

Mesa Redonda: Pediatría social

Atención al niño inmigrante

O. VALL COMBELLES, O. GARCÍA ALGAR

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Barcelona es desde 1998 nudo de migraciones procedentes de los cuatro puntos cardinales. Del norte llegan familias rusas y de países del antiguo Pacto de Varsovia; del este son principalmente grupos de la India, Paquistán, China y Filipinas; del oeste se registran personas procedentes de casi todos los países latinoamericanos y del sur preferentemente llegan del Magreb y el África subsahariana.

La pirámide poblacional invertida en los países desarrollados, cuya consecuencia ha sido añadir vida a los años, el descenso de la tasa global de natalidad en los países industrializados del hemisferio norte y el aumento de la pobreza en el hemisferio sur, han hecho de la inmigración un fenómeno social anunciado.

Según los recientes estudios de las Naciones Unidas, España tendrá un envejecimiento demográfico importante. Si a ello se le suma además una de las tasas de natalidad más bajas de Europa (1,07 hijos por cada mujer fértil) el resultado será que a mediados de este siglo habrá 1,4 personas activas por cada jubilado, la peor proporción europea. Es ahí cuando el incremento de la inmigración surge como necesario a fin de compensar este desequilibrio y mantener la fuerza actual de trabajo (4-5 personas en activo por cada jubilado).

Por otro lado, la relación de dependencia entre personas en edad pasiva y activa, alcanzará en 2050 el 72% en Europa y el 95% en España, siendo esta cifra la más elevada del mundo. Esto implica que nuestro país deberá acoger a 12 millones de inmigrantes en los próximos 50 años, es decir 240.000 al año.

La Unión Europea pide políticas migratorias más abiertas. España presenta todavía una proporción escasa de pobla-

ción extranjera, inferior al 4%, frente al 6% de Francia y el 9% de Alemania.

Nuestro país se ha convertido, no obstante, en uno de los principales destinos de los movimientos migratorios, ya que, a las razones económicas y demográficas, se une la atracción cultural para Latinoamérica y la vecindad con África, el continente con crecimiento poblacional más intenso. En Barcelona, sólo el barrio de Ciutat Vella, acoge a una población de inmigrantes superior a 30.000.

Hasta la fecha, la política migratoria se ha caracterizado por un impreciso control de flujos y una asignación de nichos laborales que despilfarra las habilidades de una inmigración bien equipada con estudios y oficios. Se trata de un control equívoco porque no se conoce su caudal, su composición y menos aún sus planes.

ANTECEDENTES

Hemos envejecido como consecuencia de la disminución de la fecundidad y del aumento de los años vividos. La conclusión es clara: la economía y la demografía necesitan del inmigrante.

¿Por qué los niños son importantes?

Hay poca información sobre las necesidades y las dolencias de estos grupos minoritarios y pocos conocimientos del personal sanitario sobre su cultura, religión y hábitos dietéticos (éstos condicionan muchas veces las situaciones médicas de los niños). Paralelamente hay una pobre apreciación de las dificultades que muchas familias afrontan para adaptarse a esta nueva vida. A menudo entran en contacto con

el sistema sanitario a través de los niños y más tarde, su actitud ante los cuidados médicos dependerá de la tolerancia y comprensión que reciban respecto a sus pequeños.

Muchos de los problemas que afectan a determinados grupos étnicos no son los mismos que padece la población autóctona. Condiciones especiales, sobre todo las que tienen que ver con causas genéticas o nutricionales, aparecen más claras en el curso de la infancia. Tuberculosis y enfermedades tropicales y parasitarias se adquieren principalmente en edad temprana. Los trastornos emocionales y de comportamiento de los niños suelen ser un síntoma de las dificultades de adaptación de la familia a condiciones de vida totalmente diferentes.

Contacto con los servicios de salud

Los problemas sanitarios que plantea esta población inmigrada son importantes. Por ejemplo: hay una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual; en las personas procedentes de África cabe la posibilidad de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2; el seguimiento de las prescripciones es, con frecuencia, incorrecto (muchas veces por incomprensión); la mala nutrición y la difícil adaptación a nuestro tipo de alimentación son situaciones frecuentes.

