

Revistas

La administración rectal de paracetamol es igual de eficaz que la administración oral

Goldstein LH, Berlin M, Berkovitch M, Kozar E. *Effectiveness of oral vs rectal acetaminophen. A meta-analysis.* *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162:1042-6.

El traumatismo craneal antes de los 2 años no parece ser causa de TDAH; los accidentes antes de los 2 años podrían ser un marcador de riesgo de TDAH

Keenan HT, Hall GC, Marshall SW. *Early head injury and attention-deficit/hyperactivity disorder: retrospective cohort study.* *BMJ.* 2008;337:1208-10.

El suero salino hipertónico en el tratamiento de la bronquiolitis

Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. *Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants.* *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4.* Art. No.: CD006458. DOI: 10.1002/14651858.CD006458.pub2.

La hepatitis A en Europa

Payne L, Coulombier D. *Hepatitis A in the European Union: responding to challenges related to new epidemiological patterns.* *Eurosurveillance.* 2009;14(3). Disponible en www.eurosurveillance.org/

En niños con broncoespasmo leve/moderado asociado a infección viral, la prednisona no ofrece ventajas respecto al placebo

Panickar J, Lakhanpaul M, Lambert PC, Kenia P, Stephenson T, Smyth A, et al. *Oral prednisolone for preschool children with acute virus-induced wheezing.* *N Eng J Med.* 2009;360:329-38.

Libros

Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca

Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Juventud y seguridad vial en Europa

Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Youth and road safety in Europe. Policy briefing.* WHO European Centre for Environment and Health, Rome. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2007.

Programa de salud infantil 2009

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2009.

Otras fuentes

Se buscan pediatras

Los más buscados en 2009. Adecco Medical & Science. *El más buscado: médico pediatra.* ADECCO Profesional [consultado el 18/01/2009]. Disponible en www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/119.pdf

Revistas

La administración rectal de paracetamol es igual de eficaz que la administración oral

Effectiveness of oral vs rectal acetaminophen. A meta-analysis.

Goldstein LH, Berlin M, Berkovitch M, Kozer E.

Arch Pediatr Adolesc Med.

2008;162:1042-6.

El paracetamol es el fármaco de mayor uso para aliviar la fiebre y el dolor en niños ya desde hace varias décadas. Habitualmente se prefiere la administración oral frente a la rectal, ya que cuando se ha estudiado la farmacocinética de esta vía se ha comprobado una absorción pobre y errática, amplias variaciones del periodo de tiempo hasta alcanzar el pico sérico máximo, y una mayor duración de este periodo en comparación con lo observado tras la administración oral (por lo que precisaría de una dosificación cada 6-8 horas en vez de 4-6 horas de la vía oral). Los efectos adversos potenciales y la farmacocinética y farmacodinamia impredecibles han llevado a desaconsejar el uso de la vía rectal. Sin embargo, en algunos casos –vómitos repetidos o rechazo a la vía oral– podría jugar un papel en el control de la fiebre.

Los autores de este estudio han revisado los datos procedentes de 4 ensayos aleatorizados, 3 de ellos llevados a cabo en niños en los que se han incluido a 158 niños, con edades entre 3 meses y 12 años. Se ha medido la disminución de la temperatura al cabo de 1 y 3 horas, la máxima disminución de la temperatura y el tiempo necesario para obtener una reducción de 1° C, con los siguientes resultados: en ninguno de estos parámetros se comprobaron diferencias significativas cuando se probaron dosis únicas, tanto por vía oral como rectal.

Este estudio, pese a sus limitaciones (pocos pacientes, dosis de paracetamol únicas, búsqueda bibliográfica en solo algunas bases de datos), muestra que la administración rectal de paracetamol es igual de eficaz que la administración oral para aliviar la fiebre, y por tanto, las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) de no usar la vía rectal deberían revisarse con objeto de no privar de quizás la única opción terapéutica en niños con vómitos o rechazo a los antitérmicos orales.

El traumatismo craneal antes de los 2 años no parece ser causa de TDAH; los accidentes antes de los 2 años podrían ser un marcador de riesgo de TDAH

Early head injury and attention-deficit/hyperactivity disorder: retrospective cohort study.

