

Respuestas correctas a las preguntas test

El adolescente cansado: 1b) 0.4%-2%. **2c)** Más de 6 meses aunque en la EM puede admitirse cifra inferior. **3e)** En la EM hay extenuación neuroinmune no justificada tras un ejercicio físico. **4a)** La fatiga crónica es el síntoma principal. **5e)** Un 25%-30% no recuperan la situación anterior a la enfermedad.

Síncope en la adolescencia: 1d) En la ansiedad, aparece hiperventilación e hipocapnia, lo que produce vasoconstricción cerebral local con hipoperfusión, que es el causante del síncope. En la miocardiopatía hipertrófica se produce síncope por el desarrollo de arritmias ventriculares hemodinámicamente inestables o bien, durante el ejercicio, por la obstrucción al flujo en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, presente en algunos pacientes. La respuesta vasomotora del síncope neuralmente mediado es de vasodilatación periférica. El síndrome de Brugada predispone al desarrollo de taquicardias ventriculares polimorfas inestables. **2e)** En el síndrome de QT largo, se han descrito como desencadenante de arritmias ventriculares los ruidos fuertes. El soplo inocente, por definición, no asocia cardiopatía estructural, si bien muchas causas de arritmias son síndromes sin cardiopatía estructural; el hallazgo, aislado, no contribuye a orientar la causa cardíaca como atribuible al síncope. El pródromos breve puede aparecer en síncope neuralmente mediados; es la ausencia de pródromos lo más indicativo de causa arrítmica. Tras un esfuerzo extenuante puede persistir la vasodilatación periférica, que, a medida que el gasto cardíaco disminuye por disminuir la taquicardia, puede ocasionar hipotensión arterial e hipoperfusión cerebral. **3c)** La bradicardia sinusal de un paciente entrenado no suele ser causa atribuible de síncope; una ergometría puede demostrar una taquicardización adecuada durante el esfuerzo. El intervalo QT corregido de 500ms es de muy alta probabilidad de presentar un síndrome de QT largo congénito. En la taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica, el ejercicio creciente de un paciente ocasiona arritmias ventriculares de complejidad en aumento, que comienzan como extrasístoles ventriculares de varias morfologías. La elevación del ST en V1-V2 es una descripción compatible con el patrón de Brugada de ECG, siendo la fiebre un desenmascarador habitual del mismo. El caso 5 describe un bloqueo AV completo (disociación aurículo-ventricular). **4d)** En este caso, la bipedestación prolongada (estrés ortostático) ha podido ocasionar hipotensión arterial e hipoperfusión cerebral causante de síncope; se trata de pacientes con corazón sano y sin predisposición arrítmica, habitualmente. Los casos 1, 2, 3 y 5 expresan presentaciones típicas de los síncope de causa cardíaca. **5d)** Los betabloqueantes (metoprolol) se encuentran actualmente desaconsejados, tanto por haber demostrado mayor tasa de recurrencias en ensayos clínicos pediátricos como por la alta frecuencia de efectos adversos. Todos los demás se encuentran recomendados con distinta clase y nivel de evidencia.

Vértigo y mareo en la adolescencia: una visión desde la neurología: 1a) La duración y los desencadenantes son típicos. El vértigo postraumático suele presentar un antecedente. La migraña vestibular dura minutos o horas. El vértigo somatomorfo suele durar semanas. La paroxismia vestibular se desencadena con el ejercicio aunque su duración también es de segundos. **2e)** El tratamiento de los episodios agudos de migraña vestibular no está aclarado y consiste en mejorar los síntomas y asociar AINE. La cefalea es no obligatoria como criterio (respuesta a incorrecta). La RMN craneal no debería solicitarse salvo una alteración asociada en la exploración, que sería el siguiente paso a realizar (respuesta b incorrecta). Enseñar ejercicios de rehabilitación vestibular puede ser importante para evitar el desarrollo de un vértigo somatomorfo en el futuro (respuesta c incorrecta). El tratamiento profiláctico sería poco recomendable por la frecuencia de los episodios y sería importante establecer el impacto real que tiene este problema en la paciente (respuesta d incorrecta). **3c)** La presencia de pérdida de visión y de conocimiento orienta hacia una causa cardiovascular y en este caso, la asociación al ejercicio es un indicador de gravedad que requiere una valoración cardiológica detallada. La clínica no es compatible con el resto de opciones, pero la principal duda puede surgir con la epilepsia (respuesta b). Sin embargo, la clínica prodrómica previa (pérdida de visión) y el único episodio con pérdida de conocimiento junto a los múltiples episodios de otro tipo no deben separarnos del alto riesgo de etiología cardiovascular. **4a)** La respuesta a es falsa porque aunque existe una asociación entre problemas psicológicos y el diagnóstico de vértigo somatomorfo, no significa que esa relación sea causal ni tampoco mayoritaria. Como en cualquier tipo de inestabilidad, un ECG (respuesta b) y una exploración física (respuesta c) son pasos sencillos a evaluar en la exploración. La prueba de imagen (respuesta d) es normal en pacientes con este tiempo de evolución. Por último, el vértigo somatomorfo suele precederse de una causa de vértigo independiente (respuesta e).

