

**Psicofarmacología en la adolescencia: 1d)** El tratamiento con psicoestimulantes suele ser un tratamiento a largo plazo. El tratamiento con benzodiazepinas se recomienda que tenga una duración menor de 4 semanas. En el tratamiento con ISRS se recomienda mantenerlos entre 6 y 12 meses tras la resolución del problema. No es necesario que el consentimiento informado esté firmado por el paciente si es menor de 12 años. **2c)** Se debe empezar con dosis mínima y subidas lentas y controladas hasta llegar a la dosis mínima eficaz. El resto son todas ciertas. **3e)** El escitalopram tiene indicación en ficha técnica a partir de los 12 años. El resto son correctas. **Caso clínico: 1c)** La respuesta falsa es la c. No se realizan como llamadas de atención o buscando un beneficio sino como descarga de angustia. El resto son correctas. **2b)** Es falsa la respuesta b. Aunque es aconsejable y recomendable la realización de una valoración neuropsicológica, que aporta mucha información del paciente, no es imprescindible. El diagnóstico es clínico. El resto de las respuestas son ciertas. **3b)** Es falsa la respuesta b. Se deberá tratar el problema de fondo que ha generado la ansiedad con el fin de evitar su reaparición. El resto de las respuestas son correctas. **Mesa de Actualización I. Transexualidad: situación actual. ¿Cómo detectar y qué hacer?: 1b)** El uso del móvil para comunicarse es generalizado hoy día y puede producir más aislamiento social y dificultad para adquirir habilidades sociales en jóvenes con dificultades sociales, pero este sufrimiento por sus dificultades para relacionarse no conduce a tener una identidad trans. En cambio, el resto de los motivos sí que están descritos en la literatura como posibles. **2c)** En el modelo paternalista el peso de la decisión recae en el/la profesional. En el modelo de decisión informada es la persona demandante de la atención sanitaria la que decide el tipo de tratamiento, tras obtener la información desde distintas vías. En el modelo de decisión compartida la persona que demanda los tratamientos es informada por profesionales con formación especializada en identidad y en tratamientos disponibles, de los efectos de los mismos, así como de las consecuencias y limitaciones, para elaborar un proceso de atención sanitaria integral. El modelo mixto no es utilizado y si que hay un modelo definido. **3d)** Que las personas con incongruencia de género hayan sufrido durante muchos años estigmatización y discriminación, no significa que tengan que ser atendidas con criterios diferentes al resto de personas usuarias del sistema sanitario, sino en las mismas condiciones y con una visión despatologizadora. Por ello, se elaborará de forma consensuada un itinerario individual de su proceso de transición médica si elige este camino. **4a)** Si bien es cierto que alguna persona realiza autohormonación, sobre todo si proceden de otros países donde no tienen prestaciones sanitarias públicas y no se respetan sus derechos, la mayor parte de personas que vienen hoy día a la UIG es una persona que aún no ha empezado el tratamiento de afirmación de género y que solicita iniciar su proceso de transición médica, teniendo en la mayoría de los casos buen apoyo familiar y social, además, de haber buscado información sobre la transición de género. **Mesa de Actualización I. Transexualidad: situación actual. Abordaje integral del paciente trans: 1a)** Ya que en la primera fase (etapa infantil/prepuberal) no es necesaria ninguna intervención médica por parte del endocrinólogo pediátrico. Podrá llevarse a cabo, si se desea, un primer encuentro con el menor y su familia con el fin de realizar una anamnesis completa, solicitar el estudio inicial e informarles de las posibles terapias futuras y de los primeros signos clínicos puberales. **2e)** Se debe solicitar coagulación básica a todas las chicas trans que vayan a iniciar la THC. El estudio de hipercoagulabilidad solo se solicitará si existieran antecedentes familiares de