

# Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz  
www.spapex.org

Vol. II - Diciembre 2005 - nº 4

## SUMARIO

### EDITORIAL PAG 2

### OPINIÓN

Una responsabilidad de todos. **PAG 4**

### NOTICIAS

Programa IV Jornada de Actualización de la SPAPEX. **PAG 7**

Nace Evidencias en Pediatría **PAG 8**

### ARTÍCULOS

Chupetes y hábito de succión del pulgar. Orientaciones para informar a los padres.

*Domingo Barroso Espadero. **PAG 9***

Estudio sobre prevalencia de hepatitis A en niños inmigrantes procedentes de Marruecos en una consulta de Pediatría de Atención Primaria.

*Julián Báñez Gutiérrez. José Luis Domínguez Carlos. **PAG 15***



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05  
ISSN: 1885-2483

*Editor:* Jaime J. Cuervo Valdés  
*Impresión:* Imprenta Rayego. Badajoz



No corren buenos tiempos para la Atención primaria y el futuro de la pediatría de Atención primaria se presenta cada vez más impreciso.

El problema grave que venimos padeciendo en estas semanas los profesionales sanitarios de los EAP de falta de sustitutos/suplentes, que lleva a la Administración a hacernos “doblar” consultas en plena época de pico máximo de demanda en pediatría (con procesos gripales, inicio de la bronquiolitis y demás,...) y/o a denegarnos los permisos oficiales de libre disposición, de formación o, incluso, para participar en los Grupos de trabajo “formales”, es un reflejo de la realidad preocupante en la que nos movemos y una “gota” más en un vaso que parece a punto de rebosar.

La falta de planificación y sobrecarga de trabajo, desigualdades en los incentivos, cupos elevados y población dispersa (casi el 50% de los pediatras mantienen cupos por encima de 1.200 niños; y entre aquellos con cupos más ajustados, cada vez son más los que tienen que desplazarse a varias localidades), imposibilidad de ausentarse de la consulta para actividades formativas y, a veces, para permisos oficiales; y una creciente demanda de atención sanitaria, insuficiente educación sanitaria y una accesibilidad mal-entendida (tanto por la población como por la propia Administración) conducen a una dependencia y uso excesivo de los recursos sanitarios y a un aumento del desgaste profesional.

El panorama general de la pediatría es todavía más incierto. Más aún si consideramos la edad media de los profesionales de los servicios hospitalarios de pediatría y la ausencia de un período de formación reglado de los MIR de pediatría por Atención primaria. Urge que la Administración se plantee de una vez por todas el modelo de atención pediátrica que quiere y planifique (a corto plazo ya) un incremento en las necesidades de pediatras, tanto en atención primaria como en hospitales.

¿Qué va a pasar en nuestra Comunidad Autónoma?: sólo forma 6 residentes de pediatría al año y, al menos, un 30% abandona nuestra región al terminar el período de formación; lo mismo va a ocurrir tras el proceso de consolidación de empleo -OPE-, pediatras que se van y no hay compañeros de otras regiones que vengan a Extremadura; nuevos hospitales comarcales pendientes de abrir, mientras en el resto se mantienen elevados porcentajes de interinidades o de posibles jubilaciones a corto-medio plazo. Estamos seguros que es posible formar algún pediatra más y necesario dar estabilidad y dignificar las condiciones laborales de la pediatría en nuestra Comunidad.

Igual que esperamos sea una realidad la rotación reglada de los MIR de pediatría por Atención primaria, la creación de Unidades docentes asociadas y la acreditación de pediatras tutores en Atención primaria. Este es un objetivo que, desde la SPAPex, esperamos alcanzar en el próximo año.

De otro lado, los retos de la Atención primaria para los próximos años son cada vez mayores y las exigencias de atención a la salud apasionantes. Desde el punto de vista epidemiológico, el escenario parece desplazarse de una “lucha” frente a las enfermedades infecciosas a un papel predominante de las enfermedades crónicas.

En pediatría, los avances científicos y tecnológicos, los resultados en salud pública y los cambios socio-culturales y familiares han provocado variaciones en la morbilidad prevalente que son evidentes y reales en nuestras consultas diarias. Así, la obesidad en la infancia se convierte en un asunto de salud pública de mayor relevancia que el control de enfermedades infecciosas mediante vacunación; y hay una demanda creciente sobre problemas crónicos de salud (asma, tdah, obesidad, prematuridad,...), discapacidad, trastornos en el desarrollo, problemas psico-sociales y de salud mental, inmigración y riesgo social, dificultades escolares, etc.



La mortalidad infantil ha disminuido de forma importante en nuestro país, pero la morbilidad en la edad pediátrica, simplemente, ha variado. Estos parámetros, incluso, van perdiendo validez como indicadores de salud en el niño y el adolescente y adquieren mayor relevancia otros como la calidad de vida relacionada con la salud o el concepto de necesidades “especiales” de atención de la Salud. Todo un reto para nuestro Sistema Sanitario Público.

Así, las actividades preventivas, la atención sociosanitaria, la promoción de hábitos saludables y la detección de grupos de riesgo (no sólo desde el ámbito biológico, también desde una perspectiva psíquica y social) se convierten, aún más, en actividades prioritarias de la atención pediátrica y subrayan el papel activo y relevante que el pediatra de Atención primaria debiera asumir en la coordinación y organización de la atención de la salud del niño y adolescente.

Sin embargo, la realidad es tozuda y nos demuestra día a día que se dan pasos en sentido contrario. Todos lo sufrimos; sólo falta asomarse estos días a la lista de distribución PEDIAP en internet para tener conocimiento de que nuestra realidad laboral y profesional es un mal endémico y preocupante de la situación de la pediatría de Atención primaria en nuestro país. Y de los pasos hacia atrás y desesperados de la Administración que, por otro lado, demuestra desganas por planificar el futuro y acometer una reflexión profunda sobre el modelo de atención a la Salud.

Cómo es posible entender que se nos exija aumentar las actividades programadas, realizar educación para la salud o tener participación

comunitaria, como se nos reclama como parte de nuestra actividad profesional propia de la atención primaria, a la vez que se nos pide mantener demora cero en la consulta, participar en la atención continuada o de urgencias, atender las consultas pediátricas de toda una Zona de Salud o hacer el seguimiento de problemas crónicos graves (algunos de ellos, cada vez más complejos); y a la vez se toman medidas como reducir la edad pediátrica, convertirnos en pediatras “consultores”, limitar nuestra formación continuada, no tener sustitutos ni salientes de guardia, desplazarnos a varios municipios,...

Son cada vez más las voces que reclaman una 2ª reforma de la Atención primaria en nuestro país; y nosotros nos sumamos a esta petición. Pero, también, demandamos una reflexión urgente sobre el modelo de atención pediátrica y el papel del pediatra de Atención primaria.

La pediatría en nuestro país precisa de un compromiso activo de todos. En nuestra Comunidad Autónoma somos un grupo pequeño, pero estamos y debemos seguir estando unidos. La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura necesita contar con el apoyo y la colaboración decidida de todos nosotros para mantenerse viva y dinámica; la finalización del proceso de consolidación de empleo -OPE- abre más posibilidades de participación activa. Los retos y tareas pendientes son muchos y apasionantes.

Ver el vaso “medio lleno” en vez de “medio vacío” o que el panorama resulte más gris y no tan negro es también posible. Otro día escribiremos una editorial más positiva.

***Juan J. Morell Bernabé***



## UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS

Antonio Jiménez Matas  
*Pediatra. Responsable Atención Especializada de la  
Dirección General de Asistencia Sanitaria.*

Todos somos conscientes de la importancia que supone para la adecuada práctica asistencial el disponer de un arsenal de medios diagnósticos suficiente que facilite la labor del médico, evitando errores y dilaciones. Resultará expresión de una medicina de calidad la utilización racional de tales medios, no tanto desde el punto de vista economicista, como desde la necesidad de obtener el mejor resultado, y el menor riesgo posible, para el paciente.

