preguntas específicas de encuesta dietética y otras sobre antecedentes personales y familiares, y se completó con un cuestionario sociodemográfico. Se realizó el análisis estadístico requerido según cada variable para comparar el grupo de casos con el de controles.

Resultados. A pesar de que tradicionalmente se considera que los TCA aparecen a edades tempranas, sólo el 27,6 % (55) de los casos incidentes registrados en la UTCA durante este periodo son adolescentes. De éstos, 47 eran mujeres (85,5%) y 8 eran varones (14,5%).

El grupo más representativo fue el de los TCANE que constituían el 47,3% (26), seguido del grupo de pacientes que cumplían criterios de AN, un 30,9% (17), y de BN, un 21,8% (12). Tras analizar los factores sociodemográficos en los pacientes y en los controles, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) de mayor riesgo de presentar TCA si se vive en zona urbana, la persona tiene hermanos menores o pertenece a una familia monoparental y si existen antecedentes familiares de TCA.

Entre los antecedentes personales se encontró diferencia significativa en el grupo de casos respecto a presentar antecedentes frecuentes de dietismo o ayunos, mayor insatisfacción con la imagen, sobreimportancia al peso corporal y tener una menor percepción de apoyo social. Sin embargo, con los datos recogidos en nuestro estudio no se encuentran diferencias entre ambos grupos respecto a factores del ámbito educativo como el nivel académico del paciente o el nivel socioeducativo de los padres. A pesar de que si que aparecen en la bibliografía como riesgos de TCA el tener antecedente de obesidad infantil, una historia de enfermedad mental previa o practicar deporte de competición, en nuestro caso no resultan significativos.

Discusión. La mayor parte de los resultados de nuestro estudio descriptivo no difieren significativamente de los reseñados por la literatura en las distintas poblaciones adolescentes estudiadas a nivel internacional. Si se confirma que existe un predominio de mujeres con TCA aunque la proporción de población masculina en nuestra unidad es superior a la descrita. Hay que tener en cuenta que existen factores de riesgo de TCA como son la alteración de la percepción corporal, la importancia del peso corporal, el dietismo o una menor percepción de apoyo, que son a la vez muy prevalentes en la población

adolescente por lo que se debe poner especial atención en esta etapa para prevenir la aparición de TCA o, en su caso, diagnosticarlo de forma precoz.

ASERTIVIDAD, ADAPTACIÓN PERSONAL Y NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ADOLESCENTES

López Martínez ML, Magaz Lago A.

Grupo ALBOR- COHS

Fundamentos. "Asertivo" esa cualidad de la conducta humana que no es innata, pero que la mayoría de las personas aspira a alcanzar: aprender a respetarse a uno mismo y al mismo tiempo a los demás, considerando las peculiaridades propias y ajenas como diferencias que no afectan a la valía de las personas. Cada individuo nace con un temperamento que le predispone a actuar en las diferentes situaciones sociales retrayéndose o agrediendo.

Por otro lado, los niños/as de nuestro entorno se desarrollan y aprenden en un medio sociocultural en el que predominan las actitudes y hábitos pasivos (falta de respeto a peculiaridades propias), agresivos (falta de respeto a peculiaridades de los otros) o una combinación de ambos. Los modelos adultos de respeto a peculiaridades propias y ajenas son poco habituales, lo cual favorece aprendizajes y reproducción de modelos agresivos o pasivos en los adolescentes.

Objetivo. Exponer cómo el déficit de asertividad en adolescentes de 11 a 13 años predispone para la inadaptación personal y social, y precipita estados emocionales de ansiedad y estrés excesivos.

Métodos. Evaluación a 142 escolares de población general, de 6º de Educación Primaria y 1º de ESO, en una sesión de dos horas con un descanso, en grupos de 25, en un aula amplia que evitaba la copia. Instrumentos de evaluación empleados: ADCA-1: Autoinforme de Conducta Asertiva (autoasertividad y heteroasertividad) EMA: Escala Magallanes de Adaptación (a los compañeros, personal y al centro) EMANS: Escala Magallanes de Ansiedad EMEST: Escala Magallanes de Estrés

Conclusiones. Los escolares con niveles más bajos de asertividad, tanto "auto" como "hetero" presentaban más indicadores de ansiedad y estrés así como inadaptación personal caracterizada por el mantenimiento de escasa autoestima y autoconcepto inadecuado. La autoasertividad está asociada a buena adaptación personal y la heteroasertividad a buena adaptación personal y social con los compañeros.

CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE LA ADOLESCENCIA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

López Martínez ML, Magaz Lago A.

Grupo ALBOR- COHS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana (de 12

a 14 años) y la adolescencia tardía (de 15 a 19 años). En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Popularmente, y a lo largo de toda la historia de la humanidad, este periodo se ha considerado de cambios, de revoluciones hormonales, de inicio de enfrentamientos y conflictos,... percibiéndose en general como un periodo vital por el que todos los niños/as pasan en un momento u otro de su vida, caracterizándose por conflictos entre padres e hijos, falta de interés por todo aquello que favorece que se hagan "hombres y mujeres de provecho", relacionándose todo ello con los cambios hormonales propios de la pubertad.

Objetivo. Presentar un modelo explicativo de la adolescencia, variable de acuerdo a las características individuales y del grupo social de referencia. Los posibles conflictos en casa así como las conductas de riesgo, dependerán no del periodo vital que está viviendo sino de la combinación de múltiples variables: el estilo educativo de los padres, la historia de aprendizaje y, el desarrollo de habilidades para la vida del chico/a (estilo de interacción social, actitudes, habilidades sociales y de auto cuidado, valores, circunstancias,...). De todo ello se concluye que los cambios no sean resultado directo del cambio hormonal así como que la adolescencia no es conflictiva para todas las personas.

ACTIVIDAD O SEDENTARISMO EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6º DE BÁSICA DE NUESTRO MUNICIPIO

Farré Ortega I(*), García Fructuoso MT(*), Leiva Farré N(**), Losada MC(*), Olba Ros MP(*), Villarroya P(***)

(*)ABS Cardedeu, (**)Hospital general de Granollers, (***)

Programa de preventivas Barcelona

Objetivos. Conocer las actividades de ocio de los niños de 12 años de nuestro municipio. Establecer grupos de riesgo de obesidad. Proponer y realizar talleres de educación sanitaria.

Método. Se hace una encuesta de actividades ,deporte y de información sobre tabaco,alcohol y sexo a los niños de 12 años de nuestro municipio.

Resultados. Se esta procesando. En vias de finalización del estudio.

Conclusión. Realizaremos talleres de educación sanitaria con objetivos de fomentar al máximo hábitos saludables.

APTITUDES DE LOS PREADOLESCENTES SOBRE LA SALUD EN NUESTRA POBLACIÓN

Farré Ortega I(*), García Fructuoso MT(*), Leiva Farré N(**), Losada MC(*), Olba Ros MP(*), Villarroya P(***)

(*)ABS Cardedeu, (**)Hospital general de Granollers, (***)

Programa de preventivas Barcelona

Objetivos. Conocer los hábitos alimentarios de los niños y niñas de nuestra población. Realizar charlas en la escuela a dichos niños.

Método. Se realiza encuesta alimentaria de 24 horas y de higiene en los niños de 12 años de nuestra población. Para la evaluación de la encuesta se establecen categorías según las pautas establecidas de alimentación saludable para esta edad.

Resultados. Se han realizado 220 encuestas a los escolares de 6º de Básica. Se está en proceso de finalización del estudio.

Conclusión. Según sean los resultados se propondrán charlas en la escuela impartidas por personal de enfermería de nuestro centro de salud para conseguir unos hábitos dietéticos lo más saludables posibles.

OBESIDAD, ADOLESCENTES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Mazas Raba R(*), Madrigal Díez C(**), Carrera Arce M(***)

CS Centro, (**), CS Cazoña, (***)Psicóloga clínica

Introducción. La obesidad es la patología crónica más prevalente en la infancia y adolescencia, y sigue aumentando. Este aumento está unido al cambio en el estilo de vida, con más actividades sedentarias, una dieta hipercalórica y escasa actividad física en el tiempo libre. El uso de teléfonos móviles y redes sociales, ha cambiado la forma de comunicarse de los jóvenes. La mayoría de los adolescentes tiene teléfono móvil con acceso a internet y dedican varias horas al día a su uso.

