

COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL XXVI CONGRESO DE GIRONA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

COMUNICACIONES PREMIADAS

1^{ER} PREMIO

COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y EQUIPO DE SOPORTE A LA CRONICIDAD Y ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA: ATENCIÓN DE UN PACIENTE EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA. Ausió Sala C, Devesa Canals R, Pérez Jiménez B, Pascual Sala C. *Institut Català de la Salut, Girona.* **Caso clínico:** Niña, 14 años diagnosticada de encefalopatía grave de etiología desconocida, grave afectación neurológica y epilepsia. Detectada importante desnutrición en la consulta de pediatría, con irritabilidad y afectación del estado general. Se solicita valoración por el equipo de soporte a la cronicidad pediátrica. Primera visita: se orienta como situación de enfermedad avanzada y alta fragilidad. Se propone atención centrada a domicilio por deseo de la familia, evitando traslados innecesarios, medidas invasivas. **Objetivo:** Controlar los síntomas para permitirle el máximo confort. Se confecciona Plan de intervención individualizada y compartida. **Exploración:** Dormida, hipoactiva y poco reactiva, facies tranquila, respiración eupneica. Hipotonía axial, escoliosis grave. Palidez cutánea, caquexia, hipoperfusión distal. Vía oral no segura, refieren tos a la deglución. Vómitos puntuales. Sensación de dolor sobre todo a la movilización. Durante la noche se despierta con llanto. **Tratamiento:** Ácido valproato y carbamazepina. Se decide iniciar PCA de morfina por vía subcutánea. **Evolución:** Se consigue controlar el dolor, con recuperación de la vía oral. Se mantiene más despierta, se muestra sonriente y más activa. **Discusión:** La coordinación multidisciplinar en este tipo de pacientes mejora la calidad asistencial puesto que se hace un abordaje integral del paciente y su familia y se unifican decisiones.

COMUNICACIONES PREMIADAS

2 PREMIO

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y VEGANISMO. Gaspà Garmundi A, Ciscar Grau ME, Carítg Bach N, Roca Fusalva A, Fons Gaya C. *EAP Sarrià, Barcelona.* **Caso clínico:** Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) parecen aumentar después de la COVID-19. Presentamos una chica de 20 años con TCA grave con dificultad por conseguir un tratamiento en el sistema público de salud por la condición de ser vegana. Buena estudiante y buen entorno familiar. Con 14 años, empieza dieta vegana con disminución de la ingesta y pérdida de peso. Se recomienda ingresar en hospital de día. Al no querer renunciar a la dieta vegana no es admitida. Con 16 años, ingresa en centro privado, con 46 kg. Abandona el centro porque no podía mantener dieta vegana. Durante el confinamiento de la COVID-19 presenta empeoramiento clínico. No puede ingresar en el hospital de día por bajo peso (Índice de Masa Corporal de 13,2, peso 38,2 kg) y renuncia a ingreso hospitalario para realimentación porque debe abandonar la dieta vegana. Actualmente seguimiento psicológico y psiquiátrico a nivel privado. Sigue una alimentación restrictiva y está aislada de la vida social. Se trata de una Anorexia Nerviosa Grave, que precisa ingreso hospitalario pero la paciente rechaza por tener que abandonar la dieta vegana. ¿Una creencia y una actitud de vida puede ser suficiente para desestimar la posibilidad de mejoría en una paciente en situación límite de supervivencia?

MI HIJO HA DEJADO DE COMER. IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS. Sánchez Mateo A, Lojo Pons, P. Cap Josep Masdevall, Figueres. *Girona.* **Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria en España suponen la tercera enfermedad crónica en las adolescentes. Existe una entidad infradiagnosticada denominada desorden de ingesta alimentaria evitativa o restrictiva (ARFID). **Caso clínico:** Anamnesis: Niño de 11 años que acude a consulta de pediatra de atención primaria por restric-

ción de la ingesta de un mes de evolución. No refiere disconformidad corporal, intención de adelgazar ni miedo a engordar. La madre refiere que hace un mes presentó un episodio de vómitos y diarreas (GEA) auto-limitado. No antecedentes relevantes de interés. Exploración física normal y constantes vitales normales. Pruebas complementarias: analítica sanguínea normal con TSH de 4,33 mUI/L e índice de saturación de transferrina 20%. **Diagnóstico:** Gracias a una exhaustiva anamnesis, el paciente refirió temor a la ingesta por posible vómito secundario y él mismo reconoció que desde el episodio de GEA comía menos por dicho miedo. Se diagnosticó de ARFID. **Tratamiento y evolución:** Gracias a los consejos dados en consulta y el acompañamiento de los padres al mes presentó aumento de la ingesta y disminución del temor hasta desaparecer a los 3 meses. **Discusión:** al ser una patología poco frecuente es importante tenerla presente en restricciones alimentarias para evitar su cronificación.

INCIDENCIA DE ITS Y PRINCIPALES CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES. Casimiro González D. *Hospitales Sanitas, Madrid.* **Introducción y objetivos:** El aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual a nivel mundial está siendo una constante en los últimos años, siendo la población adolescente una de las más afectadas, debido sobre todo a sus características intrínsecas que les predispone a la práctica de conductas de riesgo. **Material y métodos:** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo en adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años que acudieron por primera vez a consulta de una clínica monográfica de ITS en Madrid en el periodo que abarca desde junio de 2016 hasta diciembre de 2018, siendo el total de los pacientes recogidos en el estudio de 374. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario epidemiológico estructurado y anonimizado con variables cualitativas. **Resultados y conclusiones:** La incidencia de ITS fue del 42,8%.

