

INFORME DE LAS REVISIONES DE NIÑOS Y NIÑAS SAHARAUIS (VERANO DE 2014)

Inicialmente estaba previsto que 45 niños y niñas saharauis procedentes de los campamentos de Tindouf, fueran acogidos por familias de Cantabria desde el 6 de julio hasta el 4 de septiembre de 2014, viniendo al final 42.

De las revisiones médicas de los 42 niños/as, se han recibido un total de 41 informes, de los cuales, 19 corresponden a niños (46,4 %) y 22 a niñas (53,6%), con edades comprendidas entre los 7 y los 15 años, tal y como se muestra en la figura 1 (todos los niños/as, también la niña de la que no se ha aportado informe). En la figura 2 podemos observar que, de los 42 niños/as que estuvieron en nuestra Comunidad, 28 repetían estancia (66,7%) y 14 nos visitaban por primera vez (33,3%).

Figura 1

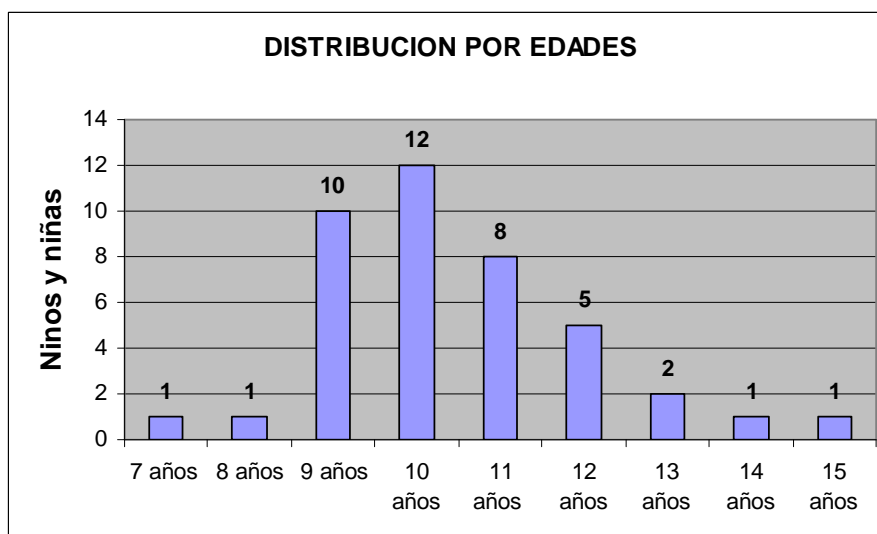
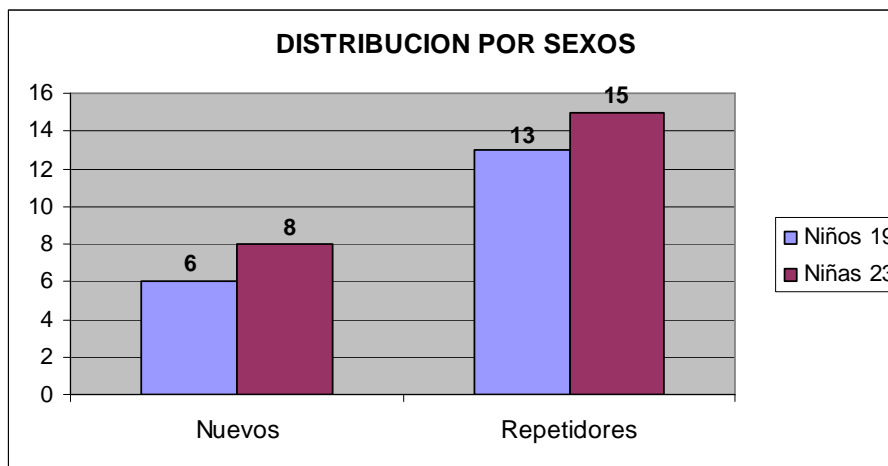


Figura 2



Durante estos últimos años se viene utilizando el protocolo de revisiones clínicas propuesto por la Asociación de Ayuda al Pueblo Saharaui de las Islas Baleares y que fue motivo de acuerdo y consenso a nivel nacional en reunión celebrada en Vigo en Abril de 2008; donde se indicó un protocolo de examen médico diferente, dependiendo de si el niño o la niña nos visitaba o no por primera vez.

