

COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL XXV CONGRESO DE PAMPLONA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

COMUNICACIONES PREMIADAS

1^{ER} PREMIO

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES EN LA FRECUENCIA Y LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Medrano López R, Pérez Alonso J, Liqueste Arauzo L, Suárez Rodríguez, MA, Zulueta Garicano, CM. *CS Pintor Oliva. Palencia.*

Introducción: La Formación en adolescencia de los Profesionales de Atención Primaria es clave. En este trabajo cuantificamos el impacto de una intervención por parte de Enfermería en una consulta de Pediatría. Comparamos los resultados del grupo de Intervención con otros dos que carecían de tal intervención durante el mismo periodo. La intervención consistía en una toma de contacto a los 12 años y en una entrevista estructurada a solas con el adolescente entre los 13 y 14 años e intervención posterior, si se requería. **Objetivos:** Conocer el impacto de una intervención preventiva en la adolescencia en la frecuencia y motivos de consulta de los adolescentes en Pediatría.

Material y métodos: Estudio transversal de periodo, experimental y analítico con diseño de grupo de control. Muestreo estratificado y balanceado entre grupo de Intervención y no. Variables analizadas: número y motivos de consulta en AP en 2018 en adolescentes de 12 a 14 años de 2 centros de salud de 2 ciudades españolas con población similar. Grupo intervención=79, grupo control=161. SPSS v.15 y Epidat v.4. **Resultados:** Media de edad: 12,18±0,6 años y el 45% eran varones, sin diferencias entre ambos grupos. La media de visitas en 2018 fue: 4,88 ±2,9. El motivo de consulta más frecuente fue preventivo, seguido de infecciones banales y de traumatismos. El grupo de Intervención presentó una media de consultas inferior al del grupo control en el mismo periodo (3,7 [DT 2] frente a 5,5 [DT 3,1], $RV > 0,001$) sin presentar cambios en la media con la edad. Aunque globalmente el grupo control presentó una media de consultas superior la mayoría de las consultas se concentraron en el colectivo de 12 años con una tendencia descendente con la edad (12 años: M: 5,35±3, 13 años: 3,42±3 y 14 años: 1,67±0,9). En el grupo de Intervención hubo una menor incidencia de visitas por causas digestivas [5,1% frente al 19,3% ($RV=4,5$; IC95: 1,5-13,2)] y una mayor incidencia de visitas por motivos Ginecológicos [10,1% frente al 2,9% ($RV=3,5$; IC95: 1,2-10,3)] y Psiquiátricos [19% versus 4,1% ($RV=4,6$; IC95: 2-11)]. **Conclusiones:** La intervención Preventiva por Enfermería en adolescentes ocasiona un cambio en el patrón de consultas y en sus motivos. El incremento en las consultas ginecológicas y psiquiátricas demuestra la confianza que depositan los adolescentes en Enfermería y un modelo de Prevención.

2^º PREMIO

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA GRUPAL CONTRA LA OBESIDAD

Marqués Cabrero, A, Remedios Mateo, L, González Vergaz, A, Sánchez Salado, L, Sánchez Escudero, V. *Hospital Universitario Severo Ochoa.*

Introducción: La obesidad es el trastorno nutricional más frecuente durante la adolescencia. El incremento de su prevalencia ha puesto de manifiesto las numerosas comorbilidades asociadas. **Objetivos:** Analizar las características clínicas y analíticas de una población de adolescentes obesos. Valorar la respuesta al tratamiento con pautas de hábitos saludables en entrevistas regladas. **Material y métodos:** Adolescentes obesos que completaron un año de tratamiento grupal. Se analizaron al inicio y al año variables clínicas y analíticas: peso (kg), talla (m) IMC (kg/m^2) en valores absolutos y en desviaciones estándar (DE), perímetro de cintura, tensión arterial, impedanciometría (Tanita

313 TB), e insulina (electroquimioluminiscencia). Se diagnosticó síndrome metabólico (SM) según los criterios de la Federación Internacional de Diabetes. Se determinaron mediante cuestionario, hábitos de alimentación y actividad física. **Resultados:** Se incluyen 32 pacientes (56,3% mujeres) con una edad media de 12,49(±0,3) años, todos ellos puberales, 19,75% Tanner V, con IMC de 28,99 (±3,87) y DE 3,89 (±1,5). Cuatro de ellos presentan SM (50% varones). Al año, la edad media era 13,72 (±2,9) años, 31,25% Tanner V, con IMC 29,16 (±4,33) kg/m^2 y DE 3,25 (±1,59). Cinco pacientes presentaban SM, (60% varones), dos de ellos ya lo presentaban basalmente, y el 18,75% ya no presentaban obesidad. Observamos una mejoría estadísticamente significativa al año en las DE del IMC ($p < 0,001$), un incremento de la Masa magra (Kg) de 44,26 (±9,96) a 51,09 (±11,03) ($p < 0,0001$), una disminución del porcentaje de Masa grasa de 37,45(±6,28) a 34,11 (±7,21) ($p < 0,0001$), y una disminución del perímetro abdominal (cm) de 99,46 (±8,65) a 91,00 (±8,36) ($p < 0,024$). Los pacientes con SM presentaron una obesidad mayor DE 4,86 (±1,46) y una menor disminución DE del IMC3, 50 (±1,54) tras tratamiento. Existe un aumento de CHDL 49,29mg/dl (±13,05) a 52,61(±14,68) ($p < 0,017$) pero un incremento en la glucemia basal (mg/dl) 94,09 (±7,21) a 97,91 (±10,06) ($p < 0,043$), aunque tres pacientes normalizaron SOG al año. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de triglicéridos, insulina ni HOMA. **Conclusiones:** Tras terapia grupal se objetivó una mejoría en cuanto a los parámetros clínicos y analíticos, con disminución del riesgo de desarrollar comorbilidades a largo plazo.

CALIDAD DE VIDA

DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE E INTEGRACIÓN EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Compains Beaumont, B. *EAP Navarra.* La pediatría de atención primaria es frecuentemente el marco adecuado donde detectar problemas de desarrollo madurativo y social en cualquier edad. La adolescencia temprana tiene un control específico que es la revisión de los 14 años donde realizar esta detección. Habitualmente conocemos ya a estos niños y niñas y a sus familias por lo que simplemente nos corresponde hacer una labor de apoyo. No obstante en algunos casos se da un cambio cualitativo y cuantitativo de la problemática ya existente. En estos casos hay que trabajar en nuevas valoraciones e intervenciones. Este trabajo está diseñado para ver qué porcentaje de niños y niñas presentan problemas de desarrollo/adaptación en esta etapa. Interesa ver cuántos de estos debutan en esta edad y cuántos ya están detectados en etapas previas. Interesa así mismo saber que diagnósticos clínicos y funcionales están realizados en estos casos. También nos interesa saber de qué recursos específicos disponemos para la valoración e intervención. Para recopilar estos datos partimos de una población de 200 niños y niñas pertenecientes a dos quintas (nacidos en 2004 y 2005). Recogeremos datos de forma retrospectiva a través de revisión de la historia clínica y también enviaremos una encuesta por correo postal para ser respondida por las familias. La hipótesis es que al menos un 20% de los niños y niñas presentan o han presentado en la primaria y/o secundaria, problemas de desarrollo y han necesitado apoyos puntuales y/o permanentes. Queremos saber también que porcentaje de estos han debutado directamente en esta etapa habiendo pasado desapercibidos en la primera infancia. Suponemos también que hay un porcentaje de estos niños que no han completado el proceso que les permite tener un diagnóstico clínico o funcional. Por otro lado no sabemos en qué porcentaje las familias han recurrido a recursos y servicios específicos tanto en la red pública como en la privada. Por último veremos cuántos de estos niños tienen reconocida una dependencia o discapacidad. Disponemos de algunos

datos que hablan de uno de 4 niños de secundaria ha repetido. Y sabemos que los recursos específicos resultan muy difíciles.

HERRAMIENTAS EFICACES PARA EL ACOSO ESCOLAR. Meléndez Ridao, A. *Universidad de Sevilla/Ayuntamiento de Sevilla*. El acoso escolar es una problemática muy presente en nuestras vidas, siendo este uno de los problemas más abordados en España. Este se produce por diversas causas que conlleva a que el menor víctima pueda padecer problemas tanto físicos como psíquicos, incluso en algunos casos llegan al suicidio. La violencia por acoso o ciberacoso provoca un impacto negativo en el desarrollo emocional de los menores. Es de suma importancia frenar este tipo de acoso para que la víctima no sufra las graves consecuencias que puede desencadenar en conflictos sociales. Se presentan datos de un estudio elaborado por el Observatorio para España de la ONG Internacional Bullying Sin Frontera, donde se refleja un aumento del acoso escolar en nuestro país. Se mencionan los diez países con mayor cantidad de suicidios en la Unión Europea, siendo un total de 1.054 de casos fueron denunciados en 2017 en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad españolas, existiendo una variación de 11'65% en relación al año anterior. Como enfoque de prevención podemos decir que la mediación escolar entre otros enfoques se convierte en una oportunidad de aprendizaje, donde el alumno entrenado adquiere formación en resolución de conflicto, así como para reconocer situaciones de gravedad que derivará a un adulto. Los alumnos que participen el proceso de mediación aprenden a cómo resolver los conflictos de forma pacífica. En el caso que se produzca algún caso de acoso escolar esto se detectará con mayor rapidez, no produciéndose así el fenómeno de espectadores entre otros actores implicados, ya que estos poseen herramientas suficientes para poder denunciar y hacer frente a este tipo de situaciones. Es por ello que el trabajo a realizar con los menores debe dirigirse a promover determinadas habilidades sociales que les permitan comunicarse de forma más efectiva.