Keenan HT, Hall GC, Marshall SW.

BMJ. 2008;337:1208-10.

Un pequeño grupo de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) no tienen una base genética (TDAH secundarios). Algunos podrían deberse a lesiones cerebrales, y dentro de ellas las secundarias a traumatismo craneal.

Los autores plantearon la hipótesis de que el traumatismo craneal precoz puede causar TDAH. Analizaron retrospectivamente una base de datos del Reino Unido elaborada por 308 médicos de Atención Primaria (AP) que desde 1988 a 2003 siguieron longitudinalmente a 62.088 niños. Los dividieron en 3 grupos:

1. Los que habían sufrido un traumatismo craneal antes de los 2 años, que habían sido atendidos por un médico de Atención Primaria y codificados como *head injury* (excluyen los más leves, codificados como *minor head injury* y *nursing advice for head injury*). Este grupo comprende 2.782 niños (4,5%).

2. Los que habían sufrido una quemadura o escaldadura antes de los 2 años.

Comprende 1.116 niños (1,8%).

3. Los demás (grupo control).

De los 62.088 niños, 934 (1,5%) fueron diagnosticados de TDAH por encima de los 2 y antes de los 10 años. Ajustando por sexo, prematuridad y estado socioeconómico, se encuentra que el riesgo relativo de TDAH fue de 1,9 en el grupo 1 (intervalo de confianza [IC] 95%: 1,5-2,5) y de 1,7 en el grupo 2 (IC: 1,2-2,5). Por tanto, el traumatismo craneal antes de los 2 años por sí solo no parece ser causa de TDAH. Los autores encuentran plausible que la asociación encontrada en los grupos 1 y 2 se deba a que los niños que van a desarrollar TDAH ya tienen más conductas de riesgo y por tanto más accidentes por debajo de los 2 años. El mayor riesgo de accidentes en pacientes con TDAH de edades superiores ha sido demostrado en diversos trabajos previos.

Un problema de este estudio es que en el 50% de los pacientes no constaba si habían sido enviados a urgencias o ingresados en un hospital. El no poder determinar el riesgo de TDAH en relación con la gravedad del traumatismo craneal limita la validez de sus conclusiones, ya que en un trabajo previo se encontró que era más fuerte en los traumatismos más graves.

El suero salino hipertónico en el tratamiento de la bronquiolitis

Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants.

Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP.

Cochrane Database of Systematic

Reviews 2008, Issue 4. Art. No.:

CD006458. DOI:

10.1002/14651858.CD006458.pub2.

La bronquiolitis es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en Pediatría y su tratamiento incluye medidas de soporte general. La causa más frecuente es la infección por el virus respiratorio sincitial, aunque otros virus pueden estar implicados. Prácticamente la totalidad de los niños han tenido al menos una infección en los 2 primeros años de vida, aunque solo un 1-2% de ellos padecen formas de mayor gravedad y requieren ingreso hospitalario; las formas más sintomáticas se presentan típicamente en el primer año de edad, y las más graves en los primeros meses de vida.

Diversos estudios previos han mostrado que el suero salino hipertónico, al 3% (SSH) tiene un cierto efecto sobre el aclaramiento mucociliar en individuos sanos o con diversas patologías (por ej. fibrosis quística, bronquiectasias, etc.). En la bronquiolitis se ha comprobado que los cambios característicos incluyen

edema de la pared y la presencia de moco más denso en la vía aérea. El SSH podría paliar estos fenómenos y mejorar la obstrucción de la vía aérea.

Los autores de esta publicación hacen un metaanálisis de 4 ensayos aleatorizados, doble ciego y controlados (3 realizados en Israel y el otro en Canadá y Emiratos Árabes Unidos). Uno de ellos con pacientes no hospitalizados y los otros tres con niños hospitalizados. Los pacientes con bronquiolitis tenían una edad menor de 2 años, y fueron diagnosticados con criterios clínicos; se excluyeron los que habían tenido algún episodio previo de sibilancias. Las variables primarias estudiadas fueron: tasa de hospitalización y duración de esta; y como variables secundarias se incluyen diversos parámetros clínicos. En total fueron 254 niños: 189 hospitalizados y 65 ambulatorios.