En los **casos nuevos**, la revisión propuesta consiste en una anamnesis, exploración física completa, analítica (hemograma, glucosa, creatinina, GOT, GPT, FA, lípidos, proteínas totales, proteinograma, iones (Ca, P), orina) y serología de hepatitis B. Solo en el caso de sospecha clínica de patología, se proponen otros estudios complementarios, como por ejemplo anticuerpos anti gliadina, hormonas tiroideas, Mantoux o radiografía de tórax.

La vacunación en estos niños y niñas debe incluir las dos primeras dosis de hepatitis B en los que son seronegativos, **la vacuna antimeningocócica tetravalente ACYW135 conjugada Nimenrix®** (en lugar de la vacuna antimeningocócica C conjugada) y **no se administrará la vacuna triple vírica** (debido a las campañas de vacunación de sarampión realizadas por la sanidad argelina a todos los saharauis entre los 6 meses y los 18 años). Se recomienda programar visita al dentista y al óptico/a por medio de la Asociación "*Cantabria por el Sahara*".

Para quienes **repiten visita**, se propone anamnesis, exploración física y analítica de orina con pruebas complementarias opcionales a criterio de el/la

pediatra según hallazgos. Se entrega una carta a aquellos repetidores que quedaban pendientes de la tercera dosis de hepatitis B (por haberse iniciado la vacunación en anteriores visitas), para que les sea administrada durante este verano.

Además de la revisión pediátrica, tanto en nuevos como en repetidores, se completa la asistencia sanitaria con sendas revisiones bucodental y oftalmológica, habida cuenta de la alta incidencia de patología dental y defectos de refracción en estos grupos de población infantil.

Para las revisiones bucodentales se cuenta con los odontólogos privados que voluntariamente colaboran con la Asociación “Cantabria por el Sahara”, y si estos no fueran suficientes, se dispone de odontólogos de los centros de salud. Para las revisiones oftalmológicas se cuenta con oftalmólogos de la práctica privada que igualmente se ofrecieron de forma voluntaria.

Se ha seguido utilizando la documentación homologada a nivel nacional para el registro clínico, tanto el formulario de datos médicos como la cartilla de vacunas que llevan consigo a los campamentos.

RESULTADOS DE LAS REVISIONES MÉDICAS

Distribución por percentiles de peso y talla en niños y niñas saharauis a su llegada a Cantabria.

En las figuras 3 y 4 se muestra la distribución, del conjunto de los niños y las niñas, de acuerdo a su percentil de peso, tanto en número total (figura 3) como en porcentaje (figura 4). Se han utilizado las gráficas de Orbegozo, referidas a la población infantil española. Probablemente más adelante, cuando estén disponibles en OMI-AP se proponga el uso de las tablas de percentiles de peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC) de la Organización Mundial de la Salud para valoración de la somatometría de ésta población saharauí.

Nota: Con ello, quizás evitaríamos el sesgo de presuponer un defecto de peso en estos niños y niñas saharauis al considerar “normal” un cierto sobrepeso de la infancia española, reflejado en dichas tablas