REVISIÓN DE LOS 14 AÑOS: DESPEDIDA DEL PEDIATRA. Muñoz González L, Fuente Blanco L. *C.S Ciudad San Pablo, Coslada.* Madrid. Revisamos los controles de salud realizados durante el periodo de 12 meses, a los pacientes de 14 años. Analizamos los hallazgos más destacados en antecedentes personales, patologías médicas, problemática emocional y social, vacunación y posibles mejoras en la calidad de los controles de salud. Centro de salud de población urbana con 2 cupos de pediatría, total de 1.505 pacientes, un 8% de 14 años (121). Durante 12 meses hemos registrado 106 citas, han asistido 96 pacientes (90% de los citados), 55% mujeres y 45% varones destacan como antecedentes rinitis y/o asma en el 44,7%, hallazgos clínicos: obesidad 10,4% y sobrepeso 9,3%, patología psicoemocional 10,4%, en menor frecuencia enfermedad celíaca, TDHA, artritis idiopática juvenil y talasemia menor (2,08%) y otras como diabetes mellitus tipo 1, insuficiencia renal, disforia de género, enfermedad de Crohn, esofagitis eosinofílica en el 1,04%. Ningún paciente registra consumo de tabaco, alcohol ni drogas, ni adicción a pantallas y solo uno refiere mantener relaciones sexuales. Han recibido la vacuna para coronavirus el 84,37%, y hay registro de haber pasado la infección en el 35,4%. **Conclusiones:** se constata un buen seguimiento de los pacientes, pero pensamos que no conectamos con ellos en el proceso de investigación de conductas de riesgo.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES. Vila Cortavitarte E⁽¹⁾, Díaz Gómez N⁽²⁾, Díaz Gómez JM⁽³⁾. ⁽¹⁾Centro de Salud San Benito, Tenerife, ^(2,3)Universidad de La Laguna, Tenerife. **Introducción:** La violencia de género (VG) es un importante problema social y de salud pública. El **objetivo** de este estudio ha sido evaluar si un programa dirigido a la promoción de la igualdad y prevención de la VG en adolescentes, disminuye las actitudes sexistas explícitas e implícitas. El estudio fue financiado por la Fundación Caja Canarias-Fundación La Caixa (PI:2020EDU09). **Método:** Estudio de intervención educativa (pre-post), controlado y aleatorizado.

Se incluyeron 327 adolescentes en el grupo intervención (GI) y 274 en el grupo control (GC), de 16,1±0,6 años. El GI recibió una intervención para la prevención de la VG que incluyó: charlas, debates, ejercicios, vídeos, lectura de un cómic y un escape-room y el GC recibió una sobre anticoncepción. Sus actitudes sexistas explícitas se midieron con las escalas EVAMVE y EARG, y sus actitudes implícitas con 2 preguntas sobre un relato de elaboración propia. **Resultados:** Comprobamos que en el GI disminuyeron de forma significativa las actitudes explícitas e implícitas sexistas, inmediatamente después, a los 6 meses y al año de la intervención, mientras que en el GC se mantuvieron estables. **Conclusión:** La intervención educativa desarrollada en este estudio ha demostrado ser una herramienta válida para disminuir las actitudes sexistas en adolescentes.

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE EN ADOLESCENTES.

Weisweiler Luque C, Sitjà Bou A, Serrat Palmada P, Álvarez Vila A, Pera-poch López J. *Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** El sangrado menstrual abundante (SMA) es una causa común de anemia en las adolescentes. Las causas más comunes son la anovulación y coagulopatías. **Caso clínico. Anamnesis:** Paciente de 12 años, consulta por astenia y anemia secundaria a hipermenorrea. Menarquia con 11 años y sangrado abundante desde el primer día (>6 compresas/día), irregularidad menstrual y duración media de 12 días. Controles ambulatorios con anemia ferropénica (Hemoglobina 7.8 g/dL, ferritina 1 ng/mL) y tratamiento con hierro oral (5 meses) con parcial cumplimiento. Análítica de control destacando Hemoglobina 5.7 g/L, ferritina 2ng/mL, por lo que se remite al Hospital. Exploración física normal,

con palidez leve. Hemodinámicamente estable. Estudio de coagulación, hormonal y ecografía ginecológica sin hallazgos destacables. Orientada de anemia crónica bien tolerada, secundaria a SMA, se inicia hierro endovenoso (3 dosis), antifibrinolíticos y naproxeno. Se realiza analítica de control después del tratamiento con resolución de la anemia (Hemoglobina 14.3 g/dL, ferritina 52ng/ml). Descartada alteración en la coagulación por hematología pediátrica. Controles ginecológicos, rechazando tratamiento con anticonceptivos orales y regulación posterior del ciclo menstrual. **Discusión:** El diagnóstico precoz del SMA, mejora la calidad de vida de las adolescentes y evita el desarrollo de anemia con la consecuente necesidad de transfusiones y hospitalización.

INFECCIONES PERIAMIGDALINAS EN ADOLESCENTES. TAMBIÉN CON CULTIVO DIFERENTE DE ESTREPTOCOCCO BETAHEMOLÍTICO.