Este concepto, y hablamos de eficiencia, alcanza su máxima expresión en el caso de procedimientos donde se expone al sujeto a irradiación ionizante.

Los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes sobre los seres vivos, han sido estudiados con gran detalle desde hace muchos años y, por tanto, son bien conocidos.

Algunos efectos son previsible y, si se sobrepasa determinado umbral de dosis, se producen indefectiblemente en el sujeto irradiado (radiodermatitis, alopecia, cataratas radioinducidas, esterilidad, etc...).

Otros efectos son imprevisibles y, aún careciendo de umbral, la probabilidad de que aparezcan es proporcional a la dosis recibida, de modo que existe un incremento lineal constante del riesgo con el aumento de las dosis. Así, una parte indeterminada de las mutaciones genéticas y de las neoplasias malignas pueden atribuirse a inducción estocástica por la radiación natural de fondo.

Actualmente, la relación entre radiación y cáncer sigue siendo un asunto muy debatido. En base a determinadas observaciones, se ha calculado el riesgo general de padecer cáncer en un 25% y se ha determinado que se incrementa en un 10% al recibir una dosis única de radiación ionizante de 1 Sv., ascendiendo al 15% cuando consideramos el grupo de edad inferior a los 10 años.

Debemos tener presente que, en nuestro país, una tercera parte de la dosis media anual de radiación de fondo recibida por cada sujeto (1,1 mSv. s/3,2 mSv.) proviene de fuentes artificiales, y de ella, el 90% deriva de exposiciones por radiodiagnóstico.

El incremento de riesgo por la exposición a estudios radiológicos no parece ser muy significativo cuando, desde un punto de vista individual, se estima que el riesgo adicional de cáncer por la práctica de una radiografía es de 1/1.000.000 y el de una Tomografía Computarizada, por ejemplo de abdomen, llegue a suponer un incremento de 1/2.000.

Es por ello que, dado que las dosis recibidas actualmente en procedimientos diagnósticos son muy pequeñas, la mayoría de los expertos opina que, para un caso concreto, el riesgo es ampliamente bajo en comparación con los beneficios de la información que se obtiene de un proceso de imágenes.

Sin embargo, el desarrollo de métodos diagnósticos cada vez más complejos ha dado lugar a que exploraciones con altas dosis de irradiación, relativamente infrecuentes, como la Tomografía Computarizada (TC) y las pruebas con bario, sean las que contribuyan principalmente a la dosis colectiva de una población. De hecho, en el caso de la TC, aún significando sólo un 10% del conjunto de la radiología realizada, supone el 65% del total de la dosis colectiva de irradiación.

Y dadas las circunstancias sociodemográficas, cuando se considera el formidable incremento en el número de estudios anuales practicados a la población general, este factor de riesgo individual, casi despreciable, se convierte en estadísticamente significativo, por lo que hoy se admite que la irradiación diagnóstica con fines médicos supone un riesgo de Salud Pública.

En la tabla siguiente se pueden observar las dosis efectivas características de determinadas exploraciones practicadas rutinariamente en nuestro medio.


**DOSIS EFECTIVAS CARACTERÍSTICAS (1) EN EXPLORACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO (2)**

Procedimiento diagnóstico	Dosis efectiva mSv	N <sup>o</sup> equivalente de radiografías de tórax	Tiempo equivalente aproximado de radiación de fondo natural (3)
<b>Radiografías</b>			
Extremidades y articulaciones (excepto cadera)	<0.01	<0.5	<1.5 días
Tórax P-A	0.02	1	3 días
CRÁNEO	0.07	3.5	11 días
CADERA	0.3	15	7 semanas
COLUMNA TORÁCICA / PELVIS	0.7	35	4 meses
ABDOMEN SIMPLE	1.0	50	6 meses
COLUMNA LUMBAR	1.3	65	7 meses
ESOFAGOGRAMA	1.5	75	8 meses
TC CRANEAL	2.3	115	1 año
UROGRAFÍA IV	2.5	125	14 meses
ESÓFAGO-GASTRODUODENAL / TRÁNSITO INTESTINAL	3	150	16 meses
ENEMA OPACO	7	350	3.2 años
TC DE TÓRAX	8	400	3.6 años
TC DE ABDOMEN O PELVIS	10	500	4.5 años
<b>Gammagrafías</b>			
RENAL (TC <sup>99M</sup> ) / TIROIDEA (TC <sup>99M</sup> )	1	50	6 meses
ÓSEA (TC <sup>99M</sup> )	4	200	1.8 años

- 1 Suma ponderada de las dosis que reciben diversos tejidos corporales, en la que el factor de ponderación de cada tejido depende de su sensibilidad relativa al cáncer inducido por la radiación o a efectos hereditarios graves. Con ello se obtiene una estimación de dosis única, que guarda relación con el riesgo total debido a la radiación, al margen de cómo se distribuya la dosis de radiación por el cuerpo. Las D.E.C. de algunas técnicas habituales en radiodiagnóstico oscilan entre el equivalente a 1 ó 2 días de radiación natural de fondo (0,02 mSv en el caso de una radiografía de tórax) y 4,5 años (caso de la TC de abdomen).
- 2 Estimaciones basadas en estudios realizados por la Junta Nacional de Protección Radiológica Británica<sup>(3)</sup> en la década de los años 90. Dichos datos pueden ser extrapolados al resto de la UE si tenemos en cuenta que la dosis media anual de radiación de fondo en casi toda Europa se encuentra en el espectro de 1-5 mSv.
- 3 National Radiological Protection Board. «Board statement on diagnostic medical exposures to ionising radiation during pregnancy and estimates of late radiation risks to the UK population». Documents of the NRPB 1993; 4: 1-14.



La Comisión Internacional de Protección Radiológica, organismo creado en 1928, establece los principios y normativa básicos a nivel internacional, ofreciendo recomendaciones tendentes a una progresiva disminución de la dosis máxima permisible para pacientes y personal profesionalmente expuesto.

Esta continuada reducción de los límites no se debe tanto a una evidencia positiva del daño que producen las radiaciones sino más bien a una aplicación progresiva del principio de cautela sobre la base del conocimiento de la incertidumbre y, a la vez, evidente aumento del número de individuos expuestos (concepto **ALARA** -As Low As Reasonably Achievable-).

Durante los últimos años se ha producido un clima de especial sensibilización en el entorno de la Pediatría a partir de la aparición de diversas publicaciones que establecen una relación contrastada entre irradiación y cáncer a niveles de radiología diagnóstica convencional y Tomografía Computarizada, incrementándose la incidencia de forma ostensible cuando la irradiación se produce por debajo de los 10 años (y progresando conforme se aproxima al período neonatal), la cual parece relacionada con el mayor potencial de vida, alta capacidad mitótica y especial sensibilidad, en la edad infantil, de algunos órganos como tiroides, mama y gónadas.

Con dichas premisas, entre las medidas aprobadas en el Consejo Extraordinario de Gobierno de la Junta de Extremadura de 2005 figura el PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LAS DOSIS DE RADIACIÓN DIAGNÓSTICA QUE RECIBEN LOS NIÑOS EN EXTREMADURA, con el objetivo de disminuir el incesante incremento de pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes, a veces escasamente justificadas, a que son sometidos los niños en nuestra Comunidad Autónoma.

El diseño, la ejecución y puesta en marcha de dicho programa fue encomendado, por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo, al Servicio Extremeño de Salud, encargándose de tal cometido la Subdirección de Atención Especializada de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

El Programa pretende estimular el establecimiento de distintas medidas encaminadas a conseguir paliar, en lo posible, dichos efectos, y que fundamentalmente pueden ser encuadradas en los siguientes aspectos:

1.- Optimización de Irradiación en Radiodiagnóstico, aspecto dirigido a profesionales

directamente implicados en el proceso diagnóstico y técnico.

2.- Racionalización de la indicación de Estudios Radiológicos, cuyos destinatarios fundamentales son los clínicos.

