

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PREVALENCIA DE HEPATITIS B EN NIÑOS DE LA CALLE

Determinación de Anticuerpos en suero en
los Niños de la Calle beneficiados por los hogares del
Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC)
durante el mes de septiembre de 1,995.

KAREN DENISSE PEÑA JUAREZ

GUATEMALA , SEPTIEMBRE DE 1,995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DC
OS
T (2969)

ACTO QUE DEDICO:

A LA VIDA : Porque al ser parte de ella me permite disfrutar de su maravillosa creación.

A LOS GUATEMALTECOS: Especialmente a los niños, la razón de nuestro esfuerzo.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:
Por brindarme una parte importante de lo que soy.

A ANDREA: Mi estímulo para ser cada día mejor.

A GUSTAVO ADOLFO: Por su amor y paciencia incondicionales.

A MIS PADRES:

Irma Elizabeth Juárez Arjona
Francisco Miguel Peña Reyes

Gracias por su amor y apoyo de siempre.

A MARIELOS Y LARRY: Con amor fraternal

A MANOLO, LILIAN, PAUL, DORIAN, CARLOS Y HECTOR:

Por regalarme la oportunidad de darme y recibir.

A MIS PADRINOS:

Dr. José Antonio Hernández de León
Ing. Carlos Fong Grajeda
Dr. Mario Hernández Varela

Con admiración y gratitud

A LOS DOCTORES:

Rony Efrén Garavito
Randall Manuel Lou Meda
Fausto Girón López
Arnoldo Saenz Morales
Miguel Angel Blanco Silva

Con profundo cariño y respeto por la labor que realizan.

Y A TODOS AQUELLOS QUE HE TENIDO POR SUERTE CONOCER, LOS QUE ESTAN Y LOS QUE YA NO, LOS QUE SIEMPRE ME HAN ENSEÑADO ALGO NUEVO QUE APRENDER, LOS QUE AMO Y TAMBIEN A QUIENES DEDICO EN ADELANTE MI TRABAJO Y EL ORGULLO DE FORMAR PARTE DE ESTE MARAVILLOSO UNIVERSO.

AGRADECIMIENTO A:

Sr. Edgar Alay
Centro de Desarrollo Integral Comunitario
Educadores y Directores de los hogares
para niños de la calle de CEDIC.

Por su ayuda y apoyo a los niños de la calle .

... luego de que me fugué de mi casa a los 9 años, me dediqué a vivir en la calle, nos juntábamos en grupos, todos teníamos distintas edades, probé muchas drogas, a los 11 años ya tenía mucha experiencia en eso; mi novia que tenía 22 años me cuidaba y me daba cariño, yo la veía como mi mamá , pero ella decía que yo era su novio, era muy especial para mi , por eso no puedo olvidar el día en que durmiendo en un parque unos señores con machete nos agarraron y a ella la hicieron pedazos , la mataron, me dijeron que si yo seguía en las mismas y decía algo iba a parar igual.- Desde entonces lo único que deseé fue morirme hasta que un señor me ayudó y me ofreció estudios y me sacó de las drogas.

Lo único que quiero ahora es ayudar a los niños que viven como yo una vez lo hice , además quiero seguir escribiendo mis poemas y seguir trabajando.

MAX TENA
Guatemala
Agosto,1,995

INDICE

	<u>PAGINA</u>
I. Introducción	1
II. Definición del problema	2
III. Justificación	4
IV. Objetivos	5
V. Revisión Bibliográfica	6
Los niños de la calle	6
Causas de callejización	7
Programa Formativo y Educativo del Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC).	9
Hepatitis B	12
VI. Metodología	16
VII. Presentación de resultados	23
VIII. Análisis de resultados	30
IX. Conclusiones	33
X. Recomendaciones	34
XI. Resumen	35
XII. Referencias Bibliográficas	36
XIII. Anexos.	40

I. INTRODUCCION

En Guatemala, el niño de la calle es un individuo cuyas características socio-económicas, culturales y psicológicas de miseria, es presa fácil de toda clase de riesgos, que debe sortear en una lucha por la supervivencia desde que nace y sin ninguna oportunidad o ventaja más que el instinto humano de adaptación y selección natural. Bajo estas circunstancias, los niños de la calle son víctima del exterminio masivo de la violencia, drogadicción y toda clase de enfermedades como las de transmisión sexual.

En América Central, Guatemala es uno de los países que presentan endemicidad intermedia para hepatitis B, con una prevalencia de 2.2% en comparación con el resto de países del istmo en los cuales, a excepción de Honduras, la endemicidad es baja; lo que nos hace considerar dadas las características de la enfermedad, que dicha cifra va en aumento.

Se desconoce realmente la magnitud de la Hepatitis B en los niños de la calle y por ello la presente investigación busca establecer cuál es la prevalencia de Hepatitis B en este grupo y cuáles son los factores de riesgo asociados a su contagio?. Con este propósito se efectuó un estudio descriptivo transversal en los niños de la calle beneficiados por el Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC), considerándolos una muestra representativa. Se realizó la investigación a través de una entrevista estructurada para establecer factores de riesgo y toma de muestras sanguíneas para determinar seroprevalencia de antígeno de superficie.

Posterior a la presente investigación, considero que debe realizarse mas estudios al respecto en grupos similares y debe de intensificarse la campaña educativa y de inmunización por parte los sectores que velan por la salud de los niños y de toda la población.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala el problema de los Niños de la Calle se inició hace unos 20 años, como todo, en un principio nadie lo tomó en serio ya que no afectaba directamente al país y por ello jamás se imaginó nadie que el problema se agravara a tal punto de que muchos niños y niñas desarrollan toda su existencia en la calle. Estos niños existen por el subdesarrollo global del país y la forma como el sistema económico excluye de los bienes materiales a las grandes mayorías, afectando también la vida interior del hombre mismo, la unidad familiar, el respeto, el afecto y la consideración por los niños y las niñas.

En nuestra cultura el niño ocupa un lugar marginal y es víctima del abuso del adulto a todo nivel, tanto físico como psicológico, los obligan a adoptar posturas para complacer a los adultos, y nadie se esfuerza por comprenderlos. Quizá el problema verdadero no sean los niños de la calle, ya que no surgen por generación espontánea sino el problema realmente radica en las familias y el entorno en que se forman y desarrollan .(8)

El niño de la calle se dedica a toda clase de subempleo, traducido en términos de explotación, lo que lo coloca como uno de los integrantes de la población mas expuestos a todo tipo de riesgo .(6)

Según UNICEF-SEGEPLAN en su análisis de la situación del niño y la mujer, muestra una población de 1,159,353 niños trabajadores de los cuales mas de 700,000 trabajan en el sector formal, 446,000 en empresas familiares sin salario y 37,000 sin protección laboral; por otro lado están quienes se dedican a actividades marginales como robo, mendicidad, tráfico de drogas y prostitución en número de mas o menos 200,000. Es una situación alarmante si tomamos en cuenta que tenemos una población de 9,197,000 habitantes y los menores de 15 años conforman el 45% de la población y que de la población general 85% de habitantes se encuentran en situación de pobreza y de éstos 52% en extrema pobreza. Todo lo mencionado origina una ausencia total de oportunidades de desarrollo mínimas para gozar de una salud y bienestar integral y por ende aspirar a un futuro que ofrezca la realización de las necesidades mas elementales de hombres y mujeres. (6,7)

Se ha verificado que un alto porcentaje de niños y adolescentes de la calle consumen drogas suaves, como el thiner, cemento, pegamento, marihuana y alcohol e incluso se ha reportado casos de niños menores de 15 años adictos a las drogas fuertes como el crack, la cocaína, morfina y heroína. (3).

Las enfermedades de Transmisión Sexual también constituyen una dimensión grave de los múltiples problemas que aquejan a los niños de la calle, cuya mayor parte de su vida cotidiana transcurre en los sitios públicos (3), por ello es pertinente plantearnos si podrán haber contraído a éstas alturas el virus de la Hepatitis B? Nos referimos a ésta enfermedad en particular (sin dejar de considerar que también pueden contraer otras enfermedades de transmisión sexual o por consumo de drogas intravenosas) debido a su alto grado de virulencia y fácil contagio así como las complicaciones posteriores en la vida de éstos niños, siendo incluso una enfermedad de repercusión epidemiológica ya que es prevenible pero no curable y ello precisamente la hace distinguirse de entre las otras enfermedades.

