

Mesa Redonda: Temas emergentes en Pediatría

Problemática del niño inmigrante

Á. MARTÍN RUANO

Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca

Se considera 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 periodos de tiempo para tratamiento médico, de paso por España o en programas estatales.

SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

Según datos provisionales del padrón municipal a 1 Enero 2006 (INE) la población inmigrante asciende a 3.884.573, lo que supone el 8,7% del total, con un incremento del 4,13% respecto al 2005. A estas cifras habría que añadir los extranjeros en situación ilegal difícilmente cuantificables. Poseen permiso de residencia 2.873.250. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-MTAS- a 31-3-2006).

El 36,11% son de origen iberoamericano, el 23,4% africano, 20,85% de origen europeo comunitario, 12,53% europeo no comunitario, y el 6,45% asiático. Por países domina Marruecos (509.964), Ecuador (374.711), Colombia (217.867), Rumania (205.927), Gran Bretaña (159.487), y China (91.400).

Por CCAA Cataluña (626.432 extranjeros), Madrid (574.968), Comunidad Valenciana (363.892) y Andalucía (354.103) congregan más de 2/3 del total de inmigrantes.

El 11,64% de los extranjeros son menores de 16 años según MTAS (19,46% en la población de origen africano) y el 15,2% según el INE. En total hay 578.400 niños extranjeros menores de 16 años (8,57% de la población infantil global).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS INMIGRANTES ECONÓMICOS

Son una población más joven, que tienen peores condiciones socioeconómicas, laborables y de vivienda. Desde el punto de vista sanitario no suponen un riesgo grave para la salud pública, con escasa incidencia de enfermedades tropicales, aunque algunos podrían tener más posibilidades de padecer enfermedades infecciosas prevalentes en países de origen (Tabla I), con una incidencia aumentada o estable de tuberculosis (frente al descenso en la población autóctona) con más somatizaciones y problemas mentales. Usan más la red sanitaria pública y los servicios de urgencia. Los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven, predominando la atención gineco-obstétrica de las mujeres y las visitas de medicina general en los hombres (patología digestiva). La participación en programas preventivos y el cumplimiento de tratamientos es menor. Respecto a los niños tendrían peor salud bucodental, pero no diferencias claras respecto a otros datos.

ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social reconoce a los menores de 18 años el derecho a la asistencia sanitaria, estén o no inscritos en el padrón municipal,

TABLA I. PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LA POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN PROCEDENCIA*

| Patologías infecciosas | Otras patologías |
|---|---|
| <i>Europa (Europa Central y del Este, Rusia, Rumania, exURSS)</i> | |
| Parasitosis intestinales | Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia |
| Infecciones intestinales | Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial |
| Tuberculosis | Microcefalia |
| Hepatitis A | Déficit sensorial (visual, auditivo) |
| Hepatitis B (Rumania, Rusia) | Asma e hiperreactividad bronquial |
| Hepatitis Delta (Rumania) | Hipotiroidismo congénito |
| Hepatitis C | Inmunizaciones incompletas |
| VIH (Rumania) | Intoxicación por plomo |
| Lúes congénita o adquirida | Secuelas post-exposición a radiaciones incontroladas |
| Tos ferina (Rusia) | (Ucrania, sudeste de Rusia) |
| <i>América (Centro y Sudamérica)</i> | |
| Parasitosis intestinales | Drepanocitosis (Caribe) |
| Infecciones intestinales | Otras hemoglobinopatías |
| Tuberculosis (Centroamérica, Caribe) | Ferropenia |
| Paludismo (Centroamérica) | Pubertad temprana en niñas |
| Enfermedad de Chagas | |
| VIH (Paraguay, Honduras, Haití) | |
| Hepatitis A (Centroamérica) | |
| Hepatitis B | |
| Brucelosis | |
| <i>Norte de África (Marruecos)</i> | |
| Infecciones intestinales TBC | Hemoglobinopatías |
| Hepatitis B | Ferropenia |
| <i>África (subsahariana y otras zonas)</i> | |
| Parasitosis intestinales (Áscaris, Trichura y Giardia) | Drepanocitosis |
| Infecciones intestinales | Otras hemoglobinopatías |
| Paludismo | Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia |
| Tuberculosis | Inmunizaciones incompletas |
| VIH (Uganda) | |
| Hepatitis B | |
| Parasitosis urinaria (esquistosomiasis) | |
| Filariasis | |
| Poliomielitis (zonas de África central) | |
| Sarampión | |
| Enfermedad meningocócica | |
| <i>Asia (India y China)</i> | |
| Parasitosis intestinales (tenias enanas, Strongyloides) | Drepanocitosis y otras hemoglobinopatías |
| Infecciones intestinales | Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia |
| Tuberculosis (India) | Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial |
| VIH (China) | Intolerancia a lactosa (China) |
| Hepatitis B (India) | Disfunción tiroidea por déficit de yodo (áreas rurales y regiones montañosas de China y Asia Central) |
| Paludismo (sólo en zonas de selva, India) | Pubertad temprana en niñas |
| Poliomielitis (Pakistán, India) | Déficit sensorial / auditivo, visual |
| Hepatitis A | Asma e hiperreactividad bronquial |
| Hepatitis C (China) | Inmunizaciones incompletas (China) |
| Lúes | Manipulación edad cronológica (China) |
| | Intoxicación por plomo (China) |