INGRESOS EN UN HOSPITAL (2021-22). De La Peña Gallo L, Zafrá Anta MA, Quílez Calleja B, Galán Del Río P, García García C. *Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid*. **Introducción:** Las infecciones periamigdalinas son potencialmente graves por el riesgo de complicaciones locales. En la etiología se implica al estreptococo beta hemolítico (EBHE), también se acepta un origen en ocasiones polimicrobiano. Se describen 3 casos (de 7 ingresados) con cultivo no EBHE en el periodo 2021-22. **(VER TABLA). Discusión:** Reconocer la clínica y evolución es fundamental para diferenciar la faringoamigdalitis aguda de las mucho menos frecuentes infecciones periamigdalinas. Se deben tener presentes en el diagnóstico diferencial. Pueden tener una participación etiológica de bacterias no-EBHE. Se precisa un manejo diferenciado en antibioterapia, y considerar el drenaje especializado.

CASO	SEXO, AÑOS	CLÍNICA	EXPLORACIÓN	CULTIVO	ANALÍTICA (PCR ELEVADA)	DRENAJE	AMOXICILINA-CLAVULÁNICO/CORTICOIDES	OTROS
1	Varón 15	Cervicalgia, odinofagia. Afebril	Asimetría amígdalas Contractura cervical	Frotis: S. Disgalactiae	+	No (riesgo cirugía por localiz)	+ / +	-Precisa TC (área flemonosa posterior y por espacios retrofaríngeo y carotídeo ipsilateral) -Favorable
2	Mujer 14	Otalgia, odinofagia. Afebril.	Trismus, abombamiento	Punción: S. mitis	+	Sí (2)	+ / +	Favorable
3	Mujer 14	Odinofagia.Fiebre	Trismus, hipertrofia amigdalal	Punción: S. grupo C/G	+	Sí	+ / +	Favorable

LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2.

Albaladejo Moreno R, Gispert-Sauch Puigdevall M. *Hospital Doctor Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** Las visitas en los servicios de urgencias pediátricas (SUP) han disminuido durante la pandemia por SARS-CoV2, pero, se ha observado un incremento porcentual de los intentos autolíticos (IA). **Objetivo:** Comparar la frecuencia y características de los IA durante los dos años previos y posteriores al inicio de la pandemia. **Material y métodos:** Se realiza una revisión de historias clínicas del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021 de las visitas al SUP de un hospital de tercer nivel por IA. Se han descartado aquellos casos con intencionalidad evasiva o ansiolítica. **Resultados y conclusiones:** Se han incluido 5 casos en el primer periodo (2018-2019) y 14 en el segundo (2020-2021). Durante la pandemia, se ha triplicado el número de consultas por IA (0,017% vs 0,083%) sobre el total de consultas al SUP. La edad media es similar, pero predominan las niñas en el 2020-2021 (80% vs 100%). El mecanismo más usado es la sobreingesta medicamentosa (80% vs 78%). En 2020-2021 observamos más antecedentes de patología psiquiátrica conocida (40% vs 70%), más intentos autolíticos previos (0% vs 35,7%), más gravedad (0% vs 57% ingresos) y derivaciones a la unidad de hospitalización de psiquiatría (25%).

¿DÓNDE CONSULTAN LOS ADOLESCENTES SUS DUDAS MÉDICAS?

Florensa Roquet-Jalmar E, Prados Prados A. *CAP Roger de Flor, Barcelona*. El programa salud y escuela tiene como objetivo mejorar la salud de los

adolescentes mediante la promoción de la salud, prevención de situaciones de riesgo, atención precoz, problemas relacionados con salud mental, afectiva, sexual y consumo de tóxicos estableciendo una colaboración entre centros de salud y escuelas. Desde nuestro centro de salud hemos impartido sesiones en las escuelas del barrio abordando esta temática según las necesidades detectadas en su alumnos. En la sesión relacionada con las TIC: redes sociales, YouTube, internet... preguntamos a los alumnos dónde consultan cuando tienen una duda médica y así informar de webs oficiales con información fiable. Durante la sesión preguntamos a los 52 alumnos de tercero ESO a quién consultan si tienen una duda médica: familiar 43, amigo 14, docente 9, personal sanitario 30, internet- YouTube-redes sociales 28. Referente al apartado TIC les preguntamos si conocían webs de departamento salud o joves.cat, <50% las conocen, aprovechamos para navegar aprendiendo cómo encontrar información. Al objetivar el desconocimiento de los alumnos de webs y recursos del departamento de salud y juventud referente a temas sanitarios es importante hacer formación y explicar dónde consultar inquietudes y dudas porque es una generación digital y buscan respuesta *online*.

USO DE PANTALLAS EN POBLACIÓN DE 10 A 15 AÑOS Y PROBLEMAS DE SUEÑO DERIVADOS.