III. JUSTIFICACION

En un estudio realizado por CHILDHOPE Y UNICEF se determinó que de un total de 38 niñas de la calle (sin vínculo familiar) 37 declararon haber tenido una experiencia sexual, en dos casos el inicio de actividad sexual se produjo a los 11 años, 7 a los 12 años , 10 a los 13 años, 8 a los 14 años y 6 a los 15 años. Hubo cinco casos que no quisieron dar información. De estas niñas 8 declararon haber sufrido una enfermedad de transmisión sexual ,entre las cuales las mas frecuentes fueron gonorrea y sífilis, no se reportan datos acerca de la incidencia de HIV y Hepatitis B que puede ser bastante común por sus altas posibilidades de contagio. (3,6,7,24)

El problema se desconoce en su real magnitud, pero hace resaltar estos hechos que tal es sumamente grave, lo cual no se ha podido determinar por las escasas investigaciones al respecto, de las cuales la mayoría tienen un corte muy tradicional y están metodológicamente incapacitadas para llegar al fondo de la realidad sobre la situación del contagio de Hepatitis B como enfermedad de Transmisión Sexual en los niños de la calle.

La Hepatitis B es una enfermedad que puede prevenirse pero que sin embargo no puede curarse, ello la hace realmente muy singular, pues el costo humano, social y económico de sus efectos es demasiado alto, debido a su fácil contagio y la forma acelerada en que podría propagarse en todo el mundo , particularmente en los países en desarrollo como Guatemala, que actualmente cuentan con programas de salud que promueven la medicina preventiva y erradicación de enfermedades endémicas pero que también poseen uno de los mas altos porcentajes de analfabetismo y niveles de sub desarrollo socio-económico en todo el mundo. Es de vital importancia darle un enfoque objetivo al problema para poder plantear soluciones viables e inmediatas, haciendo uso de los recursos disponibles, tales como: Organizaciones no Gubernamentales y gubernamentales, Organizaciones Internacionales, Grupos y Asociaciones que se dedican especialmente a la atención y protección de niños en alto riesgo, todo con la finalidad de ofrecer una alternativa educativa-preventiva dentro de los programas ya establecidos en las instituciones que ya están trabajando con los niños de la calle y también la inmunización colectiva gratuita financiada por las mismas instituciones a travez de donaciones.

La investigación sobre la prevalencia de Hepatitis B que se realizó en los Hogares del Centro de Desarrollo Integral Comunitario en un pequeño grupo representativo y de alto riesgo, es parte de una de las piezas del engranaje que ofrecerá a los niños de la calle alternativas para mejorar su situación y la calidad y cantidad de sus expectativas de vida.

IV. OBJETIVOS

1. Determinar la Prevalencia de Hepatitis B en los niños de la calle que son beneficiados por el hogar del Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC).
2. Determinar cuáles son las actividades y conductas sexuales de los niños de la calle, para adquirir el virus de la Hepatitis B.
3. Determinar que factores de riesgo son los mas asociados entre los niños de la calle, para adquirir el virus de la Hepatitis B.
4. Ofrecer una alternativa de manejo para el control de las enfermedades de transmisión sexual, con énfasis en la Hepatitis B , en los hogares de el Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC).

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

LOS NIÑOS DE LA CALLE:

Ser niño es estar colocado en grupo sumamente vulnerable en todo aspecto. Prácticamente los adultos tomamos decisiones por ellos, y aún, nos compete su educación, la formación de su particular personalidad, dentro de un marco socio-económico históricamente determinado.

En mayo de 1,990, el Congreso de la República ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, lo que significa que Guatemala se ha comprometido en forma legal a velar por las necesidades de más del 45% de la población guatemalteca que en éste momento es menor de 15 años. Las necesidades del niño guatemalteco son innumerables y muy graves, pero todas tienen solución. (41)

Muchas de las necesidades del niño guatemalteco no han podido ser resueltas, debido en su mayoría a la ignorancia con respecto a la realidad en que ellos se desenvuelven, por otro lado el estado actual de la situación social, que a pesar de tomarle ya en cuenta dentro de la legislación guatemalteca, no ha creado los mecanismos ideales para ofrecerle atención y protección, no solo a los niños, sino también a los adultos, quienes son responsables de todas estas pequeñas vidas.

Todos estos pequeños "niños de la calle y en la calle" en su mayoría pertenecen a hogares desintegrados, con baja escolaridad o sin ella, viven en las zonas marginales del país, carentes de los servicios mas indispensables, en condiciones infrahumanas de saneamiento ambiental. Se ven en la necesidad a muy temprana edad de contribuir al ingreso familiar o de solventar su propia subsistencia, debido a maltrato familiar, por lo que se lanzan a las calles a desempeñar toda clase de actividad que les represente ingresos y en ese afán de sobrevivir, constantemente corren el riesgo de ser maltratados, de participar en forma precoz en estrategias de sobrevivencia como las drogas, la prostitución, la vagancia, y finalmente, de romper cualquier tipo de vínculo con la familia.

Son aproximadamente más de 200 mil niños y niñas que se encuentran insertos en actividades marginales de ingreso que les coloca al margen de lo socialmente permitido. Se incluye a los menores dedicados al robo, la mendicidad, el tráfico de sustancias nocivas como "el pegamento" y la prostitución. (46)

Debido a que este sector marginal de ingreso no requiere ninguna capacitación o formación, mas y mas niños ven con mayor facilidad la oportunidad de integrarse a éste para sobrevivir.

Las cifras demuestran que los menores se están ubicando en las calles a más temprana edad, hoy día la edad promedio es de 11.6 años a 12.3 años para los niños y 10.3 años para las niñas, conformando los niños el 66.7% y las niñas cerca del 33.7%, de lo que se calcula como una población de mil quinientos niños que viven en la calle. (46)

Causas de la Callejización de los Niños:

Son estas producto de cuatro factores que desde fuera ejercen tensión sobre la familia y la comunidad:

1. El problema Socio- Político :

Que trae gente de las área rurales a las grandes ciudades, la violencia, las tensiones sociales, el subdesarrollo, son solo unos factores. Además la corrupción en todos los niveles de los organismos estatales y algunas agrupaciones populares y de trabajo, como sindicatos. Es realmente inaudito que haya familias muriendo de hambre mientras se negocia con millones y millones de quetzales para beneficio de unos cuantos, que quieren situarse en las cúpulas de poder y sin ningún criterio ni compromiso para resolver los problemas que mas aquejan a los pobladores.

2. El problema Socio- Educativo :

Esta visto que el padre que fue abusado o maltratado , tiende a maltratar a sus hijos. Además muchos niños no cuentan con la atención de los padres debido a que trabajan o provienen de hogares desintegrados y se ven necesitados de afecto el cual buscan en la calle. La escuela no ofrece ningún atractivo para los niños pues esta se ha deteriorado y deformado y mas que educativa, se vuelve impositiva a travez del maltrato que muchos educadores ejercen sobre los alumnos y la discriminacion de que hacen objeto a los niños problema.

Esta situación tiene una esencia histórica , ya que anteriormente los Mayas precolombinos tenían una educación de amplia participación social en los contenidos, en la vivencia. Era una educación obra de todos y en beneficio de todos , se daba en la familia y en la comunidad , vinculada al medio ambiente, la creación y la cosmovisión total. En definitiva era una educación significativa para la persona. Los españoles con vision de conquista , sacaron al indígena del medio familiar y lo trasladaron a un medio esteril y artificial de las escuelas, con contenidos que favorecian sus fines de conquista, lo cual sustrajo a los padres y a la comunidad de sus responsabilidad primigenia en la educación de las nuevas generaciones, incluso los inhabilito para ello haciendolos creer que la escuela era el único poder educativo poseedor de la verdad absoluta en la que se debía formar a los niños.

3. El problema Socio- Cultural:

Que hace que algunos grupos sean étnicos o de estratos sociales bajos sean marginados y menospreciados, o se les da las oportunidades de salir de la pobreza, por la cultura de dominación ideológica y económica. La misma comunidad nacional hace que la familia totalmente desprotegida cruce la barrera del alto riesgo y de ella sale el niño abandonado y el consecuente deterioro en la convivencia social.

4. El problema Socio- Económico:

El niño no tiene la oportunidad de satisfacer sus necesidades de servicios básicos de alimentación, vivienda digna, educación, mucho menos recreación y esparcimiento. Los medios que tiene para distraerse son los que la calle y la necesidad le brinda , entre los cuales estan: la lucha, la agresión, el robo, la droga y la violencia. Hay muchos niños que concientes de su situación y la de su familia, salen a trabajar a la calle. No salen a robar o a drogarse o vagabundear, sin embargo el niño que honradamente hace Q. 50.00 en tres días, se da cuenta que el que roba lo hace en un día , entonces la presión de grupo logra ser tan fuerte que lo pone en la tentación de optar por el otro camino.
(4,6,8)

Algo que es necesario decir es que todos los seres humanos necesitamos satisfacer nuestras necesidades físicas, materiales, pero tambien necesitamos llenar el espacio afectivo, ? Sera que no hay quien quiera a los niños? Somos capaces de aceptar el amor de un niño? Todos decimos quererlos.

