

Haur Etorkinei Asistentzia Medikoa Emateko Gomendioak

INMIGRAZIORAKO EUSKAL PLANA

2008ko EKAINA



Osakidetza



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Haur Etorkinei Asistentzia Medikoa Emateko Gomendioak

IMMIGRAZIOARI BURUZKO EUSKAL PLANA



EKAINA 2008

Argitalpena: Ekaina 2008

Aleak: 500

© Eusko Jurlaritz / Osasun Saila

L.G.: BI-1258-08

Esker onak

“Haur etorkinei asistentzia medikoa emateko gomendioak” izeneko eskuliburu hau, Osakidetza/EOZ eta Osasun Sailari dagozkion Immigrazioari buruzko Euskal Planaren jarduketan barruan kokatutako dago, eta **Salvatierra - Aguraingo Lehen Mailako Atentzioko Taldeko pediatra den Maite de Aranzabal doktoreak** egin du. Eskuliburua egiteko, halaber, Osakidetza/EOZ eta Osasun Sailak aipatutako plana garatzeko izendatutako batzordekideen laguntza izan du:

- **Achútegui, Gregorio;** Arabako Lurralde Zuzendaritza
- **Apalategi, Imanol;** Gipuzkoako Lurralde Zuzendaritza
- **Bastida, María Teresa;** Gros OMZ, Donostia
- **Bilbao, Begoña;** Dirección Enfermería, Comarca Bilbao
- **Elexpe, Xabier;** Osasun Finantziario eta Kontratazioko Zuzendaritza, Osasun Saila
- **Esnaola, Santiago;** Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza, Osasun Saila
- **Estebanez, Mercedes;** Arabako Ospitale Psikiatrikoa
- **García, Rosa;** La Merced OZ, Bilbao
- **Gutiérrez, Enrique;** Zuzendaritza Medikoa, Santiago Ospitalea
- **Gutiérrez de Terán, Gloria;** La Merced OZ, Bilbao
- **Lete, Iñaki;** Ginekologia Zerbitzua, Santiago Ospitalea
- **López, Ana Pía;** Gasteiz Erdialdeko OMZ, Vitoria - Gasteiz
- **Martínez, Txanton;** Ginekologia Zerbitzua, Gurutzetako Ospitalea
- **Muñárriz, Leonor;** Donostia Ospitalea
- **Ozamiz, Agustín;** Osasun Finantziario eta Kontratazioko Zuzendaritza, Osasun Saila
- **Riaño, Pilar;** Olarizu OZ, Vitoria - Gasteiz
- **Roldán, Asunción;** Alde Zaharreko OZ, Vitoria - Gasteiz
- **Santamaría, Juan Miguel;** Basurtuko Ospitalea
- **Sanzo, Juan Manuel;** Zuzendaritza Medikoa, Gipuzkoa Mendebaldeko Eskualdea
- **Urturi, Mauri;** Bizkaiko Lurralde Zuzendaritza
- **Zuazagoitia, Jon;** Osasun Publikoko Zuzendaritza, Osasun Saila

Aurkibidea

Aurkezpena	7
Haur etorkinaren asistentzia sanitarioaren hastapenak	9
1. Osasun-kontrolak	11
2. Anamnesia	12
3. Miaketa	13
4. Proba osagarri orokorrak	14
5. Proba osagarriak kasu espezifikoetan	15
6. Pediatriako unitate espezializatu batera bidaltzeko irizpideak	16
7. Malnutrizioa	17
8. Txertaketak	18
8.A. Euskal Autonomia Erkidegoan jaiotzen den haurra	19
8.B. Immunizatu gabe edo idatzizko egiaztapenik gabeko etorkina ..	19
8.C. Partzialki immunizatuta dagoen haur etorkina	20
8.D. Atzerapena edo egutegi-etena izan duen haurra	20
8.E. Drepanozitosis duen haurra	20
8.F. Oporretan bere herrira itzultzen den haurra	20
9. Gure ingurunean ohikoak ez diren gaixotasun infekziosoak	21
9.A. Hesteetako parasitoak	21
9.B. Paludismoa	26
9.C. Tuberkulosia	28
9.D. B hepatitis	29
9.E. Chagas-en gaixotasuna	30
10. Gaixotasun genetikoak	32
10.A. Drepanozitosis	32
10.B. Talasemiak	33
10.C. Glukosa 6 fosfato deshidrogenasaren gabezia	35
10.D. Laktasaren gabezia	35
11. Euren herrialdera oporretan edo bertan gelditzeko egiten duten bidaia	36
12. Haur etorkinarekin zerikusia duten arazoak eta eztabaidak	38
13. Eranskinak	40
14. Bibliografia	58

Aurkezpena

2000ko urriaren 20an egindako bilkuran Eusko Legebiltzarrak hartutako Akordioak, immigrazioari buruzko euskal politika bat egituratuko lukeen plan bat prestatzeko eskatu zion Eusko Jaurlaritzari. Errekerimendu horri jarraiki, Eusko Jaurlaritzak, 2002ko apirilaren 15ean, Plan, Programa eta Ekintza Esanguratsuen Egutegia onartu zuen, horien artean Immigrazioari buruzko Euskal Plana zegoelarik.

Harrezkero, osasunaren eremuan, Osasun Saila eta Osakidetza jarduketa-sorta batzuk garatzen ari gara, euskal gizartean dauden atzerriko etorkinen erabateko integrazioa bultzatzeko asmoz.

Jarduketa horien artean, osasun-profesionalei zuzendutako etengabeko prestakuntzari emandako laguntza nabarmendu behar da. Prestakuntza horretan, besteak beste, etorkin helduei eta adingabeei eman beharreko asistentzia medikoa jorratzen da.

Zentzu horretan, iragandako 2008ko urtarrilean, Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko sarean “Etorkin helduaren osasun-laguntzarako gomendioak” izeneko eskuliburu hedatu genuen bezala; orain, ekainean, atsegin handiz aurkeztu nahi dizuet “Haur etorkinaren osasun-laguntzarako gomendioak” izeneko eskuliburu berria.

Gidaliburu berri honek, helduena osatuko du, eta Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko sareko Pediatriako profesionalei banatzen ari zaie. Gainera, honako puntu hauek, bereziki azpimarratzen ditu: haur horien balorazioa eta jarraipena, proba osagarri orokorrak eta espezifikokoak, sare espezializatura bidaltzeko irizpideak, malnutrizioa, txertaketak, gure ingurunean hain ohikoak ez diren gaixotasunak, gaixotasun genetiko batzuk eta opor-bidaia edo euren herrialdeetara itzultzeko bidaia. Azkenik, haur etorkinari dagokionez eztabaida sortzen duten alderdi desberdinei buruz hitz egiten da.

Eskuliburu horrek, beraz, Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko sarean ematen den asistentzia mediko pediatrikoa hobetzen lagunduko du eta, horrela, gure gizartean pertsona etorkin horiek integratzeko eman beharreko pauso berri bat emango dugu.

Gabriel Inclán Iribar
OSASUN SAILBURUA

Hitzaurrea

Gure erkidegoko pediatria, normalean ezagutzen ez ditugun ezaugarriak eta, batzuetan, gaixotasunak dituzten haur etorkinen asistentzia sanitarioari aurre ematen ari da- eta egoera areagotu egingo da-. Estatuan jaiotako haurren %15 inguru etorkinen seme-alabak dira, hau da, etorkizunean gure kontsultetara etorriko diren neska-mutil guztien seirena.

Haur eta nerabe etorkin horien patologiek trastorno-mota zabala barne hartzen dute, batzuek patologia tropikalarekin zerikusia dute, baina horietako askok bizi izan diren egoera prekariora dute sorburu, eta kasu batzuetan egoera horrek bere horretan irauten du gure lurraldera heltzen direnean. Izan ere, emakume etorkinen ugalkortasun-tasa bertako emakumeenaren bikoitza da gutxi gorabehera eta konplikazioak eta erditze goiztiarra izateko arrisku handiagoa daukate, eta hori dela eta jaioberrian gaixotze-tasak gora egiten du. Hori horrela gertatzen da, emakume etorkinen haurdunaldiaren kontrol ezagatik edo jaio aurreko atentzioa berandutzen delako.

Arlo sanitarioan arreta jarritz eta jatorriak desberdinak diren arren, honako hauek dira gure artean gutxiago ezagutzen ditugun eta sarrien agertzen diren patologiak:

- Malnutrizioa eta pisuarekin eta garaierarekin zerikusia duen atzerapena.
- Anemia (ferropenikoa, drepanozitikoa, glukosa 6 fosfato deshidrogenasa edo G6PDH delakoaren eskasia, berunak eragindako intoxikazioa).
- Hesteetako parasitoak/ bestelako parasitoak.
- Paludismoa.
- TBC.
- BHB (B hepatitisaren birusa).
- Beste patologia batzuk: luesa, CMV (zitomegalobirusa), GIB, CHB (C hepatitisaren birusa), eskabiosia, dermatitisa, ezkabia, gernu-infekzioa, arnas infekzioa.
- Osasun mentaleko nahasteak euren ingurunearekiko abandonu-egoera berriak, deserrotzeak edo gizarte-bazterketak eraginda.

Baina gai horri buruz hitz egitean, honako kontzeptu hau argi utzi behar da: immigrazioak ez dakar harrera-herrialdearen osasunerako arrisku larririk. Atzeritik etorritako biztanleen osasun-arazoak bertako biztanleek dituztenen oso antzekoak dira eta –egia den arren pediatrok ezagutu behar ditugula– patologia tropikalen prebalentzia txikia da. Lehen Mailako Atentzioko medikuen artean egindako

azterlanek berresten dute atenditzen diren patologiak, gehienetan, bertako biztanlerian atenditzen diren berberak direla. Faktore sozioekonomiko edo kulturelek eragindako patologietan baino ez dira, portzentaje txiki batean halere, desberdintasun esanguratsuak agertzen.

Inportatutako gaixotasunen artean, infekzioak dira pediatrik gehien arduratzen dituzten gaietako bat sarrien gertatzen direlako, ezjakintasuna dagoelako eta esperientzia-falta dutelako; baina genetikoak eta hereditarioak ere ezagutu behar dira, gutxienez, diagnostikatuak izan daitezzen. Gaineratu behar dugu, halaber, ez dela erraza erabakitzea serologia jakin bat nori egin behar zaion edo bideragarria den etorri berri den edozein haurri baheketa orokorrak egitea. Eskuliburu honetan azaltzen saiatuko gara, azterlan batzuetako datuen arabera, ez dela nahikoa anamnesia eta azterketa fisikoarekin haur horiek atenditzen direnean, diagnostiko gehienak analitika bidez egiten direlako. Hala ere, gaixotasun infekzioso jakin batzuen baheketa, irizpide teknikoak eta etikoak erabiliz egin behar da: oro har, ez dugu egingo horrek ez badu etorkinaren osasun indibidualarentzako onurak dakartzan esku-hartzea eragiten.

Kontuan hartu behar da, paziente horiek baloratzean beharbada historia kliniko on bat egiteko zailtasun gehigarriak gerta daitezkeela hizkuntza dela-eta oztopoak daudelako, oztopo kulturalengatik, historial medikorik edo txertaketa-kartillarik ez dagoelako, etab.

Eta azkenik nabarmendu nahi da, osasunari dagokionez eman beharreko bultzadarik handienak helburu hau izan beharko duela: atzerriko familia horien ingurumeneko eta gizarteko determinatzaileak, erakundeen laguntza eta hezkuntza sanitarioaren bitartez, guk ditugunetara berdintzea lortzea, asistentzia sanitarioaren aurrean gerta daitezkeen legearekin zein hizkuntzarekin edota ezagutza zientifikoarekin zerikusia duten arazoei eragindako irregularitasun-egoerak saihestuko dituzten jarduteko protokoloak eta programak sustatuz. Era berean, haiek egokia den informazioa eta heziketa jaso behar dute, partaide izaten hasi diren errealtate sanitaria molda daitezzen.

Immigrazioari buruzko Euskal Planaren asmoa, gomendio pediatriko batzuk prestatzea izan da, Lehen Mailako Atentziotik diagnostikoa egiten lagun dezaten haurra sistematikoki ospitaleko unitate espezializatu batera bidaltzeko beharrik egon ez dadin. Eskuliburu honen lehenengo kapituluetan ikuspegi medikoa baino ez dugu aipatuko, inportatutako gaixotasunak deskribatuko dira eta txertoen bitartez beste gaixotasun batzuen prebentzioaz hitz egingo da; 12. kapitulan, berriz, problematika psikosozialaz jardungo da.

1. Osasun-kontrolak

Gure erkidegoan jaio eta bizi diren haurren kasuan:

- Haur osasuntsuaren ohiko programa.
- Oporrak igarotzeko bere jatorrizko herrialdera egingo duen bidaiarako jarraibidea:
 - Haranzkoan, paludismoaren kimiprofilaxia eta txertoak.
 - Itzultzean, paludismo, amebiasi edo miasi sintomarik dagoen baloratu.

Atzerritik datorren haurrak jarraian deskribatuko diren azterketak jarraitu behar ditu; eta ahal izanez gero, lehenengo bisita hemen dagoen lehen 15 egunetan egingo du eta emaitzen arabera ondoren egin beharreko bisitak programatuko dira.

2. Anamnesia

- Jaioteguna eta izen zuzena.
- Zein herritatik datorren eta bidaiaren ibilbidea.
- Iriste-data.
- Erlijioa edo etnia, horiek bizi-azturak aldatzen badituzte.
- Ama-hizkuntza eta ahozko hizkuntza.
- Familiako aurrekariak.
- Aurrekari pertsonalak: jaiotza-ingurukoak, aldez aurreko gaixotasunak eta tratamenduak, alergiak eta txertaketak.
- Lan/gizarte-egoera.
- Elikadura.
- Garapen psikomotorea, eskolatzea eta ingurumenera moldatzea.

3. Miaketa

- Gaur egun sintomarik duen ala ez.
- Pisua, neurria, buruaren perimetroa baldin eta < 2 urte, tentsio arteriala baldin eta >6 urte.
- Ikusmen eta entzumen zolitasuna.
- Larruazalaren azterketa, noduluak, BCG (tuberkulosiaren kontrako txertoa), aurretiaz egindako orbainak.
- Bihotz-biriketako auskultazioa.
- Gongoil edo biszeromegalien presentzia.
- Pubertasun-garapena eta azterketa genitala.
- Garapen psikomotorea.
- Hortzeria.

4. Proba osagarri orokorrak

Jarraian aipatuko diren probak, dagoen arriskuaren arabera erabili beharreko erreferentzia-puntuak dira, etorkin-kolektibo oro ez baita homogeneoa izaten eta arrisku berberak izaten ez dituztelako.

- Hemograma anemiak baztertzeko: ferropenikoak edo hemolitikoak (drepanozitosisa, talasemia, G6PGH eskasia).
- Biokimika osoa (glukosa, urea, kreatinina, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alkalinoa, Ca, P, proteina totalak, albumina, Fe, ferritina).
- Mantoux txertoa jarri dutenen eta txertorik jarri ez dutenen kasuan.
- Gernu-jalkina eskistosomiasiak eragindako hematuria baztertzeko.
- Koprokultiboa honako hauentzat: salmonella, shigella, campylobacter eta yersinia, baldin eta Asiatik, Afrikatik edo Ameriketatik badator eta sintomatologia badu.
- Parasitoak: hiru lagin txandakako egunetan. Autore batzuek, haurra gunee endemiko batera heltzean tratamendu sistematikoa egitearen aldekoak dira.
- Serologiak:
 - B eta C hepatitisak: HBsAg, anti-HBs eta anti-HBc eta anti-HCV markagailuak haur guztiei.
 - RPR (erreagina plasmatico azkarra) proba sifilirako eta GIB 1 eta 2ren kontrako Ac, baldin eta herrialde edo gunee endemikoetatik badator, baita Afrikako herrialde azpisaharar eta Hego-ekialdeko Asiatik datozen guztien kasuan ere.
 - Beste herrialde batzuetatik datozenen kasuan aukerakoa da, honako hauek kontuan hartuta: ingurune epidemiologikoa eta familiarra, haurdunaldian egindako kontrola eta analitika, etab. Gogoratu beharra dago GIBen kasuan, gurasoek idatzizko baimena sinatu behar dutela, edo ahoz egiten badute, historian agertu beharko da.
 - A eta D hepatitisen birusa, klinika bateragarria den kasuetan bakarrik.

5. Proba osagarriak kasu espezifikoetan

Aurreko atalean bezala, jarraian azalduko diren probak erreferentzia-puntutzat hartu behar dira; beraz, dagoen arriskuaren arabera erabili beharko dira.