Objetivos. Determinar el riesgo de presentar obesidad, asociado al tiempo de uso de redes sociales, aplicaciones móviles (whatsapp), actividades deportivas y tipo de dieta. Conocer la percepción de los padres o tutores sobre el uso de las nuevas tecnologías.

Materiales y métodos. El estudio se ha realizado mediante un cuestionario escrito estandarizado, cumplimentado por adolescentes entre 12 y 16 años, y sus padres, que acudían a consulta, en los dos Centros de salud en los que se ha llevado a cabo.

Resultados y conclusiones. (EL ESTUDIO AÚN ESTÁ SIN FINALIZAR).

TRAUMATISMO TESTICULAR

Madrigal Díez C(*), Mazas Raba R(**), Ballesterero Diego R(***)

(*)Centro de Salud Cazoña. Pediatra de AP, (**)Centro de Salud Isabel II. Pediatra de AP, (***)Hospital universitario Marqués de Valdecilla. FEA Urología

Introducción. La rotura testicular es una entidad infrecuente a causa de la localización, movilidad del testículo y la protección de la túnica albugínea . La reparación precoz clásicamente ha demostrado mejores resultados en las tasas de orquiectomía y mejor confort en los días posteriores al traumatismo que el tratamiento conservador. Presentamos un caso de reparación testicular y presentamos una revisión de la literatura.

Objetivo. Describir nuestro caso clínico de rotura testicular y revisión de la literatura.

Método. Varón de 15 años que sufre rotura testicular tras accidente deportivo que fue diagnosticada por ecografía doppler.

Resultados. Se realiza exploración quirúrgica y se repara la fractura. Buena evolución postoperatoria. Conservación del 75 % del tamaño testicular.

Conclusiones. La rotura testicular es una entidad infrecuente pero importante por las secuelas que puede producir. Es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la orquiectomía.

VALORES DEL PERFIL LIPÍDICO EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Rodríguez González E. *Hospital Universitario Público. Maracay Aragua. Venezuela*

Objetivo. Determinar los valores del perfil lipídico en adolescentes con sobrepeso y obesidad.

Método. Estudio de tipo descriptivo y transversal. La población estuvo representada por 152 pacientes que acudieron a la consulta externa de adolescente, y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Edad de 10 a 19 años, ambos sexos, con sobrepeso u obesidad, según medidas antropométricas (peso, talla, IMC). Presión arterial normal. Haya o no iniciado pubertad. Una prueba de niveles séricos de: Colesterol Total, LDL-C, HDL-C, y Triglicéridos (previa recomendaciones para la toma de la muestra de sangre). Prueba realizada en el laboratorio del centro de estudio. Realización de historia clínica enfatizando la anamnesis para factor de riesgo cardiovascular familiar, y/o actividad física del paciente. Los instrumentos utilizados (curvas de percentiles para peso, talla e IMC por sexo y edad), están previamente validados por FUNDA-CREDESA, tanto el Proyecto Venezuela (PV), como el Estudio Transversal de Caracas (ETC). Se utilizó técnicas de estadística descriptiva para determinar los valores de los datos, Software SPSS for Windows 12.0, y Microsoft de Excel 2010. Procesado en frecuencias absolutas y relativas.