PROGRAMA FORMATIVO Y EDUCATIVO PARA NIÑOS EN RIESGO SOCIAL
DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL COMUNITARIO - CEDIC.

CEDIC es una institución laica, no partidista, sin fines de lucro y sin discriminación de credos y razas, que busca a través de la promoción humana el desarrollo integral de las personas de escasos recursos de las áreas marginales y rurales del país. La sede está ubicada en la comunidad de Guajitos zona 12, es cual es uno de los sectores populares marginados de la capital y que cuenta aproximadamente con 30,000 habitantes.

CEDIC fue legalizada el 20 de septiembre de 1,988 según consta en escritura pública número ciento noventa y dos.

OBJETIVOS DE CEDIC:

1. Participar en programas de desarrollo que respondan a las principales necesidades de los guatemaltecos en las ramas de salud, educación, infraestructura y organización, según las observadas en las comunidades en que tenga presencia la institución.
2. Desarrollar programas con tendencia educativa-formativa , que permita el auto desarrollo de las comunidades.
3. Difundir las experiencias de los programas por medios escritos, como libros, periódicos, boletines, volantes , así como por medio de materiales audiovisuales e intercambios a través de seminarios, y conferencias con instituciones o grupos diversos.
4. Promover en su generalidad a hombres y mujeres de todas las edades, especialmente emigrantes a la ciudad de escasos recursos económicos, de las áreas marginales del perímetro urbano y rural.
5. Colaborar en la búsqueda de identidad del guatemalteco, preservando las distintas manifestaciones de la cultura auténtica del país.
6. Promover intercambios culturales de experiencias entre programas similares a nivel nacional e internacional.

En cuanto a su atención a los niños cuenta con un programa estructurado de la siguiente manera.

PROGRAMA FORMATIVO Y EDUCATIVO PARA NIÑOS EN RIESGO SOCIAL.

PROYECTO: FORMACION Y NUTRICION INFANTIL.

En la comunidad de Guajitos se apoya con estimulación temprana, educación parvularia y alimentación complementaria a niños de 0 a 6 años de edad que presentan algún grado de desnutrición y que sean hijos de madres solteras o trabajadoras, quienes participan en la reparación de alimentos y se capacitan en áreas de su interés.

PROYECTO: APOYO AL MENOR TRABAJADOR DEL TRANSPORTE URBANO DE MICROBUSES.

Se apoya con actividades educativas, recreativas, reflexivas, culturales, con becas de estudio para que mejoren sus condiciones de vida y un apoyo mínimo en aspectos de salud. La educación se realiza en la calle.

PROYECTO: APOYO AL NIÑO Y ADOLESCENTE QUE VIVEN O DEAMBULA EN LAS CALLES.

Este proyecto consta de tres fases:

CASA HOGAR DIURNA: El niño encuentra los elementos para satisfacer sus necesidades más inmediatas y a la vez ello les motiva al inicio del proceso de su descallejización.

CASA HOGAR PERMANENTE: El niño vive en un verdadero ambiente familiar.

EDUCACION Y CAPACITACION PARA EL TRABAJO: Le permite ingresar al mercado laboral e integrarse a la sociedad como un ente crítico y reflexivo.

CEDIC ES MIEMBRO DE:

La Coordinadora Institucional de Promoción de los Derechos del Niño CIPRODENI

La Comisión Nacional Pro- Convención sobre los Derechos del Niño, adscrita a la Procuraduría de los Derechos Humanos.

Del Núcleo Coordinador de la Red Internacional para la Infancia y la Familia en Guatemala.

Del Movimiento Regional de Solidaridad por los Derechos del Niño integrado por Centro América, México y Panamá.

La comisión del programa de apoyo al menor trabajador, coordinada por el ministerio de trabajo y previsión social .

Del comité coordinador de los sectores civiles que conforman la "Coordinación por la información y participación en el proceso de paz", ante el diálogo Gobierno - URNG.

CEDIC es apoyado financieramente por:

Stichting Kinder Postzegels Nederland (Holanda)
Mensen in Nood, Caritas Neerlândia (Holanda)
Kinderen in de Knel (Holanda)
AFSC comite de los amigos (USA)
Enfants du monde (Suiza)
Child Hope (Guatemala)

HEPATITIS B

El virus de la hepatitis B. produce distintas infecciones, que van desde la seroconversión asintomática, la enfermedad subaguda con ictericia y anorexia, náuseas y malestar general hasta la hepatitis fatal fulminante. La infección anictérica o asintomática es frecuentes en los niños.(38)

Un estado de portador crónico del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, con hepatopatía crónica o sin ella, puede ser el resultado de la infección.(39)

Etiología:

El HBV es un hepadnavirus de 42 nm. que contiene DNA. Contiene el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBeAg) Los anticuerpos séricos contra cada uno de estos antígenos se utilizan en pruebas diagnósticas como marcadores de infección por HBV; la detección de HBsAg en suero indica infección actual.(38,43)

Epidemiología:

Los principales modos de transmisión del HBV son por contacto con sangre y a través de la actividad sexual. El HBV también se transmite por exposición percutánea o mucosa a sangre, incluyendo secreciones corporales que contienen sangre u otros líquidos corporales infectados, también se halla en exudado de heridas, semen, secreciones cervicales y saliva. El contacto percutáneo con objetos inanimados y contaminados puede transmitir la infección como resultado de la supervivencia prolongada (1 mes o más)del HBV en estado desecado. Los datos experimentales indican que el HBV no se transmite por vía fecal-oral o por agua.(20,38)

Los adolescentes y los adultos con riesgo más elevado de adquirir infección por HBV , en los Estados Unidos son los individuos que utilizan drogas por vía intravenosa, los que tienen actividad heterosexual con múltiples parejas y los que participan en actividad homosexual masculina. Otras personas con riesgo elevado incluyen los trabajadores sanitarios expuestos a sangre o a productos de la sangre, los miembros del personal de instituciones y de programas no residenciales de cuidado diurno para retrasados mentales y los pacientes que reciben hemodialisis crónica.(20,38,39)

En todo el mundo, la infección por HBV es una causa importante de hepatitis no sólo aguda sino también crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular primario provocado por la infección crónica.

El período de incubación de la hepatitis B aguda es de 45 a 160 días, con un promedio de 120 días.

En América Central los países de Honduras y Guatemala son los únicos que presentan endemicidad intermedia de prealencia del HBsAg (3 y 2.2% respectivamente) ya que los otros países se encuentran en la clasificación de baja endemicidad. En Guatemala son consideradas como áreas endémicas de hepattis los departamentos de Escuintla, Zacapa y Guatemala. (25,27,30,31,36,44)

La OPS informa una prevalencia moderada de 2.2% para la población estimada en 1978 en el país, calculó el número de potadores en 145,000 (12)

En Guatemala se han realizado estudios sobre la hepatitis B desde 1969.

Se reportaron hallazgos positivos en 1974 en donde Maselli detectó 17 casos con hepatitis B en una comunidad indígena de Suchitepéquez, resultando el 23.5 % positivos para HBsAg mediante el método de CIE. En 1981 Cardona estudió 29 pacientes con diagnóstico clínico de Hepatitis B, por el método de CIE, encontrando un 34.5% de HBsAg positivo. En 1989, Santos estudió una población de 80 menores de edad del centro de ubicación y pre-egreso de la dirección para tratamiento y orientación de menores de Guatemala, reportando una prevalencia de HBsAg de 22% , por el método de ELISA. (26,31,40)

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

En el comercio se encuentran disponibles pruebas serológicas para los antígenos de HBV, HBsAg y HBeAg y para los anticuerpos contra HBsAg, HBcAg y HBeAg.