- Urokultiboa.
- Koprokultiboa.
- Odoleko berun-mailak, baldin eta burdinarekiko immunea den anemia badago edo “pica” delakoa eta atzerapena neurogarapenean.
- Tiroidearen funtzioa: T4 totala, T4 librea eta TSH, > 6 hilabete atzerapen fisikoarekin edo atzerapena garapenean edo makrozefalia badago.
- Plasmodium delakoaren ikerketa, baldin fokurik gabeko sukarra, anemia, esplenomegalia badago eta Afrikatik, Asiatik edo Latinoamerikatik badator.
- Zitomegalobirusaren ikerketa, toxoplasmosi eta errubeolaren serologia, baldin eta sortzetiko gaixotasun edo adenopatiei susmoa badago.
- Chagas-en gaixotasunaren serologia, baldin eta gune endemikotik badator eta amak serologia positiboa edo ezezaguna badu.
- Immunizazio bidez prebeni daitezkeen infekzioen serologiak.

6. Pediatriako unitate espezializatu batera bidaltzeko irizpideak

- Patologia zehatz batzuen susmoak eragindako azterlana eta diagnostikoa: filariak, eskistosomak, etab.
- Argitu gabeko kasuak eragindako sintomatologia: pisua galtzea, eztula edo beherako luzeak, etab.
- Sukarra eta malariaren susmoa.
- Tuberkulosi erresistente, birikez kanpoko edo konplikatuaren susmoa.
- Linfadenopatia lokalak edo orokorrak eta biszeromegaliak sabelaldean.
- Neuropatia sentsitiboa edo motorra.
- Krisi komizialak eta nahasmen-trastornoak.
- Hematuria.
- Kausa argirik gabeko anemia edo eosinofilia garrantzitsuak.
- Parasitoen kontrako tratamendu espezifikoen beharra.

7. Malnutrizioa

Pisuaren eta neurriaren atzerapenak eta anemia ferropenikoak zein hereditarioak daude. Horrez gain, malnutrizioak eta A eta D bitaminen eskasiak ageri dira.

- Argi naturalarekiko esposizio eskasa, arropa tradizionalak janzteak eta etxebizitzaren barrualdean egoteko ohiturak eraginda.
- Larruazal beltza.
- Kaltzio, fosforo eta D bitamina gutxiko dietak arrazoi genetikoengatik edo esnekirik ez hartzeagatik edo zereal integralek osatutako gehiegizko elikadura tradizionalagatik, zereal horiek kaltzioaren xurgapena eragozten duten fitatoak dituztelarik.

Susmorik balego, eskumuturraren erradiografia oso erabilgarria izango litzateke, beste hauek ahaztu gabe: Ca, P eta 25-OH-kolekaltziferolaren jaitsiera eta fosfatasa alkalino eta paratormonaren igoera.

Haur etorkinen kasuan anemia ferropenikoak ere sarriago gertatzen dira. Aurrerago beste anemia-mota batzuez hitz egingo den arren, hemen gogoratu nahi dugu anemia ferropenikoan aldatutako parametroetako (hemoglobina, VCM, CHCM, sideremia, RDW, siderofilina edo ferritina, espezifikoen dena) 2 edo 3 aurkitu behar direla eta hematimetria normalizatu behar dela burdina emanez 2 hilabetetan tratamenduan egon ondoren. Horrela gertatzen ez bada, diagnostiko bereizgarria planteatuko da infekzioek eragindako anemiarekin, berunak eragindako intoxikazioa edo hemoglobinopatiak.

Haur etorkinen datu auxologikoak baloratzeko, harrera-herrialdearen pisu eta neurriaren pertzentilen taulak erabiltzea gomendatzen da, herrialde gehienetako taulak lortzea zaila baita eta, gainera, haur horien elikadura, ingurumen eta atentzio medikoarekin zerikusia duten baldintzak jadanik ez dira jatorrizko herrialdekoak. 5 urtetik beherakoetan erabil daitezke, halaber, OMEk berriki ateratu dituen nazioarteko taulak. Edozelan ere, garrantzitsuena hau da: hazkundearen abiadura-kurba ikustea eta, atzerapena zegoen kasuetan, catch-up delakoa 1-2 urtetan egiten dela egiaztatzea.

Nutrizio-egoera baloratzeko indize ezagun batzuk erabil daitezke, “Waterlow” izenekoak esaterako:

$$I N = \frac{\text{Benetako pisua} \times \text{Neurria P 50}}{\text{Pisua P 50} \times \text{Benetako neurria}} \times 100$$

> %90koa:	normala
%80 eta %89 artekoa:	malnutrizio arina
%70 eta %79 artekoa:	malnutrizio moderatua
<%70:	malnutrizio larria

8. Txertaketak

Txertaketa unibertsala, osasun publikoan erabilitako estrategietatik eraginkorrenetako bat izan da, berari esker gaixotasun infekzio-kutsakor askoren intzidentziak nabarmen behera egin duelako, eta horrez gain, beste gaixotasun batzuk (esaterako baztanga edo, herrialde askotan, polioa) errotik kendu direlako.

Gainera, immunizazioek babes kolektiboa eskaintzen dute, indibidualari gehitzen zaiona eta, taldea hedatuki txertatuta badago, infekzioaren transmisio posiblea neutralizatuta geratuko da eta txertorik jarri ez duen gizabanakoa zeharka babestuta egongo da.

OMEren helburua haur orok bere bizitzaren lehen urtean, gutxienez, DTP eta polioren kontrakoaren 3 dosi eta elgorriaren dosi 1 hartzea da, baina helburu hau ez da beti bete. Atzerriko haurren txertaketei buruz egin berri diren azterlanek ez dute datu erabakigarriak ematen, baina argi dago garapen-bidean dauden herrialdeetan txertaketa-estaldurak baxuagoak direla, pazienteen erakartzea eta eskuragarritasuna txikiagoa dela eta, azkenik, hotz-katearen kontserbazioa txarragoa dela.

Hori dela-eta, pediatrik erabakiko du egutegia haurraren adina kontuan hartuta zuzena eta egokia den ala ez eta, datu okerrak edo kontserbazio txarrari buruzko zalantzak egonez gero, immunizazioak errepikatuko ditu.

Gure helburua hauxe izango da: haur horiek ahalik eta denbora gutxienean gure ingurukoaren immunizazio-maila berbera eskuratzea, eta horretarako:

- Txertoa jartzeko egon daitekeen edozein aukeraz baliatuko gara, betiere hori egiteko kontraindikazio formalik ez badago (ez onartu kontraindikazio faltsurik).
- Txertoak gure erkidegoan dauden aldiekin bat etorriko dira edo txerto desberdinak multzokatuko dira, paziente horien mugikortasuna handia baita.
- Lehenengo saiakerako txertoak murrizten edo luzatzen saiatuko dira, gaitzespenik eragiten ez duen giroa sortzeko (ziztada horiei Mantoux-enak eta analitikak gehitu behar zaizkio) eta antigeno-kopururik handiena emanez ahalik eta injekzio gutxien erabiliko dira.
- Ez daudenak telefono bidez edo ikastetxeen bitartez berrerakarriko dira.

Hona hemen beste herrialdeetako txertaketan kontuan hartu beharreko zenbait alderdi:

- BCG: Errenta baxua duten herrialdeetatik datozen haur gehienek jaiotzean hartzen dute txerto hau. Datu hori egiaztatu behar da, tuberkulinaren

probaren emaitzak interpretatzeko orduan garrantzitsua delako. Eskara normalean deltoidean bilatuko da, baina Afrikako herrialde batzuetan (esaterako Madagaskarren eta Kongoko Errepublika Demokratikoan), BCG besaurrean ematen da.

- Elgorriaren txertoa monobalentea da (ez du hazizurri edo errubeolaren aurrean babesten) eta batzuetan 12 hilabete baino lehen ematen da, immunitatea amaren antigorputzek gelditu dezaketenean.
- Errenta baxuko herrialdeetako ia haurretako batek berak ere ez du b motako *H. influenzae* delakoaren kontrako txertoa jartzen, ez C meningokokoarena, ezta, jakina, pneumokoko heptabalentearen edo barizelaren kontrakoa ere.
- B hepatitisaren txertoa, batzuetan, haurtxoaren bizitzako lehenengo astea igaro ondoren ematen da, horrek ziurtatzen baitu infekzio horretarako egokiak diren jaioberrien *screening* programarik ez duten herrialdeetan birusaren transmisio bertikalaren kontrako prebentzioa.
- Oro har, DTPren 3 dosi baino ez dira hartzen, errefortzukoak jarri gabe, egutegi ofizialek 3 dosi baino ez dituztelako begiesten.
- Esandakoaz gain egiaztatu behar da, txerto beraren dosien arteko tartea 4 aste baino gehiagokoak (hobe 6 aste) direla eta B hepatitisaren 2. dosiaren eta 3.aren artean, gutxienez, 8 aste igaro direla.
- Nutrizio-egoera baloratu behar da, malnutrizioak gaitasun immunologikoa gutxiagotzen baitu.

EAE-KO TXERTO-EGUTEGIRA MOLDATZEA

8.A. Euskal Autonomia Erkidegoan jaiotzen den haurra:

Gure egutegi ofizialaren arabera txertoa jarriko zaie, haien gurasoen jatorrizko herrialdea zein den kontuan hartu gabe.

Euskal Autonomia Erkidegoko txertaketetan, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren egutegi ofiziala jarraituko da (1. eranskina). Honako hauen web orrialdeetan ere kontsulta daiteke: Osanet, Lehen Mailako Atentzioko Pediatriako Euskal Elkarte edo Euskal Herriko Pediatria Elkarte.

8.B. Immunizatu gabe edo idatzizko egiaztapenik gabeko haur etorkina:

Esan dugun bezala, idatzizko dokumenturik ez badago edo fidagarritasun gutxikoa bada, ezingo da bermatu txertoa jartzea eraginkorra izan den ala ez. Kasu horietan

azterketa serologikoa baloratuko da eta, posible ez bada edo zuzenean 18 hilabetetik beherakoen kasuan, txerto guztiak jarriko dira momentuan duten adina kontuan hartuta (2. eranskina).

Kasu horietan txertaketa errepikatzea gomendatzen da, gehiegizko dosifikazioaren efektuak gutxiegitako txertaketak eragin ditzakeen efektuak baino txikiagoak direlako haur etorkinetan. Egoera horietan ez da kontrako ondorio orokorrik jakinarazi. Tetanosaren (DTP) lehenengo dosiaren ondoren muturreko erreakzio lokala gertatzeko aukera da kontuan hartu behar den bakarra, erreakzio horrek aipatutako antigenoa dagoeneko jarrita zegoela adieraz dezakeelarik.

8.C. Partzialki immunizatuta dagoen haur etorkina:

Kasu hauetan, aurkeztutako txertaketei buruzko dokumentuaren fidagarritasuna ziurtatu ondoren, haurraren txertaketa EAEko txertaketen egutegi ofizialera egokituko da, eta haurraren adina beti kontuan hartuko den datua izango da (2. eranskina).

8.D. Atzerapena edo egutegi-etena izan duen haurra:

Dosi bat baino gehiago behar duten txertoen kasuan (esaterako: DTP, B hepatitis, polio edo BHI), segidako dosien arteko gutxienezko tarteak errespetatu baldin badira (3. eranskina) eta segidako bi dosiren artean denbora luzea igaro dela kontuan hartu gabe, ez da beharrezkoa txerto-jarraibidea hastea, jasotako azken dositik aurrera jarraitzea nahikoa da.

Kasu hauetan komeni da, behar bezala txertatuta dagoen haurtzat jotzeko beharrezkoak diren gutxienezko dosien kopurua jakitea, haurraren adina kontuan hartuta (2. eranskina).

8.E. Drepanozitosia duen haurra:

Ez ahaztu haur hauei pneumokoko eta gripearen kontrako txertoa jarri behar zaiela.

8.F. Oporretan bere herrira itzultzen den haurra:

Osasun publikoan garrantzi handia duen gai bat da hau, eta horren erantzukizuna pediatria eta pediatriako erizainena da.

Bidaia egingo dela denbora-tarte txikian jakinarazten denean, txertaketa-jarraibide bizkorra egin daiteke.

6tik 12 hilabetera arteko bularreko haurrei, hirukoitz birikoaren dosi bat jarriko zaie eta, itzultzean, hirukoitz birikoaren ohiko jarraibideari (2 dosi) ekingo zaio 12 hilabete igaro ondoren, immunitate iraunkorra ziurtatzeko.

Gure egutegitik kanpo dauden immunizazioetarako, komenigarria da Nazioarteko Txertaketa Zentrora bidaltzea. Bertan, euren gunearen prebalentzia zein den adieraziko eta gune endemiko jakin batzuetara joatea komeni den ala ez esango zaie: azpisaharar Afrikan, A+C meningokozikoaren kontrako polisakaridoa edo tetrabalentea jartzea gomendatzen da; garapen-bidean dauden ia herrialde gehienetan eta Europako iparraldean, A hepatitisaren kontrakoa; destino askotan tifusaren kontrakoa, sukar horiarena edo BCG. 11. atalean, taula desberdinetan immunizazio orokorrak eta espezifikak herrialdeen arabera agertzen dira, baita paludismoaren kontrako profilaxia ere.

9. Gure ingurunean ohikoak ez diren gaixotasun infekziosoak

9.A. Hesteetako parasitoak

- Sarrien gertatzen den patologia da.
- Eginkariak txandaka eta behin baino gehiagotan jasotzeak errentagarritasun diagnostikoa areagotzen du.
- Parasitoen espezie batzuk detektatzeko, beharrezkoa da mikrobiologia tropikalean eskarmentua izatea.
- Gogoratu behar da nahitaezko tratamendudun infekzioak diren arren, beti ez doazela klinikarekin batera.
- Garrantzitsua da germen patogenoak saprofitoengandik bereiztea eta lagin berean patogeno desberdinak egon daitezkeela jakitea.
- Beharrezkoa da maneiu terapeutiko egokia izatea eta lehenengo aukerako tratamenduak eta tratamendu alternatiboak ezagutzea.

Gure inguruneke haur etorkinetan sarrien patologia eragiten duten parasitoen sailkapena:

1. Hesteetako protozooak:

- *Amebak*
- *Giardia lamblia*

2. Helminteak:

- Nematodoak: *Ascaris*, *Trichuris*, *Strongyloides* eta *Filarias*, *Ancylostoma* eta *Necator americanus*.
- Zestodoak: *Hymenoleptis nana*, *Tenias*.
- Trematodoak: *Esquistosoma*.

Jarraian, parasito arruntenen deskripzio labur bat aurkeztuko dugu, Lehen Mailako Atentzioan errezeta daitezkeen tratamenduekin batera (Albendazol: bere erabilera baloratu, potentzial teratogenikoa baitu).

9.A.1. *TRICHURIS TRICHURIA*:

Sabeleko mina, tenesmoa eta beherako odoltsua mukiarekin eragiten du. Infekzio larriek pisuaren atzerapena eragin dezakete eta infekzio kronikoak, berriz, ondestearen

prolapsoa. Ez da pertsona batetik bestera kutsatzen. Ez dakigu zein den inkubazio-denbora.

Tratamendua

Albendazol, 400 mg dosi bakar batean*.

Ordezkoa

Mebendazol, 100mg/12 h/3 egun (ez eman 2 urtetik beherakoei).

9.A.2. *ASCARIS LUMBRICOIDES*:

Honako hauetan aurkitzen da: landare gordinak, ura, kutsatutako frutak eta lurra. Infekzio gehienak sintomarik gabekoak izaten dira. Klinika ematen badu, hauxe agertzen da: sabeleko mina, uzki-azkura, bruxismoa, loaldi urduria.

Larba-aldian honako hauek gerta daitezke: pneumonitisa (Loeffler-en sindromea) sukarrarekin, eosinofilia eta heste-buxadura haurren kasuan. Gainera, koledokoa sartzen bada, min hori mekanikoa eragin dezake.

Tratamendua

Albendazol, 400mg dosi bakar batean*.

Ordezkoa

Mebendazol, 100mg/12h, 3 egun edo Pamoato de Pirantel, 11mg/kg dosi batean (1g, gehienez).

9.A.3. *GIARDIA LAMBLIA*:

%20ra arteko prebalentzia gure ingurunera heltzean, edozein herrialdeetatik etorri direnen kasuan. Gordailu nagusia gizakiak gara, baina txakurrak, katuak eta etxeke animaliak kutsa ditzake, azken hauek gizakientzat infektatzaileak diren eginkariekin ura kutsatzen dute.

Infekzioa sintomarik gabekoa edo sintomatikoa izan daiteke, azken kasuan honako hauek eragin ditzake: sabelaldeko distentsioa, flatulentzia, eginkari urtsuak eta kirasdunak, hesteetako xurgapen txarra, laktosarekiko jasanezintasuna edota anorexia. Horrek guztiak anemia ferropenikoa eta pisuaren atzerapena eragin dezake.

Tratamendua

Metronidazol, eguneko 15 mg/kg hiru dositan 7 egunetan.

Ordezkoa

Tinidazol, 50 mg/kg (2g, gehienez) dosi bakar batean.

Metronidazol delakoaren erresistentzia asko daude. Horregatik, eginkarietan parasitoen kontrola tratamendua bukatu eta astebetera errepikatzen da eta negatiboa

bada, 1-2 hilabete igaro ondoren. Oraindik jarraitzen badute, Metronidazol erabiltzen da dosi hauetan: 35-50mg/kg 3 dositan 10 egunetan.

