
Valoración del niño inmigrante

Assessment of the immigrant child

J. Poch¹, A. Montesdeoca², A. Hernández Borges³, J. L. Aparicio⁴, M. Herranz⁵, R. López Almaraz⁶, M. Mateos⁶

RESUMEN

En los últimos veinte años España se ha convertido en uno de los principales países receptores de población extranjera. Como consecuencia de esa entrada masiva de personas, nuestro país se encuentra entre los primeros de Europa en cuanto a incremento interanual de población.

El concepto de niño inmigrante es muy amplio y engloba a menores de características muy diversas, como los procedentes de adopciones internacionales, los hijos de familias provenientes de países en vías de desarrollo o aquellos que vienen de otros países desarrollados.

Los niños inmigrantes no representan un riesgo de salud para la población autóctona, muy al contrario, suelen estar en situación de desprotección por sus escasas coberturas vacunales, su situación de marginalidad y los precarios sistemas sanitarios de los países de los que proceden.

A la hora de brindar atención médica pediátrica a niños extranjeros, debemos individualizar nuestras actuaciones conforme a las características de cada paciente. No se puede simplificar en un protocolo único los estudios a realizar ante un problema de salud en un niño inmigrante. La atención de estos niños implica un sobre esfuerzo para el pediatra y el personal sanitario que los recibe, pues hay que vencer barreras idiomáticas, culturales y sociales para conseguir optimizar el estado de salud de estos pacientes.

La descripción sindrómica inicial puede ayudar a priorizar los estudios a realizar en cada caso (según los diagnósticos más probables).

Los niños que regresan al país de origen de sus padres se ven en una especial situación de riesgo, por no estar preparados para defenderse de patógenos que no existen o son raros en España.

Palabras clave. Niño. Inmigrante. Enfermedad importada. Síndrome.

ABSTRACT

In the last twenty years Spain has turned into one of the principal countries recipients of foreign population. As consequence of this massive entry of people, our country is among the first ones of Europe for interannual increase of population.

The concept of immigrant child is very wide and includes minors of very diverse characteristics, as the proceeding from international adoptions, the children coming from developing countries or those that come from other developed countries.

The immigrant children do not represent health risk for the autochthonous population, on the contrary, they are in situation of defenselessness for their scanty vaccination coverages, their situation of marginality and the precarious sanitary systems of the countries of origin.

At the moment of offering medical paediatric attention to foreign children, we must individualize our actions in conformity with the characteristics of each patient. It is not possible to simplify in one unique protocol the best studies to resolve a problem of health in an immigrant child. The attention of these children implies an overstrain for the pediatrician and the sanitary personnel that receives them, because it is necessary to conquer idiomatic, cultural and social barriers to optimize the level of health of these patients.

The syndromic initial description can help to prioritize the studies in each case (according to the most probable diagnoses).

The children who return to the native land of their parents meet in a special situation of risk, for not being prepared to resist the attack of pathogen that do not exist or are rare in Spain.

Key words. Child. Immigrant. Imported disease. Syndrome.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 1): 35-47.

-
1. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.
 2. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.
 3. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.
 4. Servicio de Pediatría. Hospital General de Lanzarote.
 5. Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
 6. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Correspondencia:

Jesús Poch Páez
Servicio de Urgencias Pediátricas
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
Plaza Dr. Pasteur, s/n
35016 Las Palmas de Gran Canaria
Tfno. 928 44 45 00
E-mail: poch@nacom.es

INTRODUCCIÓN

Los movimientos migratorios forman parte de la historia universal. La guerra, el hambre, los conflictos étnicos y las notables desigualdades en las condiciones de vida de las distintas sociedades han empujado y empujan hoy día a grandes masas de personas a abandonar sus lugares de nacimiento hacia destinos que les permitan llevar una vida mejor.

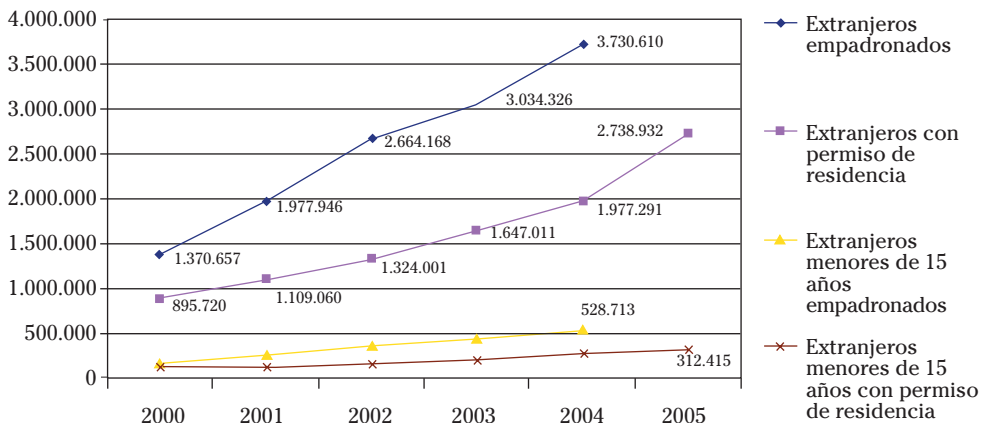
El avance experimentado en los últimos años por países como España los ha hecho pasar de ser dadores a ser receptores de población inmigrante. Su cercanía a África, los vínculos culturales con Latinoamérica y las adopciones internacionales hacen que la población inmigrante esté compuesta por un grupo muy heterogéneo de individuos. Por otra parte, las políticas de libre circulación de personas en el continente europeo han propiciado que un importante grupo de extranjeros no procedentes de países en vías de desarrollo elija España como destino final.

