

Presentación de pósters

Sábado 24 de marzo, 11.00-11.45 h

1. ADOLESCENTES CON RIESGO DE MUERTE SÚBITA. FORMAS DE AFRONTAR EL TRATAMIENTO. *Nso Roca AP, Barrios Tascón A, García Guereta L. Hospital Infantil La Paz. Servicio de Cardiología Pediátrica. Madrid*

Antecedentes: el uso del desfibrilador automático implantable (DAI) para el tratamiento de pacientes con riesgo de muerte súbita es una técnica relativamente nueva en la población pediátrica. A pesar de ser un tratamiento reciente, se considera que es efectiva en este grupo de edad. Sin embargo, no hay estudios sobre su impacto en la calidad de vida. La adolescencia es una etapa de desarrollo de la personalidad, caracterizada por fragilidad emocional y, por tanto, de riesgo para desarrollar trastornos psicológicos en jóvenes que deben asumir un riesgo de muerte súbita.

Objetivos: por estos motivos consideramos imprescindible realizar una valoración de la repercusión psicológica del tratamiento con DAI en la adolescencia.

Casos: presentamos a dos adolescentes portadores de DAI, son dos casos representativos de las distintas formas de afrontar esa terapia en este grupo de edad. Un varón de 14 años con DAI por parada cardiorrespiratoria secundaria a miocardiopatía hipertrófica y con múltiples reacciones psicósomáticas tras la implantación del tratamiento. Una adolescente de 14 años con DAI por arritmias secun-

darias a fibroma intracardiaco, asintomática y con buena adhesión al tratamiento.

Conclusiones: los pacientes portadores de DAI pueden presentar síntomas de ansiedad o depresión durante su evolución. Esto tiene especial importancia durante la adolescencia ya que es una etapa de desarrollo psicosocial. La sospecha y detección precoz de estas reacciones patológicas permitirán un mejor manejo de estas complicaciones.

2. AUTOESTIMA Y ADOLESCENCIA TEMPRANA. *Petrella R. Médico Especialista II en Pediatría y Puericultura. Hospital Dr. Miguel Malpica. Guacara. Profesora de la Universidad de Carabobo. Doctorado de Ciencias Médicas. U.C. Unidad de Investigación en Salud Reproductiva del Adolescente. UNISAR/FCS/UC. Venezuela*

Resumen: la autoestima es considerada, dentro de los valores, uno de los más preciados, en esta etapa de la adolescencia temprana, constituyendo un aspecto indiscutiblemente básico para su desarrollo posterior. Por lo cual es necesario plantear la urgente necesidad de ser apoyado por los de su alrededor (padres, hermanos, escuela, amigos, familia), para poder lograr un desarrollo armónico de acuerdo al momento socio-histórico y cultural en que está viviendo.

Problema y objetivo: ¿reciben los adolescentes en etapa temprana una adecuada orientación integradora de los valores?, ¿asume la familia el compromiso o la convicción de educar en valores al adolescente en edad temprana?, ¿en una

sociedad cada vez más compleja, difícil, cómo es vista la educación en valores por el adolescente en etapa temprana? Por lo antes expuesto, la presente investigación fue realizada con el objeto de promover la educación en valores, resaltando el valor de la Autoestima en el grupo de los/las adolescentes en etapa temprana (10 a 13 años según la Organización Mundial de la Salud), favoreciendo el derecho para reconocerse en toda su complejidad y accionar así en su defensa.

Material y método: paradigma cualitativo. La matriz epistémica: fenomenológica. El enfoque de la investigación es la crítica dialéctica, cuyo fundamento está basado en la Teoría Crítica de Habermas. El método utilizado es la Investigación Acción Participante (IAP) con cinco fases: diagnóstico, planificación, ejecución, evacuación y resultados.

Conclusión: "existe una gran falta de conocimiento a nivel de la adolescencia temprana sobre valores y Autoestima, que dificultan una adecuada formación en el crecimiento y desarrollo de ellos, conllevando repercusiones implícitamente como lo es un inadecuado proyecto de vida". Resultando a tal efecto el planteamiento de recibir más conocimientos sobre valores en las escuelas, la familia, en la sociedad, entre otros.

Recomendaciones: debemos crear estrategias para implementar a nivel del sistema educativo y comunitario conocimientos sobre Autoestima como un valor legítimo que nos permita un desarrollo y crecimiento integral, holístico y así poder realizar un proyecto de vida adecuado en la adolescencia temprana.

3. ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. EXPERIENCIA EN 3º DE ESO. *Bautista Torá A. Asociación Síndrome de Down de Granada*

Introducción: los jóvenes adolescentes forman parte de una sociedad que les ofrece un ambiente y una libertad con los que tienen acceso a cualquier actividad de ocio sin que se vean limitados por una responsabilidad personal, un respeto a la intimidad del otro, el valor a la vida y a su salud. En este ambiente reciben información por muchos medios que les lleven también a una práctica indiscriminada de su sexualidad.

En los últimos años se ha llevado a cabo en diferentes Institutos y con alumnos de 3º de ESO, el desarrollo de un programa para un proceso de formación afectivo-sexual con

el que se les ha posibilitado una educación que tiene en cuenta criterios que favorecen su salud, su desarrollo sexual y afectivo con responsabilidad. Hoy, muchos jóvenes adolescentes con síndrome de Down cursan también estudios de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en aulas ordinarias de Institutos de Educación Secundaria (IES).

Objetivo: intervenir en la educación del desarrollo personal y sexual de el/la adolescente con síndrome de Down. Ayudar a construir cimientos de actitudes sexuales sanas. Equilibrar tanto la necesidad de protegerlos como la de apoyar su derecho a tomar decisiones.

Método: en tres institutos en que hemos impartido un programa de formación en cursos de 3º de ESO, cursan estudios de forma integrada, y en aula ordinaria, algunos alumnos con síndrome de Down. Siempre se ha contado con su asistencia y participación.

Resultados: al finalizar el proceso, alumnos con síndrome de Down han hecho también preguntas y observaciones que se han respondido de forma individual.