HBsAg	Antígeno de Superficie	Detección de portadores o de personas con infección aguda.
Anti-HBs	Anticuerpos contra el antígeno de superficie	Identificación de personas que han tenido infecciones por HBV, o inmunidad después de la vacunación.
HBeAg	Antígeno e	Identificación de portadores con riesgo elevado de transmitir HBsAg

Anti-HBe	Anticuerpo contra el antígeno e	Identificación de portadores de HBsAg con bajo riesgo de infectiosidad.
Anti-HBc	Anticuerpos contra el antígeno del núcleo HBcAg *	Identificación de personas que han tenido HBV
Anti-HBcIgM	Anticuerpos IgM contra el antígeno del núcleo.	Identificación de infecciones agudas o recientes por HBV (incluyendo aquellas que se presentan en personas HBsAg negativas)

*No se encuentra disponible en el comercio ninguna prueba para medir el antígeno del núcleo (HBcAg).
(9,14,19,21,26,38,42)

Otras pruebas mucho mas sofisticadas incluyen:

1. RIA (Radio inmunoensayo) Este metodo usa una cantidad fija de HBsAg purificado y marcado con I 125 que compite con el HBsAg presente en la muestra para unirse a una cantidad dada de anti-HBs (primer anticuerpo); los complejos Ag-Ac son precipitados con un anti Ig G (segundo anticuerpo). La disminucion de la union del HBsAg marcado con el anti HBs, es proporcional a la concentracion de HBsAg no marcado presente en la muestra, demostrandose por la reduccion del numero de cuentas en el precipitado. (18,23 ,39,47)
2. HAPI (Hemaglutinacion pasiva invertida): consiste en anti HBsAg fijados a eritrocitos formalizados que proporcionan la base tecnica. Los antigenos son absorbidos a los microorganismos o particulas de latex. Al mezclarse con el anticuerpo especifico, esta se aglutinan, los grumos se unen y se depositan en el fondo, haciendose visibles. (19)
3. IRMA (Ensayo Inmunoradiometrico): utiliza un anticuerpo altamente purificado y marcado con I 125 y luego de un segundo periodo de incubacion, el aporte es leido en un contador gamma. (16)

4. ELISA (Inmunoensayo enzimático de fase sólida): utiliza el principio empleado en RIA en fase sólida. La presencia de un anticuerpo conjugado con una enzima, se refleja en la hidrólisis de un sustrato agregado subsecuentemente, manifestandose la reacción por el cambio de color que puede ser leído visualmente o en espectrofotómetro. La fase sólida más utilizada puede ser el Prolivinil o Poliestileno. Las enzimas mas usadas son la fosfatasa alcalina y peroxidasa.(1,10,13,)

TRATAMIENTO:

No existe ningun tratamiento especifico para la infección aguda por HBV. Se ha demostrado que distintas medicaciones terapéuticas, incluyendo interferón, constituyen un tratamiento eficaz en algunos casos de hepatitis B crónica.

MEDIDAS DE CONTROL:

Las medidas de control actuales para prevenir las infecciones por HBV comprenden la prevención de la transmisión persona a persona a partir de sangre y de sus productos, a travez de otras secreciones corporales y objetos inanimados como agujas, etc.

INMUNOPROFILAXIS:

La inmunopofilaxis con vacuna contra la hepatitis B (HB) y/o inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG) está indicada para las personas con alto riesgo o después de la exposición a HBV.

Se han desarrollado dos tipos de vacunas contra la hepatitis B. La primera, una vacuna derivada del plasma , preparada a partir de plasma de portadores de HBsAg, y la segunda que se elabora a partir de levadura de panadero modificada genéticamente para producir el antígeno de la vacuna purificada, HBsAg, por insercción del plásmido que contiene el gen para HBsA.

Se necesita una serie de tres dosis para una respuesta óptima de anticuerpos; induce una respuesta adecuada de anticuerpos en mas del 90% de los adultos sanos y en mas del 95% de los lactantes los niños y los adolescentes. (1,2,10,13,38,39,43)

VI. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es Observacional-Descriptivo-Transversal.

2. RECURSOS:

2.1. HUMANOS:

- Asesor y Revisor del trabajo de Investigación.
- Educadores de los Hogares de CEDIC.
- Personal de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, de la DGSS, de la OPS, UNICEF y APROFAM.
- Personal profesional y técnico del laboratorio de CODETS.

2.2. MATERIALES:

- Revistas, libros y tesis relacionadas con el tema.
- Equipo de Oficina y Computadora
- Instalaciones de los Hogares de CEDIC
- Entrevistas estructuradas
- Boletas de control Serológico
- Jeringas, algodón, alcohol y tubos de ensayo.
- Instalaciones y Equipo de el laboratorio de CODETS

3. UNIVERSO DE ESTUDIO:

58 niños de la calle que son la población total de los niños beneficiados por los hogares de CEDIC.

4. CRITERIOS DE SELECCION:

4.1. CRITERIOS DE INCLUSION:

Sera considerado todo niño de la calle de sexo masculino beneficiado por el Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC); no importando grupo étnico, religión u origen.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a. Paciente mayor de 18 años.

5. VARIABLES DE ESTUDIO :

Edad, origen, escolaridad, uso de drogas, enfermedades de transmisión sexual previas, conducta sexual y antígeno de superficie.

5.1. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES:

VARIABLES	INDICADOR	INDICE	ESCALA	FUENTE
EDAD	Años	años cum- plidos	0-5 6-10 11-15 16-18	Encuesta
ORIGEN		Lugar de nacimiento	Capital Departa- mento	Encuesta
ETS	Perfil Se- xual	Edad en la primera relación sexual	0-5 6-10 11-15 16-18	"
		Uso del Condón en la rela- ción	Siempre(100%) Casi siempre(75%) Algunas veces (50%) Casi nunca (25%) Nunca (0%)	"
		Tendría relaciones sexuales padeciendo una ETS	Si No	"
		Sabe si la pareja pade ce una ETS	Si No	"
		Antecedentes perso- nales de ETS	Si No	"

	Antecedentes de ETS	Historia Clínica	Gonorra Encues Sífilis ta Chan croide Herpes Papiloma tosis Pediculo sis Púbis Otras
ASPECTO SOCIOECONOMICO		Escola- ridad	Analfabe ta. Primaria completa/ incompleta Secundaria completa/ incompleta
FARMACODEPEN- DIENTE		Utili- zación de sus- tancias ilegales para me- nores	Marihuana Encues Cocaína ta Alcohol Tabaco Solventes Crack Polvo de Angel Pastillas Pastas Heroína Otras
		Frecuen- cia de Uso de drogas	Si usan Ya no usan Nunca han utilizado
ANTIGENO DE SUPERFICIE		Laborato- rio	Positivo Serolo- Negativo gia.

6. PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE INFORMACION:

6.1. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION QUE SE APLICARAN EN LA INVESTIGACION Y FORMA DE VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS:

INSTRUMENTO: Consiste en una entrevista diseñada para ser contestada con ayuda de los educadores de los niños de la calle con respuestas de Selección Múltiple, los items de que se compone se refieren a todas las actividades de tipo sexual y uso de drogas relacionadas con el contagio de Hepatitis B y solo servirán como guía para el entrevistador.
(Ver anexo#2)

VALIDACION DEL INSTRUMENTO: El Instrumento sera validado por medio de una prueba piloto , la cual se probará en una muestra de 10 niños de una población similar al grupo de estudio, esto nos hará rectificar algunos items en donde hubiese falla en la recolección de la información.

6.2. PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE LA INFORMACION:

ENTREVISTA:

Previo a la entrevista y a iniciar la investigación se convivirá con los niños y educadores durante 15 días, formando parte de la institución como médico temporal para poder crear lazos de comunicación y coordinar los trabajos.

Se efectuará una entrevista confidencial , aprovechando para educar y concientizar al entrevistado sobre conducta y práctica consideradas de "alto riesgo". Participara la institución CEDIC incluyendo los hogares abiertos o temporales y los permanentes, además se realizará entrevistas a los niños en su medio ambiente habitual.

SEROLOGIA:

Luego de la recopilación de la información se tomaran muestras de sangre a todos los niños para realizar prueba serológica de AgHBs y determinar la presencia de Hepatitis B. Para fines de control se diseñó una ficha Serológica para anotación de resultados en base a un código que se le dará a cada niño y así garantizar la confidencialidad de la prueba (Ver anexo #3).

La prueba también se realizará con la colaboración de los Educadores de los hogares para la toma de muestras en cuanto al aspecto de organización, será supervisado el proceso en el Laboratorio de CODETS por el Dr. Erwin Solorzano especialista en enfermedades de transmisión sexual. Luego al determinar los resultados se elaboraran cuadros comparativos en base a los datos de la entrevista y la serología.

6.3. MECANISMOS DE SUPERVISION QUE GARANTIZARAN LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS RECADADOS:

- Supervisión y Control de la organización del trabajo por los Educadores de CEDIC y el Director Edgar Alai, quienes participaran informando a los niños beneficiados, citándolos y organizándolos por grupos para no excluir a ningún niño de la calle

- Supervisión en el Laboratorio de CODETS por el Dr. Erwin Solorzano, quien se encargará de observar todo el proceso y además corroborar resultados en la ficha serológica respectiva.

7. DECODIFICACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:

La codificación utilizada se hará en base a números asignados a las variables de estudio para una mejor captación y análisis de datos, utilizándose para ello el tipo de respuesta cerrada; luego se formará una base de datos utilizando cuadros comparativos para establecer los factores de riesgo predominantes y la prevalencia de hepatitis B en el grupo estudiado, se ofreceran alternativas de manejo de la Hepatitis B en los niños de la calle de los hogares de CEDIC, entre las cuales se planteará una inmunización colectiva posteriormente.