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE TRANSICIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE GRUPO I. Pérez Pascual, M, Royo Gómez, M, Granados Molina, A, Prados Álvarez, M, De la Orden Izquierdo, E. *Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid*. **Introducción y objetivos:** Desde el servicio de pediatría de nuestro hospital somos conscientes de las consecuencias de una mala gestión de la transición de niño a adulto. Nuestro objetivo principal fue el diseño e implantación de un proceso de transición del paciente adolescente. **Material y métodos:** Se realizó un cronograma: 2 meses de desarrollo general, 2 meses de desarrollo específico por cada ACE y 2 meses para la integración en el sistema de información y organización de la actividad asistencial. Para la monitorización de la implantación se definieron indicadores en relación con el paciente, actividad y de calidad percibida. El proyecto se inició en Junio de 2018 y comenzó su implantación en Diciembre de 2018. **Resultados:** Fase de diseño general se presentó el proyecto a los interesados, se diseñaron los formularios específicos de la historia clínica electrónica (valoración de madurez y otro para resumen clínico) y se crearon las prestaciones de primeras consultas y sucesivas en el sistema informático. Posteriormente se realizó un desarrollo específico por cada ACE con sus indicadores. Inicialmente el pediatra realiza una valoración de la madurez del paciente y posteriormente se realiza una visita conjunta de transición con el especialista de adultos. Hasta el momento se han planificado 36 transiciones. La edad media de inicio es 16,5 años (15,6-17,1 años) con una madurez media 3,6 (2,7-4,6). Por especialidades: gastroenterología 15 pacientes, endocrinología 11, nefrología 5, neurología 4 y pediatría general 1. En general,

la transición se ha realizado en 1-2 consultas. **Conclusiones:** El paso del paciente con patología crónica desde pediatría a adultos debe realizarse a conciencia y con una buena planificación. El éxito de un correcto seguimiento y de una buena adherencia terapéutica dependen en gran medida de la confianza que el pediatra sepa transmitir en este proceso tanto a los adolescentes como a sus familias. Para este año 2020 queremos focalizarnos en objetivar la calidad percibida del proceso de transición por nuestros adolescentes, mediante encuestas de satisfacción (*Net Promoter Score*).

ACTITUD DEL PADRE ADOLESCENTE ANTE EL EMBARAZO. IMPACTO PSICOLÓGICO / FAMILIAR. E. Rodríguez G, E. Gómez R. *Hospital Universitario Central de Maracay, Aragua, Sur América, Venezuela*. **Introducción:** Ser padre en edad adolescente es multicausal, intervienen no solo sus características psicológicas, sino también las influencias ejercidas por la familia, la sociedad y los grupos de pertenencia. Debe ser comprendida como parte del conjunto de determinantes del estilo de vida adolescente. **Objetivo:** Determinar la actitud del padre adolescente ante el embarazo, según el impacto psicológico/familiar. **Método:** descriptivo y transversal. Población: 230 padres adolescentes, edad 15-19 años, consentimiento de participar, 2019. Entrevista abierta. Recolección de datos: Características propias de vida: edad, nivel académico, estudio, trabajo, estado civil, edad (pareja adolescente). Inicio de actividad sexual (AS) para ambos, tiempo de unión. Factores sociales: estructura de familia, nivel socioeconómico, apoyo familiar/educación (seguridad) y emocional (aceptación/conflicto). Actitud del adolescente, en relación a capacidad y disposición para hacer frente al embarazo y su impacto psicológico. Técnicas de estadística descriptiva, análisis Epi-info. **Resultados:** edad promedio 17 años, inicio AS 15,5 ±1,0 años (varón) y 12,5 años (hembra). Edad promedio pareja (embarazada) 15,5 años. 74,78% solteros. 46,95% menos de un año de relación. Educación deficiente 34,77%. Bachiller 23,04% Estudian 24,34%. Estudia/trabaja 17,82%. Trabaja 27,82% mayoría eventual, y no estudia/ni trabaja 30%. Casi todos en estrato socioeconómico pobreza. Estructura familiar 33,91% (madre). Mayoría no permanece en sistema educativo con sustento de familia, 30,43% recibe seguridad educativa. Riesgo alto en apoyo económico/educación. 76,08% señalaron que la situación del embarazo ocasionó actitud familiar conflictiva, tensión e inestabilidad de pareja. ($p < 0,05$). Poco o ninguna solución por parte de familia. (65,21%). 89 padres tienen capacidad de afrontamiento ante el embarazo, 18,26% optimistas y con esperanza, 20,43% buscan soluciones con visión positiva. El resto (141 padres) señaló: ser pesimista y negativo (26,95%), prefieren escape o evitar hacer frente al embarazo (34,34%) ($P < 0,05$). Están dispuestos a vivir con propósito (38,69%), asumir la responsabilidad (32,17%) y aceptarse (29,13%). Preocupación e inquietud por pérdida de libertad previa, escolaridad y estatus ante los pares, aislamiento social. **Conclusiones:** la actitud del padre adolescente ante el embarazo reveló alta preocupación, desánimo e inquietud por pérdida de libertad, relacionado al escaso apoyo económico/emocional de su familia/pareja e inseguridad educativa. Aunque están dispuesto a vivir con propósito, optimismo y esperanza.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR OBSTRUCCIÓN NASAL EN LA ADOLESCENCIA, SERIE DE CASOS. Zafra Anta, MA, Bravo Díaz, A, Santos Duque, B, Fernández Manso, B, Vela Cepeda, R. *Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid*. **Introducción y objetivos:** La obstrucción crónica de la vía aérea superior determina consecuencias funcionales, en el desarrollo del niño y adolescente, y en su calidad de vida. La insuficiencia respiratoria nasal (IRN) puede ser infravalorada e infratratada. En ocasiones precisa un procedimiento quirúrgico

por la especialidad de ORL. Estudiar las indicaciones de tratamiento quirúrgico en adolescentes con obstrucción nasal crónica (excluyendo adenoamigdalectomía), así como las enfermedades asociadas, y las complicaciones de la cirugía. **Pacientes y Metodología:** Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico. Población: adolescentes (10-19 años) operados por patología nasal con obstrucción uni o bilateral. Años 2015-2016. Aprobado por el comité de ética en investigación. **Resultados:** Se operaron 21 pacientes en 2 años. Edad en la cirugía: media 17,42 (12-19); 7 chicas (33,3%), resto varones. Indicaciones: IRN y desviación septal en 8 (38,1%), IRN con pólipos nasales en 5 (23,8%), 4 deformidad nasal, 3 laterorrinia postraumatismo, 1 cgía nasal previa. Comorbilidades o enfermedades asociadas: rinitis 14 (66,7%), alergia a neuroalérgenos 9 (42,85%), asma 4 (19,04). Edad de la consulta inicial: a los 11 años de edad (1 caso), a los 15-16 (4), resto a los 17-18. Estudios realizados: endoscopia, de imagen (TC en 6); otros: analítica, estudio de alergia, test de sudor. Técnicas ORL: septorhinoplastia abierta o cerrada, turbinoplastia, otros tratamientos. Reintervenciones: 4, solo una antes de 1 año tras cirugía. Solo 1 caso de evolución parcialmente no favorable. Limitación: carácter retrospectivo, la casuística se refiere a la de un hospital de mediana complejidad. **Comentarios:** La cirugía por obstrucción nasal no es infrecuente en la población adolescente. Se suele demorar hasta los 18 años en el caso de que se requieran reconstrucciones del tabique. Entre los pacientes de más edad, la existencia de poliposis se asocia sobre todo a rinitis.

PROYECTO TRAMAS: TRABAJO EN RED CON MENORES EN SITUACIONES DE RIESGO EN LA PROVINCIA DE ALBACETE. Rodríguez Cambrero I, Campayo Toledo MF, Peinado Rosa M,I, Soria Sánchez I, Páez González R. *Centro de salud 5 B Albacete.* **Introducción:** Es un proyecto de trabajo en red colaborativo que nace en la provincia de Albacete por un grupo de profesionales de distintos ámbitos (Sanidad, Educación, Servicios Sociales, Instituto de la mujer y Protección de menores) para abordar situaciones graves de alto de riesgo biopsicosocial **Objetivos:** Abordar una metodología conjunta y consensuada de intervención, a través de encuentros presenciales periódicos de todos los profesionales que atienden un caso de riesgo grave y complejo. Y también realizar acciones formativas para difundir la metodología del trabajo en Red en ámbitos de atención a Menores y enriquecer la forma de trabajo de TRAMAS. **Métodos:** TRAMAS trabaja en la metodología de construcción de caso. Se elabora una narrativa común, se comparte el problema, se formulan hipótesis sobre el origen y los factores que mantienen la cronificación del caso y se llegan a acuerdos sobre las estrategias de intervención. Resultados: Un grupo de 11 profesionales forman el equipo técnico de Tramas (ET). La red de profesionales de la provincia propone al ET casos al proyecto través de un formulario con unos criterios de inclusión y exclusión y con el consenso de al menos tres instituciones. Dos miembros de ET son designados para la construcción del caso y se convoca al Equipo de caso (EC) que se compone por todos los profesionales que han intervenido con el menor a través de un diálogo dirigido por el ET con reuniones periódicas, secuenciadas y documentadas en fichas de seguimiento con la finalidad de realizar por escrito acuerdos consensuados sobre estrategias de intervención. Entre 2015-2019 se atendieron 22 casos de menores entre 5 y 16 años en situaciones complejas y graves de los que siguen abiertos 10 y en los que han participado 77 profesionales. **Conclusión:** Con una idea de horizontalidad, ha mejorado la confianza y la relación interinstitucional entre servicios de atención directa con una optimización de recursos y ha permitido más motivación entre los profesionales de red. Y globalmente han mejorado los indicadores de gravedad de los casos.