La atención a este colectivo debe hacer referencia a la asistencia, a la prevención, a la promoción y a la educación para la salud. Las actividades de promoción de la salud deben ser originales y accesibles a estos grupos, por ejemplo, el material didáctico les será más cercano si aparecen personas de su etnia y el lenguaje les es comprensible.

En este sentido, un medio útil es la formación de agentes de salud entre miembros destacados e interesados del grupo y la coordinación del control de las mujeres embarazadas entre los servicios de planificación familiar y de obstetricia.

En cuanto a las afecciones de los niños, del seguimiento de un dispensario específico se pueden extraer algunas conclusiones interesantes:

La mayoría de los niños consulta a los servicios de urgencia frecuentemente y a edades muy tempranas. Un porcentaje importante no ha sido visitado antes nunca por ningún pediatra.

No presentan patología tropical ya que son niños nacidos aquí.

Son frecuentes los problemas nutricionales derivados de la desinformación, algunas deficiencias vitamínicas derivadas de la poca exposición solar (raquitismo) y de la deficiente nutrición de la madre, algunos problemas cutáneos por escasa higiene, algunas anemias hereditarias y carenciales y algún caso de pica por anemia ferropénica.

Los accidentes y los malos tratos no son especialmente frecuentes.

A menudo las inmunizaciones no son correctas y el mal seguimiento de las prescripciones por incomprensión es un problema habitual.

Aunque las enfermedades de las familias inmigrantes sean casi siempre superponibles a las nuestras, parece existir un 5-10% de patologías propias de su geografía de procedencia y del estado de pobreza del que tratan de salir.

No obstante, en nuestro hospital (Hospital del Mar, Barcelona) siempre hemos tenido la sensación que la patología prevalente entre los niños pertenecientes a grupos étnicos, inmigrados o nacidos aquí, es similar a la que presentan los niños autóctonos.

En la práctica asistencial sanitaria de cada día, tanto en los centros de Atención Primaria como en el hospital, se detectan necesidades importantes: desinformación de los padres respecto a la salud, niños faltos de cuidados y de una alimentación adecuada a cada edad, incomprensión de los padres del equilibrio salud/enfermedad, desinformación del personal sanitario de las peculiaridades culturales, idiomáticas, personales, religiosas y de salud de cada minoría étnica.

Estos datos fundamentan y justifican la realización de este trabajo.

OBJETIVOS

Conocer los problemas de salud prevalentes en el grupo poblacional de los niños de grupos étnicos.

Comparar los motivos de ingreso de los niños de grupos étnicos con los niños autóctonos.

Conocer los datos epidemiológicos de los niños inmigrantes de grupos étnicos.

Creación de un sistema de registro de datos y de ayuda a la atención sanitaria primaria.

ANEXO I. ENFERMEDADES FRECUENTES EN CADA GRUPO ÉTNICO

Países	Enfermedades
India Pakistán Bangladesh Sri Lanka	β -Talasemia Drepanocitosis Déficit G6PD Virus hepatitis B Hipotiroidismo congénito Anemia ferropénica Raquitismo Parasitosis Tuberculosis Paludismo
Magreb	β -Talasemia Virus hepatitis B Anemia ferropénica Fiebre reumática Raquitismo Parasitosis Tuberculosis
África/Caribe	Drepanocitosis Déficit G6PD Virus hepatitis B Raquitismo Esquistosomiasis Anquilostomiasis Tuberculosis Paludismo Virus inmunodeficiencia humana
China Filipinas Vietnam	β -Talasemia Hb Barts Hb H Déficit G6PD Virus hepatitis B Parasitosis Tuberculosis Déficit lactasa
Mediterráneo	β -Talasemia Déficit G6PD Raquitismo
Gitanos	Virus hepatitis B
Europa del Este	Virus hepatitis B Virus inmunodeficiencia humana

DISEÑO, ÁMBITO Y SUJETOS

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de recogida de datos y creación de herramientas de trabajo asistencial, realizado en el área de influencia del Hospital del Mar (donde se encuentra la mayoría de los niños pertenecientes a minorías étnicas inmigradas en Barcelona) y sobre niños pertenecientes a minorías étnicas inmigradas.