Como resultado de esta reflexión, creemos que la valoración de estos niños no se puede generalizar y presentar en un impreso como protocolo con pautas estrictas, ya que se pueden diferenciar varios grupos de niños de características muy diferentes dentro de los calificados como "inmigrantes". Se trata de un reto increíblemente complejo para el pediatra, no habituado a

tratar con culturas tan diferentes a la nuestra, confuso ante la posibilidad de encontrarse con enfermedades importadas o ya prácticamente erradicadas en nuestro medio, cumpliendo un papel fundamental en la valoración de la edad de un paciente sin documentos con consecuencias legales, adaptando calendarios de vacunación, etc.¹.

La población residente en España alcanzó la cifra de 44.108.530 personas a 1 de enero de 2005, de los cuales 3.730.610 (el 8,5% del total) eran de nacionalidad extranjera, según los datos del Instituto Nacional de Estadística. La proporción de extranjeros, que alcanzó el 7% del total de la población a 1 de enero de 2004, se situó en el 8,5% según la explotación estadística del padrón de 1 de enero de 2005. Los extranjeros más numerosos fueron los marroquíes (511.294), seguidos de los ecuatorianos (497.799), los rumanos (317.366) y los colombianos (271.239). También cabe destacar los más de 227.187 inscritos del Reino Unido, los 152.975 argentinos y los 133.588 alemanes. Un 15% de extranjeros tiene menos de 16 años^{2,3}.

En la figura 1 se puede observar la evolución de la población extranjera en España desde el año 2000 al 2005. Nótese las diferencias entre los valores de población extranjera empadronada y foránea con tarjeta de residencia.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.

Figura 1. Evolución de la población extranjera en España (números absolutos).

LOS NIÑOS INMIGRANTES. ¿SON TODOS IGUALES?

Los niños pertenecientes a este conjunto tan heterogéneo conviene dividirlos en grupos que presenten una serie de características similares, con la intención de adaptarnos mejor a su realidad diaria y a sus necesidades de salud. Así pues, encontraremos niños y niñas:

- Residentes en España como consecuencia de adopciones internacionales.
- Provenientes de países desarrollados.
- Procedentes de países menos adelantados que conviven con sus familiares o en centros de acogida españoles.

Como se tratará de incidir en este trabajo, hay que tener en cuenta que, en general, las enfermedades que con más frecuencia sufren los niños inmigrantes son las mismas que las que padecen los niños de su entorno. Los prejuicios en cuanto al estado de salud de los inmigrantes nos impiden ser en ocasiones objetivos. El pediatra aun así tendrá que estar alerta para no retrasar el diagnóstico de las enfermedades importadas (infecciosas o no) o las prácticamente erradicadas en nuestro medio. Se considera que cuando un niño lleva residiendo en España más de un año, las posibilidades de encontrar enfermedades de diagnóstico inusual en nuestro medio prácticamente desaparecen (representan excepciones las enfermedades de transmisión genética, algunas formas de paludismo, la esrongiloidosis, la enfermedad de Chagas y la esquistosomosis, las cuales pueden dar sintomatología años después de haberlas contraído en su país de origen)¹.

Más que aconsejar un "cribado" general para todos, parece razonable que los estudios encaminados a efectuar un diagnóstico estén orientados según sea la anamnesis, exploración física, país de procedencia (geografía médica), estado de vacunación, ruta del viaje hasta España, condiciones de vida actuales, tiempo que lleve residiendo en nuestro país, entorno familiar y hábitos de vida (alimentación, etc.)^{4,5}.

Los niños que llegan a España como consecuencia de adopciones internaciona-

les (mayoritariamente de Iberoamérica, Asia y Europa del Este) proceden en muchos casos de centros en los que han estado institucionalizados mucho tiempo, habiendo recibido escasa o nula estimulación. Su adaptación en nuestro país se realizará en un entorno de pareja que frecuentemente tiene idealizado el concepto de paternidad y maternidad y que en ocasiones deriva en sobreprotección, frustración o comportamientos pseudo-obsesivos en lo que a la salud del niño se refiere.

Los inmigrantes que acuden en núcleos familiares por cuestiones económicas o sociales no viven la misma problemática. Son niños que habitualmente provienen de países desfavorecidos y, una vez en el país de acogida, se desarrollan en condiciones de marginación social. A los problemas que arrastran desde sus países de origen (desnutrición, inmunizaciones incompletas, trabajo infantil y enfermedades importadas), se suma la problemática asociada a los más desfavorecidos de los núcleos urbanos del país de acogida.

A su vez, los "inmigrantes económicos" son muy diferentes según su procedencia, así pues, los problemas de salud de los latinoamericanos (con altas tasas de vacunación y relativamente buenas políticas de salud pública en sus países) no son comparables con los de los procedentes del África subsahariana (alta prevalencia de portadores de VIH o VHB) o del sudeste asiático (sistemas de salud muy precarios). Estos individuos tienden a concentrarse en núcleos concretos, agrupándose con los de su misma procedencia e intentando mantener algunas de sus costumbres más arraigadas en barrios o zonas de grandes ciudades.

INMIGRACIÓN. UN RIESGO ¿PARA QUIÉN?

Las barreras idiomáticas, los modelos culturales, la diferente concepción de la salud y la enfermedad y del uso de los servicios sanitarios, la incompreensión del significado preventivo de la atención primaria, la falta de inmunidad contra los patógenos más prevalentes en nuestro medio, las condiciones sociales en las que se ven obligados a vivir en el país de aco-

gida, el deficiente estado de vacunación y un sinnúmero de cuestiones más, hacen que el niño inmigrante, en lugar de representar un riesgo para los ciudadanos autóctonos (como muchos temen), se convierta en un ser indefenso⁶.

