



ATENCIÓN SANITARIA DEL NIÑO REFUGIADO PROCEDENTE DE SIRIA

**MILAGROS GARCÍA LÓPEZ-HORTELANO Y LUIS PRIETO TATO en nombre de los
Grupos de trabajo de Patología Importada y Cooperación Internacional de la SEIP**

1. Introducción

En los últimos meses, Europa ha tenido que afrontar la llegada de un gran número de desplazados, la mayoría de ellos procedentes de Siria¹. Las diferentes organizaciones y agencias internacionales han advertido de la vulnerabilidad de esta población y del mayor riesgo de problemas de salud que presenta²⁻⁴.

Algunos de nosotros, como pediatras, hemos tenido la ocasión de atender a niños sirios en nuestras consultas recientemente, y hemos podido observar sus necesidades de salud. Es probable que en los próximos meses, esta situación sea más frecuente.

Previamente se han publicado recomendaciones específicas en la valoración y asistencia inicial al niño inmigrante, que incluyen claves para la realización de una historia clínica y exploración física adecuadas. Además hacen referencia a las pruebas de cribado, así como las medidas preventivas a realizar y los protocolos de actuación en caso de fiebre⁵⁻⁷. La consulta de estos documentos resultará muy útil para cualquier profesional de la salud que trabaje con población inmigrante.

El objetivo de este documento es hacer unas recomendaciones específicas en la atención sanitaria a la población infantil desplazada procedente de Siria, centrándonos fundamentalmente en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología infecciosa más frecuente.

2. Antecedentes

En el año 2014, según las estimaciones de la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 13.9 millones de personas se convirtieron en nuevos desplazados a causa de conflictos o de persecución, lo que representa un incremento frente a los años previos. Esta agencia estima que en 2014 existían ya 59.5 millones de desplazados a nivel mundial⁸.

El conflicto armado que en los últimos cuatro años ha padecido la República Árabe Siria es una causa importante de este aumento global. Se estima que al menos 7.6 millones de sirios han sido desplazados dentro de las fronteras de su país a finales de 2014. Además, más de cuatro millones de personas se han visto forzadas a abandonar Siria siendo el país del mundo que origina mayor número de refugiados, ya que uno de cada cuatro nuevos refugiados en el mundo es de origen sirio⁸.

Aproximadamente medio millón de personas han entrado irregularmente en la Unión Europea desde el pasado enero, unos 258.000 son de origen sirio. En el año 2014, se recibieron en Europa 714.000 peticiones de asilo, lo que representa un aumento del 45% respecto a 2013. Según datos de UNICEF los niños suponen una cuarta parte de estas peticiones de asilo, estimándose un aumento en 2015⁹.

3. Necesidades de salud de los desplazados procedentes de la República Árabe Siria.

En el análisis de la población desplazada de origen sirio que se encontraba alojada en los campos de refugiados en Irak, Jordania y Líbano en el primer trimestre de 2013, es destacable que el 76% eran mujeres y niños.¹⁰ Actualmente, se estima que una tercera parte de los desplazados sirios que entran en Europa a través de Grecia son mujeres y niños.⁹

Los problemas de salud más frecuentes observados durante la atención sanitaria de aproximadamente 90.000 desplazados sirios en Líbano muestran que el 47% de los pacientes padecían enfermedades de la piel: infecciones bacterianas, parasitarias como pediculosis, escabiosis y leishmaniasis; 27% padecieron enfermedades digestivas, fundamentalmente diarrea y el 19% padecieron infecciones respiratorias.¹¹

Un informe de ACNUR recoge también la importancia de las enfermedades crónicas, fundamentalmente en población adulta, como la HTA y otras enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la enfermedad pulmonar crónica. Aproximadamente el 15% de los pacientes sufrían enfermedades mentales que se han relacionado con el desplazamiento.⁹

Los estudios realizados en los campos de refugiados jordanos muestran prevalencias de malnutrición aguda grave menores del 5%, aunque las prevalencias de anemia en mujeres y niños fueron próximas al 50%.¹²

En octubre de 2013 se declararon los primeros casos de poliomielitis en Siria, 15 años después de la erradicación de la enfermedad en el país. Las bajas tasas de cobertura de vacunación cercanas al 45%, que se observaron en algunas regiones tras el inicio del conflicto armado y las dificultades para el tratamiento adecuado de las aguas de consumo, se han relacionado con la reaparición del virus de la polio. En respuesta, se ha llevado a cabo una campaña de vacunación con vacuna polio oral que ha permitido inmunizar a 2.7 millones de niños en el país y a 23 millones en las regiones vecinas. A pesar de ello, las agencias internacionales reconocen que la polio es una amenaza en la región.¹³ Además, se ha observado un aumento de casos de otras enfermedades prevenibles por vacunas, como es el caso del sarampión, no sólo en Siria, sino también en los campamentos de refugiados de los países contiguos.¹⁴

