

1^{ER} PREMIO

COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD EN ADOLESCENTES. HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE JUAN M. MÁRQUEZ QUINQUENIO 2009 – 2013. LA HABANA, CUBA.

León R S (1). Cruz Sánchez F (2); Lainé Gómez D (3)
(1) Profesora Asistente. Atención Integral al Niño. Responsable Sección Adolescencia Hospital Ped. Docente "Juan M. Márquez. Resp. Grupo Provincial Atención al Programa en Prov. Habana.
(2). Profesor Auxiliar. Atención Integral al Niño. Coordinadora del Programa NAC. Atención Integral a los Adolescentes. Presidenta de la Sección de adolescencia Sociedad Cubana de Pediatría (3) Profesora Asistente. Atención Integral al Niño. Policlínico Carlos M. Portuondo. Marianao. Miembro Grupo Provincial de adolescencia en la Prov. Habana.

Introducción. La llamada "paradoja de salud" de la adolescencia, ocurre cuando la etapa de máxima salud física coincide con un período de altos riesgos y altas tasas de mortalidad. Con el objetivo de analizar el comportamiento de la mortalidad en los adolescentes que recibieron atención en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, Habana; Cuba en el quinquenio 2009-2013, se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva de corte longitudinal. El Universo quedó constituido por los 95 adolescentes fallecidos en el período investigado. Método: Las fuentes de información fueron los Registros del Movimiento hospitalario, Historias Clínicas de los fallecidos e informes de Anatomía Patológica; las variables analizadas fueron: Egreso, edad, sexo, procedencia, causa del fallecimiento y año de ocurrencia. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS 9,0 para Windows, se agruparon las variables y se obtuvieron frecuencias según variables. Finalmente los resultados se presentaron en medidas de resúmenes (números absolutos y porcentaje) y se expusieron en tablas para su análisis.

Resultados: La tasa de mortalidad en el periodo analizado fue inferior a 1/100 egresos (0.7%); predominó el grupo de 15-18 años (51.6%), el sexo masculino (59-5%) y la procedencia de la Provincia Habana (51.6%). Los tumores y enfermedades malignas del sistema hemolinfopoyético, ocasionaron casi la mitad de los fallecimientos (46.3%), siguiendo en frecuencia las lesiones no intencionales o accidentes que representaron el 25.3% de la mortalidad en los adolescentes. El suicidio fue de 4.2% y las agresiones el 2%.

2^O PREMIO

PROLACTINOMAS EN LA ADOLESCENCIA: EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO CON CABERGOLINA

Martínez-Villanueva, J; Sagastizábal B; Muñoz-Calvo, M T; Martos Moreno, G, Á; Argente, J. *Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma. Madrid. Centro de Investigación Biomédica Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.*

Introducción. En la pubertad, los adenomas hipofisarios más frecuentes son los prolactinomas, siendo, en los varones, más frecuente el macroprolactinoma.

Caso 1. Varón de 13 años y 8 meses que consulta por estancamiento del crecimiento y desarrollo puberal, permaneciendo durante un año en estadio Tanner II. Se realiza valoración hormonal del eje hipofisario, encontrándose hiperprolactinemia (875 ng/ml). En RM se observa lesión compatible con macroprolactinoma. Se inicia tratamiento con cabergolina hasta dosis de 1 mg 2 veces/semana, con disminución de niveles de prolactina y del tamaño del adenoma hipofisario. Posteriormente, velocidad de crecimiento adecuada y progresión de la pubertad hasta Tanner V.

Caso 2. Varón de 12 años y 9 meses valorado por cefalea diaria y disminución de la agudeza visual. En RM se visualiza tumoración intraselar que desplaza nervios ópticos y quiasma, junto con hiperprolactinemia (5700 ng/ml). Se realiza exéresis quirúrgica del tumor. Se inicia tratamiento con cabergolina hasta dosis de 1.5 mg 2 veces/semana, con descenso de prolactina.

Discusión. La hiperprolactinemia es causa de hipogonadismo hipogonadotropo e inhibición de la espermatogénesis. Es habitual la presencia de ginecomastia y galactorrea, así como alteraciones neuro-oftalmológicas. El tratamiento inicial del prolactinoma debe ser cabergolina, aunque su experiencia en adolescentes es escasa.

3^{ER} PREMIO

¿QUÉ SABEN NUESTROS ADOLESCENTES SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)?

Rodríguez-Molinero, L.; Royuela, P; Marugan-Miguelsanz, M. *Centro de Salud Casa del Barco, Hospital Universitario Del Rio-Hortega y Hospital Clínico de Valladolid.*

Objetivo: Valorar los conocimientos sobre ETS.

Material y Métodos: Mediante una muestra aleatoria estratificada por edades y sexo entre los 12 y los 16 años, con los permisos de la Comisión de Investigación, Ética y del Fiscal de Menores. Han sido elegidos unidades escolares de 2º y 3º de ESO de 14 colegios de la CCAA. Se ha trabajado con 1268 cuestionarios. Intervalo de Confianza del 95% y precisión

2.5%. El trabajo se realizó entre octubre 2010 y abril 2011. La recogida de datos fue realizada por Agencia AGORA Estudio de Mercado. Se valoraron los siguientes ítems: información y formación, actitudes en el aula, referencia de personas o instituciones, motivos para no tener relaciones sexuales y orientación sexual.

Conclusiones

1. El 12,3% de los chicos y el 6,7% de las chicas no conoce ningún método para evitar un embarazo.
2. Un 21,4% de los adolescentes habla de métodos anticonceptivos erróneos, inválidos y no efectivos.
3. El 15,1% de los encuestados no es capaz de escribir ninguna enfermedad de transmisión sexual.
4. La orientación sexual mayoritaria de los adolescentes es la heterosexual (89,6%).
5. La educación sexual sigue siendo necesaria.

LIPODISTROFIA GENERALIZADA ADQUIRIDA: EVOLUCIÓN DE LAS ALTERACIONES METABÓLICAS TRAS TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

Sagastizábal B., Martínez-Villanueva J; Guerrero F, Muñoz-Calvo M T; Pozo J, Argente J. *Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma. Madrid. Centro de Investigación Biomédica Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.*

Introducción: La lipodistrofia generalizada adquirida (LGA) es un trastorno raro de presentación en la infancia, caracterizado por una pérdida generalizada de tejido adiposo asociado a síndrome metabólico.

Caso clínico: Niña de 8 años derivada a nuestro servicio por hiperglucemia e hipertrigliceridemia. Antecedentes de lipodistrofia progresiva en tratamiento con *metotrexate* y *prednisona*. *Exploración física:* disminución generalizada de pániculo adiposo. Lesiones nodulares blandas, no dolorosas en extremidades. Hepatomegalia de 2 cm. *Pruebas complementarias:* glucosa 190 mg/dl, Hb1AC 7,1%, triglicéridos 647 mg/dl, colesterol total 250mg/dl, HDL-C 39,6 mg/dl, GGT 62 U/L, insulina 39,1 µU/ml. Adiponectina 2,04 µg/ml (7,2-14,6). Ecografía de abdomen: esteatosis moderada, discreta hepatomegalia. Ecocardiografía: hipertrofia concéntrica biventricular leve. Grasa corporal total: tejido graso 16,7%. RM total: disminución generalizada del tejido graso, y de la grasa intraabdominal mesentérica. Biopsia tejido adiposo: paniculitis lobulillar sin vasculitis. *Diagnóstico:* lipodistrofia adquirida generalizada con dislipemia, esteatosis hepática y diabetes mellitus secundarias. *Tratamiento:* Metformina 425 mg/ 12 horas y Bezafibrato 200mg / 12 horas

Discusión: La LGA se caracteriza por la pérdida de tejido adiposo con resistencia a la insulina. Presentan un aumento del riesgo cardiovascular, hipertensión portal y desarrollo de enfermedades autoinmunes. El tratamiento se centra

en las complicaciones metabólicas secundarias, asociando en las formas graves un tratamiento inmunosupresor. En el caso de nuestra paciente, se objetivó una respuesta favorable al tratamiento sin desarrollo de nuevas complicaciones.