7.1. MECANISMOS PARA OBTENCION DE LOS DATOS Y DEL CONSENTIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES:

Se solicitará autorización al Señor Edgar Alai Director de la Institución CEDIC para poder realizar el estudio y se planificará en conjunto con el personal del hogar el día y la hora para poderlo realizar en el tiempo máximo de un mes. (Ver anexo #1). Todo ello se planificará durante los quince días de convivencia con la institución fungiendo para ello como médico temporal de la misma.

El mecanismo es bastante sencillo, basándose en la absoluta confidencialidad de toda la información que se obtenga, ofreciéndoles además el servicio sin costo alguno.

7.2. PROTECCION CONTRA LOS RIESGOS:

Se utilizarán medidas universales de protección en la obtención y procesamiento de material sanguíneo. Estas medidas consisten en el uso de guantes por parte de quien la extraerá y la adecuada antisepsia del area de extracción ; se colocará la sangre en tubos de ensayo con su respectivo tapón y numeración , éstos a su vez seran transportados inmediatamente en cajas especiales al laboratorio de CODETS en donde serán procesadas las muestras.

7.3. ARCHIVO CONFIDENCIAL DE INFORMACION:

El nombre y los datos del grupo investigado, se hará por códigos utilizados única y exclusivamente por los investigadores involucrados, evitándose así cualquier fuga o filtración de información.

7.4 Gráfica de Gantt																		
Actividades	Meses		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	3	4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1. Recopilación de Material Bibliográfico																		
2. Elaboración de Protocolo																		
3. Revisión de Protocolo																		
4. Aprobación de Protocolo																		
5. Planificación de actividades con CEDIC.																		
6. Realización de Entrevista a los niños del hogar																		
7. Extracción de muestras sanguíneas y Procesamiento																		
8. Tabulación y Análisis de Resultados																		
9. Redacción del Informe Final																		
10. Revisión del Informe Final																		
11. Presentación y aprobación del Informe Final																		
12. Exámen Público																		

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

FRECUENCIA DE LUGAR DE ORIGEN DE LOS NIÑOS DE LA CALLE
 BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO
 INTEGRAL COMUNITARIO. SEPTIEMBRE 1,995.

LUGAR DE ORIGEN	FRECUENCIA	%
CAPITAL	36	62
DEPARTAMENTO	22	38
TOTAL	58	100%

Fuente: Guía de la entrevista.

CUADRO No. 2
 DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE 58 NIÑOS DE LA
 CALLE BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE
 DESARROLLO INTEGRAL COMUNITARIO. SEPTIEMBRE 1,995.

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	%
0 - 5	2	3
6 - 10	8	14
11 - 15	32	55
16 - 18	16	28
TOTAL	58	100%

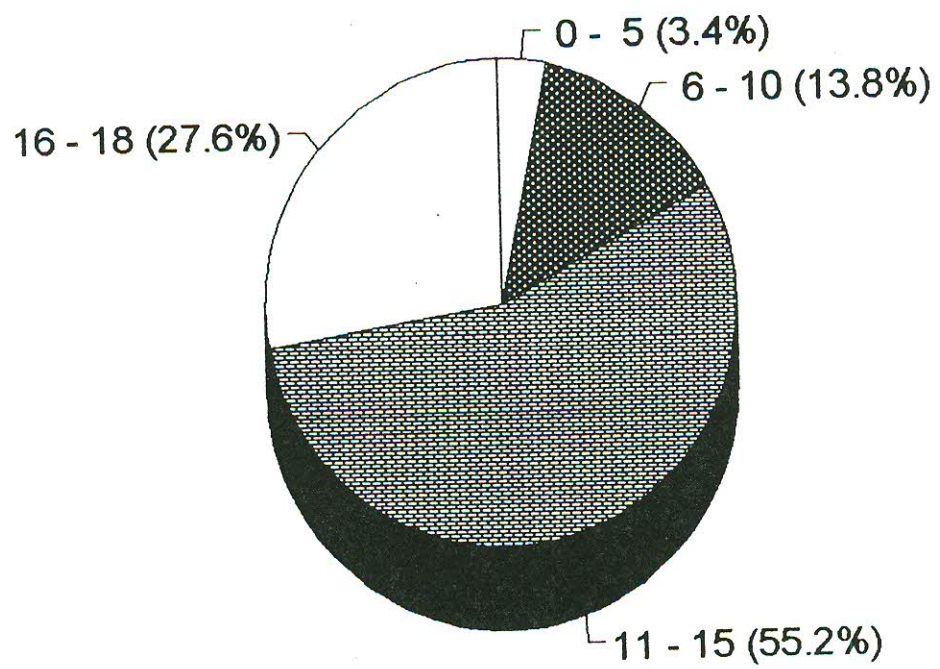
Fuente: Guía de la entrevista.

CUADRO No.3
 ESCOLARIDAD DE LOS NIÑOS DE LA CALLE BENEFICIADOS POR LOS
 HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL COMUNITARIO.
 SEPTIEMBRE 1,995.

PRIMARIA		SECUNDARIA		ANALFABETA
Com.	Incom.	Com.	Incom.	
	2			
	8			
1	27		2	2
4	8		4	
5	45		6	2

FUENTE: Guía de la entrevista.

Distribución de niños de CEDIC por grupo etáreo



CUADRO No.4
 EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS NIÑOS DE LA
 CALLE BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO
 INTEGRAL COMUNITARIO
 SEPTIEMBRE 1,995.

EDAD EN AÑOS	1a.RELACION SEXUAL	%
0 - 5	0	0
6 - 10	4	15
11- 15	21	78
16- 18	2	7
TOTAL	27	100 %

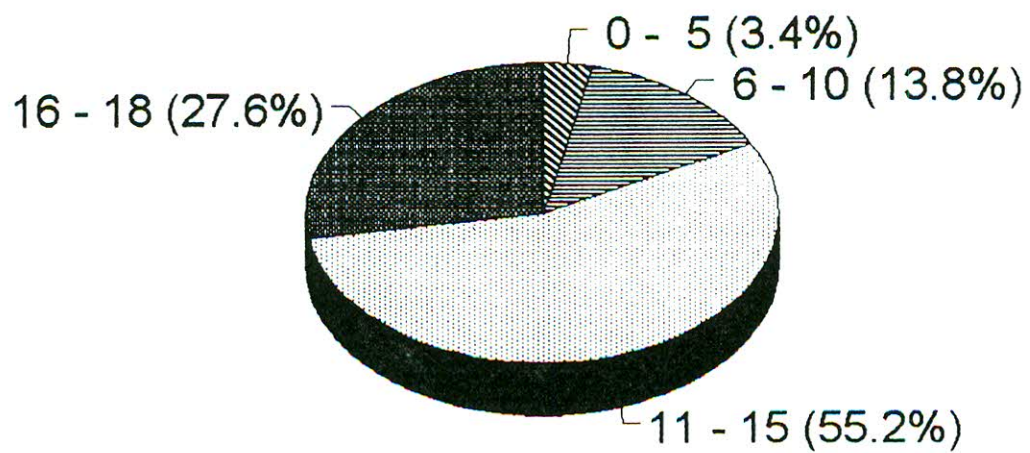
Fuente: Guía de la entrevista.

CUADRO No.5
 FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVOS POR LOS NIÑOS
 CON VIDA SEXUAL ACTIVA BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL
 CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL COMUNITARIO.
 SEPTIEMBRE 1,995.

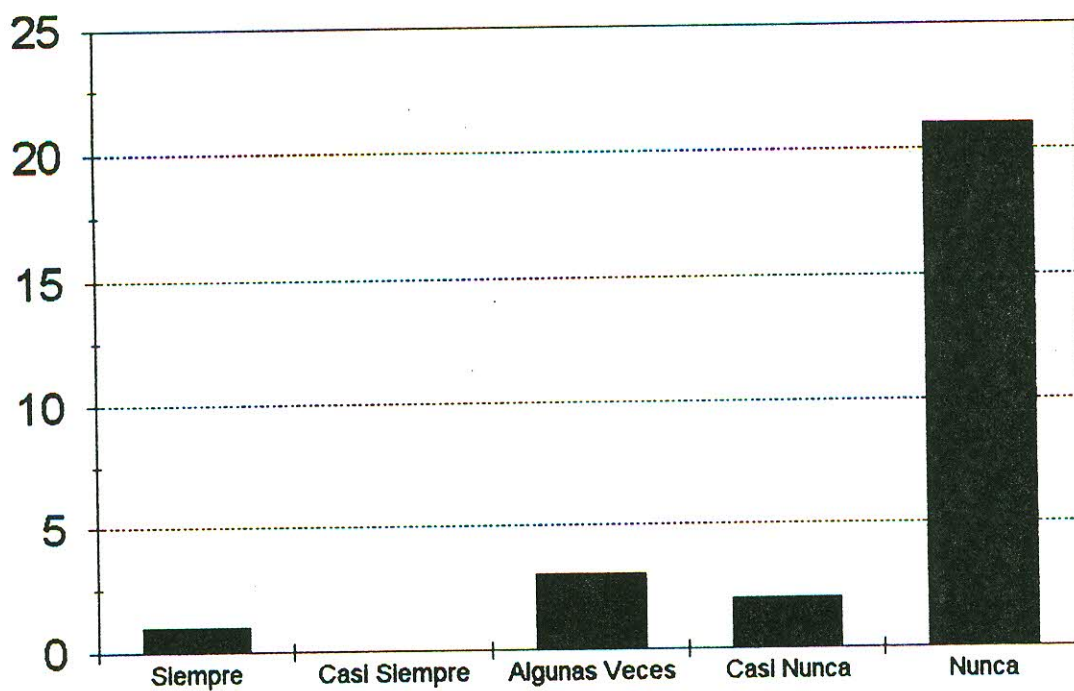
USO DE PRESERVATIVOS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE (100%)	1	4
CASI SIEMPRE (75%)	0	0
ALGUNAS VECES (50%)	3	11
CASI NUNCA (25%)	2	7
NUNCA (0%)	21	78
TOTAL	27	100%

