

la conducta alimentaria donde la autoinducción al vómito puede provocar raras ingestas. El vómito se logra habitualmente mediante la colocación de un dedo o un cuerpo extraño en la hipofaringe, pudiendo ser tragado de forma accidental y requiriendo extracción endoscópica o incluso quirúrgica. Por lo tanto, ante la ingesta de un cepillo dental, es recomendable una consulta psiquiátrica por la probabilidad de que exista un trastorno subyacente.

Aunque descritos en la literatura médica, son muy raros los casos en los que el mismo episodio pueda repetirse, sobre todo cuando se ha realizado un diagnóstico correcto y la paciente ha empezado a ser debidamente controlada en una consulta especializada.

### ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COMO CAUSA DE DISFAGIA EN EL ADOLESCENTE

D. Pascual-Vaca Gómez, M. García Martín, F. Argüelles Martín, F. Ramírez Gurruchaga, A. González-Meneses González-Meneses y J. González-Hachero

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

**Objetivo:** Resaltar la esofagitis eosinofílica como una causa más que hay que tener en cuenta en el diagnóstico de la disfagia en el adolescente. Presentamos 3 casos de esofagitis eosinofílica (EE) diagnosticadas en el año 2005 en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

**Material y métodos:** Consideramos datos epidemiológicos, clínica, pruebas complementarias y evolución con tratamiento.

1. Adolescente de 14 años con rinitis alérgica. Desde los 12 años, disfagia a sólidos y recientemente a líquidos con sensación de estancamiento del bolo alimenticio que mejora tras el vómito. Eosinofilia periférica 10%. RAST IgE positiva a trigo, cacahuets y neumalérgenos. Endoscopia: mucosa con estricciones longitudinales y zona plana redonda con receso pseudodiverticular en extremo inferior. AP: edema de mucosa a expensas de eosinófilos (> 20 eosinófilos por campo de gran aumento) que confirma diagnóstico de EE.

2. Adolescente de 12 años con regurgitaciones de lactante. Con 10 años de episodios de parada del bolo alimenticio catalogados de descoordinación faringoesfinteriana e hipotonía esofágica (estudio manométrico). Presenta disfagia recidivante y episodio de atoramiento con la ingesta de bocadillo. Eosinofilia periférica (10%). Endoscopia: mucosa sangrante y cuarteada con bola de estaño retenida en el tercio medio esofágico. Ap: intenso edema por eosinófilos (> 20 eosinófilos por campo de gran aumento).

3. Niño de 14 años con antecedentes personales y familiares de asma extrínseca remitido por sospecha de EE. Disfagia a sólidos. Eosinofilia periférica (16%) RAST IgE sérica 840 U/ml, pruebas cutáneas positivas a neumalérgenos y colorantes alimenticios. Mucosa abollonada con manchas blancas difusas y pliegues longitudinales en endoscopia. AP: edema inflamatorio por eosinófilos (> 20 eosinófilos por campo de gran aumento).

**Resultados:** Los casos fueron tratados con corticoides inhalados (2;3), propionato de fluticasona y montelukast (1,2) junto con medidas de eliminación dietética y ambiental.

**Conclusiones:** Al aumentar las enfermedades alérgicas y las manifestaciones atópicas parecen describirse más EE. Los casos tienen un pico de incidencia entre los 10 y los 15 años con predominio de varones. El síntoma principal es disfagia a sólidos e impactación alimenticia. En manometría puede existir dismotilidad. Diagnóstico por endoscopia digestiva alta con imágenes sugestivas y biopsia con recuento de eosinófilos con esófago medio y proximal. La EE debe por tanto tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la disfagia del adolescente.

### ESTUDIO BÁSICO DE SALUD PARA ADOLESCENTES

I. Junco Torres, M.T. Benítez Robredo, P. García Crespo, R. García Neveo, E. Magnani Pérez y A. Miguel García

Equipos de trabajo del Programa Infanto-Juvenil de los Centros Madrid Salud. Madrid. España.