- "¿Por qué no me habían hablado antes de esto?"
- "¿Puedo hablar con mis padres de lo que sé ahora?"
- "¿Por qué tengo síndrome de Down?"
- "Me gusta un compañero y no me dejan salir con él. ¿Qué hago?"
- "Tengo síndrome de Down. Si me caso y tengo un hijo, ¿tendrá también síndrome de Down?"

Conclusiones: la falta de información sobre temas afectivo-sexuales puede dificultar el descubrir su identidad y el relacionarse conscientemente con los demás y con madurez. La integración escolar, que ha podido darse por su desarrollo cognitivo, parece que no ha ido en paralelo con una formación y aceptación de su identidad, afectividad y sexualidad. La omisión de esta formación en edades tempranas podría conducir, más tarde, a un desequilibrio en su personalidad y a poner en peligro su salud.

4. AVERSIONES Y PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS ADOLESCENTES DE 10 A 13 AÑOS DE EDAD, ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SANTANDER. *De-Rufino Rivas PM, Redondo Figuero C, Viadero Ubierna MT, Amigo Lanza T, González-Lamuño Leguina D, García Fuentes M. Área de Pediatría. Dpto. Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Cantabria*

Objetivo: describir las aversiones y las preferencias alimentarias de los adolescentes, de ambos sexos, de 10 a 13 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander.

Método: se realizó un estudio transversal, analizando una muestra de 1.061 adolescentes: 518 varones (49%) y 543 mujeres (51%), de edades comprendidas entre los 10 y los 13 años, escolarizados en catorce centros de enseñanza primaria y secundaria de Santander. Para la recogida de datos se empleó un cuestionario en el que el adolescente calificaba de 0 a 10 diferentes bebidas, verduras y hortalizas, frutas, legumbres y grupos de alimentos y dos apartados de respuesta libre sobre sus principales aversiones y preferencias alimentarias.

Resultados: las verduras y hortalizas (59,3%) y las legumbres (17,2%) constituyen las principales aversiones alimentarias de los adolescentes. Por otro lado, los cereales (57,2%) y la carne (12,6%) son los grupos de alimentos preferidos. Las lentejas, la lechuga, la manzana, el agua y la pasta en general fueron los alimentos más valorados dentro de sus respectivos grupos de alimentos y bebidas.

Conclusión: las aversiones y preferencias alimentarias de los adolescentes santanderinos son, en líneas generales, bastante similares a las observadas en otros estudios. Los datos obtenidos pueden ser útiles para seguir las futuras tendencias sobre preferencias alimenticias que, conjuntamente con otros parámetros, permitan caracterizar el comportamiento alimentario de nuestros adolescentes.

5. COMPLICACIONES EXTRA E INTRACRANEALES DE SINUSITIS. *Moreno Jiménez D, Nieto Almeida B*, Serrano MG, Toranzo FG. Hospital Universitario Virgen de la Vega. Salamanca. Servicio de ORL. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Salamanca*

Introducción: la sinusitis es una inflamación de la mucosa que reviste los senos paranasales.

En la edad pediátrica el seno más frecuentemente afectado es el etmoidal. Los síntomas comienzan con obstrucción nasal acompañada de rinorrea acuosa, normalmente de origen viral, que puede acabar desarrollando rinorrea espesa y cefalea. En algunas ocasiones las etmoiditis pueden pasar asintomáticas y manifestarse como una complicación de la misma. Las complicaciones de las sinusitis pue-

den ser extracraneales (orbitarias y óseas) e intracraneales (meningitis y abscesos cerebrales). El diagnóstico se realiza con técnicas de imagen (TAC y RMN). El tratamiento es médico-quirúrgico.

Casos clínicos: presentamos 2 casos clínicos, uno de complicación extracraneal (celulitis y absceso subperióstico orbitario) y otro de complicación intracraneal (absceso subdural).

Caso 1: paciente varón de 16 años, que acude a Urgencias por presentar celulitis orbitaria derecha sin fiebre ni afectación de la visión. Días antes había presentado un cuadro de obstrucción nasal y rinorrea.

Pruebas complementarias: TAC craneal-orbitario: Sinusitis etmoidal bilateral, absceso subperióstico orbitario y celulitis orbitaria derecha.

Se instaura tratamiento antibiótico y corticoideo, repitiendo el TAC a las 48 horas, objetivando buena evolución. Tras 7 días de tratamiento hospitalario y buena evolución, se da alta al paciente y se realiza una cirugía endoscópica nasosinusal 3 semanas después, de manera programada.

Caso 2: paciente varón de 15 años, que acude a urgencias por cefalea resistente al tratamiento, signos meníngeos y febrícula de 48 h de evolución. Presentó un cuadro rinítico-catarral en los 7 días previos.

Exploración física: cuadro confusional, agitación motora, febrícula, signos meníngeos positivos.

Pruebas complementarias: punción lumbar: compatible con meningitis, TAC: realce de duramadre sugerente de meningitis. Se ingresa en UVI para tratamiento y tras empeoramiento se repite a las 48 horas TAC cerebral y se aprecia absceso subdural frontal y sinusitis frontoetmoidal.

Se realiza tratamiento quirúrgico (neuroquirúrgico y ORL), con posterior buena evolución.

Conclusiones: las complicaciones de las sinusitis son una circunstancia infrecuente, pero de extrema gravedad, por la importancia de las estructuras anatómicas que rodean los senos paranasales. Se acompaña de una elevada morbimortalidad si no se diagnostica precozmente. Las técnicas de imagen (TAC-RMN), la antibioterapia de amplio espectro y el tratamiento quirúrgico han disminuido notablemente su letalidad. El tratamiento suele ser quirúrgico y multidisciplinar de la complicación (ORL, Neurocirugía, Oftalmología).

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MENOR DE EDAD. 200 ENCUESTAS SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS MÉDICOS. *Sánchez Jacob M¹, Martínez González C², Riaño Galán I³.* ¹C.S La Victoria, Valladolid, ²C.S Parla Madrid. ³Hospital San Agustín. Avilés

Dada la trascendencia que está adquiriendo en la práctica asistencial la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente, desde la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica se está llevando a cabo un trabajo para conocer la opinión de los profesionales en este sentido. Existen muy pocos estudios de opinión, por lo que se ha elaborado una encuesta dirigida a médicos con el fin de cubrir este vacío.