Sigue ...

TABLA I. (CONTINUACIÓN) PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LA POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN PROCEDENCIA*

| Patologías infecciosas | Otras patologías |
|---|---|
| <i>Asia (Tailandia, Camboya, Vietnam)</i> | |
| Paludismo resistente | Drepanocitosis y otras hemoglobinopatías |
| Tuberculosis resistente | Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia |
| VIH | Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial |
| Hepatitis B (Vietnam, Corea) | |
| Parasitosis intestinales | |
| Infecciones intestinales | |
| Lúes Sarampión | |

*Entre paréntesis se especifican los países o zonas con una prevalencia especialmente elevada.
Tomado de: Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de la adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). Disponible en <http://aepap.org/inmigrantes/suroeste.pdf>*

en las mismas condiciones que los españoles. Pero este derecho a veces no se cumple: desconocimiento del derecho y del funcionamiento del sistema, trabas burocráticas, diferente idioma, miedo a la situación irregular, inadecuación del sistema a sus condiciones sociales (horarios, falta de redes de apoyo), cambios frecuentes de domicilio, etc. La eliminación de estas trabas convertiría a la Atención Primaria como verdadera puerta de entrada al sistema sanitario. Actualmente los servicios de urgencias parecen ser con frecuencia el primer contacto con el sistema sanitario.

RELACIÓN PEDIATRA-INMIGRANTES

Frente a un descenso de la población infantil autóctona, hemos asistido a un progresivo aumento de las consultas de niños inmigrantes hasta el punto de ser algo habitual, si bien es cierto que distribuidas de una manera heterogénea (en cuanto a número y origen) entre comunidades autónomas e incluso entre centros sanitarios. Esto ha ocasionado distorsiones en la consulta habitual: por un lado se necesita más tiempo para prestar una adecuada atención (consulta inicial, seguimiento, diagnóstico, tratamiento, educación para la salud, etc.) y por otro lado existe la posibilidad de ver patologías poco conocidas en nuestro medio y patologías emergentes, lo que genera una mayor incertidumbre.

En la relación pediatra-padres inmigrantes-niño pueden surgir problemas derivados del diferente idioma, lenguaje no verbal, distinto concepto salud-enfermedad, prioridad del inmigrante al aspecto curativo frente al preventivo, dis-

tinta religión y cultura, prejuicios por parte de los inmigrantes, somatizaciones, experiencias previas, estereotipos por parte de los profesionales, xenofobia, escasa formación en medicina transcultural y en patologías poco comunes, falta de tiempo, cambios frecuentes de domicilio, difícil seguimiento y difícil control epidemiológico

CONSULTA DEL NIÑO INMIGRANTE

Objetivos

Ante una primera consulta del niño inmigrante, sobre todo si es recién llegado, nos debemos plantear unos objetivos más amplios que la simple resolución de un problema concreto. (Esta actitud se debe explicar a los padres para conseguir que sea aceptada, asegurar la asistencia a las citas posteriores y evitar que sea vivida como una discriminación).