En dos estudios se comparó el SSH 3% (4 ml) más adrenalina (1,5 mg) frente a suero salino fisiológico 0,9% (SSF) (4 ml) más adrenalina (1,5 mg), nebulizados cada 8 horas. En otro, SSH 3% (4 ml) frente a suero salino fisiológico 0,9% (SSF) (4 ml), nebulizados cada 2 a 6 horas. Y en el restante; SSH 3% (2 ml) más terbutalina (5 mg) frente a SSF 0,9% (2 ml) más terbutalina (5 mg), nebulizados cada 8 horas. Los resultados encontrados fueron los siguientes.

Duración de la hospitalización: disminución media de -0,94 días (95% CI: -1,48 a -0,40, $P = 0,0006$). Esto representa una disminución del 25,9% de la estancia hospitalaria media respecto de la del grupo control (SSF). Dada la alta prevalencia de la bronquiolitis, este resultado puede ser clínicamente muy relevante.

Tasa de hospitalización: solo en un estudio se valora esta variable y encuentra una mejoría con el SSH, pero sin significación estadística debido al tamaño escaso de la muestra.

Las escalas clínicas (por ej. la propuesta por Wang) son utilizados frecuentemente como instrumentos para medir de forma relativamente objetiva el grado de gravedad. En los estudios analizados se encontraron resultados variables (sobre todo mejoría de algunos parámetros en los pacientes no hospitalizados) globalmente no concluyentes debido al tamaño muestral escaso.

No se han observados efectos adversos. No obstante, los estudios analizados en esta publicación no aportan datos suficientes para aclarar la hipótesis previamente formulada de que el SSH podría por sí mismo inducir broncoespasmo en los lactantes con bronquiolitis viral. En consecuencia, no se cuenta aún con datos de seguridad suficientes para

recomendar el tratamiento de la bronquiolitis con SSH de forma exclusiva, sino que debe ser complementado con broncodilatadores (salbutamol, terbutalina, adrenalina). Tampoco queda aclarado si el uso de nebulizadores tipo jet o ultrasónicos aportan alguna diferencia relevante.

En resumen, los datos aportados muestran que el SSH al 3% disminuye un 25,9% (0,94 días) la duración de la estancia hospitalaria de los lactantes con bronquiolitis. También mejoran los parámetros clínicos de gravedad, sobre todo en los pacientes controlados ambulatoriamente. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad, los datos aportados parecen ser muy relevantes en el sentido de que el SSH usado junto con broncodilatadores puede ser considerado una propuesta segura y eficaz para el tratamiento de la bronquiolitis.

La hepatitis A en Europa

Hepatitis a in the European Union: responding to challenges related to new epidemiological patterns.

Payne L, Coulombier D.

Eurosurveillance. 2009;14(3). Disponible en www.eurosurveillance.org/

La hepatitis A es una infección inmunoprevenible generalmente autolimitada: se transmite por vía fecal-oral, perso-

na a persona y a través de agua o alimentos contaminados. En la Unión Europea su incidencia ha disminuido globalmente desde 15,1/100.000 habitantes en 1996 hasta 3,9/100.000 en 2006. Esta disminución se ha atribuido a la mejora global de las condiciones sanitarias y modos de vida, que condiciona una menor exposición al agente causante, sobre todo en los primeros años de vida. Por la misma razón cada vez es más numerosa la población sin inmunidad natural adquirida, lo cual añadido a la ausencia de programas de vacunación tiene como consecuencia un aumento progresivo de los individuos susceptibles.

El impacto de estos fenómenos se refleja en los informes publicados por el ECDC relativos a brotes de hepatitis A en al menos 6 países europeos en los últimos meses. Los ocurridos en Francia, Bélgica y Alemania estuvieron relacionados con viajeros susceptibles de estos países que viajaron a Egipto y dieron lugar a brotes al regreso de su viaje.