Resultados. De 152 adolescentes 63,94% eran femenino, 34,86% adolescentes promedio (14-16 años), 33,55% tardíos (17-19años) y 31,57% temprano (10-14años). Los adolescentes con obesidad fueron 65,13% predominando los varones y su mayoría eran adolescentes promedio. El sobrepeso resultó 34,86%, mayor proporción del sexo femenino, siendo los adolescentes temprano los más afectados, en contraste con los varones que eran promedio. El perfil lipídico resultó: 73,68% (n=112) estaban alterados y 26,31 (n=40) no alterados. Del total de 112 adolescentes con perfil alterado 71,42% tenían obesidad predominando los varones y en edad promedio. El sobrepeso resultó 28,57% mayoría femenino y en edades entre 10-13 años. Se observó que los niveles de Colesterol total + Triglicéridos resultó ser la mayor parte de los adolescentes: 49,10% y de estos 41,07 eran obesos; 2º lugar los Triglicéridos

32,14% la mayoría (24,10%) tenían obesidad, y el Colesterol Total correspondió a 18,75% (n=21) adolescentes, en general los sobrepeso (12,5%). Predominio de la fracción por edad resultó: de 38 adolescentes promedio, 10 tenían colesterol total alterado. De 39 tardíos, 18 tenían triglicéridos alterados. 35 adolescentes temprano poseían alterado las fracciones colesterol + triglicéridos. 21 paciente con colesterol total alterado 76,19% reportó: Limite (170-199) mg/dl, mayoría (52,38%) con sobrepeso. HDL-C resultó: Limite de alto riesgo >35 - <50 mg/dl, 52,38% y casi todos con obesidad. LDL-C reflejó: 17 casos alterados, 58,82% elevado > 130mg/dl, y 35,29% eran obesos. LDL-C Límite 110-129 mg/dl, fueron 41,17% y casi todos con sobrepeso. 57,89% tenían antecedente familiar positivo para factor de riesgo cardiovascular (sobrepeso, obesidad, HTA y por lo menos una fracción de lípidos alterado), la mayoría edad promedio. 55,9% eran infrecuentes para actividad física, casi todos adolescentes tardío.

Conclusiones. Sobrepeso y obesidad es un problema de salud pública en todas las sociedades, y cuando está asociada a la alteración de cualquier fracción lipídica, el riesgo cardiovascular es mayor y mas aún en la edad adolescente, en pleno crecimiento y desarrollo biopsicosocial que comprometería la salud de su adultez. De allí la preocupación que reflejan estos datos, que cada vez en edades más temprana aumentan las concentraciones lipídicas asociado a múltiples factores, entre ellos, el sobrepeso y obesidad.

MUESTRA DE ADOLESCENTES CON TALLA BAJA SEGUIDA EN CONSULTA HOSPITALARIA

Rocha P, Luz A, Moleiro P. *Departamento de Pediatría, Centro Hospitalario de Leiria, EPE*

Introducción. La baja estatura es definida por un percentil de estatura de menos de 3 o menos de 2 desviaciones del percentil estándar relativa a población de referencia. Los factores genéticos, hormonales y ambientales pueden influir en el crecimiento de una manera positiva o negativa. Una historia clínica minuciosa, el examen físico cuidadoso y la aplicación juiciosa de las pruebas y exámenes son cruciales para el diagnóstico etiológico.

Objetivo. Caracterizar los adolescentes de una consulta hospitalaria con diagnóstico de baja estatura, su orientación, exámenes y evolución.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo con componente exploratorio por consulta del proceso clínico de los adolescentes entre 10 y 17 años de edad, seguidos en la consulta pediátrica en el Centro Hospitalario de Leiria (CHL) por talla baja entre 2005 y 2013. Se analizaron las características demográficas, evaluación analítica, diagnóstico de problemas, orientación y desarrollos. Tratamiento de datos en SPSS®.

Resultados. Se encontró un total de 35 casos, con 21 de estos hombres (60 %) con una edad media en la primera visita de 13 años (mínimo 10 y máximo 16). El tiempo medio de