ENFERMEDADES MITOCONDRIALES: SÍNDROME DE KEARNS-SAYRE

Alonso Cadenas, JA; Corredor Andrés, B; Carceller Ortega, E; Niño Taravilla C; Ramos Vicente I; González Gutierrez-Solana, L
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: El síndrome de Kearns-Sayre es una enfermedad producida por delección en el ADN mitocondrial. Forma parte de las enfermedades mitocondriales, de herencia materna, producidas por una deficiencia en la síntesis de energía en forma de ATP con afectación multisistémica. Tienen una prevalencia estimada de: 1/5000-8500 RN vivos y son transmitidas por herencia materna.

Caso clínico

- Anamnesis: Niña de 12 años con ptosis palpebral progresiva de 3 meses de evolución y talla baja idiopática, en tratamiento con: GH y GnRH.
- Exploración física: Peso 31,3Kg (P<3). Talla 141cm (P<3). Ptosis moderada permanente. Resto exploración física normal.
- Pruebas complementarias:
 - o Análítica de sangre: amonio y ácido láctico elevado.
 - o LCR: hiperproteíorraquia, elevación de ácido láctico y disminución del folato cerebral.
 - o RM cerebral: alteración de sustancia blanca.
 - o Biopsia muscular: fibras rojas rasgadas con la tinción de tricrómico de Gomori.
 - o Estudio genético: delecciones presentes de ADN mitocondrial.
- Diagnóstico: síndrome de Kearns-Sayre.
- Tratamiento: ácido fólico, L-carnitina y coenzima Q10.
- Evolución: asintomática en la actualidad, con adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Discusión: El síndrome de Kearns-Sayre tiene un pronóstico desfavorable con muerte precoz en edad adulta joven por muerte súbita. No existe tratamiento curativo de la enfermedad.

ANEMIA GRAVE SECUNDARIA A HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL. PROBLEMÁTICA ÉTICA Y CLÍNICA A PROPÓSITO DE DOS CASOS

García Serrano E; Posadilla Andrés J; Prieto Matos P; Martín Alonso M; *Unidad de Endocrinología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: La hemorragia uterina disfuncional es un sangrado anormal que proviene del endometrio sin guardar relación con otras patologías. Es frecuente su aparición en el primer año tras la menarquía y puede desencadenar una anemia que precisa hospitalización.

	Caso 1	Caso 2
Edad (años)	13,6	13,6
Menarquia	12,8	12,6
FC / TA	125 lpm 82/39	98 lpm 134/79
Hb (g/dL)	5,3	5
Ferritina(ng/mL)	1,2	5,5
IS (%)	2,4	2,9
Tratamiento	Hierro IV + antifibrinolítico Estrógeno + Progestágeno	Hierro IV + antifibrinolítico Estrógeno + Progestágeno
Transfusión de hematíes	No	Si
Tiempo de ingreso	10 días	5 días

Caso clínico 1 (ver tabla): Acude a urgencias por hemorragia uterina de un mes de evolución con cansancio progresivo. Ante la negativa a la transfusión por parte de la familia por ideología religiosa se contacta con juzgado de guardia que la acepta en caso de riesgo vital.

Caso clínico 2 (ver tabla): Ingresa por anemia secundaria a hemorragia uterina de 15 días de evolución. En la ecografía abdomino-pélvica se ve una formación hiperecogénica de 3x2 cm en ovario derecho.

Conclusión: Ante una hemorragia uterina se debe realizar diagnóstico diferencial para descartar patología orgánica. Es imprescindible diagnóstico y tratamiento precoz para evitar una evolución desfavorable.

MIASTEMIA GRAVIS JUVENIL ACOMPAÑADA

García-Navas Núñez, D.(1); Polo Antúnez, A.(2);

López Lafuente, A.(3); González de Buitrago Amigo, J.(1);

Hernández Martín, R.(1); Vera Torres, M.(1);

(1) Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres; (2) Hospital Don Benito-Villanueva; (3) Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La Miastenia Gravis Juvenil (MGJ) es una enfermedad autoinmunitaria(EA), adquirida e infrecuente, de la unión neuromuscular. Debuta antes de los 18 años, con fatigabilidad y debilidad muscular fluctuante, acentuada con ejercicio. Sin predominio de sexo en prepúberes, comúnmente se asocia a otras EA. Su tratamiento es sintomático e inmunosupresor.

Caso clínico: Preadolescente mujer de 10 años derivada por debilidad muscular y dificultad para tragar alimentos sólidos, de dos meses de evolución. Ptosis palpebral (PP) y diplopía horizontal (DH) izquierda en la última semana. Diagnosticada al año de edad de Diabetes Mellitus tipo I y a los ocho de Tiroiditis Autoinmunitaria, ambas en tratamiento sustitutivo. PP congénita derecha intervenida a los seis. *Exploración física:* somatometría y constantes normales. PP izquierda leve y DH latero-inferior bilateral, predominio derecho. No fatigabilidad muscular. Test ice pack: mejoría leve. Analítica completa, electroneurofisiología y radiografía torácica normal. Anticuerpo Anti-receptor Acetilcolina sanguíneo positivo. Test de Tensión

positivo. Diagnóstico: MGJ Generalizada. Evolución favorable tras pauta de piridostigimina. Intervención de Salud Mental por Depresión Reactiva (DR).

Conclusiones: Debemos conocer la MGJ, pese a su infrecuencia. La PP intervenida, clínica larvada, y pluripatología autoinmunitaria, dificultaban su diagnóstico. Hacer hincapié en que la DR es frecuente, indistinguible a veces de los síntomas miasténicos.

GLUCOGENOSIS HEPÁTICA EN ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO1 Y MAL CONTROL METABÓLICO

Lara Orejas, E.; Gallardo García, R.; Ruibal Francisco, JL;

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Cristina.

Parla (Madrid).

Introducción: La glucogenosis hepática en la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una complicación secundaria a hiperglucemias mantenidas con elevadas dosis de insulina lo que favorece el depósito de glucógeno en el hepatocito y el daño tisular. El síndrome de Mauriac asocia además de la glucogenosis hepática, retraso puberal y del crecimiento. Gracias a las terapias intensivas, esta complicación ha desaparecido completamente, quedando únicamente la glucogenosis hepática en mujeres adolescentes con mal control metabólico.

Caso clínico: Paciente mujer de 14 años en seguimiento por DM1, desde los 7 años, con tratamiento con múltiples dosis de insulina, desde los 12 años empeoramiento del control metabólico (HbA1c 11.7%) secundario a transgresiones dietéticas y a negativa a inyectarse la insulina. Ingresa en múltiples ocasiones por cetoacidosis diabética, y se produce un aumento progresivo de la insulina. Su IMC estaba a 2,4DE por encima de la media, tenía hepatomegalia de 5cm asociado a amenorrea. En analítica transaminasas elevadas, biopsia hepática con glucogenosis. Optimizando el tratamiento, la paciente mejoró clínica y analíticamente.