3.- Implantación de Tarjeta CRIE (Control Radiológico Infantil de Extremadura), con el fin de cuantificar cronológicamente los estudios realizados al paciente.

4.- Información a usuarios y población general, imprescindible para conseguir, evitando un clima injustificado de alarma, la progresiva sensibilización social en relación a los riesgos potenciales de la radiación.

Según previsiones del S.E.S., la puesta en marcha del Programa se realizará a lo largo del primer trimestre de 2006, proyectándose la organización, en colaboración con la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, de talleres de formación e información específicas sobre radioprotección, dirigidos a profesionales, a desarrollar en las distintas Áreas de Salud. Por otra parte, se desea informar directamente sobre el Programa a profesionales implicados (pediatras, médicos generales, médicos de urgencias, radiólogos, TER y personal sanitario de los servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear).

Para lograr estos fines, el SES espera contar con el apoyo y colaboración de sus profesionales, y especialmente de los pediatras de Atención Primaria, dada su especial situación entre los profesionales implicados en la prescripción de estudios de radiodiagnóstico a la población infantil, al ser los interlocutores que mayor influencia pueden ejercer sobre la población diana y sus padres o tutores.

Por nuestra parte, deseamos que, dada la trascendencia del proyecto, tenga una buena acogida y que contribuya, en la medida de lo posible, a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria entre la población extremeña.

*Cartas* Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

**FORO Pediátrico**

Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón, 21. BADAJOZ  
Por e-mail: [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)





**10-11 de Marzo de 2006. IV Jornada de Actualización de la SPAPEX.  
Plasencia.**

## **PROGRAMA**

### **Viernes, 10 de marzo de 2006**

- **20,00** horas: Conferencia y Acto Inaugural
- **21,00** horas: Cóctel de Bienvenida

### **Sábado 11 de marzo de 2006**

- **9,30** horas: Recogida de documentación.
- **10,00** horas: **MESA 1. Programa de Atención de la Salud infantil y del adolescente**
  - \***Detección precoz de los Trastornos del Espectro Autista. Utilidad del “Chat adaptado”.**  
Ana Clara Alonso Franco  
*Psicóloga del Centro APNABA (Asociación Padres de Niños Autistas de Badajoz)*
  
  - \***Dificultades en el aprendizaje: prevención, detección precoz e intervención.**  
M<sup>a</sup> José Álvarez Gómez  
*Pediatra. Centro de Salud Mendillorri (Navarra)*
  
- **12,00** horas: Pausa. Café.
- **12,30** horas: **MESA 2. Programa de Atención de la Salud infantil y del adolescente**
  - \***Maltrato infantil: detección precoz y notificación de casos y promoción del buen trato**  
M<sup>a</sup> José Amor Muñoz  
*Psicóloga. Jefa de Sección de Centros y Programas  
Dirección Gral. de Infancia y Familia.  
Consejería de Bienestar Social (Junta de Extremadura)*  
José Antonio González Fuentes  
*Psicólogo. Técnico  
Dirección Gral. de Infancia y Familia. Consejería de Bienestar Social (Junta de Extremadura)*
  
  - \***¿Cuál es el papel del pediatra de Atención primaria en la prevención de embarazos no deseados y en el abordaje de la sexualidad en el adolescente?**  
M<sup>a</sup> Teresa Peinado Rodríguez  
*Médico. Centro de Orientación y Planificación Familiar de Badajoz  
Diplomada superior en Salud sexual y reproductiva*
  
- **14,15** horas: COMIDA DE TRABAJO.
- **16,30** horas: Asamblea Ordinaria de la SPAPex.
- **17,30** horas: **MESA 3. Programa de Atención de la Salud infantil y del adolescente**
  - \***Programa de Actividades preventivas en Prematuros <1.500 grs.**  
Carmen Rosa Pallás Alonso  
*Pediatra. Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre (Madrid).*
  - \***Programa de Atención de la Salud del niño con Síndrome de Down**  
Antonia Fernández León  
*Pediatra. EAP Plasencia II (Cáceres)*
  
- **19,00** horas: **Acto de clausura**



## NACE “EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA (TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS BASADAS EN LAS MEJORES PRUEBAS CIENTÍFICAS)”

La revista *Evidencias en Pediatría (Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas)* es una nueva publicación electrónica que nace para ocupar un hueco aún no cubierto en el contexto de la publicación científica pediátrica en español, el de las Publicaciones Secundarias (PS) *on-line*.

En la revista *Evidencias en Pediatría* se identifican diferentes secciones, tal como se explica en detalle en la *web* (<http://www.aepap.org/EvidPediatr/estructura.htm>). La sección más importante y original es la referida como “Valoración crítica de artículos”, que sigue las normas de las PS:

-en primer lugar, se selecciona los mejores y más relevantes artículos clínicos de las revistas que han demostrado tener más probabilidad de contener información válida y útil para la práctica clínica diaria del pediatra; se han añadido algunas revistas más en español por decisión consensuada de todo el Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia (GT-PBE), de manera que, en total, se revisan trimestralmente 22 publicaciones biomédicas (14 pediátricas y 8 generales), sin excluirse que se pueda incluir algún artículo de otra publicación biomédica que sea relevante para la clínica pediátrica habitual. Cada miembro del GT-PBE es revisor de alguna(s) revista(s) y realiza una prevaloración de los artículos de mayor interés en base a la escala ESE-ARTE (**E**scala de **S**elección de **A**rtículos sobre **E**videncias).

-los artículos con mejor puntuación en la escala ESE-ARTE, son evaluados por una pareja de miembros del GT-PBE, de forma independiente. Se realiza una valoración crítica (resumen estructurado y comentario crítico), y con el fin de homogeneizar este apartado se sigue un esquema o VARA (**V**alidez, **R**elevancia y **A**plicabilidad) metodológica, previo análisis de la justificación y limitaciones del estudio. La VARA metodológica seguirá las recomendaciones del grupo EBMWG de la Universidad de McMaster y del grupo CASP de la Universidad de Oxford, para cada uno de los tipos de artículos (tratamiento/ prevención, diagnóstico, pronóstico, efectos adversos, evaluación económica, etc).

Se establece un riguroso circuito de comunicación entre revisores y miembros del Comité Científico de *Evidencias en Pediatría*, resumidos en ocho pasos que se pueden consultar en extenso en la revista (<http://www.aepap.org/EvidPediatr/estructura.htm>). Los resultados se publican en la *web* de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), lo que facilita el rápido y fácil acceso. Hay que tener en cuenta que tanto las *web* de la AEPap, así como de la Asociación Española de Pediatría (AEP), están entre los primeros puestos en cuanto a visitas y calidad de su información. La utilización de las revistas electrónicas se ha convertido en un recurso muy importante para mantener actualizada la práctica del pediatra; su ventaja sobre las homónimas en papel es debido a la rapidez en el proceso de edición y distribución. En el caso de las PS, el factor tiempo es más importante todavía, ya que se cuenta con el decalaje obligado entre la edición del artículo primario y la aparición de la PS, por lo que se ha de intentar acortar al máximo los tiempos de publicación de los comentarios. En este sentido la revista electrónica constituye el medio ideal para las PS.

