

# XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Oviedo, 23 y 24 de marzo 2007

## PÓSTERS

### ADOLESCENTES CON RIESGO DE MUERTE SÚBITA. FORMAS DE AFRONTAR EL TRATAMIENTO

A.P. Nso Roca, A. Barrios Tascón y L. García Guereta  
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 dos adolescentes portadores de DAI, por ser representativos de las distintas formas de afrontar esta terapia en este grupo de edad. El primer caso es un varón de 14 años portador de DAI por parada cardiorrespiratoria secundaria a miocardiopatía hipertrófica y con múltiples reacciones psicósomáticas tras la implantación del tratamiento. El segundo es una adolescente de 14 años con DAI por arritmias secundarias 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.

### ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. EXPERIENCIA EN 3.º DE ESO

A. Bautista Torá  
Granada.

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 su 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 llevan también a una práctica indiscriminada de su sexualidad.

En los últimos años he llevado a cabo en diferentes institutos y con alumnos de 3.º de Educación Secundaria Obligatoria (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 y su desarrollo sexual y afectivo con responsabilidad. Hoy vivimos una realidad social diversa y muchos jóvenes adolescentes con síndrome de Down cursan también estudios de ESO en aulas ordinarias de Institutos de Educación Secundaria (IES).

**Objeto:** ¿Cómo se puede intervenir en la educación del desarrollo personal y sexual de los adolescentes con síndrome de Down? ¿Cómo ayudar a construir cimientos de actitudes sexuales sanas? ¿Cómo equilibrar tanto la necesidad de protegerlos como la de apoyar su derecho a tomar decisiones?

En tres de esos institutos en los que he impartido ese programa de formación en cursos de 3.º 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.

Posibles deducciones desde la experiencia: al finalizar el proceso, algunos alumnos con síndrome de Down han hecho también preguntas y observaciones que he respondido de forma individual. Por ejemplo: “¿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 este síndrome?”

Estas preguntas, y otras, han favorecido reconocer que:

– La falta de información sobre estos temas puede dificultar descubrir su identidad y relacionarse con los demás de manera consciente 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.

**AUTOESTIMA Y ADOLESCENCIA TEMPRANA**

R. Petrella

Venezuela.

La autoestima está considerada uno de los valores más preciados en la etapa de la adolescencia temprana y constituye un aspecto indiscutiblemente básico para el desarrollo posterior del individuo. Por esta razón es necesario plantear la urgente necesidad de que el adolescente se sienta apoyado por sus allegados (padres, hermanos, escuela, amigos, familia) con el fin de poder lograr un desarrollo armónico de acuerdo con el momento socio-histórico y cultural que está viviendo.

En conjunto, el/la adolescente en edad temprana y el investigador, a través del diálogo constructivo, llegaron a la conclusión diagnóstica de que se deben afianzar los conocimientos sobre valores, por sus escasos conocimientos sobre los mismos sin discriminación de sexo, etc. Este proceso se llevó a cabo a través de la Investigación Acción Participante (IAP), la cual permitió la realización de talleres vivenciales y dinámicas en grupo sobre educación en valores, promoviéndose las relaciones interpersonales, creatividad, participación, motivación y conocimientos sobre valores. Concluyéndose que existe una desinformación sobre valores que dificultan su internalización y puesta en práctica, por lo que debemos diseñar estrategias que permitan la concienciación de la *autoestima* como valor y afianzarla en el desarrollo de la adolescencia como parte de su vida.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MENOR DE EDAD.  
200 ENCUESTAS SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS MÉDICOS**

M. Sánchez Jacob, C. Martínez González y I. Riaño Galán

Valladolid. Oviedo.

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 siente incómodo al tratar de mantener la confidencialidad en materia sanitaria, pues le plantea problemas morales. El 55% desconoce la doctrina del menor maduro. Sólo el 39% piensa que la capacidad de decisión del menor debe ser valorada por el médico del paciente. El 5% no prescribe la píldora poscoital 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.

**DECÁLOGO DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

L. Rodríguez Molinero y M. Garrido

Valladolid.

La educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro sistema educativo y sanitario. En muchas ocasiones los clínicos nos vemos agobiados al no saber cómo enfocar los problemas diarios relacionados con la sexualidad del adolescente. La conducta sexual está sometida a pautas o normas que tienen como fin facilitar la realización del adolescente como persona sexuada.

Se ha consultado tanto a la bibliografía como a profesionales de la salud, de la psicología de la sexualidad y de la educación. Finalmente, los contenidos redactados y abreviados se han sometido a la comprensión de los alumnos en dos Institutos de Enseñanza Secundaria mixtos de 800 y 350 alumnos, respectivamente. Se presentan las conclusiones finales: 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) Tiene el derecho y el deber de informarse para poder vivir bien la dimensión afectiva y resolver mejor sus problemas sexuales. Debe escuchar y leer pensando que muchas cosas son relativas y pocas veces existen verdades absolutas. 4) Debe hablar con sus padres, hermanos, amigos, chicos o chicas, eso le puede ayudar a resolver dudas y sentirse comprendido y apoyado. 5) No debe perder las buenas maneras ni las formas sociales que le faciliten expresar tus sentimientos, deseos y opiniones. Es bueno que sepa elogiar y decir cosas agradables a los demás. 6) Debe tomar sus propias decisiones sin dejarse presionar por los demás, aunque es bueno que tenga en cuenta las opiniones de las personas que le quieren. 7) Tiene que ser tolerante con los demás y consigo mismo, y no sentirse culpable de sus deseos o de las cosas que le pasan y tomárselo como algo positivo. 8) Aceptar 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) Asumir la responsabilidad de evitar las prácticas sexuales de riesgo y de compartir las consecuencias. Planificar de manera segura y responsable su actividad sexual, compartir con el otro esta responsabilidad y resolver juntos los problemas. 10) Pedir ayuda cuando se vea en apuros o no sepa resolver sus conflictos.

Si se tienen en cuenta estas indicaciones, el adolescente podrá tener una vida sexual enriquecedora que le hará disfrutar de la vida y del placer, del afecto y el amor con los demás.

## DESARROLLO DE PRODUCTOS COMUNICACIONALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA

M.M. Bermúdez González y B.L. Castro Pacheco

Cuba.

Cuba ha elaborado programas con acciones intersectoriales sobre aspectos relacionados con la salud integral en la adolescencia.

Expertos confirman la necesidad de fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), a los decisores, profesionales de la salud, familias y a los propios adolescentes, con materiales educativos que contribuyan a mejorar el desempeño y perfeccionar el trabajo con este grupo poblacional, así como para la adopción de comportamientos saludables. Se realizó estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes, madres y padres, mediante técnicas cualitativas.

Los objetivos: 1) Identificar criterios, percepciones y conocimientos relacionados con la salud integral en adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, Salud Bucal y Comunicación como principales problemas identificados en estudios anteriores. 2) Desarrollar productos comunicacionales como parte de la Estrategia de Comunicación Social en Salud Integral para Adolescentes.

Se efectuaron 120 grupos focales en zonas urbanas de las 14 provincias del país, para un total de 600 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y 120 entrevistas semi-estructuradas a madres y padres de adolescentes.

Los resultados evidenciaron pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, baja percepción de riesgo ante los embarazos, ante enfermedades bucales como caries, periodontopatías y maloclusiones en esa etapa, demanda de información sobre esos temas, el alto valor conferido a la comunicación con sus familiares. La participación con adolescentes, madres y padres en el proceso constituyó una intervención educativa. Se desarrollaron materiales educativos.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y LYONIZACIÓN DE CROMOSOMA X EN PACIENTE ADOLESCENTE PORTADORA DE HEMOFILIA A

B. Nieto Almeida, D. Fernández Álvarez, M. Muriel Ramos, G. García Llorente, E. De Goicoechea y T. Alberca Silva

Salamanca.

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 6 meses o mayores de 6 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 mujer de 16 años de edad que consulta por fiebre elevada de 7 días de evolución que no mejora pese a tratamiento antibiótico, adenopatías cervicales, exantema polimorfo e hiperemia conjuntival. Tras numerosas consultas en Servicio de Urgencias y numerosas exploraciones complementarias cumple criterios de enfermedad de Kawasaki. No presenta alteraciones cardíacas. Tras la administración de gammaglobulina 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.

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PERFIL INGESTIVO SALINO EN LA FIBROSIS QUÍSTICA

J.J. Díaz Martín, S. Campuzano Martín, C. Bousoño García, C. Perillán Méndez y S. Málaga Guerrero

Oviedo.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) no ha sido considerada hasta la fecha un problema en el seguimiento de los pacientes con fibrosis quística de páncreas (FQ). Estudios clásicos han observado valores de presión arterial (PA) más bajos que en controles de igual edad y sexo, existiendo la posibilidad de que el gen *FQ* confiera cierta protección frente a la HTA. Las excesivas pérdidas de sodio producidas en pacientes FQ condicionan con frecuencia deshidrataciones hiponatrémicas en edades precoces que pudieran repercutir en su sensibilidad gustativa a la sal.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de HTA y el perfil ingestivo salino en pacientes con FQ.

**Métodos:** Estudio transversal analítico, con grupo control, de ámbito autonómico. Grupo índice: 20 sujetos (mediana de edad de 15,82 años) con diagnóstico de certeza de FQ. Grupo control: 73 sujetos sanos (mediana de edad de 17,53 años), seleccionados al azar entre los 100 individuos que completaron el seguimiento longitudinal del estudio RICARDIN. Realización en ambos grupos de estudio de examen físico, medición de PA (dos determinaciones separadas 15 min) y test específicos para determinar el perfil ingestivo salino: sensibilidad, consistencia, preferencia y tolerancia.

**Resultados:** Los valores de PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) fueron significativamente menores en el grupo FQ. PAS: 105,98 ± 9,90 mmHg frente a 111,94 ± 10,71 mmHg, p: 0,016. PAD: 65,73 ± 12,86 mmHg frente a 70,05 ± 8,11 mmHg, p: 0,024. Cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla de los participantes, las diferencias no mantuvieron significación estadística. Mientras que en el grupo control se observó una co-

relación negativa estadísticamente significativa entre la PAS y la sensibilidad gustativa a la sal ( $r: -0,341$ ;  $p = 0,003$ ), en el grupo de pacientes FQ dicha relación no pudo ser confirmada ( $r: -0,115$ ;  $p = 0,6$ ). No se demostró relación entre la sensibilidad gustativa a la sal y la PAD en ninguno de los dos grupos. Los valores de sensibilidad y preferencia gustativa a la sal no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo los valores de consistencia y tolerancia gustativa a la sal fueron significativamente mayores en el grupo FQ. Cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla no mantuvieron dicha significación.

**Conclusiones:** Los valores de PA en los pacientes FQ son equivalentes a los de la población normal cuando se ajustan sus diferencias por los posibles factores de confusión. La HTA no constituye en la actualidad un problema importante en la FQ. No existe correlación entre los valores de PA y la sensibilidad gustativa a la sal en los pacientes con FQ. Los valores de estudio del perfil ingestivo salino de los pacientes FQ son equivalentes al resto de la población cuando se ajustan sus diferencias por los posibles factores de confusión.

*Financiado parcialmente por Beca del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0401).*

#### IMAGEN CORPORAL, HÁBITOS NOCIVOS Y BULLYING ENTRE ADOLESCENTES. COMPARACIÓN ENTRE UN ENTORNO SEMIRURAL Y UN ENTORNO URBANO

J. Rodríguez García, C.A. Díaz Vázquez, L. González Guerra, B. Domínguez Aurrecochea, R. Labra Álvarez, P. Martínez Fernández y M. Fernández Fernández

Aller. Oviedo (Asturias).

**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 autocomplimentada. 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. Complimentaron 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 resultado 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 (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% bebe 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% consume bebidas de baja graduación (NS) y el 80,4% de alta (NS). El 69,4% ha participado en un botellón alguna vez (NS) y el 48,6% lo sigue haciendo (NS). El 64,7% ha 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% declara 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* (\* $p, 0,001$ ). Sólo 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 las diferencias entre los entornos semirural y urbano.

#### "KLAN-DESTINO". ALTERNATIVAS DE TIEMPO LIBRE PARA ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

P. Hernández Sánchez y Equipo Alfalar

Oviedo.

El trabajo ha tenido por objeto ofrecer alternativas de tiempo libre para chicos y chicas de un barrio de una ciudad del norte de España, favoreciendo el sentido de grupo (Klan) y buscando despertar motivaciones hacia lo profesional (Destino). 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 daban situaciones de absentismo y 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 las instalaciones de 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 y trata de generar experiencias de éxito personal y

mejora de las habilidades sociales. Se trata de acompañar experiencias cotidianas y vivir juntos experiencias nuevas, de asomo a lo profesional en un entorno familiar, para favorecer resultados positivos.

**Actividades realizadas:** – Imagen y cuidado personal. A través de 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 su persona realizaron un corto en el que se presentaron los miembros, realizaron entrevistas en el barrio y recogieron distintos momentos festivos del Centro. – Asamblea. Reuniones de grupo en las que a través de dinámicas 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 juntos. – Ciber. Se utiliza el aula de informática del Centro como ciber. – Taller de prensa. Se elabora la publicación *La Hoja* con noticias de los grupos del centro; además de entrevistas, recetas, pasatiempos, etc. 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 secundaria. Nos parece necesario experimentar otro año y afianzar el programa para poder ofrecer más resultados.

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.

#### MIGRAÑA COMPLICADA: HEMIPLEJIA AGUDA

N. Romero Hombrebueno, M. Benito Gutiérrez,  
A. García Pose y A. Martínez Bermejo

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 de 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 nor-

males. 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 h. El EEG al alta es normal. La cefalea cede a las 48 h.

**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. Aún 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.

#### NEUROBLASTOMA RECURRENTE EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE

G. García Llorente, B. Nieto Almeida, M. Muriel Ramos,  
D. Fernández Álvarez, P. Prieto Matos y B. Gorozarri

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 11 años que acude a urgencias por sospecha de pielonefritis. Se realiza ecografía renal evidenciándose masa tumoral dependiente de suprarrenal izquierda.

No hay 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 mm, catelocaminas y ácido vanilmandélico en orina: normal. Enolasa neuronal específica: 25. TC: tumoración dependiente de suprarrenal izquierda que se extiende a hemiabdomen derecho. Gammagrafía con MIBG: depósito patológico en suprarrenal izquierda. Gammagrafía con <sup>99m</sup>Tc: no depósito óseo.

Ante la sospecha de neuroblastoma se realiza resección quirúrgica. El estudio histológico confirma el diagnóstico. No 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-retinóico 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 enfermos para evitar, en la medida de lo posible, las secuelas psicológicas.

### PATOLOGÍA BENIGNA DE LA LARINGE. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

D. Moreno Jiménez, B. Nieto Almeida,  
M.G. Serrano y F.G. Toranzo

Salamanca.

**Introducción:** La patología benigna de la laringe, cuyo síntoma más frecuente es la disfonía, es relativamente frecuente durante 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, etc.) 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 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, polipo 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, etc.). Estas lesiones no malignizan.

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

### PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON ADOLESCENTES PRIVADOS DE SALUD

M. Esteve Martínez, M. Gutiérrez Lozano, C. Herrería Sánchez,  
C. Magnet Benito y O. Somoano García

Oviedo.

**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. 1) Atención escolar personalizada adaptada al nivel académico del alumnado y a las condiciones de salud. 2) 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.

### SEXUALIDAD RESPONSABLE Y ADOLESCENCIA TEMPRANA

R. Petrella

Venezuela.

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 sexualidad, sexo, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. La sexualidad se construye a través de interacción entre el individuo y las estructuras sociales, y es la familia la que tiene mayor influencia en la construcción de las bases para la conducta sexual de 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 lo que consideran ellos un adolescente sexualmente sano, de acuerdo a las etapas del desarrollo y plantear alternativa sustentable a la sociedad y adolescente para poder lograr un desarrollo armónico de acuerdo al momento socio-histórico y cultural en que esta viviendo y así disminuir todos los riesgos que conlleva una sexualidad no responsable como un embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

En conjunto, el/la adolescente en edad temprana y el investigador, a través del dialogo constructivo, llegaron a la conclusión diagnóstica de que se deben afianzar los conocimientos sobre salud sexual, por sus escasos conocimientos sobre los mismos sin discriminación de géneros, sexo, etc. Este proceso se llevó a cabo a través de la Investigación Acción Participante (IAP), la cual permitió la realización de talleres vivenciales y dinámicas en grupo sobre educación sexual, en las que se promovieron las relaciones interpersonales, la creatividad, la participación, la motivación y los conocimientos sobre sexualidad. Se llegó a la conclusión de que existe una desinformación sobre sexualidad que dificultan su internalización y puesta en práctica, por lo que debemos diseñar estrategias que permitan la concienciación de la sexualidad como valor y afianzarla en el desarrollo de la adolescencia temprana como parte de su vida.

#### SEXUALIDAD, SALUD PERCIBIDA Y USO DE LA SANIDAD ENTRE ADOLESCENTES.

##### COMPARATIVA: ENTORNO SEMIRRURAL-ENTORNO URBANO

J. Rodríguez García, C.A. Díaz Vázquez, L. González Guerra,  
B. Domínguez Aurrecochea, R. Labra Álvarez,  
P. Martínez Fernández y M. Fernández Fernández

Aller. Oviedo (Asturias).

**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: estado de salud; uso del sistema sanitario; sexualidad; y sida. 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 muje-

res). 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 resultado 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:** –*Estado de salud.* Se consideran sanos el 77,4% (NS), el 1,7% se define como enfermo (NS) y el 20,9% indica que depende del momento. Sólo 2 enfermedades fueron citadas por más de un encuestado: asma 9,8% (NS) y alergia 2,4% (NS). El 87,9% afirma estar bien vacunado (NS), el 2,3% que está mal vacunado (NS) y el 9,8% restante dice desconocer su estado vacunal (NS). –*Uso del sistema sanitario.* El 13,3% había acudido a la consulta del Centro de Salud en los 7 días previos. El 48,8% de los adolescentes-SR había acudido en el mes anterior frente al 28,7% de los adolescentes-U (\*p 0,01). El 10,4% afirma no haber acudido a su centro de salud desde hace más de un año (NS). Los principales consultores ante dudas en temas de salud son los padres (58,8% para los adolescentes-SR y 98% para los adolescentes-U (\*p 0,000) y el médico-enfermera (73,8 y 67,8%, respectivamente, NS). –*Sexualidad.* El 17,4% manifiesta tener dudas en el campo de la sexualidad (NS), siendo su principales fuentes de información sus amigos (82,7%), sus padres (50,3%), profesionales sanitarios (17,9%), otros familiares (15,6%) y los profesores (2,3%). A través de una pregunta abierta, consignaron 12 métodos anticonceptivos diferentes, con una media de 2,9 métodos por encuestado. El 93% citó el preservativo, el 68,8% la píldora y el 39,3% el DIU. –*Sida.* A 5 preguntas relacionadas con el sida respondieron correctamente: el 95,3% (es una enfermedad contagiosa: verdadero); el 100% (sólo afecta a adultos: falso); el 99,4% (sólo afecta a quienes se drogan: falso); el 95,4% (es fácil de curar: falso) y el 82,5% (sólo afecta a quienes tienen relaciones sexuales: falso). No hubo diferencias entre los subgrupos SR y U.

**Conclusiones:** 1) Mínimo sentimiento de “persona enferma”. 2) La mayor parte han acudido al centro de salud en el último mes. 3) Elevados conocimientos sobre el sida y en tipos de métodos anticonceptivos. 4) Globalmente se constatan pocas las diferencias entre los entornos semirural y urbano.

#### SITUACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE MANLLEU. BARCELONA

M.A. Rifá Pujol y E. Coromina Pou

Barcelona.

El estudio que se presenta a continuación es un apartado de los nueve que incluye la investigación *¿Como 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 municipi-

pio 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; 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 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y 1º y 2º 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 utiliza 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 poscoital 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% prefiere 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 Salud 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.

## VALORACIÓN DEL NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD, ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SANTANDER

C. Redondo Figuero, P.M. De-Rufino Rivas, M.T. Viadero Ubierna, T. Amigo Lanza, D. González-Lamuño Leguina y M. García Fuentes

Santander.

**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  $\geq 9$ : nivel nutricional alto o riesgo nutricional bajo; test 6-8: nivel nutricional medio, y test  $\leq 5$ : 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.

### "YO TENGO, YO SOY, YO ESTOY, YO PUEDO"

M. Neira, P. Higuera, M. Rosón y L.M. Rodríguez

España. Guatemala.

**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: 13-18 años, uno de los cuales vive en un país desarrollado (**E**: España) y otro en vías de desarrollo (**G**: Guatemala), tamaño muestral (**E**:  $n = 30$  y **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, etc.), 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 frecuente (abdominalgias y cefaleas). Familia: la diferencia más importante es la falta de la figura paterna (el 100% en la muestra **E** refiere convivir con sus dos padres, frente a un 30% en **G** que refiere vivir sólo con la madre) y el número de hermanos en el núcleo familiar (en **E** el 50% tiene un único hermano, frente a **G** en que el 80% tiene tres ó más). 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**). Formación sexual: resultó difícil de valorar en los grupos (no se expresan libremente ante un desconocido). Miedos: 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% dice que ha oído algún disparo en su entorno), como en la forma de expresión. Visión de futuro: fue similar en ambos gru-

pos (les gustaría formar su propia 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: ¿porqué 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.

## COMUNICACIONES

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PERFIL INGESTIVO SALINO EN LA FIBROSIS QUÍSTICA

J.J. Díaz Martín<sup>1</sup>, S. Campuzano Martín<sup>1</sup>, C. Bousoño García<sup>1</sup>,  
C. Perillán Mendez<sup>2</sup> y S. Málaga Guerrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Universidad de Oviedo.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) no ha sido considerada hasta la fecha un problema en el seguimiento de los pacientes con fibrosis quística de páncreas (FQ). Estudios clásicos han observado valores de presión arterial más bajos que en controles de igual edad y sexo, existiendo la posibilidad de que el gen *FQ* confiera cierta protección frente a la HTA. Las excesivas pérdidas de sodio producidas en pacientes con FQ condicionan con frecuencia deshidrataciones hiponatrémicas en edades precoces que pudieran repercutir en su sensibilidad gustativa a la sal.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de HTA y el perfil ingestivo salino en pacientes con FQ.

**Métodos:** Estudio transversal analítico, con grupo control, de ámbito autonómico. Grupo índice: 20 sujetos (mediana de edad de 15,82 años) con diagnóstico de certeza de FQ. Grupo control: 73 sujetos sanos (mediana de edad de 17,53 años), seleccionados al azar entre los 100 individuos que completaron el seguimiento longitudinal del estudio RICARDIN. Realización en ambos grupos de estudio de examen físico, medición de presión arterial (dos determinaciones separadas 15 min) y test específicos para determinar el perfil ingestivo salino: sensibilidad, consistencia, preferencia y tolerancia.

**Resultados:** Los valores de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) fueron significativamente menores en el grupo FQ. PAS: 105,98 ± 9,90 mmHg frente a 111,94 ± 10,71 mmHg, p: 0,016. PAD: 65,73 ± 12,86 mmHg frente a 70,05 ± 8,11 mmHg, p: 0,024. Cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla de los participantes, las diferencias no mantuvieron significación estadística. Mientras que en el grupo control se observó una correlación negativa estadísticamente significativa entre la PAS y la sensibilidad gustativa a la sal (r: -0,341; p = 0,003), en el grupo de pacientes FQ dicha relación no pudo ser confirmada (r: -0,115; p = 0,6). No se demostró relación en-

tre la sensibilidad gustativa a la sal y la PAD en ninguno de los dos grupos. Los valores de sensibilidad y preferencia gustativa a la sal no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo los valores de consistencia y tolerancia gustativa a la sal fueron significativamente mayores en el grupo FQ; cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla no mantuvieron dicha significación.

**Conclusiones:** Los valores de presión arterial en los pacientes FQ son equivalentes a los de la población normal cuando se ajustan sus diferencias por los posibles factores de confusión. La HTA no constituye en la actualidad un problema importante en la FQ. No existe correlación entre los valores de presión arterial y la sensibilidad gustativa a la sal en los pacientes con FQ. Los valores de estudio del perfil ingestivo salino de los pacientes FQ son equivalentes al resto de la población cuando se ajustan sus diferencias por los posibles factores de confusión.

*Financiado parcialmente por Beca del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0401).*

### EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO EN ADOLESCENTES DE OVIEDO (1992-2006)

J.J. Díaz Martín<sup>1</sup>, L. Somalo Hernández<sup>2</sup>, M. García González<sup>2</sup>,  
I. Riaño Galán<sup>1</sup> y S. Málaga Guerrero

Servicio de Pediatría. <sup>1</sup>Hospital San Agustín de Avilés.  
<sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias.

**Fundamento:** La prevalencia de obesidad y sobrepeso están aumentando en las últimas décadas en el mundo desarrollado en adultos y niños. El objetivo del presente estudio ha sido conocer la evolución de dicha prevalencia en adolescentes de Oviedo en los últimos 14 años.

**Población y métodos:** Se desarrollaron dos estudios transversales en 1992 y entre noviembre de 2004 y diciembre de 2006, ambos en los mismos 5 colegios de Oviedo en niños de ambos sexos de edades comprendidas entre 12 y 19 años. Obesidad: valores de índice de masa corporal (IMC) ≥ al percentil 95 de los puntos de corte de la International Obesity Task Force (IOTF). Sobrepeso: IMC ≥ P<sub>85</sub> y < P<sub>95</sub> de la IOTF.

**Resultados:** Se estudiaron 674 alumnos en 1992 y 769 entre 2004 y 2006. Se observó un aumento no significativo en la prevalencia de obesidad (4,8% frente a 4,2%) y de sobrepeso más obesidad (26,1% frente a 25,7%) en la cohorte de 2004-2006. Al estratificar por sexo, mientras que la prevalencia de obesidad se multiplicó por 4 en niñas, de 0,9% en 1992 a 3,7% en 2004-2006 ( $p = 0,017$ ), en niños se observó un descenso no significativo (5,9% frente a 7,2%). No se observaron diferencias significativas en los valores de IMC entre los dos períodos de estudio para ninguno de los dos sexos.

**Conclusión:** La prevalencia de obesidad está aumentando significativamente en adolescentes de sexo femenino de Oviedo, en contraste con lo que ocurre en varones. Sería deseable conocer las diferencias existentes en estilos de vida y hábitos alimenticios entre sexos en este grupo de edad para aplicar medidas preventivas adecuadas.

#### SEXUALIDAD, SALUD PERCIBIDA Y USO DE LA SANIDAD ENTRE ADOLESCENTES. COMPARATIVA ENTORNO SEMIRRURAL-ENTORNO URBANO

J. Rodríguez García<sup>1</sup>, C.A. Díaz Vázquez<sup>1</sup>, L. González Guerra<sup>2</sup>, B. Domínguez Aurrecoechea<sup>2</sup>, R. Labra Álvarez<sup>2</sup>, P. Martínez Fernández<sup>3</sup> y M. Fernández Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>EAP de Moreda (Aller). Area 7. Servicio de Salud del Principado de Asturias. <sup>2</sup>EAP de Otero. Oviedo. Area 4. Servicio de Salud del Principado de Asturias. <sup>3</sup>IES Valle de Aller. Moreda. <sup>4</sup>IES 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 del estado de salud, el uso del sistema sanitario, la sexualidad y el sida. Previamente al estudio se recabó el consentimiento informado de los participantes y también de los padres en el caso de los menores de edad. 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 v. 3.1. Cuando los resultados no son significativos (NS) entre los dos subgrupos SR y U, el resultado 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: Estado de salud:** Se consideran sanos el 77,4% (NS), el 1,7% se define como enfermo (NS) y el 20,9% indica que depende del momento. Sólo 2 enfermedades fueron citadas por más de un encuestado: asma 9,8% (NS) y alergia 2,4% (NS). El 87,9% afirma estar bien vacunado (NS), el 2,3% que está mal (NS) y el 9,8% restante dice desconocer su estado vacunal (NS). **Uso del sistema sanitario:** El 13,3% había acudido a la consulta del centro de salud en los 7 días previos. El 48,8% de los adolescentes-SR había acudido en el mes anterior frente al 28,7% de los adolescentes-U (\* $p < 0,01$ ). El 10,4% afirma no haber acudido a su centro de salud desde hace más de un año (NS). Los principales consultores ante dudas en temas de salud son los padres (58,8% para los adolescentes-SR y 98% para los adolescentes-U (\* $p < 0,000$ )) y el médico-enfermera (73,8% y 67,8% respectivamente, NS). **Sexualidad.** El 17,4% manifiesta tener dudas en el campo de la sexualidad (NS), siendo sus principales fuentes de información sus amigos (82,7%), sus padres (50,3%), profesionales sanitarios (17,9%), otros familiares (15,6%) y los profesores (2,3%). A través de una pregunta abierta, consignaron 12 métodos anticonceptivos diferentes, con una media de 2,9 métodos por encuestado. El 93% citó el preservativo, el 68,8% la píldora y el 39,3% el DIU. **Sida.** A 5 preguntas relacionadas con el sida respondieron correctamente: el 95,3% (es una enfermedad contagiosa: verdadero); el 100% (sólo afecta a adultos: falso); el 99,4% (sólo afecta a quienes se drogan: falso); el 95,4% (es fácil de curar: falso) y el 82,5% (sólo afecta a quienes tienen relaciones sexuales: falso). No hubo diferencias entre los subgrupos SR y U.

**Conclusiones:** 1) Mínimo sentimiento de «persona enferma». 2) La mayor parte han acudido al centro de salud en el último mes. 3) Elevados conocimientos sobre SIDA y en tipos de métodos anticonceptivos. 4) Globalmente se constatan pocas diferencias entre los entornos semirural y urbano.