No olvidemos que se trata de niños que provienen de países azotados por la pobreza, la guerra y el hambre y, dependiendo del país, con sistemas de salud muy precarios (sin control materno-fetal, ni prevención primaria, ni diagnóstico precoz, ni acceso a medicamentos básicos), lo cual hace más susceptibles a presentar problemas de salud. La inestabilidad laboral de los padres y su necesidad de ofrecerse en ocasiones a trabajos con horarios extremos, hace que los menores puedan estar más tiempo solos en casa y sean más propensos a padecer accidentes domésticos. Las madres primíparas sin apoyo familiar pueden incurrir en graves "errores" a la hora de cuidar a sus hijos, ya que han de asumir solas cuidados que nosotros ya damos por obvios (sin el consejo de sus madres u otras mujeres con experiencia)^{4,5}.

Otro aspecto a tener en cuenta es que los niños de familias inmigrantes regresan con frecuencia a sus países de origen para visitar a sus familiares o para completar parte de su educación. Esto representa un riesgo para su salud, ya que pueden sufrir enfermedades graves contra las que no están acostumbrados a enfrentarse en el país de acogida (paludismo, fiebre tifoidea, hepatitis A, golpe de calor, diarrea del viajero, etc.⁸ Se debe informar a los familiares de la necesidad de hacer una visita con la antelación suficiente al viaje para proteger y aconsejar de forma adecuada al niño. Es un tema en el que hay que insistir, ya que los familiares no comprenden que tanto los menores como ellos mismos no se encuentran en las mismas condiciones que cuando salieron de su lugar de nacimiento (si han permanecido el tiempo suficiente en nuestro país) y no creen que puedan ser vulnerables en un territorio que ya conocen. Los riesgos dependerán del lugar de destino y también requieren de un análisis personalizado (ambiente rural o urbano, áreas de *Plasmodium falciparum* resistente a cloroquina, alta prevalencia de hepatitis A o B, sarampión, fiebre amarilla, etc.). En

general, las normas generales, la profilaxis antipalúdica y las inmunizaciones son las cuestiones más importantes a tratar en estos niños viajeros⁷⁻¹⁰.

LA RELACIÓN PEDIATRA-PROGENITORES INMIGRANTES

La Ley Orgánica 4/2000 (BOE, 12/2000) recoge explícitamente que todos los inmigrantes tendrán derecho a la atención sanitaria de urgencias. [...] Los menores y las embarazadas, sólo por encontrarse en España, deberán ser atendidos plenamente.

Huelga decir lo importante que resulta la relación entre el médico y el personal de enfermería y los padres y lo que ello repercute directa o indirectamente en la salud del niño. Las sobrecargadas consultas de pediatría de atención primaria tienen una nueva "tarea extra" que no se recoge en los convenios colectivos ni en las estadísticas de atención al niño sano. Si los profesionales quieren llevar a cabo una asistencia de calidad, se ven obligados a poner mucho de su parte a la hora de ofrecer una medicina acorde a las necesidades de sus nuevos pacientes. Se enumeran sólo algunas:

- Necesidad de formación, tanto en enfermedades propias de nuestro medio pero muy evolucionadas (hipotiroidismo congénito, TBC) como a otras que, o bien están prácticamente desaparecidas (sarampión, raquitismo carencial), o son totalmente nuevas para el pediatra del "Primer Mundo" (paludismo, filariosis, esquistosomosis).
- Barreras idiomáticas incluyendo a los hispano-parlantes. Dichas "barreras" repercuten en la salud infantil porque existen numerosos malentendidos en cuanto a la forma de administrar los tratamientos, las normas de alimentación, reconocer los síntomas de alarma en los lactantes, etc.
- El abismo existente entre las culturas de uno y otro lado del muro virtual del desarrollo. Las distintas concepciones de la salud y la enfermedad, la existencia de prácticas totalmente extrañas para nosotros y la dejadez en cuidados

que en nuestro medio resultan obvios. Este hecho hace que el personal que atiende a estos niños haya de ser tolerante, echar mano del “sincretismo sanitario” (intentar compaginar prácticas populares no dañinas y pautas más “científicas” que lleven al fin que nosotros nos proponemos), educar a la población en determinadas actuaciones (por ejemplo el uso de antitérmicos ante la fiebre, acudir ante fiebre sin foco en lactantes pequeños). Algunas prácticas como las sacudidas para curar el “mal de mollera” (entendido como fontanela deprimida en los lactantes) pueden retrasar la atención de un niño deshidratado o propiciar la aparición de un síndrome del niño sacudido de manera involuntaria. Las costumbres asiáticas del “coining” (untar la piel de aceite y frotar con el borde de una moneda para aplacar la fiebre) o el “cao gio” (dermoabrasión para tratar enfermedades) pueden ser confundidas con malos tratos¹¹.

- La inestabilidad laboral de los padres conlleva a hacerlos usuarios de los servicios de urgencias, presentando serios problemas para seguir los programas preventivos del colectivo infantil. Suelen ser familias que cambian con frecuencia de domicilio, con lo que las visitas han de aprovecharse “al máximo” para realizar actos determinados (por ejemplo, actualizar inmunizaciones), al tiempo que hay que asegurar el traslado de la historia clínica al centro de salud receptor.
- El hecho de encontrarse en un medio extraño conlleva inseguridad y desconfianza hacia los profesionales de la salud españoles, lo cual ha de vencerse con altas dosis de cordialidad, asertividad, empatía y respeto.
- Los padres se mostrarán más o menos receptivos según haya sido su proceso de “duelo migratorio”. Al perder el entorno que conocían, han de reestructurar su concepción del medio que los rodea y, en este sentido, existen varias posibilidades:

- Integración: se adapta a ambas culturas, dependiendo de las personas con las que interactúa.
 - Asimilación: se rechaza la cultura original y se asume completamente la nueva, con los problemas que ello acarrea con sus compatriotas.
 - Separación: se rechaza por completo la cultura de acogida y se intenta vivir en grupos cerrados de personas procedentes del mismo país.
 - Marginación: se rechazan ambas culturas y el sujeto se encuentra totalmente desubicado, con mayor propensión a sufrir problemas psiquiátricos.
- Los prejuicios del propio personal sanitario conllevan en ocasiones grandes problemas de comunicación que traen como consecuencia el que el niño sea la víctima inocente de los malentendidos entre los adultos. Puede existir abuso de los servicios sanitarios (en sus países no gozan de tal privilegio) o evitación de los mismos (miedo a ser investigados por situación irregular).
 - Por último se debe hacer un esfuerzo para que, a través del niño, accedan también los padres inmigrantes a los servicios de salud.

EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO INMIGRANTE

Ya hemos comentado que el propósito de este trabajo es colaborar en la valoración del niño inmigrante, hemos hecho hincapié en lo heterogéneo del grupo definido como tal y en la necesidad de una valoración individualizada atendiendo a una serie de consideraciones. Por ello, resulta incongruente utilizar un protocolo único para todo niño que no haya nacido dentro de nuestras fronteras. En este apartado se indicarán los aspectos más interesantes a investigar en la anamnesis, el examen físico y las exploraciones que puedan resultar aconsejables en cada grupo.

Por evitar una exposición demasiado árida del tema, los agruparemos por zona de procedencia y haremos una introducción general inicial para posteriormente referirnos a características sindrómicas

específicas (las más frecuentemente encontradas).

Los niños inmigrantes podemos agruparlos como procedentes de: Europa Central y del Este, Centro y Sudamérica, Norte de África, África Subsahariana y Sahel, Asia (China e India) y Sureste asiático. Resulta obligado citar las enfermedades más prevalentes de cada zona (Tabla 1), para lo cual nos basaremos en el trabajo efectuado por Hernández Merino⁵.

ANAMNESIS

Se recogerán los datos de filiación habituales, además de los especificados en la tabla 2. Si se producen cambios de centro o de área de salud, se asegurará el traslado de la historia clínica y puede ser de utilidad adjuntar un informe que resuma los datos principales del niño (estado de inmunizaciones, Mantoux, datos analíticos importantes, consideraciones sociofamiliares, etc.).

Antecedentes familiares

Antecedentes familiares: consanguinidad, hemoglobinopatía y déficit enzimáticos.

Antecedentes personales

Datos referentes a la gestación. Si fue controlada o no, si se presentaron infecciones, si se tomaron medicamentos o suplementos de algún tipo y se hizo una alimentación adecuada. Aprovecharemos para aconsejar el control de los siguientes embarazos y propondremos acudir a un centro de planificación familiar (si procede) o daremos consejo genético.

Parto y atención perinatal. Parto en centro sanitario o domiciliario, condiciones del lugar del parto, quién lo atendió, si precisó reanimación y cuál fue el método empleado.

Alergias. No hay que confundir con alergia el prurito que produce la cloroquina en los individuos de raza negra.

País y zona de origen. Resulta fundamental saber el país de procedencia y si proviene de una zona rural o urbana.

Fecha exacta de entrada en España y viajes recientes. La probabilidad de aparición de sintomatología relacionada con enfermedades infecciosas importadas disminuye conforme transcurre el tiempo de estancia en nuestro país. Si se han hecho viajes internacionales recientes también se ha de constatar.

Convivencia con animales

Condiciones actuales de vida. Lugar actual de residencia, número de convivientes, condiciones de la vivienda.

Estado de salud de sus convivientes. Se ha de indagar, por ejemplo, si existen tosedores crónicos o inmunodeprimidos en la familia o convivientes.

Ruta migratoria. Puede ser de interés si en el transcurso del viaje se atravesaron zonas endémicas de ciertas enfermedades distintas a las del país de procedencia.

Alimentación, tipo de lactancia. Es común el respeto por la lactancia materna entre las distintas culturas. La alimentación de los niños está muchas veces basada en lácteos y farináceos y es pobre en proteínas. Con frecuencia las madres les dan aportes vitamínicos o minerales (a veces sal) que son de uso común en su medio. Cuando la llegada es reciente, hay que investigar el consumo de alimentos crudos (leche no pasteurizada) o en malas condiciones de conservación.

Vacunaciones. Es muy frecuente que no se incluya la información sobre el estado vacunal del niño entre la documentación que portan los individuos que migran hacia nuestro país. Por otra parte, dicha información interesa valorarla en función de su procedencia, ya que las coberturas vacunales de Latinoamérica son mucho más altas que las del Sudeste Asiático o las de Europa del Este. Hay que tener en cuenta que los procedentes de zonas rurales aisladas presentan con mayor probabilidad graves carencias en tema de inmunizaciones. Se deben consultar los calendarios vacunales de los países de origen.

Muchos países administran la vacuna del sarampión de forma aislada, a veces antes de los doce meses (menos inmunógena), en lugar de la triple vírica. Si es así,

Tabla 1. Enfermedades más prevalentes según procedencia.