La nueva PS que aparece este mes quiere contribuir al uso más eficiente de la literatura biomédica para tomar decisiones sobre el cuidado de nuestros pacientes (recién nacidos, lactantes, escolares y adolescentes). La utilización de los nuevos recursos por los pediatras, tanto en el ámbito de la atención primaria como hospitalaria, contribuirá sin duda a una mejor formación y a una mayor satisfacción con la práctica diaria tanto por parte de los profesionales, como de los pacientes y sus familias. El conocimiento, para que pueda ser utilizado, ha de carecer de barreras de cualquier tipo para su difusión. Es por este motivo que *Evidencias en Pediatría* será una publicación electrónica gratuita y que nace con vocación de servicio dirigida a toda la pediatría de habla española, en la que tiene cabida todos los compañeros de España y Latinoamérica. No es en modo alguno un proyecto exclusivista ni cerrado: tanto desde la dirección como desde el GT-PBE estamos abiertos a cualquier tipo de colaboración, tanto en persona como con asociaciones profesionales que así lo deseen. **Bienvenidos a *Evidencias en Pediatría*.**





## CHUPETES Y HÁBITO DE SUCCIÓN DEL PULGAR. ORIENTACIONES PARA INFORMAR A LOS PADRES

Domingo Barroso Espadero  
*Pediatra. EAP "José M<sup>a</sup> Álvarez". Don Benito (Badajoz)*

### LO PRIMERO QUE SE DEBE CONOCER SOBRE EL TEMA

#### Hábito de succión (chupete, pulgar u otros dedos)

El hábito de succión que presentan los niños pequeños se debe a un reflejo natural que tenemos los seres humanos y que ya estaba presente en su hijo cuando aún se encontraba en el útero materno. Se trata de algo completamente normal, e incluso sano. No hay motivo para sentirse preocupado porque su hijo haga eso. El deseo de chupar está relacionado con la capacidad de supervivencia, ya que le permite alimentarse y crecer. También tiene otras funciones relacionales, porque en realidad, se trata, no sólo de una estrategia de la naturaleza para dotarnos de capacidades de adquisición de alimentos, sino también de un medio de contacto con el entorno y una forma de aprender cosas sobre el mundo que nos rodea, cuando somos pequeños.

Puesto que es un mecanismo reflejo, es fácil observar que permanece succionando, incluso después de haber terminado la toma, e incluso podremos apreciar en las primeras semanas, que succiona en cualquier momento que se le pone algo en la boca. Es un error frecuente interpretar esto como falta de aporte en la alimentación del niño.

Los bebés experimentan una sensación de seguridad derivada de la succión. Esta les relaja y tranquiliza. Debemos tener en mente que cuando un bebe, o un niño pequeño está realizando chupeteo continuo o succionando, esta obteniendo una sensación placentera, reconfortante, y proporcionadora de seguridad. Por este motivo, no se le debe forzar a interrumpir ese chupeteo. De hecho, este efecto relajante del chupeteo es tal que permanece mucho más allá de los primeros meses de vida, cuando el reflejo de succión ya no es necesario en su función nutricional.

De todas formas, todo tiene su punto de sentido común, y tampoco se debe interpretar que no se puede quitar del pecho a un lactante que lleva mucho tiempo mamando, por temor a causarles algún per-

juicio. Hay que comprender que, al tratarse de un mecanismo reflejo, un bebe puede quedarse "enchufado al pecho", succionando de forma interminable, incluso mucho rato después de haberse dormido, por la propia inercia del mecanismo reflejo que permite la succión. No hay ningún beneficio, del que prive usted a su hijo, por apartarlo del pecho en esa situación, que además puede resultar agotadora para usted (y a su hijo no le sirve de nada que su mamá se agote de forma innecesaria). Una posible excepción a esto sería la fase de establecimiento de la lactancia (los primeros quince días de vida), donde es importante que la succión al pecho sea a demanda.

La mayor parte de los niños abandona los hábitos de succión antes de los cuatro años, sin que se ocasionen daños permanentes.

### OTROS HÁBITOS PERJUDICIALES RELACIONADOS CON LOS ANTERIORES

#### Caries precoces de la dentición de leche: "Caries del biberón"

Muchos niños pequeños satisfacen el deseo de chupeteo, succionando continuamente un biberón o dando sorbitos repetidos y continuos de un vaso. Esto nunca es recomendable, aunque no suele resultar perjudicial si el contenido del recipiente utilizado es, simplemente agua. Si se trata de bebidas azucaradas, de zumos o de leche - biberones en el primer año de vida- ponen, entonces, a su hijo en una situación de alto riesgo de presentar caries de forma masiva en la dentición de leche.

Un escenario frecuente que pone a un niño en riesgo de desarrollar "caries del biberón", es, precisamente, la costumbre de usar un biberón para que se quede dormido succionando. Esta es una malísima costumbre que se debe desterrar.

Cuanto mayor tiempo tenga en la boca el recipiente utilizado para la succión y cuanto mayor sea el contenido en carbohidratos de la bebida que contenga, mas motivos para estar preocupados.



## **Daños y problemas a largo plazo motivados por las caries del biberón:**

Esta destrucción extensa de la dentición de leche puede causar serios problemas en la dentición definitiva. Hay que recordar que los dientes de leche están bastantes años en la boca, no sólo cuando somos niños pequeños. Durante mucho tiempo coincidirán en la boca del niño mayor, dientes de leche y dientes definitivos. Las "caries del biberón pueden" causar problemas en la alineación y en otros aspectos de la dentición definitiva.

## **POTENCIALES PROBLEMAS DERIVADOS DE ESTOS HÁBITOS**

### **EFFECTOS POTENCIALES, NEGATIVOS Y POSITIVOS, DEL HÁBITO DE USO DEL CHUPETE**

#### **Efectos sobre la salud dental:**

Las situaciones de succión enérgica y chupeteo continuado, tanto del chupete como del pulgar u otros dedos, son hábitos que pueden causar, como consecuencias, deformidades en la boca e impedimento el correcto alineamiento de las piezas dentarias. Esto es lo esperable en niños que están todo el día con el chupete en la boca, incluso cuando corren y juegan.

Si el hábito no es tan enérgico y se limita a algunas situaciones concretas del día, lo normal es que no cause ningún perjuicio permanente y que se consiga una correcta mordida, siempre que el hábito desaparezca antes del inicio de la erupción de los dientes permanentes (hacia los 6 años). En estos casos de succión menos vigorosa y más ocasional, prácticamente siempre va a ocurrir que el niño conseguirá una mordida correcta, si el hábito ha desaparecido antes de los 3 años.

En cualquiera de los casos, si el hábito aún se mantiene hacia los 6 años de edad, nos vamos a encontrar con una variada clase de problemas:

- Los dientes centrales inferiores se desvían hacia dentro, mientras que los dientes centrales superiores se separan y desvían hacia afuera.
- Se deforma y estrecha el techo de la boca.
- Las arcadas dentarias, inferior y superior, se desajustan y pierden la alineación correcta. Se producen las denominadas **mordidas** alteradas "**abierta**" o "**cruzada**". Cuanto más se prolongue en el tiempo el hábito de succión, mayor será este efecto deformante.

Chupete y lactancia materna. Interferencia y efecto sobre la duración de la lactancia al pecho:

El principal problema del uso del chupete parece consistir en causar dificultades en el periodo de instauración de la lactancia (dos o tres primeras semanas de vida). La introducción del chupete antes de finalizar este periodo puede reducir la motivación del bebe para lactar así como causar otros desajustes. No parece, sin embargo, que al uso del chupete durante la lactancia ya establecida se le pueda responsabilizar de abandonos precoces o de una menor duración de la lactancia materna.

### **Influencia del chupete en la frecuencia de infecciones del oído:**

Parece quedar demostrado que el uso del chupete constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otitis media. Sin embargo, hay que puntualizar que se trata de un factor de riesgo más entre otros muchos, y, desde luego, no uno de los más influyentes de entre todos los descritos.

La responsabilidad del uso del chupete en el aumento del número de episodios de otitis será mayor cuanto mas prolongado y frecuente sea el uso del mismo.

### **Chupete y Síndrome del Muerte Súbita del Lactante (SMSL):**

En la actualidad se apunta a que el chupete pudiera tener un efecto protector contra la aparición de casos de SMSL. Son varios los estudios que, recientemente, encuentran una asociación entre el uso del chupete y la reducción del riesgo de SMSL. Además de ello, NINGÚN ESTUDIO HA ENCONTRADO LO CONTRARIO: es decir, ningún estudio ha encontrado un riesgo aumentado de SMSL por usarlo.