5e) Las respuesta a-d son descripciones del síndrome POTS. La respuesta e es falsa porque es fundamentalmente descartar diabetes sin diagnóstico, ingesta de medicamentos y trastornos alimentarios con depleción de volumen), anemia y síndromes autoinmunes (lupus y Sjögren) y paraneoplásicos y para alguno de estos casos, se necesitan pruebas complementarias.

Episodios paroxísticos no epilépticos: 1c) Aunque la Resonancia o la electroencefalografía son técnicas básicas para el manejo de patología neurológica, en particular, la epilepsia, gran parte de los casos pueden orientarse de forma adecuada y correcta mediante la historia clínica apoyada en la observación directa de los episodios por parte de un profesional que tenga experiencia y conocimientos sobre el tema. **2d)** La emisión de ronquido nocturno no es equivalente de diagnóstico de Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño, pero tiene fuerte correlación con este problema si aparecen otros síntomas como la hipersomnía diurna. La obesidad es un factor de riesgo para la aparición de este Síndrome. **3b)** Es característico del Síndrome de Tourette la emisión de tics fonatorios y vocales de forma persistente y fluctuante en intensidad, tipo,...Los momentos y periodos de estrés emocional desencadenan mayor frecuencia de tics, que pueden ser parcialmente controlados por el paciente. La mioclonía de velo de paladar solo es audible para el propio sujeto. **4d)** Los episodios de ensimismamiento son frecuentes en pacientes con patología de desarrollo, incluyendo autismo y discapacidad intelectual. La duración superior a 1-2 minutos y especialmente la reactividad completa del paciente con estímulos enérgicos orienta la situación, sin precisar estudios complementarios o tratamiento alguno.

5b) Las crisis psicógenas (ataques de pánico, pseudocrisis, hiperventilación, etc) suelen predominar en adolescentes con seria problemática psicosocial. Los antecedentes de abuso sexual, maltrato, enfermedad psíquica familiar y personal, etc, son comunes en estos casos y deben ser tenidos en cuenta para realizar un correcto abordaje psicosocial.

Epilepsia en el adolescente: 1b) Epilepsia rolándica benigna de la infancia. La a) y la c) debutan en la infancia pero no tienen una buena tasa de remisión en la adolescencia, y la d) y la e) son de inicio en la adolescencia. **2d)** Las epilepsias que tienen un riesgo mayor de comorbilidad psiquiátrica y social son la Epilepsia Ausencia de la Infancia, la Epilepsia Mioclónica Juvenil y la Epilepsia Focal no lesional. **3e)** El TDAH se presenta hasta en un tercio de los pacientes, y además puede empeorar con los fármacos antiepilépticos con efectos conductuales. Debe tratarse con los fármacos habitualmente usados en el TDAH. **4e)** Los síntomas emocionales más frecuentes en adolescentes con epilepsia con la depresión y la ansiedad. **5e)** El factor que más influye en el desarrollo de ansiedad ó síntomas depresivos en el joven es la vivencia de sus padres de su patología. La prescripción de fármacos debe individualizarse según el caso y no es un factor modificable.

Un error diagnóstico de pseudotumor cerebral: 1e), 2a), 3b)

Estrategias para la vacunación del adolescente. Parte 1: 1e) La adolescencia abarca aproximadamente la 2ª década de la vida y se distinguen 3 fases. Adolescencia temprana: abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales. Adolescencia media: entre los 14 a los 17 años, caracterizada sobre todo por los conflictos familiares debido a la importancia que adquiere el grupo, y es en esta época donde pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo. Adolescencia tardía: desde los 18 a 21 años, caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades propias de la madurez. **2e)** Los programas de vacunación se han enfocado siempre hacia lactantes y niños, sin tener en cuenta que los adolescentes continúan enfermando de patologías infecciosas, frente a las que se dispone de vacunas eficaces. Un ejemplo de ello son los brotes de sarampión o el aumento de la incidencia de tosferina en los últimos años, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, en países con coberturas vacunales elevadas. **3b)** Los jóvenes no conocen sus necesidades de salud y en muchas ocasiones donde pedir ayuda y quien es su médico. Entre el 25- 30% de los jóvenes no sabe quién es su médico. Esto indica que hay una falta de servicios y respuesta adecuada y el adolescente no tiene o no sabe dónde acudir. Hasta un 50-60 % de los jóvenes, según los estudios, no tiene confianza con el médico para contarle sus problemas. **4c)** Es preciso que el profesional esté formado y recomiende la vacunación universal. Muchas veces no está formado adecuadamente y no las recomienda. En un reciente estudio americano en 2016, solo el 60% de los pediatras y médicos de familia recomendaban la vacunación del VPH a los 11-12 años en las chicas. **5d)** En esta época se les debe tratar como adultos e implicarles en la toma de decisiones que les afecta como es la vacunación aunque hay que seguir educando a los padres y a los adolescentes.