Enfermedades infecciosas	Otras enfermedades
Europa Central y del Este	
Parasitosis intestinales	Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia
Infecciones intestinales	Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial
TBC	Microcefalia
Hepatitis A	Déficit sensorial (visual, auditivo)
Hepatitis B (Rumania, Rusia)	Asma
Hepatitis Delta (Rumania)	Hipotiroidismo congénito
Hepatitis C	Inmunizaciones incompletas
VIH (Rumania)	Intoxicación por plomo
Lúes congénita o adquirida	Secuelas post-exposición a radiaciones incontroladas (Ucrania, sudeste de Rusia)
ETS	
Leishmaniosis	
Centro y Sudamérica	
Parasitosis intestinales	Drepanocitosis (Caribe)
Infecciones intestinales	Otras hemoglobinopatías
TBC (Centroamérica, Caribe)	Ferropenia
Paludismo (Centroamérica)	Pubertad temprana en niñas
Enfermedad de Chagas	
VIH (Paraguay, Honduras, Haití)	
Hepatitis A (Centroamérica)	
Hepatitis B	
Brucelosis	
Cisticercosis	
Lepra	
Norte de África	
Infecciones intestinales	Hemoglobinopatías
Esquistosomosis	Ferropenia
TBC	
Hepatitis B	
África subsahariana y Sahel	
Parasitosis intestinales (<i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Trichuris trichura</i> y <i>Giardia lamblia</i>)	Drepanocitosis
Infecciones intestinales	Otras hemoglobinopatías
Paludismo	Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia
TBC	Inmunizaciones incompletas
VIH (Uganda)	
Hepatitis B	
Parasitosis urinaria (esquistosomosis)	
Filariasis	
Poliomielitis (en algunas zonas de África central)	
Sarampión	
Enfermedad meningocócica	
Lepra	
ETS	
Asia (India y China)	
Parasitosis intestinales (tenias enanas, <i>Estercoralis strongyloides</i>)	Drepanocitosis
Infecciones intestinales	Otras hemoglobinopatías
TBC (India)	Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia
VIH (China)	Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial
Intolerancia a lactosa (China e India)	Hepatitis B (India)
Paludismo (sólo en zonas de selva, India)	Disfunción tiroidea por déficit de yodo (áreas rurales y regiones montañosas de China y Asia Central)
Poliomielitis (Pakistán, India)	Pubertad temprana en niñas
Hepatitis A	Déficit sensorial /auditivo, visual
Hepatitis C (China)	Asma e hiperreactividad bronquial
Lúes	Inmunizaciones incompletas (China)
Filariosis	Manipulación edad cronológica (China)
Leishmaniosis	Intoxicación por plomo (China)
Sureste asiático	
Paludismo resistente	Drepanocitosis
TBC resistente	Otras hemoglobinopatías
VIH	Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia
Hepatitis B (Vietnam, Corea)	Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial
Parasitosis intestinales	
Infecciones intestinales	
Lúes	
Sarampión	
Filarias	
ETS	

Tabla 2. Datos fundamentales de la anamnesis.

Antecedentes familiares

- Consanguinidad
- Hemoglobinopatías
- Déficit enzimáticos (lactasa)

Antecedentes personales

- Datos referentes a la gestación
- Parto y atención perinatal
- Alergias
- País y zona de origen
- Fecha exacta de entrada en España y viajes recientes
- Convivencia con animales
- Condiciones actuales de vida
- Estado de salud de sus convivientes
- Ruta migratoria
- Alimentación, tipo de lactancia
- Vacunaciones
- Enfermedades padecidas hasta ese momento y tratamientos recibidos

Enfermedad actual

- Sintomatología actual
 - Tratamientos o prácticas populares realizadas
-

se debe administrar una segunda dosis adicional a las 4-8 semanas de la primera. Hay que hacer un esfuerzo por identificar a madres (sobre todo procedentes de Latinoamérica) en riesgo de sufrir rubéola por falta de inmunización, ya que están apareciendo casos de rubéola congénita en hijos de mujeres jóvenes procedentes de Perú y Ecuador¹².

En Sudamérica se conoce a la DTP como la "triple", lo cual se presta a confusión. Se recordará consultar por la administración de la BCG y no olvidar las vacunaciones del meningococo C y *Haemophilus influenzae* (no sistemáticas entre la población inmigrante) y, por supuesto del neumococo si hubiera posibilidades económicas. Para más detalle, se puede consultar el Manual de Vacunas 2005 del Comité Asesor de Vacunas de la AEP (Se incluyen calendarios vacunales de diferentes países). Existen publicaciones sobre nombres de vacunas extranjeras¹³. En la web de la OMS se pueden consultar los calendarios vacunales de todos los países del mundo¹⁴.

En general, debe imperar el principio de "vacuna puesta, vacuna válida", evitando revacunar innecesariamente a muchos niños con registros vacunales fiables. Podemos considerar como fiables los

registros vacunales de países latinoamericanos y de India. No lo son tanto los de Europa del Este, Rusia y China. Puede ser necesario administrar el máximo número de inmunizaciones en la primera visita, ya que es posible que no vuelvan en la cita concertada. El uso de vacunas penta o hexavalentes resulta ideal. Se recomienda hacer serología de hepatitis B previa a la vacunación a niños del África subsahariana (por existir alta prevalencia en esa zona)¹⁵.

Enfermedades padecidas hasta ese momento y tratamientos recibidos. Enfermedades febriles, diarreicas y respiratorias. Se ha de preguntar por medicación intramuscular recibida y, en especial, transfusiones de hemoderivados.

Por enfermedad actual

Sintomatología actual: el interrogatorio específico sobre prurito, fiebre intermitente, dolor abdominal, exantemas y diarrea es muy importante, pues los familiares pueden estar tan habituados a observar estos signos/síntomas que no los refieren de forma espontánea. Hay que recordar que la malaria tiende a manifestarse de forma típica en menores de cinco años pero que, según se adquiere la inmunidad

parcial, se puede presentar simplemente como diarrea, cefalea o febrícula^{16,17}. La aparición de convulsiones tardías obliga a descartar neurocisticercosis.

Tratamientos o prácticas populares realizadas: es muy común que se consulte al pediatra tras haber recibido consejos o tratamientos tradicionales por parte de convivientes o allegados. Hemos de recordar el respeto por las prácticas populares no dañinas y aprovecharlas para incluirlas en pautas más "científicas" (sincretismo sanitario).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Una adecuada exploración física¹⁸ puede aportar infinidad de datos que orienten a la realización de exámenes complementarios ulteriores. No hay que olvidar realizarla con el paciente totalmente desnudo y, si existen impedimentos culturales, intentar llegar a un acuerdo para que el examen sea lo más completo posible. No hay que olvidar que las mutilaciones genitales femeninas (que se realizan cuando las niñas tienen entre 4 y 8 años) constituyen un delito y no deben ser tomadas como simples costumbres tradicionales. Si conocemos la posibilidad de que se puedan llevar a cabo dichas prácticas u observamos signos de que ésta se haya realizado recientemente, hemos de notificarlo a las autoridades. Los aspectos más relevantes a tener en cuenta en el examen físico de estos pacientes (se detallan en la Tabla 3):

Tabla 3. Datos importantes de la exploración física¹⁸.