En el momento actual, todavía no se puede afirmar con certeza total que el chupete sirva para prevenir el SMSL (ni mucho menos para recomendar que se use por este motivo), pero es importante saber que es a eso a lo que parecen apuntar las investigaciones sobre el tema.

#### **Efecto analgésico del chupete:**

El uso del chupete tiene demostrada su utilidad como una medida eficaz y simple de calmar a un niño pequeño en situaciones de intervenciones menores y procedimientos médicos ambulatorios, potencial-



mente dolorosos. Algunos ejemplos corrientes pueden servir de ejemplo: administración de vacunas, extracciones de sangre, curas etc.

### EFFECTOS POTENCIALES DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DEL PULGAR

Son similares a los debidos a los descritos para el uso prolongado del chupete. Sin embargo, en el caso del pulgar u otros dedos, también hay que tener en cuenta los daños en el propio dedo, como callosidades, úlceras e infecciones de heridas locales.

#### Succión del pulgar frente a hábito de uso del chupete ¿Qué puede ser más perjudicial?:

Los efectos sobre la dentición y formación de la boca no son muy distintos, dependiendo de si el objeto del chupeteo es el chupete o algún dedo del niño. Sin embargo las siguientes son diferencias entre ambas situaciones:

- El hábito de uso del chupete es mucho más fácil de interrumpir. Sobre el chupete, los padres siempre tendrán más control que sobre el uso del dedo. El chupete siempre se podrá tirar a la basura y decirle que ha desaparecido (“misteriosamente”). El dedo, por el contrario, siempre lo tendrá a mano (nunca mejor dicho).
- Los chupetes resultan ser objetos de succión más blanditos y causan menos daño a los dientes, sobre todo si la elección del chupete es correcta (ver más abajo).
- El recubrimiento del chupete permite aliviar la tensión ejercida sobre los dientes.
- Los chupetes pueden lavarse enérgicamente, todas las veces que haga falta.

### RECOMENDACIONES ACTUALES Y PROBABLE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DEL PULGAR

Los siguientes son algunos consejos para ayudar y estimular a su hijo a que abandone el hábito de chuparse el dedo:

- No le castigue por la práctica del chupeteo del dedo. Hay que usar la estrategia opues-

ta, es decir se trata de proporcionar refuerzo positivo felicitándole y premiándole con unas mayores atenciones cuando no lo esté haciendo. Cuando se decida a disminuir el hábito, hay que recompensarle cada día que consiga tener éxito en el intento.

- Para el niño que quiere abandonar el hábito, resulta a veces útil envolverle el dedo con una tirita que le servirá de recordatorio de que debe dejar de chuparse el dedo. Puede aceptar también ponerse un guante durante el sueño nocturno.
- Cuando su hijo tenga suficiente edad para comprender los posibles resultados del hábito, se le puede informar sobre lo que le puede pasar a sus dientes y a su boca si continúa chupándose el dedo. Esta explicación es muy efectiva si es el pediatra o el dentista el que habla con el niño en términos que él pueda entender. Este consejo informativo, junto con el apoyo claro y constante de los padres, consigue que la mayoría de los niños abandonen el hábito. Si esto no da resultado, probablemente hará falta consultar con el dentista para plantearse otras soluciones y valora la repercusión del mantenimiento del hábito.

### QUE SE DEBE HACER PARA PREVENIR LAS CARIES DEL BIBERÓN

- No permita que su hijo se quede dormido tomando del biberón o que este todo el día jugando con un biberón (o vasito portátil con tetilla), lleno de bebidas dulces o leche. Si coge la costumbre de pedir de beber con frecuencia, dando pequeños sorbitos, continuamente y muchas veces al día, ASEGURESE DE QUE SÓLO BEBE AGUA.
- Al acostarse por las noches, puede ser una medida útil y prudente el sustituir el biberón por un chupete.
- Limpie las encías y dientes del niño tras las tomas, al menos una o dos veces al día. Use una gasita estéril, algo humedecida en agua. Haga esto tanto después de tomas del biberón, pero también DESPUÉS DE MAMAR DEL PECHO, si su hijo se alimenta con lactancia materna.



## RECOMENDACIONES ACTUALES SOBRE EL CHUPETE

Actualmente no hay motivos claros para pronunciarse, en términos globales, sobre un balance de efectos del uso del chupete positivo o negativo. El consejo que actualmente se considera adecuado es el de informar de lo que se considera un uso prudente del chupete, más que el simplemente recomendarlo o prohibirlo.

**¿Cuál puede ser ese uso moderado y prudente del chupete? Le indicamos a continuación algunos puntos orientativos:**

- **NUNCA INTENTE CALMAR A UN NIÑO QUE LLORA ENDULZANDO EL CHUPETE CON AZÚCAR O MIEL.**
- Procure no utilizar el chupete durante los primeros días de vida. **Intente no introducirlo hasta que la lactancia materna se haya establecido completamente.** La única excepción a esto podría ser un niño prematuro en el hospital. Estos niños prematuros pueden, en algunos momentos, beneficiarse del efecto analgésico y relajante del uso del chupete.
- Cuando su hijo llora reclamando la toma, déle ya de comer. No use el chupete para apaciguar las ganas de comer del niño que llora porque le toca la toma, ó para retrasar la toma hasta una hora determinada etc. **SIEMPRE DEBERÁ COMPROBAR SI SU HIJO TIENE HAMBRE (O ESTA CANSADO O ABURRIDO) ANTES QUE, SIMPLEMENTE, PONERLE EL CHUPETE.** Hay que comprobar siempre si el niño puede tener alguna de estas necesidades, y satisfacerlas, antes que recurrir a ponerle el chupete.
- **NUNCA CUELQUE EL CHUPETE DEL CUELLO DEL NIÑO CON CORDELES O CADENAS.** Puede ser motivo de estrangulación o sofocación del niño. Puede usar fijadores o pinzas con cintas o cadenas cortas de plástico para sujetarlo a la ropa. Estos sistemas se suelen vender junto con el chupete y son seguros.
- No fabrique chupetes caseros, usando tetillas de biberones usados o materiales similares. Olvídense de demostrar sus habilidades en el bricolaje con estas cosas. Este tipo de conductas pueden dar un resultado

muy peligroso para su hijo (lea más abajo sobre la elección del chupete de características adecuadas).

- Vigile si su hijo muerde o mastica el chupete con sus dientes. No le permita usar el chupete si hace esto. Un chupete deteriorado y mordisqueado también puede constituir un peligro para su hijo (atragantamientos y sofocaciones por aspiración de trocitos desprendidos etc.)
- Hay que ser más restrictivos, y limitar mucho el uso del chupete, en los lactantes y niños pequeños que presentan otitis crónica u otitis agudas recurrentes.
- Incluso para las situaciones en que se considere prudente el recurso al chupete, este no debería ser el único medio de consuelo del niño. No se debería recurrir a plantarle el chupete sin más. El chupete siempre debería ir acompañado de otros reconfortantes “extras” que los padres o cuidadores pueden proporcionar (acunarlo, cogerlo en brazos, cantarle una nana para dormirlo etc.)
- Cuando quiera succionar entre tomas, el chupete puede resultar una ayuda.
- Si su hijo esta acostumbrado al chupete, nunca vaya a ningún sitio con uno sólo. No es raro que se pierda, y esto, muchas veces, motivará llantos, pataletas, etc.

### CONSEJOS PARA LA RETIRADA DEL CHUPETE:

- La edad ideal para retirar activa y definitivamente el chupete es hacia los 3 años. Previamente, ya en la segunda mitad del primer año se debe comenzar a limitar progresivamente su uso. En el segundo año conviene tener restringido el recurso al chupete a sólo algunas situaciones, como cuando se vaya a la cama o en situación de mucha tensión emocional.
- No está demostrado que resulte mejor una retirada paulatina o una brusca.
- Nunca recurra a castigos o medidas humillantes para forzar a su hijo a abandonar el hábito del chupete. Reprender a un niño mayorcito por usar el chupete, dificulta su retirada definitiva. Alabe a su niño cuando



logre dejarlo definitivamente. Festéjelo y muestrenle el orgullo que nos produce el que vaya haciéndose mayorcito. Recuerde, utilice siempre estos refuerzos positivos.