seguimiento fue de 24 meses. Ven a la consulta de Pediatría el 43% referenciados por el médico de la familia, el mismo porcentaje por otra consulta o por la urgencia del hospital y el 14% restante por un pediatra fuera del hospital. De la historia personal, el 23% también tenía bajo peso y el 20 % problemas de aprendizaje (la mitad de ellos medicados con metilfenidato). En el 86% de los adolescentes se llevó a cabo la evaluación analítica inicial con hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, urea, creatinina, AST, ALT, fosfatasa alcalina, proteínas totales, TSH, T4 libre y la ferritina. También llevaron a cabo la radiografía de la muñeca izquierda. El 14 % no lo hicieron porque faltaron a las consultas posteriores. Pruebas de segunda línea: IGF- 1 en el 71 % de los casos y cariotipo en 69%. Después de toda la investigación se obtuvieron los diagnósticos de estatura baja familiar en el 29%, desarrollo y retraso constitucional en el 11%, y la combinación de ambos en el 14 %. De los diagnósticos restantes, resalte un caso de síndrome de Noonan y un caso de síndrome de Turner, un caso de hipocondroplasia y un de la enfermedad celíaca. Están todavía en estudio y aún no han diagnóstico definitivo el 14%. El 23% de los casos fueron enviados a la Consulta de Endocrinología del hospital de referencia (un caso de síndrome de Turner, mientras que el resto de los casos por valores de IGF- 1 debajo del límite inferior de la normalidad para la edad y el sexo, y la edad ósea por más de 2 años debajo de la edad cronológico). De estos, 37,5 % fueron tratados con hormona de crecimiento.

Conclusiones. Nuestra muestra era predominantemente masculina y el diagnóstico más frecuente fue la estatura baja familiar, coincidente con los datos descritos en la literatura. Del 23% de los casos que fueran enviados a la consulta de Endocrinología, todos cumplieron con los criterios para el envío, aunque menos de la mitad han tenido el tratamiento con hormona de crecimiento.

¿PUEDE LA AMBULATORIA PEDIÁTRICA SER UN SERVICIO AMIGO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES? ESTUDIO COMPARATIVO

Dias I(*), Lopes L(*), Luz A(*), Mendes O(**), Moleiro P(*). (*) *Centro Hospitalar de Leiria, Portugal, (**)Centro de Atendimento a Jovens do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio, Leiria, Portugal*

Objeto del trabajo. La Organización Mundial de la Salud en 2001 definió las características de un "Servicio Amigo de los Adolescentes y Jóvenes" (SAAJ) con el fin de satisfacer las necesidades específicas de esta edad. Estos servicios deben ser equitativos y accesibles - todos los adolescentes deben tener acceso a los servicios que necesitan; deben ser apropiados - ser respetados la privacidad y confidencialidad, con buenas condiciones físicas donde se prestan servicios de salud a los adolescentes que los necesitan; y eficaces - con los profesionales de la salud con competencia para trabajar con

este grupo, en una práctica basada en protocolos validados. El objetivo de este estudio fue evaluar las características de un ambulatorio hospitalario y de un centro de jóvenes (CJ), en conformidad con los principios establecidos por la OMS para SAAJ, y hacer un estudio comparativo entre ellos.

Material y métodos. Estudio trasversal analítico, mediante la aplicación de cuestionarios completados por los adolescentes en la consulta de un hospital (CH) de nivel B1 y en CJ, desde marzo hasta septiembre de 2012. A fin de evaluar si tenían las características de SAAJ, hemos utilizado la siguiente clasificación: "Óptimo" si la respuesta fue positiva en más del 80% de los casos, "Satisfactorio" se respuesta positiva en el 60-80%, y "A mejorar" si hubo una respuesta positiva en menos del 60% de los casos. Evaluados los criterios de accesibilidad - facilidad de acceso, no pagar la consulta, utilizar sin marcar y conocer los horarios; adecuación - confidencialidad, consulta en privado, consulta no interrumpida, les gusta las instalaciones; eficacia - la evaluación de los profesionales de salud como buena o muy buena, se dirigió por su nombre, se escuchó con atención, se han respetado su opinión, tener toda la información que necesitaban, sentir que el problema se resuelve y lenguaje apropiado. El procesamiento de datos se realizó en PASW 18 ® (p<0,05).

