

PROBLEMES DE SALUT QUE INCIDEIXEN MÉS EN EL NEN SUBSAHARIÀ: CONSIDERACIONS SOBRE L'ANÈMIA FERROPÈNICA I EL RAQUITISME PER CARÈNCIA

A. Baltasar Bagué, A. Domingo Roura

Departament d'Infermeria. Universitat de Girona. Emili Grahit, 77. 17071 Girona.

RESUM

Els fluxos migratoris dels darrers anys han suscitat un seguit de problemes específics en l'entorn sanitari i que estan relacionats amb la immigració i l'alimentació, especialment pel que fa a la població infantil. Aquests problemes són una conseqüència de l'adopció d'estils de vida diferents, una alimentació insuficient o mancada de nutrients essencials per al desenvolupament del nen i l'impacte de determinats factors mediambientals del nostre entorn. Només la detecció precoç i l'educació sanitària poden ajudar a resoldre i fins i tot prevenir aquesta mena de problemes.

RESUMEN

Los flujos migratorios de los últimos años han suscitado una serie de problemas específicos en el entorno sanitario y que están relacionados con la inmigración y la alimentación, especialmente en el caso de la población infantil. Tales problemas son una consecuencia de la adopción de estilos de vida diferentes, una alimentación insuficiente o la falta de los nutrientes esenciales para el desarrollo del niño y el impacto de determinados factores medioambientales de nuestro entorno. Sólo la detección precoz y la educación sanitaria pueden ayudar a solventar e incluso prevenir este tipo de problemas.

ABSTRACT

Migratory movements of people in recent years have given rise to a series of specific health problems related to immigration and food, especially in terms of the child population. These problems are a consequence of the adoption of different styles of life, of insufficient food or a lack of essential nutrients for children's development and of the impact of certain environmental factors in our surroundings. Only early detection and health education can help to resolve and, in the end, avoid, these kinds of problems.

KEYWORDS: immigrants, alimentació, carències nutricionals, raquitisme, anèmia.

INTRODUCCIÓ

L'observació i l'anàlisi de certs problemes de salut que responen a un alt índex d'incidència dins el col·lectiu immigrant subsaharià han posat en relleu que aquestes patologies no són endèmiques del seu país d'origen o de la seva ètnia nadiua,

sinó que són més aviat una conseqüència dels grans canvis que s'originen en el procés de la migració.

Centrant-nos només en l'alimentació, podem dir que les persones immigrades poden tenir carències o excessos nutricionals com altres persones autòctones, però aquest col·lectiu resulta ser un grup més vulnerable pels factors negatius derivats de la migració. Aquests factors predisposen a patir malalties per carència, sobretot en el nen.

La forma d'alimentació dels nadons, basada en l'alletament matern fins als dos anys, i la manera com les mares alleten els seus fills, que sol ser a demanda i al gust de les criatures, ocasionen en els dos primers anys de vida problemes per carència i trastorns ponderals per excés o per defecte.

També el canvi d'hàbitat pot motivar alguns comportaments que indueixen certs problemes de salut. El fet que les dones subsaharianes no surtin a passejar amb els seus fills fa que l'exposició solar sigui baixa, cosa que, afegida a altres factors, predisposa a un dèficit de vitamina D.

Per conèixer les patologies de més incidència, s'han consultat dos estudis: el primer ha estat portat a terme pel Servei de Pediatria de l'hospital de Sant Jaume d'Olot, i el segon ha estat dut a terme pel Consorci Sanitari de Mataró - PASS, Salut Comunitària. Ambdós estudis posen en evidència que dos dels problemes de salut que incideixen més en el nen subsaharià són l'anèmia ferropènica i el raquitisme per carència.

ANÈMIA FERROPÈNICA

L'anèmia ferropènica no és una malaltia en si mateixa, sinó la indicació d'un altre problema, per la qual cosa és important detectar-ne la causa. Es produeix quan falta la quantitat necessària de ferro per produir l'hemoglobina. Aleshores disminueix la concentració d'hemoglobina en la sang, fet que provoca una disminució de l'oxigen als teixits. Normalment, el cos en té reserves suficients, i els glòbuls vermells en són una font important. En morir, el ferro que contenen és reabsorbit per l'organisme.

Com a causes de l'anèmia ferropènica hi ha: una dieta pobra en ferro (majoritàriament en nens menors de dos anys o en persones que segueixen una dieta vegetària-estricta), una incapacitat d'absorbir el ferro dels aliments, o bé les hemorràgies (quan disminueix la quantitat de glòbuls vermells).

Els símptomes i signes amb què cursa l'anèmia són: debilitat i fatiga muscular, anorèxia, dispnea, palpitations, taquicàrdia, bufs cardíacs i en última instància insuficiència cardíaca, irritabilitat, pèrdua de memòria i pèrdua de concentració, pell pàl·lida, seca, i mucoses atrofiades. Els trets més característics de la ferropènia són la coiloníquia o ungles amb aspecte de cullera, i també la pica (el desig de menjar substàncies no nutritives com gel, terra...).

S'ha observat que aquesta carència pot afectar negativament el desenvolupament psicomotor i conductual dels nadons i pot influir també en el rendiment i la conducta dels més grans i els adults. Se sap també que no és un retard irreversible i que millora amb un tractament adequat de ferro.

A partir dels sis mesos, amb el començament de la lactància artificial, augmenta la prevalença d'anèmia ferropènica. El grup d'edat d'entre 1-3 anys es considera especialment susceptible per diverses raons:

1. La introducció de llet de vaca (la concentració de ferro és semblant a la llet materna, però la biodisponibilitat només és del 105%, mentre que en la materna és del 50%).

2. La introducció dels cereals sense suplement de ferro necessari, juntament amb l'escassetat o ingestes inadequades d'altres aliments, fa possible aquesta malaltia.

Segons l'estudi de l'hospital d'Olot, dels nens estudiats, un 63% presentaven ferropènia, dels quals la majoria presentava anèmia ferropènica, i d'aquests, un 12,6% tenia microcitosi amb ferropènia i un 6,3% ferropènia sola.

Aquestes dades són un indicador important de la incidència d'aquest problema de salut a Olot, però són extrapolables a poblacions amb unes característiques migratòries semblants a les d'aquesta comarca.

RAQUITISME PER CARÈNCIA

És un trastorn que compromet i debilita l'esquelet dels nens que el pateixen, causat bàsicament per la manca de vitamina D (insuficient o ineficaç), calci i fosfat. Consisteix en una mineralització incompleta o defectuosa des de la matriu osteoide en el nen en procés de creixement. Quan la deficiència de mineralització es produeix en l'os madur s'anomena *osteomalàcia*.

La vitamina D és liposoluble i pot ser reabsorbida pels intestins o sintetitzada en la pell quan aquesta s'exposa a la llum ultraviolada (particularment la llum solar). Aquesta vitamina és activada pel cos en dos passos, primer en el fetge i després en els ronyons. En la seva forma més activa, actua com una hormona en regular l'absorció de calci en l'intestí i els nivells de calci i fosfat en els ossos.

Com que és liposoluble, les condicions que redueixen la digestió o absorció dels greixos disminueixen la capacitat de la vitamina per ser absorbida en l'intestí.

La llum solar és també molt important per a la producció de la vitamina D en el cos. Les condicions ambientals en què l'exposició a la llum solar és limitada poden comprometre aquesta font de vitamina D, i ocasionalment un dèficit en la síntesi total. Quan el cos té una carència d'aquesta vitamina és incapaç de regular els nivells de calci i fosfat. Si els nivells sanguinis d'aquests minerals disminueixen, les altres hormones poden estimular l'alliberament de calci i fosfat dels ossos al torrent sanguini. Això comporta una pèrdua de calci i fosfat dels ossos, que causa eventualment la destrucció de la matriu de suport.

Les causes les trobem, un altre cop, en la nutrició per manca de vitamina D en la dieta, trastorns de mala absorció, carència dietètica de calci i fòsfor, i manca de vitamina D per poca exposició solar o inadequada exposició solar (la pigmentació

fosca de la pell és un factor que hi predispesa, ja que necessita una major exposició solar).

Els símptomes i signes del raquitisme són:

- Dolor ossi o sensibilitat important (braços, cames, columna, pelvis)
- Deformitats esquelètiques
- Tendència a les fractures òssies
- Anomalies dentals
- Debilitat progressiva
- Creixement deficient
- Neguit i febre, sobretot durant la nit

A mesura que la malaltia progressa, les zones de creixement més afectades són els ossos llargs i les costelles. S'observa també un engruiximent dels canells i els turmells.

Els pronòstic és bo i es pot corregir amb tractament farmacològic. La millora es pot observar només amb una setmana de tractament. Si no es corregeix mentre el nen està creixent, les deformitats esquelètiques i la baixa estatura poden ser permanents. Si es corregeix mentre el nen encara és petit, les deformitats esquelètiques se solien reduir o desaparèixer amb el temps.

Bibliografia

- ADI - OIEA - OMS. 1975. *Lucha contra la anemia nutricional, especialmente contra la carencia de hierro*. Informe. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- FAO - OMS. 1971. *Necesidades de ácido ascórbico, vitamina d, vitamina b12 y hierro, informe de un grupo mixto*. OMS: FAO, Ginebra.
- KAPLAN MARCUSAN, Adriana. 1998. *De Senegambia a Catalunya, procesos de aculturación e integración social*. Fundació "la Caixa". Barcelona.
- MASLLORENS, Àlex. 1995. *Informe sobre la immigració*. Deriva. Barcelona.
- Regió Sanitaria de Girona, Servei Català de la Salut. 1944. *Protocol per a l'atenció primària de salut*.
- SOLER AMIGO, Juan. 1996. *L'atenció sanitària als immigrants, l'experiència del Consorci Sanitari de Mataró*. Fundació de Serveis de Cultura Popular. Barcelona.