**Introducción:** El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid realiza un Estudio Básico de Salud (EBS) dirigido a toda la población de la ciudad de Madrid. El EBS pretende obtener una visión integral del individuo para conocer hábitos de salud, actividades preventivas realizadas previamente por el usuario, factores de riesgo y factores protectores, consta de una historia clínica común (HCC) y de unos protocolos específicos. En la adolescencia se realiza un protocolo específico para este grupo etario.

Los principales problemas de salud en la adolescencia son generalmente el resultado de comportamientos inadecuados que pueden conducir a accidentes, consumo de sustancias tóxicas, alteraciones de la alimentación, conductas sexuales con consecuencia de embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual (ITS).

**Justificación:** La mayoría de los problemas de salud que pueden padecer los adolescentes son evitables. La intervención preventiva específica en el ámbito tanto físico como psicológico y social, realizada por un equipo interdisciplinar se ha mostrado eficaz y rentable.

**Objetivos:** Mantener y mejorar la salud de los adolescentes desde una perspectiva integral.

**Población diana:** Población de 10 a 20 años de la ciudad de Madrid.

**Material y método:** Ante la demanda del usuario se le realiza la HCC y el protocolo específico del adolescente en el que se analizan las siguientes áreas: tipo de convivencia, relaciones familiares, amigos, ocio y tiempo libre, esfera emocional, imagen corporal y esfera sexual a través del protocolo que contiene diversos cuestionarios que pueden ser autoadministrados (ocio, amigos, Stai AR, Stai AE, Beck, escala de satisfacción corporal I-II, sexualidad, etc.). Tras la intervención se diseña un Plan de Actuación Personalizado y dependiendo de los factores de riesgo detectados se ofrecen los protocolos correspondien-

tes como: vacunación, mujer, programa para dejar de fumar, prevención de accidentes, etc.

**Resultados:** En el año 2005 se han realizado 3.335 atenciones individuales en los CMS, a adolescentes, el 98% han sido mujeres y se han efectuado preferentemente protocolos de mujer, anticoncepción poscoital y nutrición.

**Conclusiones:** La adolescencia es un período de la vida con grandes cambios y es importante realizar este tipo de intervenciones para dotar a los adolescentes de las herramientas adecuadas para mejorar su salud. Es necesario diseñar estrategias específicas para captar a la población masculina adolescente.

### ESTUDIO COMPARATIVO DEL EMBARAZO, PARTO Y CRIANZA EN UN GRUPO DE MADRES DE NIÑOS EN SITUACIÓN SOCIAL DE RIESGO

M.C. Brugera<sup>1</sup>, J.M. Asolo<sup>1</sup>, R. García<sup>1</sup>, M.T. Benítez<sup>1</sup>, M.R. López<sup>2</sup> y Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo del Ayuntamiento de Madrid<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid. Estudio financiado por el III Plan Nacional R&D del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. España.

**Introducción:** La maternidad constituye un momento de crisis, a la que es necesario adaptarse. Cuando las circunstancias sociofamiliares que rodean a la madre sean desfavorables, la adaptación será más difícil, afectando la relación madre-hijo.

**Objetivos:** Conocer semejanzas y diferencias durante el embarazo, parto y crianza, entre las madres inmigrantes y españolas en general, y en particular en las madres adolescentes que acuden al Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo (PANSSR) de centros Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid.

**Material y métodos:** La información se recogió a través de una encuesta a 238 madres atendidas en el PANSSR, con hijos menores de un año. Del cuestionario, se seleccionaron 29 ítems, que hacen referencia a la relación madre-hijo. Para la descripción y análisis multivariante de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.12.0.

**Resultados:** El 75,4% de las madres son inmigrantes y el 24,6% españolas; la edad media es de 25,8 ± 5,8 años.

Los factores de riesgo, por los que están incluidos en el PANSSR son: inmigración 66,8%; bajos recursos económicos 62,6%; madre sola 5,5%; falta de apoyo social 39,1%; madre adolescente 16%, de las cuales el 50% son españolas y el otro 50% inmigrantes; drogadicción 9,2%; otros 12,8%.

Los factores de riesgo madre adolescente y drogadicción, son más frecuentes en las madres españolas y la falta de apoyo social en las inmigrantes ( $p < 0,005$ ).

Encontramos, un mayor porcentaje en las madres inmigrantes de: tristeza en el embarazo, lactancia natural y uso de guarderías y un menor porcentaje de: sentir que sus hijos estén bien atendidos, sentir que juegan mucho con ellos y de reconocimiento paterno; la mayor parte de estas diferencias se mantienen en el grupo de madres adolescente.

**Conclusiones:** La situación de riesgo en las madres inmigrantes, de este estudio, está relacionada fundamentalmente con

la falta de apoyo social; mientras que en las españolas, con otros factores como la drogadicción y el embarazo en la adolescencia. No existen diferencias estadísticamente significativas en el control del embarazo y parto entre ambos grupos. Es en el período de crianza donde existen diferencias estadísticamente significativas.

Las madres inmigrantes de los niños incluidos en el programa, traen de su país expectativa de mejora; tienen muy bajo apoyo social y muy bajos recursos económicos especialmente en el grupo de madres adolescentes. En las madres españolas que acceden a este programa, existe un mayor porcentaje de adolescentes con antecedentes de toxicomanías en ellas o en sus parejas, provienen por tanto de situaciones marginales, con pérdida de expectativas en muchos casos. Estas diferencias son muy importantes a la hora de planificar las medidas de apoyo para cada grupo y sobre todo en la prevención.

### EVOLUCIÓN DE INDICADORES DIAGNÓSTICOS EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

M.I. Parra Martínez, P. Marín Orzanco, A. Sánchez García y L. García Regaño

Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. España.

**Objetivo:** Análisis cualitativo de la evolución de los indicadores diagnósticos observados en los talleres con adolescentes entre los años 1999 y 2006.

**Material y métodos:** Metodología activa y participativa. Modalidad: grupo formativo.

Población diana: dos grupos mixtos de adolescentes de primero de Bachillerato LOGSE y seis de tercero de ESO con una media de 25 voluntarios por grupo.

Sesiones con los adolescentes: 1.<sup>a</sup> Ser adolescente hoy; 2.<sup>a</sup> El adolescente en el grupo familiar; 3.<sup>a</sup> El adolescente en la escuela, la calle y la sociedad; 4.<sup>a</sup> Roles y sexualidad; 5.<sup>a</sup> Alimentación saludable y trastornos del comportamiento alimentario, y 6.<sup>a</sup> Proyecto integral del adolescente.

Sesión informativa para padres y profesores: en cada sesión participan una coordinadora y una observadora con formación en educación para la salud, metodología cualitativa y procesos correctores comunitarios.

Recursos metodológicos: trabajo por grupos, juego dramático, *collage*, lluvia de ideas, etc.

Análisis del proceso y la elaboración grupal y de la evolución de los indicadores en ese período.

**Resultados:** Los indicadores han evolucionado de la siguiente manera: persiste el interés por los valores de la sociedad de consumo posmoderna influenciados por los medios de comunicación. Mientras los primeros grupos mostraban gran conflicto con los vínculos familiares, este indicador se ha ido suavizando a lo largo de estos años mostrando así mismo menos interés por la sexualidad atribuible a una menor madurez emocional observada en este campo.

**Conclusiones:** El trabajo grupal permite hacer análisis del discurso del adolescente detectando sus inquietudes. La evolución de los grupos estudiados nos hace intuir una menor tendencia hacia las inquietudes sexuales propias de su edad cro-