La encuesta consta de datos de filiación y 13 preguntas de respuesta abierta, distribuyéndose a médicos de hospital y de Atención Primaria de tres Comunidades Autónomas.

Se han procesado las primeras 200 encuestas, obteniéndose los siguientes resultados: el 47% de los encuestados desconocen cuál es la mayoría de edad sanitaria. Sólo el 32% utilizan la firma del menor en el consentimiento informado (CI). El 26% se sienten incómodos al tratar de mantener la confidencialidad en materia sanitaria pues le plantea problemas morales. El 55% desconocen la doctrina del menor maduro. Sólo el 39% piensan que la capacidad de decisión del menor debe ser valorada por el médico del paciente. Un 5% no prescriben la píldora postcoital sin el conocimiento de los tutores.

Se concluye un escaso conocimiento por parte de los profesionales respecto a la teoría del menor maduro y a la capacidad de autonomía del menor, así como una baja implantación del CI y dificultades para mantener la confidencialidad ante sus tutores. Por todo ello, se requiere un importante esfuerzo de formación acerca del menor con capacidad de consentir.

7. DECÁLOGO DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. *Rodríguez Molinero L, Garrido M.* Centro de Salud Huerta del Rey y Tórtola. Valladolid

Objetivo: elaborar un folleto divulgativo. Práctico, sencillo y orientativo para aquellos adolescentes, padres o interesados en la educación afectiva de los adolescentes.

Material y métodos: se han revisado las guías clínicas de los últimos 5 años relacionadas con la Pediatría preventiva,

la Higiene infantil y la Puericultura. Se elaboraron unas orientaciones en forma de decálogo al uso, de otras recomendaciones sanitarias. Dichas orientaciones han sido comentadas, criticadas y corregidas por autores españoles del mundo académico de la sexualidad y la sociología juvenil. El decálogo se ha pasado en el año 2004 por los alumnos del Instituto de Enseñanza Secundaria "Emilio Ferrari" de Valladolid, de aproximadamente 800 alumnos. Los alumnos fueron los últimos en corregir la forma del texto para que fuera comprensible, inteligible y capaz de cumplir el fin que se perseguía, que es orientar en las dificultades de los adolescentes en este tema.

Resultados:

1. Todo adolescente tiene derecho a entenderse y relacionarse con los demás a través de su intimidad sexual.
2. La forma de vivir la sexualidad se aprende en la familia, la escuela, los medios de difusión, los grupos sociales y en las ideologías y modas del momento.
3. Tienes el derecho y el deber de informarte, para que puedas vivir bien la dimensión afectiva y para resolver mejor tus problemas sexuales. Escucha y lee pensando que muchas cosas son relativas y pocas veces existen verdades absolutas.
4. Habla con tus padres, hermanos, amigos, chicos o chicas, eso te puede ayudar a resolver dudas y sentirte comprendido y apoyado.
5. No pierdas las buenas maneras ni las formas sociales que te faciliten expresar tus sentimientos, deseos y opiniones. Es bueno que sepas elogiar y decir cosas agradables a los demás.
6. Toma tus propias decisiones sin dejarte presionar por los demás, aunque es bueno que tengas en cuenta las opiniones de las personas que te quieren.
7. Sé tolerante con los demás y contigo mismo. No te sientas culpable de tus deseos o de las cosas que te pasan y tómalas como algo positivo.
8. Acepta los valores de las sociedades democráticas. Los adolescentes deben vivir su sexualidad dentro de los valores aceptados y los derechos humanos, independientemente del credo de cada uno.
9. Asume la responsabilidad de evitar las prácticas sexuales de riesgo y de compartir las consecuencias. Planifica de manera segura y responsable tu actividad sexual,

haz participar al otro de esta responsabilidad y resolver juntos los problemas.

10. Pide ayuda cuando te veas en apuros o no sepas resolver tus conflictos.

Si tienes en cuenta estas indicaciones, podrás tener una actividad sexual enriquecedora que te hará disfrutar de la vida y del placer, del afecto y el amor en la relación con los demás.

Conclusiones: desde que se elaboró este documento, se ha estado ofreciendo a los usuarios de nuestra consulta de pediatría con una buena aceptación. Esta experiencia nos ha llevado a presentar este decálogo para que pueda ser difundido entre los profesionales interesados.

8. ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y LIONIZACIÓN DEL CROMOSOMA X EN PACIENTE ADOLESCENTE PORTADORA DE HEMOFILIA A. *Nieto Almeida B, Fernández Álvarez D, Muriel Ramos M, García Llorente G, De Goicoechea E, Alberca Silva T. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca*

Introducción: la enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda multisistémica propia de la infancia, caracterizada por fiebre, lesiones en mucosas, conjuntivitis, exantema y adenopatías. Su diagnóstico es clínico, basado en el cumplimiento de criterios diagnósticos. Se desconoce la incidencia exacta de la enfermedad pero en países de nuestro entorno se estima en 8 casos/100.000 habitantes y año.

En menores de seis meses o mayores de seis años es muy infrecuente y se asocia a mayor riesgo de aparición de aneurismas coronarios. La aparición durante el período de la adolescencia es excepcional.

Su etiología es multifactorial, en parte todavía desconocida. Actualmente, es la causa de cardiopatía adquirida más frecuente en la infancia. El diagnóstico precoz es fundamental para prevenir las complicaciones tardías. Existen formas atípicas o incompletas más difíciles de diagnosticar por lo inusual de su forma de presentación.

Por otro lado, destacar que existen mujeres portadoras de hemofilia A que pueden tener concentraciones muy bajas de FVIII, comportándose como los varones enfermos.

Caso clínico: se presenta el caso de una adolescente de 16 años que consulta por fiebre elevada de 7 días de evolución, que no mejora pese al tratamiento antibiótico, adenopatías cervicales, exantema polimorfo e hiperemia con-

juntival. Tras numerosas consultas en Servicio de Urgencias y numerosas exploraciones complementarias, cumple criterios de Enfermedad de Kawasaki. No presenta alteraciones cardiológicas. Tras la administración de gammaglobulina iv el cuadro se resuelve.