Estado nutricional
Somatometría
Dentición
Fontanela
Tensión arterial
Audición
Visión
Piel y mucosas
Búsqueda de adenopatías
Exploración cardiorrespiratoria
Examen abdominal
Desarrollo psicomotor y cognitivo
Exploración neurológica
Genitales

Estado nutricional. Es frecuente encontrar signos derivados de la carencia de proteínas y/o vitaminas.

Somatometría. Lo ideal sería contar con gráficas de crecimiento propias de cada población o adaptadas a la misma. Lo más valorable es la velocidad de crecimiento que experimentan con las recomendaciones que hacemos (dietéticas y de otra índole). El "estirón" (*catch-up*) ha de valorarse en el contexto y momento adecuados antes de remitir al paciente a una unidad de crecimiento.

Dentición. No olvidemos la profilaxis anticaries ni tampoco dejar de evaluar la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño de la permanente.

Fontanela.

Tensión arterial.

Audición. Exploración subjetiva y búsqueda de malformaciones. Se puede ver enmascarado un déficit de audición bajo una sospecha de escasa estimulación.

Visión. Especialmente los prematuros y los provenientes de zonas con alta incidencia de tracoma, triquinelosis u oncocercosis. Buscar déficit de agudeza visual y estrabismos.

Piel y mucosas. Las lesiones encontradas pueden ser muy variadas. La marca de la BCG, la palidez, la presbidermia, la piel de leopardo (oncocercosis), las máculas anestésicas o ya ulceradas (lepra), las lesiones por rascado, las secundarias a dermatofitosis (muy frecuentes), la existencia de enanema o diferentes tipos de exantema, son todos signos que se pueden encontrar con cierta frecuencia. Los oncocercosomas hay que buscarlos en el tejido subcutáneo (sobre eminencias óseas sobre todo).

Búsqueda de adenopatías. Buscaremos en las diferentes áreas, sin olvidar la región inguinal y postrocervical. Pueden ser secundarias a múltiples enfermedades (linfomas, esquistosomosis, TBC, filariosis, lepra, pian, pinta, lúes, SIDA, peste, leishmaniosis, Whipple).

Exploración cardiorrespiratoria. Soplos compensatorios de un estado anémico (paludismo, hemoglobinopatías), estertores en un cuadro de asma atípico o pulsos

periféricos alterados pueden ser datos interesantes y de fácil detección.

Examen abdominal. Las masas y las visceromegalias (sobre todo la esplenomegalia) han de ser buscadas y analizadas dentro de todo el contexto del paciente (paludismo, leishmaniosis, anemias, neoplasias). El dolor abdominal o la dilatación intestinal (objetivada como una masa en la exploración) pueden aparecer en algunas parasitosis intestinales (*Ascaris lumbricoides*).

Desarrollo psicomotor y cognitivo. Conviene realizarlo antes del mes de su llegada y repetirlo a los seis meses para valorar los cambios. Hay que dedicar algo de tiempo a descubrir trastornos ansiosos y depresivos entre los adolescentes inmigrantes inadaptados, las secuelas del abandono temporal de sus padres al emigrar y los riesgos de iniciar conductas antisociales o tóxicas.

Exploración neurológica. Enfermedades como la malaria, la tripanosomosis, las meningoencefalitis víricas, las meningitis o la sífilis pueden generar alteraciones neurológicas que perduren a largo plazo y puedan ser objetivadas en un examen físico rutinario.

Genitales. Hipospadias, criptorquidias, sinequias vulvares, signos de vaginitis (*E. vermicularis*), uretritis (ETS) u orquitis de repetición (filarias).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No existe acuerdo tácito entre los diferentes autores sobre los exámenes complementarios a realizar en un niño asintomático de procedencia extranjera. Con la intención de llevar una gestión eficiente de la atención a este tipo de pacientes, se minimizan las pruebas de cribado, intentando acotar el espectro de estudio en lo posible a cada paciente. La individualización de cada caso lleva a la racionalización a la hora de orientar nuestras investigaciones (teniendo en cuenta todos los factores influyentes, claro está). Las pruebas a realizar de manera genérica aunque con algunas puntualizaciones, se enumeran en la tabla 4:

Tabla 4. Exploraciones generales.

Hemograma con reticulocitos. La frecuencia de hemoglobinopatías entre este colectivo, los riesgos de iniciar algunos tratamientos o quimioprofilaxis en niños con déficit de Glucosa 6-fosfato deshidrogenasa y la búsqueda de eosinofilia justifican la petición. A la hora de valorar los resultados, no hay que olvidar la posibilidad de neutrogenia étnica benigna (raza negra).

Bioquímica básica. Es muy frecuente encontrar raquitismos carenciales entre adolescentes asiáticos^{19,20}. Es importante conocer el estado de la función hepatorenal. Es frecuente encontrar hipergramaglobulinemia en estos pacientes.

Sedimento de orina. Se busca hematuria (esquistosomosis) y proteinuria.