Alde egiten ez badute, Furazolidona edo Kinakrina erabil daiteke.

9.A.4. ANQUILOSTOMIASIS EDO UNCINARIA:

Necator americanus mendebaldeko hemisferioan, azpisaharar Afrikan eta Asiako hego-ekialdean. *Ancylostoma duodenale* Europan, Mediterraneoan, Asiako iparraldean eta Hego Amerikan.

Antzekoak dira. Gizakiak gordailu nagusia gara.

Hauxe da klinika: eztul txistukaria eta biriketako infiltratuak eta papula pruriginosoak larruazaleko sartzee-aldean.

Analitikan: eosinofilia, ferropenia eta parasitoaren arrautzak eginkarietan.

Tratamendua

Mebendazol, 100 mg /12 h, 3 egun edo Albendazol, 400mg dosi batean*.

Ordezkoa

Pamoato de Pirantel, 11 mg/kg, 3 egun (1 g, gehienez).

9.A.5. ENTAMOEBA HISTOLÍTICA (AMEBA):

Banaketa unibertsal eta intzidentzia berezia herrialde hauetan: Erdialdeko Amerikan, Hego Amerikan, Afrikan eta Hindustanen.

Bi fase ditu: trofozoitoak (heste lodian egoten dira) eta kisteak (gizakiak infektatzen dituzte).

Entamoeba guztietatik, histolitikoa da gizakiarentzat patogenoa den bakarra. Kolonean bizi da eta honako hauek sorrazten ditu: ameba-kolitisa, ameba-disenteria eta abszesu hepatikoak. Beherako odoltsuari bidera eman diezaioke egoera orokorrean eraginik izan gabe edo hepatitis errektibo eta hepatomegalia mingarriari lotuta bat-bateko disenteria gisa. Idorreriarekin txandakatzen den beherakoaren koadro kronikoa ere eragin dezake.

Amebomak digestio-hodian dauden masak dira. Masa horiek infekta daitezke edo digestio-hodia oztopatu eta zula dezakete.

Diagnostikoa, zuzenean kisteak eta trofozoitoak eginkarietan ikusten direlako eman daiteke. Trofozoitoaren zitoplasmaren barruan globulu gorriak identifikatzen dira, horietaz elikatzen baita.

Tratamendua

Asintomatikoa: paramomizina, eguneko 30 mg/kg 3 dositan 7 egunetan edo iodokinol, eguneko 35mg/kg 3 dositan edo 650 mg/8 h 20 egunetan (2 g, gehienez).

Hesteetako disenteria: metronidazol, eguneko 35-50 mg/kg hiru dositan 10 egunetan, ondoren iodokinol, eguneko 30-40 mg/kg 3 dositan 10 egun edo paramomizina, eguneko 30 mg/kg 3 dositan, 7 egun.

9.A.6. **STRONGILOIDES STERCOLARIS:**

Endemikoa tropikoetan eta azpitropikoetan eta AEBetako hegoaldean. Gorputzean sartzen diren larbek –normalean oinetatik– papula oso pruriginosoak sortzen dituzte. Biriketarako migrazioak eztula, sibilantziak edo gorro hemoptoikoa eragiten du. Hesteen fasean beste hauek eragin ditzake: sabelaldeko mina, beherako esteatorreikoa, gorakoak eta pisua galtzea.

Bizitza osoan ostalarian iraun dezake, tropikoetatik atera arren.

Pazienteari immunitatea kentzeko tratamendua edo esteroide bidezko tratamendua ezartzen bazaio, parasito hori bilatu beharko da, sarritan hilgarria den hiperinfestazio sindromea eragin dezakeelako.

500/ml-tik gorako eosinofilia, batzuetan, agertzen den zeinu bakarra izaten da.

Larbak eginkarietan agertu ohi dira.

Tratamendua

Tiabendazol, 25mg/kg/12 h, 2 egun (7-10 hiperinfekzioaren kasuan) (3g, gehienez).

Ordezkoa

Albendazol, egunean 400mg, 3 egunetan*.

9.A.7. **TENIA:**

Munduan oso hedatuta dauden har lauak dira. Ohikoena *Tenia saginata* delakoa da, eta idi-haragiaren bitartez transmititzen da, haragi hori gutxi kozinatuta jaten den herrialdeetan, esate baterako Jugoslavian, herrialde musulmanetan, Etiopian eta Kenyan eta, zertxobait gutxiago, Erdialdeko Amerikan eta Hego Amerikan.

Tenia solium delakoa, txarto kozinatutako txerri-haragia jateagatik transmititzen da, eta ez da hain ohikoa.

Sintomak, oro har, onberak izaten dira (sabelaldeko karranpa arinak, pisua galtzea eta, tenia hesteetatik igarotzean, buruko minak, ahuleria edo azkura). Gutxitan egon daiteke heste-buxadura edo, *Tenia solium* delakoaren kasuan, neurozistizerkosiak eragindako konbultsioak. *Hymenolepis nana* delakoa da sarrien gertatzen dena.

Diagnostikatzen dira, eginkarietan edo azpiko arropetan teniaren arrautzak eta proglotide-zatiak (eraztunak) aurkitzen direlako. Birgertapenak sarritan gertatzen dira. Prebentzioa albaitaritzako kontrol zehatzen bidez eta haragia ondo prestatuz egiten da.

Edozein teniarentzako tratamendua:

Praziquantel, 15-25 mg/kg, dosi bakarra, baina bakarrik > 3 urte bada, eta ordezeko gisa Niklosamida, >6 urte, eguneko 2g, ondoren eguneko 1g 6 egunetan; 2 urte eta 6 urte arteko haurren kasuan, erdia, eta 2 urtetik beherakoetan, laurdena. Azken buruan, Paromomizina.

Espainiako estatuan ez daude gizakientzako merkaturatuta; beraz, Sanitatean atzerriko medikamentu gisa eskatu behar dira, inprimakia bete merkataritzako izenarekin (Bayer etxekoa den Praziquantel, Biltricide®, 600mg-ko 6 pilulak, 59,30 euro; Bayer etxekoa den Niklosamida, Yomesan®, 500mg-ko 4 pilula, 5 euro) eta gutxi gorabehera 7 egun itxaron heldu arte. Pazienteak ordaintzen du.

9.A.8. ESQUISTOSOMA:

Larbak larruazalaren bitartez sartzen dira eta dermatitis pruriginosoa sortzen dute. Odolean sartzen da eta biriken bidez migratzen du, hesteak edo puxika drainatzen dituen zainetako plexuan kokatuz.

Mansoni delakoaren haur helduak 25 urtera arte bizi izaten dira ostalarian; beraz, gune endemikotik atera baino askoz arinago diagnostika daitezke.

Odolean eosinofilia eta ferropenia agertzen dira eta gernuan, hematuria.

Tratamendua

S. japonicum: Praziquantel, eguneko 60 mg/kg, 3 dosi, egun bakar bat.

S. hematobium eta *mansoni*: Praziquantel, 20mg/kg/12h, egun bat.

9.B. Paludismoa

Plasmodium delakoak sortzen duen infekzio bat da eta horren 4 espezie ezagutzen dira: *vivax*, *ovale*, *falciparum* eta *malariae*.

Espainiako estatuan 1964an errotik atera zen. Gutxi gorabehera 400 milioi infekzio sortzen ditu eta urtean 3 milioi heriotza inguru.

Afrikan ageri da bereziki (250 milioi pertsona inguru), baina baita beste herrialde hauetan ere: Indian eta Asiako hego-ekialdean eta Erdialdeko Amerikan eta Hego Amerikan (Txilen izan ezik).

Gizakia gordailu bakarra da eta transmisioa anopheles izeneko eltxoaren ziztadaren bidez gertatzen da baldintza klimatiko jakin batzuetan. Baina kontuan hartu behar da, halaber, transfusio bidez transmititu daitekeela, infektatutako xiringen bidez eta modu bertikalean amak seme-alaba kutsa dezake.

Formarik larriena *P. falciparum* delakoa da, garuneko malaria eragiten duena. *P. vivax* eta *P. ovale* delakoek formarik arinenak eragiten dituzte, baina birgertatzeak sor ditzakete 2 eta 5 urterekin, hurrenez hurren. *P. malariae* delakoak sukarra eragin dezake infekzioa izan eta 50 urtera arte.

Koadro klinikoa diaforesiak eta sukar altuak bereizten du, espeziearen arabera, txandakakoa edo 3 egunero izango dena. Hona hemen beste sintoma batzuk: gorakoak, goragaleak, beherakoa, anemia larria, hipogluzemia, garuneko paludismoa, arnas gutxiegitasuna, min horia, hepato edota esplenomegalia. Sukarrik gabeko kasu arraroak gertatzen dira.

Haurdun dauden emakumezkoen kasuan fetuarentzako arriskutsua izan daiteke.

Urte 1 baino gutxiago dutenek amarengandik eskuratutako immunitatea izaten dute eta 5 urtetik gorakoek ingurumen-immunitatea, endemikoa ez den gunean urtebete edo 2 urte bizi ondoren galtzen dutena.

Espainiako estatuan inportatutako malaria gehienak helduengan agertzen diren arren, garrantzitsua da haurrengan ematen den kasu-kopurua. Madrilen, 1998an, malarien %15,7a 11 urtetik beherako haurrengan aitortu zen, eta gehienak etorkinen kolektibokoak ziren.

Plasmodium delakoaren espezie desberdinen maiztasuna gaixotasunaren jatorriaren arabera da. Inportatutako malaria pediatrikoaren Kataluniako kasu-multzo txiki batean, %64a *P.falciparum* delakoak eragindako infekzioena izan zen, eta Espainian ere hori izan da helduengan inportatutako malariaren kausarik sarriena.

Diagnostikoetan egoten den atzerapena izaten da inportatutako malarian hilkortasun-kausa nagusia, berau oraindik altua izanik (%3,8 amerikar-multzo batean).

Inportatutako malaria duten haurren %20-50ak ez du kimioprofilaxirik hartzen; hortaz, garrantzitsua da bidaia egingo duen haurrari aholku zuzena emateak duen garrantzia azpimarratzea. Zentzu horretan, arreta berezia merezi duen talde bat dago: gure erkidegoan jaioetako etorkinen seme-alaben kolektiboa, hain zuzen ere; hauek, sarritan, haien gurasoen jaioerrira bidaiatzen dutelako inolako neurririk hartu gabe eta arrisku handiaren eraginpean jartzen dira, ez baitute malariaren kontra eskuratutako immunitaterik. 11. atalean (6. eranskineko 4 eta 5 taulak), zehazki hitz egiten da prebentziozko neurriei eta kimioprofilaxiari buruz.

Diagnostikoa

Tanta lodiaren analisia egin behar zaio inguru endemikoetatik etorri eta sukar altua duen haur orori. Parasittoa odolaren frotisean ikusten da. Tanta lodian parasittoa ikusten da, baita kopuru txikian dagoenean ere eta tanta argalean espezieak eta parasitemia-maila identifikatzen dira.

Tratamendua

Espezie infektatzailearen, erresistentzien eta gaixotasunaren larritasunaren arabera izaten da. Klorokina ez-egoiliarretan baino ez da eraginkorra izango. Tratamendua ospitalean emango da.

9.C. Tuberkulosia

- Haur etorkin guztiei PPD egin behar zaie, gaixotasun horrek duen prebalentzia handia delako, dagoeneko txertatuta egon arren (esan den bezala, orbaina bilatu).
- Sarritan, honako hauek sortzen dituzten negatibo faltsuak agertzen dira: malnutrizioa, immunitatea kentzea, birusek, bakterioek eta parasitoek eragindako infekzioak: Mantoux delakoen %25era arte negatibo faltsuak dira tuberkulosi aktiboetan lehenengo ebaluazioan. Kasu horietan beharrezkoa da suspertu arte itxarotea edo PPDa errepikatzea –negatiboa izanez gero– koadroa normalizatu ondoren.
- Anergia hori, era berean, proba birus bizen txertoekin aldi berean egitean ager daiteke; beraz, PPDa txertoa ipintzen den egun berean jarriko da edo 4-6 aste beranduago.
- Errenta baxuko herrialdeetako etorkinak tuberkulosirako arrisku altuko pazienteak dira eta arrisku hori areagotuta mantentzen da immigrazioaren ondorengo 2 urtetan, gutxienez, eta baliteke 5 urtera ere. Normalean fokua heldua den beste etorkin bat izaten da.
- Mantoux horrengan txertoak duen eragina gutxiagotu egiten da, denborak aurrera egin ahala, eta 5-10 urte igaro ondoren ia baliogabea izaten da.
- Oso baliagarria izango litzateke jatorrizko herrialdean botikekiko erresistentziaren berri izatea. Euren jatorrizko herrialdean INH delakoarekiko erresistentzia-tasa kontuan hartuta, botika 1 edo 2 hartzen hasi.

PPDren interpretazioa haur etorkinetan:

- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren “Tuberkulosidun gaixoarekiko kontaktuak aztertze algoritmoak” delakoan adierazitakoari jarraituko zaio (4. eranskina).
- Erabilera teknikoa gure inguruan bezala, irakurketarekin 48-72 ordura.
- Errutinazko PPDan (ustezko kontaktutik 2 hilabete igaro ondoren egiten da), positibotzat jo 15 mm-koa edo hortik gorakoa bada aldez aurretik BCGrekin edo 5mm-koa edo hortik gorakoa tuberkulosiaren kontrako txertorik hartu ez badu.
- Arreta berezia jarri haurrak susmopeko kontakturik badu, klinika edo erradiologia iradokitzaileak edo immunokonprometitua bada.

- Infekzio tuberkulosoaren duen edozein haur Lehen Mailako Atentzioko sarean ebaluatu eta tratatu daiteke, baina gaixotasun tuberkulosoaren susmoa baldin badago, zentro espezializatu batean baloratu beharko dute.

Tratamendua

- Ezkutuko Infekzio Tuberkulosoaren (EIT) tratamendua edo kimioprofilaxia:
 - Isoniazida, eguneko 10mg/kg, eguneko 300mg-ra arte gehienez, 2 hilabetetan, gaixoekin kontaktu intimoak dituzten haur guztiei eta tuberkulinarekiko negatiboak direnei.
 - Orduan tuberkulina errepikatuko da eta, positiboa baldin bada, guztira 6 hilabete egin arte jarraituko da hartutako jarraibidearen arabera.
 - Tratamendua bukatutzat ematen da Mantoux delakoa negatiboa baldin bada.
- Tuberkulosiaren tratamendua:
 - Biriketako eta birikez kanpoko tuberkulosiaren (meningitisa izan ezik) ohiko tratamendua 2 hilabetetan, egunero, 3 botika hartzean datza:
 - Isoniazida, eguneko 5mg/kg (300mg, gehienez).
 - Errifanpizina, eguneko 10mg/kg (600mg, gehienez).
 - Pirazinamida, eguneko 30mg/kg (2.500 mg, gehienez).
 - Ondoren, 4 hilabetetan isoniazida eta errifanpizina.

Etanbutol izeneko botika, oro har, ez zaie haurrei ematen zaila delako begien toxikotasuna ebaluatzea.

5. eranskinean, Pediatriako Espainiar Elkarteak (AEP) egindako tratamendu zehaztuagoa eranstean da.

9.D. B Hepatitisa

Gure ingurunean baino prebalentzia handiagoa. Endemikoa Afrikako zenbait herritan.

Sarri askotan transmisioa bertikala da eta infekzioa kronifikatzeko joera handiagoa izaten du (%8-15 eramaile kronikoak).

Goizago eskuratzen da eta kolektibitateen artean eramaile kronikoen arriskua dakar.

Beti ez dira immunizatuta egoten, batzuetan immunizatu aurretik infektatzen dira. Gainera, genetika dela-eta txertoa zenbait arrazetan (arrazaz beltza, esaterako) ez da hain eraginkorra izaten.

9.E. Echagas-en gaixotasuna

Giza tripanosomiasi amerikarra ahaztuta dagoen gaixotasunetako bat da eta urte askotan sintomarik agertu gabe egon arren, ondorio oso txarrak eragin ditzake; hala ere, haurtzaroan tratamendua jarritz gero, osatzeko indizeak altuak izaten dira. Endemikoa ia Erdialdeko Amerika eta Hego Amerika guztian, Mexikon hasi eta Argentinaraino, Uruguai, Txile eta Brasil dira eraginkorra den kontrolpean dauden bakarrak eta, ondorioz, haien indize endemikoa baxua da. Pobretasunari eta nekazaritza inguruko biztanleen bizi-baldintzei lotuta dago. 18 milioi pertsona inguru dira gaixotasun horren eraginpean bizi direnak eta gaitza hedatzeko arriskua handia da.

Tripanosoma cruzi delakoak eragiten du eta zoonotikoa da. Gizakiak eta etxeko animalia askok, baita animalia basatiak ere, gordailu dira.