- Procure hacer participe a su hijo en la decisión de abandonar el chupete. Intente involucrarlo ofreciéndole, por ejemplo, que elija entre diferentes posibilidades, manifestándonos sus preferencias. Se le puede plantear para que elija entre tirarlo a la basura, enviarlo a la casa de los abuelitos, dejarlo una noche bajo la cama para que lo coja el ratoncito Pérez, implicar a algún familiar (por ejemplo el padrino), para que le proponga un trueque y se lo canjee por algún juguete o regalito etc. (¡Use su imaginación!).
- Como hemos explicado anteriormente, en los niños mayorcitos, muchas veces funciona muy bien que el pediatra o dentista le explique lo que le puede pasar a su boca, y lo “fea” que se le puede quedar, si se sigue usando mucho tiempo el chupete.
- Permítale que exprese sus sentimientos y preocupaciones en las situaciones en que más suele recurrir al chupete. Estén especialmente atentos cuando parezca enfadado o preocupado por algo. Préstense mucha atención y procuren proporcionarles consuelo y cariño.
- Si tras conseguir que abandone el chupete, su hijo vuelve a acordarse de él en los días siguientes y lo pide de nuevo (cosa que probablemente ocurra). Sea firme. Recuérdele que ya no hay chupete, y que el ya ha crecido y no usa esas cosas.
- Cuando pretendamos conseguir que un niño mayorcito deje de usar el chupete, hay que intentar averiguar porque puede estar necesitando usarlo. Hay que intentar averiguar si existen situaciones que lo tengan preocupado o acontecimientos del entorno que le supongan una tensión emocional. No tendremos éxito si intentamos quitar el chupete sin ayudarle con estos problemas para los cuales el niño se está refugiando en el hábito, tranquilizador para él, del uso del chupete. Intente averiguar a que preocupaciones está enfrentándose. Algunos niños recurren al hábito de chupeteo para, simplemente, reclamar atención.

## ELECCIÓN DEL TIPO DE CHUPETE. CARACTERÍSTICAS Y MANTENIMIENTO

### ¿Que chupete debemos elegir?

Como principal criterio de elección, fíjese en los elementos del chupete que aportan garantías de seguridad. Compruebe por ejemplo que:

- Está hecho de una pieza, en lugar de fabricado con varios componentes fácilmente separables.
- Presenta agujeros en los lados para ventilación.
- Está hecho de materiales flexibles y no tóxicos.
- El asa es fácil de sujetar con la mano.

Existe una normativa, de obligado cumplimiento, para que un chupete sea considerado seguro (**AENOR** - *Asociación Española de Normalización y Certificación* – Normas EN 1400-1/2/3:2002 y UNE-EN 12586:2000). Según establecen estas normas, un chupe debe estar hecho de material plástico, tener bordes redondeados, poseer una anilla o tirador que permita extraerlo de la boca. La tetina no puede ser superior a 3,3 cm. Por último, la base del chupete debe ser lo suficientemente grande para evitar que el niño pueda introducirse todo el chupete en la boca, con el consiguiente riesgo de asfixia.

### Cuidados y mantenimiento del chupete:

- Se aconseja esterilizarlo antes de usarlo por primera vez. Para ello bastará con dejarlo sumergido en agua hervida durante 5 minutos. Asegúrese de que ya se ha enfriado totalmente para el momento en que se lo ofrezca al niño. A partir de ese momento, lávelo con frecuencia con agua y jabón suave. Debe enjuagarse generosamente en cada lavado.
- Si el chupete presenta rasgaduras, grietas o si le faltan trocitos, **TÍRELO A LA BASURA Y REPLÁCELO POR OTRO**. Antes de ponérselo a su hijo, acostúmbrese a revisarlo, asegurándose de que no sufre de ninguno de estos desperfectos.
- Es aconsejable cambiarlo con cierta frecuencia.

**REFERENCIAS:**

1. Levin S. A history of dummies. *Nursing RSA* 1990;5:17-20.
2. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999;103:E33.
3. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: A prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001;37:58-63.
4. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality study. *Pediatrics* 2003;111:1207-14.

**EL CONSEJO SOBRE EL CHUPETE EN INTERNET:**

Recomendaciones de la Canadian Paediatric Society (“Caring for Kids”). URL disponible en: <http://www.caringforkids.cps.ca/babies/Pacifiers.htm>

Recomendaciones para el uso del chupete. Desarrollado por el CPS Community Paediatrics Committee (Canadian Paediatric Society). Publicado en *Paediatrics & Child Health*, Octubre de 2003. URL disponible en:

<http://www.cps.ca/english/statements/CP/cp03-01.htm>

Recomendaciones en la web de la Academia Americana de Pediatría (AAP). 2004 . URL disponible en: [http://www.medicom.com/search/article\\_display.cfm?path=n:&msr=/ZZZ7EWB2BRD.html&soc=AAP&srch\\_typ=NAV\\_SERCH](http://www.medicom.com/search/article_display.cfm?path=n:&msr=/ZZZ7EWB2BRD.html&soc=AAP&srch_typ=NAV_SERCH)

Recomendaciones de la Columbian University School of Dental and Oral Surgery (simplesteps to better dental health). URL disponible en: <http://www.simplestepsdental.com/SS/ihSS/r.WSIHW000/st.31840/t.32478/pr.3.html>

Recomendaciones de la American Academy of Family Physicians. URL disponible en: <http://familydoctor.org/227.xml>

Recomendaciones en la web de la American Academic of Pediatric Dentistry URL disponibles en:

<http://www.aapd.org/pediatricinformation/brochurelist.asp>

<http://www.aapd.org/publications/brochures/ffphabits.asp>

Recomendaciones en la web del “Children’s Hospital of Philadelphia”. URL disponible en: [http://www.chop.edu/consumer/your\\_child/condition\\_section\\_index.jsp?id=-8058](http://www.chop.edu/consumer/your_child/condition_section_index.jsp?id=-8058)

Recomendaciones en la web de la AEPap. URL disponible en:

<http://www.aepap.org/familia/chupete.htm>

Web de AENOR (*Asociación Española de Normalización y Certificación*) “chupetes para bebés y niños pequeños”, “cadenitas de chupetes”: <http://www.aenor.es>



## ESTUDIO SOBRE PREVALENCIA DE HEPATITIS A EN NIÑOS INMIGRANTES PROCEDENTES DE MARRUECOS EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Julián Báñez Gutiérrez. *Médico de Familia*  
*Centro de Salud de Talayuela (Cáceres)*

José Luis Domínguez Carlos. *Enfermero de Pediatría*  
*Centro de Salud de Talayuela (Cáceres)*

*\* El presente trabajo no ha contado con ningún tipo de financiación.*

### INTRODUCCIÓN

La hepatitis A es una enfermedad inflamatoria del hígado causada por un virus RNA que pertenece a la familia de los picornavirus y está clasificado como un heparnavirus. Este virus se replica en el hígado siendo excretado en las heces a través de la bilis, de ahí que la principal vía de transmisión es la fecal-oral. El mayor contagio se produce en colectividades: guarderías, colegios, campamentos, centros infantiles y de forma domiciliaria; otra vía de contagio destacada es a través de la contaminación del agua o en la manipulación de los alimentos. Las vías de transmisión sanguínea o sexual son poco frecuentes<sup>1,2</sup>.