Figura 3

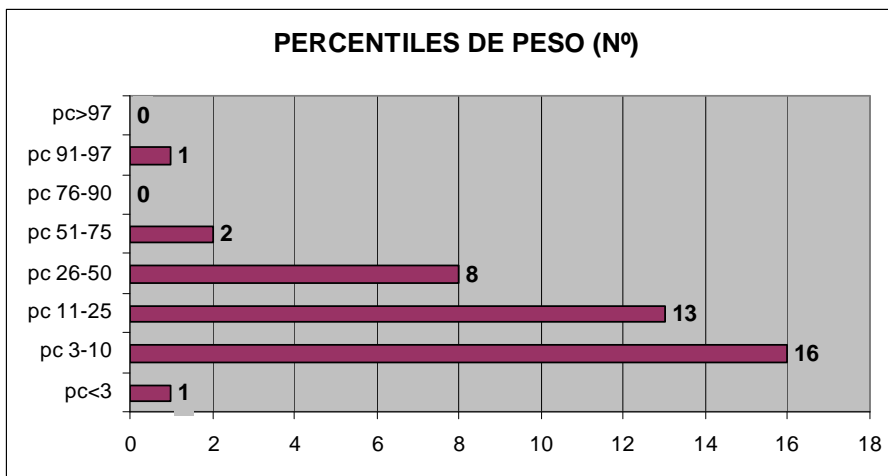
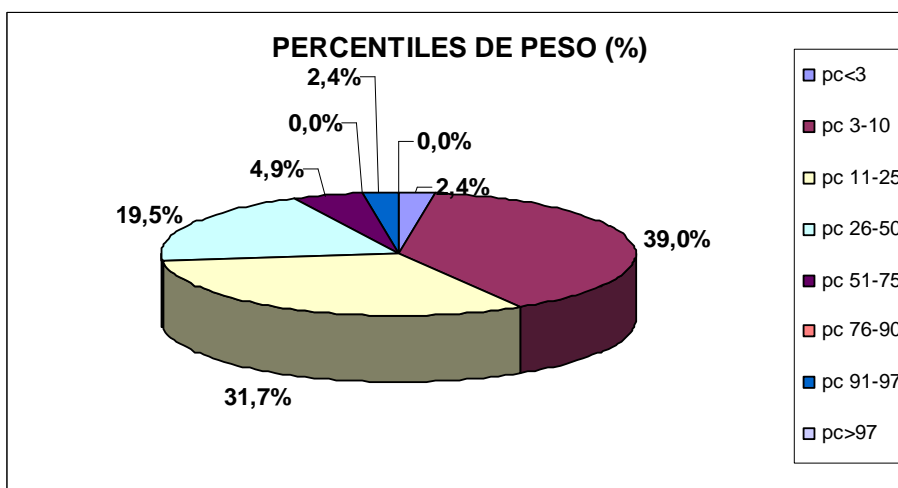


Figura 4



En cuanto al peso, se ha objetivado un percentil inferior a 3, es decir un peso bajo en un niña nueva.

En porcentajes, el percentil de peso inferior a 3 representa el 2,4% del total de los 41 informes recibidos. Los percentiles de peso mas frecuentes son los percentiles 10 y 25, que representan el 31,7% cada uno, seguido del percentil 50 con el 19,5%.

En cuanto a la talla se ha objetivado que los percentiles mas frecuentes son los percentiles 25 y 50, los cuales simbolizan el 31,7% cada uno, seguidos de los percentiles 10 y 75, con el 17,1% respectivamente. En las figuras 5 y 6, reflejamos los percentiles de la talla del presente ejercicio.

