

## COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL VI CURSO SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

### COMUNICACIONES PREMIADAS 1<sup>ER</sup> PREMIO

#### INFLUENCIA DEL PATRÓN DE SUEÑO Y GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS

Gavela Pérez T., García de la Peña García L., Pérez Segura P., Mejorado Molano FJ., Garcés Segura C., Soriano Guillén L.  
*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

**Introducción y objetivos:** En la obesidad infanto-juvenil influyen genética y ambiente donde destaca el aporte calórico, pero también es relevante el ejercicio y los ritmos circadianos, incluyendo el sueño.

**Objetivos:** Analizar patrones de sueño y ejercicio en niños y adolescentes obesos y estudiar su relación con variables antropométricas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo durante 2018. Incluía niños/as entre 6 y 18 años con obesidad ( $IMC > 2SDS$ ). Se recogieron datos demográficos, antropométricos, bioimpedanciometría. El sueño, ejercicio y horas recreativas frente a pantallas se recogieron mediante cuestionario. Los cálculos estadísticos se realizaron con SPSS. **Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes (55 niñas y 35 niños): media de  $12,7 \pm 2,9$  años,  $IMC(Z\text{-score}) 3,1 \pm 1,2SDS$ , masa grasa  $39,4 \pm 6,7\%$  y cintura ( $Z\text{-score}$ )  $2,4 \pm 0,8SDS$ . Dormían  $8,5 \pm 1,2$  horas los laborables y  $10,2 \pm 1,1$  horas los festivos. Realizaban semanalmente  $2,1 \pm 1$  horas de ejercicio escolar y  $1,9 \pm 2,2$  horas extraescolar.  $46,5\%$  no realizaba ejercicio extraescolar. Frente a pantallas pasaban  $2,1 \pm 1,6$  horas los laborables y  $4 \pm 2,3$  horas los festivos. Correlacionaron positivamente horas de sueño de festivos e  $IMC$  ( $r=0,292, p<0,01$ ) y masa grasa ( $r=0,316, p<0,01$ ). La diferencia entre horas de sueño festivos/laborables correlacionó con  $IMC$  ( $r=0,392, p<0,001$ ) y masa grasa ( $r=0,330, p<0,01$ ). Las horas de ejercicio extraescolar correlacionaron con diferencia de horas de sueño festivos/laborables ( $r=-0,247, p<0,05$ ) y con horas de pantallas/día ( $r=-0,255, p<0,05$ ). Los niños activos tenían menos masa grasa que los sedentarios ( $p<0,05$ ). **Conclusiones:** En nuestra muestra, un alto porcentaje de obesos no realizan ninguna actividad física extraescolar. Además, el número de horas destinado a pantallas fue superior al del ejercicio físico. Asimismo, hemos podido constatar la influencia del sueño sobre variables antropométricas y de composición corporal.

### 2<sup>º</sup> PREMIO

#### ESTUDIO PARA LA DETECCIÓN DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN LAS PAREJAS DE ADOLESCENTES EN MURCIA

Herrera Chamorro A., Rosa Silvestre M., Ballesta Yagüe MA., Álvarez Vallejo B., Pérez V. Sánchez Solis M.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

**Introducción:** La violencia entre parejas adolescentes es mayor que en parejas adultas. **Objetivo:** Conocer características de la conducta de parejas adolescentes en 3 colegios de Murcia. **Método:** Estudio transversal descriptivo realizado mediante entrevista validada a 100 adolescentes de 15-18 años que cursan 1<sup>º</sup>, 2<sup>º</sup> Bachiller. Criterio de inclusión tener o haber tenido pareja. Aplicamos Escala Multidimensional de violencia en noviazgo, dividida en 2 subescalas (violencia ejercida, padecida). Se realiza análisis factorial de componentes principales extrayendo 5 dimensiones para cada subescala (acoso, denigración, dominación, abuso físico y sexual y control) divididos según terciles. Comparamos sexos con Test Chi cuadrado / Test exacto Fisher. Es un estudio piloto. **Resultados:** Se encuesta a 100 adolescentes (29%

varones 71% mujeres). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en los factores analizados, aunque muestra esta tendencia. Varones ejercen mayor Acoso (58%) Abuso físico (3,4%) menor Dominación (37,9%) y Denigración (0%) similar Control (41,4%) -Mujeres ejercen mayor Dominación (39,4%) Denigración (1,4%), menor Acoso (55,7%) y Abuso físico (1,4) similar Control (40,8%) -Varones: Padecen mayor Acoso (63%), Denigración (41,4%) y Abusos físico y sexuales (72%) y menor Control (31%) -Mujeres: Padecen mayor Control (39,4%) Dominación (1,4%) y menor Acoso (53,5%) Denigración (33,8%) y abusos físicos y sexuales (56,7%) **Conclusiones:** Ambos sexos ejercen acoso, dominación y control en porcentajes elevados y similares. Los varones ejercen mayor violencia física. Ambos géneros padecen acoso, denigración y control en porcentajes similares. Los varones padecen más abusos físicos y sexuales. Creemos necesario un estudio más amplio representativo de la región para confirmar estos datos.

### 2<sup>º</sup> PREMIO

#### CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS/AFFECTIVOS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

E. Rodríguez G, E. Gómez R

*Hospital Universitario Central de Maracay. Aragua. Venezuela*

**Introducción:** La autoestima durante el embarazo adolescente podría comprometer el valor personal y el respeto que se siente por sí misma, y su auto-aceptación. **Objetivo:** Identificar los cambios físicos y psicológicos/affectivos que influyen en el nivel de autoestima de la embarazada adolescente. **Método:** Estudio de campo y descriptivo. Población: 3744 embarazadas entre 12-19 años de edad. Se realizó una encuesta con preguntas acerca de cambios físicos, psicosociales y afectivos de acuerdo a su autoestima. Técnicas de estadística descriptiva, análisis Epi-info. **Resultados:** 71.52% de las embarazadas califican su autoestima ante cambios físicos como bajo, 47,16% no se siente conforme con apariencia física. El nivel de autoestima influye en gran parte de su rendimiento académico. La embarazada "muchas veces" había sentido que familiar y/o pareja intentaba bajar su autoestima. Cambios psicológicos y afectivos revelaron tener un nivel de autoestima entre "bajos" y "muy bajos". Consideran tener un nivel medio de confianza en su capacidad para afrontar este embarazo, y sí están dispuestas a pedir la ayuda de otros. Dudan sentirse segura de sí misma. Son optimistas en la posibilidad de mejorar su autoestima. **Conclusiones:** Las embarazadas identifican que familiar y/o pareja, la falta de amigos y desinterés por ir a clase, son factores que influyen para tener una autoestima baja. Los cambios físicos y psicológicos influyen bastante y por completo, manifestando insatisfacción consigo misma para los afectivos. Por el contrario, se refleja la capacidad para afrontar el embarazo y ser optimistas en la posibilidad de mejorar su nivel de autoestima.

#### PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL ADOLESCENTE

Begara de la Fuente M., Guisado Rasco MC., Bermejo Fernández C., González Soria MD., García Pérez C., Coronel Rodríguez C.  
*CS Amante Laffón (DSAP Sevilla)*

**Introducción:** El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una de las patologías psiquiátricas más graves y prevalentes en la infancia. Presenta una prevalencia en torno al 1-3% y dos picos de incidencia que engloban la preadolescencia y los adultos jóvenes. Este trastorno se define por la presencia de obsesiones y compulsiones o rituales que provocan una incapacidad en el paciente, dada la intensa angustia que le genera y el tiempo que ocupa en su vida diaria. **Caso clínico:**

## Comunicaciones Orales y Posters

Comunicaciones presentadas en el VI Curso Salud Integral en la Adolescencia de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (Sema)

Mujer de 12 años sin antecedentes familiares ni personales de interés que acude a consulta por prolapso rectal. Cirugía descartó causa orgánica. Cuenta una historia de un año de evolución basada en rituales que consisten en acudir al baño y sentarse en el wáter a defecar repetidamente, con componente ansioso acompañante. Este ritual se asocia a la obsesión de tener que extraerse las heces del intestino. Además piensa que lavarse las manos o comer le hace defecar más, por lo que los evita. Asocia cambios en el estado de ánimo y disminución del rendimiento escolar. Fue diagnosticada de TOC, tratándose con risperidona y sertralina. **Conclusiones:** Las conductas repetitivas son comunes en la infancia, por lo que el diagnóstico del TOC suele retrasarse. Las obsesiones más frecuentes son relativas a la idea de contaminación. Se debe buscar patología psiquiátrica cuando no se encuentra explicación a una patología orgánica, como es el prolapso rectal. Hay que indagar en los rituales para identificar los casos patológicos y permitir un diagnóstico y tratamiento eficaz.

### TOS CRÓNICA PSICÓGENA

Sánchez Fernández B., Ortega Pérez M., Estereiro Medeiros A.S,  
Guerrero Alzola F., Casas Rivero J., Salmerón Ruiz M.A.,  
Herreros Fernández M.L.