Generalmente, el curso clínico de la hepatitis A se puede dividir en cuatro fases principales:

- 1ª-Fase de incubación: De 15-50 días, con un promedio de 28-30 días.
- 2ª-Fase prodómica: se inicia 2-3 semanas después de la infección y suele durar una semana. Aparecen síntomas inespecíficos del tipo de fiebre, vómitos, etc.
- 3ª-Fase icterica: Su duración oscila desde varios días a semanas, apareciendo signos específicos como coloración amarillenta en piel y conjuntivas, orina de aspecto oscuro y heces blanquecinas, trastornos gastrointestinales. Los marcadores séricos de bilirrubina y enzimas hepáticas están elevadas y pueden detectarse los anticuerpos IgM frente al virus Hepatitis A (VHA).
- 4ª-Fase de recuperación: la duración es de 6 a 12 meses. Aparecen anticuerpos IgG contra el VHA, que confieren inmunidad permanente, aunque los parámetros bioquímicos vuelven antes a la normalidad.

La evolución mortal es muy excepcional. Sin embargo, existe una estrecha relación entre la edad y la mortalidad pues ésta se incrementa desde el 0,17% en pacientes menores de 14 años hasta el 2,1% en los pacientes mayores de 40 años.<sup>3</sup>

En numerosas ocasiones la hepatitis A puede cursar de manera asintomática, especialmente si el individuo infectado pertenece a la edad pediátrica. Este grupo de edad es muy importante para el contagio, siendo el grupo de niños menores de cinco años los mayores transmisores de la enfermedad.

### OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de anticuerpos de Hepatitis A en niños inmigrantes procedentes de Marruecos en la consulta de pediatría del Centro de Salud de Talayuela.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se ha llevado a cabo en la Zona Básica de Salud de Talayuela, concretamente en la Consulta de Pediatría de dicho Centro de Salud.

Talayuela es una localidad situada al noreste de Extremadura, siendo éste el núcleo principal, pero dependiendo de ella se encuentran diversas poblaciones: Tiétar, Barquilla de Pinares, Pueblonuevo de Miramontes y Santa María. Además de numerosas fincas (más de 80). Todas ellas dependen exclusivamente del Ayuntamiento de Talayuela, excepto Pueblonuevo de Miramontes que es una Entidad Local Menor; y se encuentran en un radio de 30-40 km.

Pertenece a la comarca del Campo Arañuelo. Se encuentra situada a 10 kms. de Navalmoral de la



Mata, y por tanto, de la Autovía de Extremadura y a escasos 20 kms. de la Comarca de la Vera, muy conocida por ser un importante enclave turístico. Presenta como característica principal este Centro de Salud la adscripción de numerosa población inmigrante, especialmente de origen marroquí. La población total del Centro de Salud de Talayuela, a fecha de enero del 2005 es de 10.790, de la que 3.402 son inmigrantes de origen marroquí.

En cuanto a la población infantil (0 a 14 años), nos encontramos con una población de 2.237 niños, de los que 1.159 son marroquíes.

La siguiente clasificación la establecemos según las localidades donde se encuentran domiciliados los diversos niños:

LOCALIDADES	NIÑOS/AS	INMIGRANTES MARROQUIES
TALAYUELA-STA.MARIA	1702	918
TIETAR	133	32
PUEBLONUEVO DE MIRAMONTES	183	64
BARQUILLA	219	145

Nota: Se incluyen dentro del grupo de Inmigrantes marroquíes a todos los niños de origen marroquí independientemente del lugar de nacimiento.

El estudio se ha realizado sobre la población inmigrante marroquí adscrita a la consulta de Pediatría del Centro de Salud de Talayuela, que comprende dos localidades: Santa María y Talayuela.

Los datos obtenidos se han recogido de las historias clínicas del Centro de Salud, y los datos serológicos se obtienen de la analítica realizada de forma protocolaria a todos los niños procedentes de Marruecos desde enero del 2003 (fecha en la que se instauró el protocolo de atención al niño inmigrante de forma rutinaria en la consulta de pediatría).

El protocolo de atención al niño inmigrante que seguimos (de elaboración propia que recoge y asume algunos aspectos de otros protocolos<sup>4,5</sup>) incluye de forma resumida los siguientes aspectos:

a) Primera visita. En ella se procede a la captación del niño al programa y suele producirse por varios motivos, entre los más frecuentes se encuentran: la petición de certificado médico

(necesario para conseguir el permiso de residencia), a través de los Colegios e Institutos (donde les piden la tarjeta de vacunación), porque solicitan consulta por síntomas clínicos y, finalmente, cuando acuden a la realización de pruebas metabólicas en casos de niños inmigrantes nacidos en España (en esta situación se procede de forma similar al niño autóctono, aplicando el programa de revisiones del niño sano).

Durante esta visita se realizaran una serie de actividades, como son:

- Apertura de la historia clínica y anamnesis
- Exploración física completa
- Valoración del estado nutricional, del desarrollo psicomotor, del estado de la dentición y de la agudeza visual y auditiva.
- Realización del Mantoux, a todos los inmigrantes con <5 años de estancia en nuestro país y procedentes de zonas de alta prevalencia de tuberculosis.
- Se solicitan pruebas analíticas básicas: hemograma, bioquímica completa, hierro y ferritina, análisis de orina, parásitos en heces y serología de hepatitis A, B y C.
- Comprobación del estado vacunal del niño.

b) Segunda visita. Tiene lugar a las 72 horas de la primera para poder realizar la lectura del Mantoux; en su interpretación se siguen las recomendaciones del grupo de trabajo TBC de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica<sup>6</sup>.

- Inicio de la pauta vacunal correspondiente en aquellos niños que se encuentran insuficientemente vacunados.
- Emisión del certificado médico.

c) Tercera visita.

Valoración de los resultados de la analítica. Se deberá considerar la necesidad de realizar otras pruebas complementarias especiales, según los resultados obtenidos con este primer examen de salud.

Continuación de la pauta vacunal.

Incorporación al Programa del niño sano en visitas posteriores. Se debe realizar una segunda evaluación a los 6-12 meses, con el fin de comprobar la mejora y/o recuperación tras el inicio de unos cuidados de salud básicos.





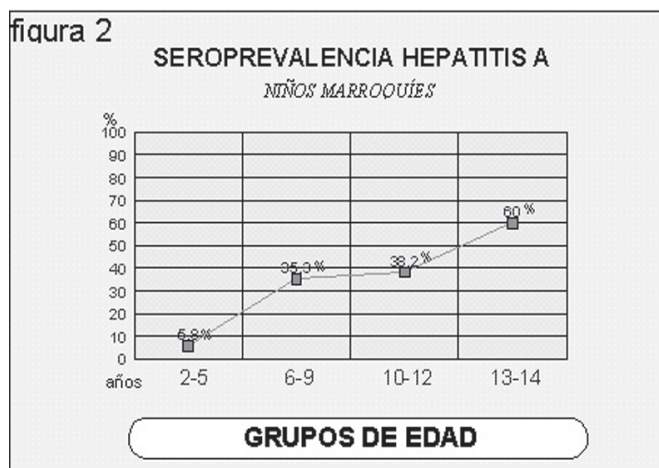
Durante el período estudiado (Enero 2003 a Enero 2005) se han evaluado 105 analíticas, correspondientes a niños procedentes de Marruecos al poco tiempo de su llegada a España; en este grupo no se incluyen las analíticas realizadas a niños de origen marroquí nacidos en España. A todos ellos se les realizó serología IgG por ELISA para el virus de la Hepatitis A y transaminasas hepáticas

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

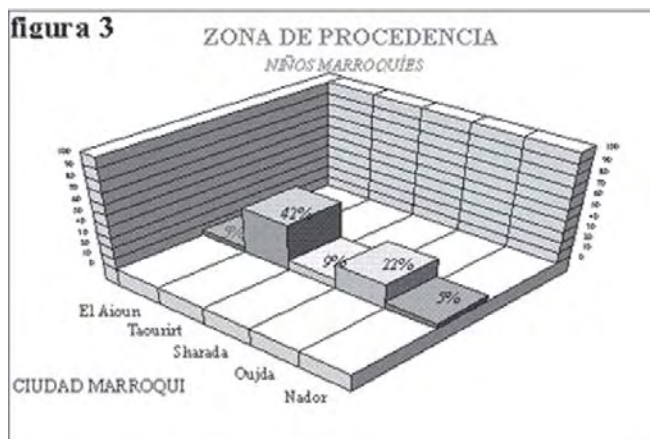
De los 105 niños estudiados, 38 presentaron serología positiva al virus de la Hepatitis A, siendo la seroprevalencia global del 36,19%. (Fig. 1)