Discusión: El síndrome de Mauriac es una entidad rara actualmente que debe considerarse en pacientes con DM1 mal controlados. El manejo adecuado de niveles de glucosa e insulina da lugar a remisión.

OBESIDAD MONOGENICA POR MUTACION EN MC4R

Martínez-Villanueva, J.; Sagastizábal, B.; Muñoz-Calvo, MT.;

Pozo Román, J.; Martos Moreno, GÁ.; Argente, J.;

Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Departamento de Pediatría.

Universidad Autónoma. Madrid. Centro de Investigación Biomédica Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Introducción: La obesidad es la enfermedad crónica más prevalente en la adolescencia en el mundo occidental. En los últimos años, la identificación de alteraciones monogénicas como causa de obesidad ha despertado un gran interés, siendo la deficiencia de MC4R la forma más frecuente.

Caso clínico: Varón de seis años y medio, valorado por obesidad desde el año de vida. Antecedentes de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en ambas ramas familiares. Al examen físico: IMC de 26.4 kg/m² (+8.4 DE), sin estigmas dismórficos. Como comorbilidades se objetivaron alteración de glucemia en ayunas y resistencia a la acción periférica de la insulina. Cariotipo 46 XY normal. Se realiza la secuenciación del gen *MC4R*, encontrando una mutación en heterocigosis Pro272Leu de herencia materna, con patrón codominante. Realizó un cumplimiento adecuado de las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico diario, que ocasionó el descenso del IMC y resolución de las comorbilidades, con intenso aumento, posteriormente, del IMC y reaparición de las comorbilidades previas ante el incumplimiento de las recomendaciones.

Discusión: Sospecharemos una causa monogénica ante una obesidad de inicio precoz. Responden al tratamiento dietético y ejercicio físico igual que la obesidad poligénica, aunque con un rebote más intenso ante el incumplimiento del mismo.

ESPORTI REVOLUTION, UNA APP PARA LA PROMOCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Medina Martínez, M.A.; Escobar Gomez, M.
Consultorio Auxiliar José M^o Pemán. Elche.

Introducción: Según los últimos estudios sobre prevalencia de la obesidad infantil nos acercamos a cifras cercanas a uno de cada tres niños en España, siendo nuestro país uno de los situados en la cabeza del ranking mundial sobre esta condición crónica.

La población infanto-juvenil es nativa digital y se podría decir que las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), han contribuido a desarrollar un hábito más sedentario entre esta población. También podría ser esta circunstancia una fortaleza para promover actividad.

Objetivos:

1. Enfocar las TIC hacia la motivación en hábitos saludables.
2. Que sean los propios clínicos los que creen soluciones tecnológicas innovadoras en e-Health.
3. Conseguir una generación de ciudadanos con menos complicaciones cardiovasculares a futuro gracias a los cambios de conducta generados con las TIC.

Material y métodos: Hemos desarrollado una App y su versión web, Esporti Revolution, que es un juego de salud que permite instaurar el hábito de realizar actividad y ejercicio físico y deporte, basándose en técnicas de gamificación, que son las que se emplean para llevar a entornos no lúdicos, aquellas características propias del juego. Está diseñada para ser una herramienta de prescripción para el profesional sanitario.

Resultados y conclusiones: Los resultados de usabilidad y satisfacción en tan solo tres meses de implantación son muy

satisfactorios, tanto por parte de los usuarios como por parte de los más de 1000 niños que ya están jugando por su salud.

PÉRDIDA DE PESO, FERROPENIA, ALTERACIONES GASTROINTESTINALES E ICTERÍCIA – UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Fernandes M.A.(1), Lourenço N.(1), Amaro C.A., Ferreira S.(1), Martínez J.(2), Rodrigues C.(1) (1) *Servicio de Pediatría, Centro Hospitalar Cova da Beira*; (2) *Servicio de Inmunohemoterapia, Centro Hospitalar Cova da Beira*.

Introducción: En el adolescente el diagnóstico diferencial exige un abordaje cuidado y global, de acuerdo con las especificidades de este grupo de edad.

Caso clínico: Adolescente de 13 años, sexo femenino; acude a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y diarrea de una semana de evolución. Desde hace 3 meses presenta varios episodios semejantes al actual. En la exploración física está pálida con ictericia conjuntival, sin otras alteraciones significativas.

Antecedentes: pérdida de 13% de peso en 6 meses. Menarquia hace 2 años, ciclos regulares con hipermenorrea. Desde hace un año presenta disminución ligera de la ingesta. Anosia.

Exámenes: Hemoglobina 8,6g/dL, eritrocitos microcíticos e hipocrómicos, ferritina 2,4 ng/dL; Calprotectina fecal 637 µg/g; Ac. anti-transglutaminasa negativos; Estudio molecular para patología de Gilbert positivo.

Inició tratamiento con hierro intravenoso, corrección de hábitos alimentares y estrógenos-prostágenos oral.

Evolución favorable, a los 2 meses recuperación ponderal parcial e normalización de los parámetros hematimétricos; Calprotectina fecal normal; Estudio de sangre oculto en heces negativo.

Diagnósticos: patología de Gilbert, síndrome de colon irritable, anemia ferropénica por pérdidas menstruales e déficit de aporte.

Discusión: Destacamos la importancia de seguimiento en consulta de Medicina del Adolescente. Un enfoque dirigido a la realidad de los adolescentes facilitó el diagnóstico de este complejo caso.

IMPACTO DE LA ENURESIS NOCTURNA EN LA ADOLESCENCIA

Garrote Molpeceres R(1); Urbaneja Rodríguez E.(1); Martínez López AB.(2); González García H(1); Pino Vázquez MA.(1); Álvarez Guisasaola FJ(1); (1) *Servicio de Pediatría del H. Clínico Universitario de Valladolid*. (2) *Unidad de Nefrología Infantil del H.G.U. Gregorio Marañón de Madrid*.

Introducción: La enuresis nocturna es una condición frecuente, apareciendo en 10% de niños mayores de 7 años, pudiendo causar importante alteración en su autoestima y en la dinámica familiar, con una prevalencia posterior en adultos del 2-3%.

Caso clínico: Mujer, 13 años. Consulta en Nefrología Infantil por escapes urinarios nocturnos desde hace 2 años. No mejoran con desmopresina durante 3 meses, refiriendo 4 escapes/semana. *Antecedentes personales:* Adecuado desarrollo psicomotor. Control esfinteriano a los 3 años. No antecedentes de interés. *Antecedentes familiares:* Padres sanos. Dos hermanastras de 8 y 6 años, sanas, que controlan esfínteres. Padres separados. Convive con la madre y su pareja, padre de ambas hermanastras. No antecedentes de enuresis ni otras patologías nefrourológicas. *Anamnesis:* En la entrevista clínica encontramos una niña tímida; apenas interacciona con el médico, no duerme con amigas por miedo a mojar la cama. El padrastro, que la acompaña, verbaliza continuas quejas, reprimiéndola su bajo rendimiento escolar y "falta de madurez". No nicturia. No poliuria nocturna. No estreñimiento ni infecciones urinarias. *EF:* Normal. *Pruebas complementarias:* Analítica de sangre, gasometría venosa, sistemático/sedimento urinario y estudio orina de 24h: Normales. Diario de volumen urinario máximo (VUM) adecuado a edad. Ecografía abdominal: Normal. *Diagnóstico:* Enuresis nocturna secundaria. *Evolución/Tratamiento:* Tras realizar interconsulta a Psiquiatría Infantil e iniciar terapia conductual personal-familiar y sistema de alarma nocturna mejora la dinámica familiar y desaparecen escapes urinarios.