*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid*

**Introducción:** Tos crónica: aquella de más de 4 semanas de duración.

**Caso clínico:** Varón de 15 años con tos diaria de 2 meses de evolución tras una infección de vías respiratorias altas. Tos seca, rítmica, continua, tono laringotraqueal, durante el día con empeoramiento nocturno, repercusión en la vida familiar y personal (astenia, sueño, cefalea y absentismo escolar). No refiere problemas escolares, de relación ni de consumo de tóxicos. Antecedentes personales: tics motores. **Antecedentes familiares:** Madre con polineuropatía autoinmune. Exploración física: normal. Psicopatológicamente: rasgos de personalidad obsesivos, narcisistas y perfeccionistas. **Pruebas complementarias** Todas normales: - Análítica completa, serologías, Mantoux, alfa-1-antitripsina, prueba del sudor, marcadores tumorales. - Determinación de IgE específicas y pruebas cutáneas para alérgenos comunes - Prueba terapéutica con budesonida y salbutamol (imposibilidad de realizar espirometría por la tos) - Radiografía y TAC torácicos; TAC y RMN cerebral; ecografía cervical y abdominal. - Fibrobroncoscopia - EEG, EKG, ecocardiograma, impedanciometría. **Juicio clínico:** Trastorno por tics vs trastorno conversivo. Tratamientos realizados previos al diagnóstico: antibióticos, broncodilatadores, antitusígenos. Tratamientos tras el diagnóstico de sospecha: benzodiazepinas, neurolépticos, guanfacina y gabapentina. Todos fueron ineficaces y se retiraron. La tos cedió de forma espontánea, coincidiendo con el final del año escolar. La duración total fue de 8 meses. Posteriormente inicia tratamiento por Paidopsiquiatría. **Conclusiones:** Ante un cuadro de tos crónica se debe realizar un estudio amplio y secuencial dirigido a descartar patología orgánica asociada. La persistencia nocturna de la tos no descarta el origen psicógeno. El manejo debe ser integral y coordinado entre los servicios de pediatría, neumología, logopedia y salud mental.

### VÓMITOS PSICÓGENOS INCOERCIBLES EN ADOLESCENTES

Tomé Masa I., Bascuas Arribas M., Cuenca Carcelén S.,  
Moral Larraz A., Escribano Ceruelo E., Jiménez García R.

*Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid*

**Introducción y objetivos:** Los vómitos incoercibles plantean dificultades diagnósticas y terapéuticas. El objetivo de este estudio es describir las características de pacientes adolescentes con vómitos psicógenos incoercibles. **Material y métodos:** Estudio observacional,

descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes adolescentes hospitalizados ingresados por vómitos persistentes entre enero y diciembre 2018. Se describieron características socio-demográficas, clínicas y asistenciales. Se excluyeron pacientes oncológicos y aquellos con diagnóstico previo de trastorno de la conducta alimentaria. Los datos fueron recogidos y analizados mediante el programa SPSS Statistics v22. **Resultados y conclusiones:** Se revisaron un total de 13 pacientes (10 mujeres y 3 varones), 5 presentaban comorbilidad psiquiátrica previa (ansiedad, depresión). A cargo de Psiquiatría ingresaron 8 pacientes y 5 a cargo de Pediatría, con una media y mediana de tiempo de hospitalización de 16 días. La estancia máxima fue de 38 días y la mínima de 3. Las pruebas complementarias realizadas fueron: analítica sanguínea (13/13), ecografía abdominal (6/13), tránsito esofagogastroduodenal (4/13), endoscopia digestiva alta (6/13) y RM cerebral (2/13). 7 pacientes precisaron sueroterapia intravenosa y ondansetrón, y tan solo uno nutrición por sonda nasogástrica. Ninguno requirió sonda transpilórica ni procinéticos. En 9 pacientes el diagnóstico al alta fue de vómitos psicógenos, en cuyo caso cedió la sintomatología tras la intervención psicológica (media y mediana de duración de los vómitos tras ingreso: 3 días). **Conclusión:** Antes de llegar al diagnóstico de vómitos psicógenos es necesario descartar organicidad, el manejo es multidisciplinar pero no debe retrasar la valoración psiquiátrica/psicológica.

### "FOTOGRAFÍA" DE UNA PLANTA DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES

Del Campo Roiz de la Parra, A. Escribano Ceruelo, E. Jiménez García,  
R. Mesían Pérez, I. Rodríguez Criado, N.

*Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid*

**Objetivos:** Analizar descriptivamente datos diagnósticos y sociodemográficos de adolescentes hospitalizados en Psiquiatría. **Material y métodos:** Revisión de historias de pacientes de entre 12 y 18 años ingresados en el servicio de Psiquiatría de un hospital terciario en diciembre de 2018. Se recogieron datos epidemiológicos, sociodemográficos y clínicos. **Resultados:** Se han analizado un total de 25 pacientes (29,2% varones, 70,2% mujeres), con una media de edad de 15,64 años. Sabiendo que los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria suelen ingresar en otra sala del servicio, el principal motivo de ingreso fueron los intentos autolíticos (33,3%), más de la mitad mediante empleo de Paracetamol o fármacos psicótropos; seguidos de los trastornos de conducta (20,8%). Otros motivos fueron las ideaciones autolíticas (16,7%), la psicosis (8,3%) y la depresión (4,2%). Existían antecedentes familiares psiquiátricos en 65,2%. Un 66,7% tenían padres separados y un 50% pertenecían a familias reconstituidas. Más de un tercio de las familias de los pacientes eran inmigrantes (37,5%). El 66,7% suspendía alguna asignatura habitualmente y existía un 42,9% de absentismo escolar. Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron el de trastorno depresivo (39,1%) y el adaptativo (17,4%). **Conclusiones:** La mayoría de los adolescentes ingresados realizaron intentos autolíticos o presentaron un trastorno de conducta. Se han detectado distintos factores que se repiten como el tener antecedentes familiares psiquiátricos, padres separados, suspender asignaturas o el absentismo escolar.

### DOLOR ABDOMINAL Y ANOREXIA: UN AMPLIO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rosa Silvestre, MJ.; Ballesta Yagüe, MA.; Álvarez Vallejo, B.;  
Herrera Chamorro A., Cervera Pérez, I.M.; Muñoz Pérez, R.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia*

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son una de las enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracteriza por una alteración del patrón de ingesta o de conducta sobre el control del peso con deterioro físico y psicosocial. Se ha relacionado con alta morbilidad, así como una significativa mortalidad. **Anamnesis:** Paciente de 9 años que consulta por pérdida de 7 kg en el último mes. Náuseas y dolor abdominal con restricción de la ingesta (incluida el agua) sin mejoría pese a antisecretorios. Proceso infeccioso previo tratado con Azitromicina. Afebril. **Exploración física:** Palidez facial, resto normal. **Exploraciones complementarias:** Hormonas tiroideas, autoinmunidad, marcadores tumorales, serologías, SOH, Ag H.pylori, radiografía de silla turca, ecografía abdominal y RMN cerebral normales. Tránsito esofágico superior y pHmetría con RGE espontáneo. Calprotectina fecal 300ug/gr heces, control posterior 97 ug/gr. Valorada por Psiquiatría que inicia Sulpiride, suspendiéndose por exantema; iniciando Amitriptilina sin mejoría. Persiste pérdida de peso (8 kg constatados) precisando alimentación por sonda nasogástrica, realizándose endoscopia digestiva alta con biopsia normal. Permaneció ingresada 30 días con leve mejoría de la ingesta. **Diagnóstico:** Anorexia primaria Tratamiento Omeprazol. Sulpiride. Amitriptilina. **Discusión:** ante cuadro de pérdida de peso es necesario descartar patología orgánica excluyendo alteraciones hormonales, de la motilidad digestiva, gastritis, enfermedad inflamatoria intestinal... Siendo esto normal es preciso indagar sobre la vertiente psiquiátrica/psicológica para descartar TCA que requieran tratamiento farmacológico específico, así como terapia conductual. **Conclusiones:** Los TCA en edades tempranas suponen un reto diagnóstico, tanto por la forma de presentación como por nuestra poca experiencia. Son necesarias unidades multidisciplinarias para abordar estos casos.

#### CRISIS DE ANSIEDAD Y LA IMPORTANCIA DE DESCARTAR ORGANICIDAD

Ballesta Yagüe MA., Álvarez Vallejo B., Rosa Silvestre M.,  
Herrera Chamorro A., Sorlí García M., Muñoz Pérez R.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia*

**Introducción:** El diagnóstico del trastorno de ansiedad es clínico, manifestándose como quejas somáticas de índole neurológica, gastrointestinal y cardiovascular, no debiendo olvidar otras entidades con síntomas similares que precisan exploraciones complementarias para su diagnóstico. **Caso clínico:** Niño de 10 años que consulta por episodios de ansiedad, nerviosismo, agitación, bloqueo y parestesias en extremidades, de 30-60 minutos, 3 veces/día. Inician en reposo, sin desencadenante salvo primer episodio tras visualizar araña. No toma fármacos. Antecedentes personales y familiares sin interés. Exploración física normal. Discurso coherente y lúcido. Se plantea diagnóstico diferencial para descartar organicidad realizándose: analítica (general, hormonas tiroideas, marcadores tumorales, catecolaminas en orina), ecografía abdominal y EEG normal. Interconsulta a Psiquiatría y Psicología con diagnóstico de crisis de ansiedad intensa, fobia específica y síntomas depresivos, iniciándose clorimipramina y cloracepato. Interconsulta a Cardiología, diagnóstico de preexcitación Wolf-Parkinson-White intermitente y válvula aórtica bicúspide con insuficiencia aórtica leve, suspendiéndose clorimipramina por incompatibilidad ante preexcitación. Al alta mejoría clínica con disminución de episodios. Sin medicación actualmente. **Discusión/conclusiones:** Ante crisis de ansiedad es importante hacer diagnóstico diferencial con enfermedades cardiovasculares, feocromocitoma, hipo/hipertiroidismo, enfermedad de Wilson, enfermedad de Cushing, epilepsia, hipoglucemia, vértigo, migraña, asma, esclerosis múltiple, Corea de Huntington, tumores del

sistema nervioso central, intoxicación por drogas y efectos adversos de medicaciones (broncodilatadores, esteroides, teofilina, alfa-adrenérgicos, calcio-antagonistas). Ante clínica sugestiva de origen psicológico es importante descartar organicidad. En este caso, aparte del diagnóstico psiquiátrico y aunque no se correlacionó finalmente con la clínica, se halló una cardiopatía que condicionará la vida y seguimiento del paciente.