Fuente: Guía de la entrevista.

Edad de inicio de la relación sexual



Frecuencia de uso de preservativos



CUADRO No.6
 CONDUCTA SEXUAL MAS FRECUENTE EN LOS NIÑOS DE LA CALLE
 BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO
 INTEGRAL COMUNITARIO. SEPTIEMBRE 1,995.

CONDUCTA SEXUAL	SI	NO
TENDRIA RELACIONES SEXUALES PADECIENDO UNA ETS	1	26
SABE SI SU PAREJA PADECE UNA ETS		27
TIENE ANTECEDENTES DE UNA ETS	9	18

Fuente:Guía de la entrevista.

CUADRO No.7
 ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL MAS FRECUENTE EN LOS NIÑOS
 DE LA CALLE BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL
 CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL COMUNITARIO.
 SEPTIEMBRE 1,995.

ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL	FRECUENCIA	
		%
GONORREA	7	50
SIFILIS	0	0
CHANCROIDE	1	7
HERPES GENITAL	1	7
PAPILOMATOSIS	0	0
ESCABIOSIS	0	0
PEDICULOSIS PUBIS	5	36
TOTAL	14	100

Fuente: Guía de la entrevista.

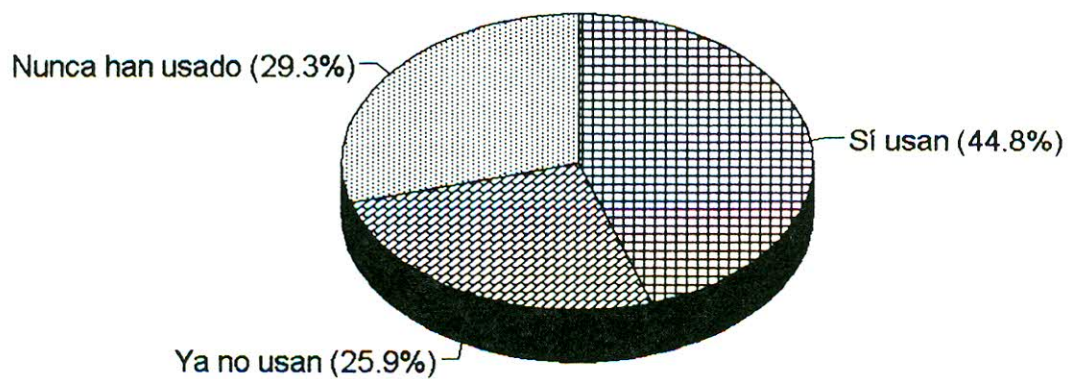
CUADRO No.8

FRECUENCIA DE UTILIZACION DE DROGAS EN LOS NIÑOS DE LA CALLE
 BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO
 INTEGRAL COMUNITARIO. SEPTIEMBRE 1,995

USO DE DROGAS	FRECUENCIA	%
SI USAN	26	45
YA NO USAN	15	26
NUNCA HAN USADO	17	29
TOTAL	58	100%

Fuente: Guía de la entrevista.

Frecuencia de uso de drogas



CUADRO No.9

DROGAS MAS FRECUENTEMENTE USADAS POR LOS NIÑOS DE LA CALLE
 BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO
 INTEGRAL COMUNITARIO. SEPTIEMBRE 1,995.

DROGA	FRECUENCIA	
	VALOR	%
MARIGUANA	22	17
COCAINA	4	3
ALCOHOL	14	11
TABACO	31	24
SOLVENTES	36	28
CRACK	4	3
POLVO DE ANGEL	1	1
PASTILLAS	14	11
PASTAS	1	1
HEROINA	1	1
TOTAL	128	100.0

Fuente: Guía de la entrevista.

CUADRO No.10

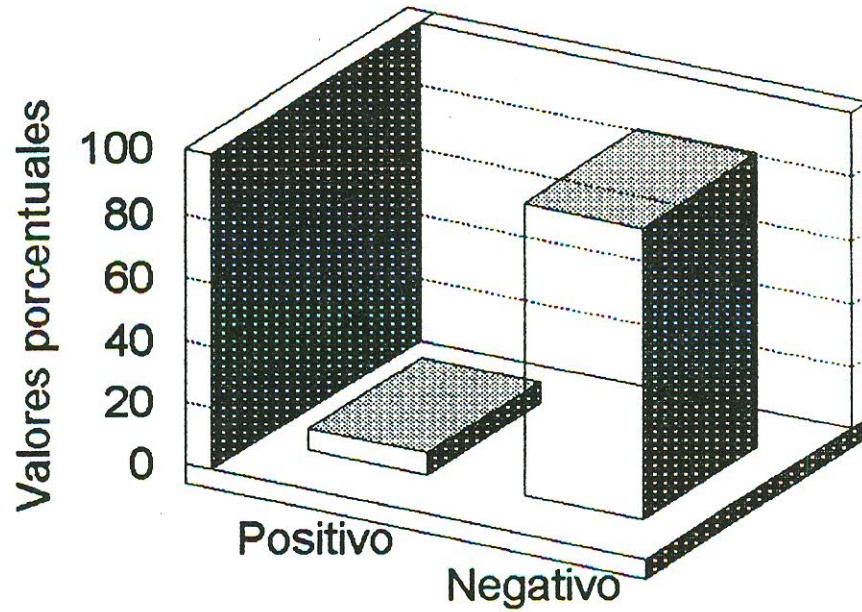
SEROPREVALENCIA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DEL TOTAL DE MUESTRAS DE SUERO EXTRAIDAS EN LOS NIÑOS DE LA CALLE BENEFICIADOS POR LOS HOGARES DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL COMUNITARIO. SEPTIEMBRE 1, 1995.

NUMERO DE MUESTRAS	ANTIGENO DE SUPERFICIE			
	POSITIVO	%	NEGATIVO	%
43	3	7	40	93

Fuente: Laboratorio de la Clínica de Orientación y Diagnóstico de Enfermedades de Transmisión Sexual.(CODETS).

Antígeno de Superficie

Seroprevalencia



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio y a travez de las entrevistas realizadas se logró determinar que del total de niños , la mayoría provienen de la capital (62 %) y el resto de los departamentos (38 %) lo que nos hace considerar que el problema de callejización y alto riesgo de los niños estudiados no solo concierne a las áreas marginales del foco urbano sino también hay una gran afluencia de pequeños en alto riesgo desde los departamentos.
(Ver cuadro 1)

Con respecto a la distribución por edades , la mayoría se encuentra entre los 11 - 15 años (55%) , luego los de 16 - 18 años (28%) y con menos frecuencia los menores de 5 años (3%) , ésto puede deberse principalmente al hecho de que son éstas las edades en que los niños pueden tomar la decisión de irse de sus hogares por diversos motivos y es una edad en la que pueden sobrevivir relativamente dentro del ambiente callejero. (cuadro 2)

Se logró determinar que del total de niños solamente 2 son analfabetas 50 han cursado la primaria y de éstos 45 incompleta, y 6 han llegado a cursar la secundaria incompleta, nos llama la atención que la mayoría ha logrado integrarse a un proceso educativo preestablecido pero que la mayoría no logra culminar sus estudios, ello a pesar de no ser analfabetas los coloca dentro de un grupo de personas con una deficiente educación y por ende es un grupo vulnerable en cuanto a riesgos en general se refiere. (cuadro 3)