CASO CLÍNICO. SALUD, NO SOLO BIENESTAR FÍSICO. Barrabés Solanes MV, Santana Alviz S, Carrión García C. *Centro de Salud Barañain II.* **Introducción:** Durante la adolescencia, nuestros pacientes presentan muchos cambios tanto físicos como emocionales. La mayoría de veces, solo consultan por patologías físicas, sin embargo también debemos estar preparados para manejar patologías de la esfera psico-social que interfieren con su vida diaria. **Caso clínico: Anamnesis:** Paciente de 15 años, sin antecedentes de interés. Desde su nacimiento vive con su abuela, su madre (15 años mayor que el paciente) prefirió no hacerse cargo de él de forma fija, pero a temporadas va a vivir con él y con la abuela, nunca ha conocido a su padre. Actualmente su abuela nos comenta que presenta conductas hipersexualizadas, así como explosiones de ira en casa que desencadenan agresiones verbales y físicas contra objetos del hogar, posteriormente se arrepiente. Su abuela está desbordada y desde hace un año presenta una enfermedad grave. **Exploración psicopatológica:** a destacar alteraciones conductuales (explosiones de ira) dirigidas a su abuela, hipotimia esporádica, inquietud psicomotriz y necesidad del paciente a vincularse a espacios seguros, resto normal. Se decide derivación a salud mental infantojuvenil, donde se diagnosticó de: Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido. Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares **Evolución y tratamiento:** Se decide derivar a hospital de día, su plan de tratamiento incluye principalmente: Establecimiento de límites y consecuencias, aumentar tolerancia a la frustración y respetar las normas. Abordaje farmacológico. Realizar intervención familiar (educador, residencia de menores) que permita a su abuela disminuir los cuidados. **Conclusiones:** Necesidad de tratar al adolescente en todas sus esferas, bio-psyco-social-espiritual. Formarnos durante la residencia para saber realizar un buen abordaje en estas esferas. Conocer los recursos que podemos activar y movilizar para mejorar las condiciones del adolescente, así como de las personas que le rodean y su entorno.

INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS EN ADOLESCENTES INMIGRANTES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS. Álvarez Zallo N⁽¹⁾, Prim Jaurrieta P⁽²⁾, Aznárez Sanado N⁽³⁾, García Blanco L⁽⁴⁾, Iribarren S⁽⁵⁾. *Consultorio Azagra-Andosilla.* **Introducción:** La adolescencia es una etapa de transición de vital importancia en el desarrollo de la identidad subjetiva. En la conformación de esta identidad juegan un papel crítico la influencia y los valores de la familia, las creencias religiosas, el entorno y las amistades. En los últimos años en Navarra, se ha observado un aumento progresivo en la llegada de inmigrantes. El choque cultural que sufren estos adolescentes podría contribuir al desarrollo de patología psiquiátrica. **Caso 1:** Adolescente de 13 años procedente del Sahara con residencia en España desde hace 6 meses, consulta por enuresis en los últimos meses y miedo a los fantasmas, así como preocupación excesiva por la muerte. En la anamnesis llama la atención que necesita dormir con su madre o con luces encendidas por miedo a los fantasmas y al diablo. La familia explica que en la cultura árabe existen fantasmas buenos y malos y que con la repetición de determinadas palabras desaparecen. Exploración psicopatológica normal. En el momento actual se está trabajando sobre la emoción del miedo, psicoeducación sobre la ansiedad y estrategias de regulación de emociones. Ha presentado leve mejoría en las 2 últimas semanas. **Caso 2:** Adolescente de 14 años de origen marroquí que presenta varios episodios de desconexión sin respuesta al dolor y constantes normales. Tras una hora se recupera espontáneamente. Se realiza analítica, tóxicos, ECG, TAC craneal, EKG descartando patología orgánica. Se interroga a la familia y a la paciente negando dificultades en ningún

ámbito. Tras varias entrevistas, finalmente reconocen que la paciente esta poseída por un fantasma malo (jinn) y que próximamente viajarán a Marruecos para ser tratada por un Iman. Con mucha reticencia por la paciente y la familia, se le remite a Salud Mental por sospecha de trastorno conversivo. La paciente viaja a Marruecos y regresa totalmente recuperada tras ser tratada por un Imán. **Discusión:** El choque cultural y religioso que sufren los adolescentes inmigrantes puede acarrear patología psiquiátrica. En ocasiones las diferencias culturales, así como su desconocimiento y una mala gestión de las mismas, pueden suponer una barrera en el tratamiento de nuestros pacientes. No obstante, conocer sus culturas, indagar en problemas psiquiátricos en nuestros adolescentes inmigrantes es fundamental para su prevención-detección y así poder darles un adecuado tratamiento.

¿POR QUÉ INGRESAN NUESTROS ADOLESCENTES? Pina López MM, Ramos Lacuey B, Echeverría Esandi L, Ilundain López de Munain A, Rupérez García E. *Complejo Hospitalario de Navarra*. **Introducción y objetivos:** La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que se produce entre la niñez y la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de un grupo de edad en el que la hospitalización es poco frecuente. El objetivo de este estudio es conocer los motivos de ingreso de la población adolescente en el área de Pamplona. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes entre 10 y 15 años que han requerido ingreso en el Complejo Hospitalario de Navarra durante 2019. Se recogieron las siguientes variables: número de ingresos, sexo, distribución por meses, servicio responsable, ingreso urgente o programado y el diagnóstico al alta. **Resultados:** En 2019 hubo un total de 660 ingresos de niños entre 10 y 15 años. 324 fueron varones y 336 mujeres. La media fue de 55 niños por mes, siendo los meses de más ingresos enero, mayo y septiembre. La mayoría de los pacientes fueron ingresados a cargo de Pediatría (235), seguido de Cirugía Pediátrica (142) y Traumatología (133). También hubo hospitalizaciones a cargo de Otorrinolaringología (60), Cirugía Maxilofacial (31), Oftalmología (19), Cirugía Plástica (18), Psiquiatría (15), Cardiología (4) y Anestesia (2). De todos ellos, 356 se realizaron de manera urgente y 304 de manera programada. En cuanto a los ingresos a cargo de Pediatría, la mayoría fueron por motivos orgánicos, entre los que destacan: causas infecciosas (61), procesos oncológicos (45), asma (9), diabetes (8) y otros (85). Además, podemos diferenciar procesos psiquiátricos (8), patología abdominal inespecífica (9) y patología neurológica inespecífica (10). En el resto de especialidades las patologías que más se repiten son apendicitis agudas, intervención de fracturas, correcciones palatinas, adenoidectomías y amigdalectomías, estrabismos, otoplastias. **Conclusiones:** La patología infecciosa, oncológica, la apendicitis aguda y el tratamiento quirúrgico de las fracturas son los principales motivos de hospitalización en adolescentes. Las dolencias psicoafectivas están aumentando en la adolescencia, pero la patología orgánica sigue siendo el principal motivo de ingreso.

ENDOCRINO

HIPERPROLACTINOMA EN VARÓN ADOLESCENTE. Pérez Pascual, M, Sánchez Salado, L, Díaz Tardón, S, Ruiz García, E, Royo Gómez, M. *Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid*. **Introducción:** El retraso puberal en el varón pasados los 14 años (15 años en aquellos con antecedentes de retraso puberal) debe ser estudiado. La hiperprolactinemia es una de sus causas y obliga a descartar, en un primer momento, situaciones fisiológicas, fármacos y tóxicos (cocaína, cannabis), siendo el origen patológico infrecuente en la infancia. **Caso clínico:** Niño de 15 años y 6 meses con retraso puberal y estancamiento estatural. Talla en percentil 75 hasta los 11 años, con caída

hasta percentil 3 actual. Curva ponderal estable (p50). Talla genética 176,3cm. Pubarquia a los 12 años y axilarquia a los 13 años sin crecimiento de testes. No cambios de voz, no acné facial. No anosmia. No medicación en el momento actual. No refiere antecedente de criptorquidia/cirugía /RT/traumatismo. Episodio autolimitado de galactorrea en mayo 2017, estudio ecográfico normal. No realizada prolactina. **Exploración:** fenotipo armónico. Tanner: testes 3 cc en bolsas, pubarquia 3. Resto normal. Edad ósea: Acorde. Analítica: ACTH 36.10 pg/ml, FSH 1.19 mUI/ml, LH <0.07 mUI/ml, Estradiol 17-Beta <11.80 pg/ml, Prolactina 839.40 ng/ml, Parathormona Intacta 47.00 pg/ml, IGFBP-3 3.86, Androstendiona Delta-4 1.61 ng/ml, Cortisol ug/dL 21.61, Hidroxiprogesterona 17-alfa ng/ml 0.42, IGF-I 125.00ng/ml, TSH 2.61UI/ml, T4libre 1.14ng/dl. RM craneal: Tumoración hipofisaria compatible con macroadenoma quístico. Cariotipo, campo visual e interconsulta a cardiología normales. Se inicia tratamiento con cabergolina realizándose control analítico y prueba de imagen al mes, objetivándose disminución de tamaño de la lesión intraselar y valores de prolactina 4.19 ng/ml. Controles analíticos y RNM posteriores, normales. A los 6 meses de iniciado en tratamiento el paciente inicia pubertad. Última revisión 16 años y 10 meses (15 meses de cabergolina): niveles de testosterona duplicados. Prolactina normal. Talla en p10, velocidad de crecimiento en de 5,3 cm/año. Testes de 10 ml de Prader. **Discusión:** El hiperprolactinoma es causa infrecuente de retraso puberal en el adolescente. Cifras de prolactina superiores a 400-500 ng/dl es sugestivo de macroprolactinoma (<1cm) y obliga a realizar prueba de imagen (RNM). El tratamiento médico es la primera opción para reducir el tamaño y normalizar en eje hipofiso-gonadal.