En estos países, las guías de vacunación de viajeros vigentes incluyen la vacunación frente a la hepatitis A en los que se desplazan a zonas endémicas, pero en ninguno de los casos registrados se había llevado a cabo esta inmunización. Esto refuerza la necesidad de implementar intervenciones más efica-

ces en los viajeros para asegurar la inmunización antes de viajar a zonas endémicas.

Por otro lado, la eficacia de la vacunación frente a la hepatitis A como instrumento de control de los brotes está aún bajo estudio, como demuestran los datos de varios de los brotes estudiados.

Para más información puede consultarse también el documento "Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008. Report on the state of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries" disponible en http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Publications/081215_AER_long_2008.pdf

En niños con broncoespasmo leve/moderado asociado a infección viral, la prednisolona no ofrece ventajas respecto al placebo

Oral prednisolone for preschool children with acute virus-induced wheezing.

Panickar J, Lakhanpaul M, Lambert PC, Kenia P, Stephenson T, Smyth A, et al. *N Eng J Med.* 2009;360:329-38.

El broncoespasmo asociado a infección viral del tracto respiratorio superior es frecuente en lactantes y niños de 10 meses a 6 años de edad. En los casos con mayor gravedad, con frecuencia se

usan tratamientos cortos de prednisolona oral, aunque con escasa evidencia de calidad a su favor.

Los autores han llevado a cabo un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, comparando un curso de 5 días con prednisolona oral (10 mg una vez al día en niños de 10 a 24 meses de edad; 20 mg una vez al día en los más mayores) con placebo.

Se incluyen 700 niños de 10 a 60 meses de edad con sibilancias asociadas a infección respiratoria. La variable de estudio principal fue la hospitalización, y como variables secundarias: la puntuación en escalas clínicas, uso de salbutamol, y persistencia de la sintomatología a los 7 días. Finalmente se incluyeron 687 niños en el análisis por "intención de tratar".

Los autores dan cuenta de que no hallaron diferencias en la duración de la hospitalización entre los dos grupos (placebo: 13,9 horas; prednisolona 11 horas; IC 95%: 0,77-1,05). Tampoco se hallaron diferencias cuando se valoraron las variables secundarias.

Por lo tanto, los autores concluyen que en los niños con broncoespasmo leve-moderado asociado a infección respiratoria viral, los cursos cortos de prednisolona no son superiores al placebo.

Hay datos previos que parecen avalar

el uso de la prednisolona en las sibilancias por asma atópico, sin embargo, en los niños menores de 6 años con sibilancias asociadas a infección respiratoria viral el papel de los corticoides sistémicos se mantiene controvertido. En el presente estudio los autores seleccionaron un subgrupo de 124 niños con mayor riesgo de desarrollar asma atópico después de los 6 años, y repitieron la valoración encontrando también en estos ausencia de diferencias entre el curso corto de prednisolona y el placebo. Los resultados de este estudio parecen recomendar no usar de forma rutinaria la prednisolona oral en cursos cortos en los niños preescolares con sibilancias asociadas a infección respiratoria viral.

Libros

Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca

Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha coordinado la elaboración del libro de *Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca*, en el que han colaborado grupos de expertos de diferentes sociedades científicas, como la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología

gía y Nutrición Pediátrica, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, la Sociedad Española de Aparato Digestivo, la Sociedad Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, además de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria-Instituto de Salud Carlos III, la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía, el Instituto Carlos III y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

La enfermedad celíaca (EC) es una forma de enteropatía que afecta a individuos genéticamente predispuestos, al entrar en contacto con alimentos que contienen gluten. Ello determina la aparición de una lesión histológica característica, aunque no patognomónica, que en las formas más graves provoca atrofia de las vellosidades intestinales. Como consecuencia puede producirse un defecto de malabsorción de nutrientes (principios inmediatos, sales minerales y vitaminas) que conduce a diversos estados carenciales responsables de un amplio espectro de manifestaciones clínicas.

La EC consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten del trigo (gliadina), del centeno (secalina), de la cebada (hordeina) y del triticale (híbrido de trigo y centeno). Estudios recientes sugieren que la avena en estado puro (no contaminada por harina de trigo) no parece influir en la patogénesis de la enfermedad. La causa de la enfermedad es desconocida, pero en su desarrollo contribuyen factores genéticos (HLA DQ2 y DQ8), ambientales (gluten) e inmunológicos.