También se ha observado una mayor prevalencia de tuberculosis, hasta un 40% superior, en los desplazados sirios respecto a la prevalencia observada en la población de acogida.¹⁵

La leishmaniasis cutánea producida por *Leishmania tropica* y también por *Leishmania major* ha sido endémica en Siria durante décadas, fundamentalmente en Aleppo. En los últimos años ha aumentado la incidencia de esta enfermedad en el país, y también en las regiones vecinas.¹⁶

Además, brotes de otras enfermedades como la fiebre tifoidea y la hepatitis A han sido descritos en los últimos años en población de origen sirio.¹⁷

4. Protocolo pediátrico de actuación en la evaluación sanitaria de un niño refugiado de origen sirio.

a. Historia clínica

- Datos demográficos: País de origen, edad, sexo. Recorrido desde el lugar de origen, especificando los países y los diferentes destinos, centros de refugiados o casas de acogida y tiempo de permanencia en ellos.
- Antecedentes familiares y personales. Enfermedades previas/ actuales.
- Estado vacunal previo: especificar si aporta cartilla de vacunación, dosis, pauta y validez del documento (sello, firma)
- Atención especial a la situación psico-social-afectiva del niño

b. Exploración física

- Índices antropométricos: percentiles de peso, talla, y PC.
- Índices nutricionales: IMC (kg/m²).
- Exploración completa de todos los aparatos.
- En la exploración de piel y mucosas deberá constatar la presencia o no de cicatriz de vacuna BCG en deltoides.¹

c. Estudio complementario inicial

Recomendado en el menor de 5 años, donde la morbilidad y mortalidad infantil es más alta, o en aquellos con alguna sospecha clínica o en la exploración física que lo justifique.

- Hemograma completo. Especial atención a anemia y eosinofilia.
- Bioquímica sanguínea: función renal, hepática y perfil nutricional incluyendo hierro y ferritina. Otras determinaciones individualizadas en cada caso, si precisa.²
- Sistemático de orina.
- Pruebas complementarias según patología (radiografía de tórax, ecografía abdominal, otras determinaciones...).

¹ En caso de síntomas visuales o alteraciones en la evaluación (xeroftalmia, manchas de Bitot) se recomienda sospechar déficit de vitamina A y valoración por oftalmólogo.

² En cada caso y si el pediatra lo considera necesario, se valorará ampliar estudio con TSH u otras pruebas necesarias.

d. Estudio microbiológico inicial

- Estudio de tuberculosis: Prueba de tuberculina realizada y leída por experto en 48-72 horas. Si positiva: Radiografía de tórax y valorar ampliar estudio, teniendo en cuenta la administración previa de vacuna BCG y/o escara vacunal.
- Estudio de parasitosis intestinales: 3 muestras de heces de días alternos. Si diarrea, valorar coprocultivo y/o virus en heces.
- Serología de VHA, VHB, VHC y VIH. (Ampliar estudio según resultados)

e. Actitud

- Valorar tratamiento individualizado según resultados.
- Actualizar calendario vacunal (lo ideal es hacerlo en los centros de salud donde cuentan con todas las vacunas del calendario). Ver ANEXO 1.
- **Si el niño tras la evaluación clínica inicial esta asintomático puede obviarse estudio analítico, limitándose a PPD y estudio de parásitos en heces (x3 muestras en días alternos)**
- Si el niño presentara algún indicio o sospecha clínica, incluir valoración por equipo de salud mental

ANEXO 1. CALENDARIO VACUNAL ACTUAL EN SIRIA

Eastern Mediterranean					
Syrian Arab Republic (the)	BCG	Bacille Calmette-Guérin vaccine	birth;	Yes	
	DTaPHibIPV	Diphtheria and tetanus toxoid with acellular pertussis, Hib and IPV vaccine	2, 4, 6, 18 months;	Yes	
	DTwPHib	Diphtheria and tetanus toxoid with whole cell pertussis and Hib vaccine	2, 4, 6, 18 months;	Yes	according to the availability of vaccines
	DTwPHibHepB	Diphtheria and Tetanus and Pertussis and Haemophilus influenzae and Hepatitis B	2, 4, 6, 18 months;	Yes	according to the availability of vaccines
	HepB	Hepatitis B vaccine	birth; 2, 6 months;	Yes	
	IPV	Inactivated polio vaccine	2, 4 months;		
	MMR	Measles mumps and rubella vaccine	12, 18 months;	Yes	
	Measles	Measles vaccine	9 months;		
	MenACWY	Meningococcal ACWY	6 years;	Yes	
	OPV	Oral polio vaccine	6, 12, 18 months; 6 years;	Yes	
	TT	Tetanus toxoid	1st contact; +1, +6 months; +1, +1 year;	Yes	CBAW
	Td	Tetanus and diphtheria toxoid for older children / adults	6, 12 years;	Yes	
	VitaminA	Vitamin A supplementation	12, 18 months;	Yes	

Unless otherwise specified, data provided by Member States through WHO-UNICEF Joint Reporting Form and WHO Regional offices.

