

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^(1,2). 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.

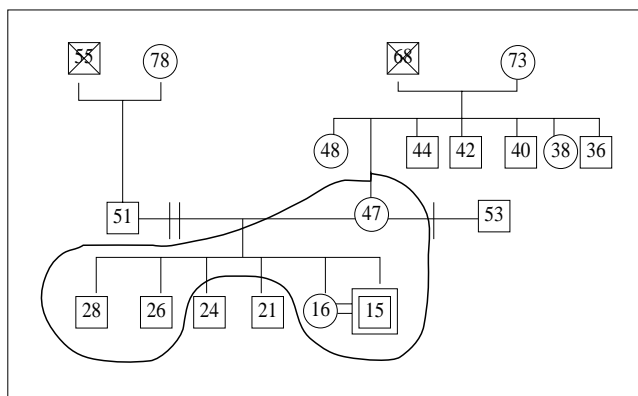


Figura 1. Genograma. La línea continua enmarca núcleo familiar.

garrillos al día, alérgico a las sulfamidas y que está correctamente vacunado, incluyendo la vacuna de la hepatitis B. El resto de antecedentes no son contributivos. En la exploración se constata un peso de 49,5 kg. (P25), talla de 170 (P75) y tensión arterial de 90/50 mmHg. No se objetivan signos de venopunción y su aspecto es triste. Objetivamos una pérdida de peso de 6 kg en el último año. Ante la sospecha de consumo de tóxicos se entrevista al paciente por separado quien lo niega. En el Centro de Salud se solicita genograma, urocultivo, sedimento, Mantoux, tránsito digestivo alto y glucemia que resultan normales. Se pide también un análisis de tóxicos en orina. Antes de obtener los resultados de este último, el paciente acude al Servicio de Urgencias del hospital de referencia donde se le cita a las consultas externas del mismo en un breve espacio de tiempo. Allí se solicitan otras pruebas complementarias incluyendo hormonas tiroideas, coprocultivo, serología de lúes, VIH, VHC, herpes, CMV, ecografía hepatobiliar y pancreática y radiografía de tórax y abdomen resultando todas ellas normales. HBs anti+. Transaminasas discretamente elevadas con cifras de GOT de 86 U/l y GPT de 36 U/l. Se pauta tratamiento ansiolítico.

Mientras está siendo estudiado en el hospital, nos llegan al Centro los resultados del análisis tóxicos en orina que son positivos para opiáceos, anfetaminas y benzodiazepinas. Nos ponemos en contacto con el hospital y con la trabajadora social para abordar el tratamiento de forma conjunta. El paciente y su madre son derivados a la Unidad de Salud Mental de referencia, se siguen controles en Atención Primaria y el joven queda pendiente de iniciar actividades en escuela taller.

Comentario

El adolescente puede experimentar con drogas o consumirlas regularmente por muchos motivos: aburrimiento, ansiedad, tensión, inadaptación... A ello están abocados con más frecuencia adolescentes con factores de riesgo social⁽⁴⁾. Una encuesta realizada en 1986 en Cataluña a jóvenes de 15 a 29 años, nos revela que un 0,6% han tomado cocaína y un 0,2% heroína en los últimos treinta días. En una encuesta realizada a alumnos de tercero de BUP, un 20,9% refirieron consumo de drogas no institucionalizadas⁽⁶⁾. También un 22% de los escolares de octavo de EGB dicen tener amigos que han probado drogas no institucionalizadas⁽⁷⁾. En EE.UU. un 80-90% de los adolescentes han tomado algún tipo de fármacos con fines no médicos⁽⁴⁾.

Por todo ello, debemos pensar en consumo de tóxicos como una de las causas de adelgazamiento en un adolescente de riesgo. La determinación de tóxicos en orina es una prueba sencilla y económica que nos puede orientar y ahorrar en otras determinaciones.

Desde la Atención Primaria tenemos una situación privilegiada para detectar factores de riesgo, orientar casos e iniciar intervención multidisciplinar.

Bibliografía

- 1 Burgos Varo, ML; Orientación de los Servicios de Atención Materno-Infantil a grupos de riesgo social. Experiencias desde un Centro de Salud. *Revista de Trabajo Social y Salud* 1994; **10**:9-26.
- 2 Informe Técnico nº1; Importancia del concepto de riesgo en Salud Materno-Infantil: una aproximación a partir del programa de vacunaciones en Andalucía. E.A.S.P., 1989.
- 3 Willis, D.; Desarrollo psicosocial. En: Schwartz W, Charney E.B., Curry T.A, Ludwig S.; Manual de A.P. en pediatría 28 Ed. Madrid: Ed. Mosby, 1994:86-88.
- 4 Sargent J. Alcoholismo y drogadicción. En: Schwartz MV, Charney EB, Curry T.A, Ludwig S. Manual de A.P. en pediatría. 2ª ed. Madrid: Ed. Mosby, 1994:768-775.
- 5 Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, encuesta sobre drogodependencias. Barcelona, 1986.
- 6 Campins Martí, M.; Gasch Blasi, J.; Hereu Boher, P.; Roselló Urgell, J.; Vaqué Monfort, J.; Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas. Encuesta de prevalencia. *An. Esp. Pediatr.* 1996; **45**:475-478.
- 7 Villalbi, JR.; Nebot, M.; Ballestín, M.; Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med. Clin.* Barcelona 1995; **104**:784-788.