El contacto de la mucosa intestinal con el gluten conduce a la aparición de un daño en la mucosa cuyo espectro oscila desde casos en los que únicamente se aprecia un aumento de la población de linfocitos intraepiteliales (enteritis linfocítica) hasta formas avanzadas de atrofia vellositaria. Cualquiera de las formas histológicas de la enfermedad, incluso las formas más leves, pueden cursar con diversos estados carenciales, incluyendo anemia, osteopenia u osteoporosis y un amplio abanico de síntomas digestivos y extradigestivos. Todas estas manifestaciones, así como las alteraciones serológicas e histológicas, mejoran sensiblemente e incluso llegan a desaparecer al retirar el gluten de la dieta, reapareciendo al introducir de nuevo este elemento en la alimentación.

La enfermedad celíaca es una entidad prevalente en nuestro entorno y puede presentarse a cualquier edad y cursa con manifestaciones clínicas muy variadas, aunque en muchos casos la enfermedad es asintomática. Estas premisas hacen especialmente relevante el papel del pediatra y del médico de familia en Atención Primaria en el diagnóstico precoz, evitando así el desarrollo a largo plazo de complicaciones graves.

La EC afecta tanto a niños como a adultos y la relación mujer/varón es de 2:1. Está presente no solo en Europa y los países poblados por personas de ascendencia europea, sino también en Oriente Medio, Asia, Sudamérica y Norte de África, y puede llegar a afectar hasta el 1% de la población en algunos países occidentales. La prevalencia mundial se estima en 1/266, y en España oscila entre 1/118 en la población infantil y 1/389 en la población adulta. Sin embargo, se considera que la epidemiología de la EC tiene las características de un iceberg, ya que esta prevalencia puede ser mucho mayor puesto que un porcentaje importante de casos permanece sin detectar.

Así, según diversos estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo, la EC sin sintomatología clásica es más frecuente que la forma sintomática,

constituyendo un reto para el sistema sanitario su detección precoz. Su epidemiología ha variado en los últimos años gracias a los avances que se han producido en los métodos diagnósticos.

La importancia del diagnóstico precoz reside en que la instauración de una alimentación exenta de gluten consigue no solo la normalización del estado de salud, sino también la recuperación de la calidad de vida de los pacientes.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha editado el libro sobre el *Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca* que consta de las siguientes partes:

1. Enfermedad celíaca. Presenta una descripción de la enfermedad celíaca en la que se recoge su epidemiología, sus formas clínicas de presentación, tanto en el niño, el adolescente y en el adulto como en los grupos de riesgo, su diagnóstico que va desde la sospecha clínica, la determinación de los marcadores séricos, el estudio genético y la biopsia duodenoyeyunal, el tratamiento y seguimiento, así como puntos clave y recomendaciones.

2. Protocolo de diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Incluye los pasos diagnósticos a seguir ante un paciente con síntomas de sospecha clínica, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Todo ello, a través de los

correspondientes algoritmos que facilitan la actuación diagnóstica a seguir ante sospecha clínica de enfermedad celíaca, en ambos ámbitos de atención.

3. Decálogo de recomendaciones. Presenta las claves más significativas para el diagnóstico precoz de dicha enfermedad.

4. Bibliografía. Presenta las referencias bibliográficas y bibliografía de consulta.

El documento completo se puede descargar en www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf

Juventud y seguridad vial en Europa

Youth and road safety in Europe.

Sethi D, Racioppi F, Mitis F.

Policy briefing. WHO European Centre for Environment and Health, Rome.

Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2007.

En Europa, las lesiones producidas por los accidentes de tráfico son una de las primeras causas de morbimortalidad en niños y adolescentes. Concretamente, los accidentes de tráfico son la quinta causa de mortalidad desde el año cumplido hasta los 4 años de edad, la primera desde los 5 hasta los 24 años y la primera en todos los grupos de edad en cuanto a

muerres accidentales o violentas. España, con una tasa de mortalidad anual por accidentes de tráfico hasta la edad de 24 años próxima a 10/100.000 habitantes se sitúa entre los países en un nivel medio-alto y próximo a países como Francia e Italia. Los países con tasas más altas son los del noroeste de Europa que han experimentado un rápido crecimiento de su parque automovilístico sin que infraestructuras y legislación lo hayan hecho a la misma velocidad. La experiencia de los países con altos niveles de motorización ofrece la oportunidad de diseñar medidas que ayuden a limitar los riesgos en aquellos países que están creciendo rápidamente en ese sentido.