Baixauli López L. *Hospital General Universitario Castellón, Castellón*. El uso de internet y tecnologías de la información y comunicación (TICs) ha aumentado mucho en la última década y especialmente entre los adolescentes y preadolescentes de 10 a 15 años. Este aumento se ha visto favorecido por la pande-

mia por SARS-CoV2, especialmente el uso tanto lúdico como docente de éstas. El uso abusivo se ha relacionado con problemas de sueño y nuestro objetivo es determinar el tiempo de uso y los posibles problemas de sueño relacionados. Se pasan cuestionarios anonimizados (n=178) en consultas externas de hospital terciario. Se valoran problemas de sueño con cuestionario BRUNI y se interroga sobre horas de uso de pantalla. La edad media de los pacientes es de 12 años y 11 meses. El 15,2% presenta un trastorno global del sueño (TGS) y el 28% refiere una disminución de la calidad del sueño durante la pandemia. El 83,1% tiene teléfono inteligente propio y el uso medio semanal es de 3,8 horas/día sin diferencias entre sexos. Es llamativo que el 30% de los pacientes con TGS refieren un tiempo de uso >5 horas/día pero no fue posible detectar y relacionar significativamente el tiempo de uso de pantallas y presencia de problemas de sueño o calidad del sueño.

TEA FEMENINO: ANÁLISIS DE UNA MUESTRA RECOGIDA EN EL CSMIJ DE GIRONÈS I PLA DE L'ESTANY EN UN AÑO. Rivera Abelló H⁽¹⁾, Lombardía Fernández C⁽²⁾, Sánchez Martínez J⁽³⁾, Vendrell S⁽⁴⁾. ^(1,2,3)Centro de Salut Mental Infantil i Juvenil Gironès i Pla de l'Estany, Girona. ⁽⁴⁾CDIAP Fundació Ramon Noguera, Girona. **Introducción y objetivos:** La prevalencia de TEA (4:1 o 3:1), diagnóstico más tardío en el sexo femenino. En TEA de alto funcionamiento el motivo de consulta está unido a comorbilidades. El objetivo de nuestro estudio es el análisis de toda la población TEA de sexo femenino atendida en nuestro CSMIJ y del CDIAP de zona. **Material y método:** Se realiza un registro de los casos TEA femenino atendidos en el CSMIJ y el CDIAP, durante 2021. Variables: fecha nacimiento, derivante, motivo de derivación, fecha diagnóstico, comorbilidades, cambios escuela, *bullying*, epilepsia, asistencia a Atención Precoz. Google Form y Excel. **Resultados:** La muestra (n = 56) de edades comprendidas de los 12 meses hasta los 18 años. El motivo de consulta fue muy heterogéneo, solo un 18% por "sospecha TEA". La mitad había sido atendida en CDIAP. La mitad refieren haber sufrido *bullying* y la mitad refieren un cambio de centro escolar. **Discusión:** Dos momentos de derivación, uno en la primera infancia y otro en la adolescencia. Motivo de derivación heterogéneo. Observamos un retraso importante en el momento de diagnóstico. Lo que supone un mayor riesgo de comorbilidades y más severidad de las mismas.

EPISODIO HIPOMANIACO INDUCIDO POR ANTIDEPRESIVOS EN ADOLESCENTES CON ALTO RIESGO DE TRASTORNO BIPOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO. Losada Brunet D⁽¹⁾, Fornells Pujol M⁽²⁾, Lombardía Fernández C⁽³⁾. ^(1,3)CSMIJ-Gironès i Pla de l'Estany, Girona. ⁽²⁾CREI La Ginesta, Juià. Girona. **Introducción:** detección y prevención en población infantojuvenil con alto riesgo de padecer TAB (antecedentes familiares y clínica subsindrómica). Especificidad del episodio maniaco inducido por antidepresivos como marcador de futuro TAB o "TAB tipo III". **Caso clínico: Anamnesis:** Mujer, 14 años. Tutelada por DGAIA, institucionalizada en centro de menores. Antecedentes psiquiátricos personales: disregulación emocional, intentos autolíticos, trastorno adaptativo. Requirió un ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantojuvenil. Antecedentes psiquiátricos familiares: madre y abuela materna con TAB tipo I, padre con TUS (alcohol). Tratamiento: Fluoxetina 20mg/día, Quetiapina 150mg/día. **Exploración física:** disregulación emocional con tendencia a la hipotimia, sentimientos de desvalorización e ideación autolítica. Se realiza aumento Fluoxetina 40mg/día, Quetiapina 200mg/día. Presenta de manera progresiva síntomas hipomaniacos (referidos por educadores del centro y por la paciente): estado de ánimo expansivo y elevado, sensación de euforia, aumento de la autoestima, más habladora, taquipsiquia, conductas de riesgo (conductas sexuales de riesgo y una autolesión grave). **Diagnóstico:** Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos (Antidepresivos). DSM-V. **Tratamiento:** Que-

tiapina 200mg/día, disminución Fluoxetina 20mg/día, inicio Oxcarbazepina 300mg/día. **Evolución:** disminución de sintomatología y eutimia. **Discusión:** dificultad en el diagnóstico diferencial de clínica maníaca en menores, síntomas menos específicos e intensos. Poco consenso en la psicopatología del TAB en menores.

