

nos 1974^{4,7}. Sin embargo, en los últimos 5 años no se ha descrito este serotipo en Estados Unidos ni el sudeste asiático, lo cual demuestra la escasa incidencia actual del mismo^{7,8}.

Hasta el año 2007 sólo se habían identificado en nuestro país 10 casos demostrados de infección humana por enterovirus 75, todos ellos en población infantil^{4,5}. Añadiendo el presente caso, se puede observar que en 6 pacientes (54,5%) el aislamiento se realizó en el LCR de pacientes con sintomatología neurológica y en 5 casos (45,5%), en aspirados nasofaríngeos de pacientes con síndromes febriles y/o respiratorios.

Existen pocos datos sobre la incidencia del serotipo 75 en el conjunto de todos los enterovirus detectados en España, pero Reina-González et al⁵ han comunicado recientemente que en Granada representa el 2% de todos los enterovirus tipados entre 1988 y 2006 y en nuestra comunidad, el 2,5% entre los años 2005 y 2007, aunque con menor número de aislamientos. Se han comunicado casos en Bilbao, Granada, Barcelona, Canarias y ahora Baleares, lo cual parece demostrar que presenta una distribución general por todo el país^{4,5}. Coincidimos en el hecho de que este nuevo serotipo se presenta generalmente en los meses invernales. Nuestro caso se presentó en marzo, y no forma parte, al menos por ahora, de los diferentes brotes epidémicos típicos de los meses cálidos^{1,9}. La no investigación sistemática de la presencia de enterovirus en las muestras respiratorias podría ser la causa de la baja frecuencia de detección de casos por este serotipo.

El aislamiento de un enterovirus en una muestra respiratoria puede ser en ocasiones difícil de valorar clínicamente. En algunos estudios se implica a estos virus de una forma clara en las infecciones respiratorias de las vías altas, presentando una incidencia del 4-27% según la estación del año y el país del estudio^{1,2,10}. Reina et al⁹ han comunicado que el 33% de todos los enterovirus aislados en muestras respiratorias correspondían a una infección respiratoria evidente. El resto de aislamientos se repartieron entre los pacientes con sospecha de meningitis linfocitaria y síndromes febriles de etiología o foco desconocido.

En el caso que se presenta, el aislamiento del enterovirus 75 en el aspirado nasofaríngeo podría asociarse al cuadro respiratorio leve que presentó el paciente previo a su ingreso hospitalario, aunque no puede descartarse que su presencia en la faringe tan sólo determinara el desarrollo del clásico síndrome febril del lactante o una posible colonización transitoria. La buena evolución del paciente, sin necesidad de antibióticos, parece indicar la escasa patogenicidad de este serotipo viral, aunque debe recordarse que cerca del 50% de los casos descritos corresponden a infecciones del sistema nervioso central^{4,5}.

La búsqueda de enterovirus en los pacientes con un síndrome febril de etiología o foco desconocido permite establecer la causa de los mismos en algunos pacientes pediátricos^{1,9}. El aislamiento del virus, más que la detección por amplificación genómica, permitirá su identificación en cuanto a género y posterior serotipado del mismo. Aunque en estos momentos el enterovirus 75 parece ser poco prevalente, deberemos estar atentos a su posible diseminación clonal en aquellas áreas geográficas en las que ya haya sido aislado en muestras clínicas.

J. Reina^a, F. Ferres^b y G. Trallero^c

Servicios de ^aMicrobiología y ^bPediatría.

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

^cLaboratorio de Enterovirus. Centro Nacional de Microbiología. Majadahonda. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J. Reina.

Unidad de Virología. Hospital Universitario Son Dureta.

Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca. España.