Frecuentemente se olvida que la mayoría de los accidentes son evitables. Niños y jóvenes son usuarios de la vía pública vulnerables e inexpertos. Existe una gran variabilidad entre países y entre regiones en cuanto a los riesgos de sufrir un tipo u otro de accidente y de sus consecuencias. Hay un gran número de intervenciones posibles, eficaces y coste-efectivas que pueden proteger a esta población.

En el año 2008, la OMS ha publicado este interesante documento en que analiza y ofrece datos e ideas para diseñar medidas que contribuyan a paliar este verdadero problema de salud pública.

El estudio de los riesgos de sufrir accidentes se hará teniendo en cuenta las diferencias en cuanto a características físicas y de comportamiento a cada edad. Los niños pequeños, con su falta de comprensión de los riesgos, su capacidad limitada de respuesta rápida ante un peligro inminente, su pequeño tamaño que los hace menos visibles y el tiempo que pasan al aire libre, son especialmente vulnerables. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden comprender, pero además de inexperiencia, poseen esa sensación de invulnerabilidad que les empuja a llevar sus experiencias hasta rozar los límites; necesitan demostrar a sus iguales su destreza o su osadía, consumen frecuentemente sustancias que alteran su percepción de la realidad y todo ello hace que adopten conductas de riesgo en cuanto a la conducción, especialmente los varones, por la noche y en los fines de semana. Esto llevará a adoptar estrategias diferenciadas en cuanto a la prevención de accidentes y de sus consecuencias.

Se considera que el miedo de los padres a los accidentes limita la actividad física de los niños al aire libre, lo que contribuye a la actual epidemia de obesidad en Europa. Algunos países ya han desarrollado programas e infraestructuras que haciendo más seguras las carre-

teras favorecen el ciclismo y la marcha, evitando el tener que usar el coche para trayectos cortos, lo que además de para la salud supone un beneficio para el medio ambiente. Desafortunadamente se ha observado que la exigencia del uso de casco para los ciclistas puede favorecer el que se deje de usar la bici por no querer llevar el casco, poco aceptado en algunos grupos de edad.

Los resultados de las cifras de morbi-mortalidad por accidentes de tráfico dependen de muchas variables que han de ser analizadas por separado: la diferencia de estatus socioeconómico, las políticas de transportes, la densidad de población y de vehículos, las costumbres, las condiciones para la obtención de los permisos de conducción, las legislación y la exigencia del cumplimiento de las ley, la calidad de las carreteras, el entorno de las mismas, las normas sobre las zonas de juegos, el diseño de los vehículos, la organización y calidad de los equipos de atención sanitaria, tanto en el lugar del accidente como durante el traslado y en el hospital influyen en los resultados.

En el capítulo ¿Qué se puede hacer?, se analizan cada uno de los factores de riesgo y las estrategias de prevención que ya han sido ensayadas con éxito y se tratan por separado las estrategias de reducción de riesgos para jóvenes con-

ductores, para pasajeros, para peatones y para ciclistas.

El documento completo se puede descargar en www.euro.who.int/Document/E90142.pdf (consultado el 20/02/2009).

Programa de salud infantil 2009

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2009.

La AEPap en este libro asume la tarea de unificar y sistematizar las actividades preventivas en Pediatría a la luz de los conoci-



mientos científicos actuales. En la elaboración de este documento han colaborado 47 pediatras y 11 enfermeras/os. Ha supuesto un esfuerzo de puesta en común y una revisión a fondo de las últimas evidencias científicas disponibles de las actividades de promoción de la salud y prevención dirigidas a niños y adolescentes.