Etxebizitza pobreetako horma eta sabaietako arrail eta zuloetan bizi diren zimitzen bidez zuzenean transmiti daiteke. Zimitz horiek, jadanik infektuta dagoen pertsona edo animalia bati eztena sartzean kutsatzen dira eta, era berean, gaixotasuna beste gizaki edo animalia batzuei larruazalaren bitartez transmititzen diete.

Espainiako estatuan ez dago bektore bidez transmititzeko baldintzarik, baina beste bide hauen bidez transmiti daiteke: transfusioak, organo-transplanteak edo amaren bidez fetuari transmititzea.

Klinika

Hiru fase daude:

- Sintomarik gabeko fase akutua eta diagnostikatzen zaila dena. Batzuetan espezifikoa ez diren zeinuak daude eta beste batzuetan lesio dermikoak agertzen dira, hala nola: “chagoma” delakoa (gogortuta dagoen ingurua, eritema eta larruazaleko bero lokala) edo “Romaña” izeneko zeinua (hantura elastikoa eta minik gabea begi bakar bateko betazeletan, konjuntiboa gorria eta alderdi horretako aurpegi-edema). 15-30 egun irauten du eta 2 urtetik beherako haurrei edo nerabeei heriotza eragin diezaieke.
- Fase zehazgabea: sintomarik gabeko latentzia-aroa, serologia edo parasitologia bidez detekta daitekeena. Pertsona askok fase horretan irauten dute euren bizitza osoan.
- Fase kronikoa: infekzioa igaro eta, gutxi gorabehera, 10-20 urte igaro ondoren agertzen da pazienteen herenean. Zeinu klinikoak horrelakoak izan daitezke: kardiologikoak (arritmiak, blokeoak, bihotz-gutxiegitasuna), digestiboak (megakolona, megaesofagoa) edo neurologikoak. Azken horiek sarriago agertzen dira GIB+ duten pazienteengan.

Diagnostikoa

Chagas-en diagnostiko goiztiarra informazio egokia eta herrialde horietako biztanleriaren heziketa ematean oinarritzen da, baita arrisku-biztanleriaren baheketa sistematikoko programetan ere.

Honako hauek erabil daitezke: hemaglutinazio-teknikak, ELISA edo immunofluoreszentzia zuzena; horietako edozeinek sentikortasun altua dauka, eta ia totala horietako bi edo gehiago konbinatzen badira.

Jaioberrietan, metodorik sentikor eta azkarrena polimerasaren kate-erreakzioa (PCR) da.

Gure erkidegoan, honako hauei diagnostiko goiztiarra egitea gomendatzen da: beste herrialde batzuetatik eta gune endemikoetatik etorri diren pertsona guztiak eta pezoazko etxebizitzetan edo palmondozko sabaidunetan bizi izan direnak eta Estatuan jaio baina gune endemikotik etorri diren eta Chagas-en gaixotasunarekiko serologia positiboa edo ezezaguna duten amak dituzten haurrak.

Tratamendua

Tratamendu-mota bi daude, eta biak nahiko toxikoak dira: Benznidazol eta Nifurtimox.

15 urtetik beherakoen kasuan, OMEk diagnostiko sistematikoa eta tratamendua ematea gomendatzen du, sintomak dituztenen kasuan zein sintomarik ez dutenen kasuan (helduetan fase akutuan edo egoera jakin batzuetan bakarrik). Zenbat eta lehenago hasi tratamendua (bizitzaren lehenengo asteetan ere has daiteke), are hobekak izaten dira emaitzak eta bigarren mailako efektu gutxiago ageri da.

Sendatze-diagnostikoa, tratamendua bukatu eta 10 urte geroago egin daiteke soilik.

Benznidazol delakoa eguneko 7,5mg/kg-tan ematen da, 60 egunetan, 12 ordutik behin janariekin.

Bigarren mailako efekturik larrienak larruazalekoak, digestiboak eta neuromuskularrak izaten dira eta, batzuetan, tratamendua hartzeari utzi behar izaten diote.

Nifurtimox delakoa haurretan gutxi erabiltzen da (eguneko 15 mg/kg, 4 dosi 60 egunetan).

Berriki, Mugarik gabeko Medikuek erakundeak sendaketari dagozkion emaitza oso onak (ia %100), bigarren mailako efektu gutxiago eta betetze handia dakartzan azterlan bat egin du.

*Albendazol delakoaren erabilera baloratu, potentzial teratogenikoa baitu.

10. Gaixotasun genetikoak

10.A. Drepanozitosis Edo Zelula Faltziformeen Gaixotasuna

Arraza beltzean sarritan agertzen den anemia hemolitiko kroniko bat da, eta afrikar kontinenteko zenbait herriren %40an eta amerikar herrien %10ean eragina du.

Malariaren aurrean gene faltziformearen babes argia dago.

Gaur egun, diagnostikoa haurra jaio aurretik edo jaiotzen denean egin daiteke eta honako hauei esker erikortasuna eta hilkortasuna murriz daitezke: heziketa, penizilina bidezko profilaxia, txertoak, etab.

S hemoglobina klinikaren eragilea. Morfologia eritrozitarioa aldatzen duten agregatu fibrilarrak sortzen ditu; horri esker igitai itxura hartzen du eta bere zurruntasuna areagotzen da. Drepanozito deitzen da. Bi ezaugarri horiek bere hemolisia eta makrofagoen bidezko fagozitazioa eragiten dute, ezin delako ehunen mikrozirkulazioa zeharkatu.

Gainera, drepanozitoen deformagarritasun urriak odol-biskositatea areagotzen du eta mikrotronboen eraketa eta odol-hodi txikien buxadura errazten du. Gertakari akutuak horrela adierazten dira: hodian buxadura bidezko krisiak, bahiketa-krisia eta aplasia-krisia.

4 formatan ager daiteke:

- Heterozigotoa (HbAS) edo klinikarik azaltzen ez duen ezaugarri faltziformea.
- Homozigotoa (HbSS) edo anemia faltziformea klinika oso larriarekin.
- Heterozigotoa-Talasemia (HbS-Tal) forma bikoitza: mediterraneo aldean nagusitzen da eta ez da homozigotoa bezain larria.
- Heterozigotoa (HbS-HbC edo HbSC) forma bikoitza. Adierazpen klinikoa ez da oso larria izaten.

Diagnostikoa

- HPLC edo kromatografia likidoa, jaioberrientzat ezin hobea dena, xukapaperren odola erabili eta metabolopatien azterlanean sar daitekeelako.
- Hemoglobinen elektroforesia pH alkalino eta azidoarekiko, non hemoglobina S delakoaren banda zabala ikusiko litzateke.
- Odol-frotisa ikusiz, non agertzen agertzen baitira igitai edo ilargi formadun hematieak, nukleodun hematieak edo Howell Jolly gorputzak, anemia markatuarekin batera.

Tratamendua

Espainiako estatuko hematologia pediatrikoko zentro guztietarako jarraibide uniforme bat dago.

Konplikazioak, anemia eta infekzioak tratatzen dira. Gaur egun, gurasoen zelula hematopoietikoen transplantea ere erabiltzen da eta itxaropena gene-terapia da.

Nahitaezkoa da urtero edozein drepanozitosi kasu drepanozitosiaren zentsu nazionalean erregistratzea, bere forma guztiak kontuan hartuta.

10.B. Talasemiak

Hemoglobinareneko produkzio akastunak eragindako trastorno hereditarioak. Trastorno horiek larritasun aldakorra daukate, globulu gorrien produkzioa murriztea eta haien suntsipena areagotzea dakarte eta, ondorioz, anemia hipokromoa agertzen da.

Geneak oso hedatuta aurkitzen dira eta intzidentziarik handiena duten gaixotasun genetikoak direla uste da.

Talasemia-mota bi daude: alfa eta beta. Horien barruan, halaber, aldaera genetiko desberdinak daude. Alfak zein betak adierazpen kliniko arina, ertaina edo larria izan dezakete, gene bat edo batzuen faltaren arabera.

Batez ere honako toki hauetan kokatzen dira: mediterraneoko itsasertzean, Afrikaren zati handi batean, Ekialde ertainean, Indiako azpikontinentean eta Asiako hego-ekialdean. Talasemia eramaileek paludismo larriaren kontrako immunitatea daukate.

BETATALASEMIAK

Globulina betaren katean gertatutako mutazio batek eragiten ditu. Bi gurasoen geneak heredatzen badira, formarik nagusia edo Cooley-ren gaixotasuna jasango da eta, guraso batenak bakarrik heredatzen badira, eramailea izango da baina ez du sintomarik izango edo oso arinak izango dira: “ezaugarri talasemikoa” da.

Betatalasemia nagusia edo Cooley-ren gaixotasuna:

Haurrak ondo jaiotzen dira baina, gutxi gorabehera, urtebete dutenean anemia hemolitiko handia izaten hasten dira eta, ondorioz, anorexia, apatia, suminkortasuna eta hazkunde txarra. Haur horiek tratatzen ez badira, honako gaixotasun hauek garatzen dituzte: min horia, espleno-hepatomegalia muinaz kanpoko eritropoiesiak eraginda (eta hemosiderosiagatik, transfunditzen denean) eta bihotz-hipertrofia anemiak eraginda (eta siderosiagatik, transfunditzen denean). Hezurak ahul eta hauskor bihurtzen dira eta aurpegikoak desitxuratzen dira garezur eta aurpegiko hezurren muinaren hedapen masiboagatik. Konplikazio larri gisa honako hauek ager daitezke: alterazio hormonalak, bihotz-gutxiegitasun kongestiboa eta heriotza sor dezaketen infekzioak.

Talasemia ertaina duten hurrek sintoma horietako batzuek izan ditzakete, baina ez dira agertzen hirugarren etapa baino lehen.

Diagnostikoa

Anemia hipokromiarekin, mikrozosia, dianozito eta poikilozito zatikatuak eta nahastuak.

Hemoglobinarean zifra 5g/dl baino baxuago da eta konjokatu gabeko bilirrubinak gora egiten du, baita sideremiak eta LDH delakoak ere. Nabarmenena da hematietan hemoglobina fetalaren zifrak oso altuak agertzea. Gernua ilundu egiten da konposatu dipirrolikoengatik.

Tratamendua

Hematie kontzentratuen transfusioak 3 edo 4 astero, hemoglobina-maila 10g/dl inguruan mantentzeko. Zifra horrek muinaren hedapena eta arazo estetikoak geldiarazten ditu eta bihotz-dilatazioa eta osteoporosia gutxitzen ditu.

Horrez gain, esplenomegalia masiboa saihesten du. Transfusioek sukar-erreakzioa eta, batez ere, hemosiderosia eragiten dute.

Siderosi miokardikoa, paziente horien heriotzarekin zerikusia duen faktore garrantzitsu bat da. Hemosiderosiari aurre egiteko larruazalpeko desferroxamina erabiltzen da, eta orain aho bidezko deferiprona erabiltzeari ekin zaio.

Askotan beharrezkoa izaten da esplenektomia ondoren txerto bidezko tratamenduarekin eta profilaxi antibiotikoa ematea.

Gaur egun, muineko transplantea egiten da elkartutako arriskuekin.

“Ezaugarri talasemikoa” edo talasemia gutxitua:

Sarritan, ezaugarri hori duten pertsonen okerki anemia ferropenikoa diagnostikatzeko, 2-3 g/dl-tik beherako hemoglobinak dituzte, batez besteko bolumen korpuskular (BBK) baxua, hematien hipokromikoak eta, batzuetan, espezifikatu gabeko dianozitoak. Hori dela-eta, denbora luzez burdina ematen zaie, eta hori ez da behar duten tratamendua (batzuetan, elkartutako ferropenia egoten da, baina ez da ohikoa izaten).

Mentzer indizea, BBK eta hematien kontaketa artetako zatidura da (BBK bider 10 ber 6, zati eritrozitoen kopurua), eta ferropenia talasemiatik modu orientagarri batean bereizteko erabil daiteke: 13koa edo hortik gorakoa bada, ferropenia izango da eta baxuagoa bada, talasemia izango da. Aipatu dugun bezala, adi egon beharra dago hematimetria hobetzen ez bada burdin bidezko tratamendua 2 hilabetetan hartu ondoren.

Ez da komeni behin betiko screening diagnostikoa (hemoglobinen elektroforesia) egitea haurrak urtebete eduki baino lehen, adin horretan, oro har, hemoglobina fetalaren iraunkortasuna baitago eta, hortaz, ez litzatekeelako baliagarria izango.

10.C. Glukosa 6 Fosfato Deshidrogenasaren Gabezia

X kromosomarekin zerikusia duen gaixotasun metaboliko azpirakor bat da, eta munduan 200 milioi pertsona baino gehiagok pairatzen dute. Gabeziari dagokionez arrazak kontuan hartuta dagoen desberdintasuna nabarmena da: askoz sarriagoa da arraza beltzean eta ez da hain larria (biztanleriaren %13ak gene bat dauka); mediterraneo inguruan, Asian eta Ekialde Ertainean, ostera, ez da hain ohikoa baina gabezia handiagoa da.

Honek bereizten du: jaiotzen denetik haurrak ez dauka glukosa 6 fosfato deshidrogenasa entzima, nahiz eta mutazio genetikoak egon 200 bat entzima-aldagairekin.

Hematia oxidazioaren aurrean babesik gabe geratzen da, hori dela-eta, konpentsaziozko mekanismo antioxidatzaileak oraindik eratu gabe dituzten hurrek sintoma gehiago izaten dituzte.

G-6-FDren gabezia bi motatako anemia hemolitikoaren erantzulea da: batetik, forma episodikoa botikek eragindakoa (esaterako: malariaren kontrakoak, sulfonamidak, aspirina, AINES, nitrofurantoina, parasetamola, kinina, kinidina, babak bezalako elikagaiak edo infekzioak), eta bestetik, forma espontaneoak. Forma klasikoa, abiarazlea hartu eta 24-48 ordura agertzen da eta hemolisi sintomak izaten dira, hala nola: min horia, hemoglobinuria, anemia, etab.

Diagnostikoa ezartzen da, hematian G6FDren funtzionamendu txarra zuzenean edo zeharka ikusten delako (entzima-jarduera %10 baino baxuagoa da). Krisian zehar baliteke ez agertzea, retikulozitoak gazteak direlako eta jardunean daudelako.

Ez dago tratamendurik, transfusioak izan ezik, krisian errekupeazio espontaneorik ez balego, eta prebentzioa, ahal den heinean eragin handiena duten arrazak aztertuz eta abiarazleak saihestuz.

10.D. Laktasaren Gabezia

Laktasaren zati bateko edo erabateko gabezia oso nabarmena da Amerikan (helduen %15), Afrika tropikalean (%80) eta Asiako hego-ekialdean (%40).

Dietaren laktosa ez da hidrolizatzen eta heste distalaren argian metatutako azukreak-bakterioen laguntzarekin- azido organikoak eta gas hidrogenoa sortzen ditu. Azukreak eta azido organikoek ura erakartzen dute eta beherako osmotikoa eragiten dute, gasak metatzen dira, mina eta sabelaldeko distentsioa azaltzen dira.

Batzuetan, eskola- eta eskolaurreko adineko haurretan agertzen den sintoma bakarra min lausoa da, koliko antzekoa eta errepikatzen dena; hala ere, pazientearen egoera, oro har, ona izaten da. Sarritan ez dago minaren eta esnea hartzearen edo beherakoaren arteko denbora-erlazio argirik.

Diagnostikoa honako proba hauen bitartez egiten da: azukrearen gainkargaren ondoren botatako hidrogenoaren irazpen-proba edo *Clinitest* izeneko proba komertziala, eta ez dago biopsia egin beharrik.

Tratamendua honetan datza: esnea hartzeari uztea edota laktasa ematea.

11. Euren herrialdera oporretan edo bertan gelditzeko egiten duten bidaiaria

Dagoeneko aipatu den bezala, beste herrialde batzuetatik gaixotasunak “inportatzea” osasun publikoa asko arduratzen duen gai bat da.

Atzerrira bidaiatzeak eta bertan egonaldia egiteak, gaixotasun transmitigarriak hartzeko prebeni daitezkeen arriskua dakar. Atzerrira bidaiatzen duten familien aintzat hartzeko portzentajea da, gaixotasun infekziosoren bat azaltzen duena egonaldia egiten duenean edo itzultzen denean, baita berez haurtzaroarenak diren gaixotasunak ere, hala nola: elgorria, polioa, hepatitis a edo kukutxeztula. Herrialde batzuetan gaixotasun horiek prebalentzia oso altua dutela kontuan hartu behar da. Horregatik, immunizazio horiek bidaiaria egin duen haurrak berez dituenak baino garrantzitsuagoak dira. Gainera, familia horietako oso gutxi dira bidaiaria egin baino lehenago prebentziozko neurriak edota kimioprofilaxia hartzen dutenak.