En las revisiones llama la atención la existencia de hematomas muy frecuentes de aparición ante mínimos traumatismos y espontáneos, así como menstruaciones muy abundantes. Presenta coagulación sistemática persistentemente normal. Se remite a Hematología para estudio, diagnosticándose de portadora de hemofilia A grave, buena respondedora a tratamiento con ADVP.

9. IMAGEN CORPORAL, HÁBITOS NOCIVOS Y BULLYING ENTRE ADOLESCENTES. COMPARACIÓN ENTRE UN ENTORNO SEMIRRURAL Y UN ENTORNO URBANO. *Rodríguez García J¹, Díaz Vázquez CA¹, González Guerrero L², Domínguez Aurrecochea B², Labra Álvarez R², Martínez Fernández P³, Fernández Fernández M⁴. ¹EAP de Moreda (Aller). Área 7. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ²EAP de Otero (Oviedo). Área 4. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ³IES Valle de Aller (Moreda). ⁴IES Leopoldo Alas Clarín (Oviedo)*

Objetivo: evaluar aspectos relacionados con la salud y estilos de vida en los adolescentes comparando dos entornos geográficos: semirural (SR) y urbano (U).

Métodos: estudio transversal mediante encuesta anónima autocumplimentada. La encuesta constaba de 25 preguntas. En la presente comunicación se muestran los resultados de: imagen corporal y dieta, hábitos nocivos, y *bullying*. Previo al estudio se recabó el consentimiento informado de los participantes y también de los padres en el caso de los menores. La encuesta se realizó en el Instituto de educación secundaria de cada una de las poblaciones participantes en el estudio.

Cumplimentaron la encuesta 173 adolescentes de 16 a 18 años: 86 en el entorno semirural (52 mujeres) y 87 en el urbano (45 mujeres). Se realizó una valoración de los datos para cada entorno SR y U; así como una comparación de proporciones para muestras independientes (IC 95%) con el programa EPIDAT 3.1. Cuando los resultados no son significativos (NS) entre los dos subgrupos SR y U, el resulta-

do que se muestra es el valor obtenido para el conjunto del grupo de estudio. Cuando el resultado entre los entornos da una diferencia significativa (*) se muestran los valores de cada uno de los subgrupos.

Resultados: *imagen corporal y dieta.* Se definen como gordos el 13,3% (NS) y 14,5% como delgados (NS). El 26,6% han hecho dieta alguna vez (NS) y el 8,7% la estaban haciendo en el día de la encuesta (NS). Por sexos, el 79,1% de las mujeres-SR y el 45,5% de las mujeres-U (*p 0,03) hacían o habían hecho dieta.

Hábitos nocivos. El 60,7% han fumado en algún momento (NS) y el 23,1% fuman en el momento actual (NS). El pico de inicio de consumo se produce a los 13, 14 y 15 años (NS).

El 75,1% considera que la Ley Antitabaco no es eficaz (NS), si bien ha influido en el consumo de los adolescentes-SR y no ha repercutido en los adolescentes-U (*p 0,02).

El 90,7% han consumido alcohol en algún momento (NS), el 70% beben ocasionalmente (NS) y el 9,8% de forma habitual (NS). El inicio del consumo tiene su pico a los 14 y 15 años (NS). El 79,7% consumen bebidas de baja graduación (NS) y el 80,4%, de alta (NS). El 69,4% han participado en un botellón alguna vez (NS) y el 48,6% lo sigue haciendo (NS).

El 64,7% han probado en alguna ocasión otras sustancias de abuso (NS). Por orden, las más consumidas son marihuana (38,2%, NS) y cocaína (5,8%, NS). El 17,9% consume en la actualidad, marihuana (NS).

Bullying. El 18,5% declaran conocer casos de compañeros que sufren bullying en su clase (NS). El 25,3% de los adolescentes-U y el 10,5% de los adolescentes-SR dice estar sufriendo o haber sufrido *bullying* (*p 0,001). Solo el 2,9% indica estar sufriendolo en el momento actual (NS).

Ante la situación, pasada o presente, de bullying informaron a sus padres el 50% de los adolescentes-U y el 100% de los adolescentes-SR (*p 0,02); y a los profesores, el 35,5% (NS).

Conclusiones:

1. Aunque la mayor parte se consideran de peso normal, uno de cada cuatro ha realizado dieta.
2. Se aprecia un elevado consumo (anterior y actual) de sustancias nocivas.
3. Alta percepción de existencia de *bullying* en el aula.
4. Globalmente, se constatan pocas diferencias entre los entornos semirural y urbano.

10. "KLAN-DESTINO" ALTERNATIVAS DE TIEMPO LIBRE PARA ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL. Hernández Sánchez MP y Equipo Alfalar. Centro Alfalar-Asociación Cultural L'Abeyera. Oviedo-Asturias

Objetivo: el trabajo ha tenido por objeto ofrecer alternativas de tiempo libre para chicos/as de un barrio de la ciudad de Oviedo, favoreciendo el sentido de grupo (Klan) y buscando despertar motivaciones hacia lo profesional (Destino).

Material y métodos: se ha realizado con un grupo de 15 chicos y chicas de 14 a 17 años en situación de riesgo social. En los miembros del grupo se dan situaciones de absentismo, fracaso escolar, desventaja cultural por procedencia de otros países, consumo esporádico de drogas, causas judiciales por delitos menores y riesgo de abandono del domicilio familiar.

Ha desarrollado este programa un equipo de 5 educadores en un Centro Socioeducativo. Se han realizado sesiones en horario de tarde, de lunes a viernes y fines de semana, de enero a diciembre de 2006, en dos temporadas (enero-julio y septiembre-diciembre).

La intervención empleada trata de hacer a los sujetos protagonistas de su aprendizaje, parte de la creación de un clima de confianza, trata de generar experiencias de éxito personal y mejorar las habilidades sociales. Se trata de acompañar experiencias cotidianas y vivir experiencias nuevas de asomo a lo profesional, para favorecer resultados positivos.