Discusión: El tratamiento de la enuresis en adolescentes requiere un manejo multidisciplinar, siendo necesario explicar al niño adecuadamente esta entidad. Es fundamental reforzar el vínculo afectivo familiar, requiriendo frecuentemente apoyo psicológico-psiquiátrico asociado a terapia conducto-terapéutica, aumentando la tasa de remisiones, como en el caso de nuestra paciente.

NECESIDAD DE CREACIÓN DE UNIDADES DE TRANSICIÓN PARA EL ADOLESCENTE CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA

Urbaneja Rodríguez E.; Garrote Molpeceres R.; Pino Vázquez MA.; González García H.; Álvarez Guisasola FJ.; *Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción: Las unidades de transición se encargan de facilitar el cambio de un paciente joven con patología crónica a unidades de adultos. En ocasiones, existe falta de coordinación entre especialistas pediátricos y de adultos, que puede acarrear dificultades en el manejo de estos enfermos durante la adolescencia.

Caso clínico: Anamnesis: Mujer de 15 años con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) poliarticular (ANA positivo, factor reumatoide positivo) desde los cinco años de vida, seguida en Unidad de Reumatología Pediátrica. Varias recaídas articulares y afectación ocular en forma de uveítis. Tratamiento actual con Metotrexato y Adalimumab, permaneciendo asintomática. En últimas visitas presenta actitud desafiante y plantea la posibilidad de abandonar medicación. Por su edad y buena evo-

lución, se decide continuar seguimiento en Unidad de Reumatología de Adultos.

Tras 6 meses, en los cuáles debería haber acudido en varias ocasiones a consulta de adultos, aparece en nuestro centro en silla de ruedas.

Exploración física: Tumefacción, limitación y dolor de tobillos y carpo derecho. Disminución agudeza visual ojo derecho.

Exploraciones complementarias: Analítica sanguínea con aumento de reactantes fase aguda, derrame articular en tobillos y carpo, uveítis ojo derecho (Tyndall 2+).

Evolución: La paciente confiesa engañar a sus padres con medicación y no acudir a consultas programadas en adultos.

Tratamiento: Se inicia tratamiento tópico ocular, infiltración articular y reintroducción de medicación previa. Se plantea la posibilidad de seguir a la paciente conjuntamente, hasta que pueda pasar de forma segura a adultos.

Discusión: A pesar de que la AIJ es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia, la mayoría de adolescentes con esta patología no reciben el asesoramiento y apoyo adecuados. Estos pacientes deberían beneficiarse de un tratamiento integral, que incluya tanto aspectos médicos como psicológicos y sociales; así como la importancia de una atención especial a la transición a vida adulta. En este sentido, desde nuestro centro se está intentando mejorar el seguimiento de estos enfermos. Desde la SERPE (*Sociedad Española de Reumatología Pediátrica*) se están impulsando proyectos para el adecuado reconocimiento y funcionamiento de estas unidades de transición.

MANEJO DEL ADOLESCENTE CON EPISODIO DE MUERTE SÚBITA

Garrote Molpeceres R.; Urbaneja Rodríguez E.; López Wilches M.; Pino Vázquez MA.; González García H.; Álvarez Guisasola FJ.; *Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción: Los episodios de muerte súbita en adolescentes son poco frecuentes, con una incidencia entre 1-3 casos/100.000 habitantes/año y predominio en varones. A diferencia de la infancia (debidos a síndrome de muerte súbita del lactante) y edad adulta (debidos a enfermedad ateromatosa coronaria), en niños y jóvenes se deben a una amplia variedad de causas, siendo las más frecuentes las cardiovasculares, seguidas de enfermedades cerebrales y respiratorias.

Caso clínico: Anamnesis: Niña de 13 años que ingresa en UCI Pediátrica por episodio de parada cardiorrespiratoria. Mientras estaba en el baño, perdió el conocimiento y cayó al suelo. Minutos después, los padres iniciaron maniobras de RCP básica. A la llegada de Servicios de Emergencia, se colocó desfibrilador externo automático (DEXA), que reconoció ritmo desfibrilable y se continuaron maniobras de RCP avanzada.

Antecedentes: No antecedentes familiares de cardiopatías, arritmias o muertes súbitas precoces.

Exploración física: FC 90 lpm, FR 20 rpm, Saturación O₂ 100%(VM con FiO₂ 0,35). TA 104/61 mmHg, T^a 34,9°C. Estado general conservado. Intubada. Frialdad acra. Relleno capilar 2 segundos. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible. Neurológico: Glasgow 7, pupilas mióticas reactivas a luz y simétricas.

Exploraciones complementarias: Corazón estructuralmente normal. ECG basal normal. Ergometría normal. Test flecainida negativo. Test epinefrina positivo (prolongación de QTc > 35 ms con respecto al basal). Estudio genético QT negativo.

Diagnóstico: Muerte súbita abortada. Síndrome QT largo.

Evolución y tratamiento: Se incluyó a paciente en protocolo de hipotermia. Posteriormente, se decidió inicio de tratamiento betabloqueante e implantación de desfibrilador automático (DAI) como prevención secundaria.

Discusión: La muerte súbita en adolescentes suele deberse a causas cardíacas. Requiere un manejo rápido y multidisciplinar, pudiéndose beneficiar estos pacientes de un DEXA durante la reanimación inicial y de un DAI para prevenir nuevos episodios similares.

CASUÍSTICA DE LOS INGRESOS DE ADOLESCENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Urbaneja Rodríguez E.; Garrote Molpeceres R.;
Pino Vázquez MA.; Brezmes Raposo M.; Gónzalez García H.;
Álvarez Guisasola FJ.; *Servicio de Pediatría, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid.*

Introducción: La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Los pacientes pediátricos que experimentan dichos cambios presentan características físicas, psicológicas y sociales concretas, que pueden influir en su salud y hábitos de vida. Conocer los principales factores relacionados con la atención en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de estos enfermos puede mejorar el manejo de dichas situaciones.

Material y métodos: Revisión descriptiva retrospectiva de historias clínicas de ≥10 años y hasta 14 años (final de edad pediátrica en nuestro país), que ingresaron en UCIP durante año 2014.

Resultados: En período estudiado ingresaron en UCIP 361 pacientes, de los cuales, un 13,6% (49) correspondieron a ≥10 años, lo que supuso una media de 4 ingresos/mes en este grupo de edad. Predominio de sexo masculino en 55% (27). Mediana edad 12 años (rango 10-14). Las causas más frecuentes de ingreso fueron: Cirugía 33% (16) y realización de endoscopia digestiva bajo sedación 33% (16), seguidas de politraumatizados 8% (4) y causas hematológicas 8% (4), neurológicas 6% (3), cardiológicas 4% (2) y endocrinológicas 4% (2), respiratorias 2% (1) y shock anafiláctico 2% (1). El 69% (34) recibió soporte ventilatorio (29 gafas nasales, 3 oxigenoterapia de alto flujo y 5 ventilación mecánica). Un 35% (17) recibió antibioterapia, un 4% (2) adrenalina y un 2% (1) hipotermia

inducida. En 33% (16) se realizaron pruebas de imagen (13 radiografías, 6 ecografías y 4 TAC). Complicaciones en 22% (11) de ingresos (5 respiratorias, 3 hemodinámicas, 2 digestivas, 1 infecciosa, 1 delirium y 1 quemadura por extravasación de vía). Parada cardiorrespiratoria en 2% (1), con éxitus del mismo enfermo. Mediana estancia 1 día (rango 1-11).