Mantoux. No está indicada la realización sistemática de Mantoux en niños sin factores de riesgo. La decisión de realizar la prueba debe basarse en la epidemiología local. Se realizará a niños con un mayor riesgo de exposición a personas con tuberculosis y en aquellos de los que no se disponga de un historial completo o fiable sobre los factores de riesgo. Se debe repetir en 3-6 meses en malnutridos y los que padezcan otras situaciones causantes de anergia. La reacción encontrada 10 años tras la administración de la BCG no se puede relacionar con la misma. No debemos olvidar la frecuencia de cepas multi-resistentes en algunos países. Los factores de riesgo que indican la realización de Mantoux son:

- Inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país y procedentes de zonas de alta prevalencia de tuberculosis:

- Latinoamérica (Perú, Bolivia, República Dominicana, Ecuador).
- África (Marruecos, Nigeria, Guinea Ecuatorial).
- Asia (China, Filipinas).
- Europa (Rumanía, Rusia).
- Contacto con personas con tuberculosis confirmada o sospechada.
- Estancia en instituciones u orfanatos en países con alta o moderada prevalencia.
- Contacto con personas que hayan estado en instituciones penitenciarias o similares en los últimos 5 años.
- Hacinamiento en la vivienda.
- Infectados por VIH o que conviven con infectados.

Se dan orientaciones según la procedencia del niño y datos extraídos de la anamnesis y la exploración física (Tabla 5):

Parásitos y huevos en heces. No existe consenso total en cuanto a la necesidad de realizar estudio parasitológico a todo niño inmigrante asintomático, ya que la simple infestación por helmintos no implica enfermedad; generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en nuestro entorno. Las grandes excepciones son *Taenia solium* y *Schistosoma spp.*, ya que la primera puede vivir durante años en el tubo digestivo, expulsando huevos que pueden producir neurocisticercosis (aunque su

hallazgo en heces representa una rareza) y el segundo puede causar enfermedad años después de colonizar el organismo. Además, hay que considerar a *Strongyloides stercoralis*, ya que en algunos casos realiza un ciclo de autoinfestación en el mismo individuo que perpetúa en el tiempo la probabilidad de producir enfermedad diseminada grave. Particularmente, este último parásito, se investigará en niños inmunodeprimidos o que vayan a recibir tratamiento inmunosupresor (en ocasiones se aconseja el tratamiento empírico previo a inmunosupresión). Ya que el hallazgo de larvas es muy poco frecuente deben utilizarse otras técnicas para el diagnóstico (Baermann o cultivo en agar-sangre).

Serología de hepatitis B. Con frecuencia, la vacunación anti hepatitis B en hijos de madre HsBAG positivo se realiza pasada una semana desde el nacimiento, por lo que habrá que investigar el estado de portador crónico de los niños procedentes de áreas de alta prevalencia o con antigenemia materna positiva conocida. Las coberturas vacunales contra la hepatitis B en estos países no alcanzan el 30 %. Al igual que con el VHC, la serología conviene repetirla a los 6 meses en caso de resultar negativa (posibilidad de período "ventana")²¹.

Serología de VIH. La mayoría de niños infectados por VIH viven en el África subsahariana. Será en estos pacientes y en los procedentes del Sudeste asiático y Europa

Tabla 5. Exploraciones dirigidas según condiciones particulares.

Exploración complementaria	Comentarios
Parásitos y huevos en heces (3 muestras en días diferentes)	Sintomáticos y casos especiales
Serología de Hepatitis B	Los procedentes del África Subsahariana y del Sur, Oriente Próximo, Sureste Asiático, Pacífico Sur, mitad septentrional de Sudamérica y Alaska
Serología de Hepatitis C	Sureste Asiático, África subsahariana, Este de Europa, madre UDVP, transfusión de hemoderivados, adoptados con antecedentes desconocidos
Serología de VIH	Sureste Asiático, África subsahariana y Europa del Este
Radiografía de tórax	Si Mantoux positivo o sintomáticos
Serología luética	Sureste Asiático, África subsahariana y Europa del Este
Serología de Chagas, esquistosomosis (búsqueda de parásitos en orina)	Según procedencia (¿hematuria?)

del Este, donde se pedirá de rutina la serología.

Otras exploraciones complementarias: serología de hepatitis C, radiografía de tórax, serología luética y serología de Chagas, esquistosomosis.

SÍNDROMES Y ALTERACIONES ANALÍTICAS DE INTERÉS FRECUENTEMENTE ENCONTRADAS EN EL NIÑO INMIGRANTE

A pesar de que existen síndromes o alteraciones que nos pueden hacer sospechar de la existencia de una u otra enfermedad, no debemos olvidar que el inmigrante suele ser, con mayor frecuencia que al contrario, víctima de enfermedades de nuestro medio. Por otra parte existen numerosas enfermedades que pueden manifestarse años después de ser contraídas: lepra, tuberculosis, sífilis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, estrongiloidosis, toxoplasmosis, hidatidosis, leishmaniosis, esquistosomosis, tripanosomosis americana, hepatitis virales, SIDA e infección por HTLV-1²²⁻²⁴.

En la tabla 6 se esquematiza hacia dónde dirigir la búsqueda ante determinados síndromes y alteraciones analíticas. Resultaría imposible plantear en un trabajo como éste todos los posibles diagnósticos derivables de signos o síntomas concretos, por lo que hemos elegido algunos síndromes que, por su frecuencia o peculiaridad, nos parecen más importantes.

Es conveniente mantenerse al día en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de este tipo de enfermedades, estando indicada la derivación a un centro especializado ante la sospecha de alguna de ellas.

El paludismo continúa siendo un mal devastador en diferentes regiones del planeta. La mayoría de las muertes asociadas a la infestación por *Plasmodium falciparum* se producen en niños menores de 5 años. El tratamiento o profilaxis para viajeros ha de estar acorde con el patrón de resistencias del lugar de procedencia / destino.

Ante un cuadro de fiebre en un inmigrante procedente de área endémica, el paludismo será lo primero a descartar. Se

Tabla 6. Estudios individualizados según signos, síntomas o datos extraídos de otros exámenes.

