

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑOS SAHARAUIS

Propuesta para la Comunidad Autónoma de Aragón

Proyecto "Vacaciones en paz" Verano 2007.

Nuria García Sánchez. Pediatra de Atención Primaria*.
Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Rosa Macipe Costa. Pediatra de Atención Primaria*.
Centro de Salud Fuentes de Ebro. Zaragoza.

*Grupo de Cooperación Internacional de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Contacto: ngarcias@salud.aragon.es
rmacipe@gmail.com

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑOS SAHARAUIS

JUSTIFICACIÓN:

La llegada de aproximadamente 500 niños entre 8 y 12 años a la Comunidad Autónoma de Aragón en el Proyecto "Vacaciones en Paz 2007"; así como las dificultades sentidas por los profesionales que atienden a estos niños en los centros de salud, justifican la creación de un protocolo que de forma sistematizada, garantice una atención correcta a los niños saharauis.

En general los niños saharauis que vienen a nuestro país de vacaciones se encuentran sanos, pero las condiciones propias de las carencias de salud¹ por el desfavorecimiento económico, la malnutrición, déficits específicos, inmunización inadecuada, padecimiento de enfermedades de alta prevalencia en el país de origen, tanto de tipo infeccioso como hereditario, los trastornos de adaptación etc. suponen un RETO para el profesional, que debe dar respuesta, en ocasiones con rapidez, a todas estas situaciones. A lo largo de este documento se describen los procesos más frecuentes en los niños que proceden de campamentos de refugiados.

Teniendo en cuenta que en estos casos el 67% de diagnósticos médicos pasan desapercibidos en la valoración inicial del médico de atención primaria, si no se sigue un protocolo² es por lo que aconsejamos que siempre se siga una sistematización en la evaluación médica inicial de los niños saharauis que vienen de vacaciones. Cada profesional valorará individualmente su actuación, nuestra aportación supone una ayuda para facilitar y agilizar la atención de estos niños. Sugerimos consultar las publicaciones existentes para la atención de niños extranjeros, considerando que el acogimiento temporal tiene características distintas^{3,4,5,6}.

Aunque la estancia de 2 meses pueda parecer un periodo corto para plantearse objetivos, hay muchas actuaciones que pueden favorecer en este tiempo una mejora en la salud y un crecimiento recuperador importante. En este sentido debemos plantearnos que por ejemplo el diagnóstico de una anemia carencial o la parasitación intestinal y su tratamiento es muy trascendente y no debe desestimarse, pues va a mejorar la nutrición, el crecimiento y en definitiva la salud de estos niños⁷. La posibilidad de evitar enfermedades infecciosas prevenibles mediante inmunización completando la vacunación de estos niños es también posible en este corto periodo de tiempo.

Este documento pretende ser una guía práctica para la orientación de estos problemas. Se concibe como un "Protocolo de Acogida".

POBLACION DIANA:

Todos los niños Saharauis que acuden a Aragón en el verano de 2007, en el programa "Vacaciones en paz", que suponen aproximadamente 500 niños entre 8 y 12 años.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el cuidado de salud de los niños de forma que permita acercarse al nivel de salud de los niños Aragoneses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades infecciosas, carenciales y genéticas de alta prevalencia en los niños que viven en los campamentos de refugiados.
- 2) Conseguir una inmunización adecuada de todos los niños saharauis según los estándares inmunitarios de la República Árabe Democrática del Sahara (RADS), las necesidades epidemiológicas de su lugar de origen y condiciones de vida.
- 3) Favorecer la integración social de los niños durante la estancia.

ACTIVIDADES:**Captación:**

Se realizará en el servicio de admisión de los Centros de Salud cuando la familia de acogida tramita la tarjeta sanitaria, momento en que se informará de esta actividad. Se hará lo antes posible.

Actividades para el primer objetivo:

En la primera visita se realizará en la medida de lo posible una **anamnesis**.

Realización de **examen físico** lo más completo posible, como se hace habitualmente en el programa de salud del niño sano, haciendo constar:

- ❖ Peso y talla. Índice de masa corporal.
- ❖ Auscultación cardiorrespiratoria. Pulsos femorales.
- ❖ Signos de malnutrición.
- ❖ Hepatoesplenomegalia.
- ❖ Palidez.
- ❖ Ictericia.
- ❖ Cicatriz de vacunación BCG.
- ❖ Caries.