Resultados. Hemos trabajado 267 cuestionarios, 105 CH y 162 del CJ. En los adolescentes y los jóvenes en CH vs CJ que respondieron al cuestionario: 53% vs 6% eran del género masculino con una edad media de 14,7 (± 2,1) vs 17,6 años (± 2,8), respectivamente. En el ámbito de la accesibilidad, 80% vs 87% considera "fácil" el acceso a las consultas, y el 44% vs 67% considera que se podría utilizar sin marcar. En cuanto a la adecuación, explicó el derecho a la confidencialidad en el 77% vs 92%, hablarán en privado con el profesional de la salud 64% vs 83% de los adolescentes y la consulta fue interrumpida en el 36% vs 7% de los casos. Les gustó las instalaciones 96% vs 98%. En el ámbito de la eficacia, fueron tratados por el nombre 96% vs 95%, les escucharon con atención 99% vs 98%, y consideraban que su opinión fue respetada 92% vs 96% (CSJ vs CE, respectivamente). En CJ los adolescentes esperaron menos tiempo antes de ser visto por el médico (91% esperó menos de 30 minutos, mientras que la CH el 67% lo hizo), con una diferencia estadísticamente significativa (p<0,001). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo hasta llegar al lugar de la consulta, en relación a la facilidad de acceso y a la clasificación de los profesionales de la salud. En la CH la clasificación obtenida fue "excelente" (95% de respuestas positivas) a respecto a la eficacia, "satisfactorio" (75%) en relación con la idoneidad y "al mejorar" (48%) en la accesibilidad. En CJ la clasificación obtenida fue "excelente" en todos los criterios (eficacia 97%, adecuación 92% y accesibilidad 81%).

Conclusiones. Según esta clasificación, la CJ se puede considerar un SAAJ, y la CH aún tiene aspectos que mejorar, sobre todo en la accesibilidad. La diferencia entre los servicios se

explica por las diferencias en los tipos de consultas y también en la CH no ha sólo consulta de adolescencia.

FACTORES DE RIESGO EN ÁREA FAMILIA, AMIGOS Y ESCUELA, EN EL ADOLESCENTE ESTUDIANTE PARA EL CONSUMO DE DROGAS. 2013

Rodríguez González E, García Rodríguez CA. *Hospital Universitario Público. Aragua. Venezuela*

Introducción. El uso/abuso de drogas constituye un problema que requieren una participación integral, que incluye la familia así como la intervención de los profesionales de la salud, la comunidad y la educación.

Objetivo. Determinar los factores de riesgo en área familia, amigos y escuela, en el adolescente estudiante para el consumo de drogas.

Método. Estudio de campo y descriptivo. Población 60 estudiantes, cumplieron los criterios de inclusión: participación voluntaria, 5º año de secundaria y ambos sexos. De un liceo público. Previo consentimiento de la dirección de la unidad educativa. El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue el Drug Use Screening Inventory (DUSI), original del autor Ralph Tarter 1990, para adolescente. La versión venezolana es de Amesty Elvia. 1996 validado por OEA/CICAD/OPS. Procedimiento: se realizó una introducción y en que consistía el instrumento, y la forma de responder. Fue individual autoaplicado, anónimo, 30 minutos de disposición del profesor para acompañar en el proceso. Se utilizaron técnicas de estadísticas descriptivas, para evaluar los resultados de las áreas a estudiar del DUSI, a través de tablas de frecuencia y porcentajes. Software utilizados SPSS for Windows 12.0. Se aplicó un coeficiente de correlación entre las dos variables de estudio para describir en términos generales el grado de correlación entre los factores de riesgo y el consumo de drogas.

Resultados. De 60 estudiantes 50% tenían 16 años, seguidos del grupo de 18 años 23,3% y de 17 y 19 años correspondieron a 16,7% y 10% respectivamente. Sexo masculino 51,7%. Estado de riesgo general para el consumo de drogas correspondió con riesgo global 46,67%, y edad con mayor número de casos fue 16 años 50%. Estudiantes por estado de riesgo en el área familia resultó 41,7% con riesgo global, edad de 18,19 y 16 años. Área escuela con riesgo 65%, en edad de 16 años 46,15% y 18 años 25,64%. Área amigos 55,5% con riesgo global, edad 16 años 48,48% y 24,24% de 18 años. Estado de riesgo por severidad de uso de drogas 6,67% con riesgo y 50% en ambos sexos. La edad que representó el riesgo fue 16 años 100%. Tipo de droga según frecuencia de uso resultó alcohol 63,4%, patrón de consumo con mayor frecuencia fue: La usé la semana pasada, edad 16 y 18 años. Y el consumo de alcohol hasta emborracharse riesgo global 56,7%. El cigarrillo representó 28,3%, con un patrón de consumo de 1 a 5 cigarrillos por día en un 10%, predominando el sexo masculino y edad de 18 y 19 años. El consumo de marihuana global y de inha-