HIRSUTISMO EN EL ADOLESCENTE. López Menau, MC⁽¹⁾, Martínez López, E⁽¹⁾, Corredor Andrés, B⁽²⁾, Villalba Castaño, C⁽²⁾. *Hospital Virgen de la Salud (Toledo) Pediatría y Endocrinología*. **Introducción:** El hirsutismo es una preocupación estética para las adolescentes, pudiendo ser un síntoma de patología subyacente o secundario a tratamiento farmacológico. **Caso clínico:** Adolescente de 15 años en seguimiento neurológico por esclerosis tuberosa en tratamiento con valproato sódico (VPA) y oxcarbazepina desde los 18 meses de vida por crisis epilépticas. Consulta por ciclos menstruales irregulares, un ciclo cada 2 meses, ganancia ponderal y aumento progresivo del vello corporal desde los 6 años y medio. **Antecedentes personales:** Embarazo normal y parto eutócico a las 36 semanas. PRN 2350g (-0.45 DE), LRN 45cm (-0.77 DE). Menarquia: 12 años. Discapacidad intelectual. Angiomiolipomas renales, túberes craneales, no rabiomas cardiacos. Exploración física: Peso: 62.5kg (0.59DE). Talla: 154.4cm (-1.24 DE). IMC: 26.22% (1.47DE). Tanner V. TA:110/73. Acné facial, angiofibromas faciales. Escala de Ferriman-Gallwey modificada: 20 puntos, acantosis nigricans en pliegues. Resto anodino. Ante la sospecha de síndrome ovario poliquístico (SOP), se solicitan las siguientes pruebas: Hemograma: normal. Función hepatorrenal: normal. Lipidograma: TG:206mg/dl (>130 mg/dl), Colesterol-LDL:78 mg/dl (>130mg/dl). Glucosa:92mg/dl e Insulina:30.6 mUI/L. HOMA-IR: 6.8. Estudio hormonal basal: TSH:0.836 µU/ml(0,5-4,5), T4L: 0.92ng/dl(0,4-1,4), Prolactina (PRL): 50.24ng/ml (<20), Testosterona:0.64ng/ml(0,1-0,8ng/ml), SHBG:19.4nmol/l(20-140 nmol/l), Índice de andrógenos libre: 0,02 (N<5), androstendiona:7.6ng/ml(0,5-4,7ng/ml), DHEA-S: 134.7µg/dl(120-360µg/dl), 17-hidroxiprogesterona: 1.31ng/ml(0,1-1,5ng/ml). Ecografía pélvica sin hallazgos significativos. Al descartarse patología secundaria, se atribuye el hirsutismo clínico como efectos secundarios de VPA descritos en la literatura. Se cambia terapia antiepiléptica a lamotrigina junto con oxcarbamazepina y se recomiendan medidas higiénico-dietéticas. A los dos meses tras suspensión VPA se reali-

za control analítico presentando una mejora con descenso del índice HOMA y PRL. Actualmente en tratamiento únicamente con medidas higiénico-dietéticas. **Conclusiones:** Se han demostrado numerosos efectos secundario metabólicos, al VPA, por eso en adolescentes se debe buscar otra alternativa terapéutica. Los ACO junto con la dieta y ejercicio sería el tratamiento de elección para SOP. Sin embargo, los ACO están contraindicados en pacientes con antiepilépticos. Una alternativa terapéutica sería el uso de progestágenos sin estrógenos con acción antiandrogénica como la drospirona. Actualmente no está comercializado, pero está pendiente su comercialización a lo largo del 2020.

CASO CLÍNICO. CEGUERA SECUNDARIA A MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

María Victoria Barrabés Solanes MV, Santana Alviz S, Manuel Latasa Arina J, Aranzuri Irigaray A. *Centro de Salud Barañain II.*

Introducción: Durante la adolescencia, los pacientes con DM tipo I pueden empezar a sentirse diferentes a los demás. También pueden sentir que les limita respecto a actividades sociales por lo que pueden descuidar su tratamiento. **Caso clínico: Anamnesis:** Paciente de 15 años, DM tipo I desde hace 6 años, en seguimiento irregular por Endocrinología pediátrica, mal control glucémico, precisando 2 ingresos por cetoacidosis diabética en el último año. Actualmente refiere empeoramiento brusco de agudeza visual (AV) asociada a cefalea de 72 horas de evolución. Asocia mal control glucémico los últimos días, alterando episodios de glucemia <75 y > 400, tras los cuales notaba empeoramiento de AV. No diplopía ni focalidad neurológica. No otros síntomas por aparatos. **Exploración física:** Estable hemodinámicamente. Afebril. Glucemia capilar: 99 Buen estado general, ACP normal, abdomen normal, exploración neurológica normal. Agudeza visual: Ve luces. Cuenta dedos. 0.05 bilateral, no mejora con esteno-peico. Se realiza valoración por Oftalmología con diagnóstico de: Papiledema bilateral y desprendimientos maculares neurosensoriales.

Evolución y tratamiento: Se realiza analítica de sangre, TC craneal normales. Se decide ingreso para estudio y control glucémico. Tras 5 días con buen control glucémico, se objetiva mejoría espontánea de las lesiones maculares y retinianas y recuperación de agudeza visual.

Conclusiones: Importancia del seguimiento y aportar conciencia de enfermedad en el adolescente con una enfermedad crónica. Informar de que se producen cambios en los requerimientos de insulina en esta etapa. Explicar situaciones que pueden elevar (estrés) y disminuir (exceso de alcohol) la glucemia en sangre, para adecuar el tratamiento. Necesidad de seguimiento frecuente para evitar descompensaciones y ayudar en el ajuste del tratamiento durante la adolescencia

ADOLESCENTE CON TUMORACIÓN LATEROCERVICAL DERECHA

Liquete Marín L., García Jiménez A., Porter Almaraz M.T., Hidalgo Vicario M.I., González Rodríguez P. *Hospital Universitario La Paz.*

Introducción: El 2% de los niños y adolescentes tienen nódulos tiroideos palpables. La mayoría son benignos (lesiones inflamatorias o adenomas foliculares), aunque algunos son malignos. **Caso clínico:** Mujer de 15 años. Consulta a su pediatra de AP por tumoración dolorosa laterocervical derecha, sin otra clínica. No antecedentes familiares ni personales de interés. Exploración física: Adenopatía laterocervical izquierda de aproximadamente 1 cm. No bocio, nódulo cervical anterior izquierdo, desplazable a la deglución, de aproximadamente 1'5 cm. Adenopatías menores de 1 cm laterocervicales y submandibulares bilaterales. Resto sin alteraciones. **Exámenes complementarios:** Analítica normal, incluyendo hormonas tiroideas. La ecografía cervical en centro de salud muestra glándula tiroidea de tamaño normal con nódulo hipoecogénico en lóbulo tiroideo izquierdo de contornos lobulados con microcalcificaciones en su interior que asocia lesión

adyacente nodular heterogénea que impresiona de adenopatía con criterios de sospecha. Se realiza PAAF para diagnóstico citológico.

Diagnóstico: Células patológicas sugerentes de carcinoma papilar de tiroides. **Tratamiento:** Tiroidectomía total con vaciamiento de cadena recurrential y radioablación, preservando tres glándulas paratiroides.

Evolución: La anatomía patológica de la pieza quirúrgica se definió como "carcinoma papilar clásico de 14 mm sin permeación linfvascular ni perineural, el ganglio linfático pretraqueal muestra metástasis de carcinoma papilar de tiroides así como uno de los cuatro ganglios linfáticos aislados en el vaciamiento recurrential". Se realiza gammagrafía de rastreo postradioablación con I131 como estudio de extensión, sin hallazgos reseñables. Se estadifica en T1N1bM0 (riesgo intermedio). Tras la cirugía presenta hipoparatiroidismo transitorio, tratado con calcio (actualmente suspendido). Permanece asintomática, en tratamiento con levotiroxina. **Discusión:** La glándula tiroidea es especialmente susceptible a la radiación y carcinogénesis, sobre todo en niños. El carcinoma de tiroides es el tumor endocrino de cabeza y cuello más frecuente en niños. La mayoría son carcinomas papilares y se presentan en adolescentes. La presentación más habitual es un nódulo tiroideo asintomático y normofuncionante. Estos tumores suelen ser más agresivos que en adultos, presentándose como enfermedad más avanzada y con mayores tasas de recurrencia en la primera década. A pesar de todas estas características suelen tener buen pronóstico. Tras la tiroidectomía, la radioablación se reserva para pacientes de riesgo intermedio o alto.

CASO CLÍNICO. SÍNDROME DE TURNER, MÁS ALLÁ DE LA TALLA BAJA.

Remedios Mateo, L, Marques Cabrero, A, Sánchez Escudero, V, González Vergaz, A, Rayo Fernández, A. *Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganes (Madrid).*

Introducción: El síndrome de Turner es una enfermedad causada por alteración completa o parcial del cromosoma X. Las manifestaciones clínicas más comunes son talla baja, disfunción gonadal, malformaciones cardíacas, renales y determinados rasgos fenotípicos. Es frecuente que asocien hipertransaminasemia de etiología multifactorial. La presencia de fibrosis hepática en estas pacientes ha sido poco documentada. **Caso Clínico:** Mujer de 14 años con síndrome de Turner, diagnosticada en estudio por talla baja, que recibe tratamiento con hormona de crecimiento desde los 4,7 hasta los 9,5 años y suspendido por escasa respuesta y niveles de IGF1 en +2 DS. A los 5 años de vida, se objetiva hipertransaminasemia y esteatosis hepática en estudio ecográfico. Se realiza despistaje de hepatitis descartándose etiología viral, autoinmune, enfermedad celíaca, enfermedad de Wilson, hemocromatosis y déficit de alfa-1-antitripsina. Ante la persistencia de esteatohepatitis se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico sin objetivarse respuesta clínica. Se completa estudio con biopsia hepática, compatible con fibrosis F3. Asocia además obesidad e hipercolesterolemia controlada con modificación en los hábitos de alimentación y ejercicio. A los 12 años, se inicia terapia hormonal sustitutiva con estrógenos transdérmicos con mejoría del perfil hepático, ya desde los primeros 6 meses de tratamiento, **Conclusiones:** En la actualidad existen pocos casos reportados sobre la asociación entre síndrome de Turner y fibrosis hepática, pero se ha descrito un riesgo 5 veces mayor frente a la población general y sin saber el riesgo de evolución a cirrosis. La fisiopatología es por cambios en la microvascularización hepática que condiciona hipoxia tisular, cambios fibróticos y atrofia, pero sin llegar a conocer los mecanismos etiopatogénicos desencadenantes. Se debería realizar una monitorización hepática más estrecha en pacientes con síndrome de Turner, y disminuir aquellos factores de riesgo como son la obesidad que puedan contribuir en la evolución a cirrosis.