Oro har, gaixotasun transmitigarri bat hartzeko arriskua honako hauek baldintzatzen dute: bisitatzen den herrialdea, bidaiaren baldintzak eta iraupena, egonaldia egiten den tokia (nekazaritzakoa edo hirikoa), urte-sasoia eta faktore pertsonalak, esaterako: adina eta sexua, aldez aurretiko immunizazioak, egungo osasun-egoera eta aurretiaz izandako gaixotasunaren aurrekaria.

Hori dela-eta, ahal den neurrian, eta bisitatuko den gune geografikoaren arabera, familiak honako alderdi hauei buruzko informazioa jaso behar du bidaiari ekin aurretik:

- Arriskuak identifikatzeko eta saihesteko modua. 6. eranskinen 1. taulan, nazioarteko bidaiarientzako erabilgarriak diren arau sanitario eta aholku batzuk deskribatzen dira.
- Alerta sanitarioak. Beharrezkoa da, destinoko herrialdean gaur egun gaixotasun transmitigarriren baten agerraldi edo foku epidemikorik dagoen jakitea. Gogora ekar dezagun Txinan, 2002ko azaroan hasi eta 2003ko ekainaren amaierara arte iraun zuen Arnas sindrome akutu larriaren (ASAL) epidemia, edo berriki gertatutako hegazti-gripeak. Horretarako, baliagarria da destinoko herrialdearen egoera sanitarioa zein den bibliografian adierazitako web orrialdeetan kontsultatzea.
- Immunizazioetarako banakako jarraibidea. 6. eranskinen 2 eta 3 tauletan, hurrenez hurren, sistematikoki gomendatutako immunizazioak errepikatzen dira, baita atzerrira bidaiatzen duten familientzako modu murriztuan gomendatutakoak ere.

- Malariaren kontrako profilaxia. Malaria dagoen guneko endemiko batera bidaiatzen bada, paludismoaren kontrako prebentziozko neurriak hartzea aholkatu behar zaie. 6. eranskineko 4. taulan oinarritzko arauak eta paludismoaren kontrako profilaxiaren barrerarako neurriak deskribatzen dira, eta 5. taulan, paludismoaren kontrako kimioprofilaxian erabiltako botikak. Malariaren kontrako txertoa-aurrerapenak dauden arren- oraindik ez da merkaturatu.

Paludismoaren kontrako kimioprofilaxiari dagokionez, arau orokor gisa, bidaiariari zera gogorarazi behar diogu:

- Paludismoaren kontrako botikek ez dute erabat gaixotasunaren aurrean prebenitzen.
- Profilaxiaren hasiera, arriskua dagoen tokira heltzean odolean maila terapeutikoak lortzeko, astebete aurretik (meflokina edo klorokina) edo aurreko egunean (proguanil, atobakuone-proguanil edo doxiziklina) egin behar da.
- Profilaxiaren porrotak beti ez du esan nahi medikamenduarekiko erresistentzia dagoenik.
- Ez ahaztu, neurri handi edo txikiagoan, paludismoaren kontrako botika guztiek gaitasun toxikoa daukatela.
- Gaur egun, kimioprofilaxiaren jarraibideari buruzko gomendioak, egiten dituen erakundearen arabera, aldatu egiten dira; hau da, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME/WHO) edo “Center of Disease Control” (CDC) delakoak egiten baditu gomendioak desberdinak izango dira. Gainera, gomendio horiek bisitatuko den herrialdearen arabera egin behar dira, erresistentziak, kasu berriak, alerta sanitarioak, eta abar kontuan hartu behar dira.
- Horregatik, bidaiari orori esan behar zaio, haur zein heldu izan, bere bidaiari ekin baino lehenago, are gehiago herrialde tropikal batera badoa, komenigarria izango litzatekeela bidaiariari aholku emateko unitatera edo nazioarteko txertaketa-zentzora joatea. Horiek horrela, atzerrira egiten diren bidaiari buruzko edozein informazio nahi izanez gero, eskumena duen entitatea Osasun eta Kontsumo Ministerioko “Kanpo Osasuna” izeneko da.

Bestalde, *bidaiarako botikin medikoari* buruzko informazioa idatziz eman beharko da, eta honako datu hauek zehaztuko dira: eraman beharreko medikamentuak (6. eranskineko 6. taula), zertarako, noiz eta nola erabili behar diren, hartu beharreko dosia, zein ordutan hartu behar diren eta zenbat egunetan.

Era berean, egoera berezien edo urgentziako egoeren aurrean, oso baliagarria izango litzateke konfiantzako pediatria batekin telefonoz hitz egin ahal izatea, bidaiariari adieraz diezaiola ea *bidaiarako botikin medikoko* botikaren bat erabil dezakeen, beste medikamentu bat erosteko farmaziara joatea komeni den edo ospitalera joan behar den.

12. Haur etorkinarekin zerikusia duten arazoak eta eztabaidak

- Hizkuntza berria edo berriak.
- Bere ingurunea (pertsonak, kultura, senideak) uzteagatiko nahigabea.
- Desberdintasun kulturalak eta erlijiosoak.
- Bere familian dagoen gizarte- eta lan-problematika.
- Eskolara egokitzea.
- Zentro sanitarioetarako sarbidearen ezjakintasuna.
- Medikuen ziurtagiri ofiziala, pediatriak egindako bizileku izateko aldi baterako baimenaren hasierako eskabiderako (2001-7-21eko BOE): medikuen ziurtagiri ofiziala egin behar da, eta bertan adieraziko da haurrak “ez duela Nazioarteko Osasun Erregelamenduan begietsitako koarentenan jartzeko gaixotasunen zeinurik ezta sintomarik ere” (kolera, sukar horia, izurria, difteria, exantema-tifusa...).
- Arrazoi erlijiosoengatiko zirkunzisia: arrazoi kultural edo erlijiosoengatik zirkunzisia egitea ez da sistema sanitarioak duen prestazio bat. Hori egitea eskatzen duten arrazoi medikoak daudenean baino ez da egingo.
- Klitoridektomia: gure herrialdean tratatu txarren delitutzat jotzen da; beraz, asistentzia ematen ari den profesionalak horrelakorik ikusiko balu, salatu beharko luke.
- Birjintasun-ziurtagiria: ez dira eman behar.
- Enkopresia nahiko ohikoa den egoera bat da, eta sarritan arazo psikosozialekin zerikusia izaten du. Gainera, haur hauek inoiz gutxitan hitz egiten dute medikuarekin daukaten arazoari buruz.
- Desberdintasunak elikaduran.

Immigrazioak, jakina, elikaduran eragina dauka eta ohituren desberdintasuna atzeritarraren egokitze-prozesuan zailtasuna adierazi eta estresa sortzen duen beste elementu bat da. Ezin da orokortu, herrialdeen arteko desberdintasunak oso handiak baitira eta, batzuek herrialde hartzailearen ohituretara oso azkar egokitu diren arren (horrek dakarren euren nutrizio-egoeraren erasan positibo edo negatiboarekin, obesitatea esate baterako), beste batzuk euren ohiturak mantentzen jarraitu dute eta, ondorioz, nutrizio-gabeziak agertu dira.

Asko dira familia horien elikaduran eragina duten faktoreak; besteak beste, honako hauek aipa daitezke:

- Elikagaien eskaintza handiagoa da gure herrialdean eta ez dituzte elikagai gehienak ezagutzen. Gainera, azalera handiek asalatu egiten dituzte.

- Batzuetan ez dituzte ulertzen etiketatze edo jarraibideak, ezta iraungitze-data ere.
- Euren diru-sarrerak urriak izaten dira.
- Lehenengo belaunaldiak euren ohiko dieta kontserbatzen saiatzen dira, eta euren nutrizio-egoera txarragoa da beren elikadura-ereduaren eta gurearen artean harrapatuta aurkitzen direnean.
- Erlijioak eragina du. Hortaz, Koranak adierazten du amak bere seme-alabei titia eman beharko diela 2 urtetan, aita-amak titia ez ematea erabaki dutenean izan ezik; kasu horretan, bi urtetan Ramadanetik salbuetsita egongo da eta *halal* edo legitimoak diren elikagaiak baino ezingo dira jan; hortaz, beste hauek debekatuta geratuko dira: txerria, odola, narrastiak eta euren errituak egin gabe hildako animaliak. Juduen erlijioaren arabera *Kosher* izeneko jatekoak baino ezin dira jan, beraz, honako elikagai hauek baztertuta geratzen dira: txerri-haragia, zaldia, odola, itsaskia, etxekoak ez diren hegaztiak edo euren errituak jarraitu gabe hiltzen den edozein animalia. Gainera, 5 ordu igaro behar dira haragizko janaria hartu eta esneki bat jan orduko. Latinoamerikarren %50ak ez die bildotsik ematen euren seme-alabei eta azken eguneko adbertistek ez dute animalien proteinarik jaten.

Luis e Ignacio Ros jaunek Espainiako estatuan dauden urte bat baino gutxiago duten haur etorkinen (asiarrak izan ezik) elikadurari buruz egindako lan interesgarri batean, ondorio hauetara iritsi dira:

- Amagandiko edoskitzea hartzen duten haur etorkinen kopurua bertako herritarrena baino altuagoa da, baina amagandiko edoskitzearen iraupena sarritan luzeegia da, 16-24 hilabetera arte irauten baitu, bereziki Sahara azpitik etorri direnen kasuan.
- 6 hilabete baino lehenago behi-esne osoa hartzen hasten dira herrialde guztietako haur gehiegi.
- Sahara azpikoak eta arabiarrek diren haur-kopuru handiak ez du haragirik, frutarik eta barazkirik jaten euren bizitzaren lehen urtean.
- Laugarren hilabetetik aurrera hidrolizatu gabeko zereal osoak edota glutendunak (kus-kus, arroz- edo arto-irinak egosita edo txigortuta, galletak) jaten hasten dira, Sahara azpikoak, arabiarrek eta hegoamerikarrak diren haurren kasuan.
- Latinoamerikakoak eta Ekialdeko Europakoak diren ama etorkinek euren seme-alaben elikadura zentzuz gureru egokitzen dute, arabiarrek gutxiago eta Sahara azpikoek euren herrialdeetako arauak mantentzen dituzte.
- Amaren lan-egoerak, heziketa-mailak, jatorri etnikoak eta parekotasunak janariekin zerikusia daukate, baina ez gure herrian daramaten denborak.
- Hala eta guztiz ere, ingurune berrian haur horiek duten elikadura hobe da, jatorrizko herrialdean aurretiaz euren anai-arrebek jasotakoarekin konparatzen bada.

13. Anexos

1. ERANSKINA

Haurren lehen txertaketa-egutegia
EAE 2006

Bere osasunagatik, garrantzirik garrantzirik ezazu!

2008ko urtarik

ELIXKO JAILARITZA
GOBIERNO VASCO

Salus + Sana
EMENDATUTAKO DE BARRIO

1 hilabete	2 hilabete	4 hilabete	6 hilabete	12 hilabete	18 hilabete	4 urte	6 urte	10 urte	13 urte	16 urte
BCG	B Hepatiti. Difteria Tetanosa Kukurukueztula Polioa Hib*	B Hepatiti. Difteria Tetanosa Kukurukueztula Polioa Hib	B Hepatiti. Difteria Tetanosa Kukurukueztula Polioa Hib	Elgorria Errubeola Paratiditis Tetanosa Kukurukueztula Polioa Hib C Meningo.	Elgorria Errubeola Difteria Tetanosa Kukurukueztula Polioa Hib	Elgorria Errubeola Paratiditis Tetanosa Kukurukueztula	Difteria Tetanosa Kukurukueztula	Barizela**	B Hepatiti. (hiru dosi) ***	Papiloma (hiru dosi) **** Tetanosa difteria Td ****

* B motako Haemophilus influenzae
*** 0, 1, eta 6. hilabetean 4 berandu gabeko biztanleria, 8. 18-ko 1. maldako berandu gabeko neskalak
**** 10. urterik behera erotzagariako dosi bat gomendatzen da.

2. ERANSKINA

[illegible]

3. ERANSKINA

Hasierako Txertaketarako Gutxienezko Adina/Dosien Arteko Gutxienezko Bitartea

	Gutx. adina	Gutx. bitart.	Gutx. bitart.	Gutx. bitart.
	1. dosia	1.-2. d.	2.-3. d.	3.-4. d.
DTPa-PIT+Bhi	6 aste	4 aste	4 aste	6 hilab.
Hib	6 aste	4 aste	4 aste	6 hilab.
PDT	6 aste	4 aste	4 aste	6 hilab.
HB	12 hilab.	4 aste		
B hepatitis	0	4 aste	8 aste*	
C meningokokoa	6 aste	4 aste	4 aste	
Barizela	12 hilab.	4 aste		
Td	6 aste	4 aste	6 hilab.	
Gripe	6 hilab.	4 aste		
A hepatitis	12 hilab.**	6 hilab.**		
Neumokoko Kj.	8 aste	4 aste	4 aste	6 hilab.
Neumokoko Ps.	24 hilab.	3-5 urte		

.* Pauta azeleratuetan beste bitarte batzuk jar daitezke

.** Aurkezpenaren arabera

4. ERANSKINA

Tuberkulosia duen gaixoaren kontaktuak aztertze-ko algoritmoak

Euskal Autonomia Erkidegoko “Tuberkulosia prebenitzeko eta kontrolatzeko programa” izeneko dokumentuan ezarritako irizpideei jarraiki, tuberkulosia duen gaixoaren kontaktuak aztertze-ko algoritmo batzuk aurkezten dira, jarraitu beharreko prozedurak argitu eta tresna erraz eta ulergarria izan daitezen horiek erabiltzen dituzten guztientzat.

Tuberkulosia duten gaixoen kontaktuak euren arrisku-mailaren arabera horrela sailkatu ditugu, gure dokumentuak ezartzen duen bezala:

- **ARRISKU OSO ALTUA:** Baziloak dituzten pazienteen kontaktu intimoak (BK + karkaxan)
- **ARRISKU ALTUA:** Baziloak dituzten pazienteen ohiko kontaktuak (maizkoak), eta baziloric ez duten pazienteen kontaktu intimoak.

Esan beharra dago, gure programak 1, 2, eta 3 zirkuluei buruzko definizioak dakartzala, edo intimoa, ohikoa eta noizbehinkakoa sailkatzen dituela, bizikidetzako orduen kopuruaren arabera; hala ere, oro har kasu bakoitza banan-banan baloratu behar da, oso garrantzitsua den denbora-irizpideaz gain indize-kasuaren ezaugarriak, non gertatzen den eta kontaktuaren berezitasun propioak kontuan hartu behar dira. Horiek horrela, esate baterako, 1 zirkulutzat haxe jotzen dugu: eguneko 5 ordu bere ikasleekin egoten den eskolaurreko irakasle baten bizikidetzat, irakasleak ikasleekin duen kontaktua oso estua delako eta leku itxi batean izaten delako.