- ❖ Genitales.
- ❖ Piel y cuero cabelludo.
- ❖ Examen de agudeza visual y alineación ocular.

Pruebas de cribado:

Entre las múltiples pruebas de cribado que se aconsejan debe plantearse una individualización, debemos ser cautelosos para hacer una selección de las imprescindibles en la primera visita, las aconsejadas según sintomatología clínica y las que pueden demorarse u omitirse en algunos casos.

Pruebas de screening a realizar en la primera visita:

- ❖ Hemograma.
- ❖ Transaminasas.
- ❖ Sideremia y ferritina.
- ❖ Serología para valorar necesidad de vacunación frente a Hepatitis B: HbsAg, anti-HBc y anti-HBs.
- ❖ Parasitos en heces. Tres muestras en días no consecutivos⁸.
- ❖ Sedimento de orina.

Pruebas de screening a realizar según sospecha clínica:

- ❖ Morfología de hematíes y estudio de hemoglobinopatías, si hemograma compatible (microcitosis con sideremia normal u otros hallazgos).
- ❖ Si se sospecha tuberculosis prueba de Tuberculina y Rx de torax .
- ❖ Anticuerpos antigliadina, antirreticulina, antiendomiso, antitransglutaminasa tisular e inmunoglobulinas, si se sospecha celiacía.
- ❖ Ante la presencia de bocio y/o sospecha de trastorno tiroideo se solicitará estudio o se enviará a especialista.

Actuaciones:

- ❖ Tratamiento de todas las enfermedades diagnosticadas.
- ❖ Derivación a atención especializada si procede, agilizando la primera visita mediante contacto directo con el centro correspondiente o a través de la asociación que tramita la estancia.
- ❖ Derivación a salud buco-dental si se detectan alteraciones.
- ❖ Completar calendario vacunal o iniciarlo de forma acelerada, según se especifica en "Actividades para el segundo objetivo. Adecuación de inmunizaciones"
- ❖ Registro de actividades según anexo I y II, entregando copia del mismo a los responsables del niño.

El conocimiento de los procesos más frecuentes en niños procedentes de campos de refugiados, que se describe a continuación, justifica estas pruebas y las actuaciones indicadas.

RELACIÓN DE LOS PROCESOS MÁS FRECUENTES EN NIÑOS SAHARAUIS PROCEDENTES DE CAMPOS DE REFUGIADOS ^{1,2,3,9,10}.

Trastornos nutricionales:

Malnutrición en general, trastornos del crecimiento y desarrollo.
Raquitismo por déficit de Vitamina D y calcio (sobre todo si piel negra).
Anemia ferropénica.
Otras deficiencias vitamínicas.
Exceso de yodo, trastornos tiroideos. Bocio.

Alteraciones del crecimiento y desarrollo:

Baja talla.
Pubertad precoz.

Alteraciones dentales.

Caries y destrucciones dentales.
Fluorosis.

Trastornos dermatológicos:

Escabiosis, pediculosis, micosis, impétigo, tiñas.

Deficiente inmunización:

Existe un programa de vacunaciones estable desde hace 10 años¹¹, Tabla I. La vacuna de polio oral Sabin (VPO) la han recibido con toda seguridad puesto que al vivir en un área supervisada por el Programa de la OMS de erradicación de la Poliomielitis cada año se hacen vacunaciones transversales.

Respecto a difteria, tétanos, tos ferina, reciben 4 dosis en los 2 primeros años de vida, con refuerzo a los 6 y 14 años.

Sarampión monovalente a los 9 meses, sucesivas dosis a los 18 meses y 6 años, puede ser sarampión monovalente o triple vírica en estas dosis sucesivas.

Vacunación BCG, se recibe al nacimiento.

La mayoría de niños no aportan su tarjeta de vacunaciones. Hemos de presumir que han recibido las vacunas del calendario oficial, aunque sin duda los porcentajes de población bien vacunada están lejos de los índices españoles. No es conveniente, por razones logísticas vacunar a los niños saharauis de "vacaciones en paz" siguiendo un calendario acelerado de vacunaciones. Son 10.000 niños en España, bastantes repiten o repetirán en años próximos.

Los procedimientos médicos rutinarios deben ser los mismos para todos los niños y en lo posible consensuarlo entre la autoridad saharauí y la cooperación

Condiciones especiales y Anemias hereditarias:

Enfermedad celíaca.