#### SALUD MENTAL EN CRANEOSINOSTOSIS SINDRÓMICAS. ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA?

Pérez Martínez S., González Marqués J., Hinojosa Mena J.  
*Universidad Complutense de Madrid*

**Introducción y objetivos:** Las craneosinostosis sindrómicas son un grupo de más de 160 síndromes caracterizados por el cierre prematuro de una o varias suturas del cráneo. Son afecciones genéticas y crónicas de salud y están acompañadas, dependiendo del síndrome, de otras malformaciones craneofaciales, manos y pies, así como alteraciones funcionales como la audición, problemas oculares, alteraciones neuropsicológicas o salud mental. Dada la existencia de una gran brecha entre la investigación y la propia práctica clínica, el objetivo de nuestro trabajo es realizar una revisión de la evidencia científica en relación a las alteraciones emocionales y conductuales de las personas afectadas y sus familias que a su vez sirva de base para las intervenciones bajo el paradigma de la práctica clínica basada en la evidencia.

**Metodología:** Presentamos un estudio en el que analizamos la credibilidad de las afirmaciones científicas a través del nivel de evidencia de los estudios e investigaciones, desde el meta-análisis y revisiones sistemáticas a las opiniones de expertos. Para nuestro trabajo se tendrá en cuenta la perspectiva de género. **Resultados:** Presentamos la revisión cuantitativa o bibliométrica de los niveles de evidencia en salud mental y craneosinostosis sindrómicas. **Conclusiones:** Dada la ausencia de evidencia científica en niveles medio-altos de validez interna y externa, concluimos en la necesidad de iniciar un debate constructivo relativo a la investigación y construcción de evidencia científica y práctica clínica en salud mental en enfermedades raras en general y en craneosinostosis sindrómicas en particular.

#### LA IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA VALORACIÓN CLÍNICA TRAS UN ABUSO SEXUAL

Barbed Ferrández SM., Salmerón Ruiz MA.,  
Guerrero Alzola F., Casas Rivero J.  
*Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid*

**Introducción:** El Pediatra se encuentra en un lugar privilegiado para prevenir y detectar el abuso sexual infantil (ASI). El riesgo de revictimización, así como el potencial impacto físico y psicológico, hacen que la primera actuación médica sea esencial. **Caso clínico:** Niña de 15 años que acude a la Unidad de Familia y Mujer (UFAM) para denunciar un ASI. Refiere que un amigo materno, que pernoctaba en domicilio familiar, entró a su habitación, le ofreció el desayuno tras lo cual recordada haberse quedado dormida. Al despertar, dicho varón le estaba besando y realizándole tocamientos genitales. El Juez de Guardia considera en el momento de la denuncia la exploración forense innecesaria, al no recordar la víctima haber sido violada. A las 36 horas, acude a urgencias por leucorrea. Se realiza analítica sanguínea, tóxicos en orina y pruebas microbiológicas. Se realiza exploración ginecológica con diagnóstico de candidiasis genital. Se administra anticoncepción de emergencia, clotrimazol vaginal y profilaxis de ITS. Acude para recogida de resultados de ASI, aislándose en exudado vaginal *Neisseria gonorrhoeae*. Resto de estudios negativos. Dados los resultados, envía

nuevo informe al Juzgado con alta sospecha de violación. **Conclusiones:** 1. El hallazgo de una ITS con anamnesis compatible implica una alta sospecha de violación. 2. En la anamnesis de un ASI es imprescindible descartar la posibilidad de sumisión química, máxime si la víctima ha ingerido previamente al episodio y posteriormente no recuerda lo sucedido. 3. La valoración forense y la valoración clínica son independientes, siendo imprescindible la realización de una adecuada valoración médica siempre.

### ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Monteiro T., Coelho I., Batista S., Gaspar L., Pereira S., Casquilho A.  
*Centro Hospitalar e Universitário do Algarve*

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) comprende un amplio espectro de disturbios inflamatorios secundarios a la diseminación de microorganismos de la vagina/cuello del útero, al tracto genital superior. **Presentación del caso clínico:** Los autores presentan el caso de una adolescente de 16 años, con antecedentes de apendicectomía por absceso apendicular a los 6 años. Traída al Servicio de Urgencia por diarrea y vómitos de 10 días de evolución, fiebre alta y dolor abdominal en los cuadrantes inferiores. Negaba inicio de relaciones sexuales o flujo vaginal anormal. Objetivamente presentaba una pérdida de 9 kg, palidez e incomodidad a la palpación abdominal, sin rigidez o defensa. Analíticamente: anemia, leucocitosis (neutrofilia) y PCR175mg/L. En los exámenes de imagen: "voluminosa masa hídrica, 10x8cm, con origen anexial derecho". Ante la posibilidad de absceso ovárico comenzó antibioterapia (ampicilina, gentamicina y clindamicina) y fue sometida a laparotomía exploradora, que reveló múltiples adherencias, masa tubular-ovárica extensa, con ruptura intraoperatoria y extravasación de líquido purulento, con olor fétido. Se realizó ooforectomía y salpingectomía derechas. Después del procedimiento confirmó haber tenido coito. El estudio anatomopatológico reveló cistoadenoma seroso y signos de inflamación en la trompa de Falopio. El examen bacteriológico fue negativo. En consulta de reevaluación la adolescente se encontraba asintomática. **Discusión:** La EIP debe ser colocada como hipótesis diagnóstica en adolescentes con dolor abdominal, incluso ante historia y cuadros clínicos poco sugestivos, como el caso descrito. El examen cultural puede ser negativo en estadios avanzados de EIP, no siendo necesario para confirmación diagnóstica. Es una patología que puede cursar con complicaciones graves, en particular absceso tubular-ovárico, por lo que es importante un alto nivel de sospecha.

### ADOLESCENTES: NECESIDAD DE ABORDAJE INTEGRAL

Álvarez Vallejo, B., Rosa Silvestre, M., Ballesta Yagüe, MA.,  
Herrera Chamorro, A., Cazaña Coy, FJ., Cervera Pérez, IM.  
*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

**Introducción:** Presentamos un caso en el que la patología orgánica y funcional del adolescente se entremezcla con una conducta materna patológica, desencadenando nocivas consecuencias. **Caso clínico:** **Anamnesis:** Escolar de 10 años que consulta por fiebre y aftas bucales de una semana de evolución. **AP:** Urticaria crónica. **AF:** Madre EM. **EF:** por aparatos normal, excepto lesión ulcerada en labio inferior. **Pruebas complementarias:** Bioquímica y hemograma normales, destacando recuento leucocitario 1870 (L: 1240, N: 20, M: 610). Resto pruebas complementarias normales. **Evolución:** Durante el ingreso presenta remisión de la fiebre y cicatrización de la úlcera bucal. Ante hallazgo de neutropenia severa, se rehistoria a la familia, reconociendo administración diaria de metamizol por parte materna durante los últimos 6 meses, por dolor abdominal. Fue valorada por Psicología

Infantil, confirmando origen ansioso del dolor abdominal crónico, ya que la menor refería rechazo a asistir al colegio. Al alta se recomendó seguimiento en consultas de Pediatría, en la que a los 2 meses se objetiva ganancia ponderal de 14 kg y aspecto cushingoide, tras administración materna diaria de corticoides por urticaria. **Diagnóstico:** Sd febril, agranulocitosis tóxica por metamizol, ansiedad. **Discusión y conclusiones:** Este caso ilustra un comportamiento materno rozando el Münchhausen por poderes, ya que hasta en dos ocasiones, una madre con conocimientos farmacológicos debido a su patología basal, administra durante largos periodos de tiempo medicación perjudicial a su hija. En la patología del adolescente debemos descartar causas orgánicas (sin olvidarnos de las funcionales), pero también tener en cuenta factores externos y familiares.

### FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD ENTRE LOS ADOLESCENTES

De Lucas Valle S., Corredor Andrés, B., Pérez Moreno J., González Sánchez M<sup>ª</sup>I., González Martínez F., Rodríguez Fernández R.  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Introducción y Objetivo:** Es necesario tener una visión global de los indicadores de salud de los adolescentes. Nuestro objetivo es describir comportamientos de riesgo relacionados con las principales causas de morbimortalidad. **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo. Se evaluaron los indicadores de salud entre los adolescentes entre 12 y 16 años de un hospital pediátrico a través del cuestionario anónimo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), desarrollado por la OMS. **Resultados:** Se enrolaron 48 adolescentes (54%=mujeres), con una mediana de edad 14,5 años (IQR: 2). El 85,4% nunca habían consumido tabaco y el 66,7% nunca alcohol. El 31,3% muestra expresaron tristeza y desánimo, especialmente las mujeres (p=0.01). Los consumidores de tabaco presentaron mayor porcentaje sentimientos de pesimismo y soledad (p<0.05). Un 18,8% no se encuentra satisfecho con su apariencia física. En el análisis de regresión logística la insatisfacción con la apariencia física se asoció con mayores porcentajes de desánimo (OR:7.9 (1.5-40), R2:0.4, y p=0.01). El 83,3% tenía contacto diario online con amigos y el 46,5% con desconocidos  $\geq$  1vez/semana. Aquellos que contactaban más frecuentemente con desconocidos expresaban más sentimientos de soledad (p=0.06). El 6,1% reconoció haber sido maltratado en su colegio y el 6,3% haber participado en bullying a otros. El 14,6% fueron excluidos de su grupo, presentando mayor sensación de soledad (p=0.01). **Conclusiones:** -Destacamos la importancia de prestar especial atención a la salud mental de los adolescentes. -Observamos un uso excesivo de redes sociales, cuyas consecuencias a largo plazo son todavía desconocidas.

### CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL TABACO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Gargallo García L., Moraleda Velasco P., Pérez Sánchez ÁF.,  
Arroyo Herrera C., Ramírez Piedrabuena V., Cerro Guzmán JA.  
*Centro de Salud de Almagro. Ciudad Real*

**Introducción:** El tabaquismo es una de las adicciones más frecuente cuyo inicio suele ocurrir en la adolescencia. **Objetivos:** Conocer qué saben, qué piensan y cómo actúan los adolescentes y el cambio con la edad. **Material y métodos:** Estudio descriptivo comparativo en 198 adolescentes de 2º y 3º de ESO que autocumplimentaron una encuesta (25 ítem). **Resultados:** Más del 90% saben que el tabaco es una droga, que fumar mata, daña los pulmones y el corazón, piensan que fumar no hace más interesante y su olor es desagradable; entre 80-90% opinan que disminuye la capacidad de ejercicio, no ayuda a concentrarse y es caro; 70% creen que quita tiempo aunque < 50%

piensan que quite libertad. El 15% han probado el tabaco y 5% se reconocen fumadores. Para el 60% de chicas fumar está de moda frente 40% de chicos ( $p=0,047$ ) y calma los nervios ( $p=0,041$ ). Con la edad aumentan los que lo han probado (NS) y los fumadores ( $p=0,046$ ), creen que relaja ( $p=0,02$ ), quita el apetito ( $p=0,029$ ), no afecta al olfato ( $p=0,003$ ), niegan conocer enfermos por el tabaco ( $p=0,014$ ) o que quite libertad ( $p=0,002$ ), incluso niegan que fumar mata ( $p<0,001$ ); y aumenta la tolerancia hacia el fumador ( $p=0,002$ ). **Conclusiones:** En la adolescencia se inicia el consumo de tabaco y van cambiando las ideas sobre fumar. Se adaptan a un entorno con tabaco: permisividad, reducción de la percepción de molestias, aumentan las justificaciones (apetito, nervios) incluso la negación de consecuencias del tabaquismo (sobre libertad, enfermedad o muerte).

#### VARIABLES COMUNES DEL PERFIL DEL ADOLESCENTE CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS

Medina Lozano I., Molina Navarro V.,  
Hospital Virgen de las Nieves. Granada

**Introducción:** Se define conducta autolesiva no suicida "non suicidal self injurious" (NSSI) como toda acción deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte, este fenómeno está en auge en los adolescentes a nivel mundial surgiendo la necesidad de crear intervenciones de prevención primaria. **Objetivo:** Conocer el perfil del adolescente que desarrolla NSSI. **Material y métodos:** Realizamos una revisión bibliográfica de los estudios relacionados y las características que definen el perfil del adolescente que lleva a cabo NSSI, recogimos artículos publicados en los últimos cinco años buscando en diferentes bases de datos nacionales e internacionales y utilizamos los descriptores: "autolesión", "conducta autolesiva", "adolescente" y "características". **Resultados:** Encontramos una serie de variables comunes en el adolescente que presentan NSSI. - Variables Sociodemográficas: edad entre los 10-15 años y sexo femenino. - Variables Caracteriales: rasgos de personalidad asociados a la disregulación emocional e impulsividad y baja autoestima. - Variables Psicopatológicas: uso de drogas, sintomatología depresiva y psicopatología alimentaria. - Variables Psicosociales: conflictos interpersonales, modelado y abuso sexual. **Conclusiones:** Las variables descritas más prevalentes para adolescentes en riesgo de padecer NSSI son la edad temprana, el sexo femenino, la baja autoestima, conflictos interpersonales, la poca capacidad para resolver problemas y la baja tolerancia a la frustración. Aunque cada vez el perfil es más heterogéneo, dificultando las actividades de prevención primaria por lo que es necesario seguir profundizando en esta temática.

#### BLOQUEA EL MACHISMO EN EL DEPORTE.

##### REFLEXIONES SOBRE DESIGUALDAD PARA ADOLESCENTES

Marco Cuenca L., Navarrete Morata H., Orbe Mendiola, M.,  
Ortuño Izquierdo C., Amago Collado E. y Cortés Fernández F.  
Centro Municipal de Salud Comunitaria de Villa de Vallecas. Madrid

**Introducción y objetivos:** El 25N los Centros juveniles de Madrid desarrollan actividades para visibilizar y dar herramientas para prevenir y actuar contra la violencia machista. El tema en 2018 fue el Deporte donde existen desigualdades hacia las deportistas femeninas y el objetivo era evidenciarlas. **Material y métodos:** Los Centros Municipales de Salud comunitaria (CMSc) Puente y Villa de Vallecas realizaron una gymkana deportiva. Cada grupo se dividía en 3 subgrupos, unas personas tenían añadidas dificultades de forma aleatoria e injusta. Simbolizaba las dificultades de las mujeres. Primera: pasar por encima de unas gomas llevando atado a las piernas un pareo. Al terminar se comentan noticias sobre diferencias en ropa deportiva masculina y femenina.

Carrera: algunos participantes cargaban muñecos, carros de compra, bolsas de comida. Se muestran noticias de discriminación a deportistas al ser madres y ser abandonadas por patrocinadores. Sogatira: a los chicos se les paga menos que a las chicas y se muestran noticias sobre diferencias salariales, premios o de trato por clubs deportivos según género. Finalmente, en una rueda de prensa, se pregunta a los chicos por peinados, ropa y vida amorosa y a las chicas sobre éxitos, capacidad de esfuerzo y superación. Se muestran noticias sobre diferente trato al deporte femenino en prensa. En un panel dejan sus impresiones sobre el taller. **Resultados/Conclusiones:** Participaron 8 grupos de 2º y 3º ESO, 98 personas. 52 dejaron su opinión, 50 opiniones positivas valorando actividad y considerándola divertida, les permitía captar desigualdades en deporte y evidenciar cosas desapercibidas hasta entonces.

#### ADOLESCENTES HIPERFRECUENTADORES ¿POR QUÉ CONSULTAN?

Suarez Rodríguez, M.Á., Liqueste Arauzo, L., Pérez Ruiz, E.,  
Rodríguez Molinero L., De Castro Vecino, P., Tríguez García, M.  
CS La Palomera. León

**Introducción:** Los adolescentes consultan poco al médico. De hecho, conforme avanza la adolescencia hay un descenso progresivo en el número de consultas. Sin embargo, existe un grupo de adolescentes hiperfrecuentadores ( $\geq P75$  o  $\geq 6$  consultas/año). **Objetivos:** Conocer el riesgo, de los adolescentes hiperfrecuentadores entre 11 y 14 años, de haber consultado por un determinado motivo, en el período de un año en una consulta de Pediatría de AP. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de campo. Estimación de riesgo, en base a los motivos de consulta. Muestra=196. Análisis con SPSS v.15 y con Epidat v.4. **Resultados:** Entre los varones hiperfrecuentadores, el riesgo de haber consultado por síntomas psiquiátricos (OR=11,9), urinarios (OR=10,6), digestivos (OR=5,4) o reagudizaciones asmáticas (OR=9,9) fueron muy superiores que en los varones no hiperfrecuentadores. Entre las chicas hiperfrecuentadoras, el riesgo de haber consultado por síntomas psiquiátricos (OR=9,9), digestivos (OR=7,8) o ginecológicos (OR=6,8) fueron notablemente mayores que en las no hiperfrecuentadoras. **Conclusiones:** La importante asociación, entre ser un adolescente hiperfrecuentador y consultar reiterativamente por sintomatología digestiva inespecífica, debería hacernos pensar en la posibilidad de que no se atrevan a decirnos los verdaderos motivos de su consulta (agenda oculta). Por otra parte, la gestión inadecuada del estrés escolar, el cuestionamiento de las pautas terapéuticas y el sentimiento de invulnerabilidad podrían explicar el elevado número de consultas por motivos psiquiátricos y descompensaciones asmáticas en los varones. Los trastornos menstruales típicos, que acontecen durante los 2 años que siguen a la menarquía, y, probablemente, el inicio de las relaciones sexuales en algunas, podrían justificar el aumento de la frecuentación por motivos ginecológicos en las adolescentes.