Figura 5

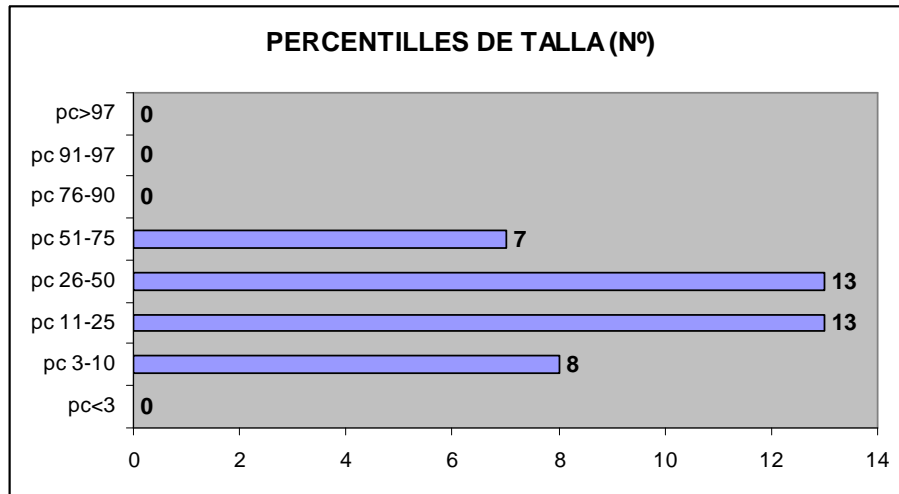
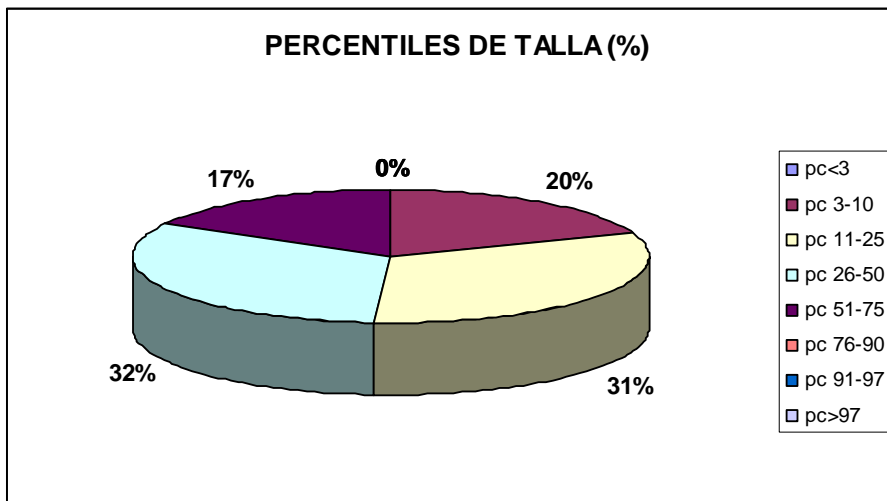


Figura 6



*según tablas españolas de crecimiento (M. Hernández y cols.)

Registro de vacunas y analítica

Hepatitis B.

De los 14 niños y niñas, que nos visitaron por primera vez, en 13 existe constancia de la determinación de niveles de anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs), en 1 niña no (comentado el caso con su pediatra del SCS, a esta niña la vacunaron en otra visita a nuestro país en 2008 según sus familiares residentes en España). De los 13, en 7 aparecían niveles de anticuerpos < 10 U, recibiendo 6 las dos primeras dosis de la vacuna antihepatitis B, quedando sin vacunar 1 niña por acudir (según refiere su pediatra) unos días antes de la partida a su país con el compromiso de vacunarse el próximo año. Los 6 que mostraron niveles > 10 U, no fueron vacunados.

De los 28 repetidores, 3 niños/as estaban pendientes de completar la vacunación, recibiendo 2 la tercera dosis de vacuna; quedando pendiente de vacunar 1 niño que no acudió.

Meningitis tetravalente.

De los 14 niños y niñas que nos visitaban por primera vez, recibieron la vacuna antimeningocócica tetravalente 12, la antimeningocócica C una niña y sin vacunar frente al meningococo otra niña (con el compromiso de vacunarse el año próximo, caso ya comentado anteriormente).

En cuanto a los repetidores, a un niño y una niña se les puso la antimeningocócica C.

Otras vacunas

Una niña repetidora fue vacunada de varicela a los 12 años con dos dosis separadas con un intervalo de 4 semanas. A un niño repetidor de 12 años se le puso la primera dosis.

Hallazgos analíticos

Se realizó analítica sanguínea a un total de 17 niños: en 13 niños/as nuevos/as y 4 niños/as repetidores/as, encontrándose eosinofilia (10% eosinófilos) en un niño nuevo que presentaba parasitosis e hipercolesterolemia de 213 mg/dl en una niña nueva.