Actividades realizadas: imagen y cuidado personal. Actividades relacionadas con el aspecto físico (maquillaje, tatuajes, peinados), con el bienestar personal y otras de habilidades manuales (realización de pulseras, broches, colgantes) se han trabajado aspectos relacionados con la imagen personal.

- *Taller de vídeo.* Partiendo de su entorno y de sus personas realizaron un corto en el que se presentaron los miembros, realizaron entrevistas en el barrio y recogieron momentos festivos del Centro.
- *Asambleas.* Reuniones de grupo en las que se favorecieron habilidades sociales y se tomaron decisiones sobre las actividades de tiempo libre del grupo.
- *Cena del euro.* Los viernes por la noche después de la asamblea, el grupo se encuentra, decide la cena, se compran los ingredientes, se cocina y se comparte el plato cocinado.
- *Ciber.* Se utiliza el aula de informática del centro como ciber.

- *Taller de prensa.* Se elabora la publicación "La Hoja de L'Abeyera" con noticias de los grupos del Centro; además de entrevistas, recetas, pasatiempos...

Resultados: la asistencia al taller se ha mantenido en un 70%, durante todo el año. En los últimos seis meses no ha habido notificaciones judiciales, se ha reducido el número de expulsiones escolares y ha aumentado la motivación de cuatro participantes respecto a cursar actividades regladas (escuela taller, módulos profesionales de mecánica y estética) al terminar la etapa secundaria obligatoria.

Conclusiones: constatamos que, cuando se ofrece a los chicos una referencia educativa estable y sienten que se confía en ellos, se abren al diálogo, se consideran capaces de emprender situaciones nuevas y de realizar esfuerzos. Esta actividad posee un efecto multiplicador, ya que, además de los diálogos individuales de los educadores con los chicos/as, las acciones en grupo favorecen el reconocimiento personal ante otros y el sentimiento de pertenencia, tan importante en los chavales de estas edades.

11. MIGRAÑA COMPLICADA: HEMIPLEJÍA AGUDA. *Romero Hombrebueno N, Benito Gutiérrez M, García Pose A, Martínez Bermejo A. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid*

Introducción: la cefalea representa el motivo de consulta neurológica más frecuente en el adolescente. En un 20% de los casos los episodios de migraña son precedidos de signos de focalidad. Esto plantea dificultades diagnósticas, especialmente cuando se trata del primer episodio.

Caso clínico: presentamos el caso de una niña de 12 años, previamente sana, que comienza con un cuadro subagudo de pérdida de fuerza del miembro superior derecho y afasia expresiva. A las pocas horas, desarrolla cefalea pulsátil frontal intensa. La exploración neurológica no revela otras alteraciones. El fondo de ojo y la tomografía computarizada cerebral fueron normales. En el electroencefalograma (EEG), focalidad de ondas lentas sobre región parietal izquierda. Recibe tratamiento analgésico intravenoso. A la hora de su llegada comienza con náuseas y vómitos, se intensifica el dolor y presenta mejoría de la sintomatología focal, con resolución completa del

déficit en 24 horas. El EEG al alta es normal. La cefalea cede a las 48 horas.

Discusión: la migraña afecta aproximadamente al 5% de la población infantil y supone un trastorno crónico que repercute en la calidad de vida de los pacientes. La migraña con aura no es frecuente y los tipos motor y disártrico-disfásico son los menos habituales. En la última Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD, 2004), además de la migraña hemipléjica familiar, se recoge el subtipo de migraña hemipléjica esporádica dentro del grupo de migraña con aura. El enfoque etiológico inicial debe plantear un posible origen cerebrovascular, metabólico, infeccioso, traumático, tumoral y epiléptico. En la mayoría de los casos, una historia clínica detallada y la exploración física sistematizada son suficientes para alcanzar un diagnóstico de exclusión.

Aunque se trata de un cuadro benigno, la vasoconstricción cerebral que origina el aura puede superar el umbral de hipoxia celular y generar un infarto isquémico, con secuelas a largo plazo.

Como vemos, las crisis de migraña pueden tomar un carácter polimorfo y abigarrado; esto genera gran angustia familiar y, en ocasiones, son necesarias pruebas de imagen para descartar organicidad. Aun así, reconocer el espectro de manifestaciones que pueden presentarse nos permitirá evitar la realización de estudios complementarios innecesarios y proponer un tratamiento efectivo de forma precoz.

12. NEUROBLASTOMA RECURRENTE EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE. *García Llorente G, Nieto Almeida B, Muriel Ramos M, Fernández Álvarez D, Prieto Matos P, Gorozarri B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca*

Objetivo: describir las manifestaciones clínicas y analíticas, así como el impacto psicológico de la patología oncológica recurrente en una paciente adolescente.

Caso clínico: se presenta un caso de neuroblastoma recidivante. Se trata de una niña de once años que acude a urgencias por sospecha de pielonefritis. Se realiza ecografía renal, evidenciándose masa tumoral dependiente de suprarrenal izquierda.

Sin antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: ITU a los 4 y 5 años.

EF: masa en hipocondrio izquierdo, puñopercusión renal positiva.

Exploraciones complementarias: hemograma: leucocitosis con neutrofilia. PCR: 25,4 mg/dL. VSG 100, catecolaminas y ácido vanilmandélico en orina: normales. Enolasa neuronal específica: 25. TAC: tumoración dependiente de suprarrenal izquierda que se extiende a hemiabdomen derecho. Gammagrafía con MIBG: depósito patológico en suprarrenal izquierda. Gammagrafía con Tc 99 m: sin depósito óseo.

Ante sospecha de neuroblastoma se realiza resección quirúrgica. El estudio histológico confirma el diagnóstico. Sin amplificación de N-myc. Cromosoma 1p normal. Durante el tratamiento quimioterápico presenta ITU de repetición, alopecia y citopenias severas. Remisión completa día + 120.

Al año y seis meses del diagnóstico aparecen metástasis supraclaviculares, que se resecan. A los tres años y dos meses del diagnóstico, presenta recaída: adenopatías retroperitoneales, con lo que se inicia I- MIBG terapéutico. Como efectos secundarios desarrolla cistitis hemorrágica, hipogonadismo hipergonadotropo (motivo por el cual se indujo la pubertad) e hipotiroidismo primario. Posteriormente se trata con ácido 13 cis-retinoico como agente de diferenciación hacia fenotipo normal.

Actualmente, la paciente tiene 21 años, está en remisión completa y en tratamiento con levotiroxina, magnesio.

Conclusiones: el neuroblastoma es un tumor cuya incidencia en la infancia oscila entre 6 y 13 casos por millón de habitantes. Es el tumor más frecuente en el primer año de vida y su incidencia va disminuyendo hasta la adolescencia. El 90% de los niños son menores de 5 años. Un 3% son mayores de 10 años. La edad es un factor pronóstico importante, mejor en menores de 1 año.

En nuestro caso clínico, la paciente recidiva en varias ocasiones, precisando diversos tratamientos, con importantes efectos secundarios para una adolescente, como la alopecia, que llegó a precisar medidas psicoterapéuticas, así como la hipoacusia, la nefrotoxicidad y el hipogonadismo. Interesa destacar la importancia de las enfermedades oncológicas en este grupo de edad, por la afectación de la calidad de vida que conllevan, tanto la enfermedad como el tipo de terapéutica agresiva que se utiliza, haciendo hincapié en el modo de tratar a estos enfer-

mos, para evitar, en la medida de lo posible, las secuelas psicológicas.

13. PATOLOGÍA BENIGNA DE LA LARINGE. A PRO- PÓSITO DE 3 CASOS. *Moreno Jiménez D, Nieto Almeida B*, Serrano MG, Toranzo FG. Servicio de ORL. Hospital Universitario Virgen de la Vega. Salamanca. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Salamanca*

Introducción: la patología benigna de la laringe, cuyo síntoma más frecuente es la disfonía, es relativamente frecuente en la adolescencia. La anatomía de la laringe se ve sometida a cambios durante la adolescencia, en los que esfuerzos vocales pueden contribuir al desarrollo de estas lesiones. El diagnóstico se realiza con una anamnesis detallada (antecedentes personales, hábitos vocales, personalidad del paciente...) y una exploración laríngea (laringoscopia directa). El tratamiento es quirúrgico con posterior rehabilitación foniatría.

Casos clínicos

Caso 1: paciente mujer de 17 años, con disfonías fluctuantes desde hace 6-7 años, que empeoran con esfuerzos vocales. Exploración: laringoscopia directa, nódulos bilaterales laríngeos. Tratamiento: microcirugía laríngea con exéresis de ambos nódulos y posterior rehabilitación foniatría.

Caso 2: paciente mujer de 16 años, que presenta disfonías de 1-2 años de evolución, que empeoran con esfuerzos vocales y, en algunas ocasiones, afonías totales. Exploración: laringoscopia directa, pólipo en la cuerda vocal derecha.

Tratamiento: microcirugía laríngea con exéresis de pólipo y posterior rehabilitación foniatría.

Caso 3: paciente mujer de 17 años, que presenta disfonías de 1 mes de evolución, tras asistir a un concierto. Exploración: laringoscopia directa, pólipo angiomatoso cuerda vocal izquierda. Tratamiento: microcirugía laríngea y exéresis de pólipo y posterior rehabilitación foniatría.

Conclusión: las disfonías asociadas a patología benigna de la laringe, durante la adolescencia, suelen estar asociadas a un abuso de la voz, sobre una laringe en proceso de maduración. Es más frecuente en mujeres que en varones.

En la disfonía, se tiene que hacer diagnóstico diferencial con la patología maligna de laringe (parálisis de cuerdas vocales, papilomatosis laríngea...). Estas lesiones no malignizan.

El tratamiento es quirúrgico y la rehabilitación foniatría posterior es fundamental para evitar la reaparición de la lesión.

14. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON ADOLESCENTES PRIVADOS DE SALUD. *Esteve Martínez M, Gutiérrez Lozano M, Herrería Sánchez C, Magnet Benito C, Somoano García O. Centro de trabajo: Unidad Escolar. Centro Materno Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias*

Objetivo: dar una respuesta educativa en el hospital y en el domicilio para garantizar la evaluación y promoción académica del alumnado con problemas de larga enfermedad, destacando la importancia terapéutica de esta medida.

Material y método: los estudios estadísticos relacionados con las estancias hospitalarias del alumnado, los recursos organizativos utilizados en el sistema escolar ordinario, junto con los de la propia unidad escolar hospitalaria, los recursos tecnológicos y la reflexión continua de la práctica diaria, nos llevan a utilizar las siguientes estrategias metodológicas para conseguir la continuidad del proceso enseñanza-aprendizaje.

- a) Atención escolar personalizada adaptada al nivel académico del alumnado y a las condiciones de salud.
- b) Atención formativa y lúdica que ayude al desarrollo afectivo, social y comunicativo del alumnado, favoreciendo la ocupación del tiempo libre y ocio.

Resultados: con la aplicación de estos programas se obtienen los siguientes resultados:

1. Se favorece la actividad frente a la pasividad provocada por la enfermedad.
2. Se continúan las tareas escolares obteniendo buenos resultados académicos.
3. Se logra la integración positiva en el centro.
4. Se consigue la promoción académica.

Conclusiones: conseguir la integración de los alumnos en su nivel de escolarización sin desfase curricular, en el momento en que se produzca el final de su hospitalización o convalecencia en el domicilio, realizando un seguimiento conjunto, con la familia, Centro Educativo y Personal Sanitario del proceso de integración.