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. GUÍA RÁPIDA. Bello Miró S, Mengibar Garrido JM, Cantero García J, Roca Comas A, Sánchez Jiménez J. *Corporació del Maresme i la Selva, Blanes y Calella. Girona.* **Introducción y objetivo:** Presentamos una guía rápida como ayuda para resolver las diferentes consultas urgentes de pediatría, desde el lactante hasta el adolescente, tanto en la atención primaria como en el hospital. Inicialmente el documento lo creamos para nuestro uso interno pero la buena acogida por compañeros de otras entidades nos impulsó a su difusión, por si era de utilidad en pro de una mejora en la atención urgente pediátrica, siendo éste el único objetivo que pretendemos. **Material y métodos:** Durante el 2020 y 2021 revisamos protocolos, publicaciones o cursos de diferentes entidades (Sociedades: SEUP, AEP, AEPAP, SCP, SEMA...), hospitales: HSJD,HVH,H.C. de Bilbao... y propios de nuestra entidad. Realizamos una última actualización en el 2022. Los autores somos pediatras que atendemos urgencias pediátricas, subespecialistas pediátricos y de adultos contamos con la colaboración de enfermeras de urgencias y de pediatría. La guía es de rápida y fácil lectura e interpretación, informa de la actitud terapéutica a seguir y de lo que no debemos hacer, de dosis de fármacos según edad o peso, indicación o no de exámenes complementarios o derivación. Abarca patologías propias del adolescente. **Resultado:** La guía que ofrecemos a compañeros que crean pueda ser útil en su quehacer pediátrico.

ASCETISMO. VIEJAS FORMAS PARA NUEVOS DILEMAS. Montserrat Royuel A, Sánchez Martínez J. *CSMIJ Girona i Pla de l'Estany, Girona.* **Introducción:** Se presenta el caso de una adolescente con psicopatología franca de rápida evolución de características místico-religiosas, valorando estrecha relación con su momento vital y factores culturales familiares. **Caso clínico: Anamnesis:** Paciente de 15 años que acude derivada de pediatra por presencia de pensamientos y comportamientos focalizados en su creencia religiosa y la figura de Dios. Natural de Rumania, mayor de 4 hermanos. Evangelistas Pentecostales. Exploración: Enlentecimiento psicomotriz marcado, contacto poco sintónico, evitación de la mirada, perpleja. Escasa expresividad facial. Discurso monótono, con bajo tono de voz, coherente. Pensamientos intrusivos persistentes en torno a culto religioso, reiterativos con repercusión conductual e interferencia en todas sus AVBD. Reconoce interpretaciones con el entorno en forma de posibles mensajes de Dios, alucinaciones auditivas ocasionales en forma de pasos y sensación de extrañeza y desconfianza. Rituales compulsivos de limpieza como acto de purificación. Hipotimia con anhedonia e hipoergia. Insomnio mixto. Restricción alimentaria con pérdida de 10 kg en 6 meses que justifica como acto de culto. Diagnóstico: TOC grave. Tratamiento: Fluoxetina. Evolución: Favorable, con remisión de la clínica en 12 meses. **Discusión:** ¿Cómo llegó tan grave? ¿Podría tratarse de un caso de psicosis? ¿Fue acertada la elección del tratamiento? ¿Hay influencia familiar?

PRESENTACIÓN DE UNA GUÍA RÁPIDA PARA LAS EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. Bello Miró S, Hernández Vega Y, Sevilla Homedes C, Herrero Espinet X, Bianconi MA. *Corporació del Maresme i la Selva, Blanes y Calella. Girona.* **Introducción:** Presentamos una guía de fácil y rápida interpretación, diáfana, para la atención médica de las emergencias pediátricas más frecuentes elaborada por pediatras de urgencias y de otras subespecialidades pediátricas (digestivo, neumología, neurología, endocrinología y cardiología). Básicamente se compone de esquemas "paso a paso", cuadros y tablas de pautas de actuación ante las emergencias pediátricas,

prioridades, dosis adecuadas a la edad y peso, contraindicaciones, indicación de derivación... toda la información que, creemos útil para la primera atención del niño crítico, desde la edad del lactante hasta la adolescencia, sin pérdida de tiempo, evitando errores y disminuyendo estrés para el profesional que lo recibe (en algunas ocasiones en la soledad como pediatra de la guardia o en atención primaria). Justificación: La todavía elevada iatrogenia en la atención de la urgencia y la emergencia pediátrica. **Material y método:** revisión de protocolos actualizados y publicaciones de sociedades científicas pediátricas, hospitales de tercer nivel y propios. **Objetivo:** Difundir este recordatorio actualizado con las dosis, recomendaciones, prioridades en la emergencia pediátrica de lo que hay que hacer y lo que no. **Resultados:** Esperamos con esta guía pueda contribuir a mejorar la atención y evitar la iatrogenia en la urgencia-emergencia pediátrica.

CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTE ADOLESCENTE TESTIGO DE JEHOVÁ. Serrat Palmada P, Weisweiler Luque C, Álvarez Vila A, Justo Cuerdo JC, Sitjà Bou A. *Hospital Doctor Josep Trueta, Girona.* **Introducción:** El rechazo al tratamiento es una forma de ejercer la propia libertad y es un derecho, reflejado en la ley de Autonomía del paciente (41/2002). En el caso de pacientes menores de edad, dichas decisiones se toman por representación, la cual, para ser considerada, debe de ir en el mayor interés del representado. **Caso clínico:** Paciente de 14 años, testigo de Jehová, acude a urgencias acompañada de su madre por traumatismo. La paciente está hemodinámicamente estable y presenta heridas incisivas en extremidad inferior derecha. Se decide intervención quirúrgica urgente, explicándose el procedimiento a la menor y a la representante legal (madre), quien firma el consentimiento informado. Durante el ingreso presenta anemia de 2g/dL en 48 horas. Dada la negativa por parte de la paciente y su representante de la realización de una transfusión y la ausencia de riesgo vital, se decide tratamiento con hierro y eritropoyetina endovenosa, como alternativa a la transfusión de hemáties. **Discusión:** Los menores de 16 años precisan de consentimiento por representación para tomar cualquier tipo de decisión respecto a su salud. Dicha decisión por representación debe respetarse, siempre y cuando no suponga un riesgo importante para el mismo, buscando alternativas y respetando su autonomía.

LA ESCALA DE USO COMPULSIVO DE INTERNET EN ADOLESCENTES: EXPERIENCIA DE USO. Liqueste Arauzo L⁽¹⁾, Hernández Molledo Z⁽²⁾, Pérez Ruiz E⁽³⁾, Fernández Sánchez A⁽⁴⁾, Pérez Garrido, JB⁽⁵⁾.^(1,2,4)CS Villamuriel de Cerrato, Palencia, ⁽³⁾Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, ⁽⁵⁾CS Pintor Oliva, Palencia. **Introducción-objetivos:** La pandemia COVID-19 ha incentivado el uso de Internet como una manera "saludable" de tener contacto socialmente. Empero, un mayor acceso a Internet puede conllevar a un uso inadecuado o disfuncional de Internet, especialmente en colectivos vulnerables. Con un fin preventivo, instauramos la Escala de Uso compulsivo de Internet (CIUS) en las revisiones rutinarias. **Material-métodos:** Estudio transversal de periodo (18 meses), Muestra=143 adolescentes de 12-14 años (M=12,9±1), 52,4%♂. Variables analizadas: Factores sociodemográficos y CIUS. Análisis estadístico: SPSSv15 y Epidatv4. **Resultados:** Media en CIUS: 18,6±7,2. sin diferencias por sexo, edad ni trimestre de realización. No obstante, hay diferencias de sexo en las frecuencias: 1. Con la que otros (padres, amigos...) les dicen que debería usar menos internet (2,3♂ versus 1,8), en el deseo intrusivo de conectarse a Internet (2♂ versus 1,3) y en la frecuencia con la que acaban otras tareas rápidamente para conectarse (1,4♂ frente a 0,9). Consistencia interna: 0,81 en ♂. y 0,89 en ♀. **Conclusiones:** La escala de CIUS está destinada a identificar aquellos sujetos que presentan un mayor riesgo de uso patológico de Internet (≥24). En base a esta escala, el 30,1% de adolescentes entre 12 y 14 años presentan este riesgo, sin diferencias en edad ni en sexo.

POR UN PUÑADO DE LIKES. Liqueste Arauzo L⁽¹⁾, Hernández Molledo Z⁽²⁾, Pérez Ruiz E⁽³⁾, Fernández Sánchez A⁽⁴⁾, Chávez Gil VE⁽⁵⁾.^(1,2,4,5)CS Villamuriel de Cerrato, Palencia, ⁽³⁾Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Introducción:** Los retos virales triunfan entre los adolescentes en Internet. La recompensa es un puñado de "likes". Hay retos inofensivos pero también los hay "challenger" o peligrosos. Analizamos la relación entre la puntuación en Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) y la implicación posterior en retos "challenger" en adolescentes 12-14 años. **Material-métodos:** Estudio transversal periodo (18m). 143 jóvenes 12-14 años. 52,4%♂. Variables: CIUS, IMC, patologías psiquiátricas e implicación en retos. SPSSv15. Ene2.0. **Resultados:** 13,9% se implicaron en retos peligrosos en 18 meses - 8 tipo "autolesiones encadenadas" que subían a TikTok- y otros 12 -intentaban, el "reto24h Fornite. La detección es fruto de un trabajo coordinado entre profesionales. Tener CIUS≥24 en revisión previa se asoció con un incremento de Riesgo (OR)=17,3 veces mayor de implicarse en estos retos [IC95%:5,3-55,6]; Siendo esta OR de 38,5 [4,5-324,4] en ♂ y de 9,9 [2,2-45] en ♀. Tener sobrepeso/obesidad no se asoció con una mayor implicación en "retos challenger" en adolescentes; De hecho, no tener sobrepeso/obesidad en ♂ adolescentes duplicó el riesgo de implicarse en "retos challenger" (OR=1,93 [1,2-3,2]). **Conclusiones:** Los retos "challenger" tienen consecuencias negativas para el adolescente (absentismo, cicatrices...). Así, detectar un uso compulsivo de Internet, mediante CIUS en adolescentes de 12 a 14 años, podría reducir el riesgo de implicarse en "retos challenger" en los siguientes 18 meses.

"ME CUESTA CONCENTRARME". De Las Heras Gómez L⁽¹⁾, Pérez Pascual M⁽²⁾.⁽¹⁾Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.⁽²⁾Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Introducción:** La "falta de concentración" es un síntoma que debe ser abordado de forma integral en el paciente adolescente. **Caso clínico:** Adolescente mujer de 14 años presenta dificultad para concentrarse. Recibió una charla sobre Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el instituto y cree que puede tenerlo. Excelentes notas hasta el momento, no es hiperactiva, atenta, tranquila, introvertida y perfeccionista. En el último año la madre se ausentó del domicilio familiar, malas relaciones entre los padres y de la paciente con su padre. Dificultades socioeconómicas de la familia importantes que hacen que desde hace unos meses no salga de su cuarto, come poco, ha bajado de peso, alteraciones del sueño, ideas autolíticas. Exploración física y neurológica y analítica normal. Se diagnostica de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo e insomnio. Se inicia tratamiento con fluoxetina y melatonina y se deriva a psicología. **Discusión:** El diagnóstico diferencial de un adolescente con problemas en la concentración es amplio incluyendo patologías biológicas, sociales y psicológicas. Realizar una buena entrevista y una completa historia clínica es clave para un diagnóstico correcto.

CUANDO ALGO NO ENCAJA. Liqueste Arauzo L⁽¹⁾, Pérez Ruiz E⁽²⁾, Ramos Güemes A⁽³⁾, Hernández Molledo Z⁽⁴⁾, Pérez Garrido, JB⁽⁵⁾.^(1,4)CS Villamuriel de Cerrato, Palencia. ⁽²⁾Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁽³⁾Hospital rio Carrión, Palencia. ⁽⁵⁾Centro de Salud Pintor Oliva, Palencia. **Introducción:** La enfermedad de Sgood-Schlatter es frecuente en varones de 10 a 15 años, especialmente si practican deportes intensos que requieren chutar (fútbol), saltar (baloncesto), arrodillarse o agacharse. Describimos un caso atípico de Sgood-Schlatter atípico como debut y su posterior evolución. **Caso clínico: Anamnesis:** mujer 11 años que refiere dolor intensísimo y deformidad en región tibial derecha superior tras chutar al balón en clase de gimnasia. No dolor contralateral. No deportista habitual. Exploración física: deformidad palpable y dolorosa en meseta tibial. Pruebas: Radiografía: Osgood-Schlatter derecho grado II. Diagnóstico: Osgood-Schlatter II. Tratamiento: reposo, estiramientos e Interconsulta Traumatología. 2 meses después, en revisión rutinaria de 12 años: Puber S2P2A3, no menarquia, Talla: 148 cm, Adams giba Dorsal derecha 5° en bipe, 6-7° sedestacion y 3°

prono. Teleradiografía: escoliosis (T8-T12) de 19°. Hemivertebral T9. Risser 1. Se deriva a Rehabilitación dónde se confirma el diagnóstico y se prescribe Corse Chenau. **Discusión:** Una presentación atípica (unilateral, púber mujer de baja estatura y no deportista) de un cuadro clínico frecuente -sgood-schalatter- exige una exploración más extensa al diagnóstico.

EL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y LOS TRASTORNOS RELACIONADOS EN LA ADOLESCENCIA. Muriscot Niell L, Casellas Vidal D. *Hospital Trueta, Girona*. **Introducción:** Los trastornos de síntomas somáticos son frecuentes en la población pediátrica (25%), siendo el dolor abdominal y la cefalea los de mayor incidencia. Dichos trastornos pueden interferir con el funcionamiento de los adolescentes y motivar a múltiples consultas médicas. **Casos clínicos:** Presentamos el caso de una niña de 11 años que consulta por dolores abdominales intermitentes en epigástrico de 2 años de evolución. En los últimos meses, refiere aumento de dolor abdominal e inestabilidad de la marcha. La situación familiar de progenitores divorciados. Exponemos el segundo caso, niña de 13 años que consulta por cefalea frontal e inestabilidad de la marcha que le impide la deambulación de 1 día de evolución. Realiza gimnasia rítmica. En ambos casos, la exploración física y neurológica y las pruebas complementarias no muestran alteraciones compatibles con patología orgánica. Se realiza valoración conjunta con psicología y psiquiatría y se orienta de trastorno de síntomas somático (el dolor abdominal y la cefalea) y un trastorno de conversión (inestabilidad de la marcha). **Discusión:** Dado que es una patología frecuente, remarcar la importancia de una anamnesis detallada e identificación de factores de riesgo. Una vez detectada, evitar pruebas innecesarias, realizar seguimiento conjunto con psicología y valorar derivar a salud mental.

DEBILIDAD MUSCULAR, ¿TRASTORNO ORGÁNICO O FUNCIONAL? Lalwani Lalwani V, Montoya Carbó M, Casellas Vidal D. *Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** La pérdida de fuerza de las extremidades plantea múltiples diagnósticos; trastornos inflamatorios, infecciosos, desmielinizantes o psicósomáticos, entre otros. **Caso clínico:** Adolescente de 14 años con sensación de pérdida de fuerza en las extremidades inferiores (EEII) y alteración de la marcha de 36h de evolución. Una semana antes había presentado cuadro de diarreas autolimitado. Exploración física con marcha en estepaje. Fuerza conservada con reflejo rotuliano presente y reflejo aquileo abolido. Disminución de la motricidad fina de la mano con fuerza y sensibilidad conservadas. Presenta análisis de sangre, tóxicos en orina y bioquímica en líquido cefalorraquídeo (LCR) normales. Electromiograma con una polirradiculoneuritis de las fibras motoras en EEII y patrón desmielinizante. Posteriormente se obtiene resultado positivo de bandas oligoclonales en LCR. Se orienta de forma leve del síndrome de Guillain-Barré (SGB). Se inicia tratamiento con rehabilitación física y resolución clínica a los 6 meses. **Discusión:** El SGB es la causa más frecuente de parálisis aguda y subaguda en niños. Existen formas leves e infrecuentes con afectación únicamente distal y sin progresión ascendente que dificultan el diagnóstico pudiéndose confundir con un trastorno somático. Hay que tenerlo en cuenta ante una debilidad muscular progresiva, total o parcial, con alteraciones mínimas a la exploración.