De un total de 58 niños entrevistados 27 refirieron tener vida sexual activa, de los cuales 78% se iniciaron a los 11 - 15 años, 15% de 6 - 10 y 7% de 6 - 18, ésto coincide con la frecuencia de niños por grupo etáreo , lo que nos hace considerar que la mayoría de niños que por alguna razón llegan a vivir en la calle inician sus experiencias de tipo sexual a edades muy tempranas , paralelamente a la lucha por adaptarse en un medio creando sus propias estrategias de supervivencia. (cuadro 4)

Con respecto a la conducta sexual es alarmante observar que de 27 niños activos, 78% no usan protección, 7% casi nunca 11% algunas veces y solamente 4% siempre, lo que los coloca dentro de un riesgo potencial de contraer enfermedades de transmisión sexual; ésto aunado a su comportamiento sexual en

el que 26 refieren no tendrían relaciones sexuales padeciendo una enfermedad de transmisión sexual, 27 ignoran si su pareja padece una enfermedad de transmisión sexual y 9 si tienen antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, hace que dicha disposición hacia las relaciones sexuales los coloque dentro de un grupo de muy alto riesgo , pues por experiencia personal , a pesar de darseles pláticas sobre uso de protección y enfermedades de transmisión sexual aun persisten con el mismo comportamiento y la mayoría ignora realmente la magnitud de contraer cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual, especialmente la Hepatitis B que para la mayoría era desconocida. (cuadro 5 y 6)

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual mas frecuentes se encuentra en primer lugar la Gonorrea (50%), luego la Pediculosis Pubis(36 %) y con un solo caso el Herpes Genital y el Chancroide (7% cada uno), ello viene a confirmar que es cierto que una conducta de alto riesgo como la ignorancia que llega a niveles de indiferencia, la promiscuidad y ningún hábito de higiene lo único que llega a crear son éstos resultados. (cuadro 7)

En cuanto a la frecuencia de uso de drogas, de 58 niños 45% si usan , 26% ya no usan y 29% nunca han usado, los que dejaron de usarla han entrado dentro de los programas de descallezización del Centro de Desarrollo Integral Comunitario , es realmente alarmante observar que la mayoría tiene o han tenido contacto con drogas durante su supervivencia en la calle y es precisamente éste aspecto el que hace que las probabilidades de éxito en la descallezización disminuyan pues muchos llegan a crear una dependencia muy profunda hacia las drogas y hacia el ambiente de pseudolibertad callejera. (cuadro 8)

Para complementar la información anterior, es importante hacer notar que la clase de droga no es tan trascendental , como el hecho de que éstos niños han consumido toda clase de ellas , inclusive drogas endovenosas, crack y cocaína, además de las más comunes como solventes de los cuales el thiner y el pegamento son los más populares, luego la marihuana y el alcohol, quiero aclarar que a pesar de no estar relacionado directamente con la transmisión del virus de la Hepatitis B, al observar a los niños pude constatar que muchos de éstos niños bajo efectos de drogas practican conductas sexuales de prostitución y homosexualismo que es lo que realmente los hace vulnerables a contraer no solo la Hepatitis B, sino también toda una gama de enfermedades que pueden transmitirse sexualmente. (cuadro 9)

Para terminar , se pudo demostrar que de 43 muestras sanguíneas extraídas, 7% eran sero positivas para antígeno de superficie, ello nos indica que éstos niños realmente tienen contacto con fuentes de contagio y que son realmente vulnerables por los múltiples factores de riesgo en que sobreviven, especialmente la drogadicción y la vida sexual activa a edad temprana sin ningún tipo de protección y responsabilidad. Este dato viene a confirmar que realmente la Hepatitis B está alcanzando dimensiones insospechadas y que probablemente no solo sean víctimas de ésta, sino también de enfermedades como el virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o Hepatitis C y otras de igual gravedad, lo que también nos hace considerar que éste grupo de niños solamente representa un estrato, dentro de miles de grupos de hombres y mujeres en iguales condiciones de supervivencia y con un alto riesgo de ser exterminados ya sea por la violencia , las drogas o por enfermedades de magnitud epidémica como ésta. (cuadro 10).

IX. CONCLUSIONES

1. La Hepatitis B tiene una prevalencia alta(7%) en un grupo de 43 niños a los que se les tomo muestras serológicas y que son beneficiados por el Centro de Desarrollo Integral Comunitario (CEDIC).
2. Se logró determinar que las actividades y conductas sexuales de alto riesgo en los niños de la calle son:
Inicio de actividad sexual a edad temprana.
Ninguna o poca protección durante el acto sexual.
Ignorancia o indiferencia con respecto al conocimiento de si su pareja padece una enfermedad de transmisión sexual.
Antecedentes de Enfermedades de transmisión sexual.
3. Se determinó que los factores de riesgo asociados al contagio del virus de la Hepatitis B en los niños de la calle son:
Conducta sexual de alto riesgo a muy temprana edad.
Consumo indiscriminado de drogas y prácticas sexuales bajo efectos de las mismas.
Una pobre o ninguna educación.
Callejización a una edad muy temprana, en la que no se define aún carácter de responsabilidad y auto estima especialmente en un ambiente sin reglas como la calle.
4. Con los datos aportados se logró definir que la principal forma de contagio del virus de la Hepatitis B en los niños de la calle son las relaciones sexuales que se practican sin ninguna responsabilidad.
5. Considero que la Hepatitis B puede tener una mayor prevalencia en los niños de la calle que aun no se han estudiado.

X. RECOMENDACIONES

1. Que, a través de los programas ya establecidos en pro de la descaldejización y protección de menores de alto riesgo se promueva la educación intensiva sobre enfermedades de transmisión sexual y se ofrezca alternativamente la inmunización colectiva.
2. Que, se logre integrar a los programas no gubernamentales con los programas de ayuda gubernamental y Ministerio de Salud Pública para poder optimizar los recursos disponibles en pro del bienestar y la protección de los niños de la calle.
3. Que, actualmente se incorpore a las Historias clínicas de los menores beneficiados por los hogares del Centro de Desarrollo Integral Comunitario un control serológico y pueda reforzarse el área de salud , especialmente preventiva, a nivel de capacitación de educadores, información y educación a los niños y la posibilidad de financiamiento de controles serológicos periódicos e inmunización colectiva.
4. Que se realicen estudios de control y monitoreo en los hogares del Centro de Desarrollo Integral Comunitario y en otros grupos similares para poder darle un enfoque más amplio a la problemática de salud de los niños de la calle y así ofrecer alternativas mucho más eficaces.
5. Que se capte y notifique al Ministerio de Salud Pública los casos a los que se les determinó seropositividad para Hepatitis B, para brindarles apoyo médico y seguimiento y para que se establezcan los mecanismos de control y vigilancia a nivel sanitario en éste grupo de riesgo.
5. Que se de a conocer la verdadera problemática del niño de la calle y de alto riesgo a nivel nacional para poder concientizar acerca de las verdaderas causas del problema y mejorar la actitud, el maltrato y abuso de que son objeto diariamente los niños.

XI. RESUMEN

TITULO: PREVALENCIA DE HEPATITIS B EN NIÑOS DE LA CALLE

Estudio descriptivo realizado en los hogares para niños de la calle del Centro de Desarrollo Integral Comunitario en 58 niños , durante el mes de septiembre, en quienes se busca establecer la prevalencia de hepatitis B y los factores de riesgo asociados a su contagio.

De un total de 58 niños se extrajo 43 muestras serológicas de las cuales la Prevalencia de Hepatitis B encontrada fue de 7% y los factores de riesgo asociados fueron:

Baja o ninguna escolaridad.

Callejización entre las edades de 6 a 15 años.

Inicio de actividad sexual a edades entre los 6 a 15 años.

Conducta sexual de alto riesgo como:

Ningún uso de protección (78% de 27 niños con actividad sexual)

Antecedentes de Enfermedades de Transmisión sexual (9 de 27 niños con vida sexual activa)

Total desconocimiento sobre si su pareja padece una enfermedad de transmisión sexual.

Uso indiscriminado de drogas y prácticas sexuales fuera de lo normal bajo efectos de las mismas.

Por lo que se estableció que el factor directo de contagio fue la mala práctica sexual.