enfermedad vascular precoz. **3b)** Se conoce que los efectos secundarios a corto plazo son poco frecuentes. Entre ellos, los más comunes son la aparición de cefaleas, las alteraciones del estado de ánimo, las modificaciones del perfil lipoproteico (aumento de colesterol total, HDLc y triglicéridos) y la reducción de la talla final. **4b)** La vía de administración más usada es la intramuscular no la oral. La alteración de la función hepática es poco frecuente con el uso de la vía IM o subcutánea. El impacto del tratamiento prolongado con andrógenos exógenos sobre la fertilidad es incierto, aunque la fertilidad podría estar reducida. **5d)** Todas las opciones son correctas. **Mesa de Actualización I. Transexualidad: situación actual. El interés superior del adolescente ante la ley 4/2023, “para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI”:** **1c), 2a), 3c).** **Fiebre, alteración del comportamiento y síndrome constitucional: 1c)** La afectación del sistema nervioso central es frecuente en el lupus pediátrico. **2b)** Más del 90 % de los pacientes con LESp muestran ANA positivos al debut de la enfermedad. **3a)** Se recomienda el uso de hidroxiquina en todos los casos de LESp. **Manejo de los trastornos de la conducta alimentaria en primaria; detectar, derivar y acompañar: 1a) , 2d), 3e).** La a) es falsa porque la etiología es desconocida. La b) es falsa porque la prevalencia está infraestimada, siguiendo los criterios del DSM5. La c) es falsa porque el test de SCOFF evalúa la pérdida de peso en los últimos tres meses. La d) es falsa porque la AN es más prevalente en la raza blanca y la BN en la raza negra. **Control y problemas ortopédicos del adolescente: 1a), 2e), 3a), 4c), 5d).** **Mesa de Actualización II. Alimentación y descanso, los cimientos de una vida sana. Hipercolesterolemia en la adolescencia: 1a)** Si los niveles de C-LDL son  $\geq 190$  mg/dL, obtenidos en dos determinaciones consecutivas con un intervalo de 2-3 meses, las probabilidad-

des de hallar una mutación causal de hipercolesterolemia familiar (HF) son muy elevadas, sin embargo, si las  $\geq 160$  mg/dL aisladas no lo sospechas, lo sospecharás si el paciente tiene antecedentes de historia de ECV en familiares (hombres  $< 55$  años, mujeres  $< 60$  años) o hipercolesterolemia familiar indicaría una alta probabilidad de ser portador de una mutación causal de HF. Ante cifras C-LDL  $\geq 130$  mg/dL (considerado como elevadas) por sí sola no es sospechoso de hipercolesterolemia familiar, solo lo sospecharemos si uno de los progenitores presenta un diagnóstico genético de HF. El tratamiento con corticoides puede elevar las cifras de colesterol, no sospechando en este caso que se trate de un caso de HF. **2c)** Es debida a un defecto de la capacidad de unión e internalización de las partículas de LDL, generalmente causado por mutaciones en los dos alelos del receptor de LDL -*LDL*- (85-90 %). Asimismo, se han identificado mutaciones en alelos de otros tres genes secundarios: *APOB* (5-10 %), *PCSK9* (1-3 %) y *LDLRAP1* ( $< 1$  %, que codifica la proteína adaptadora 1 del receptor de LDL). **3e)** Las estatinas deben ser incluidas entre los potenciales fármacos de primera línea por la experiencia adquirida en los últimos años sin afectación del crecimiento ni del desarrollo puberal. Los objetivos de tratamiento recomendados son un C-LDL plasmático  $< 135$  mg/dL a partir de los 10 años y  $< 100$  mg/dL en pacientes con riesgo cardiovascular asociado como diabetes tipo 1. En niños más pequeños el objetivo es la reducción del 50 % del basal de C-LDL sin tener que llegar a cifras por debajo de 135 mg/dL. En casos de HFHo el objetivo sería C-LDL  $< 115$  mg/dL. **Mesa de Actualización II. Alimentación y descanso, los cimientos de una vida sana. Sueño y salud en adolescentes: una relación complicada en el siglo XXI: 1b)** La relación entre el fraccionamiento del sueño en la adolescencia y las células gliales es un área de investigación que ha ganado