Correo electrónico: jreina@hds.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Rueckert RR. Picornaviridae: the viruses and their replication. En: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 609-54.
2. Melnick JL. Enteroviruses: polioviruses, coxsackieviruses, echoviruses and newer enteroviruses. En: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 655-712.
3. Oberste MS, Michele SM, Maher K, Schnurr D, Cisterna D, Junttila N, et al. Molecular identification and characterization of two proposed new enterovirus serotypes EV74 and EV 75. J Gen Virol. 2004;85:3205-12.
4. Avellón A, Rubio G, Palacios G, Casas I, Rabella N, Reina G, et al. Enterovirus 75 and aseptic meningitis, Spain, 2005. Emerg Infect Dis J. 2006;12:1609-11.
5. Reina-González G, Pérez-Ruiz M, Avellón A, Trallero G, Otero A, de la Rosa M, et al. Enterovirus 75, un nuevo virus patógeno en nuestro medio. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007;25:566-9.
6. Reina J, Ballesteros F, Munar M, Mari M, Subirats M. Evaluación de diferentes muestras y líneas celulares en el aislamiento de enterovirus en pacientes pediátricos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2000;18:116-9.
7. Khetsuriani N, Lamonte-Fowlkes A, Oberst S, Pallansch MA. Enterovirus surveillance-United States, 1970-2005. MMWR. 2006;15:1-20.
8. Tseng FC, Huang HC, Chi CY, Lin TL, Liu CC, Jian JW, et al. Epidemiological survey of enterovirus infections occurring in Taiwan between 2000 and 2005: analysis of sentinel physician surveillance data. J Med Virol. 2007;79:1850-60.
9. Reina J, Ballesteros F, Ferres F, Figuerola J, Mesquida X, Galmes M, et al. Características clínicas y virológicas de las infecciones respiratorias causadas por enterovirus. Rev Esp Pediatr. 2000;56:395-8.
10. Weigl JAI, Puppe W, Gröndahl B, Schmitt HJ. Epidemiological investigation of nine respiratory pathogens in hospitalized children in Germany using multiplex reverse-transcriptase polymerase chain reaction. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000;19:336-43.

Las tasas de lactancia materna se pueden mejorar desde atención primaria

Sr. Editor:

Las bajas tasas de lactancia materna (LM) se están convirtiendo en un problema de salud pública en todo el mundo. En nuestro país, con tasas de LM del 20% a los 4 meses¹ el proble-

TABLA 1. Comparación de la proporción de niños que tomaron lactancia materna en los períodos estudiados en función del tiempo de duración de la misma

Lactancia materna	1999 (n = 39)	2004 (n = 37)	p
Tiempo medio (meses)	3,22	6,63	0,0001
≤ 1 mes	13 (33,3%)	12 (32,4%)	ns
> 1 mes-< 3 meses	7 (17,9%)	4 (10,8%)	ns
≥ 6 meses	7 (17,9%)	16 (43,2%)	0,0164
≥ 12 meses	1 (2,56%)	7 (18,9%)	0,0233
≥ 24 meses	0	2 (5%)	ns

ns: no significativo.

ma empieza a ser preocupante. En vista de la importancia que esto puede tener en el futuro próximo, los gobiernos de los distintos países intentan tomar medidas. Así, el programa Healthy People 2010² del Gobierno de Estados Unidos propone alcanzar que el 50% de los niños mantengan la LM hasta los 6 meses. En nuestra comunidad, el programa de salud infantil de la comunidad de Canarias³, mucho más modesto, tiene como meta que el 10% de los niños mantenga la LM hasta los 6 meses.

Los pediatras, a pesar de tener una especial sensibilidad con este problema, nos sentimos muchas veces impotentes para luchar contra un medio social adverso a la lactancia materna, y a veces caemos en el error de pensar que sólo es posible mejorar las tasas de LM desde el medio hospitalario. Es cierto que los 10 pasos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ para una feliz lactancia materna se refieren al ámbito hospitalario, pero también es cierto que hay factores que se pueden mejorar desde atención primaria. Además, estudios recientes avalan el hecho de que incrementos pequeños en la duración de la LM como es pasar de 4 a 6 meses pueden suponer una importante protección frente a las infecciones respiratorias para los niños⁵. En este sentido, todos los pediatras debemos tener presente que nuestras actuaciones en favor de la LM, aunque sean modestas, pueden tener una repercusión importante en la salud de nuestros pacientes.