MOTIVOS DE CONSULTA PSIQUIÁTRICOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA POR COVID-19. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN HOSPITAL DE 2º NIVEL. Domínguez Hurtado P, Zafra Anta MA, Vázquez de la Torre Escalera P, García Barba S; Belmonte Martín de Santa Olalla B. *Hospital Fuenlabrada, Fuenlabrada-Madrid*. **Introducción-objetivos:** **Objetivo:** caracterizar la alteración en la SM en adolescentes que consultan en Urgencias durante la segunda fase de la pandemia COVID, tras el confinamiento, y compararla con el curso previo. **Métodos:** Retrospectivo, descriptivo, de prevalencia de trastornos de SM como motivo de consulta en adolescentes de 10-15 años en Urgencias. Datos: Registro electrónico de historias clínicas. Comparación de prevalen-

cias del periodo preexposición (curso 2018-19) y el periodo de pandemia (curso 2020-21). Aprobado por CEIm. Estadístico: SPSS v22. Presentado parcialmente como TFGM de estudiante Medicina. **Resultados:** Datos iniciales: Consultas: prepandemia 70, intrapandemia 75. Significación $p < 0,05$ si seguimiento previo en Centro de SM o consultas previas de SM. En el segundo periodo: menor porcentaje de consultas previas por SM. OR 0,514. IC 95% (0,261-0,997). Los resultados obtenidos no fueron los esperados inicialmente. Limitación: estudio retrospectivo. Revisadas las urgencias Psiquiátricas en Pediatría se localizan 34 pacientes (44 visitas) más en periodo pandemia, 24 mujeres. **Conclusiones:** La pandemia por COVID ha afectado a la SM de la población adolescente, y a los dispositivos de atención. Han precisado utilizar el recurso de urgencias para recibir tratamiento. Se requieren más estudios, así como buscar implementar mejoras en los servicios de ayuda y apoyo.

EL PAPEL DEL EQUIPO DE SOPORTE EN CRONICIDAD COMPLEJA Y ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA DE GIRONA (ESCCAPP-GI) EN ADOLESCENTES. Crehuet Almira M, Pascual Sala C, Cebrià H, Ausió Sala C, Artigas Graells N. *Hospital Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** La atención de adolescentes con enfermedad crónica compleja y necesidades de atención paliativa constituye un reto asistencial. **Objetivos:** Analizar y evaluar tras 2 años de funcionamiento el papel de ESCCAPP-GI en la atención de adolescentes. **Material y Métodos:** Revisión de actividad del equipo en lo referente a la atención a pacientes adolescentes desde su creación hasta la actualidad. **Resultados:** Seguimiento de 31 adolescentes con enfermedad crónica compleja y/o tributarios de atención paliativa (noviembre 2019-septiembre 2022). Se han acompañado 6 adolescentes durante el proceso de final de vida, se ha realizado transición y coordinación a equipos de primaria en 15 casos. Actualmente del total de 51 pacientes en activo, 14 son adolescentes (entre 10 y 15 años): 6 con parálisis cerebral, 2 con encefalopatía epiléptica, 1 con enfermedad mitocondrial, 2 con síndromes neurológicos de origen genético, 1 con distrofia muscular de cinturas, 1 con meduloblastoma, 1 en proceso de reconstrucción esofágica. En cuanto a dispositivos tecnológicos que necesitan: 1 es portador de traqueostomía, 6 portadores de gastrostomía, 2 portadores de sonda nasogástrica, 1 de ventilación no invasiva tipo CPAP. Analizamos experiencia. **Conclusiones:** ESCCAPP-GI puede ser una pieza clave para mejorar la atención de estos adolescentes.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE SCHÖNLEIN-HENOCH. Armangué Marquéz M, Reyes Amargant Z, Morales Albert CR Batalle Robert N. *ABS Girona-2, Girona*. **Introducción:** El síndrome de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en edad pediátrica. Cursa con la tríada de púrpura no trombocitopénica, artritis y abdominalgia, de causa autoinmune, siendo la complicación más grave un síndrome nefrótico. **Caso clínico:** Niña de 11 años acude el 20/10 al ambulatorio por erupción cutánea en glúteo y extremidades inferiores (EEII). Presenta maculopápulas eritematosas en EEII y petequias en dorso del pie izquierdo. Se orienta como exantema vírico. El 3/11 aparición de púrpura palpable en EEII y tercio distal extremidades superiores (EES) con edema en tobillo derecho. Abdominalgia leve. Urianálisis: proteinuria y microhematuria. Se orienta como PSH. El 9/11 presenta lesiones ulceradas. Se cura con hidrocortisona en crema. El 16/11 nuevas flictenas en codos y muslos. Proteinuria de rango nefrótico. Dada la presencia de nefropatía se deriva al hospital de referencia e ingresa en nefrología pediátrica. Se inicia tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona y micofenolato. Valorado por Dermatología y Cirugía Plástica se pautan curas de las úlceras con sulfadiazina argéntica y cloxacilina oral. **Discusión:** En las flictenas por PSH se debería realizar tratamiento sistémico con corticoides y curas con sulfadiazina de plata. No se vio mejoría con cortisona tópica como describe la bibliografía.