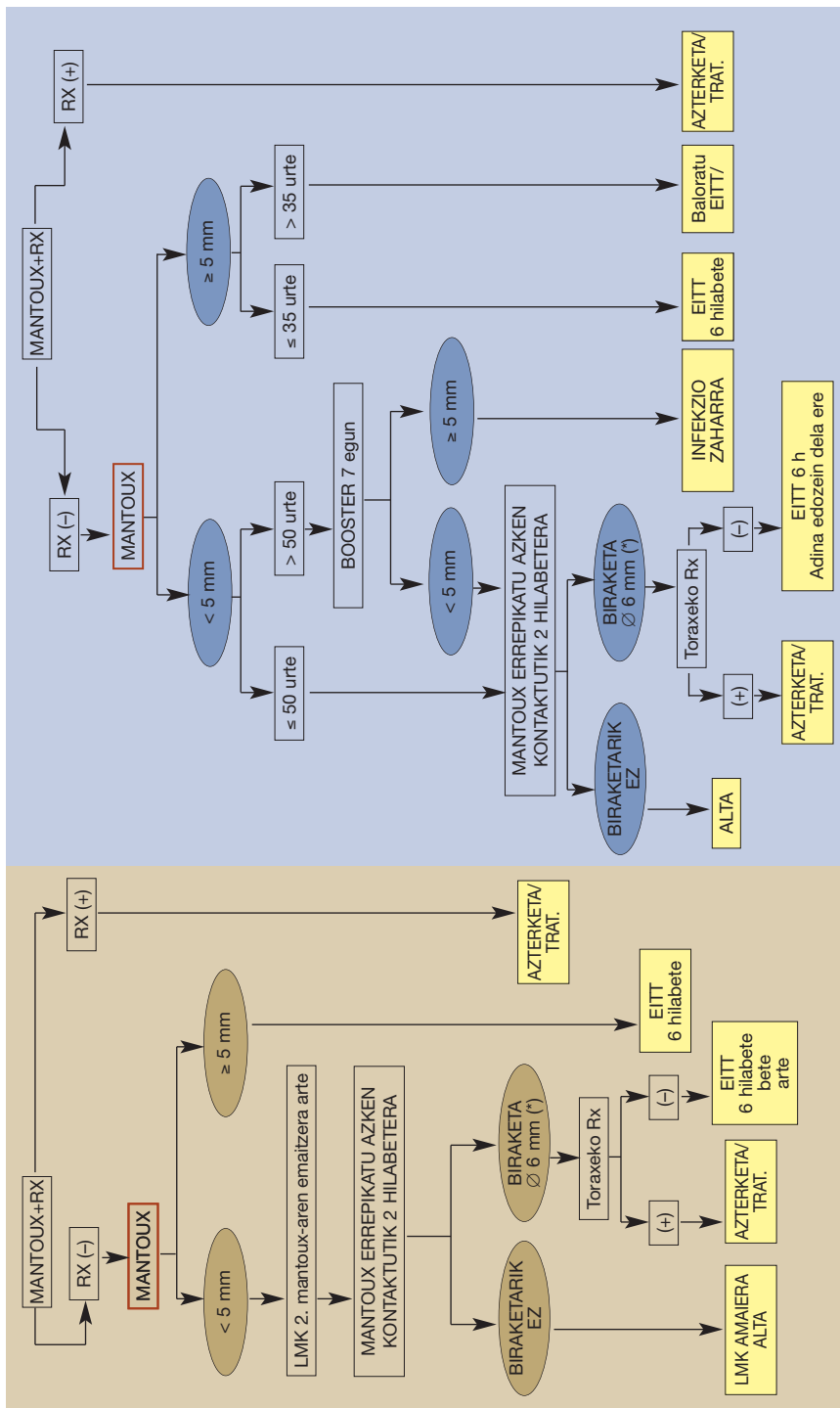
Arrisku-kategoria horietako bakoitzarentzat 2 algoritmo aurkezten ditugu, bat helduentzat eta beste bat haurrentzat (adin pediatrikoa, 14 urtera arte), gure haur gehienek BCG txertoa jarrita daukatenez aztertze-ko prozedurak eta Mantoux-en probaren ebaketa-puntuak aldatu behar direlako. Beraz, BCG txertoa jarri zaien haurrei ez zaie lehenengo tuberkulina ipintzen, horrek haien memoria immunologikoa bultzatzekeelako, eta bigarren tuberkulina positiboa izango balitz, “Booster” efektu bat biraketa gisa interpreta genezake. Era berean, txertatutako haurrentzat, oso altuko arriskuko kontaktuen kasuan ebaketa-puntua 10 mm-ra igotzen dugu, eta 15 mm-ra arrisku altukoetan, txertoak eragindako positibotasun bat infekzio naturaltzat ez hartzeko. Bazilodun kasu baten kontaktu intimoak badira, lehen mailako kimioprofilaxia erabiliz babestuko ditugu isoniazida hartuko dute kasuarekin izandako azken kontaktutik 2 hilabete igaro arte; eta tratamendu hori hartzeari utziko diogu, tuberkulina negatiboa denean.

Arrisku oso altuko helduentzako algoritmoen kasuan, lehen mailako kimioprofilaxia sartuko dugu 20 urtera arte, lehenengo tuberkulina negatiboa dutenentzat, eta Programako dokumentuan erabilitako esapidea (“haur eta nerabeen” kasuan adierazten zuen) gehiago zehaztuko da. Algoritmoetan, gainera, Mantoux-en proba errepikatzea sartuko da 50 urtetik gorako kontaktuentzat, haien lehenengo proba negatiboa ateratzen denean, Booster efektua kontrolatzeko asmoz. Era berean, 35 urteko adin-ebaketa sartzen da, lehenengo tuberkulinaren positibotasuna infekzio zahar batek eragin dezakeela eta tratamendurik jarri behar ez dela aintzat hartzeko.

1. ZIRKULUA BK KAXKAXA (+) HELDUAK (>14 urte)

15-25 urte

> 20 urte

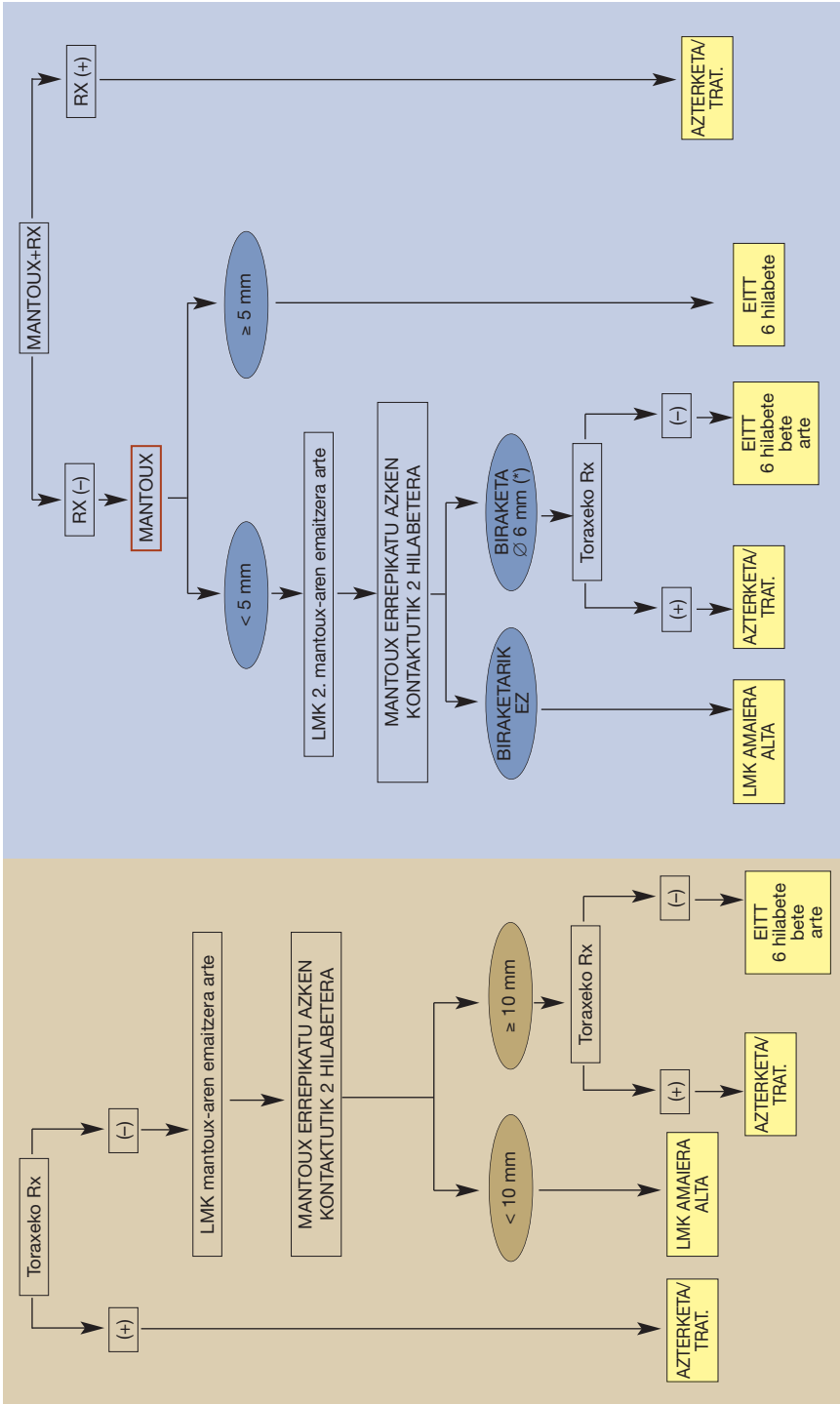


(*) BIRAKETA KONTUAN HARTZEN DA, BIGARREN MANTOUXA LEHENENGOREKIKO 6 MM-TAN GUTXIENEZ GEHITZEN DENEAN.

1. ZIRKULUA BK KAXKAXA (+) HAURRAK (≤14 urte)
Arrisku oso altua

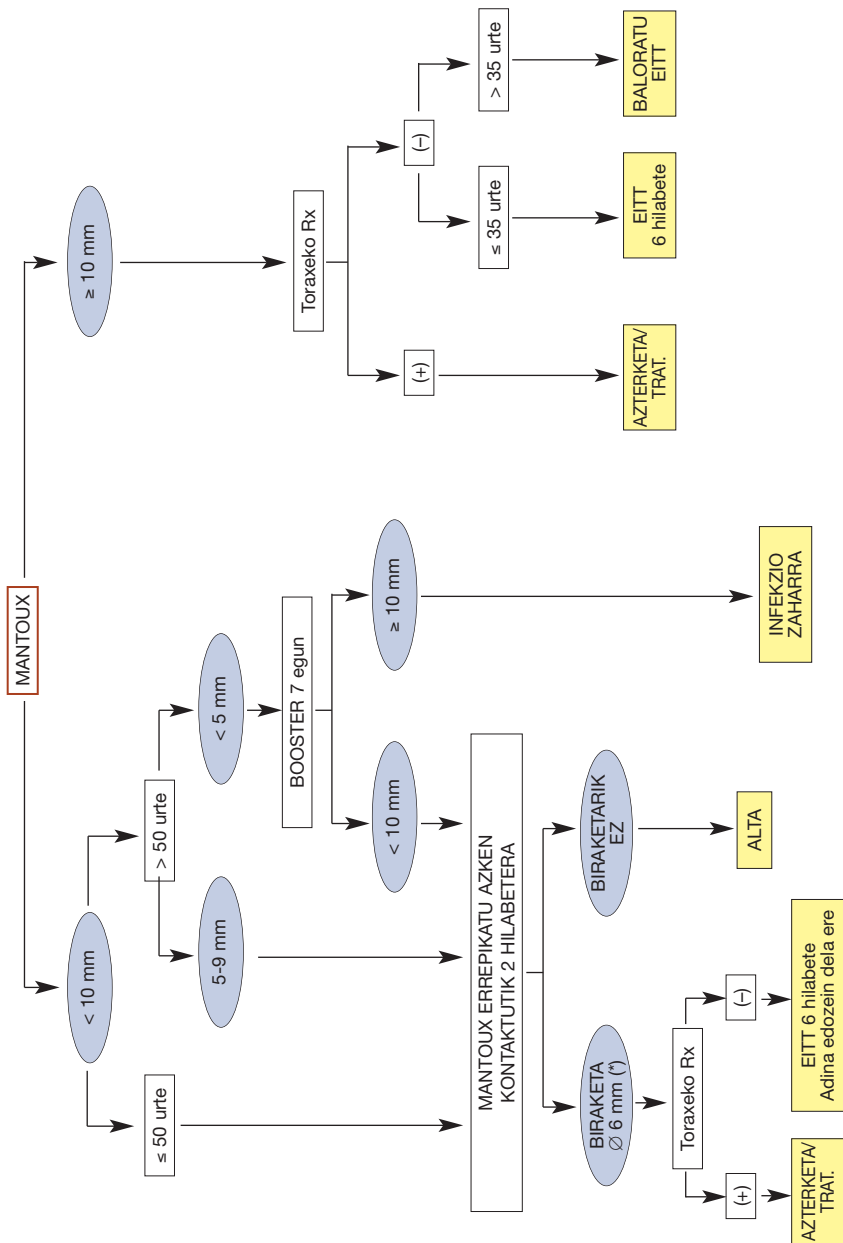
TXERTATUAK

TXERTATU GABEAK



(*) BIRAKETA KONTUAN HARTZEN DA, BIGARREN MANTOUXA LEHENENGOAREKIKO 6 MM-TAN GUTXIENEZ GEHITZEN DENEAN.

2. ZIRKULUA BK KAXKARRA (+) / 1. ZIRKULUA BK KAXKARRA (-) HELDUAK (>14 urte)
Arrisku altua

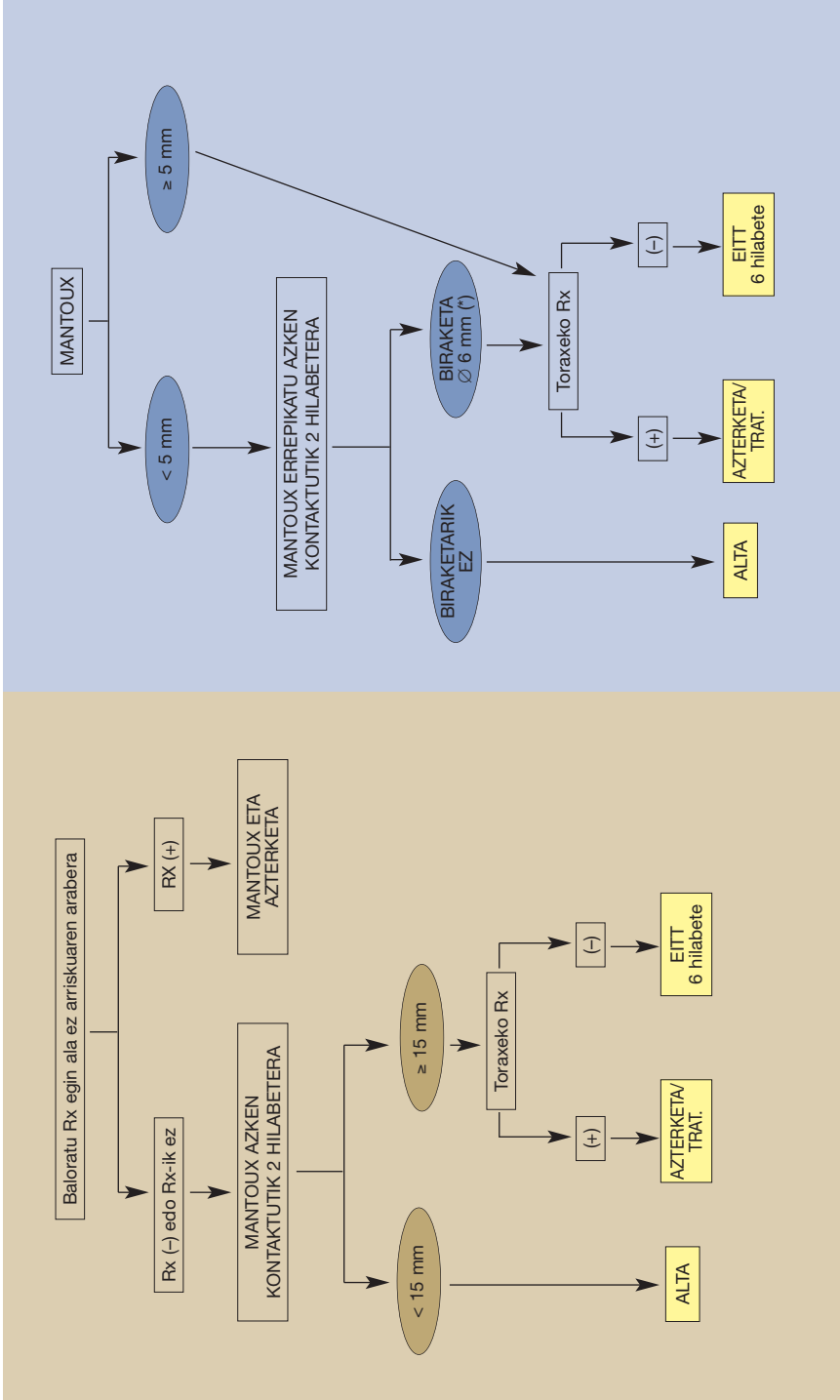


(*) BIRAKETA KONTUAN HARTZEN DA, BIGARREN MANTOUXA LEHENENGOAREKIKO 6 MM-TAN GUTXIENEZ GEHITZEN DENEAN.

2. ZIRKULUA BK KAXKARRA (+) / 1. ZIRKULUA BK KAXKARRA (-) HAURRAK (≤14 urte)

TXERTATUAUK

TXERTATU GABEAK



(*) BIRAKETA KONTUAN HARTZEN DA, BIGARREN MANTOUXA LEHENENGOAREKIKO 6 MM-TAN GUTXIENEZ GEHITZEN DENEAN.

5. ERANSKINA

TTuberkulosiaren tratamendua, Pediatriako Espainiar Elkartearen arabera

OTIKA	EGUNEROKO ERREGIMENA
Isoniazida	5 mg/kg (300 mg, gehienez)
Rifampicina	10 mg/kg (600 mg, gehienez)
Pirazinamida	30 mg/kg (2.500 mg, gehienez)
Estreptomicina	20 mg/kg (1.000 mg, gehienez)
Etambutol	25 mg/kg

A) GAIXOTASUN TUBERKULOSOA

Eguneroko jarraibidea:

Isoniazida (INH) + errifanpizina (RFM)+ pirazinamida (PZ) 2 hilabetetan, geroago INH + RFM 4 hilabetetan. Medikazioa goizean baraurik hartuko da eta egunean behin baino ez. Jasanezintasuna dela-eta botika bat ezin bada hartu, horren ordeztan etambutol (ETB) hartuko da, tratamenduaren iraupena 9-12 hilabetetara (2 hilabete + 7 edo 9 hilabete) luzatuz.