lantes resultó homogénea 8,3% y el patrón de consumo fue: la probé solo una vez, la mayoría tenía 18 años. En relación a las áreas escuela, familia y amigos, la que resultó con mayor riesgo de acuerdo al índice de severidad por área, severidad total y severidad relativa fue amigos 38,12%, seguido de escuela 36,85% y por último familia 28,70%. En general el grado de correlación resultó en todos los casos relativamente bajo. Los resultados indican que tanto el índice de severidad por área (ISA) como el índice de severidad total (IST) tienen relación directa (+) con el consumo, es decir a mayor consumo más alto son los índices de riesgo. La correlación entre el consumo de alcohol y el ISA, resultó para el área escuela (0,34), amigos (0,24) y familia (0,22) una relación directa (+). La relación entre el consumo y el IST por tipo de droga, el cigarrillo resultó con coeficiente de correlación de 0,25 y en relación al ISA el área escuela resultó con 0,37; área familia 0,10 y área amigos con 0,09. La relación entre el consumo y el IST por tipo de droga, la marihuana resultó 0,28. En relación al ISA el área escuela resultó 0,28 y amigos 0,16. El tipo de droga inhalante en relación con el IST resultó un coeficiente de correlación de 0,27 y para área amigo 0,35, escuela 0,26 y familia 0,05.

Conclusiones. Los factores de riesgo por áreas determinadas se reflejan en los índices ISA y IST, lo que generó el estado de riesgo por edad para el consumo, estableciendo que el adolescente estudiante había consumido alguno de los tipos de droga al menos una vez. El consumo de alcohol se admitió ser la mayor frecuencia de uso, y hasta emborracharse de abuso.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES.

Rodríguez González E. *Hospital Universitario Público. Venezuela*

Objetivo. Caracterizar los aspectos biológicos de la sexualidad en adolescentes estudiantes. 2013.

Metodología. Estudio de campo, descriptivo, transversal y prospectivo. La población correspondió a 213 adolescentes que participaron por voluntad propia, de 3 Unidades Educativas de la Ciudad de Maracay, estado Aragua, Venezuela. Los adolescentes cumplieron criterios de inclusión: la decisión voluntaria de participar, ambos sexos, de 1º a 5º años de secundaria, cualquier edad y que esté matriculado, lo que representó la misma muestra. Se les entregó una encuesta anónima y autoevaluada, estructurada en 2 partes: 1ª identificación de edad y sexo, y 2ª parte: 5 preguntas sobre aspectos biológicos de su sexualidad. Se aplicó en horas del recreo por orden de la dirección del plantel educativo. Información almacenada en una base de datos, para proceso de organización y análisis de los mismos, utilizando la técnica de la estadística descriptiva.

Resultados. De los 213 adolescentes estudiantes, la edad fue entre 12 a 18 años, 84 varones y 129 mujeres. La mayoría que participó tenía 15 años 25,35%. El sexo femenino predominó 60,56%. Edad de aparición de la espermarca en la mayoría fue

a los 14 y 15 años 28,57% respectivamente y la menarca a los 11 años 25,58%. Los varones 54,76% se habían iniciado en la actividad sexual y 39,13% tenían 15 años. 54,26% de las adolescentes se habían iniciado en la actividad sexual y 30% eran de 15 años. De 116 que habían iniciado actividad sexual, 25% tomó la decisión de usar el preservativo masculino en la primera relación sexual: varones 13,04% (46/6) y mujeres 32,85% (70/23) se protegieron. 69,56% de los varones y 68,57% de las mujeres, su pareja sexual fue mayor que ellos. 29,57% conoce sobre enfermedad de transmisión sexual (ETS) y 40,84% sobre anticonceptivos.

Conclusiones. La mayoría de los participantes adolescentes de ambos sexos eran maduradores temprano y promedio, e iniciaron precoz la actividad sexual con pareja mayor que ellos y sin protección para el uso del preservativo masculino, ya que la toma de decisión para el uso del método anticonceptivo, resultó de muy poca disposición. En toda la muestra se reflejó que desconocían sobre riesgo y protección, pero también se observó que sabían más sobre anticonceptivos aunque los utilicen muy poco, que sobre ETS. Además el estudio mostró que los varones tienen mayor conocimiento que las mujeres.

APLICACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y MEDICINA CON ADOLESCENTES - PSUA

Luz A(*), Arriaga C, Dixe MA(**), Gaspar P(**), Moleiro P(*). (*)*Unidade de Saúde e Medicina do Adolescente de Leiria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, Portugal*, (**)*Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal*

Objeto del trabajo. Determinar el valor de un nuevo instrumento para caracterizar los adolescentes y para la detección de factores de riesgo - Perfil de Saúde do Utente Adolescente (PSUA)

Material y métodos. Estudio cuantitativo, transversal, en una muestra aleatoria de los adolescentes que asisten a la escuela en el centro de Portugal y respondieron un cuestionario con variables sociodemográficas, los datos de la escuela, el estado de salud, el comportamiento alimentar, la imagen corporal, la seguridad, las relaciones familiares, el consumo, la sexualidad y la ideación suicida. En las 48 preguntas dicotómicas que conforman el cuestionario se incluyen los 17 elementos que conforman la escala PSUA (revisados por el análisis estadístico), que se agrupan en cuatro factores: "Motivación para la consulta", "Componente físico", "Componente psicológico" y "Imagen Corporal". La puntuación de PSUA varió de 0 a 1, siendo 0 el valor menos saludable y 1 el valor más saludable.

Resultados. Se obtuvieron 286 cuestionarios. El PSUA total de la muestra fue de 0,73 (SD 0,19). 82 % de los adolescentes dijeron que se sienten seguros en la escuela y puntuaron más alto en la escala de PSUA (M = 0,75, SD = 0,19 vs M = 0,64, SD = 0,20), con $p < 0,001$. Por el contrario, los adolescentes que

dijeron que no se sentían seguros en la escuela se refieren despiertan más a menudo durante la noche (M = 0,72, SD = 0,45 vs M = 0,88, SD = 0,32), $p = 0,013$. El 6 % de los adolescentes que estaban a dieta obtuvieron calificaciones más bajas en PSUA total y particularmente en el factor "imagen corporal" (M = 0,50, SD = 0,42 vs M = 0,75, SD = 0,35), con $p = 0,005$. 23 % admitió que saltarse las comidas, y estos mostraron un PSUA total igualmente más bajo (M = 0,62, SD = 0,22 vs M = 0,76, SD = 0,17), con $p < 0,001$. Cuando se le preguntó acerca de la relación entre los padres, el 20% de los adolescentes dicen que los padres se relacionan mal y tienen puntuaciones más bajas en todos los factores, incluso el PSUA total (M = 0,64, SD = 0,21 vs M = 0,75, SD = 0,18), con $p = 0,001$. Reportan miedo de quedar embarazada 42 % de los adolescentes, y éstos obtuvieron calificaciones más bajas en todos los factores y PSUA total (M = 0,68, SD = 0,21 vs M = 0,76, SD = 0,17), con $p = 0,004$. En cuanto al comportamiento de la prueba, el 46% reportó haber consumido alcohol, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el respeto total de PSUA en comparación con aquellos que nunca habían experimentado. Esto es igualmente cierto para el 17,8 % que ya había experimentado con el tabaco.

Conclusiones. En general los adolescentes con las conductas de riesgo en la dieta y con el miedo de quedar embarazada puntuaron significativamente más bajo en el PSUA. La mala relación entre los padres está relacionada también con los valores menos saludables de PSUA. Así pues, el PSUA aparece como una herramienta valiosa en la identificación de los adolescentes con perfiles insalubres, y en la individualización de las áreas de mayor riesgo.