

eritromicina. Todos los frotis control fueron negativos, excepto en dos pacientes, que recibieron mas tratamiento. No hemos encontrado complicaciones hasta la fecha.

La tasa de ataque en la población infantil fue de 0,708%, 1,017% en niños y 0,403% en niñas. de los 14 casos, 71,4%<sup>(10)</sup> eran niños y el 28,6%<sup>(4)</sup> eran niñas. Sólo en 4 casos, se encontró una probable fuente de transmisión escolar.

En nuestro trabajo, hemos encontrado una mayor prevalencia en menores de 5 años, con claro predominio en el sexo masculino y sin fuente evidente de contagio.

Por lo tanto, aunque la escarlatina es un proceso ya conocido desde hace bastante tiempo, el hecho de que su incidencia sea baja, puede llevarnos a no pensar en ella, dentro del cuadro de los diagnósticos diferenciales de los cuadros exantemáticos y cometer el error de encuadrarlo cómo exantemas víricos, que no recibirían tratamiento, con la posibilidad de diversas complicaciones en el curso de la enfermedad.

## Bibliografía

1 Salazar, V: Infecciones Estreptocócicas. En: Tratado de Pediatría. M. Cruz Hernández. Editorial Espaxs. 1994.7ª Ed. Vol. 1:509-519.

2 Kohler, W: Epidemiology and pathogenesis of Streptococcal infection. *Immun. Infekt.* 1992; **20**:92-98.

3 Behrman R: Infecciones estreptocócicas. En: Nelson Tratado de Pediatría. R.E. Behrman, R.M. Kliegman, W Nelson, V.C. Vaughan. Ed. Interamericana. 1993; 14ed, Vol.III:844-849.

4 Pichichero ME, McInn SE, Gooch WM, Rodríguez W, Goldfarb J, Reidenberg BE: Cefitibuten vs. penicillin V in group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1995; **14**(7suppl):102-107.

5 Boletín Epidemiológico de Castilla y León. 1996; Vol. 12:2-3.

6 Gunzenhauser JD, Longfield JN, Brundage JF, Kaplan EL, Miller RN, Brandt CA: Epidemic streptococcal disease among Army trainees, July 1989 through June 1991. *J Infect Dis* 1995; **172**:124-131.

7 Briko NI, Gureeva G, Kurnetsov AN, Katantseca EM, Finkel MP, Filatov NN, Eshchina As: The manifestations of a scarlatina epidemic process in a large city and their interpretation. (Abstract). *Zh-Mikrobiol-Epidemiol-Immunobiol.* 1994; **2**:57-62.

8 Li S.: A study on atypical scarlet fever. (Abstract). *Chung-Hua-Liu-Hsing-Ping-Hsueh-Tsa-Chih.* 1990; **6**:348-351.

9 Hamour A, Bonnington A, Wilkins EG: Severe community acquired pneumonia associated with a desquamating rash due to group A beta-haemolytic streptococcus.

B. Chiclana Hoyos, C. Garrido Colino,  
Mª J. Arconada Martín, I. Jimeno Díez

*An Esp Pediatr* 1998;48:104-105.

### Sr Director:

En la era prevacunación, el sarampión era una enfermedad epidémica con ciclos bienales en áreas urbanas. La mayoría de los casos sucedían en niños preescolares y escolares pequeños, pocas personas seguían siendo susceptibles después de la adolescencia.

La vacuna antisarampión se introdujo en España, en su forma monovalente en el año 1973. Su cobertura inicialmente fue baja. En 1981 se introdujo la vacuna triple vírica observándose una disminución en la incidencia de la enfermedad conforme fue aumentando la cobertura, alcanzándose en 1995 una reducción del 95% de los casos respecto a etapas prevacunales.

## El sarampión. Una enfermedad de la infancia que se desplaza a la adolescencia

En nuestra área el número de casos de sarampión notificados durante las primeras 13 semanas del año desde 1993 a 1995 fue un total de 40 casos en el distrito de Coslada. Durante el año 1996 se detectaron 91 casos en Coslada durante el mismo período; esto nos indica una frecuencia superior a la esperada tomando como referencia la media de los tres años previos.

A continuación describimos un brote de sarampión detectado en nuestra zona básica de Salud en 1996.

Se pidió a los coordinadores de los centros de Coslada que notificaran los casos de sarampión que acudían a las consultas de forma individualizada. Entre los datos que figuran en la declaración epidemiológica individualizada están edad, sexo, antecedentes de haber padecido la enfermedad, estado vacunal y colegio al que asiste el niño. Se recogieron algunas muestras de suero para su confirmación microbiológica.