La prevalencia de anti-VHA en los niños incluidos en nuestra encuesta epidemiológica va aumentando a medida que se incrementa la edad, como se observa en las cuatro categorías en las que agrupamos a los niños de nuestra consulta. En los niños de 2 a 5 años la prevalencia de anti-VHA fue del 5,8%, en los niños de 6 a 9 años del 35,3%, en los niños de 10 a 12 años del 38,2% y en los niños de 13 a 14 años del 60%. (Fig . 2)



En cuanto a la zona de procedencia, dentro de Marruecos, observamos que la mayoría de los niños que acuden a nuestra consulta y se les realiza un serología anti -VHA proceden de Taourit (42 niños, representando el 40% del total), de Oujda (22 niños, representando el 21%) y de Sharada (9 niños, representando el 8,6%). (Fig. 3)



### b) DISCUSIÓN

Distintos estudios publicados en nuestro país confirman la progresiva reducción de prevalencia de anti-VHA en España, aproximándonos a valores de países con endemidad baja; ya que la curva de prevalencia de anti-VHA se va desplazando progresivamente hacia la derecha, tal como informan las encuestas seroepidemiológicas que se realizan periódicamente.

Los resultados del presente trabajo indican que los niños nacidos en Marruecos, que acuden a nuestra consulta, presentan una prevalencia de anti-VHA superior a los niños que nacen en nuestro país, según diversos estudios expuestos.

La prevalencia encontrada en los niños menores de 10 años de nuestra serie (25,5%) es bastante superior a la encontrada en el año 2001 en Gran Canaria de niños nacidos en España, donde la prevalencia era del 1,5%<sup>7</sup>. Además, esta prevalencia aumenta cuando valoramos a los niños nacidos en Marruecos mayores de 10 años (46,30%), lo que confirma que estos niños proceden de un país con endemidad intermedia.

En las encuestas seroepidemiológicas realizadas en la población de Cataluña durante los años 1986, 1991, 1996 y 2001 se observa que la prevalencia de anti-VHA va reduciéndose desde 1986 hasta 1996 en las tres categorías en que los autores agruparon a los niños (de 5 a 9 años, de 10 a 12 años y de 13 a 15 años). En los niños de 13 a 15 años la prevalencia de anti-VHA pasó de 18,2% en 1986 a 5% en 1996. Durante el año 2001 se observó



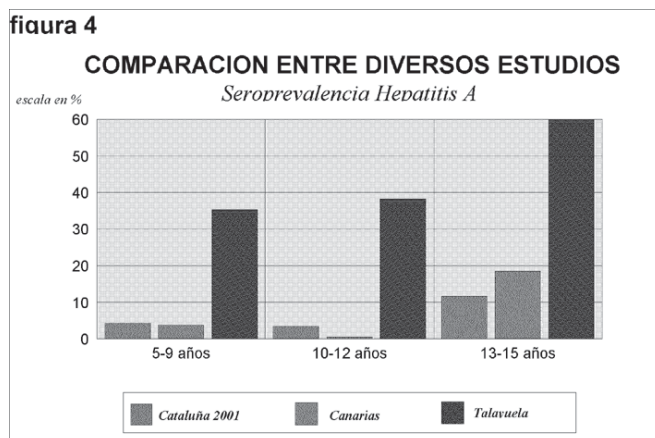
un incremento a 11,6%, que sus autores atribuyen a la inmigración que se ha producido en España proveniente de regiones con mayor endemidad del VHA que nuestro país; sin embargo comprobaron que la prevalencia de anti-VHA en niños nacidos en Cataluña seguía siendo del 5%, mientras que en los nacidos fuera era del 16,1%.<sup>8</sup>

En nuestro trabajo, realizado con niños procedentes de Marruecos, observamos que la prevalencia de anti-VHA es superior a la observada en las encuestas seroepidemiológicas efectuadas en la población de Cataluña, tanto globalmente (36,19%) como en las cuatro categorías etáreas en las que agrupamos a los niños. En los niños de 2 a 5 años la prevalencia anti-VHA es del 5,8%, en los niños de 6 a 9 años es del 35,3%, en los niños de 10 a 12 años es del 38,2% y en los niños mayores de 13 a 14 años es de un 60% (superior incluso a la observada en Cataluña para niños nacidos fuera de la comunidad).

Estos datos demuestran que los niños nacidos en Marruecos y que acuden a nuestra consulta, proceden de un país con prevalencia de anti-VHA y endemidad superior a la de España.

#### CONCLUSIONES:

- La prevalencia total de anticuerpos Anti-VHA en los niños marroquíes estudiados procedentes de Marruecos en el Centro de Salud de Talavera es del 36,19%.
- La prevalencia de los niños motivo de este estudio es muy superior a la prevalencia de los niños españoles y de los niños inmigrantes motivo de diversos estudios, tanto globalmente como agrupados por edades. (Figura 4).



- Los datos de prevalencia de los niños marroquíes están acordes con su país de procedencia, donde la Hepatitis A es de endemidad intermedia.

- Este trabajo demuestra la prevalencia de anticuerpos en niños procedentes de países como Marruecos y hace que debamos tener en cuenta que muchos hermanos de estos niños nacen en España y viajan con frecuencia a su país de origen durante las vacaciones, corriendo el riesgo de sufrir la infección por el VHA. Cuando regresan a España, si persiste aún el periodo de infectividad pueden transmitir la infección a sus compañeros de clase, tal como se ha descrito en otros países europeos con inmigración más antigua.<sup>9</sup>

Este importante foco de infectividad de hepatitis A debe ser controlado, considerando niño viajero internacional al niño de origen marroquí nacido en España. Tampoco parece descabellada la idea de potenciar la vacunación universal de Hepatitis A, aspecto que ya está realizándose de forma experimental en Cataluña y definitivamente en Ceuta y Melilla, que la incluyen en su calendario vacunal obligatorio<sup>10</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1-Jara Vega P y Hierro Llanillo L.Hepatitis .Tratado de pediatría extrahospitalaria, capítulo 26 Pag 242-249. Editado por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria 2001.
- 2-Jara Vega P y Hierro Llanillo L.HepatitisPediatría extrahospitalaria, aspectos básicos en atención primaria, capítulo 31 Pag 221-226.Ediciones Argon 2001.
- 3-Buti M y Esteban R.Vacuna antihepatitis A.Vacunaciones preventivas, principios y aplicaciones, capítulo 15 Pag 305-309.Editorial Masson 3003
- 4-Orejón de Luna G. y Grupo de trabajo de Atención al Niño Inmigrante Area 11 de Atención Primaria de Madrid. Atención al niño de origen extranjero. Rev. Pediatría Atención Primaria 2003; 5; 299-326
- 5-Orejón de Luna G. Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003, p 33-43.
- 6-Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de la tuberculina en niños. An Pediatr (Barc) 2003; 59 (6) :582-585.
- 7-Santana Hernández M, Peña Quintana L, Marrero Monroy JM et al. Estudio seroepidemiológico del virus de la hepatitis A en Gran Canaria. BSCP Can Ped 2001, 25-nº 3.
- 8, 9-Bruguera m.Vacunación universal contra la hepatitis A: ¿aún no?.II simposio Intercongresos de la Asociación Española de vacunología.Pag 89-94.Barcelona 12-13 Noviembre 2004.
- 10-www.aev.es/aev/html/necesita/calVac.htm. Asociación Española de Vacunología A.E.V. Calendarios vacunales de las distintas Comunidades.