1. Diagnosticar el problema de salud por el que acude. Si presenta semiología de patología autóctona hacer un diagnóstico y tratamiento habitual. Si presenta semiología de patología importada: Diagnóstico sindrómico (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 hacer valorando la zona de procedencia del paciente, el tiempo que lleva en el país de acogida y la realización de viajes recientes) (Tabla II).
2. Detectar otros problemas de salud no percibidos por la familia (enfermedades prevalentes en el país de ori-

TABLA II. APROXIMACIÓN SINDRÓMICA A PARTIR DE SÍNTOMAS/SÍNDROMES GUÍA TENIENDO EN CUENTA EL ORIGEN DEL NIÑO Y UNA VEZ DESCARTADAS LAS CAUSAS HABITUALES **

| Sudeste asiático | África subsahariana | África norte | América latina | |
|---|--|---|---|---|
| FIEBRE | Malaria Tuberculosis | Tuberculosis | Tuberculosis | Malaria (América Central) Tuberculosis |
| Fiebre y exantema | Viriasis tipo sarampión o rubéola; rickettsiosis | | | Viriasis tipo sarampión o rubéola, rickettsiosis y Dengue |
| Fiebre, hepatomegalia y diarrea | Esquistosomiasis | | | Esquistosomiasis |
| ASMA | Eosinofilia pulmonar tropical Sd Loeffler | Sd Loeffler Eosinofilia pulmonar tropical | Sd Loeffler | Sd Loeffler |
| TOS | Tuberculosis | Tuberculosis | Tuberculosis | Tuberculosis |
| HEMOPTISIS | Tuberculosis Paragonimosis | Tuberculosis | Tuberculosis | Tuberculosis |
| ESPLENOMEGALIA | Leishmania Malaria | Malaria Esplenomegalia tropical Leishmaniosis Esquistosomiasis | Malaria Esplenomegalia tropical Leishmaniosis Esquistosomiasis | Leishmaniosis |
| Esplenomegalia y anemia sin paludismo | Leishmania visceral, fiebre tifoidea | | | |
| EOSINOFILIA | Filaria Parásitos intestinales | Filaria Parásitos intestinales | Parásitos intestinales | Parásitos intestinales |
| Eosinofilia severa con edemas en extremidades y alteraciones oculares | Filariasis | | | |
| Eosinofilia y eritema migratorio | Larva migrans por anquilostomas | | | |
| Eosinofilia con/sin síntomas neurológicos | Cisticercosis | | | |
| PRURITO, EDEMAS, NÓDULOS S.C. | Oncocercosis | | | |
| Prurito, abdominalgia y eosinofilia | Nemátodos intestinales | | | |
| EDEMAS | Filariasis | | | |
| NEUROPATÍA PERIFÉRICA | Lepra | Lepra | Lepra | |
| FOCALIDAD NEUROLÓGICA | Cisticercosis | | | |
| S.URINARIOS | Tuberculosis | Tuberculosis Esquistosomiasis | Tuberculosis | Tuberculosis |
| HEMATURIA | Esquistosomiasis | | | Esquistosomiasis |
| CARDIOPATÍA | Enf. Chagas (Sudamérica) | | | |
| ENFERMEDAD BACTERIANA INVASIVA CON/SIN MENINGITIS | Enfermedad invasiva por meningococo o Haemophilus influenzae | | | |

Tomado de: Garay J et al. La Atención Primaria de salud ante la población inmigrante. Fundación CESM. Comunidad de Madrid. Madrid 2002.

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

| | PPD, Parásitos en heces | Estudio de (1)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 | X | X | X | | X | | | |
| Africa/Caribe | X | X | X | | X | X | X | X |
| China, Filipinas, Vietnam | X | X | | | X | X | | |
| Países Mediterráneos | X | X | X | | | | | |
| Andinos | X | X | | | | | | |
| Europa del Este | X | | | | X | X | | |

(1)Según sospecha: Hemograma, Morfología, VCM, sideremia, ferritina, Hb A2, HbF, Hb S.
Tomado de: Val Combelle O et al. Atención al niño inmigrante. Bol Pediatr 2001; 41: 325-331.

gen, alteraciones no diagnosticadas previamente) (Tabla I).

- Incluir en los Programas del niño sano y de vacunaciones (insistir en su importancia)
- Valoración de problemas psicológicos y de integración

Todo esto hay que programarlo en sucesivas visitas, intentando unir actividades el mismo día y teniendo en cuenta las necesidades de los padres para facilitar su asistencia.

Los hijos de inmigrantes nacidos en España deben ser tratados de la forma habitual, haciendo hincapié en los programas preventivos y apoyo sicosocial.

Historia clínica del niño inmigrante

Para lograr los objetivos señalados hay que realizar una detallada anamnesis, seguida de una exhaustiva exploración física. Ambas se deben hacer con tacto, tranquilidad y respetando las costumbres de los inmigrantes dentro de lo posible (cultura, religión). Para completar el estudio puede ser necesaria la realización de exploraciones complementarias. En niños sintomáticos nos servirá para llegar al diagnóstico etiológico. En niños asintomático se deben seleccionar estas exploraciones de forma individualizada según el país de origen, el tiempo transcurrido desde su llegada, los datos de la anamnesis y la exploración física y los factores de riesgo detectados (Tabla III). En este último caso nos permitiría detectar problemas de salud que hayan pasado desapercibidos y hacer un despistaje de enfermedades prevalentes en las zonas de origen.

Niños procedentes de adopción internacional

Los niños procedentes de adopción internacional constituyen un grupo de "inmigrantes" de alto riesgo: Suelen proceder de países con escaso desarrollo económico, precariedad higiénico sanitaria y falta de los derechos del menor y la mayoría son niños que han estado en orfanatos. Por estos y otros motivos presentan una mayor morbilidad general, enfermedades por privación física y emocional y enfermedades infecciosas agudas y crónicas. Aparte de la consulta preadopción y una vez que estén en nuestro país se debe realizar un estudio exhaustivo: anamnesis, exploración física, evaluación del crecimiento, nutrición y desarrollo sicomotor, búsqueda de secuelas de maltrato, evaluación de inmunizaciones, visión, audición y exámenes complementarios que incluirán como mínimo: Hemograma, hierro y ferritina séricos, bioquímica elemental, cribado de raquitismo, bioquímica y sedimento de orina, parásitos y huevos en heces, serología hepatitis B, C, VIH, sífilis y mantoux. De forma específica según los casos se incluirán otros estudios: Búsqueda de criterios del Síndrome alcohólico fetal, evaluación dentición, desarrollo puberal, estudio hemoglobiopatías, uro y coprocultivo, plumbemia, cribado endocrino-metabólico, función tiroidea, investigación plasmodium, citomegalovirus, serología enfermedad de Chagas. Sin embargo a diferencia de muchos inmigrantes, los niños adoptados, viven o van a vivir en familias muy sensibilizadas a su problemática, volcados en atender todas sus necesidades afectivas, sanitarias, educativas (a veces incluso excesiva) y de los que cabe esperar una colaboración total

desde el punto de vista socio-sanitario. Esto trae como resultado que una vez salvado el periodo inicial, su patología sea similar a los autóctonos.

ENFERMEDADES EN NIÑOS INMIGRANTES

A) Enfermedades infecciosas (54-73%)

- Las infecciones más frecuentes son las adquiridas en el país de destino y por tanto similares a la población autóctona. Son sobre todo infecciones respiratorias y digestivas, que pueden padecer con mayor frecuencia por las condiciones de vida y por el entorno. Hay que tener presente la posibilidad de enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, rubéola, parotiditis, etc.) por una inadecuada inmunización.

- Respecto la patología infecciosa importada es la que genera mayor incertidumbre entre los profesionales aunque es mucho menos frecuente (3-5%).

*Las más importantes desde el punto de vista epidemiológico son las *infecciones transmisibles en España* (tuberculosis, hepatitis virales, VIH, sífilis) sobre las que hay que tener un alto índice de sospecha, no solo a la llegada al país, sino posteriormente por las condiciones de vida presentes.

De especial interés es la *tuberculosis*, que presenta alta prevalencia en los países de origen, por lo que se impone un despistaje en niños inmigrantes y un alto índice de sospecha posterior sobre todo los primeros años de estancia en el país. No hay que infravalorar la posibilidad de contagio en España de adultos infectados en situaciones de marginalidad. Es más frecuente la infección tuberculosa latente (hasta 12,5% de mantoux positivos) que la enfermedad tuberculosa (1,3%). Mientras que la incidencia de enfermedad tuberculosa tendería a disminuir entre la población autóctona, aumentaría o se mantendría constante en diferentes colectivos de inmigrantes (lo que haría aumentar su peso relativo). En Europa occidental, los casos de tuberculosis en inmigrantes representan el 30% de los casos totales notificados (variando entre más del 60% en ciertos países, hasta menos del 15% en otros, entre ellos España, aunque en recientes estudios supondrían entre 21-27% del total de tuberculosis). Otros problemas añadidos son las dificultades en su seguimiento (Hay que resaltar que en algunos

estudios, la tasa de los que no volvieron a la consulta con mantoux positivo, ascendió al 36%), en el cumplimiento terapéutico, en el control epidemiológico y las resistencias a los fármacos. En el tratamiento de la enfermedad en inmigrantes procedentes de zonas de alta resistencia a isoniazida se aconsejan 4 fármacos 2HRZE o S/4HR, y en el tratamiento de la infección latente valorar pautas alternativas a la clásica de isoniazida 9 meses: isonizida y rifampicina 3 meses (Zonas de resistencia a isoniazida, adulto bacilífero con resistencia probada o sospechosa a isoniazida, niño en situaciones de riesgo social) o rifampicina 4-6 meses (Resistencia a isoniazida o si no se puede usar ésta)

Otras enfermedades de posible transmisión en España son la *hepatitis B, C, VIH, y sífilis*, con la posibilidad de transmisión vertical y ver formas congénitas.

*Las *enfermedades tropicales* son difícilmente transmisibles en España, tienen una importancia fundamentalmente individual (Su diagnóstico y tratamiento será beneficioso para la salud del individuo) y suponen un reto diagnóstico. La más importante es el *paludismo*. Todos los casos registrados en España son importados, bien por inmigrantes (30-40%) o por turistas que viajan a países donde el paludismo es endémico sin realizar correctamente la profilaxis. Se debe sospechar ante inmigrantes procedentes de esas zonas (o viajes recientes) con fiebre sin foco y sobre todo si asocian anemia, eosinofilia y/o hepatomegalia. En niños la clínica puede ser atípica y hay mayor riesgo de evolución grave a corto plazo.

La mayor parte es producido por *Plasmodium falciparum*. El 85% proceden de África

Otras enfermedades tropicales son **esquistosomiasis, tripanosomiasis africana, americana, leishmaniasis cutánea, visceral, filariosis, toxocara, fiebres hemorrágicas, lepra.**

Las *parasitosis intestinales* son la patología infecciosa importada más frecuente en niños inmigrantes (14-60% según los distintos estudios). Suelen ser asintomáticas. Es necesario un despistaje en inmigrantes procedentes de zonas de alta incidencia. Los parásitos más frecuentemente encontrados por orden de frecuencia son *Giardia lamblia*, *Trichuris trichura*, *Ascaris lumbricoides*, *Uncinarias*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis*, Esquistosomiasis. 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 hel-

mintos. Como excepciones destacar: *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; Esquistosomiasis que no puede ser transmitida a la población autóctona pero las complicaciones aparecen años después, incluso sin que existan adultos viables; *Strongyloides stercoralis* que tiene la capacidad de mantener un ciclo autoinfectivo, por lo que puede sobrevivir años después de que la persona infectada haya abandonado el trópico y producir un síndrome de hiperinfestación en inmunodeprimidos.

- **Patología del niño viajero.** El niño inmigrante puede viajar a su país de origen para visitar a familiares, completar educación etc. A su llegada 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 (prevención antipalúdica si está indicado, vacunaciones, medidas de higiene, consejos, etc.), así como el control al regreso.

Hay que **derivar a una unidad de Pediatría de la inmigración y/o especialidades pediátricas** en las siguientes situaciones: Sospecha de paludismo, síntomas no claros (Pérdida de peso, tos prolongada, diarrea prolongada, hematuria, anemia o eosinofilia importante no aclarada, fiebre de origen desconocido), linfadenopatías locales o generalizadas y visceromegalias en abdomen, padres y/o niños enfermos de tuberculosis procedentes de zonas donde abundan los microorganismos multirresistentes, parasitosis intestinales, pulmonares o cutáneas si hay dudas sobre su tratamiento o evolución, neuropatía sensitiva o motora, crisis comiciales y trastornos confusionales, necesidad de pruebas más específicas (Estudio de filarias, esquistosomas, gota gruesa, etc) o tratamientos especiales.

B) Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen

Destacan las anemias hemolíticas de base genética (Por déficit enzimático, hemoglobinopatías), deficiencia de lactasa (frecuencia elevada en nativos australianos, americanos, del África tropical y del Este y Sudeste de Asia, Afro americanos), alteraciones metabolismo calcio/fósforo (raquitismo),

alteraciones tiroideas (hipotiroidismo, déficit yodo...), alta prevalencia de malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias (por consanguinidad), cardiopatías reumáticas, pubertad precoz, y una posible mayor incidencia de tumores (leucemias, linfomas, tumores hepáticos) y asma.

C) Enfermedades no diagnosticadas o tratadas previamente

No hay una alta prevalencia de síndromes malnutritivos clásicos (retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico-proteica), pero sí signos aislados de déficit nutricional (raquitismo, ferropenia, etc.).

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 (especialmente en niños de piel oscura, muy abrigados con escasa exposición solar, etc.)

Otras enfermedades que se pueden ver son: caries dental (hasta un 75% en su primer reconocimiento), enfermedades vacunables, defectos sensoriales (auditivos, visuales, que 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

Los inmigrantes son 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, legal, ansiedad, depresión etc. Puede dar lugar a situaciones de marginación social y la aparición de trastornos psicológicos y del comportamiento. Destacan:

- Problemas del desarrollo y madurativos: inmadurez, conducta infantil, retraso sicomotor y/o del lenguaje, dificultades articulatorias
- Problemas escolares: fracaso escolar, dificultades lectoescritura, inadaptación, desinterés/negativa por el colegio, problemas de rendimiento intelectual
- Problemas de atención e inquietud: nerviosismo, impulsividad, falta de atención

- Somatizaciones sin explicación médica: vómitos, dolores abdominales, alteración 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, amenazas, rabietas, negativismo, novillos, robos, conductas racistas, ingestión de 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.

Un nuevo problema en las grandes ciudades son los llamados MINA (menores inmigrantes no acompañados).

En general los niños inmigrantes 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 (gastroenteritis aguda, neumonía, bronquiolitis, convulsión febril, bronquitis, infección urinaria y asma). En los hijos RN de madre extranjera no se han encontrado diferencias significativas con la población general; las diferencias que se observan se refieren más al apoyo social y los motivos de ingreso de RN son: embarazo no controlado, drogas, tabaco, bajo peso al nacer, prematuridad, infección materna VHB, VHC, VIH

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE INMUNIZACIÓN

Se deben revisar las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de la población española. En general la inmunización suele ser menor y con frecuencia falta la documentación vacunal (no es considerada esencial en el viaje). Podemos encontrarnos con los siguientes problemas:

- Ausencia de documento vacunal (la comunicación oral no es válida).

- Calendario vacunal incompleto, por ausencia de alguna dosis o de alguna vacuna (rubéola, parotiditis, haemophilus influenzae tipo b o meningococo C).

- Escasa fiabilidad de los certificados vacunales de determinados países, como Europa del Este, Rusia, China, África subsahariana (excepto Marruecos) y más si proceden de un orfanato, siendo en principio veraces los expedidos en América, India y Corea.

- Documentos con las vacunas anotadas por el nombre comercial y no por el genérico.

- Dudas en cuanto a validez de las vacunas administradas. La vacuna del sarampión ha podido administrarse en forma monovalente (no produce protección frente a rubéola y parotiditis) y, con frecuencia, en dosis única y precoz antes 12 meses. La vacunación neonatal frente a la hepatitis B en hijos de madres portadoras de HbsAg no siempre se hace en la primera semana de vida y no se utiliza gammaglobulina específica, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad. Intervalos entre dosis menores de los recomendados

Cuando no haya ningún registro vacunal, cuando sea ilegible o no se identifiquen los inmunógenos administrados y cuando, a pesar de existir documentación hay dudas sobre la fiabilidad o la correcta administración, se aplicará calendario de vacunación completo en función de la edad. Cuando las pautas vacunales sean incompletas, por ausencia de dosis de una determinada vacuna, administrar las dosis pendientes

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 Ecuador.

Para mejorar la cobertura vacunal en inmigrantes se aconseja administrar el máximo número de vacunas a la vez con el menor número de pinchazos, obviar las falsas contraindicaciones, disponibilidad de los profesionales del Centro de Salud, aprovechar cualquier oportunidad para vacunar, recaptación automática telefónica de todo niño que falte a la vacunación, coordinación con otros niveles para fomentar la vacunación: colegios, guarderías, campamentos

La educación para la salud cobra una especial importancia en este colectivo para satisfacer las necesidades de

salud más importantes aprovechando cualquier oportunidad que se presente. Los temas más importantes a abordar serían la nutrición, higiene, la salud bucodental, los cuidados básicos del niño, el manejo de la fiebre, el mantenimiento de la salud, la adhesión al tratamiento y a programas preventivos (revisiones y vacunaciones), la integración social y escolar, la prevención del abuso, del maltrato, de las infecciones y de los accidentes (domésticos y de tráfico), salud reproductiva y sexual, profilaxis de la mutilación genital femenina y de otros problemas de género, la utilización de remedios tradicionales, medicina alternativa y consejos en caso de viaje a otros países.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA ASISTENCIA A LOS INMIGRANTES

- Eliminación de todas las barreras de acceso a la asistencia (administrativas, de organización).
- Reforzar los Equipos de Atención Primaria con mayor proporción de inmigrantes.
- Dedicar más tiempo por las diferencias culturales y de idioma.
- Utilizar traductores, mediadores, agentes comunitarios de salud.
- Involucrar a los inmigrantes en la planificación sanitaria, determinación de prioridades.
- Registros adecuados para la población inmigrante.
- Formación de los profesionales sanitarios pregrado, postgrado y Formación continuada.
- Favorecer y mantener redes de apoyo social.
- Usar Protocolos en la atención inicial teniendo en cuenta sus lugares de origen.
- Adaptar programas de salud disponibles, sobre todo preventivos (infantil, vacunas), a las peculiaridades culturales de cada comunidad.
- Intervenir especialmente en mujeres y jóvenes nacidos de inmigrantes.
- Disponer de material gráfico en distintos idiomas sobre consejos, preguntas.
- Aprender sobre los grupos étnicos que se tratan con más frecuencia.
- Realizar estudios de investigación y seguimiento para conocer el estado de salud de la población inmigrante (per-

miten sacar conclusiones objetivas y no crear alarmas injustificadas).

BIBLIOGRAFÍA

- De Aranzabal Agudo M, Cortés Lázaro A, Fumadó Perez V, García Hortelano M, Hernandez Merino A, Lirio Casero J, Oliván González G. Consenso en adopción internacional. Guía de evaluación pediátrica en adopción para profesionales sanitarios.
- Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004.
- Castilla, M. Urtiaga, J. Hueto, J. Sola, I. Dorronsoro, L. Torroba, F. J. Domínguez, E. Bernaola, M. T. Rubio, F. Irisarri, A. Barricarte. Evolución en las características epidemiológicas de la tuberculosis en Navarra (1994-2003). An. Sist. Sanit. Navar. 2005, Vol. 28, Nº 2
- Garay J, Fernández C, García MA. La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante. Fundación CESM. Comunidad de Madrid. Madrid 2002.
- Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de la adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf>.
- Huerga H, Lopez-Velez R. Estudio comparativo de la patología infecciosa en niños inmigrantes de distintas procedencias. An Esp Pediatr 2004;60:16-21
- Huerga H, López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;13:73-80
- López-Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Madrid PBM S.L. 2002
- Masvidal i Aliberch RM, Sau Giralt I Protocolo de atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. Rev Pediatr Aten Primaria Revista Pediatría de Atención Primaria 2006;13:19-39
- Orejón de Luna G y Grupo de trabajo de Atención al niño inmigrante. Area 11 de Atención Primaria. Madrid. Atención al niño de origen extranjero. Rev Pediatr Aten Primaria 2003;5:299-326
- Vall Combelles O, García Algar O. Atención al niño inmigrante. Bol Pediatr 2001;41:325-331.
- Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección tuberculosa latente en niños. An Pediatr (Barc) 2006;64(1):59-65. Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica.