SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA. VIII EDICIÓN

CUESTIONARIO PRETEST

1.- ¿Cuáles son los motivos principales de cansancio en los adolescentes

a.- Dormir poco y alteraciones del sueño

b.-Estrés, alteraciones psicológicas

c.-Anemia

d.- Todas son causas de cansancio en el adolescente

Respuesta correcta d. Todas son causas de cansancio en el adolescente e influyen factores estresantes como los cambios corporales, los picos hormonales el problema de su independencia, los problemas sociales relacionales … etc.

2.-Respecto al tratamiento y evolución del adolescente con cansancio crónico ¿cuál de las siguientes no es cierta?

a.- Es importante la evaluación inicial con una historia completa y asegurarles que creemos en su historia

b.- El profesional abordará los aspectos que le producen temor como el cáncer o la discapacidad

c.- Los adolescentes con Encefalomielitis Mialgia (EM)/Síndrome de fatiga crónica (SFC) tienen una evolución similar a los adultos

d.- Los tratamientos que han demostrado eficacia para los síntomas de EM/SFC son programa de acondicionamiento aeróbico gradual y la terapia cognitivo conductual

Respuesta correcta c.- Existen evidencias de que los adolescentes tienen más posibilidades de mejorar que los adultos. El resto de afirmaciones son ciertas

3.- ¿Cuál de los siguientes consideraría como síntoma de alarma en una paciente adolescente con astenia?

a.- Pérdida de 5 kg de peso en los últimos 2 meses.

b.- Presencia de fiebre nocturna.

c.- Hallazgo de adenopatías supraclavicular.

d.- Todos se pueden considerar síntomas de alarma

Respuesta correcta: d. Los tres síntomas/signos mencionados deben poner en alerta al pediatra para iniciar un estudio de cara a descartar patología potencialmente grave.

4.-Ante un cuadro de fatiga en un adolescente, de corta duración (menos de 3 meses), ¿qué síntoma es el principal a la hora de pensar que podría ser el inicio de una Encefalomielitis miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica?

a.- Fatiga que reduce su actividad de manera significativa

b.- Síntomas de disautonomía

c.- Antecedentes de infección

d.-Deterioro sintomático horas después de un sobresfuerzo

Respuesta correcta a- pendiente responda el autor

5.-Elija el escenario clínico que considera de mayor gravedad.

a.- Z-Score del IMC +2,2 DE y etapa de Edmonton 3

b.- Z-Score del IMC +2,5 DE y etapa de Edmonton 1

c.- Z-Score del IMC +2,8 DE y etapa de Edmonton 0

d.-: Z-Score del IMC +2,3 DE y etapa de Edmonton 2

Respuesta correcta a: Se considera obesidad grave cuando el Z-Score IMC > +3.5 DE o si el Z-Score IMC está entre >+ 2DE y < 3.5 DE en una etapa de Edmonton 2-3. Por esto es importante estratificar para establecer la gravedad real.

6.-En relación con el tratamiento de la obesidad en la adolescencia, elija la respuesta correcta:

a. Los cambios en el estilo de vida tienen mayor impacto que el tratamiento farmacológico.

b. El enfoque más eficaz es el individual en lugar que el abordaje familiar

c. La metformina es el tratamiento farmacológico de primera elección

d. Un Δ Z-Score del IMC de - 0.20 se considera clínicamente significativo y equivalente a una pérdida del 5% del peso en adultos

Respuesta correcta d. Una disminución del Z-Score del IMC de - 0.20 se considera una mejoría significativa del peso. Aunque el cambio del estilo de vida -*dieta saludable y ejercicio*-(CEV) es la base del tratamiento, logra un Δ Z-Score del IMC de - 0.06 (no significativo). Por lo tanto, en casos graves el CEV no es suficiente y requiere de herramientas complementarias.

7.-En el caso de obesidad Infantil, en qué caso hemos de sospechar que pueda existir una base monogénica de la misma. Señale la respuesta FALSA:

a.-Obesidad de inicio antes de los 4 años

b.-Obesidad asociada a hiperfagia

c.-Antecedentes familiares de obesidad grave y cirugía bariátrica

d.-IMC por encima de 2 desviaciones estándar

Respuesta correcta d La obesidad tiene una base genética. La mayoría de los pacientes tiene un origen poligénico de la enfermedad. En algunos casos hemos de sospechar un origen monogénico; como es el caso de obesidades de aparición precoz, obesidades asociadas a hiperfagia, antecedentes familiares de obesidad mórbida y cirugía bariátrica.

8.-Dentro de las causas endocrinológicas de obesidad NO se encuentran:

a.-Hipotiroidismo

b.-Insuficiencia suprarrenal

c.-Hipercortisolismo

d.-Síndrome de ovario poliquístico

Respuesta correcta b Dentro de las causas endocrinológicas de obesidad se encuentran el hipotiroidismo, el hipercortisolismo, el síndrome de ovario poliquístico, patologías que debemos descartar al inicio del estudio de los pacientes con obesidad.

9.-En el tratamiento de las complicaciones metabólicas de la obesidad, señale la respuesta correcta:

a.-La diabetes tipo 2 en niños requiere siempre insulina.

b.-En la actualidad de metformina es el fármaco de elección en el caso de la diabetes tipo 2, fármaco que también se usa en los casos de prediabetes e insulinorresistencias importantes

c.-Los niños con obesidad requieren tratamiento con estatinas cuando tras unos meses de dieta sin grasa animal persisten cifras de LDL por encima de 190 mg/dl

d.-Se recomienda tratar profilácticamente con esteroles vegetales a diario para evitar la hipercolesterolemia en niños con obesidad

Respuesta correcta b El fármaco indicado de primera línea para los niños con diabetes tipo 2, prediabetes e insulinorresistencia (en este caso fuera de indicación habitual) es la metformina. La obesidad es un factor de riesgo añadido, por lo que las cifras de LDL con las que planteamos tratamiento tras dieta baja en grasa animal son de 150 mg/dl. Los esteroles vegetales disminuyen las cifras de LDL colesterol hasta un 7%, pero no está indicado tratar de forma profiláctica. Además no habría que recomendar su uso diario ya que impiden la absorción de vitaminas liposolubles.

10.-Ante una chica de 13 años 7 meses que en los últimos 3 años presenta: obesidad, estancamiento de la velocidad de crecimiento, ausencia de inicio puberal, así como poliuria y polidipsia, se debe sospechar, en primer lugar:

a.- Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo (variante de la normalidad)

b.- Tumor del sistema nervioso central

c.- Obesidad monogénica

d.- Diabetes mellitus tipo 2 debida a obesidad multifactorial

Respuesta correcta: b. Existen datos de afectación de diversos ejes hormonales (gonadotropinas, hormona de crecimiento, diabetes insípida) que deben alarmar sobre el origen en el sistema nervioso central de la patología. Una lesión que afecte a la zona de hipotálamo podría conducir a obesidad hipotalámica. La respuesta a sería un diagnóstico de exclusión si el estudio analítico de los diversos ejes hormonales fuera normal, con LH-FSH-estradiol bajos para la edad, retraso en edad ósea y antecedentes familiares de retraso constitucional. La respuesta c no es correcta porque la obesidad monogénica suele presentarse desde los primeros meses de vida y no suele asociar déficits endocrinos. La respuesta d es incorrecta porque el enunciado sugiere diabetes insípida en el contexto de otros déficits hormonales.

11.-Para estudiar a esta paciente, el siguiente paso prioritario a realizar es:

a.- Encuesta de hábitos alimenticios y ejercicio

b.- Test de LHRH, para entender si la pubertad se ha iniciado

c.- Cariotipo, esencial en cualquier chica con talla baja

d.- Resonancia magnética craneal

Respuesta correcta: d, puesto que es necesario descartar tumor del sistema nervioso central. Los otros estudios propuestos se pueden realizar evolutivamente, pero no son tan urgentes

12.- **¿Cuál de las siguientes no es cierta respecto a la vacunación correcta del adolescente?:**

a.- Asegurar vacunación del tétanos, difteria, tosferina, polio, hepatitis B, triple vírica, varicela y Neumococo C

b.- Vacunar de Neumococo y Hemofilus b en adolescentes de riesgo

c.- Solo se indicará la vacuna del Papiloma virus para las mujeres

d.- Actualmente en nuestro país solo se aconseja la vacuna de hepatitis A y gripe en situaciones de riesgo y si el pediatra lo considera oportuno.

Respuesta correcta c. La vacuna del papiloma humano debe indicarse para mujeres y varones

13.-Respecto al meningococo ¿cuál de las siguientes es incorrecta?

a.- Reservorio exclusivamente el ser humano

b.-Porcentaje de portadores asintomáticos hasta el 10% en niños y adolescentes

c.-Predominio de las infecciones a finales de invierno y principio primavera

d.- Mortalidad superior al 10% y graves secuelas permanentes en el 20%

Respuesta correcta b Son portadores asintomáticos hasta el 10% de los niños y el 25% de los adolescentes. El resto son ciertas

14.- En relación a la vacunación en la adolescencia ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a.- Los programas de vacunación se han centrado preferentemente en lactantes y niños más que en los adolescentes

b.- La vacunación debe continuar desde la infancia hasta la edad adulta, para que su acción preventiva sea eficaz y no reaparezcan enfermedades ya desaparecidas en el niño

c.- Desde el año 2020, el calendario común de vacunación infantil se ha convertido en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida

d.- Las coberturas vacunales en los adolescentes son más bajas, en todos los países, que las correspondientes a los primeros dos años de la vida

Respuesta correcta c Desde el año 2018, el calendario común de vacunación infantil se ha convertido en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. El resto son ciertas

15.-Los profesionales sanitarios son los responsables de la vacunación de niños y adolescentes, y entre sus actuaciones se encuentran todas menos una:

a.- Actualización de los conocimientos, y enviar mensajes recordatorios

b.- Poner las vacunas directamente en la consulta, sin más explicaciones

c.- Evitar las falsas contraindicaciones,

d.- Administrar múltiples dosis, usar herramientas de educación para la salud

Respuesta correcta b Es fundamental que el profesional sepa como acercarse y hablar con los padres y tambien con el propio adolescente Siempre se debe tener en cuenta

la opinión del menor, y entre los 12 y 16 años considerar el concepto de «menor maduro».

16.-Entre las estrategias para vacunar en la consulta, NO se encuentra:

a.- Aplicar la premisa «ahora o nunca», ya que puede que el adolescente no vuelva.

b.- Ante el rechazo de los padres, perseverar siempre en las siguientes consultas.

c.- Usar la persuasión para lograr el cambio

d.- Explorar las preocupaciones y los valores, y aclarar dudas con la estrategia de servir de guía

Respuesta correcta c.- Usar la persuasión para lograr el cambio es algo inútil ya que puede producir el efecto contrario, es decir el rechazo a vacunarse

17.-Respecto a los aspectos legales, ¿cuál de las siguientes frases no es cierta ¿

a.-Nuestro sistema legislativo presenta un déficit en la regulación de las vacunas, ya que no se puede aplicar su obligatoriedad salvo en situación de epidemia

b.- La negativa de los padres a vacunar plantea un conflicto de valores entre el derecho de los padres a la crianza de los hijos según sus ideas y creencias y la tutela de la justicia

c.- En España, para administrar las vacunas solo se requiere la aceptación de los padres-consentimiento verbal

d.- La negativa persistente y continuada de los padres a vacunar, no es preciso documentarlo

Respuesta correcta d.- La negativa persistente y continuada de los padres a vacunar, debería documentarse tanto en la historia clínica como en el registro de vacunación, y también en un certificado o formulario de renuncia donde se especifique especifiquen los siguientes apartados: 1) la identificación del niño o adolescente, de los padres y del pediatra, 2)que se ha recibido la información necesaria y oportuna, 3) la comprensión y la capacidad de los padres sobre la información recibida, 4) de quién es la responsabilidad de la decisión final, 5) a qué vacunas afecta la negativa y los motivos y 6) Igualmente la posibilidad de vacunar si se cambia de opinión.

18.- Una adolescente de 14 años no se quiso vacunar frente al VPH hace dos años porque había visto unos vídeos en TikTok de unas niñas que se quedaron en una silla de ruedas tras administrarse dicha vacuna. Los padres respetan la decisión de su hija y creen que debe ser ella quien decida si se quiere vacunar o no. Ya ha mantenido relaciones sexuales con penetración con tres chicos. Hoy, acude a su centro de salud por disuria y polaquiuria y es diagnosticada de sospecha de cistitis, pendiente urocultivo. ¿Cree que es un buen momento para volver a valorar la posibilidad de vacunarse frente al VPH?

a.- La paciente ya ha manifestado que no se quiere vacunar, y sus padres están de acuerdo, por lo que no es necesario volver a hablar de este asunto, salvo que lo solicitara la propia paciente.

b.- La paciente ya ha mantenido relaciones sexuales con penetración, por lo que la vacuna ya no tendría ningún efecto. Sí es importante insistir en métodos anticonceptivos de barrera y revisiones en ginecología y planificación familiar.

c.- Sería conveniente ver los vídeos con la paciente, interesarnos en los motivos por los que decidió no vacunarse, aceptar su decisión y explicar qué enfermedades puede producir el VPH así como cuál es la efectividad y seguridad demostradas de la vacuna.

d.- Hay que aprovechar la sospecha de cistitis y decir con franqueza a toda la familia que, si se hubiera vacunado, ahora no estaría teniendo ningún problema. Aunque nada tenga que ver una cistitis con el VPH, si les hacemos sentir culpables, es más probable que ahora sí acepten la vacunación.

Respuesta correcta: c. Cada visita es siempre una oportunidad para vacunar. Debemos hacerlo siempre desde el respeto de la decisión de cada paciente y cada familia, informando de forma apropiada sobre beneficios y riesgos, sin entrar en conflicto. Nuestras mejores armas deben ser la empatía, la paciencia, la escucha activa y la transmisión de buena información. Además, es conveniente dedicarle tiempo. Si no lo tuviéramos en consulta, lo ideal sería citarles para otro día. Una vez iniciadas las relaciones sexuales con penetración, la vacuna pierde efectividad, pero se sigue recomendando su administración. Hacer que una familia o un paciente se sienta culpable por no haberse vacunado no suele ser una buena estrategia para generar confianza y mantener buena relación médico-paciente. Menos todavía si no existe relación entre la enfermedad y la vacuna no administrada.

19.- **Una chica de 12 años llama llorando a la puerta de su consulta. Le explica que ella se quiere vacunar frente al VPH, pero que sus padres se niegan a administrarle dicha vacuna. Le da cita para otro día junto con los padres. En dicha cita, a pesar de que la chica conoce perfectamente los beneficios y riesgos de la vacunación, los padres se niegan, alegando diversos motivos, entre los que incluyen que: "cuando sea mayor de edad se podrá vacunar si quiere, pero ahora no", así como: "es muy pequeña todavía para tener cualquier tipo de relación sexual". En este caso, ¿cuál de las siguientes actuaciones le parece más correcta?**

a.-Dado que es imposible convencer a los padres, citaría a la paciente para otro día y le administraría la vacuna sin el consentimiento de los padres. La paciente ha demostrado ser un menor maduro con capacidad de decisión y es capaz de comprender. En estos casos, la justicia nos daría la razón al velar por la salud de un menor desprotegido.

b.- Comunicaría el caso a servicios sociales y lo pondría en conocimiento de la autoridad judicial (expediente de jurisdicción voluntaria) por "decisiones contra el interés del menor".

c.- Mostraría mi desacuerdo con los padres de forma evidente y miraría a los ojos de la menor para decirle: “cuando tengas un cáncer en el cuello del útero, acuérdate de que fueron tus propios padres los que no quisieron protegerte frente a un cáncer”.

d.- Pondría el caso en conocimiento de la autoridad judicial para iniciar trámites de retirada de guardia y custodia.