15. SEXUALIDAD RESPONSABLE Y ADOLESCENCIA TEMPRANA. *Petrella R. Médico Especialista II en Pediatría y Puericultura. Hospital Dr. Miguel Malpica. Guacara. Profesora de la Universidad de Carabobo. Doctorando de Ciencias Médicas. U.C. Unidad de Investigación en Salud Reproductiva del Adolescente. UNISAR/ FCS/UC. Venezuela*

Resumen: la sexualidad es una expresión de la integración de los valores como el respeto, la consideración, el amor a sí mismo y al prójimo, las creencias, actitudes, actividades, prácticas, funciones y relaciones. De tal manera, la sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes de su salud y desarrollo integral e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, siendo la familia la que tiene mayor influencia en la construcción de las bases para la conducta sexual de los adolescentes. Por otro lado debemos reconocer que la sexualidad es parte natural del proceso de desarrollo humano, y que las sociedades y los países deben definir qué consideran ellos un adolescente sexualmente sano, de acuerdo a las etapas del desarrollo.

Problema y objetivo: ¿reciben los adolescentes en etapa temprana una adecuada orientación integradora sobre salud sexual? ¿asume la familia el compromiso o la convicción de educar en sexualidad al adolescente en edad temprana? ¿en una sociedad cada vez más compleja, difícil, cómo es vista la educación sexual por el adolescente en etapa temprana? Por lo antes expuesto, la presente investigación fue realizada con el objeto de promover la educación sexual, resaltando la sexualidad en el grupo de los/las adolescentes en etapa temprana (10 a 13 años según la Organización Mundial de la Salud), favoreciendo el derecho para reconocerse en toda su complejidad y accionar así en su defensa.

Material y método: paradigma cualitativo. La matriz epistémica: fenomenológica. El enfoque de la investigación es la crítica dialéctica, cuyo fundamento está basado en la Teoría Crítica de Habermas. El método utilizado es la Investigación Acción Participante (IAP) con cinco fases: diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y resultados.

Conclusión: "existe una gran falta de conocimiento a nivel de la adolescencia temprana sobre salud sexual y sexualidad, que dificultan una adecuada formación en el

crecimiento y desarrollo de ellos, conllevando repercusiones implícitamente como lo es un inadecuado proyecto de vida, embarazo no deseado o no planificado, infecciones de transmisión sexual, deserción escolar, entre otros riesgos". Resultando a tal efecto el planteamiento de recibir más conocimientos sobre salud sexual y sexualidad en las escuelas, la familia, en la sociedad, entre otros.

Recomendaciones: debemos crear estrategias para implementar, a nivel del sistema educativo y comunitario, conocimientos sobre salud sexual y sexualidad, como un valor legítimo que nos permita un desarrollo y crecimiento integral, holístico y así poder realizar un proyecto de vida adecuado en la adolescencia temprana, incluyendo quizás la figura del Adolescente Líder Sexual Comunitario.

16. SITUACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE MANLLEU, BARCELONA. *Rifà Pujol MA, Coromina Pou E. Pediatra ABS Tona, Enfermera Pediátrica ABS Manlleu. Barcelona*

El estudio que se presenta a continuación es un apartado de los nueve que incluye la investigación ¿cómo estáis adolescentes de Manlleu?, realizado por un equipo de Pediatría del Centro de Atención Primaria de Manlleu (Barcelona), subvencionado por el Ayuntamiento de Manlleu y el Instituto Catalán de la Salud.

Objetivos: analizar la situación de salud acerca de la sexualidad de la población adolescente escolarizada en este municipio, para: Identificar comportamientos, hábitos y conocimientos respecto a su sexualidad; relacionarlos con su entorno familiar y social; reconocer la población en situación de riesgo; orientar estrategias para promover cambios en los estilos de vida de los adolescentes de riesgo y fomentar la educación para la salud como medida de actuación preventiva en la adolescencia.

Material y métodos: la población estudiada la constituyen 805 alumnos de 3^{er} y 4^o de educación secundaria obligatoria (ESO) y 1^o y 2^o de Bachillerato (Bach) de los tres centros educativos, escolarizados en el 2003. Es un estudio descriptivo, de tipo transversal, se utilizó un cuestionario validado, anónimo y autoadministrado. Se entregaron 778 cuestionarios (alumnos presentes); 666 (86%) debidamente cumplimentados; 334 (50,3%) son chicos y 332 (49,7%) son chicas.

Variables independientes: sexo, curso y origen: Marruecos 8% (43), el resto del Estado Español. Variables dependientes: datos personales, familia, escuela, salud, problemas personales, consumo de drogas, seguridad vial, sexualidad y alimentación. Variables determinantes (protectoras de conductas de riesgo): la buena relación con la familia y los profesores, el buen rendimiento académico, un alto grado de religiosidad, gustar ir a la escuela y realizar ejercicio físico voluntario, fuera de la escuela. El cuestionario fue registrado en una base de datos ACCESS y, posteriormente, transformado al programa estadístico SPSS, a través del cual se realizó el análisis.

Resultados: el 16% de los chicos y el 14% de las chicas han tenido relaciones sexuales coitales. La edad media de la primera relación sexual coital es de $15,4 \pm 1,2$ años en las chicas y de $14,8 \pm 2,1$ en los chicos. El 23% de los jóvenes han tenido más de una pareja sexual en el último año. La actividad sexual es más alta en las chicas y aumenta con la edad. El 86% utilizan preservativo, el 9%, coito interrumpido y el 5% no utilizan ningún método, razón principal: "no haber pensado en ello". El 34% de las chicas y el 27% de los chicos, en alguna ocasión o a menudo, no han utilizado ningún método contraceptivo, sobre todo los más jóvenes. La píldora postcoital la han utilizado una vez el 13,4% de las jóvenes y más de una vez el 4,1%. El 54,6% no han tenido relaciones sexuales por que no se ha presentado la ocasión o no han encontrado la persona adecuada; el 28% prefieren esperar a ser más mayor.

Conclusiones: la población estudiada en el conjunto de variables dependientes tiene un perfil saludable con ciertos matices, debido a la presencia de factores de riesgo relacionados con la conducta sexual como: edad de la primera relación, número de parejas sexuales coitales, actividad sexual coital, poca protección en el uso de medidas de evitación del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Con el fin de influir en el cambio de comportamientos y hábitos poco saludables en relación a su sexualidad, tendríamos que: reforzar las conductas positivas en lugar de sancionar las negativas; incentivar la educación para la salud en la escuela ("*Programa Salut i Escola*"); incentivar el diálogo entre padres e hijos en temas de sexualidad; implicar a las instituciones sanitarias sociales y municipales para que actúen con convicción ante las necesidades de nuestros jóvenes.

17. VALORACIÓN DEL NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD, ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SANTANDER. *Redondo Figuera C, De-Rufino Rivas PM, Viadero Ubierna MT, Amigo Lanza T, González-Lamuño Leguina D, García Fuentes M. Área de Pediatría. Dpto. Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Cantabria*

Objetivo: valorar el nivel nutricional de los adolescentes, de ambos sexos, de 10 a 14 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander.

Método: se realizó un estudio transversal, analizando una muestra de 1.365 adolescentes: 678 varones (49,7%) y 687 mujeres (50,3%), de edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, escolarizados en catorce centros de enseñanza primaria y secundaria de Santander. Para la recogida de datos se empleó el cuestionario Krece Plus (estudio enKid), que permite clasificar a los adolescentes en tres categorías: test 9: nivel nutricional alto o riesgo nutricional bajo; test 6-8: nivel nutricional medio y test 5: nivel nutricional bajo o riesgo nutricional alto.

Resultados: un total de 432 (34,6%) adolescentes fueron clasificados con un nivel nutricional bajo, 661 (48,4%), con un nivel medio y 232 (17,0%), con un nivel nutricional elevado. La distribución según el sexo permite observar cómo las mujeres presentan un nivel nutricional alto más elevado (19,6%) que los varones (14,3%). Por otro lado, se constata cómo los adolescentes santanderinos presentan un peor nivel nutricional (34% con nivel nutricional bajo) que sus coetáneos en el ámbito nacional (22,7% con un nivel nutricional bajo) ($p = 0,00000002$).

Conclusión: los datos obtenidos ponen de manifiesto una situación muy preocupante. El elevado porcentaje de adolescentes que presentan un riesgo nutricional elevado hace necesario que se refuercen o se ideen nuevos programas de educación nutricional que puedan ser desarrollados en diferentes ámbitos: escolar, familiar, etc.

18. "YO TENGO, YO SOY, YO ESTOY, YO PUEDO". *Neira M, Higuera P, Rosón M, Rodríguez LM. Hospital de León*

Objetivo: intentar una somera valoración de la situación personal de un grupo de adolescentes que viven en

una pequeña ciudad de Guatemala, preguntándoles sobre su estado de salud, familiar, económico, educación sexual, "miedos" y "visión de futuro"; enfrentando sus respuestas a las emitidas por un grupo similar de adolescentes españoles tras pasar la misma encuesta.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal; con dos grupos de adolescentes: rango de edad entre 13-18 años, uno de los cuales vive en un país desarrollado (muestra E – España–) y otro en vías de desarrollo (muestra G –Guatemala–), tamaño muestral (muestra E: n=30 y muestra G: n=30), distribución por sexo, selección aleatoria, en el ambiente de un aula escolar y durante el tiempo de tutoría, responden de forma directa y anónima a una misma encuesta que incluye una serie de preguntas sobre los aspectos recogidos anteriormente en el objetivo.

Resultados: las mayores diferencias sanitarias se reflejaron en el crecimiento, patologías detectadas en exploraciones rutinarias de pacientes "asintomáticos" (hasta el 80% en G: parasitosis, caries, raquitismo...), demanda sanitaria (un 33% en G frente a un 60% en E que han ingresado en alguna ocasión) y gasto farmacéutico, coincidiendo los motivos de consulta más frecuentes (abdominalgias y cefaleas). A nivel familiar, la diferencia más importante es la falta de la figura paterna (el 100% en la muestra E refieren convivir con sus dos padres, frente a un 30% en G que refieren vivir sólo con la madre) y el número de hermanos en el núcleo familiar (en E el 50% tienen un único hermano, frente a G, en que el 80% tiene tres ó más). En el aspecto económico difieren en la percepción del principal gasto familiar (el 70% en E: "vivienda", el 80% en G: "alimentación"), condiciones higiénicas de la vivienda (en G: un 25% no cuentan con sanitario en la vivienda y sólo un 15% tienen agua caliente), gasto en vestido, viajes y regalos en días "especiales"; además de la independencia económica de la madre como trabajadora remunerada (20% en G y un 75% en E). La formación sexual resultó difícil de valorar en los grupos (no se expresan libremente ante un desconocido). Los "miedos" que refieren son distintos tanto en la causa (mayor violencia física incluso familiar, hasta en un 75% en G recuerdan cómo la última vez que lloraron fue por una agresión física por parte de un familiar y en la proximidad a las armas, en G el 100% dicen que han oído algún disparo en su entorno), como en la forma de expresión. La "visión de futuro" fue similar en ambos grupos (les gustaría formar su pro-

pia familia en el 100% de la muestra E y en el 98% de la G, entre otras respuestas), exceptuando la ambición por bienes materiales y su cuantía (mayor ambición en G pero de bienes de menor valor económico que los esperados por E).

Comentarios: si pensamos en el concepto de “familia como unidad básica de salud” se entiende que la salud en los adolescentes de países en vías de desarrollo sea deficitaria. Siendo la adolescencia una de las etapas más vulnerable ante grupos de manipulación psicológica (“maras”) favorecidos por la frecuente desestructuración familiar, se justifica la gran adherencia a ellos en estos países. El maltrato en el adolescente (físico, psíquico o por omisión) favorece la aparición de trastornos de conducta, drogodependencias,

embarazos no deseados, trastornos en el ánimo e intentos de suicidio e incluso menos desarrollo del cociente intelectual. Ellos no pueden escapar a su entorno, preguntándose: ¿por qué tengo que sufrir tanto? (intelectualizan) y, ¿cómo voy a ser feliz pese a ello? (sueñan). Así, en nuestro grupo de estudio se refleja, principalmente en su visión de futuro, el hecho de que, en las peores condiciones de riesgo, sobreviven con menor daño del esperado y algunos incluso con la impresión de no haber sufrido ningún daño; recordando así el concepto de “resiliencia” como capacidad universal, que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad y, a partir de ella, poder fortalecer la vida de las personas.