Discusión: Los ingresos en UCIP de adolescentes, aunque suponen un pequeño porcentaje del total, no están exentos de complicaciones y requieren manejo multidisciplinar. En la mayoría de las ocasiones se deben a intervenciones quirúrgicas y procedimientos de sedación.

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS MITIS – CASO CLÍNICO DE UN ABSCESO DENTAL

Martins, A.; Azevedo, A.; Rodrigues, J.; Guimarães, P.; Tavares, S.;
*Serviço de Pediatría, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga,
Diretor: Professor Doutor MRG Carrapato,*

Introducción: Las infecciones odontogénicas, incluyendo la caries dental y enfermedades periodontales son responsables por las complicaciones no sólo locales, pero también sistémicas, algunas potencialmente grave, por lo que debemos ser conscientes. El absceso dental, una complicación relativamente frecuente, no se debe subestimar.

Caso clínico: Adolescente con 12 años, sin antecedentes de interés. Se presentó en la emergencia de pediatría por dolor de muelas con 1 semana de evolución asociada con la sensación de hinchazón de la cara hemiderecha. En el examen objetivo fue identificado caries y fue dado de alta con el diagnóstico de absceso dental y tratado con amoxicilina y á. clavulánico. Dos días después apeló nuevamente a la emergencia por empeoramiento progresivo de la hinchazón de la cara hemiderecha, asociada con el calor y enrojecimiento, y dificultades de alimentación, manteniendo el dolor de muelas antes mencionado. No había tenido fiebre en casa, pero se encontró tratada con analgésicos antipiréticos durante los 2 días. Negó cualquier antecedente de trauma o tratamiento dental reciente. Al ingreso en la emergencia se presentaba con buen estado general, hemodinámicamente estable, hidratada, febril (temperatura timpánica 38,4°C), exuberante hinchazón de la región mandibular derecha, tensa, dolorosa, con enrojecimiento de la apertura de la boca. Análiticamente leucocitosis (17.400 /uL) con neutrofilia (83%) y PCR 115.8mg/L. Ante la sospecha de angina de Ludwig, celebrada ecografía de partes blandas y más tarde TAC que mostró un absceso cervical multiloculado con 3 cm de diámetro, de origen odontogénica asociado a la caries de los dientes con área extensa de celulitis circundante. En el internamiento se decidió empezar terapia intravenosa con clindamicina y ampicilina, prednisolona e ibuprofeno. Fue observada por Cirugía Maxilofacial en internamiento D3, habiendo hecho el drenaje percutáneo con salida del contenido hemopurulento. En el cultivo de sangre del momento de la admisión ha sido aislado un Streptococcus Mitis, sensible a la terapia. Se

mantuvo afebril desde D3 de la hospitalización, con mejoría progresiva de signos inflamatorios y la adquisición progresiva de la capacidad para alimentarse. Cumplió 10 días de clindamicina y ampicilina intravenosa y mantuvo la amoxicilina / ácido clavulánico PO 4 días.

Conclusión: El absceso dental es una entidad a menudo subestimado por complicaciones sistémicas. Se origina de la caries dental, trauma o tratamiento de conducto dental sin éxito. Se compone de una flora polimicrobiana, que son más comúnmente anaerobios facultativos, como *Streptococcus viridans* (*Streptococcus mitis* está incluido en el mismo), anaerobios estrictos (59-75%). Infecciones sistémicas con *Streptococcus mitis* es extremadamente raro. Estrategias para la detección y prevención de infecciones dentales son extremadamente importantes para evitar las complicaciones potencialmente graves, como en el presente caso. Los adolescentes se presentan como un grupo de riesgo en que debemos centrarnos.

ÚLCERA GENITAL EN NIÑA ADOLESCENTE

Travieso Suárez, L.; Novoa Carballal, R.; Márquez Rivera, M.; Serrano Valls, M.; Molina Amores, C.; Herrero Mendoza, B.; *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Introducción: La úlcera de Lipschütz es una patología poco frecuente en pediatría que lleva en muchos casos a la realización de pruebas y/o tratamientos innecesarios.

Caso clínico: Niña de 11 años que consulta por una lesión ulcerada en vulva de tres días de evolución, dolorosa, acompañada de fiebre hasta 38,5°C. Niega relaciones sexuales, abuso o traumatismo. A la exploración, presenta una úlcera de 1 cm de diámetro en labio mayor derecho. Se realiza análisis de sangre y de orina resultando normales. Se recoge muestra para cultivo de la lesión y se extraen serologías. Se diagnostica de probable úlcera de Lipschütz y se trata de forma sintomática mejorando espontáneamente en diez días. El cultivo de exudado y las serologías de hepatitis B y C, VIH, sífilis, Epstein Barr, *Chlamydia trachomatis* y herpes simple 1 y 2 son negativas.

Discusión: La úlcera de Lipschütz es una forma infrecuente de úlcera genital, afecta a adolescentes sin antecedentes de relaciones sexuales. Se caracteriza por una o más úlceras dolorosas de fondo purulento o necrótico acompañadas de síntomas sistémicos. Su causa es desconocida, aunque se ha relacionado con la primoinfección del VEB, CMV o fiebre paratifoidea. Su evolución es la resolución espontánea en 1-4 semanas.

EMBARAZO DEL ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Pérez Durán M.J.; Udaondo Gascón C.; Salmerón Ruiz M.A.; Inisterra Viu Benito Sánchez A.V. *Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.*

Introducción: Aunque la incidencia de diagnóstico de embarazo en los servicios de Urgencias de Pediatría es bajo, es necesario interrogar a las adolescentes sobre sus hábitos sexuales, pues en muchas ocasiones acuden con motivos de consulta muy inespecíficos.

Caso clínico: Niña de 13 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de un mes de evolución de vómitos de contenido alimentario y sensación de inestabilidad sin giro de objetos predominantemente matutina. Cefalea frontal opresiva leve intermitente. Menarquía a los 11 años, ciclos regulares. Amenorrea un mes y medio. Relaciones sexuales consentidas con medidas anticonceptivas de barrera. Exploración física: normal. Test de embarazo: positivo. Se remite a la consulta del adolescente y a las Urgencias del servicio de Ginecología.

Conclusiones: En la adolescente con menarquía hay que interrogar siempre sobre la historia menstrual y realizar diagnóstico diferencial con embarazo. El diagnóstico de embarazo en el adolescente conlleva: 1) Asegurar acompañamiento en la toma de decisión de continuar o no con el embarazo. 2) Asegurar el seguimiento al ser un embarazo de riesgo. 3) Prescripción de ácido fólico y yodo. 4) Prevención de las ITS recomendando el uso de preservativo. 5) consejos dietéticos para la prevención de listeriosis y toxoplasmosis 6) Prevención de nuevos embarazos no deseados.

TRASTORNO CONVERSIVO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Polo Antúnez, A.(1); García-Navas Núñez, D.(2); Jiménez Matas, A.(1); González Fuentes, M^aC.(1), Hernández Martín, R.(2), Tort Cartró, C.(2);

(1) *Hospital Don Benito-Villanueva*; (2) *Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.*

Introducción: El Trastorno Conversivo (TC) se caracteriza por síntomas físicos que no pueden ser explicados por enfermedad, medicación o trastorno mental, habitualmente relacionados con factores psicológicos. Su incidencia es del 4-14%, más frecuente en mujeres peripuberales. De comienzo abrupto, curso monosintomático y estático, tiene factores desencadenantes reconocibles. Su diagnóstico es clínico y no de exclusión, tras anamnesis completa y exploración precisa. No responde a tratamiento farmacológico.

Casos clínicos: Mujer, 11 años. Consulta por debilidad e hipostesia de miembros inferiores. En exploración con maniobras distracción no impresiona de ello. Triste, despreocupa por sintomatología referida. Neuroimagen, punción lumbar, tóxicos orina(TO) y analítica general(AG): normal. Reinterrogamos: gran angustia por patología materna. Tras ayudar a la madre, comienza mejoría hasta recuperación total, por lo que se suspende el resto estudio.

Varón, 13 años. Mismo motivo de consulta. Exploración física incongruente, poco colaborador, despreocupado, alegre. AG normal. TO: benzodiazepinas. Reinterrogamos: consumo pre-

vio, preocupado por patología paterna. Tras ello, mejoría; 24 horas después, asintomático.

Conclusiones: Debe reconocerse este tipo de trastorno. Con una anamnesis y exploración física adecuada se puede llegar al diagnóstico, evitando iatrogenia y coste sanitario. El tratamiento debe ser orientado a los factores desencadenantes y la sintomatología afectiva que suelen asociar.

DISFORIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA (A PROPÓSITO DE UN CASO)

García Serra, J.; Carvallo Valencia, L.; Peñas Valiente, A.;
Hernández Martínez, M.; García de León González, R.;
Gómez Ortigosa, M.A.

Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia.

El trastorno de identidad de género ó disforia de género se define como incongruencia entre el fenotipo y la identificación propia como hombre ó mujer. Cuando precisa cambios físicos, se llama Transexualismo que es una condición del desarrollo neuronal del cerebro. Requiere un diagnóstico y tratamiento precoces y oportunos que reduzcan las probabilidades de depresión, angustia emocional y suicidio.

Anamnesis: Adolescente femenina de 16 años, consulta por no sentirse identificada con su género, problemas de relación y autolesiones. Antecedentes familiares: Padre: Homosexualidad.

Exploración física: Fenotipo femenino, hábito andrógino

Pruebas complementarias: Hormonas y ecografía abdominopélvica normales. Cariotipo femenino

Diagnóstico: Disforia de género. Transexualismo

Tratamiento: Cipionato de testosterona: 250 mg/ mes. Apoyo psicológico individual y grupal.

Evolución: Cambios físicos: desaparición de menstruación, voz grave, aparición generalizada de vello, aumento desarrollo muscular. Psicológicos: mejoría del estado anímico, aumento de autoestima, desaparición de autolesiones, mejoría del rendimiento académico, buena relación con padres y hermanos y mejor relación con compañeros de clase.

Discusión: Es importante que en las consultas de Atención Primaria y Especializada, tengamos conocimientos y sensibilidad suficientes ante los signos y síntomas para realizar un diagnóstico precoz de este problema, minimizando el riesgo de morbilidad psiquiátrica.

¿QUÉ HACER SI TU HIJA SE CREE KATY PERRI?

Rujido Freire, S.; Fuentes Pita, P.; Pérez Cortizas, Á.; Varela Rey, V.; García Magán, C.

*Complejo Hospitalario Universitario de
Santiago de Compostela.*

Niña de 13 años con alteración del comportamiento. Presenta insomnio, verbalizaciones incoherentes, falsos reconocimientos (se cree una famosa cantante), risas inmotivadas, perplejidad y enlentecimiento. Relata posibilidad de altas capacidades y alteraciones sensoceptivas.

En exploración física destaca inhibición psicomotriz, discurso no espontáneo, pararrspuestas y disgregación. Su personalidad encaja en Cluster C: hiperresponsable, autoexigente y metódica, introvertida y con escasa tendencia a la expresión de emociones. Iniciamos tratamiento con aripiprazol y benzodiacepinas con buena respuesta aunque presenta puntuales pararrspuestas y asociacionismos.

Diagnóstico: Síndrome de tipo afectivo, probable hipomanía (F30.0)

La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1) con alteraciones del humor y del comportamiento sin **alucinaciones** o ideas delirantes. Existe **exaltación leve y persistente del ánimo**, aumento de la vitalidad, con sentimientos de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. Presentan mayor sociabilidad, familiaridad y vigor sexual. Alteración de la capacidad de atención y concentración con disminución de la necesidad de sueño, sin interferencias con la actividad laboral o social.

Para el diagnóstico debe presentarse alteración del estado de ánimo con aumento de la vitalidad durante días seguidos, en mayor grado y persistencia que en la ciclotimia (F34.0). Si la interferencia es grave hablaríamos de manía (F30.1 o F30.2).

GESTO AUTOLÍTICO EN UN ADOLESCENTE

Gallardo de la Sierra-Llamazares, V.;
CEDT Daimiel. Cuidad Real.

Introducción: En los países desarrollados el suicidio es la segunda causa de muerte en la adolescencia (primera accidentes de tráfico). Los chicos son más tardíos en inicio de intentos con respecto a las chicas (15 años frente a 8) pero a diferencia de estas la mayoría consuman.

Factores de riesgo: genéticos, el medio familiar, historia personal y psiquiátrica y patrones sociales y culturales. **Motivo desencadenante** Una discusión con los padres (en la mitad de los casos), temor al castigo y miedo a separación de los padres después de una disputa entre ellos

Caso clínico: Niño de 13 años al que encuentra su hermana con 2 cinturones en el cuello atados a la pared, semiinconsciente y con signos de insuficiencia respiratoria. Se traslada en UVI móvil al hospital intubado, sedo-relajado, se pone collarín. Ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría 5 días. Se produce extubación a las 12 h. Presenta agitación y alucinaciones visuales tras 12 horas de suspender midazolam y fentanilo, se inicia por Psiquiatría tratamiento con haloperidol. Pasa a Unidad de Salud Mental 4 días donde se retira tratamiento con haloperidol, se hace estudio psiquiátrico y no precisa ningún tratamiento adicional. Es dado de alta y posteriormente se siguen controles de manera ambulatoria por esta unidad donde tras varias terapias conductuales y controles de seguimiento se da alta definitiva.

Anamnesis: Refieren episodio de pequeña discusión en el domicilio; quería irse con un primo a otra ciudad y sus padres no se lo permitieron. Se fue a su cuarto y después su hermana

pequeña lo encontró enganchado a la pared con un cinturón. El niño enganchó 2 cinturones a un clavo en la pared, se lo pasó alrededor del cuello y se tumbó para que sus padres lo vieran. Dice que se durmió, rodó de la cama y los cinturones le apretaron el cuello.

Pruebas complementarias: Historia escolar: Repitió cuarto de primaria. Historia familiar: Buena relación, problemas habituales de la edad. Historia judicial: no tiene.

Relaciones sociales; Tímido y reservado pero tiene grupo de amigos.

Antecedentes Personales: sin interés. No antecedentes psiquiátricos Antecedentes Familiares: no antecedentes psiquiátricos Desarrollo evolutivo: desarrollo psicomotor normal. Evaluación psicológica: Pruebas psicométricas: cuestionario de depresión infantil.CDI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo, cuestionario de 90 síntomas, escala de afrontamiento para adolescentes, cuestionario de autoconcepto. forma 5, test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil, cuestionario de temperamento y carácter.

Diagnóstico: Gesto auto lítico

Tratamiento: Se trabaja en resolución de conflictos para desarrollar estrategias adecuadas y tolerancia a frustración EVOLUCIÓN: normal. BUENA EVOLUCIÓN, ALTA.

Discusión: Ante un intento de suicidio en un adolescente hay que hacer un estudio completo tanto a nivel personal como familiar y social. La familia tiene un papel muy importante en estos casos pero no hay que culparles de manera exclusiva a ellos

En este caso tras el estudio no se encontraron ningún factor desencadenante a nivel personal, ni familiar ni social, pero su actitud le pudo costar la vida. ¿Qué se puede hacer ante este tipo de casos?

¿POR QUÉ CONSULTAN NUESTROS ADOLESCENTES?

Nieto Almeida, B.; Calviño Ramón, A.; Sánchez de la Ventana, M^ªA.; de la Torre Díez, B.; Díaz Sánchez, I.;
Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

Objetivos: Conocer que porcentaje de los adolescentes asignados a un cupo de una consulta de Pediatría de Atención Primaria de un Centro de Salud de una zona urbana de Madrid. acuden a consulta y los motivos por los que lo hacen.

Material y métodos: Mediante la aplicación informática consulta@web se explotaron los datos correspondientes a los pacientes con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años que acudieron a consulta entre septiembre de 2013 y septiembre de 2014. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo y episodio asignado a la visita.

Resultados: Durante el periodo estudiado acudieron 227 pacientes diferentes, de ellos 120 eran varones y 107 mujeres.

Los episodios más frecuentes fueron infección de las vías respiratorias altas (IRA)/tos, "sin enfermedad", seguidos de fiebre,

amigdalitis estreptocócica, asma/ fiebre del heno y síntomas de la espalda.

Conclusiones: La herramienta consulta@web es una aplicación informática de reciente creación que permite extraer datos muy interesantes de nuestra consulta.

Los episodios más frecuentes asignados a los adolescentes no varían respecto al resto de edades aunque aparecen también otros más propios de la adolescencia: acné, dolor menstruación, embarazo, insomnio... Son frecuentes también a esta edad los episodios relacionados con las caídas, contusiones, accidentes.

ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD EN ADOLESCENTES CUBANOS ESTUDIO COMPARATIVO DURANTE LOS AÑOS 2000-2013.

Cruz Sánchez F.; Dra. Castro Pacheco BBL. *Especialista de 1er. y 2do grado en Pediatría, Máster en Atención Integral al niño, Profesor Auxiliar de Pediatría. La Habana Cuba.*

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales durante la adolescencia determinan que las personas en esta etapa de la vida sean diferentes y por tanto el enfoque dentro de la sociedad también debe ajustarse adecuadamente a las demandas propias de ese ciclo vital humano, según las condiciones individuales.

En los últimos 20 años en Cuba se ha observado un cambio progresivo en la atención Integral a la Salud en la Adolescencia y cuenta desde el año 2000 con el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes (10-19 años), en el cual ha jugado un papel decisivo la Atención Primaria de Salud con el modelo del Médico y Enfermera de la Familia. Con el objetivo de analizar la situación de algunos problemas de salud de las y los adolescentes en Cuba, 2000-2013 se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva de corte longitudinal. Método: Las fuentes de información fueron los Registros estadísticos nacionales de salud; las variables analizadas fueron: edad, sexo, fecundidad, captación de embarazos, regulaciones e interrupciones, uso de anticonceptivos, morbilidad por Infecciones de transmisión sexual, mortalidad general y materna adolescente. Algunas variables se comparan por series en el tiempo. Se presentan indicadores de salud general y salud sexual y reproductiva de los adolescentes que provienen del Sistema de Información Estadístico de Salud. Los datos de población provienen de publicaciones de la Oficina Nacional de Estadística e Información en Cuba. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS 9,0 para Windows, se agruparon las variables y se obtuvieron frecuencias según variables. Finalmente los resultados se presentan en medidas de resúmenes (números absolutos, porcentaje) y tasas. Se exponen en tablas para su análisis.

Resultados: En el periodo analizado se observó que la población de 10 a 19 años ha ido disminuyendo (12.5 % de la población cubana) al igual que el grupo de 10 a 24 años (19.9

%).Hubo un predominio ligero del sexo femenino (51.2 %) para el primer grupo, y un discreto predominio del sexo masculino (51.3%) para el segundo grupo. La fecundidad de 15 a 19 años desde el año 2000 al 2013 ha aumentado (49.6 a 54.8). Se observa un incremento ligero en la captación de embarazos en las edades comprendidas entre 12 y 14 años (0.6 a 0.7) pero en general ha disminuido en las menores de 20 años. Las interrupciones de embarazos se han incrementado por el método medicamentoso y han disminuido por el método quirúrgico de legrado. Las regulaciones continúan practicándose aunque con ligera disminución. El uso de anticonceptivos intrauterinos (DIU) continúa.

ADOLESCENTES VALORADOS POR PSIQUIATRÍA INFANTIL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Azevedo A.; Martins A.; Gomes L.;

R.Dr. Cândido Pinho. Santa Maria da Feira, Portugal.

Introducción: El conocimiento de los trastornos psiquiátricos en los niños es aún muy limitado. Los pediatras pueden manejar la gran mayoría de la patología psiquiátrica de los adolescentes pero a veces, dada la gravedad de la situación, es necesario solicitar la ayuda del psiquiatra infantil en el momento de la atención en el servicio de Urgencias.

Objetivo: Investigar las características de la población de pacientes que es referida a Urgencias y a la cual le es realizada una evaluación específica por Psiquiatría infantil.

Método: Estudio retrospectivo de los últimos cinco años con acceso a los registros de los pacientes (> 9 años y <18 años) valorados por Psiquiatría infantil durante una visita al servicio de Urgencias.

Resultados: Fueron evaluados por un psiquiatra infantil 101 adolescentes con una edad media de 15,06 años, mediana de 15 años (mínimo 10A, máximo 17A), 71,3% mujeres (n = 72) y el 28,7% hombres (n = 29). Hay una tendencia a un aumento de casos en los últimos años (15,8% en 2010 frente al 31% de los casos en 2013 y 24,8% en 2014) y hubo una condensación superior de casos en mayo y junio (13,9% y 18,8%) y noviembre y diciembre (12,9% y 10,9%); una cuarta parte de los casos se produjo el jueves.

Los principales diagnósticos de los adolescentes observados por Psiquiatría infantil fueron: ideación suicida con intoxicación (medicamentos 17,8%, alcohol 2%, drogas ilícitas 4%), trastornos del comportamiento (20,8%) y trastorno de extrema ansiedad (6,9%), complicaciones mentales maternas del embarazo (8,9%) y trastornos depresivos mayores (5,9%).

Discusión y conclusión: Aunque, como era de esperar, la mayor proporción de pacientes que son referidos a la Urgencia Infantil para valoración por Psiquiatría son los que tienen ideas suicidas y los trastornos mentales y psiquiátricos, también fue significativa la proporción de los trastornos psiquiátricos del embarazo y los estados depresivos. De hecho, en los meses de verano, según la literatura disponible, hay menos casos, pero en los meses anteriores al verano y en los meses anteriores de invierno debe prestarse especial atención, así como al final de la semana escolar. La salud mental de los

adolescentes es un problema de creciente prevalencia, y cada vez más los profesionales de la salud deben estar más alerta.

EXPERIENCIA CUBANA EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LO/AS NIÑO/AS Y LO/AS ADOLESCENTES. 1990-2013

Castro Pacheco BBL. (1); Cruz Sánchez F. (2); (1) *Especialista de 1er. y 2do grado en Pediatría y en Medicina Intensiva y Emergencia, Máster en Atención Integral al niño, Profesor e Investigador Auxiliar de Pediatría* (2) *Especialista de 1er. y 2do grado en Pediatría, Máster en Atención Integral al niño, Profesor Auxiliar de Pediatría.*

Entre las normas internacionales sobre los derechos de la infancia se destaca la aprobación en 1989 de la Convención de los Derechos del Niño. Entre sus principios básicos se encuentra el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo. Diversas organizaciones internacionales han promovido la utilización las tasas de mortalidad en las edades pediátricas como indicador por excelencia para medir el derecho a la vida como el objetivo número 4 de la Cumbre del Milenio. Cuba firmó la Convención en 1990, y la ratificó en 1991. Una investigación sobre la experiencia cubana en la atención a la salud infantil solicitada por la OMS/OPS evidenció la realidad de la protección a los derechos del niño y el adolescente en el país, los resultados se exponen como políticas públicas de protección de los derechos a la salud infantil.

Objetivos:

- Describir las medidas intersectoriales relacionadas con el sector de la salud cubano desarrolladas entre 1959 y 2013, que promovieron en el país las condiciones para garantizar el cumplimiento del Artículo número 24 de la Convención de Derechos del Niño.
- Presentar el comportamiento de los principales indicadores de salud infantil en el período 1990 – 2013.
- Identificar las lecciones aprendidas en la práctica de la intersectorialidad en relación con la Convención de Derechos del Niño en Cuba

Método: Se realiza un estudio transversal de recolección de datos utilizando como fuentes de información los Registros Estadísticos Nacionales de Salud. Las variables analizadas incluyeron la tasa de mortalidad infantil, del menor de cinco años y del menor de 19 años. Se presentan las principales causas de muerte, distribución por sexos y por territorios. Se describen las medidas intersectoriales desarrolladas en el país y su relación cronológica con la evolución de los indicadores de salud. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS 9,0 para Windows, Se evalúa el comportamiento histórico de las series y se utiliza la Regresión Lineal para comprobar estabilidad y tendencia de los cambios. Como medida de asociación se usa el Coeficiente de Determinación (R²) Los resultados se presentan en números absolutos, porcentajes y tasas que se exponen en figuras y gráficos.

Resultados: La tasa de mortalidad infantil del año 1990 era de 10.7 por 1000 nacidos vivos y 2013 fue de 4.2. (39.2% menos), (con un ajuste lineal ($R^2=0,89$) del comportamiento descendente de este indicador) La tasa del menor de cinco años en 1990 fue 13.2 por 1000 nacidos vivos y en el año 2013 disminuyó hasta 5.7 (43.1% menor), con un indicador positivo de supervivencia de este grupo que se incrementa de 98.7% hasta 99.4 % (0.7% superior) en igual período. La tasa de 5 a 14 años que en 1990 era de 0.4 por 1,000 habitantes y disminuye hasta 0.2 (50% menor)

Las causas de muerte más frecuentes en el menor de un año fueron las afecciones perinatales y las anomalías congénitas y en el grupo de 15 y 19 años. los accidentes y los tumores malignos ocuparon los primeros lugares

El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias muestra una varianza de 1.5 por 1000 en los menores de un año y de 2.2 por 1000 en los menores de cinco años. La tasa de mortalidad es inferior en las niñas en todos los grupos de edad.

Conclusiones: La evolución de los indicadores relacionados con la protección de los derechos a la salud y supervivencia infantil puede relacionarse con la validez de las prácticas intersectoriales aplicadas en el país: la accesibilidad de los servicios, cobertura universal, prioridad para los grupos vulnerables promoción de la equidad y la participación de todos los sectores de la sociedad incluyendo las organizaciones populares.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA

Blanco Sánchez AI.; Nova Sánchez M.; Ferreira Pou, E.; Martínez Arias V.; Rodríguez Álvarez D.; Guerrero Alzola F.; Salmerón Ruíz. MA.;
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Las relaciones afectivas de pareja comienzan en la edad adolescente, por lo cual el riesgo de violencia de género existe también a esta edad y los adolescentes minusvaloran las conductas violentas. Se entiende como violencia de género adolescente "agresiones psicológicas, físicas y sexuales dentro de las relaciones de pareja entre 13 a 19 años por un miembro de pareja heterosexual o del mismo sexo"¹.

Casos clínicos: Se presentan 3 casos de violencia de género en mujeres de edad entre 15-16 años, en todos ellos ejercida por un varón. Los síntomas médicos más frecuentes fueron

tristeza, insomnio, cefalea y pérdida de peso (100%). En 2/3 de los casos había antecedente de TCA. Dos de las víctimas sufrieron violencia verbal y psicológica, mientras que la tercera además recibió maltrato físico. Todas ellas sufrieron tanto acoso cara a cara como ciberacoso. Una de las víctimas denunció ante la policía.

Discusión: La violencia de género es de similar incidencia en adolescentes que en otros grupos etarios. Se debe incluir en la historia clínica preguntas sobre las relaciones de pareja y sospechar la existencia de cualquier tipo de violencia ante síntomas psicósomáticos. Es imprescindible la detección precoz, asesoramiento, tratamiento y prevención.

1. *Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de la comunidad de Madrid.* Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A.M, Díez-Gañán L, Sonego M y Ordobás Gavín M.A. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88:639-652.

CONDUCTAS DE ACOSO ENTRE PAREJAS ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES

Urbano Martín, C.; Perles Novas, F.; San Martín García, J.
Universidad de Málaga.

Las conductas de acoso entre las parejas adolescentes están recibiendo cada vez mayor atención.

El objetivo de este trabajo fue analizar cómo se manifiestan estas conductas a través de las redes sociales en relación al sexismo y los mitos del amor romántico así como reflejar las creencias que tienen en torno a la violencia.

Para ello, se realizó un estudio con una muestra de estudiantes formada por 94 chicos y 95 chicas que cursaban 3º y 4º de E.S.O y 1º de Bachillerato. Se llevó a cabo un análisis exploratorio y los resultados indican que existe correlación entre el acoso recibido y realizado en ambos grupos así como entre el sexismo y los mitos del amor romántico, existiendo más correlaciones entre estas variables en el grupo de las chicas. También se encontraron diferencias en las puntuaciones en sexismo, obteniendo puntuaciones más altas el grupo de los chicos.

Podemos concluir que, las redes sociales son un recurso de fácil acceso para entrar en contacto con la víctima y que el sexismo y los mitos generan pensamientos distorsionados hacia las relaciones.