Respuesta correcta: b. Es el procedimiento indicado en estos casos. Generalmente, es el juez quien resuelve el caso, permitiendo la vacunación de la menor en contra de la decisión de sus padres. Nosotros, como personal sanitario, no podemos tomar dicha decisión de forma unilateral. Hacer que una familia se sienta culpable por no haber vacunado a su hija no suele ser una buena estrategia para generar confianza y mantener buena relación con la familia. Decidir no vacunar a un hijo no se considera, en la actualidad, un motivo suficiente para retirar la custodia a unos padres.

20.-Un varón que acaba de cumplir 16 años tiene su calendario de vacunación completo hasta los 6 años pero, desde entonces, sus padres decidieron no administrarle más vacunas tras conocer un caso de autismo en el hijo de unos vecinos, pocos meses después de recibir la vacuna triple vírica. En la actualidad, los padres están separados. La custodia es compartida. Ambos mantienen su actitud contraria a la vacunación, pero su hijo sí quiere retomar las vacunas, incluyendo VPH, gripe y meningococo. En este caso, ¿cuál de las siguientes actuaciones le parece más correcta?

a.- Comunicaría el caso a servicios sociales y lo pondría en conocimiento de la autoridad judicial (expediente de jurisdicción voluntaria) por “decisiones contra el interés del menor”.

b.- Comunicaría al paciente que no puede tomar sus propias decisiones hasta que cumpla la mayoría de edad (18 años). Por tanto, de momento no sería posible administrar ninguna vacuna.

c.- Un mayor de 16 años, salvo situaciones de riesgo grave para la salud (por ejemplo, antecedente de una reacción anafiláctica tras administrar vacunas), y habiendo demostrado que es capaz de comprender beneficios y riesgos, puede decidir por sí mismo. Por tanto, se le podría vacunar sin problema.

d) Solo se podrían administrar las vacunas financiadas del calendario, pero en ningún caso las no financiadas, pues los padres no quieren vacunar y no van a pagar por ellas.

Respuesta correcta: c En España, cualquier persona con más de 16 años que haya demostrado capacidad para comprender, no cumpla requisitos de incapacitación legal y no exista riesgo grave para la salud, puede tomar decisiones sobre su propia salud con independencia de la opinión de sus padres o cuidadores legales. La financiación podría suponer un problema si el paciente no tuviera capacidad económica. Si los padres o cuidadores legales no quisieran comprar las vacunas no financiadas, se podría comunicar también a la autoridad judicial por “decisiones contra el interés del menor” y el juez podría obligar a los padres a realizar dicha inversión.

21.-Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre las conductas de riesgo NO es cierta.

a.-Son voluntarias

b.-Están relacionadas entre sí

c.-Son predecibles e influidas por el ambiente

d.-El adolescente no tiene conciencia del peligro

Respuesta correcta d.- Si hay conciencia del peligro, pero prima el sentimiento de invulnerabilidad y la necesidad de trasgredir las normas para reforzar su autonomía e identidad. Son voluntarias y están relacionadas entre sí, un adolescente que fuma es probable que tambien beba. Son predecibles e influidas por el ambiente en el que viven y por ello tambien prevenibles

22.- ¿**Cuál de estas patologías suelen ir asociadas al Uso Problemático de Pornografía**?

a.- TDAH

b.- TOC

c.- Abuso sexual

d.- Todas son correctas (esta sería la respuesta correcta.

Respuesta correcta d Tanto el TDAH, como el TOC o el abuso sexual pueden asociarse con el uso problemático de pornografía

23.- Con respecto a la pornografía ¿Cuál de las siguientes no es cierta

a.- Un punto importante para el aumento del uso de pornografía fue la aparición de internet

b.- Influyen factores sociales, familiares (falta deccontrol de las tecnologías) y personales (desarrollo, aspectos psicológicos….)

c.- Los varones son los que más consumen

d.- Suelen iniciarse sobre los 15-17 años de edad

Respuesta correcta la d.- En los últimos estudios se ha visto que suelen iniciarse en la adolescencia más en los varones; a los 9-11 años de edad media es el primer contacto, suele ser esporádica y accidental. Se estabiliza a los 13-14 años en los chicos y a los 15-16 años en las chicas y produce un mayor impacto en su desarrollo y una mayor dependencia

24.- En relación al TDAH en las etapas de transición hacia la edad adulta

a.-Los trastornos de personalidad no suelen darse en personas adultas que presentan TDAH

b.-Es fácilmente diagnosticable dado que los síntomas se distinguen fácilmente de las patologías psiquiátricas que pueden acompañarlo

c.-No suele coexistir con trastornos afectivos o de ansiedad

d.-Ninguna de las anteriores es correcta

Respuesta correcta d**.** En el proceso diagnóstico del TDAH del adulto, hay que tener en cuenta que el trastorno habitualmente coexiste con otros trastornos comórbidos modificando tanto la presentación de la sintomatología como el grado de funcionalidad del individuo. Los más frecuentes son la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, el abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias, el trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, trastornos somáticos como la obesidad y otros problemas de salud relacionados con el comportamiento asociado al TDAH (dificultades de aprendizaje, insomnio…)

25.-En urgencias nos encontramos con una paciente lleva realizando desde la adolescencia intentos autolíticos continuos. Nos verbaliza sentimientos de vacío y desesperanza contra los que le es imposible luchar. Presenta además un abuso de benzodiacepinas y alcohol que ella describe para calmar la inquietud y la desazón interna que tiene desde siempre. En su historia biográfica hay antecedentes de malos tratos por parte de su padre y una historia de dependencia al alcohol tanto en la familia materna como en la paterna. No terminó los estudios porque se le daba muy mal estudiar, y en su familia nadie ha cursado estudios, salvo los básicos. Ante esta información debo de plantearme

a.- La historia familiar de adicciones y malos tratos ha influido en el desarrollo del trastorno de personalidad (TLP)

b.- A pesar de la gravedad del trastorno de personalidad, hay indicios como para plantearnos que la paciente pueda tener un TDAH no diagnosticado en ningún momento de su historia psiquiátrica comórbido con el TLP

c.- La historia familiar y propia de consumo de sustancias y fracaso académico nos orientan hacia la presencia del TDAH en la paciente y en sus familiares.

d.- Todas las opciones son correctas

Respuesta correcta d. La impulsividad es un rasgo común para los dos trastornos, pero es importante señalar que aún pudiendo parecer semejante en ambos, en cada tipo de paciente estará relacionada con diferentes contextos y tiene matices diferentes. En el TDAH es una impulsividad que suele ir muy ligada a la hiperactividad, estando mediada por la precipitación, por el actuar sin pensar las consecuencias previamente. Esta impulsividad se expresa en los criterios diagnósticos del DSM-5 como responder inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta, dificultades para esperar su turno o interrumpir o inmiscuirse en situaciones que le son ajenas. Por el contrario en el TLP, la impulsividad aparece frecuentemente en situaciones de estrés

emocional y de frustración y, aunque a veces puede presentarse en forma de impaciencia y precipitación, su característica principal es la presencia de conductas potencialmente dañinas para el individuo y la explosividad auto y heterolesiva unidas a una continua sensación de vacío. Este punto es fundamental ya que en la definición del TDAH no tienen un rol principal las conductas autolíticas, y aunque el riesgo de suicidio consumado es mayor que en la población general, es inferior que en el TLP (James A,2004)

26.-Respecto al tratamiento del TDAH ¿cuál no es cierta?

a.- El tratamiento del TDAH es fundamentalmente farmacológico

b.- El tratamiento del TDAH es: Psicoeducación-conductual, académico y farmacológico

c.- Los fármacos estimulantes bloquean el trasportador y de esa forma la recaptación de dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico.

d.- La lisdexanfetamina es un profármaco inactivo fuera del cuerpo humano

Respuesta correcta a.- El tratamiento del TDAH es Psicoeducación, conductual, académico y tambien farmacológico, no fundamentalmente farmacológico. Antes de iniciar el tratamiento farmacológico debe realizarse una buena historia clínica y realizar psicoeducación en la familia y en la escuela. Los tratamientos farmacológicos son eficaces, seguros y bien tolerados.