Hallazgos	A descartar...
Esplenomegalia y anemia sin paludismo	Leishmaniosis, fiebre tifoidea, brucelosis
Eosinofilia con edemas, linfangitis, prurito	Filarias
Eosinofilia y eritema migratorio	Estrongiloidosis
Hematuria	Esquistosomosis, tuberculosis
Convulsiones tardías	Neurocisticercosis
Fiebre	Paludismo, enfermedades exantemáticas, rickettsiosis, amebosis
Cardiopatía	Fiebre Q, tripanosomosis americana
Fiebre, hepatomegalia y diarrea	Paludismo, esquistosomosis
Prurito, abdominalgia, eosinofilia y diarrea	Nematodos intestinales
Asma atípica (excepcional), infiltrados cambiantes en Rx tórax	Síndrome de Löffler (<i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Toxocara canis</i> , <i>Strongyloides stercoralis</i> y uncinarias), filarias
Neuropatía periférica	Lepra
Fiebre e ictericia	Hepatitis virales, leptospirosis, paludismo, leishmaniosis, <i>Fasciola</i> , <i>sp</i> , <i>Clonochis</i> <i>sp</i> , <i>Opistorchis</i> , <i>sp</i>
Tos, hemoptisis	Tuberculosis, paragonimosis
Fiebre y diarrea con sangre	Paludismo, esquistosomosis, shigelosis, salmonelosis, Rotavirus. <i>E. coli enteroinvasiva</i> , amebosis, trichurosis
Fiebre y diarrea sin sangre	Linfogranuloma venéreo, triquinelosis, ciclosporidiosis, SIDA

debe recordar que el rendimiento de las pruebas diagnósticas (gota gruesa) aumenta mucho si se extrae la muestra estando el paciente febril. En los niños puede tener múltiples formas de presentación (fiebre, diarrea, esplenomegalia, hepatomegalia, vómitos, convulsiones, coma, oliguria) y su diagnóstico precoz es fundamental para evitar la aparición de complicaciones muy graves en el niño (malaria cerebral, hipoglucemia, trastornos hidroelectrolíticos). Durante 1998 se diagnosticaron 365 casos de paludismo importado en España, siendo el 70% debido a *Plasmodium falciparum*.

Al igual que con otras enfermedades infecciosas, el mayor riesgo lo representa la vuelta a sus países de origen a visitar a sus familiares o a completar su educación. Se recordará preguntar a la familia por futuros viajes a su país de origen, con la intención de prevenir mediante consejos, inmunizaciones y quimioprofilaxis (según destino) al niño viajero.

BIBLIOGRAFÍA

- VALL COMBELLES O, GARCÍA ALGAR O. Atención al niño inmigrante. Mesa redonda Pediatría social. Bol Pediatr 2001; 41: 325-331.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. URL: <http://www.seg-social.es/imserso/>.
- Instituto Nacional de Estadística. URL: <http://www.ine.es>.
- ACUÑA R, DE LA PEÑA JR, FERNÁNDEZ C, GARCÍA M, GUERRA ME, MATEOS ME et al. Atención al niño inmigrante. Área 11 de Atención Primaria. Instituto Madrileño de Salud 2003.
- HERNÁNDEZ MERINO A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional. Área 8 de Atención Primaria. Instituto Madrileño de Salud 2003.
- Sección de pediatría del niño y adolescente inmigrante. Web de la AEPap: <http://www.aepap.org/inmigrante/realidad.htm>.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. Health Care for Children of Immigrant Families. Pediatrics 1997; vol 100 No 1. URL: <http://www.aap.org/policy/970702.html>.
- Centres for Disease Control and Prevention. Yellow Book (Health information for international travel). URL: <http://www.cdc.gov/travel/yb/about.htm>.
- HERNÁNDEZ CABRERA M, CARBALLO S, CARRANZA C, SANTANA E, PÉREZ ARELLANO JL. Infecciones en el niño inmigrante en España. Escenarios de actuación. Enf Emerg 2003; 5: 75-83.
- FARIAS HUANQUI P. Manual de Atención Primaria a la población inmigrante. Madrid. Aven-tis Pasteur MSD; 1999.
- DAVIS RE. Cultural health care or child abuse? The Southeast Asian practice of cao gio. J Am Acad Nurse Pract 2000; 12: 89-95.
- Comité Asesor de Vacunas, AEP. Manual de vacunas en Pediatría, Ed 2005, Madrid.
- GONZÁLEZ DE ALEDO A. Vacunas extranjeras. Acta Pediatr Esp 2001; 59: 56-61.
- OMS calendarios vacunales. URL: <http://wwwnt.who.int/vaccines/globalsummary/Immunization/CountryProfileSelect.cfm>.
- BRUGUERA M, SÁNCHEZ TAPIAS JM. Hepatitis viral en población inmigrante y en niños adoptados. Un problema de magnitud desconocida en España. Med Clin (Barc) 2001; 117: 595-596.
- FUMADÓ V, POU J, JIMÉNEZ R. Malaria importada en la infancia (1993-1998). An Esp Pediatr 2000; 52: 305-308.
- LÓPEZ-VÉLEZ R, HUERGA H. Malaria importada en niños. An Esp Pediatr 2000; 52: 303-304.
- LÓPEZ-VÉLEZ R. Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante. Rev Esp Pediatr 1998; 54: 149-161.
- BONET ALCAINA M et al. Raquitismo en inmigrantes asiáticos en periodo puberal. An Esp Pediatr 2002; 57: 264-267.
- LÓPEZ SEGURA N, BONET ALCAINA M, GARCÍA ALGAR O. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. An Esp Pediatr 2002; 57: 227-230.
- MILLAR LC. Caring for internationally adopted children. N Engl J Med 1999; 341: 1539-1540.
- HUERGA H, LÓPEZ-VÉLEZ R. Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante. Rev Pediatr Aten Primaria 2002; 4: 73-80.
- MASVIDAL I, ALIBERCH R. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord 2003. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/ravalnord.pdf>.
- PÉREZ GORRICO B, LARA HERGUEDAS J. Manejo de la infección en el niño inmigrante. ARS XXI 2005.