En este año 2014, el protocolo incluyó por primera vez la realización de un proteinograma a los niños/as que nos visitaban por primera vez, por lo que se ha realizado a niños/as asintomáticos/as. De los 13 niños/as nuevos/as a los que se solicitó analítica, el proteinograma sólo se pidió a 9 por no considerarlo necesario su pediatra (o por desconocer esta novedad del protocolo). Se detectaron alteraciones en 6 (66% de los realizados). Se trataba de 3 niños (en uno disminución de beta globulina, en otro, aumento de alfa 1 globulina y gamma globulina y, en otro, elevación de alfa 1 y alfa 2 globulinas en analítica del 10/07/2014, con posterior normalización en la realizada el 14/08/2014) y en 3 niñas (en 2 hipergammaglobulinemia policlonal, una por descenso de albúmina y la otra por probable relación con desnutrición, y la tercera aumento de alfa 2 globulina). Las implicaciones de estos hallazgos se discuten en el apartado de “Comentarios” al final.

En cuanto a la orina, se han registrado 21 analíticas, resultando 16 normales y 5 con alteraciones con presencia de cilindros hialinos en una, cuerpos cetónicos en otra, proteinuria en otra (detectado como discreto aumento en labstix que su pediatra no consideró necesario estudiar) y en dos leucocitaria. Se realizó 1 urocultivo que resultó negativo.

Hallazgos patológicos

Patologías detectadas:

La patología mas frecuente ha sido la **bucodental** con 24 casos registrados de los 41 informes recibidos (58,5%). Siguiéndole la patología **visual** con 10 casos sobre los 41 informes (24,4%).

Se han detectado algunos niños/as con **lesiones dermatológicas**: 1 niña con dermatitis atópica y pitiriasis alba, 2 niños con hiperqueratosis plantar, 1 niña con pediculosis capitis, 1 niña con verrugas virales y 1 niño con uña distrófica, con cultivo de hongos negativo.

Se han diagnosticado **parasitosis intestinales** en 7 casos de los 11 estudiados por presentar sintomatología.

También se ha detectado un **quiste branquial** del segundo arco, en lado derecho del cuello.

En relación a la patología cardiaca, se han detectado en 3 niños (1 nuevo y 2 repetidores) **soplos cardíacos** funcionales, en 1 niña nueva se ha diagnosticado una **insuficiencia mitral leve** y en otra, revisión de la cirugía de CIV+PCA (realizada en Valencia en 2008) y profilaxis de endocarditis infecciosa por una mínima **insuficiencia aórtica**.

Dentro de la **patología ORL**, se ha diagnosticado 1 niña con otitis externa, 1 niño con otitis serosa izquierda leve, 1 niño con perforación timpánica crónica, 1 niño con hipertrofia de cornetes nasales y 1 niño con un tapón de cerumen en oído izquierdo. Una niña ha sido estudiada de hipoacusia, por tener factores de riesgo (hermanos con hipoacusia), con resultado normal.

En cuanto a la **patología ortopédica y traumatológica**, en 1 niño y 1 niña se han detectado pie cavo de primer grado (en el niño con metatarso varo ligero), a 1 niño se le realizó una telemetría de columna sin detectarse ninguna patología y 1 niña sufrió un traumatismo en el pie izquierdo sin hallazgos radiológicos de fractura.

Se ha detectado en una niña repetidora, enuresis.

Se han detectado en una niña nueva, bajo peso (percentil < 3).

A. Patología bucodental.

La tabla 1 muestra los problemas en la dentición encontrados en las exploraciones bucodentales realizadas.

Tabla 1

PATOLOGÍA BUCODENTAL	Nº / TOTAL
Caries	10/41
Fluorosis	6/41
Caries y fluorosis	3/41
Maloclusión	2/41
Caries y maloclusión	1/41
Caries, maloclusión y fluorosis	1/41
Fluorosis y extracción	1/41

B. Patología visual.

La tabla 2 muestra los hallazgos patológicos registrados tras la exploración oftalmológica.