interés en los últimos años. Las células gliales son un tipo de células del sistema nervioso que desempeñan diversas funciones de soporte y mantenimiento para las neuronas. Durante la adolescencia, se producen cambios significativos en el patrón de sueño, como una tendencia al fraccionamiento del sueño, es decir, a despertares más frecuentes durante la noche y una mayor dificultad para conciliar el sueño. Estos cambios pueden estar relacionados con procesos neurobiológicos en los que las células gliales podrían desempeñar un papel importante. Se ha encontrado evidencia de que las células gliales, en particular los astrocitos, están involucradas en la regulación del sueño y la vigilia. Estas células desempeñan funciones clave en la eliminación de desechos metabólicos del cerebro durante el sueño, lo que sugiere que podrían influir en la calidad y la duración del sueño. Además, los astrocitos están involucrados de manera importante en la regulación del sueño. Por lo tanto, existe una relación potencial entre el fraccionamiento del sueño en la adolescencia y las células gliales, especialmente los astrocitos. **2c)** Durante la adolescencia, hay un cambio significativo en el patrón del ángulo del sueño, que se refiere a la preferencia natural de los adolescentes por quedarse despiertos y acostarse más tarde en comparación con los niños más pequeños y los adultos. Este cambio en el patrón del sueño durante la adolescencia se conoce como “retraso del inicio del sueño” o “retraso del ritmo circadiano”. Hay varios factores que contribuyen a este cambio en el patrón del sueño durante la adolescencia que se inicia ya en la etapa prepuberal alrededor de los 8 años sin diferencia de sexo en esta etapa prepuberal. Además, los adolescentes tienden a tener horarios de sueño irregulares debido a las demandas académicas, sociales y extracurriculares, así como al aumento del uso de dispositivos electrónicos que pueden interferir con el sueño. Esto puede llevar a un mayor retraso en la secreción nocturna de melatonina y menor exposición a luz natural durante la vigilia ocasionando un patrón de sueño más fragmentado y a una falta de sueño adecuado. Es importante tener en cuenta que este cambio en el patrón del sueño durante la adolescencia no es simplemente una cuestión de preferencia o comportamiento, sino que está influenciado por una combinación de factores biológicos, sociales y ambientales. La comprensión de estos factores puede ser importante para abordar los problemas relacionados con el sueño en los adolescentes y promover hábitos de sueño saludables. **3e)** La excesiva somnolencia diurna puede ser un síntoma de problemas de sueño en adolescentes, pero no necesariamente es un síntoma inicial en todos los casos. La somnolencia diurna excesiva puede ser causada por una variedad de factores, que van desde problemas de sueño subyacentes hasta factores sociales y de estilo de vida. En adolescentes, la somnolencia diurna excesiva puede ser indicativa de trastornos del sueño como la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas, la narcolepsia o simplemente una mala calidad del sueño debido a horarios irregulares de sueño, uso excesivo de dispositivos electrónicos antes de acostarse, o estrés y ansiedad relacionados con la escuela u otras preocupaciones. Es importante prestar atención a otros síntomas que puedan estar presentes junto con la somnolencia diurna excesiva, como dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche, ronquidos fuertes, movimientos inusuales durante el sueño, cambios en el estado de ánimo o dificultad para concentrarse durante el día. Estos pueden ser indicadores adicionales de problemas de sueño subyacentes en los adolescentes. **Taller sobre ginecología de la adolescencia: Respuestas correctas: 1e), 2d), 3d).** 1a) La secreción de FSH y LH se debe a la estimulación por la GnRH hipotalámica, no mediante pulsos. 1b) El endometrio responde a la producción hormonal ovárica con cambios proliferativos y, si hay ovulación,