Aldizkako jarraibidea:

- 1. aukera. INH + RFM + PZ egunero hartzea 2 hilabetetan, geroago INH + RFM astero 2 aldiz 4 hilabetetan hartu.
- 2. aukera. INH + RFM + PZ egunero hartzea hilabete batean, ondoren INH + RFM astero 2 aldiz 5 hilabetetan hartu.
- 3. aukera. INH + RFM + PZ + estreptomizina (SM) egunero hartzea 15 egunetan, ondoren INH + RFM + PZ + SM astero 2 egunetan hilabete eta erdian zehar hartu, eta INH + RFM 4 hilabetetan hartzen jarraitu.

Aldizkako jarraibidea erabiliko da ez-betetze terapeutikoaren susmoa dagoenean eta sanitario edo gizarte-laguntzaile batek gainbegiratu beharko du zuzenean egindako behaketan.

B) INFEKZIO TUBERKULOSOA EDO TUBERKULINAREN BIRAKETA (BIGARREN MAILAKO KIMIOPROFILAXIA)

Bere helburua hauxe da: infektatutako haurra ez gaixotzea.

- Arrisku-faktorerik gabe tuberkulinarekiko positibo diren haurren kasuan: INH 6 hilabetetan hartzea gomendatzen da.

- Arrisku-faktoreak dituzten (senideek gaixotasun baziliferia dute, berriki bilakatutakoak, immunodeprimituak dira) tuberkulinarekiko positibo diren haurren kasuan: INH 9 edo 12 hilabetetan hartzea gomendatzen da.
- GIB infekzioa duten haurrak: urtebeteko iraupena.

C) TUBERKULINAREKIKO POSITIBOAK DIREN HAURREN KONTAKTUA

Biriketako tuberkulosia duten helduekin (lehen mailako kimioprofilaxia). Kontaktuak estua edo bizikideekin izan beharko du. INH 2 hilabetetan hartu eta tuberkulina errepikatu.

Tuberkulinak negatibo izaten jarraitzen badu, botika hartzeari utziko zaio. Baina positibo bihurtu bada, toraxeko erradiografia egingo da eta, emaitzaren arabera, infekzio edo gaixotasuntzat hartuko da eta behar bezala jokatu da.

D) TUBERKULOSI MILIARRA

INH + RFM + PZ + ETB edo (SM) 2 hilabetetan, ondoren INH + RFM 7 eta 10 hilabetetan.

E) TUBERKULOSIA GIB INFEKZIOA DUTEN HAURRENGAN

INH + RFM + PZ + ETB edo SM, ondoren 7 hilabetetan INH + RFM.

F) TUBERKULOSI MULTIERRESISTENTEA

Tuberkulosiaren kontrako botika bi edo gehiagorekiko erresistentea den *M. tuberculosis* delakoa. Autore batzuek BK delakoa INH eta RFM horiekiko erresistentea izatea eskatzen dute horrela katalogatzeko. Tratamenduak, gutxienez, bi agente bakterizida izan behar ditu, eta BK horiekiko infektibera izango da eta 12-18 hilabete iraungo du.

Tratamenduaren jarraipena:

- Kontrol erradiologikoa:* a las 3 semanas, a los 3 meses y al final del tratamiento.
- Kontrol bakteriologikoa:* bakteriologia diagnostikoarekiko positiboa bada, tratamendua hasi eta 2 hilabetera egingo da. Positibo izaten jarraitzen badu, hilean behin errepikatuko da negatiboa izan arte.
- Medikazioaren kontrol:* Tratamenduaren hasieran gurasoei botika desberdinek dituzten kontrako ondorioez ohartaraziko zaie.

Hilero medikazioaren betetzeari eta bigarren mailako efektuen agerpenari buruz galdetuko zaie. Laborategiko probak egingo dira sintoma iradokitzaileak daudenean toxikotasuna baztertzeko bakarrik. Sarrien agertzen den kontrako ondorioa

hepatotoxikotasuna da. Susmoa hartuko da sintoma klinikoak eta alterazio analitikoak daudenean: GOT eta GPT horien balioak bostetik gorakoak direnean eta fosfatasa alkalinoak hiru bider altuagoak direnean. Kasu horietan, astean zehar botika guztiak hartzeari utziko zaio eta entzima-azterketak errepikatuko dira. Normalak badira, tratamendua berriro hartzen hasiko da eta astero kontrolak egiteari ekingo zaio. Sintomatologia klinikoak edo alterazio analitikoak iraun edo berriro agertuko balira, INH eta PZ hartzeari utziko litzaioke koadroak zitolisi hepatikoa iradokitzen badu, eta RFM kolostasikoa bada.

Bigarren mailako botikatzat honako hauek hartzen dira: zikloserina, kapreomizina, etionamida, PAS, ziprofloxazina, ofloxazina, etab.

Kortikoideak biriketako tuberkulosiaren tratamenduan

- Aireztapenaren alterazioak bronkioen mailan-
. Atelektasia edo enfisema adenopatiaren konpresioak eraginda.
- Arnas zailtasunarekin batera agertzen den pleurako isuria.
- Forma miliarrak arnas gutxiegitasunarekin.
- Biriketako edozein forma egoera orokorraren erasanarekin.

Dosifikazioa: eguneko 1mg/kg prednisona edo bere baliokidea 2-3 astetan; geroago pixkanaka-pixkanaka 3-4 astetan gutxitzea.

Tuberkulosia duen amaren jaioberria

Amak tratatu gabeko biriketako tuberkulosia edo erditzean bakteriologia positiboa duenean arriskua egoten da.

Hauxe da jaioberriarekin eduki beharreko jokabidea:

- Haurra amarengandik banatzea, amak INH + RMP dituen tratamenduaren jarraibide terapeutikoarekin hilabete bat igaro arte edo karkaxa negatibo bihurtu arte bi botika horiek erabili ez badira.
- Haurra ebaluatzea sortzetiko tuberkulosirik duen ikusteko: toraxeko erradiografia, tuberkulina, ekografia hepatikoa, arnas jariakinen bakteriologia eta hasperendun gastrikoarena eta gerriko ziztada susmo txikiena badago.
- Haurra gaixorik badago, tratamendua emango zaio.
- Gaixorik ez badago, INH jasoko du eta tuberkulina 3 hilabetera errepikatuko da; negatiboa bada eta amak tratamendu zuzena jaso badu, INH bertan behera utziko da eta tuberkulinaren proba berri bat egingo da 6 hilabetera; negatiboa izaten jarraitzen badu, haurraren jarraipena alde batera utziko da.

A. ERANSKINA

(Eranskin honetako taulak “Pediatria adopzioan. Nazioarteko adopzioari buruzko adostasuna. Pediatra eta beste profesional sanitario batzuentzako gidaliburua” izeneko gidaliburutik egokitu dira. Ikus 29 zk.dun erreferentzia)

1. TAULA

NAZIOARTEKO BIDAIRIENTZAKO AHOLKU ETA ARAU SANITARIOAK

1. **Immunizazio** (ikus 2 eta 3 eranskinak) **edota kimioprofilaxiari dagozkion prebentziozko neurriak hartzea.**

2. **Faktore klimatikoekin zaindu beharrekoak:**

Eguzkitik babestea eta likido ugari edan gehiegizko beroa eta hezetasuna badago, bero-kolpea, deshidratazio eta dermatitis koadroak saihesteko.

3. **Elikagaiekin zaindu beharrekoak:**

- Beherakoa da bidaietan agertzen den gaixotasunik ohikoena.
- Ez hartu barazki gordinik eta norberak zuritutako fruta baino ez jan.
- Ondo kozinatutako haragiak eta arrainak jan. Ez jan gordinik dagoen arrain eta itsaskirik.
- Ez jan higienizatu gabeko esnerik, ezta bere deribaturik ere. Kontuz izozkiekin eta gozogintzarekin.

4. **Urarekin zaindu beharrekoak:**

- Ura gaixotasun infekziosoen igorle garrantzitsua da.
- Ur botilatua edota behar beste bermeeekin tratatutako ura baino ez edan.
- Freskagarri eta edari beroak seguruagoak dira. Ez erabili izotz-puskarik.
- Potentzialki arriskutsuak diren uren kasuan, irakitea (10 minututan) edo klo-razioa erabili (lixiba-tanta 2 ur litro bakoitzeko eta edan baino lehen 30 minutu itxaron).
- Kutsatu gabeko ura erabili edateko, biberioak prestatzeko eta hortzak garbitzeko.
- Kontuz aintziretan edo ibaietan egiten diren murgiltzeekin, batez ere ur gezatan egiten direnak, larruazalean sartu eta gaixotasunak (eskistosomiasia) eragiten dituzten larbez beteta egon baitaitezke.

5. **Animalia, narrasti eta intsektuen kontrako babes:**

- Edozein animalia-motarekin kontakturik ez izatea, bereziki etxeko txakurrak edota basatiak.
- Egokiak diren oinetakoak erabiltzea eta arropa berriz aztertzea jantzi aurretik (sugeak, eskorpioiak).
- Intsektuen ziztadetatik babestea uxagarriak erabiliz, perfumeak ekiditea eta kolore argiko arroparik ez janztea, mahuka luzedun arropak erabiltzea eta praka motzak ez janztea, etab.

6. **Sexu-transmisiozko gaixotasunak** (HIESa eta B hepatitis barne): preserbatiboak erabili eta tatuajeak eta piercing-ak saihestu.

7. **Atentzio sanitarioa destinoko herrialdean:**

Gaixotasun kronikoren bat izanez gero, komenigarria da atzerrian egongo den denboran irauteko behar besteko medikazioa eramatea edo destinoko herrialdean esku-ratu ahal izango duela ziurtatzea.

2. TAULA

HONAKO GAIXOTASUNEN KASUAN HERRIALDE ENDEMIKOETARA DOAZEN HAURREI ETA FAMILIEI SISTEMATIKOKI GOMENDATUTAKO IMMUNIZAZIOAK:**Tetanos-Difteria (Td heldua):**

- Dosia aurreratzea baloratzea, haurra gomendatutako adinetik hurbil badago.
- Edozein tokitara egiten diren bidaietan.

Poliomielitisa (PIT):

- Lehenengo eta behin txertatua: Poliobirus Inaktibatuaaren Txertoaren (PIT) oroitzapeneko dosi 1.
- Bereziki toki hauetara egiten diren bidaietan: India, Afrika eta Asiako hego-ekialdea eta Osasunaren Mundu Erakundeak gomendatutako beste gunen endemikoak edo epidemikoak.

Elgorria, Errubeola, Hazizurriak (Hirukoitz birikoa):

- 9-12 hilabeteko haurren kasuan, elgorria dagoen gunen endemikoetara bidaiatzen badute, txertoaren dosi bat jarri behar da, eta gero egutegian gomendatutako adina dutenean (12h) errepikatu beharko da.
- Edozein tokitara egiten diren bidaietan.

B hepatitis:

- Bidaia egingo duten heldu guztiei gomendatua (haurrei dagoeneko txertoa jarri zaiela jotzen da).

A hepatitis:

- 2 dosi 0 ereduarekin, 6 hilabete.
- Denborarik ez balego, dosi bat bidaia egin aurreko 10-15 egunetan eta bigarrena, 6-12 hilabete beranduago.
- A+B hepatitisaren konbinatutako txertoan emanda, ereduak da 0, 1, 6 hilabete.
- Bereziki egoera higieniko urria duten herrialdeetara egindako bidaietan eta egonaldia luzea bada.
- *Oharra: txerto hori gomendagarria da, baina ez dago gure erkidegoko egutegi ofizialean sartuta.*

Ez ahaztu arrisku-faktoreak dituzten helduei, gripearen eta pneumokokoaren kontrako txertoa jarri behar zaiela.

ONDORIOA:

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren immunizazio-egutegiaren arabera txertoa behar bezala jarri zaien haurren kasuan, **A hepatitisaren kontrako txertoa jartzea baino ez da planteatu behar.** Haien adinagatik txerto hirukoitz birikoa eta DTPa/PIT delakoaren oroitzapeneko dosia jaso ez dutenenetan, gomendagarria da aurreratzea (txerto hirukoitz birikoa 12 hilabete baino lehenago jartzen bada, 12-15 hilabete igaro ondoren beste dosi bat jarri beharko da).

3. TAULA

HONAKO GAIXOTASUNETARAKO HAIENGAN DAGOEN ARRISKUAREN ARABERA, HERRIALDE JAKIN BATZUETARA JOATEN DIREN HAUR ETA FAMILIEI, MODU MUGATUAN GOMENDATUTAKO IMMUNIZAZIOAK:

Sukar horia:

- Eltxoen ziztadaren bidez transmititzen da.
- Txertoa bereziki jarri behar da inguru endemikoetarako bidaietan [Hego Amerikako, Erdialdeko Amerikako eta Sahara azpiko Afrikako (erdialdea, ekialdea, hegoaldea eta mendebaldea) gune tropikalak].
- Nazioarteko erregelamenduaren menpe egon arren (Nazioarteko Txertaketa Zentroetan baino ez da ematen), herrialde batzuek bidaiari guztiei Nazioarteko Txertaketaren Ziurtagiria eskatzen diete; beste batzuek, berriz, bidaiaria infektatutako edozein gunetatik edo inguru endemiko izenekoetatik badator bakarrik.
- Birus bizien txertoa.
- Jarraibidea: dosi bakar bat, 9 hilabete – urte bat baino gehiago dutenentzat.
- Oroitzapeneko dosia: 10 urtetik behin.
- Kontraindikazioak: arrautzarekiko alergia, immunodeprimituak (medikazioak, gaixotasunak edo GIB infekzio sintomatikoak eraginda).
- Haurrak 9 hilabete baino gutxiago badu, edo txertoa jartzeko kontraindikazioaren bat baldin badago, Nazioarteko Txertaketa Zentroetan salbuespen-ziurtagiri bat egin behar dela zehaztu behar da.
- Immunitate babeslea lehen txertaketa hartu eta 10 egunetara, eta berehalaxe birtxertaketa dosiaren ondoren (bidaietan “txertaketa-ziurtagiriaren baliozkotasunerako” kontuan hartu behar diren datak).

Sukar tifoidea:

- Bidaia luzeetan (4 aste edo gehiago) txertoa jartzea bereziki gomendatzen da, gune oso endemikoetara [India, Afrikako herrialdeak, Asiako hegoaldea, Ekialde Ertaina, Hego Amerika eta Erdialdeko Amerika] edo agerraldi epidemikoak dituztenetara bidaiatzen bada.
- Ohar interesgarria: Sukar tifoideoaren kontrako txertaketa ez da beharrezko neurri higieniko-sanitarioen ordezkotzat hartu behar, bakterio-inokuluaren kopuru handiak hartzeak txertoaren eraginkortasuna gaindi dezakeelako.
- Espainian 2 txerto eskura daitezke:

Ty21a ahoko txertoa (Vivotif®)

- Helduentzat eta 5 - 6 urtetik gorako neska-mutilentzat.
- Jarraibidea: aho bidez ematen da egunero kapsula bat hartzen baita, txandaka 3 egunetan.
- Ez da antibiotikoekin edo paludismoaren kontrako botikekin (proguanil, meflokina edo klorokina) batera eman behar. Txertaketa 24-48 ordu atzeratu beharko da antibiotikoak hartzen badira, edo 10 egun lehenago txertatu proguanil hartu behar badu, edo 3 egun paludismoaren kontrako gainerako botiketarako.

ViCPS txerto parenterala

- 2 eta 6 urte arteko haurrentzat, baita helduentzat ere.
- Jarraibidea: dosi bakar 1, muskulu barnetik.
- Ez die beste txerto edo botikei eragiten.

Kolera:

- Txerto hau nazioarteko erregelamenduaren menpe dago. Agerraldi epidemikoetan helduak zein haurrak txertatzea gomendatzen da.
- Jarraibidea: dosi 1, aho bidez.

Entzefalitis japoniarra:

- Eltxoen ziztadaren bidez transmititzen da.
- Txertoa bereziki gomendatzen da honako toki hauetako nekazaritzako inguruetara bidaiatzen bada: Ipar Korea, Myanmar, Vietnam, Laos eta Indiako azpikontinentea, eta montzoi-garaian hilabete baino gehiagoko egonaldiak egiten badira.
- Helduentzat eta urtebete baino gehiago duten haurrentzat (1-3 urteko haurren kasuan, dosiaren erdia ematen da).
- Jarraibidea: 3 dosi muskulu barnetik (0, 7, 30 egun). Jarraibide bizkorra: 0, 7 eta 14 egun.
- Immunitatea: bidaia hasi aurretik gutxienez 2 dosi hartu behar dira.
- Haurdunaldian txertorik ez hartzen saiatu, salbu infekzioaren arrisku probableak txertoa jartzearena gainditzen badu.

Europaren erdialdeko entzefalitisa:

- Akainen ziztadaren bidez transmititzen da.
- Txertoa jartzea bereziki gomendatzen da inguru endemikoetara bidaiatzen denean, hala nola: ekialdea eta Europako erdialdeko guneak eta ekialdeko Asia maiatzetik urrira bitartean.
- Jarraibidea: 3 dosi muskulu barnetik (0, 1 – 3 eta 9 – 12 hilabete). Jarraibide azkarra: 4 dosi (0, 7 eta 21 egun, eta errefortzua 18 hilabete igaro ondoren).
- 12 urtetik beherakoei jartzeko haurrentzako txerto bat dago, helduenaren dosi-erdia.
- Immunitatea: 2. dosia hartu eta 15 egunetara.

Meningitis meningokozikoa (A+C):

- Txertoa jartzea bereziki gomendatzen da inguru endemikoetara bidaiatzen denean, hala nola: Sahara azpiko Afrika (Senegaletik hasi eta mendebaldera Etiopiaraino ekialdean), Brasil (barrualdea), India eta Nepal, abendutik ekainera bitartean (biak barne), edo urteko edozein garaitan epidemiaren berri ematen bada.
- Jarraibidea: dosi 1 muskulu barnetik, 2 urtetik gorakoentzat.
- Immunitate babeslea txertoa hartu eta 15 egunetara.

Amorrua:

- Txertoa jartzea gomendatzen da, bereziki egonaldi luzea egin eta enzootia altua duten herrialdeetara bidaiatzen bada.
- Saiatu etxeko animaliekin, animalia basati eta gatibuekin kontakturik ez izaten, batez ere txakurrekin eta katuekin.
- Jarraibidea: 3 dosi muskulu barnetik (0, 7 eta 21 - 28 egun).

4. TAULA

PALUDISMOAREN KONTRAKO PROFILAXIA

Oinarrizko arauak

- Gurasoei arriskuaren berri eman (inkubazio-aldia, sarrien gertatzen diren sintomak, etab.)
- Saiatu eltxoen ziztadarik ez izaten: uxagarri, eltxo-sare, eta abarren erabilera gomendatu. Kasu askotan, batez ere haurrak txikiak direnean, gomenda dezakegun neurri bakarra da.
- Malariaren kontrako kimioprofilaxirik egokienari buruzko aholkuak eman.
- Sintomaren bat agertuko balitz berehalaxe medikuari galdetu.
- Haur txikien kasuan, ez da komeni norberak tratamendua jartzea.

Aurre egiteko neurriak

Funtsezkoak dira paludismoa ez ezik eltxoen bidez transmititzen diren beste gaixotasun batzuk (sukar horia, Dengue, etab.) prebenitzeko. Haurren kasuan, askotan har daitekeen neurri bakarra izaten da, paludismoa prebenitzeko erabiltzen diren botikak toxikoak izan daitezkeelako edo ezin direlako erabili (formulaziorik eza, toxikotasun altua, etab.).

Gurasoak ohartarazi behar ditugu, ilunabarraren eta egunsentiaren artean eltxoen ziztadetatik norbera babestea, paludismoaren kontrako defentsaren lehenengo lerroa dela esanez. Horretarako, honako hauek erabiliko ditugu:

- Agerian dauden gune gehienak estaliko dituen **arropa egokia**: praka eta mahuka luzeko alkandora, galtzetinak, oinetako itxia, txanoa, etab.
- **Eltxo-sareak** (1,2 - 1,5 mm-ko poroak), leihoetan zein sehaskaren edo ohearen inguruan, hondar-intsektizidez busti daitezkeenak.
- **Intsektuen uxagarriak**:
Helduak eta haur nagusiak: Pikaridina (azido 1-piperidinkarboxil,2-(hidroxi-til)-1-metil-propileste) %10-20ko kontzentrazioetan; DEET (N,N-dietil-3-metilbenzamina) %30ean (RELEC®), helduetan 6 ordutik 12 ordura %95etik gorako babesa ematen duena.
Haur oso txikiak: N-Butil-N etil azetil aminopropionatoa %17ra (RELEC INFANTIL®). Horren efektuak 1-4 ordu irautes du; bestela, landareen esentzia-olioak erabil daitezke (limoia, eukaliptoia, etab.) (MOSIGUARD®).
- **Intsektizidak**: Larruazalean ematen diren uxagarriekin konbinatzen dira. Permetrina da gehien erabiltzen dena, espraian edo arropan botatzeko soluzioak, oihalak, eltxo-sareak, etab.

5. TAULA

PALUDISMOAREN KONTRAKO KIMIOPROFILAXIAN ERABILITAKO BOTIKAK

BOTIKAK	DOSIAK	INDIKAZIOAK
Cloroquina, Resochin®	5mg base/kg. Asteroko dosia. Bidaia egin baino aste bat arinago, bidaian zehar eta 4 aste geroago.	Erresistentziarik gabeko gunea (Erdialdeko Amerika, Haiti)
Proguanil * Paludrine®	3 mg/kg. Eguneroko dosia. Bidaia hasten denetik, bidaian zehar eta 4 aste geroago. <i>Beti Klorokina</i>	Klorokinarekiko erresistentzia moderatuko gunea.
Mefloquina * Lariam®	5 mg/kg. Asteroko dosia. Bidaia egin baino aste bat arinago, bidaian zehar eta 4 aste geroago. Ez dago daturik < 5 kg izan edo 3 hilabetekoentzat.	Klorokinarekiko erresistentzia- gunea.
Atovaquone / Proguanil, pediátrico Malarone pediátrico®	Dosiak: 11 - 20 Kg: 1 comp. 21 - 30 Kg: 2 comp. 31 - 40 Kg: 3 comp. > 40 Kg: 4 comp. Egun bat aurretik, bidaian zehar eta 7 egun geroago. 11 kg baino gutxiago dutenei ez zaie emango.	Klorokinarekiko erresistentzia- gunea.
Doxiciclina Vibracina	1,5 mg/kg. Eguneroko dosia. Egun bat aurretik, bidaian zehar eta 4 aste geroago. Ez da 8 urtetik beherakoetan erabiliko.	Multierresistentzi a-gunea (Thailandia- Kanbodia- Myanmar).
Primaquina * Primaquina®	Eguneke 0,5 mg/kg, 14 egunetan, paludismoaren kontrako profilaxia bukatu eta 4 astera. Profilaxis terminal gisa, <i>P. vivax</i> delakoak eragindako errepikapenak saihestuz, gune endemikoetan egonaldi luzeak egin ondoren.	<i>P. falciparum</i> eta <i>P. Vivax</i> aldi berean dituzten gunek.

* Proguanil, Mefloquina eta Primakina ez daude Espainian merkaturatuta; beraz, atzerriko medikamentuen bitartez eskatu behar dira.

6. TAULA

NAZIOARTEKO BIDAIA HAURREN BOTIKIN KLINIKOAREN EDUKIA

Medikuak honako datu hauek idatziz zehaztea gomendatzen da: dosia, jarraibidea, iraupena.....

Atal sanitarioa:

- Parazetamola eta ibuprofenoa
- Suero fisiologikoa (monodosiak, espraiak)
- - Espektro zabaleko aho bidezko antibiotikoa (pediatraren eta pazientearen arabera)
- Kolirio antibiotikoa
- Aho bidez berriro hidratatzeko zorrotxoak (brick-ak)
- Krema antibiotikoa
- Kortikoideen krema
- Eguzkitik babesteko krema
- Intsektuak uxatzeko produktuak
- Permetrinako lozioa %1era (zorrientzat)
- Termometroa
- Tiritak, esparatrapuak eta gaza esterilak
- Kalibratutako xiringak (5 eta 10 cc)

14. Bibliografia

1. García Algar, O. Niños inmigrantes hospitalizados: ¿Patologías diferentes?. *Pediatriako Espainiar Elkarte*, ed. Inmigración, Maltrato infantil, Niño y Familia. *Pediatría Social* XVI. Congreso Nazionalen txostenak; 2003ko urriaren 16-18a; Madril. Madril: *Pediatriako Espainiar Elkarte*, 2003; 169-173.
2. Cortés Rico, O. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. Hemen eskura daiteke: <http://www.spapex.org/inmigracion1.htm> (2007ko uztailaren 16a).
3. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. EAEko haurren txertaketa-egutegia, 2006ko martxoa. Hemen eskura daiteke: <http://www.avpap.org/gtdocencia/vacunas.htm> (2007ko uztailaren 17a).
4. Fumadó Perez V. Problemas asistenciales en la atención médica a niños de otras etnias. Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría*. Madril: Ergón, 2001: 138-45.
5. Aranzabal Agudo, M. Inmigración: Indicadores de nutrición y crecimiento. *An Pediatr* 2003; 58 (3): 236-40.
6. Gancedo García MC. Enfermedades importadas. Hemen eskura daiteke: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Imagen/_USER_/Enfermedades_importadas\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Imagen/_USER_/Enfermedades_importadas(1).pdf) (2007ko uztailaren 16a).
7. Sande MA, Eliopoulos GM, Moellering RC, Gilbert DN. *Guía Sanford de Tratamiento Antimicrobiano* 2006. 36th ed. Sperryville: Antimicrobial Therapy inc, 2006.
8. Villa Villanueva L, Escrivá JM. Resultados del tratamiento de la enfermedad de Chagas en menores de 15 años en el proyecto de Médicos sin Fronteras en Tarija (Bolivia). Datos preliminares. *Pediatriako Espainiar Elkarte*, ed. *Pediatriako Espainiar Elkartearen* 53. Kongresuko txostenak; 2004ko ekainaren 17-19a; Madril. Madril: *Pediatriako Espainiar Elkarte*, 2004. Hemen eskura daiteke: http://www.msf.es/curso_chagas (2007ko uztailaren 17a).
9. Hematologia *Pediatrikoko Espainiar Elkarte*. Protocolo de anemia de células falciformes o drepanocitosis. Hemen eskura daiteke: <http://www.svnp.es/documen/protodrepanocitosis.doc> (2007ko uztailaren 17a).
10. Maciá M, Guell R. El diagnóstico a partir de las alteraciones de la serie roja del hemograma. *Jano* 2000; 58 (1327): 75-82.
11. Báñez Gutiérrez J. Vacunaciones en niños de familias inmigrantes. Hemen eskura daiteke: <http://www.spapex.org/pdf/inmigracion7.pdf> (2007ko uztailaren 17a).
12. Strine TW, Barker LE, Mokdad AH et al. Vaccination coverage of foreign-born children 19 to 35 months of age: findings from the National Immunization Survey, 1999-2000. *Pediatrics* 2002; 110(2): e15.
13. Sun WY, Sangweni B, Butts G, Merlino M. Comparison of immunization accesibility between non-US born and US-born children in New York City. *Public Health* 1998; 112(6): 405-408.
14. García Pérez J. Vacunaciones en niños inmigrantes y adoptados. *Pediatriako Espainiar Elkarte*, Txertoen Aholku Batzordea, ed. *Manual de vacunas en Pediatría*. 3. argitalpena. Madril: *Pediatriako Espainiar Elkarte*, 2005: 752-769.

15. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. Eusko Jaurlaritzako Txertaketen Eskuliburua. 1. argitalpena. Vitoria-Gasteiz; Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 2001.
16. Pediatriako Espainiar Elkarte. Pediatriako Espainiar Elkartearen txertaketa-egutegia: gomendioak 2007. An Pediatr 2007; 66(1): 62-69. Hemen eskura daiteke: http://www.vacunasaep.org/pdf/2007/calendario_vacunas_CAV_AEP_2007.pdf (2007ko uztailaren 17a).
17. Picazo JJ. Guía práctica de vacunaciones 2002, capítulo 9, vacunación en situaciones especiales. Hemen eskura daiteke: <http://www.vacunas.net/capitulo9.htm> (2007ko uztailaren 16a).
18. Ruiz Contreras J, Hernández Merino A. Vacunación del niño viajero. De Arístegui J, ed. Vacunaciones en el niño: de la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA, 2004: 923-936.
19. López-Vélez R. Vacunación pediátrica en los viajes internacionales. Pediatriako Espainiar Elkarte, Txertoen Aholku Batzordea, ed. Manual de vacunas en Pediatría. 3. argitalpena. Madril: Pediatriako Espainiar Elkarte, 2005: 545-563.
20. Mellado Peña MJ, García Hortelano M. Diarrea en el niño inmigrante. Diarrea del viajero. Álvarez Calatayud G, Mota Merini F, Manrique Martínez I, ed. Gastroenteritis aguda en Pediatría. Bartzelona: Edikamed, 2005: 153 – 160.
21. Kain K, Jong E. Malaria Prevention. En: Jong E, McMulle R, ed. The Travel and Tropical Medicine Manual 3th edition. Philadelphia: Saunders, 2003: 52 – 74.
22. López-Vélez, R. Malaria y viajes internacionales. ed. Madril: López-Vélez, 2002.
23. García-Hortelano M, Mellado MJ, Martín P. Paludismo. An Pediatr Contin 2005; 3(4): 221-8.
24. Abramowicz M, Zuccotti G, Rizack MA, Goodstein D. Repelentes para insectos. The Medical Letter 2003; 25: 49-50.
25. Aronson J. Internacional Pediatric Health Services. Preparing for international travel. Hemen eskura daiteke: <http://www.orphandoctor.com/services/travel/index.html> (2007ko uztailaren 17a).
26. Van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA. The Prevalence of Encopresis in a Multicultural Population. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005; 40(3):345-348.
27. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 1376-1395. Hemen eskura daiteke: http://www.cdc.gov/nchstp/tb/pubs/mmwrhtml/Maj_guide/Diagnosis.htm (2007ko uztailaren 17a).
28. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. Tuberkulosia prebenitzeko eta kontrolatzeko programa 2000. Hemen eskura daiteke: http://www.osanet.euskadi.net/r85-13539/es/contenidos/informacion/publicaciones_osk/es_6574/publicaciones_c.html (2007ko uztailaren 17a).
29. Aranzabal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García Lopez-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casado J, Oliván Gonzalvo G. Pediatría en adopción. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madril: Adingabekoaren eta Familiaren Madrilgo Saila; 2005eko azaroa.
30. Ros Mar L, Ros Arnal I. Alimentación de los niños inmigrantes en España durante su primer año de vida. Hemen eskura daiteke: <http://www.nutricia-pediatra.com> (2007ko urriaren 18a).

Otras web de interés

Europar herrialde desberdinetan gizarte-babeserako gastuei buruzko estatistikak:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (2007ko urriaren 18a).

Erkidego bakoitzak dituen nazioarteko txertaketa-zentroak eta aholku sanitarioak:

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm> (2007ko uztailaren 17a).

Hurrengoan, txertaketari buruzko atalean, gaixotasun infekziosoen eta kasu bakoitzean

gomendatutako immunoterapiaren munduko epidemiologiaren berri ematen da:

<http://www.sanofipasteur.com.mx> (2007ko uztailaren 17a).

Nazioarteko bidaiariaren eskuliburua beste web batzuetarako hiperestekekin:

<http://fisterra.com/vacunas/viajes.htm> (2007ko uztailaren 17a).

la herrialde guztietako txertaketa-egutegiak ikusi nahi izanez gero, OMEren web orrialdea kontsulta daiteke:

<http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countryprofileselect.cfm> (2007ko uztailaren 17a).

Latinoamerikako txertaketa-egutegiak ikusi nahi izanez gero, hona hemen:

<http://www.guiadevacunacion.com.ar/> (2007ko uztailaren 17a) eta

<http://www.aepap.org/inmigrante/calendario.htm> (2007ko uztailaren 17a).

Herrialde desberdinetako adierazle sozio-sanitarioak ezagutu nahi izanez gero, OMEren web orrialde honetan sartu (2003ko datuak): <http://www.who.int/whr/2005/en/> (2007ko uztailaren 17a).

Nazioarteko bidaiari buruzko aholkularitza jasotzeko, honako web orrialde hauek bisita daitezke:

- World Health Organization: <http://www.who.int/ith> (2007ko uztailaren 17a).
- Centres for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/travel/> (2007ko uztailaren 17a).
- Osasun eta Kontsumo Ministerioa:
<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/viajero/home.htm> (2007ko uztailaren 17a).

Herrialde desberdinetako elikadura eta ohiturei buruzko xehetasunak lortu nahi izanez gero, hona hemen:

<http://www.aepap.org/inmigrante/noticias.htm> (2007ko uztailaren 17a) eta, orrialdearen barruan, azken bi artikulak aukeratu. Baita beste honetan ere: <http://www.revista.consumer.es> (2007ko uztailaren 17a) eta, orrialdearen barruan, "alimentación, marzo 2005".

Bestelakoak

Arazo etikoak eta legalak pediatriako kontsultan:

Martín Espíldora N. Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clítoris. Aten Primaria 2005; 36 (7): 397-400.

Puig Sola C, García Algar O, Vall Combelles O. Circuncisión infantil: revisión de la evidencia. An Pediatr 2003; 59 (5): 448-453.

Europar hizkuntza desberdinetako esaldi mediko arruntenak:

<http://www.eurasiahealth.org/index.jsp?sid=1&id=8098&pid=3542> (17 de julio de 2007).

Informazio sanitarioa arabieraz, gaztelaniazko edo ingelesezko itzulpenarekin:

<http://www.avpap.org/gtinmigracion/arabe.htm> (17 de julio de 2007).