Consta de una primera parte, en la que se mencionan de forma breve las actividades preventivas que se deben realizar según las distintas edades, y una

segunda parte, en la que se describe cada actividad preventiva en concreto. Esta segunda parte tiene una estructura muy novedosa que responde a las siguientes preguntas: ¿qué actividad hay que realizar?, ¿cuál es la población a la que va dirigida y qué edad es la más idónea?, ¿por qué hay que realizar la prevención?, y ¿qué profesional o profesionales deben hacer la visita?

Todos los temas disponen de las herramientas necesarias para poder acometer la actividad: tablas de peso, talla, tensión arterial, test de cribado, cuestionarios validados..., y además se encuentran en atractivos anexos.

Cada capítulo incluye la información y recomendaciones que el profesional debe dar a los padres y se facilitan los consejos considerados idóneos para anticiparse a los problemas de conducta que pueden aparecer a lo largo del crecimiento del niño.

Asimismo, se han sistematizado las actuaciones dirigidas a colectivos especiales: como los niños adoptados, inmigrantes, prematuros o los niños con síndrome de Down.

Por último, se propone una evaluación de dichas intervenciones, que probablemente es el punto más débil de otros programas, por lo que puede considerarse singularmente novedoso, puesto

que es uno de los aspectos más necesarios para garantizar la calidad de las actuaciones.

Como resultado se ha elaborado una herramienta de trabajo eminentemente práctica, con una estructura sencilla de acceso para su consulta, y que pretende ocupar un lugar destacado como libro de consulta en la actividad diaria para todos los profesionales que atienden niños y adolescentes.

Otras fuentes

Se buscan pediatras

Los más buscados en 2009. Adecco Medical & Science. El más buscado: médico pediatra. ADECCO Profesional [consultado el 18/01/2009]. Disponible en www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/119.pdf

La empresa de trabajo temporal ADECCO ofrece en su web una nota de prensa fechada el 7 de enero de 2009, cuyo contenido literal reproducimos a continuación.

La demanda de profesionales sanitarios se ha disparado en los 6 últimos años debido al envejecimiento de la población, al aumento de esta como consecuencia de la llegada de inmigrantes y al impulso que estos han dado a la tasa de natalidad. En concreto, según datos proporcionados

por el INE, la inmigración elevó este indicador en 2007 a 1,39, dos centésimas más que en 2006 y cifra que no se alcanzaba desde la década de los 90.

Precisamente este incremento de los nacimientos, hasta llegar a 491.183 nacimientos en 2008, 8.226 más que los registrados en el año anterior, junto con la multiplicación de hospitales y centros asistenciales en toda España, ha hecho que el médico pediatra siga siendo el profesional más buscado en el sector sanitario en 2009, según Adecco Medical & Science.

Además, el descenso paulatino del número de estudiantes universitarios en general, y en concreto de la rama sanitaria, ha provocado un importante déficit de estos facultativos al sobrepasar la demanda a la oferta, sin que el mercado español pueda cubrirla y convirtiéndose los pediatras en escasos y preciados tesoros que encontrar.

Este médico no solo se ocupa del tratamiento y cura de enfermedades del niño, sino que cumple también funciones cuando este está sano, supervisando su crecimiento y correcta evolución y llegándose a convertir en una persona de gran confianza para la familia.

Un médico pediatra especialista requiere las siguientes características:

- Formación: Licenciatura en Medicina con especialidad en el área pediátrica. Idiomas: no son obligatorios, pero sí valorables.
- Experiencia: para que un médico pediatra pueda contar con un cierto reconocimiento debe tener una experiencia mínima que oscila entre 2 y 5 años.
- Aptitudes: un pediatra ha de tener dotes de comunicación para poder establecer un correcto entendimiento con padres e hijos. Asimismo, debe contar con habilidades docentes y con capacidad para traducir conceptos médicos en un lenguaje comprensible para las familias. Su relación con estas suele trascender el ámbito profesional para invadir el personal, por lo que el especialista debe poseer una capacidad destacada para las relaciones personales, mostrarse habilitado para entender las reacciones emocionales de los demás y responder a ellas con corrección.
- Retribución: entre 50.000 y 75.000 euros brutos anuales.