Con el objetivo de mejorar las tasas de LM en nuestro entorno, el 1 de octubre de 2003 pusimos en marcha unas medidas de fomento de la LM en dos consultorios rurales periféricos (Ravelo y Aguagaría) pertenecientes al Centro de Salud de Tacoronte (Tenerife). Las medidas eran: 1) El pediatra informaba a la madre en la primera visita sobre las ventajas de la LM para el niño y para ella. 2) Se realizaba una anamnesis dirigida a los problemas de lactancia y se intentaban solucionar. 3) Se ponía a mamar al niño en la consulta en los casos en que la madre planteaba problemas. 4) Se pesaba al niño semanalmente durante las 3 o 4 primeras semanas para comprobar que la LM era adecuada y para afianzar la confianza de la madre en su capacidad de alimentar al niño. El estudio se diseñó como un estudio de intervención con grupo control. Se revisaron todas las historias de los niños nacidos en 1999 y en 2004 en ambos centros. Se excluyeron los niños que no habían acudido a las revisiones, los hijos de madres con enfermedades que impedían la lactancia y los que habían sido trasladados de otros centros (8 excluidos en 1999 y 11 en 2004). Los resultados se muestran en la tabla 1. Como se puede observar, tras la puesta en marcha de estas medidas, se ha duplicado el tiempo medio de LM y ha

aumentado significativamente el número de niños que mantienen la LM más de 6 y 12 meses, respectivamente. No han disminuido los niños que mantienen la LM menos de 1 y 3 meses, respectivamente. Es probable que esto se deba a que cuando la LM ya se ha iniciado, el pediatra de atención primaria sólo puede actuar sobre las madres que ya han tomado la decisión de dar LM a sus hijos, pero no sobre las que ya han tomado la decisión contraria. Como es sabido, en los países desarrollados las mujeres toman esta decisión durante el embarazo y en el período preconcepcional⁶. En este sentido, sería útil instaurar la consulta prenatal con el pediatra, como se prevé desde hace años en las normas de supervisión pediátrica de la Sociedad Americana de Pediatría⁷, así como instar a los médicos de familia para que incluyan el consejo sobre LM en las visitas que realizan a embarazadas, puérperas y también en las consultas preconcepcionales, como recomienda la Sociedad Americana de Medicina de Familia⁸.

**M. Monge Zamorano^a, S. Díaz Martín^a,
M. Méndez Abad^b, J.M. Maldonado Tiestos^a
y C. Quintana Herrera^a**

^aCentro de Salud de Tacoronte. Tacoronte. Tenerife.

^bCentro de Salud de Tejina-Tegueste.
La Laguna. Tenerife. España.

Correspondencia: Dra. M. Monge Zamorano.
Francisco Bonnin, 27. 38300 La Orotava. Tenerife. España.
Correo electrónico: mmendeza@papps.org

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La Lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:340-56.
- Healthy People 2010. Disponible en <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse/comments/faobjective.asp?id=16&subid=19> [Accedido el 26-12-07].
- Programa de Salud Infantil de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pr_salud_infantil/pdf/introduccion/ObjetivosEspecificosMetasyActividades.pdf [Accedido el 26-12-07].
- 10 steps to successful breastfeeding. Disponible en: <http://www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=60> [Accedido el 26-12-07].
- Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. Pediatrics. 2006;117:425-32.
- Lozano de la Torre, MJ. Los diez pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna, guía para profesionales. Monografía de la AEP. N.º 5. Madrid: Ed. Ergón; 2004. p. 125-38.
- Normas de Supervisión Pediátrica de la Sociedad Americana de Pediatría. Disponible en: <http://practice.aap.org/content.aspx?aid=1599> [Accedido el 26-12-07].
- Moreland J, Coombs J. Promoting and supporting breastfeeding. Am Fam Physician. 2000;61:2093-100, 2103-4.