GINECOLOGÍA

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN UNA ADOLESCENTE ¿SIEMPRE FUNCIONAL?

Martínez López E, López Menau C, Corredor Andrés B. *Complejo Hospitalario de Toledo*. **Introducción:** El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta. En las adolescentes no debemos olvidar la patología ginecológica entre las causas de dolor abdominal. La torsión ovárica representa un 3% de las causas de dolor pélvico agudo en pediatría, siendo un reto diagnóstico, debido a que su presentación inespecífica. Se manifiesta como dolor abdominal en fosa ilíaca e hipogastrio de inicio brusco o larvado y recurrente. **Caso clínico: Motivo de consulta:** Adolescente de 11 años que consulta por dolor abdominal de tipo cólico en flanco y fosa ilíaca izquierda de 5 horas de evolución sin otra clínica acompañante. Antecedentes familiares y personales: no reseñables. **Exploración física:** Peso 40 kg (-0.21 DE); Talla 146 cm(-0.11DE); IMC 18.8(-0.18DE); TA 111/62; FC 84. Impresiona de dolor. Presenta un abdomen blando y depresible con dolor en fosa ilíaca izquierda donde se palpan restos fecaloideos. Resto exploración anodina. Tanner II. **Evolución:** Es dada de alta al ceder el dolor con analgesia oral con el diagnóstico de dolor abdominal relacionado con estreñimiento. Reconsulta en varias ocasiones manteniéndose el mismo diagnóstico. Tras la quinta consulta, se administra analgesia intravenosa con mejoría clínica y se solicita ecografía abdominal donde destaca: Ovario izquierdo 35cc (>p95) con vascularización conservada con ecogenicidad mixta sin poderse descartar neoplasia primaria de ovario. Tras 12 horas, se realiza ecografía transrectal por ginecólogo experto donde objetivan signos indirectos de torsión ovárica autoresuelta: disminución de volumen ovárico izquierdo, edema peripedículo ovárico con disminución del retorno venoso sin compromiso del flujo arterial. Debido a que la paciente se encuentra asintomática y la autorresolución del cuadro, se da de alta tras observación clínica de 72 horas. **Discusión:** La torsión ovárica se puede presentar en forma de dolor abdominal recurrente. Es importante estar familiarizados con las características ecográficas para poder diagnosticarlo de forma precoz: aumento del tamaño del anejo con excentricidad de los folículos, asociado a adecuada vascularización arterial del anejo en >60%. Recordar que las pacientes que han sufrido una torsión ovárica tienen mayor riesgo de presentar nuevos episodios del mismo ovario o del contralateral.

¿HEMOS MEJORADO?: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD Y INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA ESPAÑOLA.

Liquete Arauzo, L⁽¹⁾, Pérez Ruiz E⁽²⁾, Rodríguez Molinero L⁽³⁾, Marugán De Miguelsanz JM⁽⁴⁾, Ugidos Gutierrez⁽⁵⁾ MD. *CS Pintor Oliva*. **Introducción:** Las tasas de Fecundidad y de IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) en las adolescentes son el reflejo de la Educación Sexual que reciben, de la ley vigente y de los recursos (Centros de Planificación Familiar...) de los que disponen. **Objetivos:** Conocer la evolución de las Tasa de fecundidad y de IVE en ≤ 20 años de una CCAA Española entre 2010 y 2018. Establecer comparativa con Tasas a nivel nacional. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de periodo (2010-2018). Material de estudio: IVE, embarazos llevados a término y datos demográficos procedentes del INE. Se calcularon tasas de fecundidad y de IVE por 1.000 mujeres de 10 a 14 y de 15 a 19 años. Análisis mediante Razón de Tasas. Excel y Epidat 4.0. **Resultados:** Entre las mujeres de 10 a 14 años de nuestra CCAA : las Tasa de Fecundidad y de IVE no han descendido ni han presentado diferencias con las tasas a nivel nacional entre 2010 y 2018. Como excepción, en 2016 la Tasa de IVE de 10 a 14 años de nuestra CCAA fue inferior a la nacional (0,14 frente a 0,35/1.000 mujeres de 10-14 años; RT=0,4 [0,16-0,8]). Entre las jóvenes

de 15 a 19 años de nuestra CCAA: las Tasa de Fecundidad y de IVE han sido inferiores a las nacionales entre 2010 y 2018. Como salvedad en 2016, y en probable relación con el simultáneo descenso de la Tasa de IVE de 10-14 años, la Tasa de Fecundidad de 15-19 años en nuestra CCAA se igualó con la nacional (7,02 frente a 7,34/1.000 mujeres 15-19 años; RT=0,95). En conjunto ambas Tasas, han descendido entre 2010 y 2015. **Conclusiones:** Las Tasas de Fecundidad y de IVE en adolescentes han descendido entre 2010 y 2018 a nivel nacional, y esto se ha atribuido al uso creciente de Anticoncepción de Emergencia y al descenso de la población extranjera. En nuestra CCAA, con escasa población extranjera, las Tasas de IVE y Fecundidad han presentado un descenso entre 2010 y 2015 con un comportamiento estable e incluso creciente en el trienio 2016-2018. Es necesario hacer un análisis más pormenorizado de las causas.

NEUROLOGÍA

¿POR QUÉ NO TENGO FUERZA?

Porter Almaraz M.T., Bravo Queipo de Llano B., Saiz Alía J., González Rodríguez P., Hidalgo Vicario M.I. *Hospital Universitario La Paz*. **Introducción:** Las enfermedades desmielinizantes aparecen en la adolescencia de forma fortuita pudiendo causar gran discapacidad y dependencia. **Caso clínico:** Adolescente varón de 11 años remitido a Urgencias hospitalarias por cuadro de dos días de evolución con pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo -cuádriceps- y posteriormente del miembro superior izquierdo -tríceps- de menor intensidad. Además, presenta molestias en gemelo izquierdo y sensación de hormigueo en mano izquierda. No antecedentes de traumatismo, infecciones, edema o tumefacción articular. **Exploración física:** se aprecia pérdida de fuerza en miembros superior e inferior izquierdos, y leve abducción de pierna izquierda con la deambulación y marcha en tándem. ROT exaltados. Sensibilidad conservada. Resto normal. **Exámenes complementarios:** Analítica normal, en el TC craneal se observa una lesión focal hipodensa craneal a los ganglios basales derechos. Ingresa en Neurología para completar estudio, identificándose en la RM craneal lesiones hiperintensas en sustancia blanca supratentorial bilateral sugestivas de origen desmielinizante, a valorar encefalomielitis aguda diseminada (ADEM), sin descartar esclerosis múltiple. En la punción lumbar destaca el aumento de marcadores de daño, proteínas totales, índice de tibia para IgG e índice de IgM. **Diagnóstico:** Episodio de parestesias y pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, asociado a lesiones desmielinizantes en sustancia blanca cerebral, compatible con Esclerosis Múltiple. **Tratamiento y evolución:** Corticoides en fase aguda e Interferón beta-1a de mantenimiento durante dos años; precisando cambio de tratamiento a Dimetilfumarato y posteriormente a Natalizumab por dos nuevos brotes, cursando el primero de ellos con diplopía. **Discusión:** La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante crónica y degenerativa del SNC que cursa muy variablemente según la localización de las lesiones. En la infancia comienza hacia los 10-13 años y la progresión es más lenta que la del adulto debido a la mejor recuperación por la plasticidad neuronal. Sin embargo, al ser la edad de comienzo de discapacidad más temprana, el daño neuronal agudo es mayor. Recientemente se han introducido herramientas que permiten detectar de forma más precisa y precoz la diseminación en tiempo y espacio. Además, se están desarrollando tratamientos más dirigidos con buenos resultados.

NUTRICIÓN

INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA DIETA MEDITERRÁNEA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADOLESCENTES.

Navarro Esteban, MT, Herrera Chamorro, A. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca*. **Introducción:** la calidad de vida de los adolescentes

está influida por numerosos factores, destacando dentro de ellos la realización de actividad física (AF) y la adherencia a una dieta mediterránea como factores que pueden influir positivamente en la misma. La adquisición de estos hábitos a edades tempranas puede tener efectos beneficiosos para su salud y calidad de vida en la edad adulta.

Objetivos: analizar la influencia que tiene la realización de ejercicio físico y la adherencia a una dieta mediterránea sobre la calidad de vida percibida por adolescentes entre 11 y 17 años. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal, no experimental y analítico en un conjunto de 134 participantes escolarizados en un colegio concertado de la Región de Murcia. Se les aplicaron tres cuestionarios: KIDSCREEN-27 (calidad de vida), PAQ-A (actividad física) y KIDMED (dieta mediterránea). Se calcularon los valores de las 5 dimensiones para calidad de vida y la calidad de vida general (CVG) y se estudió su relación con los resultados obtenidos en los test PAQ-A y KIDMED. Se estudió la relación entre la realización de actividad física y la dieta mediterránea y se buscaron diferencias entre ambos sexos y entre grupos de edad. **Resultados:** la variable resumen para calidad de vida (CVG) se correlaciona positivamente tanto con el grado de AF como con una mayor adherencia a la dieta mediterránea. La variable apoyo social en nuestra muestra no se correlaciona con la AF ni con la dieta, sugiriendo la existencia de otros factores que influyan en esta variable a nivel regional y nacional. Por otra parte, se ha obtenido una correlación positiva entre el nivel de AF y la adherencia a la dieta mediterránea. Las mujeres presentan niveles más bajos de CVG que los hombres. Asimismo, el nivel de calidad de vida disminuye con la edad, siendo esta disminución mayor en el sexo femenino. **Conclusiones:** Una mayor realización de actividad física y seguir las recomendaciones de una dieta mediterránea se asocian a una mayor calidad de vida en los adolescentes. El sexo femenino y tener una mayor edad influyen negativamente en la calidad de vida.

ADOLESCENCIA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LOS INDICADORES DE NUTRICIÓN. ESTUDIO POBLACIONAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. Sánchez Echenique, M⁽¹⁾, Delfrade Osinaga, J⁽²⁾, Moreno Iribas, Conchi⁽³⁾, Elía Pitillas, F⁽⁴⁾. *Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de At. Primaria. SNS. Introducción y Objetivos:* Los datos nacionales e internacionales muestran un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. España tiene cifras altas en el contexto europeo. El objetivo del trabajo, es estudiar los indicadores de crecimiento antropométrico de los menores entre 10-14 años de una autonomía a nivel local y general, identificar los que tienen parámetros alterados, por exceso o defecto con el fin de dar apoyo a los profesionales. **Métodos:** Población diana: Niños entre 10 -14 años con derecho a TIS (98% de la población) Fuente: Historia clínica informatizada de Atención Primaria. Variables: Último peso y talla, fecha de medida, de nacimiento, sexo, y códigos de centro. Se calcularon para cada niño, la Z-Standard de la Talla e IMC, mediante el software "ANTHROPLUS" de OMS. Se midió el% de niños con -2DE; y +1+2 y +3DE, para cada parámetro, mediana y DE. Indicadores: Criterios: Delgadez (%IMC<-2DE); sobrepeso (%IMC>+1DE); obesidad (%IMC>+2DE) y obesidad severa (%IMC>+3DE). Nota:>+1DE incluye>+2DE y>+3DE. Baja estatura: Talla/Longitud<-2DE. **Resultados:** Se obtuvieron 26787 registros de escolares entre 10- 14 años, 13579 varones (50,7%). La prevalencia general de delgadez fue de 2,1% (niños 2,2% y niñas 2%), sobrepeso 31,9%(33,7%,30%); obesidad 9,6 (11,2%, 8%), y obesidad severa 0,8%(1,1%, 0,6%); Mediana 0,45; DE 1,23. Talla baja 1,3%(1,3%; 1,3%) Mediana 0,29 y DE 1,03. Cuadro I, detalle por edades. Existen diferencias grandes en la prevalencia de obesidad entre zonas y por sexos. Al comparar los resultados con el

mismo estudio realizado en años anteriores se observa una disminución significativa del Exceso de peso en ambos sexos y un leve descenso en la obesidad en varones. Asimismo las medianas se acercan al patrón en ambos sexos.**Conclusiones:** Estos resultados ayudan a los pediatras y administradores a definir prioridades. Los datos son esperanzadores, pero hay que aprovechar el periodo de adolescencia con su aumentado ritmo de crecimiento para apoyar a los niños con sobrecarga ponderal a mejorar sus indicadores, insistiendo en hábitos saludables de ingesta y ejercicio y la autonomía personal.

PSIQUIATRÍA

SÍNDROME DE BELLY DANCER COMO INDICADOR DE PATOLOGÍA PSICÓGENA EN LA ADOLESCENCIA.

Fuentes Redondo T. *Complejo Hospitalario de Toledo. Introducción:* El síndrome del vientre danzante o *belly dancer syndrome* es una entidad infrecuente, de difícil diagnóstico, consistente en contracciones rítmicas, involuntarias, repetitivas y dolorosas de los músculos del diafragma o abdomen. En Pediatría, los casos descritos son secundarios a patología orgánica. **Caso clínico:** Mujer, 14 años, con antecedente de migrañas tratadas con flunarizina, ya resueltas. Remitida desde Neurología Infantil por movimientos abdominales involuntarios, de duración variable, intermitentes. Dolor abdominal de intensidad máxima 8/10 con gran afectación de la calidad de vida, de 1 año de evolución, sin otra clínica neurológica ni digestiva, precisando ingreso por este motivo. Pérdida de 4 kg de peso. Exclusión de gluten y lactosa de la dieta durante 2 meses sin mejoría. A los 3 meses se inician los movimientos abdominales que en el último mes ocurren diariamente, por la noche, aunque ceden durante el sueño. Análítica con perfil hormonal y tiroideo, *screening* celiaquía y porfirinas normales. Ecografía abdominal, ginecológica y endoscopia digestiva alta normales. RMN estructural craneal y medular, electroencefalograma de vigilia y sueño sin hallazgos. Se inicia tratamiento con gabapentina con disminución de los movimientos pero no del dolor. Ante la sospecha de *belly dancer syndrome*, se inicia diazepam con mejoría de la clínica hasta su completa resolución. No se realiza electromiograma por este motivo. Buen rendimiento académico y buena red social. No riesgos en la esfera adolescente. Durante el seguimiento, los padres de la paciente se separan, comienzan problemas de comunicación familiar y gestión emocional. Tres meses después de finalizar el tratamiento, la paciente fue diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva. **Discusión:** Entre las causas idiopáticas de *belly dancer syndrome* se han barajado los factores psicógenos. Este podría ser el primer caso descrito de *belly dancer* sin causa orgánica subyacente.

TRASTORNO CON SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.

Liñares Nistal, P, Balado Insunza, N, Lemos Bouzas, MX, Taborda Britch, A, Fernández Lorenzo, JR. *Hospital Álvaro Cunheiro. Introducción:* El trastorno con síntomas neurológicos funcionales (DSM 5) es un tipo de trastorno somatomorfo caracterizado por la aparición de síntomas que afectan a las funciones motoras o sensoriales, que semejan un trastorno orgánico, pero que, al estar precedidos por factores estresantes, se considera originado por factores psíquicos. Se trata de una entidad escasamente estudiada en la población pediátrica; predomina en el sexo femenino, siendo más frecuente su presentación en infancia tardía y adolescencia. Los síntomas no son fingidos ni simulados y se puede asociar a otros trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión. Es una condición altamente discapacitante, generando un gran impacto psicosocial con gran inversión de recursos sanitarios. **Casos clínicos:** Se presentan tres casos clínicos con ingreso en unidad de hospitalización pediátrica. Caso 1: niña de 12 años con cuadro de dos meses de evolución caracterizado por episodios bruscos de paresia de 4

extremidades, acontecidos siempre en el ámbito escolar. Caso 2: niña de 12 años con episodios de desconexión del medio de 5-10 minutos de duración desde hace un mes, precedidos de cefalea, opresión torácica e hiperventilación. Posteriormente mareo. Múltiples estresores de tipo interrelacional; elevada sensibilidad, dificultades de exteriorización, inseguridad y necesidad de agradar. Caso 3: niño de 10 años con inestabilidad de la marcha y rechazo a la bipedestación de una semana de evolución; asocia múltiples quejas somáticas (dolor abdominal, cefalea, mareo). Rasgos dependientes de personalidad. En los tres casos el estudio complementario fue normal, existiendo incongruencias en la exploración física a lo largo de la hospitalización. **Discusión:** Ante la presencia de síntomas neurológicos incongruentes y la identificación de factores estresantes se debe sospechar la presencia de un trastorno con síntomas neurológicos funcionales. Aunque suele ser un diagnóstico de exclusión, debe realizarse un uso juicioso y equilibrado de pruebas complementarias que lleven a un diagnóstico lo más precoz posible con el fin de hacer frente al gran sufrimiento personal y familiar asociado al cuadro. Es importante ayudar tanto al paciente como a su familia a entender y aceptar el diagnóstico, explicando la naturaleza de los síntomas, evitando actitudes punitivas y confrontaciones directas que provocarían el abandono terapéutico.

INTOXICACIONES AGUDAS GRAVES EN ADOLESCENTES. Pérez Pascual M, Tejado Castillo M, Pérez-Caballero Macarrón C, Coca Pérez A, Vázquez Martínez JL. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid-Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid.* **Introducción y objetivo:** En los últimos años se ha objetivado un aumento de la incidencia de intoxicaciones en adolescentes. El consumo de tóxicos puede tener graves consecuencias y precisar ingreso en UCI pediátrica. El objetivo de nuestro estudio es analizar los ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en nuestro hospital, secundarios a intoxicaciones graves en adolescentes. **Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de las intoxicaciones agudas graves en pacientes de 11 a 18 años, ingresados en nuestra UCIP desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019. Se recoge: sexo, edad, clínica, exploración física, pruebas complementarias realizadas, tóxico, antídoto, días en UCIP, evolución. **Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes, el 52% fueron mujeres (N=10). El 70% de los ingresados tenían 14-15 años, un 20% entre 16-18 años y el 10% entre 11 y 13 años. Casi el 65% (N= 12) de los adolescentes presentó intoxicación por etanol, un 15% (N=3) por benzodiazepinas, 5% (N=1) escitalopram junto con naproxeno, y 15% otras (paracetamol, guanfacina y metilfenidato). Tenían carácter autolítico 4 pacientes: paracetamol, metilfenidato, escitalopram junto a naproxeno y benzodiazepinas. En cuanto a la clínica 13 pacientes presentaron disminución del nivel de conciencia, 7 pacientes vómitos, 1 agitación psicomotriz, 3 alteración de TA y 3 pacientes alteración neurológica (disartria). Respecto a la exploración física, el 63% presentaban un Glasgow al ingreso menor de 13/15 (N=12) y un 16% bradicardia (N=3). De las intoxicaciones por etanol: 6 pacientes tuvieron niveles en sangre en rango moderado (200-300 mg/dl) y un paciente en rango grave (300-400mg/dl). En cuanto al tratamiento, 6 pacientes necesitaron carbón activado, 6 tiamina, 2 lavado gástrico, algún caso precisó N acetil-cistena, naloxona, flumazenilo. El 100% de los pacientes se recuperaron completamente, 14 tuvieron un ingreso inferior o igual a 2 días y 4 fueron valorados por Psiquiatría infanto-juvenil. **Conclusión:** El alcohol es la droga más consumida y también la causa más frecuente de ingreso por intoxicación aguda grave en UCIP en adolescentes. Debemos aumentar esfuerzos para informar sobre las consecuencias de su consumo, así como prevenir/detectar los estados susceptibles de intentos autolíticos.

CASO CLÍNICO. TOC GRAVE EN LA ADOLESCENCIA. Santana Alviz, S, Barrabés Solanes, MV, Carrión García, C. *Centro de salud Barañain II.* **Introducción** (relevancia del caso): El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad, de curso crónico e invalidante, caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud y conductas repetitivas denominadas compulsiones. Hoy en día ocupa el décimo lugar entre las enfermedades más incapacitantes, siendo un gran problema en la adolescencia, en ocasiones, llegando incluso a desencadenar el fracaso escolar **Caso clínico: Anamnesis:** Chica de 15 años, nacida pretérmino por rotura de membranas (32+5), embarazo gemelar. Sin secuelas aparentes. No tratamiento habitual. Acude refiriendo inicio de pensamientos recurrentes de contaminación y rituales en los últimos dos meses, que se han ido intensificando en frecuencia y número, y le incapacitan en su día a día, con un notable empeoramiento del rendimiento académico. La paciente refiere encontrarse desbordada. Se remite Urgente a Psiquiatría, quien decide ingreso. **Exploración física:** Consciente y orientada. Hemodinámicamente estable. Irritable y angustiada. Rituales constantes. **Pruebas complementarias:** Durante el ingreso se solicitan Analítica sanguínea, Electroencefalograma y Resonancia Magnética craneal, con resultados normales. **Diagnóstico:** TOC Grave **Tratamiento:** Durante el ingreso se inició tratamiento con sertralina 50mg/día, Fluvoxamina 50mg/día y risperidona 0.5mg/8h. Posteriormente se fue modificando el tratamiento en función de la evolución clínica. Al alta, sertralina 200mg/día, paliperidona 3mg/día y clorazepato dipotásico a demanda. **Evolución:** La paciente permaneció ingresada durante tres semanas, en las que se realizó trabajo conductual, con refuerzos positivos (premios al obtener un número de puntos determinado). Se modificó tratamiento farmacológico en función de la evolución y se fomentaron salidas con la familia. Al alta, había disminuido el número de rituales y su frecuencia. Además había mejorado su preocupación sobre la contaminación y la angustia. Actualmente en seguimiento en Atención Primaria y Salud Mental. **Discusión:** Ante una patología tan invalidante, se debe realizar un abordaje multidisciplinar con Salud Mental y mantener seguimiento de los pacientes. Es importante mostrar apoyo a nuestros pacientes, así como a sus familiares. Se debe optimizar recursos, derivando de forma Urgente únicamente la patología aguda invalidante.

AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA, UNA CONDUCTA EMERGENTE EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA. Aznárez Sanado N, García Blanco L, Prim Jaurrieta P, Álvarez Zallo N, Ruiz Puértolas I. *Centro de Salud de San Juan, Pamplona.* **Introducción:** Las autolesiones implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo, sin finalidad suicida. Estas conductas guardan relación con problemas en la autorregulación emocional, aprendida desde la infancia. **Casos clínicos: Caso 1:** adolescente de 12 años, presenta sintomatología depresiva y alteraciones alimentarias, en tratamiento con sertralina. Antecedente de tics motores simples y complejos. Acude a urgencias presentando cortes superficiales en antebrazos, tórax y muslo, sin ideación autolítica. **Caso 2:** adolescente de 12 años, adoptada con 6 años tras situación de carestía y probables abusos sexuales. Diagnosticada de un trastorno vincular con afectación en el control de impulsos (cleptomanía), la socialización y las relaciones afectivas y un trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia, relacionados con hechos negativos en su niñez. Presenta dos situaciones de autolesión: ingesta mínima de fármacos tras disputa con una compañera y autolesión con cortes superficiales en una muñeca tras discusión con progenitores; ambos con escasa conciencia de los riesgos asociados y sensación de "alivio" posterior. **Caso 3:**

adolescente de 14 años, procedente de Paraguay, residente en España desde hace 9 meses, donde se ha reencontrado con su madre, con la que no convivía desde que tenía 11 meses. Está triste, opositorista, poco comunicativa y con tendencia a aislarse, con un uso excesivo del móvil. Relata posibles intentos de abuso sexual a los 6 y 8 años. Ideas de muerte e ideación autolítica sin intención. Autolesiones superficiales en manos y piernas con finalidad de distracción ante recuerdos negativos y alivio del malestar. **Discusión:** Las autolesiones en adolescentes se han convertido en un problema por el aumento en su prevalencia (28.9% en España) y porque constituyen posibles predictores de intentos suicidas; tras una autolesión, el riesgo de suicidio oscila al año siguiente entre el 0,5-2%. Los adolescentes que se autolesionan hacen uso de estrategias centradas en la emoción y la evitación, presentando un déficit en estrategias de resolución de problemas y uso del apoyo social. Por esto, la intervención debe enfocarse en la implementación de programas desde la infancia en torno al desarrollo de competencias emocionales y estrategias de afrontamiento.

TRASTORNO PSICOSOMÁTICO EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO. García Blanco L, Aznárez Sanado N, Álvarez Zallo N, Prim Jaurrieta P, Medina Lusarreta MT. C.S. San Juan. **Introducción:** Más de 1/3 de los pacientes pediátricos con síntomas físicos inexplicables tienen problemas emocionales. Estos niños realizan muchas visitas al pediatra y son sometidos a pruebas médicas, hospitalizaciones y tratamientos inefectivos que pueden llegar a ser iatrogénicos. El diagnóstico de un trastorno psicósomático es complejo y debe ser de exclusión, tras haber descartado una enfermedad que justifique la sintomatología. Además, puede haber simultáneamente factores orgánicos y psicógenos implicados que lo dificulten más. **Caso clínico:** **Anamnesis:** Adolescente de 14 años con dolor abdominal recurrente, disminución de apetito y pérdida ponderal. Gran preocupación por su salud física, 19 asistencias a urgencias hospitalarias en 6 meses y consultas semanales a su pediatra de AP. No asocia preocupación por su imagen corporal. Acude a consulta acompañada de su madre, la relación con su padre no es buena. En casa conviven los 3, aunque la madre refiere plantearse la separación, sin explicar motivos. Repite 1º ESO, problemas de atención con mal rendimiento académico y absentismo escolar. Mal descanso nocturno. EF: Peso: 44.1 kg (P13, -1,12DE) Talla: 159.4 cm (P33, -0,44DE) IMC: 17,36 kg/m² (P12, -1,18DE), exploración física sin anomalías. **Pruebas complementarias:** valorada por digestivo, estudio analítico y ecografía abdominal, normales. PCR en heces positivo para infección por E. Coli enterotoxigénica y Dientamoeba. **Tratamiento:** inicialmente con azitromicina. Posteriormente, ante la persistencia de la clínica, se trata con metronidazol, sin gran mejoría clínica. Estudio coproparasitario posterior negativo. **Evolución:** pérdida ponderal de 9.5 kilos en un año, frena con controles semanales en la consulta de AP donde expresa su angustia por la enfermedad y empieza a normalizar la ingesta. Tras un año de evolución, relatan problemas de drogadicción paterna que ingresa en prisión. Expresan gran afectación emocional y ambas reconocen posible somatización del dolor, ya que la paciente no es capaz de verbalizar su preocupación. Actualmente en seguimiento por Salud Mental. Diagnóstico: Ansiedad con trastorno de somatización. **Discusión:** Los niños con trastorno de ansiedad que presentan síntomas somáticos funcionales, asocian un trastorno de ansiedad más grave, con más deterioro funcional y más abstinencia escolar que los que no. Las quejas somáticas disminuyen cuando mejora el trastorno ansioso.

AFECTACIÓN PSICO-PATOLÓGICA EN ADOLESCENTES CON PROCESOS MIGRATORIOS: SÍNDROME DE ULISES. Gil Gracia P, Prim Jaurrieta P, Álvarez Zallo N, García Blanco L, Aznárez Sanado N. C. S

Buñuel (Navarra). **Introducción:** Cuando los padres inmigrantes en nuestro país, logran una cierta estabilización social y económica, los hijos son traídos, muchas veces, en edad adolescente desde sus países de origen, donde han sido criados por familia extensa, produciéndose un conjunto de duelos imbricados, que van desde dejar atrás amigos, vínculos de la crianza, otras figuras de apego, primeros amores..., con el anhelo de volver a verse; para encontrarse los adolescentes en un país desconocido, con un cambio de vida absolutamente radical. Esto se ve acentuado en los casos de inmigrantes, con costumbres más diferenciadas por el tema religioso o las costumbres en la forma de vivir. **Importancia clínica:** El choque cultural en muchas ocasiones hace que padres y adolescentes miembros de una misma familia no se conozcan entre sí, creando a los adolescentes respuestas disadaptativas, que van desde: la exacerbación religiosa, tener ideaciones de corte psicótico (ver al diablo, creer que lo que les ocurre en el centro escolar es debido a energías diabólicas etc.), o el rechazo de la misma. A esto se añaden problemas tipo bullying en el centro de escolar, abandono de estudios, fugas del domicilio por compromisos de matrimonio intra-familiares, iniciación a consumos de sustancias estupefacientes, actos delictivos, alteraciones en conductas alimentarias, o incluso intentos auto-líticos. Este cuadro clínico se abarca dentro del Síndrome de Ulises. Casos **Discusión:** Estos duelos y las consecuencias disadaptativas de los menores en edad adolescente produce cambios importantes en la forma de vivir de los padres y de los hijos, alterando el sistema familiar en el que conviven. En la mayoría de las veces, y desde la distancia se tenían idealizados los unos a los otros. La anamnesis exhaustiva mediante la historia de vida de padres e hijos, será la herramienta de abordaje y prevención, en el síndrome de Ulises. Para el tratamiento deberemos trabajar con toda la familia y desde diferentes ámbitos, de salud y sociales, los síntomas que se observen en consulta.

CASO CLÍNICO. APARIENCIA FÍSICA Y ADOLESCENCIA. Santana Alviz S, Barrabés Solanes MV, Carrión García, C. *Centro de salud Barañain II.* **Introducción (relevancia del caso):** La apariencia física ha adquirido gran relevancia en la sociedad actual, incrementándose con el auge de las redes sociales, donde aparecen imágenes y vídeos, sin necesidad de buscarlos, sobre consejos para modificar el aspecto físico, alabando cánones de belleza imposibles e irreales. Por eso, es común ver pacientes con complejos e incluso rechazo de su propio aspecto físico, más frecuentemente en la adolescencia, pudiendo llegar a tomar medidas drásticas para cambiar su imagen. **Caso clínico:** **Anamnesis:** Chica de 15 años, sin antecedentes personales, ni tratamiento. Acude con su madre por tristeza y labilidad emocional, de dos meses de evolución. Refiere distorsión de la imagen corporal y admite restricción calórica, con pérdida de 5 kg. Cuenta ideación autolítica, y en una ocasión, tras una discusión, estuvo sentada en la ventana pensando en defenestrarse, hasta que la encontró su madre. La paciente critica dicho acontecimiento y niega intención suicida en el momento actual. **Exploración física:** Consciente y orientada. Tendencia al llanto. Peso 62kg, talla 162cm, IMC 24.8. Hemodinámicamente estable. **Pruebas complementarias:** Se remite preferente a Centro de Salud Mental Infante-Juvenil (CSMIJ). Allí se realiza test de la silueta: Se identifica con la silueta más obesa (no le corresponde). **Diagnóstico:** Trastorno de conducta alimentaria, Depresión, Ideación Autolítica. **Tratamiento:** Combinado: Psicológico y farmacológico (Fluoxetina 20mg/día). **Evolución:** Se realizó seguimiento por Atención Primaria y Salud Mental, abordando el tema del suicidio, de la imagen corporal y haciendo control de peso. Se mantuvo Fluoxetina durante un año, presentando una evolución favorable. Desde los primeros meses abandonó la restricción

alimentaria, anímicamente mejoró y disminuyó su preocupación por la imagen corporal, sin volver a presentar ideas autolíticas. Fue dada de alta del CSMIJ y continúa seguimiento por Atención Primaria. **Discusión:** La imagen física ha adquirido gran relevancia, pudiendo desencadenar complejos y distorsión de la imagen corporal, sobre todo en la adolescencia. Es importante concienciar a los adolescentes sobre los riesgos de restringir la ingesta. Hay que preguntar siempre sobre ideación autolítica. Es necesario identificar los casos que precisan un seguimiento estrecho, conjuntamente con los especialistas de Psiquiatría.

TRASTORNO DEL SUEÑO

CUANDO NO VALE CUALQUIER SUEÑO: EL DESCANSO EN LA ADOLESCENCIA. Liqueste Arauzo, L⁽¹⁾, Pérez Ruiz E⁽²⁾, Rodríguez Molinero L⁽³⁾, Marugán De Miguelsanz JM⁽⁴⁾; Suarez Rodríguez, MA. CS *Pintor Oliva*. **Introducción:** La calidad del sueño es la percepción subjetiva de disfrutar de un descanso reparador y de tener un buen funcionamiento diurno. En la adolescencia, una mala calidad del sueño se ha relacionado con el riesgo de sufrir fracaso escolar y otros trastornos psicoafectivos. **Objetivos:** Conocer la calidad de sueño referida por los adolescentes (escala 0-10). Descubrir los factores medibles [sexo, edad, horas de sueño, funcionalidad familiar (APGAR familiar), estado de ánimo, higiene del sueño (práctica de *vamping*, consumo de alcohol-tabaco, ejercicio, etc.) que se relacionan con una

mejor calidad del sueño (regresión lineal multivariante). Determinar si existe una relación entre calidad de sueño y nota numérica trimestral. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra =3.343 adolescentes entre 13 y 18 años de una Comunidad Autónoma española. Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste bilateral del 1,7%. Encuesta telemática. Gestión automatizada y externa de los datos con SSPS v.15. **Resultados:** La media de calidad de sueño fue de 5,68±2,22. El 62,2% de los adolescentes afirmaba tener una buena o aceptable calidad del sueño (≥5). Entre los jóvenes con mala calidad de sueño el 78,5% sufría insomnio de conciliación. La calidad de sueño (0-10) estuvo determinada por el número de horas de descanso habitual entre semana, por la calificación de su estado de ánimo (0-10), por los recursos y capacidad de adaptación de sus familias (0-2), y por la frecuencia con que practicaban *vamping*. La calidad de sueño no presentó una relación lineal con la nota numérica trimestral de los jóvenes. **Conclusiones:** La calidad del sueño es un factor clave en la adolescencia ya que se relaciona directamente con la maduración del lóbulo prefrontal. Al margen de los factores biológicos inherentes a esta etapa, que favorecen el insomnio de conciliación, hallamos otros elementos que pueden ser modificados por nuestros jóvenes con el objetivo de lograr un descanso más reparador.

Respuestas correctas a las preguntas test

Vacunación en el adolescente: pautas, retos y oportunidades: 1d) En la adolescencia las coberturas vacunales son significativamente más bajas que durante la infancia, **2d), 3d).** **Calendario de vacunaciones del adolescente: 1d, 2a)** Se observa en la población de 10 a 14 años que un 8,6% son susceptibles a la varicela, **3d)** La última novedad en este calendario es que se ha autorizado la primera vacuna frente al SARS-CoV-2 para adolescentes, en la franja de edad de 12 a 15 años (Comirnaty, Pfizer-BioNTech), que ya está autorizada a partir de los 16 años; las otras tres vacunas disponibles en España se pueden administrar a partir de los 18 años. Esta vacuna se debe incluir en el calendario del adolescente con las prioridades oportunas según la cantidad de vacunas de que se disponga. **Repercusión en la persona adulta del TDAH no abordado en la infancia y adolescencia: 1d)** Todas las afirmaciones se corresponden con los datos epidemiológicos del TDAH en adultos. **2b)** Se ha demostrado que los adultos con TDAH tienen más problemas con la justicia. **3d)** Todas estas afirmaciones se han demostrado ciertas. **Conductas de riesgo en adolescentes: drogas: 1d)** Todas estas afirmaciones son correctas. **2b)** La baja tolerancia a la frustración, es una razón más del consumo. **3c)** La ausencia de normas y límites claros, es un factor más a nivel personal que facilita los consumos. **Conductas de riesgo en la adolescencia ¿están aumentando las infecciones de transmisión sexual?: 1c)** Las ITS son un problema de salud pública por su magnitud y transcendencia. **2c)** Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal son la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita, clamidiasis y linfogranuloma venéreo. **3b)** El tomar la TA no aporta beneficios clínicos y de salud pública relacionados con las ITS. Las otras actividades sí. **Las consecuencias de un mal uso de las redes sociales en los adolescentes y riesgos y consecuencias del uso de internet y las redes sociales en la adolescencia: 1c)** Está demostrado la relación directa del abuso de las RRSS y la calidad del sueño. **2b)** El 85% de españoles usan las RRSS, lo que representa 25,5 millones de personas. **3d)** Todas las actividades descritas son correctas para valorar los riesgos de las RRSS. **Identidades sexuadas en la adolescencia: algunos detalles mirando desde el sexo: 1d)** En efecto, todas estas afirmaciones son correctas. **2d)** Las afirmaciones referidas, son aportaciones de la sexología a la comprensión de las identidades sexuales. **3b)** Precisamente lo que hay que hacer es tomar medidas organizativas que ayuden a la integración y adaptación del alumno. **Alimentación vegetariana: ventajas y problemas: 1a)** Los niños veganos consumen menos grasa que los omnívoros y los lacto-ovo-vegetarianos, sin que ello haya mostrado tener efecto alguno sobre el crecimiento. **2a)** El consumo exclusivo de vegetales se asoció con menores presiones arteriales sistólicas y diastólicas medias en comparación con las dietas omnívoras. **3d).** **Transición del cuidado del adolescente a Medicina de Familia. Parte 1. Autonomía del adolescente: 1d, 2b, 3d. La transición del adolescente al médico de familia. Análisis y propuesta de mejora: 1c)** La edad temprana en la que acuden por primera vez a nuestra consulta, sucediendo en la mayor parte de los casos a los 15 años (67%), y un 20% lo hace a los 16 años. Interpretamos esta precoz visita inicial a la adherencia de los pacientes por el pediatra, que se traslada a la primera visita con su médico de adulto. **2d, 3b. Cuidados paliativos en el adolescente: 1e, 2e, 3e. Urgencias médicas en la adolescencia: 1d)** Todas las afirmaciones son correctas. **2b)** Las ITS son asintomáticas muchas veces, lo cual hace plantearse si sería rentable realizar *screening* en pacientes de riesgo. **3d)** Las benzodiazepinas ingeridas vía oral en sobredosis sin otro tóxico acompañante, raramente causan toxicidad importante. **Adolescente con TEA y problemas relacionados con el sueño: 1d)** En efecto, todas las afirmaciones sobre el sueño en la adolescencia son ciertas. **2a)** Los problemas de sueño en los TEA son frecuentes. **3d)** Todas son consecuencias del déficit crónico de sueño en adolescentes. **Hirsutismo. Enfoque diagnóstico y terapéutico: 1b)** Entre los síntomas que produce la IRC no está el hirsutismo. **2d)** Los tratamientos indicados dieron buenos resultados al cabo de 10 años de la última revisión. **3d)** Todas estas afirmaciones sobre el hirsutismo son acertadas.