Beta talasemia, drepanocitosis, déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

Enfermedades infecciosas:

- Hepatitis B.
- Hepatitis A.
- Coinfección virus Delta.
- Tuberculosis (tanto infección tuberculosa latente como tuberculosis activa).
- Infecciones parasitarias. Protozoos. Helminthos. Oxiuriasis, giardiosis, ascaridiosis, amebiosis, himenolepiosis etc.

Actividades para el segundo objetivo. Adecuación de inmunizaciones:

La prevención de enfermedades infecciosas mediante la practica de la inmunización es especialmente importante en los niños que proceden de los campamentos por sus peculiares condiciones de vida. Teniendo en consideración el calendario vacunal vigente en el Sahara¹¹ Tabla I. Debemos tratar de completar su propio calendario vacunal:

Vacunación Triple vírica. (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) para todos los niños **una dosis** es suficiente, ya que anteriormente habrán recibido una vacuna antisarampionosa monovalente a los 9m (esta dosis no contabilizamos) y una una vacuna antisarampionosa monovalente o triple vírica a los 18 meses y 6 años .

. En el improbable supuesto de que algún niño no hubiera recibido ninguna vacunación se aplicará el calendario acelerado según edad^{12,13,14}, se indica el grupo de 7-18 años por ser el rango de edad de los niños que acuden en el programa. Tabla II.

Si bien es presumible que la mayoría de estos niños habrán recibido vacunas frente a difteria, tétanos, tos ferina y polio e incluso hepatitis B, con gran probabilidad carecerán de la vacuna triple vírica, anti meningitis C y frente a Varicela¹⁵.

Las vacunas administradas se registran e el anexo II y en el registro del centro de salud, anotando fecha, laboratorio y lote.

La vacunación frente a hepatitis B, a pesar de estar incluida en el calendario vacunal de los niños saharauis requiere una consideración a parte, que se expone seguidamente. Ver Anexo III.

Vacunación frente a Hepatitis B. Niños saharauis.**Marcadores prevacunales.**

En la población saharauí se calculaba que en el año 1997 había una prevalencia de la enfermedad con tasa 20 veces superiores a las de España, por lo que se incluyó la vacuna anti hepatitis B en el calendario de vacunación infantil desde 1999. A pesar de esta medida existen dudas sobre la protección alcanzada en estos niños, por las condiciones sanitarias

especiales en los campamentos.

Desde el Ministerio de Salud de La República Árabe Saharaui Democrática (RASD) se solicita que a los niños que acuden al Programa "Vacaciones en Paz" se les realicen marcadores séricos para conocer su estatus vacunal frente a HB, así como la administración de 2 dosis de vacuna separadas por 1 mes en aquellos niños que esté indicado. La Dirección de Prevención se encargará de administrar la 3ª dosis de vacuna a los niños trascurrido el intervalo adecuado en los campamentos. Así mismo desde este organismo se solicita que a estos niños les sea realizada una exploración médica, administración de una dosis de vacuna Triple vírica y registro de las vacunaciones administradas que se adjuntará junto con el expediente médico¹⁶.

Se solicita que esta actividad sea registrada, tanto los resultados serológicos como los registros vacunales en un formato especial que será proporcionado desde la asociación de Baleares, coordinadora del proyecto.

Antes de la vacunación de los niños procedentes de campamentos se debe solicitar los siguientes marcadores¹⁷:

HBsAg, anti-HBs y anti-HBc.

Resumimos de forma sencilla los resultados que podemos encontrar, ver anexo IV:

- Un nivel de **anti HBs igual o superior a 10 mUI/mL significa protección**. La presencia de este marcador en solitario significa que la persona está inmunizada por la vacunación. Así pues no está indicada la vacunación anti HB.
- La presencia de HBsAg y anti-HB c, puede indicar infección crónica, que deberá ser estudiada más a fondo. No está indicada la vacunación. Los convivientes deben ser protegidos.
- Anti-HBs y anti-HBc indican con gran probabilidad infección resuelta. No está indicada la vacunación.
- La negatividad de estos marcadores supone que está indicada la vacunación anti HB.

Actividades para el tercer objetivo:

El apoyo a las familias que acogen a estos niños, la realización de los exámenes médicos de forma adecuada, con la sensibilidad y comprensión deseable, contribuirán en cierta medida a que la estancia sea más placentera.

Agradecimientos:

Al Dr. J. Bibiloni Sancho. Pediatra. Coordinador salud AAPSIB. Baleares.

Por sus valiosas aportaciones a este documento.

Bibliografía.

1. **Jerri Ann Jenista, MD.** The Immigrant, Refugee, or Internationally Adopted Child. *Pediatrics in Review* Vol 22, 12; 2001, 419-29.
2. **Jane Aronson, DO.** Medical Evaluation and Infectious Considerations on Arrival. *Pediatric Annals* 29:4/April 2000.218-23.
3. **Stauffer WM, Kamat D, Walker PF.** Screening of international immigrants, refugees, and adoptees. *Prim Care.* 2002 Dec; 29(4): 879-905.
4. **Masvidal Aliberch RM y Sau Giralte I.** Atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 251-258. [Consultado el 9 de Junio de 2007] Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
5. **Rosario Acuña Aller (EAP Martín de Vargas), José Ramón de la Peña García (EAP Las Calesas), Carmen Fernández.** Area 11 Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud. Atención al Niño de Origen Extranjero. [Consultado el 9 de Junio de 2007] Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
6. **Ángel Hernández Merino.** Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). [Consultado el 9 de Junio de 2007] Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
7. **Stephenson LS, Lathan MC, Ottensen E.A.** Malnutrition and parasitic helminth infections. *Parasitology* 2000; 121 supl S23-38.
8. **La Via WV.** Parasitic gastroenteritis. *Paediatr Ann.* 1994 Oct; 23(10):556-60.
9. **N. García Sánchez.** Atención pediátrica en una sociedad multicultural. Editorial. Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria 2003, vol 33 nº 1:7-8.
10. **N García Sánchez, ME Sáez de Adana Pérez, M Cruz Hermosilla, Al Lázaro Aláez, G. Navarro Cabañas.** Enfermedades prevalentes en el niño inmigrante. Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria 2003, vol 33 nº 1:13-20.
11. **Calendario oficial de vacunaciones de la RADS 2004.** [Consultado el 12 de Junio de 2007] Disponible en <http://perso.orange.es/julibv/sanitat/docs/calenvacunaoficial04.pdf>
12. **Guía práctica para la aplicación del programa de vacunaciones en Aragón.** Actualización 2006. Documentos técnicos nº2. [Consultado el 9 de Junio de 2007] Disponible en http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/SALUDPUBLICA/PREV_PROG/PROG_INMUN/GUIA_PRACTICA_PARA_APLICACION_PROGRAMA_VACUNACIONES_ARAGON_2006.PDF

13. **N. García Sánchez. F. De Juan Martín.** La vacunación del niño inmigrante y del procedente de adopción internacional. Un gran reto. Boletín. Sociedad de pediatría de Aragón. La Rioja y Soria. 2004; 34 (2) 45-54. [Consultado el 27 de Abril de 2007] Disponible en <http://www.comz.org/Sociedades/spars/boletinspars/mayo-agosto%202004.%20PDF2.pdf>
14. **Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría.** Calendario de Vacunación de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2007. An Pediatr (Barc). 2007;66(1):62-9.
15. **American Academy of Pediatrics.** Reported of the committee on Infectious Diseases. Inmunización activa y pasiva. Refugiados e inmigrantes. En Red Book 2003. 26ª edición. 2004 Ed en Español. Medical Trends, SL Barcelona, España. Pag 76-77.
16. **La atención médica de los niños saharauis a través del proyecto "Vacaciones en paz 2007"** [Consultado el 9 de Junio de 2007] Disponible en <http://sahararesiste.blogspot.com/2007/05/la-atencion-medica-de-los-ninos-saharauis.html>
17. **American Academy of Pediatrics.** Reported of the committee on Infectious Diseases. Hepatitis B. En Red Book 2003. 26ª edición. 2004 Ed en Español. Medical Trends, SL Barcelona, España. Pag 308-16.

Tabla II
APLICACIÓN DE CALENDARIO COMPLETO SEGÚN EDAD.

Niños entre 7 y 18 años.

0	1 m	6 m (3)
VPI	VPI	VPI
TV	TV	
Mc (2)		
HB	HB	HB
dT	dT	dT (1)

- (1) La 3^a dosis se puede administrar a los 6-12 meses de la 2^a. Recuerdo de dT cada 10 años.
- (2) Según comunidades. En Aragón, desde abril de 2005, todos deben estar vacunados, valorar si procede en estos niños.
- (3) Las dosis entre los 6-12 meses deberán ser aplicadas en los campamentos.

Tabla III.

Esquema de la propuesta de atención a niños saharauis.

Primer día mes 0	72 horas	15 días 0,5 mes	45 días 1,5 mes
Examen médico inicial Solicitud de analítica (incluye marcadores HB)		Valorar Resultados análisis. Decidir si procede vacunar de HB.	
		Vacuna HB 1º dosis	Vacuna HB 2ª dosis
Iniciar registro en expediente		Vacuna TV 1ª dosis	
Otras actividades. Derivación a especialista si procede.			Registrar todas las actividades en cada visita.

SIGNIFICADO DE LAS ABREVIATURAS.

BCG. Vacuna frente a tuberculosis. Bacillus Calmette-Guerin.

DTPa: Vacuna de difteria, tétanos y tosferina acelular.

Td o dT: Vacuna de difteria y tétanos para adultos, (mayores de 7 años).

HB: Vacuna anti-hepatitis B.

MC: Vacuna conjugada de meningitis C.

VPI: Vacuna de la polio inactivada, inyectable.

VPO: Vacuna de la polio oral.

TV: Vacuna triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis).

D: Vacuna de difteria.

d: Vacuna de difteria adultos.

T: Vacuna de tétanos.

P: Vacuna de tosferina.

0: Momento de inicio de la vacunación.

Anexo I**Hoja de registro de actividades.****Apellidos y nombre.**

Fecha de nacimiento:
Antecedentes relevantes:

Edad:

Examen médico a la llegada.

Fecha:

Peso. Percentil.

Talla. Percentil.

IMC. Percentil.

TA sist. diast.

Piel

Cuero cabelludo.

Boca Caries.

Espalda.

Auscultación cardio respiratoria.

Pulsos femorales.

Abdomen.

HEM.

Madurez sexual, estadios de Tanner.

Mujeres. Mamas.

Vello púbico.

Varones Testículos. Pene.

Vello púbico.

Criptorquidea.

Fimosis.

Agudeza visual.

Hirschberg

Pruebas complementarias:

A. Sangre:

Orina:

Parásitos en heces, tres muestras.

Otras pruebas:**Resultados anormales:****Derivación a especialista;****Tratamientos:**

Anexo II.

Registro de serologías y vacunaciones.

Apellidos y nombre

Marcadores serológicos previos a la vacunación.

Fecha	HB sAg	Anti-HB s	Anti-Hbc	Otras	Otras

Observaciones:

Vacunación (anotar laboratorio y lote).

Fecha	Hepatitis B	Triple vírica	Otras	Dosis pendiente

Observaciones:

Anexo III

VACACIONES EN PAZ 2007

Instituciones y Asociaciones organizadoras

Apreciados amigos: me pongo en contacto con vosotros cumpliendo el compromiso de coordinar el proyecto de atención médica y evaluación de la inmunización colectiva para la HEPATITIS B de los niños saharauís.

El Gobierno de la RASD nos ha solicitado su colaboración aprovechando que los proyectos de vacunación vienen siendo tutelados por la Asociación de Baleares desde el año 1997. Se trata de coordinar y facilitar en lo posible la ejecución de este proyecto encada una de las comunidades de España. Nos va a suponer un esfuerzo suplementario a todos, pero vale la pena.

Motivo y causa:

La enfermedad de la HB es muy frecuente en toda el área del Magreb, en la población Saharai se calculaba en el año 1997 que había una prevalencia de la enfermedad contadas 20 veces superiores a España, por eso en el año 2002 se hizo una campaña transversal de la vacunación de la HB a toda la población de mayor riesgo y a los menores de 14 años. Además esta vacuna está incluida en el calendario ordinario de la vacunación infantil saharai desde el año 1999; sin embargo debido a las condiciones de los campamentos existen algunas dudas sobre la protección alcanzada por la población después de aquella campaña de vacunación. Se trata de averiguar cual es el estado actual de inmunización de la HB de la población infanto-juvenil y vacunar a todos los niños no inmunizados.

Para ello debemos tener una logística preparada que nos permita este año 2007 al llegar los niños de V en P lo siguiente:

1. Realizar un análisis de sangre a todos los niños (que contenga los siguiente ítems: Ag HBs, Ac HBs, Transaminasas, Hematometría, ferritina, bioquímica básica, sto. Orina) Esto debe hacerse lo más pronto posible, preferentemente dentro de la primera semana de estancia del programa vacaciones en Paz. Se recomienda aparte, una visita pediátrica y vacunación de la vacuna TRIPLE VÍRICA a todos los niños.
2. Evaluar estos análisis lo más pronto posible (ahí se necesita un grupo de médicos colaboradores) y citar solo a los niños que por el resultado de los análisis se infiera que no están bien inmunizados de la Hb, es decir los Ac HB (negativo) Ag HB (negativo), para administrarles la primera vacuna de HB.
3. Vacunar de la 1ª dosis de la hepatitis B a los niños citados, registrarlo en 3 sitios: el historial, en una cartilla de vacunaciones y en un listado especial que se facilitará.
4. Citar un mes después a los mismos niños vacunados de la primera dosis de HB, para administrarles la 2ª dosis HB. Registrarla igual
5. Hacer un informe final donde esté el listado de todos los niños bien identificados (nombre, edad nacimiento, nombre madre, daira, wilaya, vacunas administradas), resultado de los análisis de la HEPATITIS B (Ag HBs, Ac HBs, Transaminasas)
6. Enviar estos informes con los listados a Baleares (C/ Montenegro, 8 07012 Palma de Mallorca) aapsib.salut@gmail.com Tnos/fax: 971425326 donde serán procesados y entregados al Ministerio de Salud Saharai.

Los niños vacunados de HB, recibirán la 3ª dosis en los campamentos.

Somos conscientes que no en todas las comunidades tienen los mismos recursos por lo que se tendrá que adaptar el método a las posibilidades de cada lugar, sin embargo como tenemos tiempo, les brindo nuestra ayuda para que en caso que lo consideren necesario nos pongamos en contacto con los responsables de salud de su Comunidad, con los responsables de salud del proyecto, con médicos, pediatras, enfermeras o aquellas personas que puedan ayudarles para la organización de este plan de atención a los niños.

Por otro lado quiero comentarles que esta actividad no debiera crear alarma en las familias, muy al contrario, hay que explicarles que son actividades preventivas encaminadas a que en el futuro no puedan adquirir una enfermedad crónica de fatales consecuencias.

También informarles que la vacuna de la HB además de ser muy eficaz, es muy segura y con escasos efectos secundarios y las contraindicaciones son rarisimas, además puede administrarse simultáneamente a otras vacunas. En caso de duda ha de ser el pediatra o el médico quien decida sobre su administración. Les envío también un esquema de cómo tenemos esquematizado el protocolo de la atención médica a los niños durante este año 2007 en Baleares por si pueda ser de su interés.

Les ruego que se pongan en contacto con nosotros, lo más pronto posible para hacer una evaluación previa con cada una de las Comunidades.

Saludos cordiales,

Palma de Mallorca, 21 de mayo de 2007
Dr. J. Bibiloni Sancho. Pediatra
Coordinador salud AAPSIB

Fuentes:

* [Associació d' Amics del Poble Sahrauí de les Illes Balears](#)

* logo 'Vacaciones en Paz' de [JM DRAIGA – Amigos del Pueblo Saharaui en Aragón](#)

Anexo IV.

Resumen de los marcadores serológicos VHB¹⁷.

- **HbsAg.** Antígeno de superficie. Detección de las personas infectadas en forma aguda o crónica. Es el que se utiliza en la vacunación frente a hepatitis B.
- **Anti-HBc.** El anticuerpo frente al "core" total sólo indica infección aguda, resuelta o crónica por VHB. No se encuentra presente después de la inmunización.
- **Anti-HBs.** El anticuerpo de superficie sólo se produce cuando se ha vencido la enfermedad, es el marcador de protección. Es el único marcador que se positiviza cuando un individuo ha sido vacunado frente al virus de la hepatitis B.
- **HbeAg.** El antígeno e identifica a personas infectadas o con riesgo aumentado de transmitir VHB.
- **IgM anti-HBc.** El anticuerpo frente al "core" de tipo IgM nos define la fase aguda de la enfermedad, nos ayuda por tanto a diferenciar fase aguda de crónica.
- **Anti-HBe.** El anticuerpo frente al antígeno e es un marcador de recuperación, de buena evolución de la enfermedad, de un buen pronóstico, el virus está dejando de ser "activo".
- El DNA es un marcador de replicación viral (mucho más potente que el antígeno e).
- La carga viral nos ayuda a saber con cuanto "virus" esta infectado el paciente. Se utiliza para valorar sobre todo la respuesta a tratamientos.