#### ¿POR QUÉ CONSULTAN LOS ADOLESCENTES EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Suarez Rodríguez M.Á., Liqueste Arauzo, L., Pérez Ruiz E., Rodríguez Molinero L., De Castro Vecino P., Ugidos Gutiérrez MD.  
CS La Palomera. León

**Introducción:** Los adolescentes consultan poco al pediatra. Las razones son múltiples, desde la infravaloración de sus problemas reales, al rechazo a la intervención en su vida por parte del médico y la burocratización y sobrecarga del sistema sanitario. **Objetivos:** Conocer los motivos de consulta de los adolescentes, entre 11 y 14 años, de un centro urbano de León en un año. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de campo. Trabajo basado en la revisión de los motivos de consulta de los adolescentes de 11 a 14 años de un

## Comunicaciones Orales y Posters

Comunicaciones presentadas en el VI Curso Salud Integral en la Adolescencia de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (Sema)

centro urbano de León. Muestra=196. SPPS v.15 y Epidat v.4. **Resultados:** La media de edad: 12,22±0,77 años y el 45,4% fueron chicos. La media de visitas fue: 4,3 (DT: 3,12). El motivo de consulta más frecuente fue preventivo, seguido de motivos Otorrinolaringológicos y dermatológicos. La media de visitas fue disminuyendo a lo largo de la adolescencia (12 años: M: 5,35 [DT 3], 13 años: 3,42 [DT 3] y a los 14 años: 1,67 [DT 0,9]). Por edad y sexo, las chicas consultaron más por motivos preventivos, que los varones, que lo hicieron exclusivamente en las revisiones programadas. En los varones destaca un incremento del número de consultas por motivos digestivos y por descompensaciones del asma conforme avanza la adolescencia. **Conclusiones:** Son pocas las visitas que los adolescentes hacen al pediatra, por lo que es imprescindible aprovechar estas oportunidades para hablar con él de todos aquellos temas que pueden afectar a su bienestar. En los adolescentes, que realizan múltiples consultas por motivos banales como dolor abdominal, no podemos olvidar la posibilidad de que escondan los verdaderos motivos de su consulta (agenda oculta).

### ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LOS ADOLESCENTES

Liquete Arauzo L., Pérez Ruiz E., Rodríguez Molinero L., Marugán de Miguelsanz JM., Suarez Rodríguez MA., Ugidos Gutiérrez MD.

*CS La Palomera. León*

**Introducción:** La presencia de estereotipos de género, en torno a lo que es "ser un hombre de verdad" y "una buena chica", son las bases para tener relaciones desiguales y justificar la violencia o el control en las relaciones afectivas de los adolescentes. **Objetivos:** Valorar la presencia de estereotipos de género en los adolescentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra=3.343 adolescentes (13-18 años) de Castilla y León. Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste bilateral: 1,7%. Gestión externa. SSPS v.15 y Epidat®. **Resultados:** El 95% de los adolescentes abogan por la igualdad del hombre y la mujer en el área laboral. Sin embargo, en el ámbito privado, entre el 22 y el 39,5% creen que hay notables diferencias entre ambos sexos (fortaleza en el varón y sensibilidad de la mujer). La asunción de estereotipos de género aumenta con la edad (por ejemplo: la creencia de que "son las mujeres las que deben de cuidar de los hijos", pasa del 9,1% a los 13 años al 25,8% a los 18 años) y es ligeramente inferior en las chicas. En los varones, cuanto mayores son sus perspectivas formativas, menor es la presencia de estereotipos de género. **Conclusiones:** Los adolescentes actuales creen en la igualdad laboral entre géneros. Sin embargo, en el plano privado, 1 de cada 4 jóvenes afirman que existen diferencias de género que justificarían, entre otras cosas, que el cuidado de los hijos recayera, de forma desigual, en la mujer.

### ADOLESCENTES Y POLÍTICA:

#### CONSOLIDACIÓN DE LA RUPTURA GENERACIONAL

Liquete Arauzo L., Pérez Ruiz E., Rodríguez Molinero L., Marugán de Miguelsanz JM., Suarez Rodríguez MA., Ugidos Gutiérrez MD.

*CS La Palomera. León*

**Introducción:** Desde los 1º estudios sobre adolescentes, realizados en España en la década de los 80, hasta el 2006, se ha proyectado la imagen de una juventud "despolitizada", "pasota" y dedicada al ocio. La crisis económica reciente se ensañó con la juventud y supuso, además, una intensa crisis político-institucional que afectó a todas las esferas de la vida pública española. La intención de voto es una de las medidas más utilizadas para valorar la "politización" de un colectivo. **Objetivos:** Conocer la intención de voto de adolescentes y los factores socioeconómicos que pueden modificarla. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra=3.343 ado-

lescentes (13-18 años) de Castilla y León. Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste bilateral: 1,7%. Gestión externa. SSPS v.15 y Epidat®. **Resultados:** Dos de cada tres jóvenes votarían, sin duda, en las siguientes elecciones, con una tendencia ascendente con la edad (del 56,7% a los 13 al 74,1% a los 17 años). Existe una llamativa menor intención de voto entre las chicas, respecto a sus homólogos varones, en todas las edades (57,7% frente al 67,7%). Además, conforme disminuyen el nivel socio-económico familiar y las perspectivas de formación, disminuye la intención de voto en las chicas (OR=0,56 [0,3-0,9], p>0,05). En los chicos, sólo la disfuncionalidad familiar disminuye la intención de voto (OR funcionales=3,9 [1,6-9,8]). **Conclusiones:** La generación actual de jóvenes consolida la ruptura generacional, iniciada por la cohorte anterior, y muestra un alto grado de politización (en estudios anteriores al 2006, la intención de voto en adolescentes se situaba en 3 de cada 10). La crisis económica reciente y el acceso a las nuevas tecnologías son dos factores claves en esta tendencia.

### INTOXICACIÓN ETÍLICA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS

Lapeña Majan S., Jiménez Jiménez AP., Hernández Rupérez MB., Villamor Martín R., Tembours Molina MC.

*Hospital del Sureste. Arganda. Madrid*

**Introducción y objetivos:** El consumo de alcohol es habitual entre adolescentes y las consultas derivadas de su abuso son frecuentes en el medio hospitalario. El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes atendidos por este motivo en Urgencias Pediátricas de nuestro hospital. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes atendidos por intoxicación etílica aguda en el periodo de enero de 2016 a diciembre de 2018. **Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes (66,7% mujeres), con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años (media 13,8 años; mediana 15 años). La edad media entre ambos sexos fue similar. El vodka, seguido del ron, fueron los alcoholes más consumidos (33,3% y 12,5% respectivamente). El lugar de la intoxicación más frecuente fue la vía pública (70,8%). Los pacientes fueron traídos al servicio de Urgencias por el servicio del SUMMA en un 45,8% de los casos. En la exploración inicial se detectó tendencia al sueño con reactividad normal en un 54,2% de los pacientes, objetivándose somnolencia grave en el resto. Ningún paciente presentó coma etílico. Se detectó hipokaliemia leve en 5 de los pacientes atendidos, sin constatar hipoglucemia en ningún paciente. En 18 pacientes se realizó estudio de tóxicos en orina, detectándose tetrahidrocannabinol en 3 de ellos (16,6%). El nivel medio de etanol en sangre fue de 201 mg/dl (mín 106, máx. 299), existiendo una correlación clínico-analítica. No se detectaron diferencias entre los niveles medios de alcohol entre hombres y mujeres. Todos los pacientes recibieron suero terapia intravenosa durante su estancia en Urgencias. La evolución fue favorable en todos los casos, recibiendo el alta hospitalaria en las 12 horas posteriores al episodio. **Conclusiones:** En nuestro medio, el perfil más frecuente de paciente atendido por intoxicación etílica fue el de paciente adolescente de sexo femenino traído por el SUMMA tras la ingesta de bebidas de alta graduación. No se detectó hipoglucemia, hallazgo frecuentemente descrito en la literatura, en ninguno de los pacientes.

### ¡QUIERO SER MÁS LISTA!

#### UNA INTOXICACIÓN POR METILFENIDATO

Cazaña Coy F.J., Álvarez Vallejo V., Herrera Chamorro A., Martínez Bautista M., Rosa Silvestre M., Ibáñez Micó S., Cervera Pérez I.M.

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

**Introducción:** Las intoxicaciones por sobreingesta intencional de fármacos son una causa cada vez más frecuente de morbilidad en adolescentes, especialmente en aquellos con factores de riesgo de exclusión social o que han sido víctimas del acoso escolar. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una escolar de 12 años que acude al servicio de Urgencias tras sobreingesta intencionada de metilfenidato. Antecedente de adopción internacional, natural de Etiopía, en seguimiento por Psiquiatría por TDAH, tratado con Metilfenidato. A su llegada ingresa en UCI por alteración del nivel de conciencia y depresión respiratoria. Durante el ingreso se objetiva en registro de monitorización extrasístoles en bigeminismo, que precisaron tratamiento farmacológico con esmolol y propranolol, que persisten al alta, sin precisar tratamiento actualmente. Tras estabilización hemodinámica y respiratoria, ingresa en Planta y se realiza abordaje psicológico. Los padres refieren que en el colegio anterior sufrió acoso escolar. En el colegio actual está mejor adaptada, aunque manifiesta que "quisiera ser blanca". La paciente niega haber ingerido la medicación con fines autolíticos, sino porque la asocia a concentrarse, a "ser más inteligente", siendo este el efecto buscado. Actualmente se encuentra en seguimiento por la unidad de Salud Mental y Trabajador Social, sin haber presentado gestos autolíticos en el último año. **Discusión y conclusiones:** Los niños adoptados, por sus circunstancias de vida previa, constituyen un grupo de alto riesgo psiconeurológico, lo cual debe ser tenido en cuenta para poder realizar un diagnóstico y atención precoces. Es fundamental realizar un estudio psicosocial en la valoración del niño adoptado.

#### INGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA EN ADOLESCENTES EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Coelho I., Baptista S., Pereira A., Tiago D., Monteiro T., Silva  
*Hospital de la Universidad del Algarve - Faro, Portugal*

**Introducción y objetivos:** La adolescencia es un período de varias transformaciones, que proporciona nuevas sensaciones y experiencias, facilitando el uso y el abuso de sustancias psicoactivas. El objetivo de este estudio es caracterizar las intoxicaciones medicamentosas voluntarias que acudieron en un servicio de urgencias de Pediatría entre 2014 y 2018. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo por análisis de procesos clínicos de los adolescentes entre los 10 y los 17 años de edad, que acudieron al servicio de urgencias por intoxicaciones medicamentosas voluntarias. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales y familiares, tipo de fármaco, motivo de la ingesta y complicaciones clínicas. **Resultados:** Este estudio incluyó 79 adolescentes, el 78% del género femenino. La afluencia fue más grande durante el fin de semana. Más de la mitad (62%) presentaban enfermedad psiquiátrica previa y sólo 3 casos tuvieron complicaciones. En el 27% de los adolescentes el acto fue motivado por conflictos con los padres y en el mismo porcentaje por problemas afectivos. En el 25% no se realizó ningún tipo de examen complementario de diagnóstico. Nueve casos (11%) tenían antecedentes de ingesta voluntaria de medicamentos. **Conclusión:** La ampliación de la edad de atención en el servicio de urgencias pediátricas permitió un mayor contacto con los comportamientos de riesgo. Las intoxicaciones voluntarias son un motivo frecuente de recurso al servicio de urgencias, afectando a adolescentes de todas las edades, condicionando importante morbilidad y utilización de recursos.

#### SOBREINGESTA DE PARACETAMOL EN ADOLESCENTES, ¿UNA NUEVA EPIDEMIA?

Espinosa López B., Portillo Sánchez-Portal M., Martín Cazaña M., Gimeno Sánchez I., Cedená Romero P.  
*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

**Introducción y objetivos:** La sobreingesta intencional de paracetamol constituye una de las causas más frecuentes de intoxicación medicamentosa en adolescentes. El objetivo del estudio es analizar las características de las intoxicaciones por paracetamol en dicha población. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los adolescentes atendidos en urgencias pediátricas en un hospital terciario (edades entre 12-15 años) que presentaron niveles de paracetamol positivos en sangre entre los años 2014-2018. Los datos se obtuvieron a través de historias clínicas y el registro analítico proporcionado por el servicio de bioquímica. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 36 pacientes con edad media de 14,2 años ( $\pm 0,9$  DS), y predominio femenino (91,4% mujeres). En todos los casos se trató de una sobreingesta intencionada. El 51,4% presentaba patología psiquiátrica de base, destacando: depresión (22,9%) y trastornos de conducta (8,6%). El 14% tomaba tratamiento psicofarmacológico y el 22,9% había tenido episodios previos. El desencadenante más frecuente fueron problemas familiares (40%). El tiempo medio transcurrido hasta la consulta médica fue de 7,4 horas ( $\pm 11,3$  DS). Se administró N-acetilcisteína en el 71,4% documentándose reacciones adversas en el 5,7%. El 71,4% de los pacientes fueron hospitalizados y hubo 1 caso de fallo hepático y 2 de fallo renal. El 97,1% tuvo seguimiento posterior por parte de Psiquiatría. **Conclusiones:** Se puede concluir que la mayoría de las intoxicaciones intencionales de paracetamol se dan en mujeres adolescentes jóvenes y más de la mitad presenta patología psiquiátrica previa. Esta patología precisa frecuentemente tratamiento específico, hospitalización y seguimiento posterior por Salud Mental.

#### DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM) EN ADOLESCENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA

De Castro Vecino MP., Valdés Montejó I., Regueras Santos L.  
*Hospital Universitario de León*

**Introducción:** La obesidad infantil es un importante problema de salud pública (según la OMS) y se asocia a una gran cantidad de comorbilidades endocrino-metabólicas, entre otras. **Caso clínico:** Niña de 13 años que consulta por astenia de 4 días de evolución, poliuria, polidipsia y vómitos. Afebril. Pérdida ponderal del 15% en los últimos 4 meses (20 kg). Controlada en endocrinología por adrenarquia precoz y obesidad mórbida. Antecedentes familiares de DM tipo 1 y 2. Glucemia capilar 422 mg/dl con cuerpos cetónicos 5.8 mmol/L. A la exploración física presenta Peso de 110 kg (IMC 48.5kg/m<sup>2</sup>), TA 120/80 mmHg, ojerosa, labios secos y mucosa oral pastosa. Acantosis nigricans y estrías rojizas en cuello y abdomen. Leve taquipnea. Glasgow 15. En los gases capilares muestra una acidosis metabólica moderada (pH 7.14, pCO<sub>2</sub> 20mmHg, HCO<sub>3</sub> 10.9mmol/L). En la bioquímica glucosa 392mg/dL con HbA1c 10.3%; lipidograma con hipertrigliceridemia; Autoinmunidad con anticuerpos antiGAD positivos. A su llegada se administra expansión de SSF, iniciando a las dos horas la perfusión de insulina regular (ritmo máximo 0.1U/kg/h); a las 24 horas se comienza con insulino terapia subcutánea (dosis total requerida: 1U/kg). Tratamiento actual: Insulina Toujeo® 46UI por la mañana. Humalog®. 16/17/10/12UI. **Discusión y conclusiones:** La DM tipo 1 no suele asociar obesidad mórbida. En los adolescentes con DM las necesidades de insulina son mayores que a otras edades pediátricas y más si asocian resistencia a la insulina.

#### PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME DE KLINEFELTER

Velázquez González A., Domínguez Riscart J., Sáez Gallego B., Salamanca Fresno L., Mora Palma C., González Casado I.  
*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid*

## Comunicaciones Orales y Posters

Comunicaciones presentadas en el VI Curso Salud Integral en la Adolescencia de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (Sema)

**Introducción:** El Síndrome de Klinefelter (SK) es la cromosomopatía sexual más frecuente debido a un cromosoma X extra, el 10% de los casos es un mosaicismo. Suelen pasar desapercibidos al nacimiento diagnosticándose al llegar la pubertad al presentar hipogonadismo.

**Caso clínico:** Paciente de 15 años, seguido en nuestras consultas desde los 4 meses, remitido desde el Servicio de Genética tras diagnosticarse de SK con un cariotipo en mosaico de 46 XX,47 XXY y 46XY, en contexto de estudio por hipospadias. Es intervenido a los 2 años mediante uretroplastia donde se visualizan la gónada derecha con apariencia de ovoteste con trompa de falopio y la izquierda de aspecto normal, sin extirpación de las mismas. Presenta retraso en el desarrollo puberal, en la última visita a los 15 años y 2 meses, teste izquierdo 5 cc y teste 8 cc, en analítica presenta Homona Antimuleriana 0.78 ng/mL, FSH 23.54 mUI/mL, LH 10.38 mUI/mL y Testosterona 5.32 ng/mL, acompañado de aparición de olor apocrino, cambios de la voz, además de ginecomastia bilateral leve, que es intervenida a los 14 años de edad. En cuanto al crecimiento se observa una talla por debajo de la diana (-0.15 DE) en la última visita talla 163.7 (-0.93 DE) **Conclusión:** Es infrecuente la presencia de mosaicismo siendo la expresión clínica muy variable como es el caso de nuestro paciente diagnosticado a una edad muy temprana al presentar disgenesia gonadal.

### EPISODIO STROKE-LIKE Y COAGULOPATÍA.

#### ¿QUÉ HACEMOS CON LA PUBERTAD?

Del Fresno Navarro M., Marqués Cabrero A., Remedios Mateo L., González Vergaz A., Sánchez Escudero V.  
*Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid*

**Introducción:** El trastorno congénito de la glicosilación tipo 1a (CDG 1a) es un error innato del metabolismo que afecta a la síntesis de glucoproteínas. Se caracteriza por una alta variabilidad clínica, pudiendo asociar hipogonadismo hipergonadotropo. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de CDG 1a (2 mutaciones en heterocigosis compuesta en gen PMM2), derivada a Endocrinología a los 13 años y 9 meses por amenorrea primaria. **Antecedentes personales:** -Retraso psicomotor, ataxia e hipotonía -Déficit de antitrombina III, proteína C y S **Exploración física:** Talla (p25-50). Peso (p3). Botón mamario bilateral < 1 cm. Resto normal. **Pruebas complementarias:** -Analítica: Prolactina basal: 22 ng/ml, LH 30.49 U/L, FSH 104.2 U/L, Estradiol < 11.80 pg/ml, 17 OH Progesterona: 2.24 ng/ml, Test de Synacthen: 60 min: 3.00 ng/ml -Edad ósea: retraso de 2 años respecto a edad cronológica -Ecografía y RMN pélvicas: presencia de útero y vagina de morfología y dimensiones infantiles. No se visualizan ovarios. **Evolución:** A los 14 años y 3 meses presenta un episodio stroke-like y trombosis venosa, precisando anticoagulación desde entonces, por lo que se retrasa inducción puberal. Finalmente se inicia terapia estrogénica transdérmica a los 16 años. Presenta buena evolución clínica y analítica, con descenso de cifras de gonadotropinas. **Conclusiones:** El CDG 1a es una enfermedad rara, con afectación multisistémica y tratamiento únicamente sintomático. Presenta un número elevado de comorbilidades, dificultando su manejo. En este caso, la inducción puberal es un problema añadido.