Por otro lado, a los directores de las escuelas infantiles, cole-

Centro de Salud Valleaguado. Coslada. Madrid  
Correspondencia: Beatriz Chiclana Hoyos.  
Avenida de América 50. 28028 Madrid

Tabla I Distribución porcentual por grupo de edad

Grupos de edad	Coslada (1996) (n=114)	Area 9 (1992) (n=295)	M. Centinelas (91-94) (n=457)
< 2 años	13,1	18	25,8
2 - 5 años	13,1	29,6	26,3
6 - 10 años	14,9	42,2	28,4
11 - 15 años	36,0	8,1	9,0
> 15 años	20,2	1,7	4,6
Desconocidos	2,6	—	5,9

gios e institutos del distrito de Coslada se les envió una nota informativa recomendando la vacunación de personas susceptibles, incluyendo lactantes por encima de 6 meses de edad. En caso de detectarse algún caso en el colegio, se les facilitaba un cuestionario a todos los niños del aula que debían entregar debidamente cumplimentado junto con la fotocopia de la cartilla de vacunación.

El número de casos detectados hasta el 31 de mayo de 1996 fue de 114. Se obtuvo confirmación serológica en todas las muestras que fueron enviadas.

La edad media de los casos fue de  $10 \pm 6,6$  años con una moda y una mediana de 13 años. En menores de 15 meses aparecieron 8 casos (9,8 %) y por tanto, casos no previsibles.

Respecto al sexo un 52% eran varones y un 48% eran mujeres, por lo que no se encontró diferencia significativa entre ambos.

Respecto al estado vacunal, presentaron fotocopia de la cartilla de vacunación el 39,3 % de los casos, de los cuales habían recibido una dosis de vacuna el 21,5 % de los mismos.

La edad media de presentación de los casos es superior respecto a brotes ocurridos en años previos en la Comunidad de Madrid (Tabla I).

El control efectivo del sarampión, que permitirá su futura erradicación, requiere la identificación e inmunización de todas las personas susceptibles. Por tanto, a los 12 años de edad los niños deben haber recibido dos dosis de vacuna de virus vivos según recomienda la Academia Americana de Pediatría.

## Bibliografía

- 1 Vacunaciones sistemáticas. Vacuna triple vírica. Manual de vacunas en Pediatría. Comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría. 1ª edición. EGRAF,SA. 1996:86-106.
- 2 Sarampión. En Peter G, Halsey N, Marcuse EK, Pickering LK. Red Book. Enfermedades infecciosas en Pediatría. Informe del Comité de enfermedades infecciosas de la American Academy of Pediatrics. 23ª edición. Editorial Médica Panamericana SA.1996:422-437.
- 3 Yvonne Maldonado. Sarampión. En Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson WE. Tratado de Pediatría 15ª edición. McGraw-

A. Nacher Fernández\*, C. González Miño\*, R. Monferrer Guardiola\*\*, L. Baquero Toledo\*

*An Esp Pediatr* 1998;48:105-106.

*Sr. Director:*

Los factores de riesgo social son características socioeconómicas, familiares y culturales que pueden asociarse a una mayor probabilidad de tener un problema de salud. De alguna manera, los indicadores de riesgo social pueden "predecir" un acontecimiento negativo en salud<sup>(1,2)</sup>. Si a una etapa crítica del desarrollo vital, como es la adolescencia, le añadimos factores de riesgo social, fácilmente nos podemos encontrar con una problemática que precise de una intervención multidisciplinar. Con

## Adelgazamiento en un adolescente de riesgo social

el objeto de reflexionar acerca de lo importante que puede ser el considerar los factores de riesgo social en la práctica clínica diaria presentamos este caso clínico.

### Caso clínico

Se trata de un varón de 14 años que acompañado de su madre, consulta por dolor abdominal y vómitos de dos meses de evolución. La estructura y relaciones familiares quedan reseñados en el genograma (Fig. 1). Como indicadores de riesgo social destacamos la separación de los padres hace más de 10 años y el abandono del hogar del nuevo compañero de la madre, con el que convivió durante 8 años, por problemas relacionados con el adolescente objeto del estudio. Entre los antecedentes personales del paciente, destacar que es fumador de un paquete de ci-

\*Centro de Salud Barranquet. \*\*Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Castellón.  
Correspondencia: Amalia Nacher Fernandez. C/ Larga s/n. Grupo Perpetuo Socorro. 12005, Castellón.