INSTRUMENTALIZACIÓN

Recogida de los datos demográficos de los niños de grupos étnicos y de los datos de los motivos de ingreso (diagnósticos al alta) de los niños de grupos étnicos y de los niños autóctonos que ingresan en el Servicio de Pediatría del Hospital del Mar, a través de un cuestionario retrospectivo.

Recogida de los datos de los motivos de ingreso (diagnósticos al alta) de los recién nacidos de grupos étnicos y de los recién nacidos autóctonos que ingresan en la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital del Mar.

Elaboración de un sistema informático para el registro de datos múltiples sobre los niños y protocolos para la ayuda en la atención primaria (diagnósticos frecuentes en cada grupo, árboles de decisión como ayuda diagnóstica y terapéutica, índice de pruebas diagnósticas para cada grupo, regularización del calendario vacunal, asistencia al niño viajero).

RESULTADOS Y APLICABILIDAD

Se conocen los datos epidemiológicos de los niños inmigrantes de grupos étnicos, que en algunos casos, podrían explicar determinadas diferencias de salud entre los niños de grupos étnicos y los niños autóctonos:

En el Servicio de Pediatría el 52,9% de los pacientes ingresados pertenecen a grupos étnicos, en orden decreciente: etnia gitana, Magreb, India y Pakistán, Sudamérica y otros.

En la Unidad de Neonatología el 44,8% de los recién nacidos ingresados pertenecen a grupos étnicos, en orden decreciente: Sudamérica, etnia gitana, Sudeste de Asia, Magreb, India y Pakistán, África Subsahariana, Europa del Este y otros.

Se conocen los problemas de salud prevalentes en el

ANEXO II. SELECCIONAR TÉCNICAS Y EXPLORACIONES SEGÚN CLÍNICA Y PAÍS DE ORIGEN

	India Pakistán Bangladesh Sri Lanka	Magreb	Africa Caribe	China Filipinas Vietnam	Mediterraneo	Étnia Gitana	Europa Este
PPD, (RX tórax)							
Hemograma VSG. Morfol. Hemáties (Hb A2, HbF, HbS)							
Hemograma VSG. Morfol. Hemáties							
VCM Sideremia Ferritina							
Calcio Fósforo F.A. (Rx muñeca)							
T3 T4 TSH							
Hbs Ag							
VIH - 1 VIH - 2							
Parásitos heces							
Sedimento Orina							
Gota gruesa Extensión							
Biopsia Piel							
Viaje: Coprocultivo Parásitos Gota gruesa							

grupo poblacional de los niños de grupos étnicos y se han comparado los motivos de ingreso de los niños de grupos étnicos con los niños autóctonos:

En cuanto a la distribución por diagnósticos al alta, y atendiendo a los principales grupos diagnósticos del Servicio de Pediatría, no se observaron diferencias significativas

ANEXO III. ESQUEMA OPERATIVO DIRIGIDO A PEDIATRAS Y MÉDICOS DE FAMILIA CUANDO ATIENDEN A UN NIÑO QUE PROCEDE DE UN PAÍS EN VÍAS DE DESARROLLO, YA SEA INMIGRANTE O ADOPTADO

1. Niño NO viajero:

- 1.1. Niño SANO, nacido aquí o no, vive aquí:
- Control habitual de salud, según la edad y el protocolo de atención al niño sano de cada centro (cribados, inmunizaciones, consejos y técnicas).
- 1.2. Niño ENFERMO, nacido aquí o no, vive aquí:
- Protocolo de actuación estándar de diagnóstico y tratamiento en pediatría.

2. Niño SÍ viajero:

- 2.1. Niño SANO, nacido aquí o no, vive aquí, va de viaje:
- Normas de higiene y profilaxis antes del viaje según el país de destino. Por ejemplo: vacunas (meningitis meningocócica serotipos C, fiebre amarilla, hepatitis A, adelantar sarampión, BCG); quimioprofilaxis (paludismo, diarrea del viajero, etc.); higiene (agua); repelentes (lindano, permetrina, etc.); alimentación (carne bien cocida).
- 2.2. Niño SANO, nacido aquí o no, vive aquí, vuelve de viaje:
- Incidencias sobre la salud durante el viaje.
 - Control por si aparece cualquier clínica dentro de las 2 semanas siguientes a la vuelta del viaje.
- 2.3. Niño ENFERMO, nacido aquí o no, vive aquí, vuelve de viaje:
- Registrar área geográfica de procedencia.
 - ¿Hay paludismo?
 - ¿Hizo quimioprofilaxis?
 - ¿Hay otras enfermedades prevalentes?
 - ¿Se puso alguna vacuna?
 - Registrar incidencias sobre la salud durante el viaje.
 - Recomendar control si aparece cualquier clínica dentro de los 2 ó 3 meses siguientes a la vuelta del viaje.

- Tratamiento según diagnóstico.
- Seleccionar técnicas y exploraciones según el país de origen.

3. Niño Inmigrante o Adoptado:

- 3.1. Niño SANO, nacido aquí o no, no vive aquí, viene de fuera:
- Registrar área geográfica de procedencia.
 - ¿Hay paludismo?
 - ¿Hizo quimioprofilaxis?
 - ¿Hay otras enfermedades prevalentes?
 - ¿Se puso alguna vacuna?
 - Registrar incidencias sobre la salud durante el viaje
 - Recomendar control si aparece cualquier clínica dentro de los 2 o 3 meses siguientes a la vuelta del viaje.
 - Seleccionar técnicas y exploraciones según el país de origen.
- 3.2. Niño ENFERMO, nacido aquí o no, no vive aquí, viene de fuera:
- Registrar área geográfica de procedencia.
 - ¿Hay paludismo?
 - ¿Hizo quimioprofilaxis?
 - ¿Hay otras enfermedades prevalentes?
 - ¿Se puso alguna vacuna?
 - Registrar incidencias sobre la salud durante el viaje.
 - Exploraciones complementarias en función de la clínica.
 - Tratamiento según diagnóstico.
 - Seleccionar técnicas y exploraciones según el país de origen
 - Recomendar control si aparece cualquier clínica dentro de los 2 o 3 meses siguientes a la vuelta del viaje.

entre los niños de grupos étnicos y los autóctonos, en orden decreciente: gastroenteritis, neumonía, bronquiolitis, convulsión febril, bronquitis, infección de orina, fibrosis, crisis de asma y otros. Por lo tanto, no se precisan intervenciones específicas sobre la salud de los niños de grupos étnicos.

En cuanto a la distribución por diagnósticos al alta, y atendiendo a los principales grupos diagnósticos de nuestra unidad neonatal, no se observaron diferencias significativas entre los niños de grupos étnicos y los autóctonos: embarazo no controlado, consumo materno de drogas, consumo materno de tabaco, bajo peso al nacer para la edad gestacional, prematuridad y madre infectada por los virus de la hepatitis B, la hepatitis C o la inmunodeficiencia huma-

na. Por lo tanto, no se precisan intervenciones específicas sobre la salud de los niños de grupos étnicos.

Se han elaborado herramientas útiles para el trabajo asistencial: ficha de patologías más frecuentes en estos niños (Anexo 1), protocolo (Anexos 2 y 3) de actuación sanitaria en caso de viaje o llegada desde su país de origen, y protocolo de regularización del calendario vacunal (Anexo 4).

CONCLUSIONES

Este trabajo demuestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en los motivos de ingreso entre

ANEXO IV. VACUNACIONES PARA NIÑOS QUE NO HAN RECIBIDO NINGUNA INMUNIZACIÓN

Edad	1ª visita	1 mes despues	2 meses despues	1 año despues (15 meses aprox.)	4-6 años	12 años	Observaciones
< 12 meses	DTPw/a PO Hib MCC	DTPw/a PO MCC	DTPw/a PO Hib MCC	DTPa PO Hib	DTPa PO SRP	HB	Hib: < 7 meses = 3 dosis MCC: < 6 meses = 2 dosis
12 - 14 meses	DTPw/a PO Hib MCC	DTPw/a PO	DTPw/a PO Hib	DTPa PO SRP	DTPa PO SRP	HB	
15 meses 4 años	DTPw/a PO Hib MCC SRP	DTPa PO	DTPa PO	DTPa PO	 SRP	HB	
5 - 6 años	DTPa PO Hib MCC SRP	DTPa PO SRP	DTPa PO	DTPa PO		HB	
7 - 17 años	Td PO Hib MCC SRP	Td PO SRP		Td PO		HB	HB: aplicada con la fórmula A+B
> 18 años	Td	Td		Td			

DTPw = difteria, tétanos, tos ferina completa. **DTPa** = difteria, tétanos, tos ferina acelular. **PO** = poliomieltis oral. **Hib** = *Haemophilus influenzae*. **MCC** = meningococo C. **SRP** = sarampión, rubéola, parotiditis. **Td** = tétanos, difteria tipo adulto. **HB** = hepatitis B. **A+B** = hepatitis A y B

los niños y los recién nacidos de grupos étnicos y autóctonos, al contrario de lo que afirman otros autores. Esto puede ser debido muy probablemente a que entre los niños de grupos étnicos, que en su mayoría son nacidos en nuestro medio, no existen prácticamente enfermedades de origen tropical y las que sí son más prevalentes entre ellos, también lo son

entre los niños autóctonos de nuestro medio: la mayoría de ellas tienen una justificación en parte por la problemática de adaptación social global de los grupos étnicos, sobre todo los inmigrantes, en el área de influencia del Hospital del Mar.

Las herramientas elaboradas (ficha de patologías más frecuentes en estos niños, protocolo de actuación sanitaria en

caso de viaje o llegada desde su país de origen y protocolo de regularización del calendario vacunal) pueden ser útiles para su empleo en diversos escenarios de atención a la salud de los niños pertenecientes a minorías étnicas y facilitar así su incorporación al programa de seguimiento del niño sano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Axton J. Paediatrics in developing countries, en: Levene MI (ed). *Jolly's diseases of children*. 6ª ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1991;529-575.
2. Bada JL. Enfermedades importadas y geografía médica. Enfermedades tropicales en un país no tropical. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1989.
3. Biosca L, et al. Informe sobre el treball social amb immigrants estrangers a la província de Barcelona. Diputació de Barcelona. Servei de Serveis Socials. Barcelona. 1992.
4. Black J. Child health in a multicultural society. *British Medical Journal*. Plymouth. 1989.
5. Bhopal R. Health education and ethnic minorities. *Br Med J* 1991; **302**:1338.
6. Bhopal R. Needs of black and ethnic minorities. *Br Med J* 1992; **305**:1305-1306.
7. Coon CS. Adaptaciones raciales. Editorial Labor S.A. Barcelona. 1984.
8. Donovan JL. Ethnicity and health: a research review. *Soc Sci Med* 1984; **19**:663-670.
9. Gentilini M. *Médecine Tropicale*. 4ª ed. Médecine-Sciences Flammarion. Paris. 1989.
10. Grant JP. Estado mundial de la infancia. 1992. UNICEF. Barcelona. 1992.
11. Hayani KC, Pickering LK. Screening of immigrant children for infectious diseases. *Advances in Pediatric Infectious Diseases* 1991; **6**:91-110.
12. Hendrickse RG. Child health in developing countries: an overview, en: Hendrickse RG, et al (eds). *Pediatrics in the tropics*. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1991;1-14.
13. Jansá JM. Salut i immigració a Catalunya; on som? i cap a on anem? *SCMFC* 2001; **3**:78-79.
14. Jansá JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998; **72**:165-168.
15. Shabde N, Waterson T. Screening children from overseas for infections: is it justified? *Br Med J* 1990; **301**:800-802.
16. Teixidor R, et al. Projecte immigrants. Una necessitat. *Butll Soc Cat Pediatr* 1993; **53**:42-45.
17. Vall O, García O. The situation of children in developing countries, en: Lindström B, Spencer N (eds). *Social Paediatrics*. Oxford University Press. Oxford. 1995;45-67.
18. Vall O. La familia inmigrante. Informe SIAS 2. Ed. Sección de Pediatría Social, Asociación Española de Pediatría. 1999.
19. Warren KS, Mahmoud AAF. *Tropical and Geographical Medicine*. McGraw-Hill Book Company. Nueva York. 1984.