Fuente WHO, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

Consultado 11 de octubre de 2015

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Commission. Crisis de los refugiados: la Comisión Europea toma medidas decisivas. 9 de septiembre de 2015. Disponible en: [http://europa.eu/rapid/press-release MEMO-15-5597 es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-15-5597_es.htm) Consultado el 04 de octubre de 2015.
2. ACNUR. Crisis humanitaria Siria. Informe anual 2013. Comité español de ACNUR, 2013. Disponible en: http://www.eacnur.org/sites/default/files/publicacion_fichero/crisis_humanitaria_siria_informe_anual_2013_comite_espanol_de_acnur_0.pdf Consultado el 04 de octubre de 2015.
3. UNICEF. En estado de sitio. Tres años de conflictos devastadores para la infancia siria. UNICEF, 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/En_estado_de_sitio_Marzo_2014.pdf Consultado el 04 de octubre de 2015.
4. MSF. Dos años de conflicto en Siria. La ayuda humanitaria, en punto muerto. Médicos Sin Fronteras, 2013. Disponible en: http://www.msf.es/sites/default/files/publicacion/Informe_MSF%20Siria%20Dos%20Años%20de%20conflicto.pdf Consultado el 04 de octubre de 2015.
5. Fumadó Pérez V. Valoración inicial del niño inmigrante. *Pediatr Integral* 2013; 17: 713-721
6. Comité Asesor de Vacunas. Capítulo 12. Vacunación de niños inmigrantes y adoptados. En Comité Asesor de Vacunas. Manual de Vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría. 2015. Disponible en: <http://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-12> Consultado el 04 de octubre de 2015.
7. García López Hortelano M, Villota Arrieta J, Martín Fontelos P. Capítulo 7. Fiebre en el niño procedente del trópico. En *SEIP Infectología Pediátrica Básica*. 1ª edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2012: 61-69
8. ACNUR. Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2014. ACNUR, 2014. Disponible en: http://acnur.es/portada/slider_destacados/img/PDF_180615093507.pdf Consultado el 04 de octubre de 2015.
9. ACNUR. The sea route to Europe: The Mediterranean passage in the age of refugees. ACNUR, 2015. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2015/sea-routes-to-europe/The_Sea_Route_to_Europe.pdf Consultado el 04 de octubre de 2015.
10. ACNUR. Inter-Agency Regional Response for Syrian Refugees Health and Nutrition Bulletin Iraq, Jordan and Lebanon. January-March 2013. ACNUR, 2013. Disponible en: <http://www.acnur.es/noticias/notas-de-prensa/1255-un-informe-de-acnur-revela-que-los-servicios-sanitarios-para-refugiados-sirios-estan-al-limite> Consultado el 04 de octubre de 2015.
11. Refaat MM, Mohanna M. Syrian refugees in Lebanon: facts and solutions. *Lancet* 2013; 382:763-4
12. Bilukha OO, Jayasekaran D, Burton A, Faender G, King'ori J, Amiri M et al. Nutritional status of women and child refugees from Syria-Jordan, April-May 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63:638-9.
13. Ahmad B, Bhattacharya S. Polio eradication in Syria. *Lancet Infect Dis*. 2014 ;14:547-8.

14. Sharara SL, Kanj SS. War and Infectious Diseases: Challenges of the Syrian Civil War. *PLoS Pathog* 10(11): e1004438. doi:10.1371/journal.ppat. 1004438.
15. Cookson ST, Abaza H, Clarke KR, Burton A, Sabrah NA, Rumman KA et al. Impact of and response to increased tuberculosis prevalence among Syrian refugees compared with Jordanian tuberculosis prevalence: case study of a tuberculosis public health strategy. *Confl Health*. 2015;9:18. doi: 10.1186/s13031-015-0044-7.
16. Saroufim M, Charafeddine K, Issa G, Khalifeh H, Habib RH, Berry A, et al. Ongoing Epidemic of Cutaneous Leishmaniasis among Syrian Refugees, Lebanon. *Emerg Infect Dis*. 2014; 20: 1712–1715.
17. Burki T. Infectious diseases in Malian and Syrian conflicts. *Lancet Infect Dis*. 2013 ;13:296-7.