Tabla 2

PATOLOGÍA VISUAL	Nº / TOTAL
Defectos de refracción	8/41
Otras alteraciones (conjuntivitis)	2/41

C. Patología parasitaria.

La tabla 3 muestra los 7 casos de infecciones e infestaciones detectadas en los 11 niños estudiados.

Tabla 3

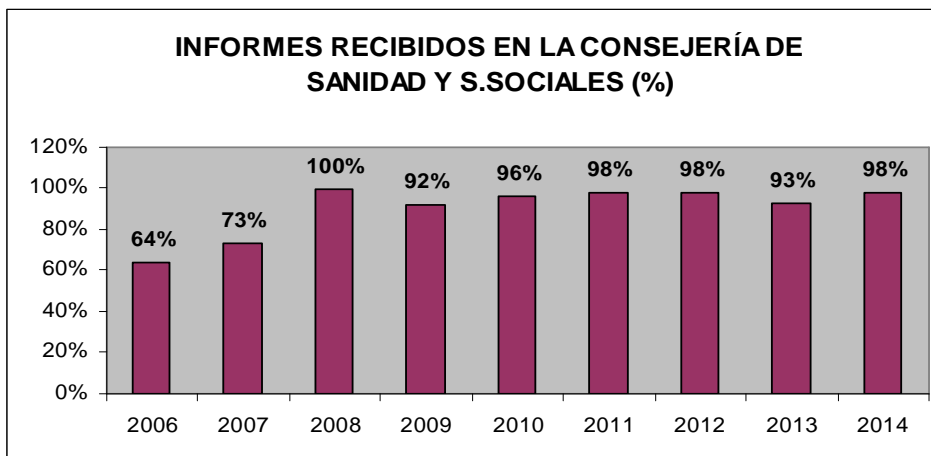
PATOLOGÍA PARASITARIA	Nº / TOTAL ESTUDIADO
PARASITOSIS INTESTINAL	7/11
Entamoeba Coli	3/11
Giardia Lamblia	1/11
Blastocystis Hominis y Entamoeba Coli	1/11
Giardia Lamblia, Chilomastrix Mesnili, Endolimax Nana y Entamoeba Coli	1/11
Parásitos sin especificar	1/11

COMENTARIOS

Se ha recibido el 97,6% de los informes médicos aportados por las familias de acogida. No se ha recibido informe de 1 niña que repetía estancia. En la figura 7 se observa el alto cumplimiento registrado en los últimos años en

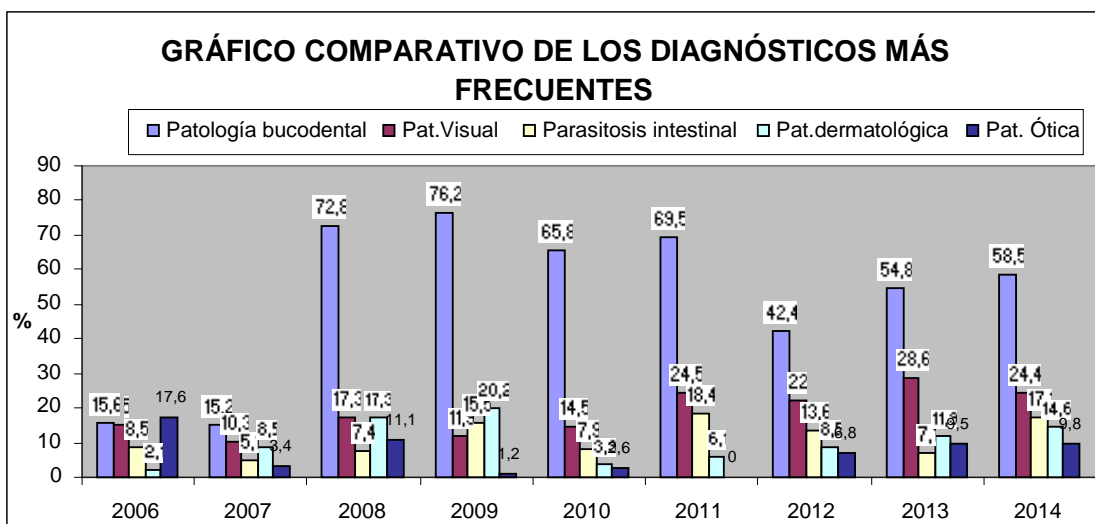
la entrega de los informes médicos por parte de las familias de acogida a esta Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Figura 7



La patología más frecuentemente detectada en 2014 ha sido nuevamente la **bucodental** (caries y fluorosis), seguida, este año, de los problemas visuales y de las infecciones, especialmente las parasitosis intestinales. En la figura 8 se representa la patología detectada con más frecuencia en los últimos años.

Figura 8



Se observa que la patología detectada con mayor frecuencia todos los años sigue siendo la bucodental, seguida de la visual. El orden del resto de patologías mas frecuentes varía de un año a otro.

Las revisiones oftalmológicas han puesto de manifiesto patología relacionada fundamentalmente con los problemas de refracción. A diferencia de lo que sucede en nuestro medio, este tipo de patología representa para estos niños y niñas dificultades insalvables, dada la imposibilidad de acceder a la corrección óptica necesaria en su país. Por este motivo, una vez detectado el problema, es sumamente importante proporcionar las gafas a aquellos que las precisen.

Uno de los mayores beneficios de la visita a Cantabria es actualizar su calendario vacunal.

Respecto a la **hepatitis B**, en 2014 un 43% (6/14) de los niños que acudían por primera vez recibieron la primovacunación antihepatitis B, frente al 66% (2/3) del año anterior. Se ha seguido el protocolo establecido, que consistía en la realización de una serología con independencia de su estado vacunal en los campamentos, debido a las bajas tasas de seroconversión tras la vacunación en Tindouf.

De los 27 repetidores de los que disponemos informe, 3 estaban pendientes de completar la vacunación de hepatitis B. De ellos, 2 (niño y niña) recibieron la tercera dosis de vacuna. Respecto al tercero, no consta su administración.

Respecto a la vacunación antimeningocócica tetravalente, han recibido la vacuna del total de niños/as que nos visitaban por primera vez 12, una niña fue vacunada con la antimeningocócica C y no hay registro de su vacunación en otra niña.

Sigue siendo frecuente encontrar **parasitosis intestinal** tanto en los niños como en las niñas saharauis que nos visitan. Aunque su búsqueda solo se aconseja cuando existen síntomas sugestivos (la reinfestación es la regla al

regreso a los campamentos), se diagnosticó algún tipo de parasitosis intestinal en 7 de ellos. Esto representa una prevalencia del 17% (si consideramos como denominador los 41 niños y niñas de los que existe informe y asumimos que los que no tenían síntomas no estaban parasitados). Pero probablemente la prevalencia real será superior. Del total de los niños parasitados, 3 recibieron tratamiento. Es conveniente el tratamiento de los casos detectados, entre otros motivos, para evitar eventuales contagios en las familias de acogida.

En el 92,7% del conjunto de niños y niñas se ha detectado un **percentil de peso \leq 50** según las tablas españolas de crecimiento, que son las usadas por no disponerse de tablas autóctonas saharauis. Este año, únicamente 1 niña nueva ha presentado un peso por debajo del percentil 3 a su llegada a Cantabria.

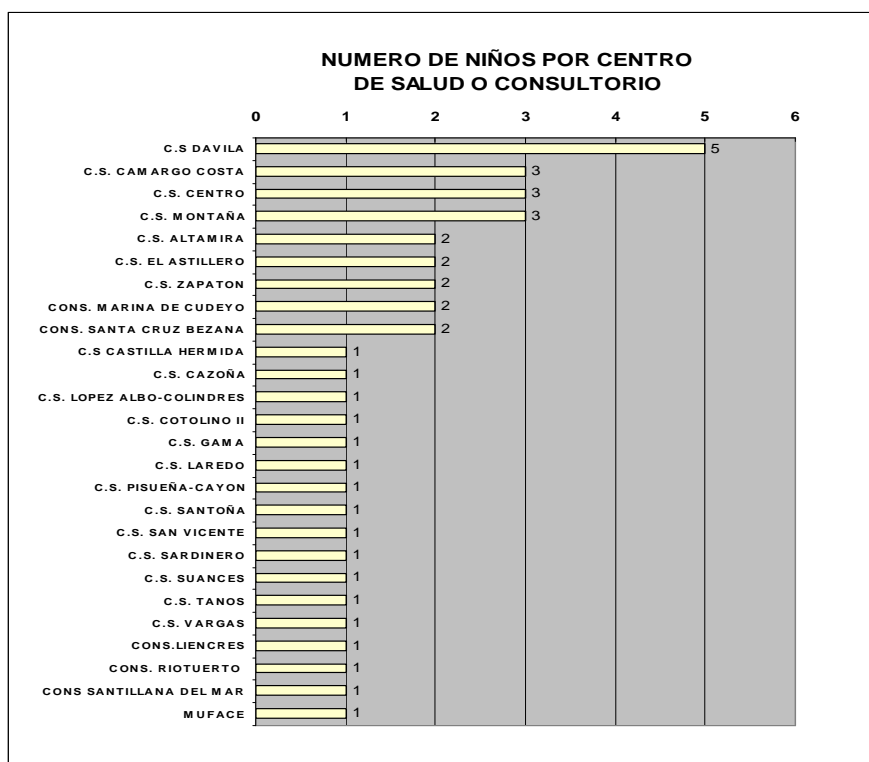
Al igual que en años anteriores, continúa siendo objetivable un aumento de peso experimentado al final de las vacaciones por la mayoría, al revisar sus historias clínicas (entre 0,9 y 6,9 Kg en 2014).

Este año "*Vacaciones en Paz*", ha creído oportuna la introducción de una nueva determinación dentro de la analítica para los niños/as nuevos/as: **el proteinograma**. Se han detectado algunas anomalías, aunque discretas, en el 66% de ellos/as. Si la alteración consiste en hipergammaglobulinemia (como ocurrió en dos casos) se debería descartar la infección VIH. En efecto, los niños/as infectados/as con VIH presentan hipergammaglobulinemia policlonal sobre la base de IgG e IgA, aunque clínicamente se comportan como hipo o agammaglobulinémicos/as. Pero descartar esta infección da lugar a problemas prácticos, pues requiere solicitar una serología específica que necesita consentimiento informado de los padres/madres o tutores. Como no están en España, el consentimiento lo debe dar el/la delegado/a saharai, que a su vez se siente obligado a comentar el asunto con los padres/madres, que se encuentran en los campamentos de Argelia, mediante conversaciones telefónicas que pueden malinterpretarse y dar lugar a complicaciones y temores injustificados. Por todo ello creemos que esta determinación de rutina debe replantearse ya que las desviaciones encontradas han sido muy pequeñas y siempre sobre la base de los parámetros que se consideran "normales" en España, que tal vez no sean aplicables a los niños/as saharauis.

Otros datos

En la figura 9 puede observarse una relación de los Centros de Salud junto al número de niños que atendieron, durante su visita a nuestra Comunidad.

Figura 9



Sección de Promoción y Educación para la Salud
Santander, 22 de diciembre de 2014

Marta Pacheco Gorostiaga
Inmaculada Fernández Jiménez
María Antonia Muñoz Lavín

VºBº

Álvaro González de Aledo

Jefe de Sección de Promoción y Educación para la Salud.