### HIPOBETALIPOPROTEINEMIA. DOS CASOS CLÍNICOS

Sánchez Fernández B., Ortega Pérez M., Guerrero Alzola F., Casas Rivero J., Salmerón Ruiz M.A., Esteireiro Medeiros A.S.  
*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid*

**Introducción:** La hipobetalipoproteíemia familiar (HBF) pertenece a un grupo heterogéneo de enfermedades monogénicas que se caracteriza por niveles plasmáticos de colesterol LDL y apolipoproteína B (apoB) <p5. Es un trastorno infrecuente de herencia co-dominante,

siendo la prevalencia de la forma heterocigota de 1:1000-1:3000. Los pacientes heterocigotos suelen ser asintomáticos, siendo la esteatosis hepática la alteración clínica más frecuente con un riesgo potencial de progresar a cirrosis. Se recomienda realizar control bioquímico regular y ecografía abdominal si se observa aumento de transaminasas. **Casos clínicos:** Pacientes mujer (PC1) de 12 años y varón (PC2) de 20 años tratados en la Unidad de Medicina de la Adolescencia. En analítica de control: PC1: Colesterol total 85 mg/dl, colesterol LDL 37 mg/dl, apoB < 26 mg/dl. GOT: 30UI/L, GPT 48 UI/L, GGT 17UI/L. PC2: Colesterol total 66mg/dL, LDL 13mg/dL, apoB< 26mg/dL, GOT: 25 UI/L, GPT 50UI/L, GGT 38UI/L. Ecografía: aumento difuso de la ecogenicidad compatible con esteatosis. Pendiente de resultados de cribado de lípidos de los padres y el estudio genético en ambos pacientes. En ambos casos se descartaron causas secundarias de hipolipemia. **Discusión y conclusiones:** El LDL colesterol bajo obliga a descartar causas secundarias de hipolipemia. La HBF se debe a mutaciones en el gen de la apoB o con menor frecuencia de PCSK9 aunque en el 50% de los casos no llega a filiarse ninguna mutación. El diagnóstico es importante para prevenir la aparición de HBF homocigota en generaciones futuras, la cual se asocia a enfermedad degenerativa neuromuscular y retiniana.

### EVOLUCIÓN DE LA OBESIDAD EN NUESTROS ADOLESCENTES EN CINCO AÑOS

Guisado Rasco MC., González Soria MD., García Pérez C., González Furundarena S., Begara de la Fuente M., Coronel Rodríguez C.  
*CS Amante Laffón (DSAP Sevilla)*

**Introducción:** En España existe un aumento creciente de la obesidad, preocupan las cifras infantojuveniles. **Objetivos:** Analizar a los 5 años de implantación del PIOBIN la evolución del Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes incluidos en el programa. **Material y método:** **Muestra:** Población registrada en PIOBIN. **Duración:** Usuarios registrados desde 01/01/2009 al 31/12/2013 y seguimiento de sus visitas desde 2013 al 2018. **Revisión:** Historias clínicas de los usuarios registrados en PIOBIN, estudiando sexo, edad, evolución del IMC y número de visitas realizadas. **Resultados:** 126 usuarios: 52 hombres y 74 mujeres.

Edad	Varones	Mujeres
12	4	5
13	0	9
14	3	3
15	4	9
16	4	8
17	7	6
18	10	12
19	7	4
20	6	7
21	4	6
22	3	4

No registro de revisiones: 61 casos (48,41%), 28 hombres y 33 mujeres. IMC aumenta en 52, 19 varones y 33 mujeres. IMC disminuye en 11, 5 varones y 6 mujeres. Mantienen IMC 2. **Conclusiones:** 1) En el 48,41% de los usuarios registrados en PIOBIN no acuden a revisiones posteriores. 2) Existe una escasa concienciación de la obesidad como enfermedad y factor de riesgo. 3) Es importante la continuidad en la prevención y tratamiento de obesidad. 4) Los esfuerzos realizados no parecen suficientes para el control de la obesidad.



### FORMACIÓN DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ADOLESCENTES

Calle Rivas MA., Jiménez Maillo S., Poza Fresnillo L.,  
Aroca Palencia J., Nieto Almeida B.  
C.S Fuencarral. Madrid

**Introducción:** La escuela es el lugar idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje en soporte vital básico; además los niños favorecen el efecto multiplicador, como instructores a la familia y amigos. El Real Decreto 126/2014 de 28 de Febrero incluye la enseñanza de primeros auxilios, en el currículo básico de la Educación Primaria. **Objetivos:** Formar a la población adolescente en Soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar. **Material/método:** Se acudió a cinco colegios de la zona básica durante los años 2017/2018 formando a 300 niños de edades comprendidas de los 10 y los 14 años. Se dieron tres charlas de una hora cada una con los siguientes contenidos: - detectar situación urgencia - llamar al 112 - actuación ante persona atragantada - valorar persona inconsciente poniéndolo en posición lateral seguridad o comenzar RCP según necesidad - técnica correcta de compresión torácica y maniobras de Hemmlich - casos prácticos. **Resultados:** Se realizaron cuestionarios de conocimientos obteniendo una mejora significativa en los resultados post taller. **Conclusiones:** Las posibilidades de éxito ante situación de emergencia dependen fundamentalmente del inicio precoz de la reanimación y del entrenamiento del reanimador. Formar a la población en edades tempranas además de cumplir con currículo escolar, asegura una actuación correcta en caso de urgencia, mejora de la supervivencia y disminuye secuelas posteriores.

### ACALASIA EN UN ADOLESCENTE

Ortega Pérez M., Sánchez Fernández B., Estereiro AS., Guerrero Alzola F., Casas Rivero J., Nieto Serrano AM., Gutiérrez Priego S.  
Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid

**Introducción:** La acalasia es una enfermedad rara, particularmente en edad pediátrica (0,1/100.000 niños). Se caracteriza por aperistaltismo del esófago e inadecuada relajación del esfínter esofágico inferior. **Caso clínico:** Varón de 13 años con estancamiento ponderal de 3 años de evolución y disfagia de 2 años, con múltiples alergias alimentarias y triada atópica. En el inicio del cuadro clínico presentaba disfagia a sustancias líquidas/frutas, sin otra sintomatología digestiva acompañante. Se le realizan analítica, gastroscopia con biopsia, tránsito baritado esófago-gastro-duodenal y fibrolaringoscopia siendo los resultados normales, por lo que se envía a la consulta de Medicina de la Adolescencia como dolor abdominal funcional. Mejora de la sintomatología después del vómito autoinducido. Fobia a la ingesta sin distorsión de la imagen corporal. Empeoramiento de la clínica súbitamente con pérdida de 6 kg de peso (caída del IMC del p14 al p5) con aparición de disfagia a sólidos e impactación, sin dolor. Se realiza TAC cerebral que fue normal. Se ingresa en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Ante la pérdida progresiva de peso se reevalúa el caso diagnosticándose acalasia durante la realización de nueva endoscopia. Posteriormente se realiza dilatación esofágica con resolución completa de la sintomatología. **Conclusiones:** Es importante destacar la baja frecuencia de este cuadro en edad pediátrica. La sintomatología es inespecífica pero progresiva, siendo frecuente el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y fobia a tragar. Hay que recordar que la manometría esofágica es la prueba de elección para su diagnóstico y el tratamiento es quirúrgico.

### ARTRITIS EN JUGADOR DE BALONCESTO

Muñoz Calonge A., Muñoz Gómez C., Zafra Anta M.  
Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela. Madrid

**Introducción:** La artritis relacionada con entesitis (ArE) es una forma de artritis idiopática juvenil, caracterizada por artritis y entesitis, y la presencia del antígeno HLA B27, entre otras manifestaciones. Suele afectar a varones por encima de 6 años. Hasta su diagnóstico y control, provoca limitaciones en vida cotidiana de los pacientes. **Caso clínico:** Niño de 13 años jugador de baloncesto, que consulta por artralgias de 6 meses de evolución de predominio matutino, mejoran a lo largo del día, ceden con ibuprofeno y no despiertan por la noche, que limitaban su actividad deportiva. En exploración se identifica dolor en zona de entesis de ambos pies. Se solicitó analítica destacando positividad frente HLA B27 y reactantes alterados: VSG (22), PCR (29,82 mg/dL) Se diagnosticó de artritis ArE, HLA B27 positivo, iniciándose tratamiento con metotrexato y ácido fólico. Permanece asintomático durante 3 meses. Posteriormente presenta artritis interfalángicas proximales (IFP) de ambas manos, pie derecho, tobillo izquierdo y codo izquierdo. Precisa infiltraciones articulares con triamcinolona y se decide iniciar tratamiento con Etarcept. Hasta el inicio del biológico el paciente no fue evaluado en la asignatura de educación física y dejó de jugar al baloncesto. Posteriormente se ha reincorporado con satisfacción al deporte con mejoría de su calidad de vida. **Discusión:** El paciente limitó su actividad deportiva como consecuencia de la afectación articular. Actualmente existen herramientas diagnósticas sensibles y poco invasivas, así como tratamientos emergentes eficaces. **Conclusiones:** El diagnóstico y tratamiento precoces de la ArE son fundamentales para evitar la limitación funcional que potencialmente puede acarrear.

### ORINA LITOGÉNICA E INFECCIÓN URINARIA POR BACTERIA POCO HABITUAL

García-Ochoa Fernández E., Zafra Anta MA., Alarcón Alacio MT.,  
García Arata I., Santos Sánchez-Rey A., Alonso Bermejo C.  
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

**Introducción:** Hay factores predisponentes para la presencia de bacterias en vía urinaria, entre ellos, una orina litogénica (ej. hipercalciuria y/o hipocitruuria). **Caso clínico:** Una adolescente de 13 años, en periodo estival, con dolor en fosas renales, disuria de 24 horas de evolución, afebril. Ante la sospecha de cólico renal, se prescribió analgesia y fosfomicina, sin recogida previa de urocultivo. Tenía antecedentes familiares de litiasis renal cálcica. La palpación mostraba dolor en hemiabdomen izquierdo e hipogastrio, puño-percusión renal bilateral era positiva. En hemograma y bioquímica: creatinina 0,83, sin otros datos. Sistemático y sedimento urinario: leucocituria de 6-10/campo. Cociente calcio/creatinina normal. Ingresó por mal control del dolor. Ecografía abdominal y renal: normal. Dos muestras para urocultivo separadas 24h. En ambos: crecimiento significativo (10.000-100.000 UFC/ml) de *Corynebacterium aurimucosum*. Resistente a fosfomicina, según antibiograma, se pautó amoxicilina-clavulánico. Entonces remitió la disuria, y se procedió al alta. En estudio posterior se encuentra hipocitruuria sin hipercalciuria (orina prelitiasica) y urocultivo: negativo. **Discusión:** *Corynebacterium aurimucosum* es una bacteria propia de la flora saprofita del aparato urogenital femenino. *C. amicolatum*, *C. jeikeium*, *C. urealiticum* y *C. seminales* se han descrito asociados a infección en relación con la manipulación instrumental de la vía urinaria. Se recomendaron medidas dietéticas: agua, no abusar de los favorecedores de cálculos e incrementar protectores. **Conclusiones:** En determinadas circunstancias clínicas, algunos gérmenes poco virulentos e incluso comensales urogenitales, podrían comportarse como patógenos. Importancia de la recogida de un urocultivo previo al inicio de la antibioterapia empírica, especialmente ante factores de riesgo.

### Respuestas correctas a las preguntas test

**Aspectos prácticos de la vacunación en el adolescente:** **1a)** No es correcta, ya que permitir al adolescente acudir por la tarde o durante el fin de semana mejora las oportunidades de vacunación y facilita que se vacune. **1b)** No es correcta, acercar la vacunación a los centros de enseñanza en lugar de esperar a que el adolescente vaya al médico forma parte de las estrategias para aumentar las tasas de vacunación en este grupo etario. **1c)** Correcta, hay que aprovechar cualquier oportunidad de vacunación incluso si estas se presentan fuera de los controles de salud. **1d)** No es correcta, es necesario mejorar la información que reciben adolescentes y padres sobre las vacunas y los recursos online y las redes sociales han demostrado facilitar este proceso. **1e)** No es correcta, hay que aprovechar activamente todas las oportunidades de vacunación. **2a)** No es correcta, las personas sexualmente activas se benefician también de la vacunación frente al VPH. **2b)** No es correcta. No es necesario realizar un test previo a la vacunación y un paciente de más de 15 años precisa 3 dosis de la vacuna. **2c)** No es correcta, los pacientes mayores de 15 años precisan tres dosis. **2d)** No es correcta, hombres y mujeres se benefician de la vacunación frente al VPH. **2e)** Correcta, hombres y mujeres se benefician de la vacunación frente al VPH. Haber mantenido relaciones sexuales previamente no contraindica la vacunación. Al ser mayor de 15 años se debe vacunar con tres dosis. Al ser un hombre que mantiene relaciones sexuales con otros hombres la vacuna estaría financiada en este caso. **3a)** No es correcta. No están recomendadas las vacunas de alta carga antigénica en mayores de 6 años. **3b)** No es correcta. No están recomendadas las vacunas de alta carga antigénica en mayores de 6 años. Las vacunas enteras de tosferina no están comercializadas en España por sus efectos adversos. **3c)** Es correcta. Se debería administrar a los adolescentes una vacuna de baja carga antigénica a los 14 años en sustitución de la Td. **3d)** No es correcta. Las vacunas enteras de tosferina no están comercializadas en España. **3e)** No es correcta. La vacuna Td es la que se encuentra actualmente en el calendario actual. Pero los estudios sugieren que sería conveniente revacunar a los adolescentes debido a que la inmunidad que produce la vacuna no es tan duradera. **4a)** Es correcta. A los 12 años está recogida en el calendario la vacuna frente a meningococo ACWY en la mayoría de comunidades y se espera que se aplique en toda España en los próximos años. También se recogen las vacunas de varicela en personas susceptibles y VPH. Las personas con enfermedad celíaca se consideran un grupo de riesgo y deben vacunarse anualmente de la gripe. Finalmente se debería informar y recomendar la administración de la vacuna frente a MenB. **4b)** No es correcta. A los 12 años está recogida en el calendario la vacuna frente a meningococo ACWY en la mayoría de comunidades y se espera que aplique en toda España en los próximos años. La vacuna frente a DTPa no se contempla a esta edad y no deben usarse vacunas de alta carga antigénica a partir de los 6 años de edad. **4c)** No es correcta, esta paciente debe vacunarse frente a la gripe al pertenecer a un grupo de riesgo (enfermedad celíaca). También debe de vacunarse frente a la varicela si es una persona susceptible. **4d)** No es correcta. La vacuna frente a DTPa no se contempla a esta edad y no deben usarse vacunas de alta carga antigénica a partir de los 6 años. La paciente no pertenece a ningún grupo de riesgo para recibir la vacuna de la Hepatitis A. **4e)** No es correcta. La vacuna frente a dTpa no se contempla a esta edad. La paciente no pertenece a ningún grupo de riesgo para recibir la vacuna de la Hepatitis A. En el año 1979 la vacuna monocomponente de rubeola se introdujo administrada a los 11 años para prevenir la rubeola congénita, hoy en día la vacuna de la rubeola se administra de forma conjunta con la de sarampión y paperas en la vacuna triple vírica a los 15 meses y 3-4 años. **5a)** No es correcta, el Parvovirus B19 es más virulento en adultos jóvenes y en adolescentes. Se ha relacionado con abortos espontáneos. Es por tanto un buen candidato. **5b)** No es correcta. El VEB se transmite a través de las secreciones respiratorias, es más sintomática cuanto mayor es el paciente y se ha relacionado con ciertos cánceres. Es por tanto un buen candidato. **5c)** No es correcta. El CMV se transmite a través de los fluidos corporales, como la saliva, la orina, la sangre, las lágrimas, el semen y la leche materna. Produce síntomas similares a los de una mononucleosis. Además la enfermedad congénita produce secuelas neurológicas en el feto. Es por tanto un buen candidato. **5d)** Es correcta. Es muy importante lograr una vacuna frente a *P. aeruginosa* y otras bacterias implicadas en la resistencia a antibióticos. Pero producen enfermedades principalmente en pacientes ancianos y con enfermedades crónicas, no tanto en adolescentes sin otras comorbilidades. **5e)** No es correcta. El virus herpes simple se transmite por contacto directo pero también por vía sexual siendo una de las ITS más prevalentes. También produce infección grave en recién nacidos hijos de madre con herpes genital por lo que sería un buen candidato.

**Nutrición en el adolescente: aclarando mitos: 1e, 2b, 3e, 4d, 5e.**

**Controversias en el tratamiento de la talla baja idiopática (TBI): 1a, 2d, 3b, 4b, 5e.**

**Complicaciones crónicas de los trastornos del comportamiento alimentario: 1e, 2e, 3d, 4b, 5e.**

**Organizando la consulta del adolescente. Herramientas de ayuda: 1e)** En efecto, todas las afirmaciones son correctas. **2c)** La falta de capacitación de los profesionales para atender a adolescentes es una barrera importante. **3e)** Todos los requisitos son recomendables para una buena asistencia al adolescente.

**Estilos educativos, conflictos familiares e intervención en el trastorno negativista desafiante: actuación profesional: 1b)** Las transformaciones sociales afectan directamente sobre los conflictos de los adolescentes con su familia. **2e)** En efecto, todas las afirmaciones tienen que ver con los estilos EE. **3d)** Escuchar es un requisito fundamental ya que permite sentirse comprendido, tranquiliza y da confianza.

**Problemas más frecuentes en Ginecología. ¿Qué hacer?: 1e)** En efecto, todas son ciertas. **2d)** El inicio tardío de la actividad sexual no contribuye hipotéticamente a facilitarlas. **3b)** La existencia de tabaquismo puede contraindicar la anticoncepción hormonal.

**Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria: 1b)** No siempre coincide la preocupación de los padres con la del niño. **2e)** Todas las afirmaciones son ciertas cuando se habla de cuestionarios para ser usados en la entrevista clínica. **3e)** Todos los síntomas enunciados pueden estar presentes en un adolescente deprimido.

**Rehabilitación infantil en la práctica clínica: 1e)** En efecto, todas están orientadas a lograr la máxima adaptación del adolescente a las actividades de la vida diaria. **2b)** Para la infiltración del músculo espástico la técnica ecoguiada es de mucha utilidad. **3a)** La rehabilitación infantil no puede estar centrada solamente en el rehabilitador ya que debe ser interdisciplinar y seguir el modelo de asistencia bio-psico-social.