secretores. 1c) En los ciclos anovuladores hay producción de FSH pero no de LH. 1d) Las alteraciones de la coagulación producen sangrados abundantes pero no irregularidad del ciclo menstrual. **1e)** La irregularidad de los ciclos en las adolescentes se debe a que el hipotálamo no es lo suficientemente sensible a la estimulación positiva de los altos niveles de E por lo que no se produce un aumento de LH a mitad del ciclo y por ello no habrá ovulación. 2a) La dismenorrea no aparece hasta que no se instauran los ciclos ovulatorios. 2b) Los leucotrienos están elevados en adolescentes que no responden al tratamiento con inhibidores de prostaglandinas. 2c) En la fase secretora se produce un aumento de la síntesis de prostaglandinas en el endometrio. **2d)** La dismenorrea primaria es debida a un aumento de la síntesis de prostaglandinas F2 o un cociente PGF2 alfa/PGE2 elevado que se produce en el endometrio en fase secretora. 2e) La endometriosis provoca dismenorrea secundaria. 3a) El preservativo es el método más utilizado, pero los adolescentes reconocen que no hacen un uso consistente del mismo. 3b) La píldora es el segundo método más usado, pero son frecuentes los olvidos. 3c) El anillo vaginal disminuye el riesgo de olvidos al ser necesario cambiarlo una vez al mes, pero no es muy popular entre adolescentes. **3d)** Los LARC (métodos anticonceptivos reversibles de larga duración) son especialmente adecuados para las adolescentes al no precisar la colaboración del usuario para ejercer su acción. 3e) El parche disminuye el riesgo de olvidos al ser necesario cambiarlo semanalmente, pero no es muy popular entre adolescentes. **Taller de urgencias en la adolescencia. Caso clínico 1. Niña de 14 años con palpitations: 1d)** Shock descompensado. **2b)** Debido a que los modelos *in vitro* demuestran que el **carbón activado** permite adsorber grandes cantidades de ADT su uso suele ser la conducta más generalizada al momento de contemplar las medidas de descontaminación. **3d)** El paciente presenta retención urinaria. **Caso clínico 2. Dolor torácico: 1c)** El signo de Hamman está presente en el 80 % de los casos de neumomediastino. **2d)** Las bandas de Mach: es un efecto retiniano que condiciona la presencia de una banda radiolúcida adyacente al contorno cardíaco, sin que se definan otros signos de neumomediastino o neumopericardio. **3b)** El tratamiento es básicamente conservador con analgésicos en algunas ocasiones se administra oxígeno de apoyo y tratamiento postural. **Caso clínico 3. Crisis asmática. ¿Por qué no mejora?: 1c)** Ante una crisis moderada se puede administrar el salbutamol en aerosol junto con bromuro de ipatropio. También sería una opción administrarlo con cámara de inhalación de 8-10 puff cada 20 minutos (3 tandas). **2e)** Las crisis leves que responden de forma incompleta o no responden se pasan a tratar como una moderada y se pueden tratar en el centro de salud. **Situación actual de la gripe y la COVID-19 en la población infanto-juvenil: 1e)** En efecto, todas las afirmaciones corresponden a la situación real de la vacunación de la gripe en edad pediátrica. **2a)** Algún estudio observacional ha descrito que los picos de mayor incidencia de gripe estacional se acompañan de clústeres de enfermedad meningocócica invasiva y meningitis infantil. Podría ser una consecuencia indirecta del estado de inmunocompromiso temporal que originan casi todas las viriasis respiratorias. **3b)** La inmadurez del sistema inmunitario de los niños, el cual, a través de una menor respuesta inflamatoria, haría un virus menos inmunopatogénico. **4e), 5c)** Los antígenos nuevos que se han propuesto son variados; nucleoproteína (NP), proteína M (matriz), proteína M2, tallo de la hemaglutinina o la neuraminidasa. Todos ellos exhiben una propiedad constante común que es la menor variabilidad evolutiva temporal de esos antígenos, se trata en todos los casos de antígenos muy conservados a lo largo de la variación del virus de la gripe.