Recomiendo que se realicen más estudios de éste tipo en grupos similares y que se capacite a las personas que laboran en instituciones que velan por la protección de los niños de la calle para promover la prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente la Hepatitis B. Además que se establezca un enlace de comunicación entre éstas instituciones y el Ministerio de Salud Pública para poder implementar dentro de los programas ya establecidos, estrategias de prevención tales como la difusión educativa a nivel nacional y la inmunización colectiva.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boniolo A. et-al. Use of enzyme - linked immunosorbent assay for screening hibridome antibodies against hepatitis B surface antigen. J. Immunology. 1982; 49 : 1-15.
2. Centers for Disease Control: immunization practices advisory comitte. Recomendations for protection against viral hepatitis , 1985 June 7, 4 (22): 315-333.
3. CHILDHOPE. Investigación sobre niñas y adolescentes trabajadoras de la calle. Childhope y Oficina Regional de Unicef. para C.A. Guatemala 1,994.
4. CHILDHOPE. Estado, Políticas Públicas y Condiciones de la Familia en Centro América y México. Childhope, Radda Barnen. 1a. Ed. , Febrero 1,992. Guatemala.
5. CHILDHOPE . Situación y Perspectivas de la niñez en alto riesgo social. Childhope. Guatemala, Noviembre 1,994.
6. CHILDHOPE Y COMUNIDAD EUROPEA. Prostitución un grito a la conciencia de la humanidad. Childhope. 1a. Ed. Guatemala, 1,994.
7. CHILDHOPE Y UNICEF. Menores Trabajadores y de la Calle en Meso América, Childhope. 1a. Ed. Guatemala, 1,994.
8. CHILDHOPE Y UNICEF. Niñez y Adolescencia en alto riesgo social en Centro América. Childhope, Diciembre de 1,994.
9. Dawle PH. D. WR et-al. Hepatitis B MMWR 1990 Feb. 9 : 39 (2) : 5-22.
10. Fields H. Experimental contitions affecting the sensitivity of enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) for detection of hepatitis B surface antigen (HBsAg) WHO bull, 1,983; 61: 135-142.
11. Goldfarb J. et-al. Estudio comparativo de la inmunogen. y la seguridad en recién nacidos de dos esquemas de dosificación de la vacuna Engerix B contra la hepatitis B. The Pediatric Infectious Disease Journal. Vol 2/ Número 7 1,994. : 199-202.
12. Hadler, S.C. et-al. La Hepatitis en las américas: informe del grupo colaborador de la OPS. Bol. Of Sanit. Panam. 1987 sept; 103 (3) 185-203.

13. Hendry R.M. Comparison of enzyme immunoassay with radioimmunoassay for detection of hepatitis B surface antigen . J. Med Microbiol. 1983; 16: 11-116.
14. Henry J.B. Diagnóstico y Tratamiento Clínicos por el laboratorio . 8. ed. Barcelona , Salvat, 1,988, tomo 2 (p.p. 1596-1599).
15. HERNANDEZ ESTRADA, SANDRA. (Lic.) Análisis de Situación de menores abandonados y maltratados. Documento de Facultad de Trabajo Social. USAC.Guat. Oct. 1990. 1-88
16. Hollinger F.B. Dienatag J.L. Hepatitis viruses. In: Lennete E.H. Manual o clinical microbiology Washington, 3rd. Ed. 1980. 899-921.
17. Honduras, Universidad de Tulane. Servicios comprensivos de salud para niños en y de la calle y sus familias en la ciudad de Tegucigalpa. Honduras. Universidad de Tulane. Ene. 1993. 89 p.
18. Islas, S.A. et-al. Utilidad clínica de los marcadores en hepatitis viral. Rev. med. IMMS (Mex). 1984: 22 (2): 133-135.
19. Jawetz. E. et-al. Virus de la Hepatitis . En: Microbiología Médica. 11 ed. Mex. MM: 1985, 588 p. (428-441).
20. J. B. WYNGAARDEN, L1. H. SMITH Hepatitis Crónica. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 17 Ed. Mex. 1987:917-920.
21. Joklik. W. et-al. Virus de la hepatitis. Microbiología. 18 Ed. Buenos Aires. MP. 1987. 1454 p. (1239-1246)
22. Krugman, Katz, Gershon and Wilfert. Hepatitis viral. Enfermedades Infecciosas. 8a. Ed. EI. Mex 1992 (109-140)
23. Lange, W. et-al. Epidemiology and economic importance of hepatitis B on the federal republic of Germany. Post-grad Med. J. 1987: 63 (2) : 21-26.
24. Lebensztain, B: Prevalencia de anticuerpos anti - HIV en niños de la calle en SAo Paulo. Brasil . Rev. Costarric. Cienc. Med: 8(1) :3-11, mar. 1987.
25. Lemus J. M. Seroprevalencia de antígeno de superficie de hepatitis B , en personal militar. Tesis Med. UFM. 1990. 84p.

26. López, G. M. Frecuencia de antígeno Australiano en donadores de sangre. Tesis Med. USAC. 1985. 23p.
27. Machado, B. et-al. Virus de la hepatitis B un problema de salud pública en Venezuela. Bol. of Sanit. Panam. 1984. Nov. 97 (95): 339-403.
28. Mansilla María Eugenia. Los niños de la calle, siembra de hoy, cosecha de mañana. ADOC. Perú 1989. 235 p.
29. Mansilla A. María Eugenia. Los petisos: Una aproximación analítica y alternativa al mundo de los "Niños de la Calle". Doc. Lima. 1986. 87p.
30. Marten, A. et-al. Hepatitis viral B. Acta Médica Costarricense, 1980; 27 (1) : 71-79.
31. Masselli, P.R. Hepat. Tipo B en Guate. Revista del Colegio Médico de Guatemala. 1978 sep: 29 (3) : 107-110.
32. Mc Quillan G. M. et-al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in United States : American Journal of Medicine 1989. 1976 to 1989, 87 (suppl. 3A.); 58-108.
33. Mejía, C. R. La hepatitis viral como enfermedad de transmisión sexual. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Junio-Sept. 1993, 4; 1: 27.
34. Moller E. Dina. Frecuencia de Antígeno de superficie de la hepatitis B en pacientes con enfermedad de transmisión sexual en el dispensario municipal No. 3 de la ciudad de Guate. Tesis Med. USAC. 1990. 66p.
35. Oficina Sanitaria Panamericana. Hepatitis B . Boletín. Epid. 117(1) Julio 1994.84-88.
36. Organización Panamericana de la Salud. La Hepatitis en las Américas. Bol. Epid. OPS. 1985: 6 (5): 1-7.
37. Organización Panamericana de la Salud. Hepatitis B y Hepatitis Delta. Bol Epid. OPS. 1984: 3 : 1-8.
38. Peter Lepow, Mc Craken, Phillips. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Red. Book, 22. Ed. Arg. 1992:223-240
39. R. E. Behrman, V.C. Vaughan. Hepatitis B. Nelson. Tratado de Pediatría. 12. Ed. Mex, 1986 : 810-818.

40. Robbins, S. L. y R.S. Cotrán. Hígado y vías biliares. Patología Estructural y Funcional. 2. Ed. Mex. EI 1984 1519p. 959-968.
41. SEGEPLAN, CONANI, UNICEF. Análisis de Situación de Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles. Nuestra realidad... La conoce ?. Guat. 1992: 10-12, 17-23.
42. Sherlock S. Land Marks in viral Hepatitis. JAMA 1984 Jul. 20 : 252 (3) : 402-406.
43. STITES, STOBO, FUDENBERG, WELLS. Hepatitis B. Inmunología Básica y Clínica. 5. Ed, Méx. 1985 : 154, 540-542, 651.
44. Tyergar, F. J. Summary of the US- Japan hepatitis panel conference. J. Infect Dis. 1980;142: 471-475.
45. UNICEF. Los niños en Guatemala. Doc. Guat. 1991: 1, 38-40.
46. UNICEF, DSWD Y NCSD. The situation of the street children in 10 cities. Manila. 1988, 28p.
47. Viola, L.A. Hepatitis B. Transmision sexual y vertical. Acta Gastrointestinal Latinoamericana: 11 (2) : 321-324. 1981.
48. Zucchetti Canevaro, Susana. Los niños de la calle: experiencia de trabajo en Lima, Perú. Universidad Católica del Perú: 1990. 146p.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE SEROLOGIA

CODIGO NUMERO:

FECHA DE RECEPCION DE LA MUESTRA:

FECHA DE LECTURA DE LA MUESTRA:

ANTIGENO DE SUPERFICIE: POSITIVO

 NEGATIVO

REALIZO:

SUPERVISO :

SI HA PADECIDO UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL, CUAL O
CUALES HA PADECIDO O PADECE :

Gonorrea _____
Sifilis _____
Chancroide _____
Herpes Genital _____
Papilomatosis _____
Vaginitis _____
Escabiosis _____
Ladías _____
Otras _____

QUE DROGAS UTILIZA O HA UTILIZADO:

Marihuana _____
Cocaina _____
Alcohol _____
Tabaco _____
Solventes _____
Crack _____
Polvo de Angel _____
Pastillas _____
Pastas _____
Heroína _____

FRECUENCIA DE LA UTILIZACION DE LAS DROGAS:

Si utiliza : _____
Ya no utiliza : _____
Nunca ha utilizado: _____

DESCRIPCION FISICA DE LAS DROGAS:

OBSERVACIONES:
