

## Otros Protocolos

### Problemas de salud del niño inmigrante

Á. MARTÍN RUANO\*, J. MARTÍN RUANO\*\*

\*Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. \*\*Centro de Salud Santa Marta de Tormes. Salamanca

#### INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes suponen un 12-15% de la población inmigrante y un porcentaje importante de la población infantil por las bajas tasas de natalidad de los autóctonos. Siguiendo las directrices de la Academia Americana de Pediatría, se define niño inmigrante a todo niño procedente de otro país con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional, sin olvidar a los que se desplazan por cortos períodos de tiempo para tratamiento médico, de paso por España o en programas estatales. Los menores de 18 años tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, estén o no inscritos en el padrón municipal, en las mismas condiciones que los españoles (Ley 8/2000). El colectivo de inmigrantes más numeroso es el iberoamericano, seguido por los africanos (sobre todo, marroquíes), europeos no comunitarios (búlgaros, rumanos) y asiáticos. Por países, predominan los marroquíes, ecuatorianos y colombianos.

Los niños inmigrantes necesitan una atención sanitaria especial porque proceden de países en vías de desarrollo (con sistemas sanitarios deficientes y escasos programas preventivos), viven en condiciones precarias, pueden padecer patologías poco frecuentes en nuestro medio, tienen unas coberturas vacunales bajas en general, presentan movilidad geográfica importante (lo que hace difícil su control y segui-

miento) y presentan dificultades en el acceso a los servicios sanitarios (falta de información, idioma diferente, factores culturales, religiosos y escaso cumplimiento y adhesión al tratamiento). En general, tienen una mayor tasa de hospitalización, mayor uso de urgencias y menos actividades preventivas. La atención sanitaria al niño inmigrante debe incluir las siguientes actuaciones:

- *Diagnosticar el problema de salud por el que acude:*
  - si presenta semiología de patología autóctona, diagnóstico/tratamiento habituales;
  - si presenta semiología de patología importada, categorizar por país de origen y síntomas que presenta para poder llegar al diagnóstico (diagnóstico sindrómico).
- *Detectar otros problemas de salud no percibidos por la familia* (enfermedades prevalentes en el país de origen, alteraciones o enfermedades no diagnosticadas previamente).
- *Incluir en los Programas del Niño Sano y de vacunaciones* (comprobar y corregir si es necesario). Se debe insistir en la importancia de estas actividades, procurando darle cita programada con flexibilidad para facilitar su cumplimiento.
- *Valoración de problemas psicológicos y de integración.*

El seguimiento periódico debe comprobar la recuperación y mejora global de su salud pasados 6-12 meses. Para

Correspondencia: Ángel Martín Ruano. C/Ignacio Zuloaga Nº 2, 2º C. 37008. Salamanca  
Correo electrónico: carpagel@hotmail.com

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

poder llevar a cabo estas actuaciones es imprescindible realizar una buena historia clínica y seleccionar las exploraciones complementarias necesarias.

## ANAMNESIS

Si no dominan el idioma el niño o los padres es útil disponer de un intérprete accesible para recoger los siguientes datos:

- *Datos de filiación:* nombre correcto, fecha y lugar de nacimiento, edad de traslado al país de acogida, país de origen, ruta de inmigración, etnia, religión de los padres, idioma.
- *Antecedentes familiares:* edad, estado de salud y posible consanguinidad de los padres, enfermedades en familiares (anemias hemolíticas, déficit de lactasa, etc.), condiciones de la vivienda, personas que conviven en ella y grado de parentesco, hábitos tóxicos, situación laboral y legal de los padres, grado de inserción social.
- *Antecedentes vacunales* (comprobando su registro específico).
- *Antecedentes personales:* embarazo (deseado o no, controlado, edad de la madre), parto (lugar, datos antropométricos, necesidad de reanimación), período neonatal (screening problemas, etc), desarrollo sicomotor, enfermedades previas (febriles, diarreicas, vómitos, ingresos, profilaxis malaria y tratamientos recibidos), alimentación que ha seguido desde el nacimiento, alergias conocidas o sospechadas, escolarización (colegio al que asiste, curso, nivel de integración y aprendizaje), conductas de riesgo en "niños mayores" (alcohol, drogas, actividad sexual), malos tratos, actividad laboral.
- *Anamnesis por aparatos y sistemas*
  - Recoger el motivo de consulta actual
  - Investigar la existencia de síntomas frecuentes (a veces, no valorados), como pueden ser dolor abdominal, vómitos, diarrea, prurito o fiebre intermitente. Debe ser orientada por los problemas prevalentes de la zona de la que vienen, tanto de enfermedades infecciosas como de otro tipo.
  - Hacer énfasis en posibles defectos neurosensoriales (auditivos, visuales).
  - Tests validados de desarrollo sicomotor y rendimiento escolar.
  - Valoración sicosocial: es necesario valorar aspectos como la atención y el cuidado del niño en el hogar, el

seguimiento sanitario, aparición del duelo migratorio, proceso de adaptación al país de acogida, escolarización (el fracaso escolar es frecuente), el estrés y la angustia, las condiciones de vivienda y habitabilidad, la agrupación dentro de la vivienda, la movilidad geográfica, las condiciones laborales, las relaciones de género, el conocimiento y acceso a los recursos socio sanitarios, utilización de la medicina alternativa y productos afines, la aparición de trastornos del comportamiento, etc. En definitiva, la valoración psicosocial se orienta a la detección de necesidades, con el fin de solventarlas y promover estilos de vida saludables y autocuidados que tengan en cuenta, de una manera responsable, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también las provenientes del país de origen.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Hay que vencer la inseguridad, ansiedad y vergüenza que muchos niños y, sobre todo, adolescentes, mujeres hindúes y árabes puedan tener para ser desvestidas o visitadas por un hombre (solicitar permiso en estos casos al adulto acompañante, previa explicación). Se debe realizar una exploración completa e incluir despistaje de enfermedades prevalentes.

- *Estado nutricional:* Valorar déficit nutricional. El más usado es el índice nutricional de Waterlow ( $\text{Peso real} \times \text{Talla P50} / \text{Talla real} \times \text{Peso P50} \times 100$ ) y, en adolescentes, el índice de Quetelet.
- *Somatometría:* peso, perímetro cefálico, longitud o talla. Desarrollo puberal (estadíos de Tanner). Lo ideal es compararlas con gráficas de su país, lo que en ocasiones es difícil. En este caso, siempre es más útil valorar las ganancias de peso y talla a lo largo del tiempo. Si hay desnutrición se debe producir el fenómeno del "catch-up", para el peso en 3-4 meses y en 4-5 meses para la talla; si no se produce en 6-12 meses, buscar patología asociada.
- *Cabeza:* fontanela anterior, craneotabas (raquitismo), pelo escaso y sin brillo (malnutrición).
- *Piel y tejido celular subcutáneo:* exploración exhaustiva, escara de BCG, palidez, alteraciones en la pigmentación de la piel, lesiones de la lepra, úlceras, micosis, escabiosis, tiñas, pediculosis, signos de maltrato, nódulos subcutáneos (oncocercomas), linfedemas.

- *Mucosas*: palidez en caso de anemias (sobre todo, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías).
- *Adenopatías y nódulos*.
- *Boca*: inflamaciones, caries, maloclusiones, encías hemorrágicas (malnutrición).
- *Ocular*: optotipo a partir de los 4 años para detectar alteraciones de la agudeza visual. Cover test y Hirschberg para detectar estrabismos. Valorar conjuntivitis por *Trichinella spiralis* o *Chlamidia tracomatis*, coriorretinitis de oncocercosis.
- *Audición*: exploración con diapasón, otoscopia, exploración externa.
- *Exploración cardiovascular y pulmonar*: soplos, pulsos periféricos, tensión arterial.
- *Abdomen*: descartar visceromegalias, hepato y espleno-megalias (leishmaniasis, paludismo, anemias, etc). Valorar parasitosis como causa de dolor abdominal.
- *Locomotor*: alteraciones de la columna (escoliosis, hiper-cifosis, hiperlordosis).
- *Genitales*: situación de los testes, alteración del meato, circuncisión. Valorar orquitis repetidas (filariasis). En niñas, descartar sinequias vulvares, oxiuriasis. Ablación clítoris.
- *Neurológico-sicológico*: desarrollo sicomotor por test validado (hacerlo de forma repetida, Denver), focalidad neurológica (cisticercosis), exploración neurológica completa, valoración psicológica (estrés, depresiones, ansiedad, antecedentes sugerentes de maltrato, carencias emocionales, problemas de conducta).

#### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

No existe consenso sobre cuáles son las pruebas de laboratorio recomendadas de forma sistemática en niños inmigrantes asintomáticos. Deben seleccionarse según el país de origen, tiempo transcurrido desde su llegada, datos de la anamnesis, exploración física y factores de riesgo detectados.

#### Niño asintomático (anamnesis y exploración física normales)

- *Mantoux* a todos (PPD). Considerar Mantoux positivo si presenta:
  - Induración  $\geq 5$  mm y sospecha clínica o radiológica, contacto íntimo con caso índice o sospechoso, niños inmunodeprimidos o VIH y conversores recientes.
  - Induración  $\geq 10$  mm en el resto de los casos, incluidos controles del niño sano y en niños inmigrantes asintomáticos. Si BCG administrada en los últimos 3 años, considerar positivo si  $\geq 15$  mm y si está entre 10-14 mm, individualizar su interpretación.
- Si Mantoux negativo y signos de desnutrición o parásitos, repetir en 2-3 meses para descartar anergia. Si aun así es negativo pero la sospecha es alta, solicitar Rx tórax y muestras en jugo gástrico.
- *Parásitos en heces* a los recién llegados (menos de 3 años). Una muestra en asintomáticos y tres si la primera es positiva, hay clínica digestiva, inmunosupresión o enfermedad grave.
- *Serología hepatitis B, C y VIH* a los procedentes de África subsahariana y sudeste asiático. Si serología VHB positiva, solicitar virus delta; si es negativa, vacunar. Como alternativa, se puede solicitar a los padres VIH y sólo si es positiva solicitar la del niño
- *VDRL* (puede solicitarse a los padres), si proceden de África subsahariana.

#### Niño sintomático o con factores de riesgo

- *Hemograma y bioquímica básica con transaminasas y orina elemental*, si se observa malnutrición, retraso ponderal, palidez, fiebre prolongada. Si hay anemia microcítica y ferropenia se indica tratamiento con hierro y se repite la analítica; si se corrige la ferropenia pero no la anemia, se debe hacer electroforesis y análisis para detectar hemoglobinas anormales. En casos seleccionados, niveles de plomo en sangre.
- *Coprocultivo y parásitos en heces*, en diarreas prolongadas, crónicas, recidivantes, retraso ponderal, dolor abdominal, eosinofilia o asma atípica. Lo ideal es recoger 3 muestras en días alternos.
- *Serología hepatitis B y C*: además de solicitarlas en todos los procedentes del África subsahariana y Sudeste Asiático, se debe valorar si ha sufrido técnicas invasivas (circuncisión, ablación clítoris, tatuajes), transfusiones o presenta clínica compatible.
- *VIH*, según historia clínica y factores de riesgo (transfusiones previas, conductas de riesgo en adolescentes o en sus progenitores en el caso de niños pequeños) y, sobre todo, en inmigrantes subsaharianos.
- *Parásitos en orina*, en niños con leucocituria y/o hema-

turia procedentes de zonas endémicas de esquistosomiasis.

- *Frotis sanguíneo y gota gruesa*, en individuos de zonas endémicas de paludismo si presenta síntomas (diarrea, fiebre, tos) o se detectan alteraciones en la exploración física sugerentes de la enfermedad (si es negativo, valorar repetirla coincidiendo con pico febril).
- *Filariasis*, en inmigrantes con eosinofilia procedentes de zonas endémicas.
- Seleccionar *otras exploraciones complementarias* según las enfermedades prevalentes en el país de origen y los datos recogidos en la anamnesis y exploración física (Tablas I y II). Una leucopenia o eosinofilia leves en África subsahariana no precisan estudio, ya que se consideran variantes de la normalidad.

Los niños procedentes de adopción internacional constituyen un grupo de inmigrantes de alto riesgo, tanto por su origen (China, India, Rumania, Rusia, Ucrania, Colombia, Ecuador, Perú, Guatemala, Nicaragua) como por las condiciones de vida que han padecido. Se impone una historia clínica exhaustiva y rigurosa y la realización sistemática de pruebas de cribado de laboratorio: hemograma completo, estudio del hierro, hemoglobinopatías si es preciso, análisis de orina con examen microscópico, parásitos y huevos en heces, coprocultivo, enzimas hepáticas (GOT, GPT), cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo), plomo sérico, serología sífilis, VIH 1 y 2, hepatitis C, B (si es positiva, serología de hepatitis D), cribado metabólico (hipotiroidismo y fenilcetonuria en menores de 6 meses, y pruebas de función tiroidea en niños mayores de 6 meses), Mantoux, investigación de Plasmodium (frotis de gota gruesa de sangre periférica si presentan sintomatología o proceden de África subsahariana) e investigación de Citomegalovirus (cultivo de orina, serología) en casos de sospecha clínica. Es conveniente evaluar a todos los niños adoptados, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y repetir la serología a los 6 meses para descartar el período “ventana” o incubación.

#### APROXIMACIÓN SINDRÓMICA

La aproximación sindrómica nos permite acercarnos, a partir de los síntomas, a los diagnósticos más frecuente en las poblaciones inmigrantes, según el país de origen. Se excluyen las enfermedades comunes y universales. Se debe de

TABLA I. ENFERMEDADES PREVALENTES EN LOS PAÍSES DE ORIGEN.

Países	No infecciosas	Infecciosas
India, Pakistán, Bangladesh, Sri Lanka	B-talasemia Drepanocitosis Anemia ferropénica Déficit G-6-PDH Hipotiroidismo congénito Raquitismo	Virus Hepatitis B Parasitosis Tuberculosis Paludismo
Magreb	B-talasemia Anemia ferropénica Fiebre reumática Raquitismo	Virus Hepatitis B Parasitosis Tuberculosis
África/ Caribe	Drepanocitosis Déficit G-6-PDH Raquitismo	Virus Hepatitis B Esquistosomiasis Anquilostomiasis Tuberculosis Paludismo VIH Filaria (suroeste de Guinea)
China, Filipinas, Vietnam	B-talasemia Hemoglobina de Barts Hemoglobina H Déficit G-6-PDH Deficiencia de lactasa	Virus Hepatitis B Parasitosis Tuberculosis
Mediterráneo	B-talasemia Déficit G-6-PDH Raquitismo	
Países andinos	Anemia ferropénica	Parasitosis Tuberculosis Cisticercosis E. Chagas Dengue Malaria Oncocercosis Leishmaniosis Esquistosomiasis Ascaridiasis S. Loeffler Strongiloides Uncinariosis
Este Europa		Virus Hepatitis B VIH

hacer valorando la zona de procedencia del paciente, el tiempo que lleva en el país de acogida (la frecuencia de la mayoría de las enfermedades tropicales disminuyen con el tiempo de estancia en país) y la realización de viajes recientes.

TABLA II. TÉCNICAS Y EXPLORACIONES INDICADAS SEGÚN GRUPO ÉTNICO Y CLÍNICA COMPATIBLE.

	PPD, parásitos en heces	Estudio* anemia y ferropenia	Ca/P, FA	TSH, T3,T4	VHB	VIH	Sedimento orina	Gota gruesa
India, Pakistán Bangladesh	X	X	X	X	X	X		X
Países del Magreb África/Caribe	X	X	X		X	X	X	X
China, Filipinas, Vietnam	X	X			X	X		
Países mediterráneos	X	X	X					
Países andinos	X	X						
Europa del Este	X				X	X		

\* Según sospecha: hemograma, morfología, VCM, sideremia, ferritina, Hb A2, Hb F, Hb S.

- *Síndrome constitucional*: tuberculosis, SIDA, leishmaniasis (Kala-azar), esprue tropical, absceso hepático amebiano.
  - *Síndrome febril*: paludismo, tuberculosis, fiebre tifoidea, absceso hepático amebiano, VIH/SIDA, leishmaniasis, brucelosis.
  - *Síndromes cutáneos*: escabiosis, micosis superficiales, infecciones bacterianas, dermatitis de contacto, urticaria crónica secundaria, filariasis (oncocercosis, loasis), lepra.
  - *Rash y fiebre*: enfermedades virales exantemáticas (sarampión), fiebre tifoidea, rickettsiosis, esquistosomiasis, fiebre recurrente, fiebres virales hemorrágicas.
  - *Lesiones hipopigmentadas* : lepra, oncocercosis, micosis cutáneas.
  - *Úlceras cutáneas*: úlcera tropical, leishmaniasis cutánea y mucocutánea, úlcera de Buruli, ETS.
  - *Edema subcutáneo migratorio recurrente*: Lola loa.
  - *Patología respiratoria*: tuberculosis, migración pulmonar de nemátodos, eosinofilia pulmonar tropical y paludismo.
  - *Anemia*: ferropénica, paludismo, hemoglobinopatías, déficit G6PDH.
  - *Eosinofilia*: parásitos intestinales (sobre todo, Strongyloides), filariasis, esquistosomiasis y reacciones alérgicas.
  - *Diarrea*: bacterias enteropatógenas habituales, giardiasis, amebiasis, strongyloidosis (con dolor abdominal y eosinofilia).
  - *Diarrea crónica*: protozoos, helmintos, déficit lactasa, esprue tropical.
  - *Síndromes urinarios (hematuria)*: tuberculosis genitourinaria, esquistosomiasis, drepanocitosis.
  - *Visceromegalia, esplenomegalia*: malaria, hepatitis, leishmaniasis, absceso hepático amebiano, anemias hemolíticas crónicas, fiebre tifoidea, brucelosis, tuberculosis.
  - *Síndromes neurológicos*: cisticercosis, meningitis bacteriana, lepra.
  - *Cardiovascular (taquicardias, HTA, soplos, ...)*: ansiedad, fiebre reumática, miocardiopatías (tripanosomiasis, esquistosomiasis), fibrosis endomiocárdica.
  - *Adenopatías*: tuberculosis (cervicales, axilares, mediastínicas), VIH/SIDA (generalizadas), filariasis (inguinales, ingles colgantes), ETS (inguinales), linfomas.
  - *Patología oftalmológica*: conjuntivitis, oncocercosis, loasis.
- Los principales cuadros y diagnósticos por zonas de procedencia se recogen en la Tabla III. Según la sospecha clínica y la zona de procedencia, se solicitarán las exploraciones complementarias más adecuadas (valorar remitir a servicio especializado ante dudas diagnósticas):
- *Eosinofilia pulmonar tropical*: serología Filarias.
  - *Sd Loeffler (Ascariosis, Strongyloides, Uncinarias, Toxocara)*: parásitos en heces, esputo, serología Toxocara.
  - *Tuberculosis*: Mantoux, Rx tórax, Ziehl en esputo, Ziehl orina (síntomas urinarios).
  - *Leishmaniasis*: serología Leishmania.
  - *Malaria*: Frotis y gota gruesa.

**TABLA III.** SOSPECHA CLÍNICA SEGÚN PAÍS DE PROCEDENCIA Y SIGNOS/SÍNTOMAS.

	Sudeste asiático	África subsahariana	África Norte	América latina
Asma	Eosinofilia pulmonar tropical Sd Loeffler	Sd Loeffler Eosinofilia pulmonar tropical	Sd Loeffler Sd Loeffler	Sd Loeffler
Tos	Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis
Esplenomegalia	Leishmaniosis Malaria	Malaria Esplenomegalia tropical Leishmaniosis Esquistosomiasis	Malaria Esplenomegalia tropical Leishmaniosis Esquistosomiasis	Leishmaniosis
Focalidad neurológica				Cisticercosis
Prurito, edemas, nódulos subcutaneos		Oncocercosis		
Neuropatía periférica	Lepra	Lepra	Lepra	
Eosinofilia	Filaria Parásitos intestinales	Filaria Parásitos intestinales	Parásitos intestinales	Parásitos intestinales
Hemoptisis	Tuberculosis Paragonimosis	Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis
Hematuria		Esquistosomiasis	Esquistosomiasis	
Sintomatología urinaria	Tuberculosis	Tuberculosis Esquistosomiasis	Tuberculosis	Tuberculosis
Fiebre	Malaria Tuberculosis	Tuberculosis	Tuberculosis	Malaria (América Central) Tuberculosis
Edemas	Filariasis			

- *Lepra*: explorar sensibilidad, Ziehl de linfa o raspado nasal.
- *Filariasis, oncocercosis*: filarias en sangre.
- *Parásitos intestinales*: parásitos en heces.
- *Paragonimosis*: parásitos en heces, esplenomegalia tropical Ig M.
- *Esquistosomiasis*: parásitos en heces (esplenomegalia), parásitos en orina (síntomas urinarios).
- *Cisticercosis*: TAC craneal, serología.

## PATOLOGÍA DEL NIÑO INMIGRANTE

### A) Enfermedades infecciosas (54-73%)

#### 1. Patología contraída en el país de destino

Los inmigrantes están expuestos a las mismas enfermedades que la población autóctona, más incluso en ocasiones, por vivir en situación marginal, con malas condiciones

higiénicas, tener mala educación sanitaria y hábitos poco saludables o por no haber recibido las mismas inmunizaciones que los niños nacidos del país de destino. Sus condiciones de vida favorecen que los procesos infecciosos en estos niños sean más frecuentes y graves, con índices más elevados de hospitalización, fundamentalmente, infecciones respiratorias y digestivas. También pueden verse infecciones micóticas, pediculosis, escabiosis, etc. Hay una mayor frecuencia de sarampión y rubéola por la baja cobertura vacunal

#### 2. Patología importada del país de origen

##### *Enfermedades transmisibles en España*

Hay que tener en cuenta que los inmigrantes, por su situación marginal, también pueden adquirir estas infecciones en el país de destino.



- *Tuberculosis*: alta prevalencia en África, Latinoamérica, Sudeste Asiático, antigua URSS y Rumania. La mayoría aparecen en los 5 primeros años de estancia. La frecuencia es muy variable, según el tipo de estudio (3-40%). Hay también un riesgo aumentado de contagio en el país de destino por la marginalidad en la que pueden vivir. Se detectan con cierta frecuencia Mantoux positivos (12,5% en una unidad de referencia) y son pocos los casos de enfermedad tuberculosa (1,3%), que, en general, es transmitida por adultos enfermos (se debe buscar la fuente de contagio). Los niños no suelen ser bacilíferos. Debe tenerse un alto índice de sospecha clínica (síntomas respiratorios, fiebre prolongada, síndrome constitucional, adenopatías, etc) y un meticuloso seguimiento del tratamiento (mayor resistencia y menor cumplimiento) y de los controles periódicos.
- *Hepatitis A*: muy frecuente que queden inmunizados durante la infancia en sus países.
- *Hepatitis B*: más frecuente en Sudeste Asiático (10-15% de portadores), África subsahariana (7-20% de portadores) y Latinoamérica (1-4% de portadores).
- *Hepatitis C*: más frecuente en África subsahariana y Sudeste asiático.
- *VIH*: más frecuente en África subsahariana. Hay que valorar el posible contagio en el país de destino, por las condiciones de vida (prostitución, etc).
- *Sífilis*: más frecuente en países subdesarrollados, por lo que también es más frecuente la sífilis congénita.

#### *Enfermedades tropicales difícilmente transmisibles*

Suponen el 3-5% de la patología total. Su diseminación entre la población autóctona es difícil, aunque no imposible, dado que en España hay buenas condiciones higiénicas de salud pública, faltan huéspedes intermediarios y vectores apropiados para ello. El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección se desvanece con el tiempo que la persona inmigrante pasa en el país de destino.

- *Malaria o paludismo*: producida por *Plasmodium falciparum*, *vivax*, *oval* y *malariae*. Endémico en zona tropical y subtropical de Asia (*P. vivax*), África (*P. falciparum*) y Latinoamérica (*P. vivax*). Transmisión por picadura del mosquito anopheles, transfusiones, vía placentaria o compartir jeringuillas. Sospechar ante inmigrantes procedentes de esas zonas con fiebre sin foco y, sobre todo, si asocian anemia, eosinofilia y/o hepatomegalia. Recordar que en niños la clínica puede ser atípica y que hay mayor riesgo de evolución grave a corto plazo.
- *Esquistosomiasis*: según el agente etiológico, puede producir clínica hepática e intestinal, renal (sospechar si hay hematuria en inmigrantes África subsahariana y zonas del Mediterráneo oriental).
- *Tripanosomiasis africana* (enfermedad del sueño): Se transmite por picadura de la mosca tsé-tsé en África subsahariana, Botswana y Namibia. Producida por *Tripanosoma brucei*. Puede existir chancro de inoculación; posteriormente, cefalea, insomnio, adenopatías, anemia y rash; si evoluciona, puede llegar a provocar pérdida de peso, alteración del SNC y muerte.
- *Leishmaniasis cutánea* (botón de Oriente): Sudamérica, América Central, Méjico, África subsahariana, Norte de África, Oriente Próximo, Afganistán, India, Irán, Pakistán y China.
  - Europa, Asia y África: *L. tropica* y *major* (tiende a curar espontáneamente).
  - América: *L. braziliensis* y *mexicana* (o suele curar espontáneamente y puede evolucionar a formas deformantes).
- *Leishmaniasis visceral* (Kala-azar: visceromegalia, anemia, leucopenia, fiebre, anorexia): endémica en América Central, China, Nepal, India Oriente Próximo y África subsahariana
- *Tripanosomiasis americana* (enfermedad de Chagas): endémica en Sudamérica y en algunas zonas rurales de América Central, Méjico y Caribe. Se transmite por contacto con deyecciones de chinches, vía placentaria o por transfusiones sanguíneas. En el punto de inoculación se desarrolla un nódulo rojizo (chagoma), con piel indurada e hipopigmentada alrededor; después, edema palpebral unilateral, fiebre y adenopatías. En la fase crónica puede producir miocardiopatía dilatada, megaeosofago y megacolon.
- *Filariosis*: producida por nematodo que invade vasos linfáticos y tejidos subcutáneos. Se produce por 8 especies distintas. Se transmite por picadura de insecto y puede vivir muchos años en el hombre (8-15). No transmisible en España. Según la clínica, puede clasificarse en:
  - *hemolinfáticas*, por *Wuchereria bancrofti* (África, Asia y América latina) y *Brugia malayi* (Sudeste asiático): al

inicio aparece cefalea, mialgias y linfangitis, que puede derivar en linfadenitis y, a veces, elefantiasis. Los síntomas pueden permanecer años y dejar secuelas.

- *sanguíneas*, por *Mansonella ozzardi* (América del Sur) y *Mansonella perstans* (África tropical): dan poca clínica y mucha eosinofilia. Loa Loa (África Central y Oeste) produce edemas importantes y conjuntivitis.
- *cutáneas*, por *Oncocerca volvulus* (oncocercosis) (África ecuatorial, Latinoamérica, Yemen, Arabia Saudí): la clínica predominante son nódulos subcutáneos, prurito, envejecimiento de la piel, cambios de pigmentación y, a veces, inflamación del globo ocular y nervio óptico (ceguera de los ríos).
- *Toxocarosis*: produce cuadros de larva migratoria visceral con sintomatología fundamentalmente respiratoria (tos y asma).
- *Lepra* (enfermedad de Hansen).
- *Fiebres hemorrágicas*: fiebre amarilla y dengue (en niños son raras y la transmisión muy difícil).
- *Las parasitosis intestinales* son la patología infecciosa importada más frecuente en niños inmigrantes (14-60% según los distintos estudios). Suelen ser asintomáticas. Los parásitos más frecuentemente encontrados, por orden, son *Giardia lamblia*, *Trichuris trichura*, *Ascaris lumbricoides*, *Uncinarias*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis* y *Esquistosoma*. La infestación por helmintos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad, generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor (prácticamente, a los 3 años de estancia no se encuentran helmintos). Una excepción la constituye *Taenia solium*, que puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo del infestado, excretando huevos que, una vez ingeridos en la manipulación de alimentos, pueden producir casos de neurocisticercosis en la población autóctona. La esquistosomiasis no puede ser transmitida en la población autóctona, pero las complicaciones aparecen años después, incluso sin que existan adultos viables. El *Strongyloides stercoralis* tiene la capacidad de mantener un ciclo autoinfectivo, por lo que puede sobrevivir años después de que la persona infectado haya abandonado el trópico y producir un síndrome de hiperinfestación en inmunodeprimidos. Por ello, en los niños que provengan de zonas endémicas de *strongyloides stercoralis* que

vayan a ser sometidos a tratamiento inmunosupresor o con corticoides debe buscarse específicamente este patógeno y, aún con estudio negativo, debería tratarse empíricamente al paciente, ya que el patógeno puede reactivarse incluso muchos años después de abandonar la zona endémica. El tratamiento recomendado en las parasitosis intestinales consiste en:

- *Giardia lamblia*: *metronidazol* (15 mg/kg/día, cada 8 horas, oral, 5-7 días) o *tinidazol* (50 mg/kg, dosis única, máximo 2 g).
  - *Trichuris trichura*: *albendazol* (400 mg/día, 200 mg en <2 años, oral), junto con *ivermectina* (200 µg/kg, dosis única, oral). Puede usarse *mebendazol* (200 mg/día, cada 12 horas, oral, 3 días, o 500 mg, dosis única).
  - *Ascaris lumbricoides*: *mebendazol* (200 mg/día, cada 12 horas, oral, 3 días, o 500 mg, dosis única).
  - *Uncinarias*: *mebendazol* (200 mg/día, cada 12 horas, oral, 3 días). Si larva migrans: *albendazol* (400 mg/día, cada 8 horas, oral, 3 días).
  - *Entamoeba histolytica*:
    - Asintomático: *paromomicina* (25-35 mg/kg/día, cada 8 horas, oral, 7 días).
    - Amebiosis intestinal o absceso hepático: *metronidazol* (35-50 mg/kg/día, cada 8 horas, oral, 10 días, seguido de *paromomicina* (25-35 mg/kg/día, cada 8 horas, oral, 7-10 días) o *yodoquinol* (30-40 mg/kg/día, cada 8 horas, máximo 2 g/día, oral, 20 días).
  - *Strongyloides stercoralis*: *ivermectina* (200 µg/kg/día, 1-2 días) o *albendazol* (400 mg/día, cada 24 horas, oral, 3 días).
  - *Schistosoma*: *praziquantel* (40-60 mg/kg/día, cada 8 horas, oral, 1 día).
  - *Tenia solium*: *praziquantel* (5-10 mg/kg, oral, dosis única).
  - *Cisticercosis*: *praziquantel* (50 mg/kg/día, cada 8 horas, oral, 15 días, o *albendazol* (15 mg/kg/día, cada 12 horas, máximo 800 mg, oral, 14-28 días). Asociar corticoides.
- Remitir al niño al hospital de referencia cuando existe:
- Sospecha de paludismo.
  - Síntomas no claros (pérdida de peso, tos prolongada, diarrea prolongada, hematuria).
  - Padres y/o niños enfermos de tuberculosis procedentes de zonas donde abundan los microorganismos multi-resistentes.



- Niño africano/asiático con fiebre de origen desconocido.
- Parasitosis intestinales, pulmonares o cutáneas, si hay dudas sobre su tratamiento o evolución.
- Neuropatía sensitivo o motora (lepra).
- Crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Necesidad de pruebas más específicas (estudio de filarias, esquistosomas, gota gruesa, G6PDH, etc).

### 3. Patología del niño viajero

Sufren más enfermedades infecciosas, pues su sistema inmunológico no está preparado para afrontar las enfermedades infecciosas endémicas de la zona. (diarrea del viajero, hepatitis A, fiebre tifoidea, paludismo). Se debe insistir en las medidas preventivas en caso de viaje a su país, de forma definitiva o de vacaciones (prevención antipalúdica si está indicado, vacunaciones, medidas de higiene, etc).

#### B) Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen

- *Anemias hemolíticas*: tienen un lugar destacado en las enfermedades de base genética. Puede ser por déficit enzimático (déficit de G6PDH) o por hemoglobinopatías (estructurales, como la Hb S, o síndromes talasémicos). Distribución geográfica similar a la malaria.
- *Deficiencia de lactasa* (frecuente en nativos australianos, americanos, del África tropical y del Este y Sudeste de Asia y afroamericanos).
- Alteraciones metabolismo calcio/fósforo (raquitismo).
- *Alteraciones tiroideas* (hipotiroidismo, déficit yodo...).
- *Malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias* (consanguinidad).
- *Cardiopatías reumáticas*.
- *Pubertad precoz* (más frecuente en niños adoptados e inmigrantes que en la población autóctona).
- Posible mayor incidencia de *tumores* (leucemias, linfomas, tumores hepáticos).

#### C) Enfermedades no diagnosticadas o tratadas previamente

- *Enfermedades carenciales*: retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico proteica y anemias ferropénicas y de otro tipo. Sobre todo, en zonas de África subsahariana y oriental, Asia meridional y el Pacífico

(inmigrantes poco frecuentes en nuestra zona). Se atribuye a falta de alimentos durante el proceso de emigración, malos hábitos dietéticos, falta de conocimientos básicos sobre la alimentación del niño y sus necesidades, dieta poco variada (más patente tras el destete.), infecciones de repetición, etc. No hay una alta prevalencia de síndromes malnutritivos clásicos, pero sí signos aislados de déficit nutricional en un alto porcentaje de niños (escorbuto, pelagra, raquitismo, déficit vitamina A, etc.). La malnutrición es más importante en los menores de 5 años y puede producir retraso de crecimiento, alteración del aprendizaje, disminución de la actividad física y de la resistencia a la enfermedad y aumento de la morbimortalidad. Recordar que se dará profilaxis de anemia ferropénica en todos los lactantes que siguen o han seguido lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses y se hará profilaxis del raquitismo con vitamina D en todos los lactantes.

- *Enfermedades por ausencia de medicina preventiva previa*: caries dental (hasta un 75% de los casos en su primer reconocimiento), enfermedades vacunables, defectos sensoriales (favorecen el retraso sicomotor), defectos del aparato locomotor, anomalías congénitas y enfermedades crónicas sin diagnosticar. Pueden presentar también problemas de desarrollo y retraso sicomotor, que se deben identificar lo más precoz posible para su tratamiento.

#### D) Patología derivada de factores sicosociales

Puede dar lugar a situaciones de marginación social y la aparición de trastornos psicológicos. La forma en que las familias sean capaces de abordar el proceso de adaptación e integración determinará en los padres la posibilidad de sufrir problemas sociales, trastornos psiquiátricos y del comportamiento y, en los hijos, dificultades en el desarrollo psicosocial de su personalidad y diversos problemas de salud mental. Los inmigrantes son 5 veces más vulnerables a problemas de salud mental por acumulación de factores sicosociales (falta de identidad cultural, inseguridad en el empleo paterno, duelo, añoranza, responsabilidad, stress, insuficiente presencia de los padres, trastorno de los roles familiares, situación laboral y legal, ansiedad, depresión, etc).

Los problemas de salud mental en los niños inmigrantes no difieren en gran medida de los niños de la población autóctona, siendo los más frecuentes:

- problemas del desarrollo y madurativos: inmadurez, conducta infantil, retraso sicomotor y /o del lenguaje, dificultades articulatorias;
- problemas escolares: fracaso escolar, dificultades en lectoescritura, inadaptación, desinterés/negativa por el colegio;
- problemas de atención e inquietud: nerviosismo, impulsividad, falta de atención;
- problemas de rendimiento intelectual;
- manifestaciones somáticas sin explicación médica: vómitos, dolores abdominales, alteración del sueño, apetito (exceso o defecto), mareos, cefaleas, trastornos de esfínteres, mutismo;
- problemas de relación: aislamiento, timidez, mala relación social, familiar, celotipia, apego excesivo a un progenitor;
- por peligro de la vida: intentos autolíticos o amenazas;
- problemas relacionados con el sexo: conducta inapropiada, abusos sexuales;
- trastornos de conducta: agresividad, rebeldía, desobediencia, amenazas, rabietas, negativismo, novillos, robos, conductas racistas, ingestión tóxicos, problemas con la justicia;
- problemas de carácter: irritabilidad, inseguridad, cambios bruscos de humor;
- problemas emocionales: tristeza, llanto inmotivado, apatía, ansiedad, miedos, fobias obsesiones, temores infundados, deseo de morir;
- por alteraciones mentales: conductas raras, fantasías, alucinaciones, ideas delirantes, Sd. de Ulises (depresión, desorientación, actitudes paranoicas, alucinaciones).

Los diagnósticos más frecuentes en las consultas del niño inmigrante son infecciones respiratorias y óticas, GEA bacterianas y víricas, parasitosis intestinal, infecciones e infestaciones cutáneas, tuberculosis, problemas odontológicos, talla baja, malnutrición, anemia, caries, vacunaciones incorrectas, ausencia de screening visual y auditivo y de enfermedades crónicas, malformaciones congénitas no diagnosticadas, retraso del desarrollo no diagnosticado. En general, la salud de los inmigrantes latinoamericanos o del Norte de África es mejor que la de los subsaharianos, Sudeste asiático y Este de Europa. Globalmente, tienen una mayor tasa de hospitalización, mayor uso de urgencias y menos actividades preventivas. Los

motivos de ingreso no difieren de los de la población general (GEA, neumonía, bronquiolitis, convulsión febril, bronquitis, ITU, asma, etc).

Los estudios sobre la salud de los hijos RN de madre extranjera no han encontrado diferencias significativas con la población general. Las complicaciones perinatales no parecen más frecuentes. Las diferencias que se observan se refieren más al apoyo social. Los motivos de ingreso de RN son embarazo no controlado, drogas, tabaco, bajo peso al nacer, prematuridad, infección materna VHB, VHC, VIH.

Las necesidades de salud más importantes de los niños inmigrantes son las relacionadas con la nutrición, la salud bucodental, los cuidados básicos, el manejo de la fiebre, el mantenimiento de la salud, la adhesión al tratamiento y a programas preventivos, la integración social y escolar, la prevención del abuso, del maltrato, de las infecciones y de los accidentes (domésticos y de tráfico). Para dar respuesta a estas necesidades cobra un especial protagonismo la Educación para la Salud.

#### VACUNAS EN EL NIÑO INMIGRANTE

Se informará a los padres de la especial importancia de la actualización individualizada de las vacunas, ya que las pautas son distintas en los diferentes países. Se debe consultar el calendario vacunal del niño inmigrante, lo que a veces no es fácil porque no es considerado como documento esencial en la inmigración. El número necesario de dosis para considerar bien vacunado figura en la Tabla IV; si le falta alguna dosis se completará. En caso de no tener ninguna vacuna o no aportar documentación fiable se aplicará el calendario que se recoge en la Tabla V.

Se debe explicar la importancia de las vacunas y cuál va a ser la pauta de vacunación para adaptar su situación a la del resto de la población. Especial cuidado hay que tener con las de reciente introducción en nuestro país, *Haemophilus influenzae* tipo b, Meningococo C, Neumococo, que generalmente no se les ha administrado. Se debe fijar con antelación las siguientes visitas y estar pendiente de su cumplimiento.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Garay J, Fernández C, García MA. La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante. Fundación CESM. Comunidad de Madrid. Madrid, 2002.

**TABLA IV.** NÚMERO DE DOSIS MÍNIMA NECESARIA PARA CONSIDERAR CORRECTA LA VACUNACIÓN.

	TV <sup>1</sup>	Tétanos/ Difteria	Tos ferina	Hib <sup>2</sup>	Polio (VP)	Hepatitis B (VHB)	MeningococoC (MCC) <sup>3</sup>
< 24 meses	1	4	4	1-4	4	3	1-3
24 meses –6 años	2	4-5	4-5	1-4	4	3	1-3
7-18 años	2	3			3	3	
>18 años	1	3					

<sup>1</sup>En caso de vacunación previa de sarampión exclusiva por encima de los 12 meses o con TV (triple vírica) o antisarampión por debajo de los 12 meses, se administra una dosis TV en el momento y otra a los 6 años de edad. <sup>2</sup>Según la edad de inicio de la vacunación: 0-5 meses, 4 dosis; 6-11 meses, 3 dosis; 12-14 meses, 2 dosis; >15 meses, 1 dosis. <sup>3</sup>Según la edad de comienzo de la vacunación: 0-5 meses, 3 dosis; 6-11 meses, 2 dosis; 12 meses-5 años, 1 dosis.

**TABLA V.** CALENDARIO EN CASO DE NO APORTAR DOCUMENTACIÓN DE VACUNACIÓN PREVIA.

Edad	Meses contados a partir de la primera visita						
	0	1	2	4	6	12	24
< 24 meses	VHB <sup>(1)</sup> MCC <sup>(2)</sup> DTPa Hib <sup>(3)</sup> VP TV <sup>(4)</sup>		VHB MCC DTPa Hib VP	VHB MCC DTPa Hib VP		DTPa Hib VP	
2-6 años	VHB <sup>(1)</sup> MCC DTPa Hib VP TV	VHB     TV <sup>(8)</sup>	DTPa   VP		VHB	DTPa <sup>(5)</sup> VP <sup>(7)</sup>	DTPa <sup>(6)</sup> VP <sup>(7)</sup>
7-14 años	VHB <sup>(1)</sup> Td VP <sup>(10)</sup> TV MCC	VHB Td VP TV <sup>(11)</sup>			VHB Td <sup>(9)</sup> VP <sup>(7)</sup>		

<sup>(1)</sup>Prevía realización de marcadores (AgsHB, antiHBs, antiHbc), si provienen de zonas endémicas (todas aquellos no pertenecientes al Norte y Oeste de Europa, Norteamérica, Méjico, sur de Suramérica, Australia y Nueva Zelanda).

<sup>(2)</sup>Según la edad de comienzo de la vacunación: 0-5 meses, 3 dosis; 6-11 meses, 2 dosis; > 12 meses, 1 dosis.

<sup>(3)</sup>Según la edad de inicio de la vacunación: 0-5 meses, 4 dosis; 6-11 meses, 3 dosis; 12-14 meses, 2 dosis; >15 meses, 1 dosis.

<sup>(4)</sup>A partir de los 12-15 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no contabilizan).

<sup>(5)</sup>A los 8-12 meses de la segunda dosis.

<sup>(6)</sup>A los 12 meses de la tercera dosis o coincidiendo con la de 1º de Educación Primaria. Aunque lo recomendable sería administrar un total de 5 dosis, es probable que, aunque los inmigrantes no aporten ningún documento, ya hayan recibido una/s dosis en sus países de origen, por lo que para facilitar la aceptación, se podría plantear un régimen de 4 dosis con el que pueden quedar bien protegidos frente a las tres enfermedades. Si la cuarta dosis se administra a los 4 o más años no es necesaria la dosis de 1º de Educación Primaria.

<sup>(7)</sup>3ª dosis a los 8-12 meses de la 2ª. Valorar una cuarta dosis, 12 meses después de la primera. No es necesaria en régimen exclusivo de VPI cuando la tercera dosis se ha administrado en mayores de 4 años. En cualquier régimen mixto se necesita siempre 4 dosis.

<sup>(8)</sup>La segunda dosis se puede administrar en el periodo comprendido entre las 4 semanas posteriores a la recepción de la primera dosis y los seis años de edad.

<sup>(9)</sup>La tercera dosis se puede administrar indistintamente a los 6-12 meses de la segunda.

<sup>(10)</sup>Sobre todo, para los que procedan de Afganistán, Burkina Faso, Egipto, Ghana, India, Nigeria, Níger, Pakistán, Somalia, Togo o para los que convivan con ellos.

<sup>(11)</sup>La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis.

2. Gómez I. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1999; 51:622-624.
3. Grupo de trabajo de tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de la tuberculina en niños. *An Esp Pediatr* 2003;59:582-585.
4. Guía de Atención Sanitaria al inmigrante en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, 2004.
5. Huerga H, López-Vélez R. Estudio comparativo de la patología infecciosa en niños inmigrantes de distintas procedencias. *An Esp Pediatr* 2004;60:16-21.
6. López-Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Madrid PBM S.L, 2002.
7. Olivan G. Adopción internacional: guía de información y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55:135-140.
8. Orejón G y Grupo de trabajo de Atención al niño inmigrante. Área 11 de Atención Primaria. Madrid. Atención al niño de origen extranjero. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 5:299-326.
9. Vall O, García J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral* 2001; 6:42-50.
10. Vall O, García O. Atención al niño inmigrante. *Bol Pediatr* 2001; 41:325-331.