

Valoración inicial del niño inmigrante



O. Cortés Rico, A. Aparicio Hernán, J.L. Montón Álvarez

Centro de Salud Mar Báltico. Área 4. Madrid

Resumen

A lo largo del último siglo, España ha evolucionado de ser un país de emigrantes a convertirse en un país de destino de los flujos migratorios. La población extranjera se ha triplicado en España en los últimos 10 años. El 13,6% de estos inmigrantes son menores de 16 años y los datos avalan un continuo crecimiento del fenómeno migratorio; por ello, es fundamental para el pediatra conocer cuales son sus patologías más frecuentes, las pautas de corrección de calendarios vacunales o los consejos útiles para niños viajeros. Asimismo, el pediatra es muchas veces la puerta de entrada de estas familias al sistema sanitario; por lo que, conocer, comprender y adaptarse a sus características y necesidades socioculturales y sanitarias permitirá la integración de estos niños y sus familias en nuestra sociedad, de ahí la importante labor del pediatra de Atención Primaria en la atención al niño inmigrante. En el artículo, se revisan estos temas y se propone un protocolo OMI de atención al niño inmigrante, que facilite la actuación del pediatra en la consulta.

Palabras clave

Niño; Inmigrante; Enfermedades tropicales; Vacunas.

Abstract

INITIAL ASSESSMENT OF THE IMMIGRANT CHILD

During last century Spain has progressively evolved from a traditional position of being emigration source to become destination for foreign immigrants. Foreign population today in Spain is about 3 times the one existed 10 years ago. From total immigration, a 13,6% of them are younger than 16 and all trends support the fact of continuous growing of immigration. For these reasons, is key for paediatricians to get skills on new immigration-related matters like: More frequent pathologies in native countries, rules for immunization schedule adaptation or advices for travelling children. On the other hand, as paediatricians are often providing to immigrant families their first access to the Primary Health Care System through their children, a good understanding of their behaviour, culture and health habits would simplify their integration in our society. In this paper these subjects are summarised and a computer-based OMI protocol for immigrant children care is proposed to systematize paediatricians surgery actions.

Key words

Child; Immigrant; Tropical diseases; Immunization.

Pediatr Integral 2005;IX(9):725-733.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Según datos oficiales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a 31 de marzo de 2005, el número de residentes extranjeros en España es de 2.054.453, de los cuales un 13,6% son menores de 16 años.

La migración es un proceso histórico-permanente y consustancial al ser humano. En la etapa actual, la inmigración internacional tiene su origen en las fuertes desigualdades existentes entre países

desarrollados y países pobres, y al igual que en épocas anteriores, con la inmigración se busca mejorar las condiciones de vida en países más prósperos en los que se considera que se van a tener más oportunidades: económicas, culturales, sociales o de derechos humanos.

La inmigración, que en un principio venía a España como "lugar de paso" hacia otros países europeos, desde la década de los 80 ha convertido a España en un país de destino final. En ello, ha influido su situación geográfica, como punto

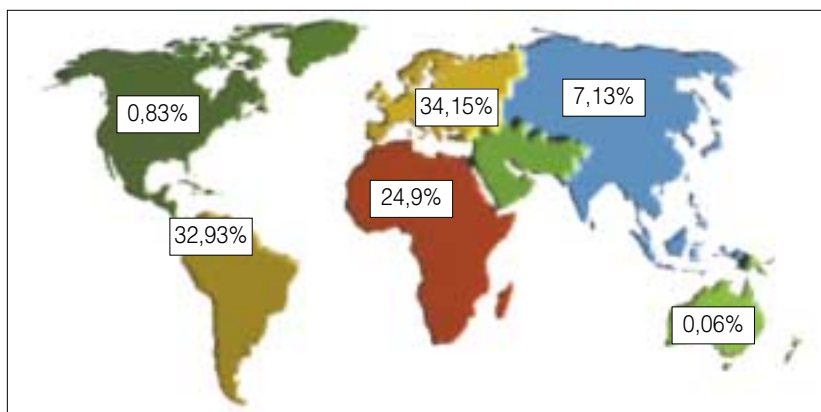
de tránsito para el paso de inmigrantes de origen africano hacia países del norte, y el lenguaje común y los vínculos históricos que le unen a los países de Latinoamérica.

Los datos apuntan a que este crecimiento de la población inmigrante no ha hecho más que comenzar. Según datos oficiales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a 31 de marzo de 2005, el número de residentes extranjeros en España es de 2.054.453, de los cuales un 13,6% son menores de 16 años.

FIGURA 1.
Número total de
extranjeros en
España de
todas las
nacionalidades



FIGURA 2.
Inmigrantes en España.
Distribución por continentes



Comparando con años anteriores, estas cifras superan en más del triple el número de inmigrantes de hace 10 años (Fig. 1).

Para el pediatra, es importante conocer, de cara a la posible patología importada y a las coberturas vacunales que puedan tener estos niños, de donde proceden los inmigrantes que acuden a España.

Por continente, el mayor número de extranjeros procede de Europa, un 25,4% de países pertenecientes a la Europa Comunitaria y el 8,6% son europeos de países no comunitarios, fundamentalmente de los países del Este (Rumania, Polonia, Bulgaria y Rusia). Un 24,9% provienen de África y son mayoritariamente población magrebí procedente de Marruecos. Un 32,9% de Latinoamérica, un 0,85 son norteamericanos y finalmente el 7,1% asiáticos, fundamentalmente procedentes de China y Filipinas (Fig. 2).

Por nacionalidad, si se prescinde del continente europeo que continua siendo el primer lugar de procedencia de los ex-

tranjeros residentes en España, los colectivos mayoritarios a finales de marzo de 2005 eran el marroquí, que ha mantenido un crecimiento estable desde el proceso de regularización de 1991, seguido de los países de Latinoamérica: Ecuador, Colombia, Perú, Argentina y República Dominicana, constituyendo el colectivo global de inmigrantes procedentes de Latinoamérica el grupo más numeroso actualmente en España, después del continente europeo (Fig. 3).

En relación con los datos de la población infantil y juvenil (Tabla. 1), el número de extranjeros menores 16 años es de 280.756; es decir, un 13,6% de los extranjeros con autorización de residencia a 31 de marzo de 2005. Un número nada desdeñable para el pediatra, y en aumento progresivo no sólo por los niños inmigrantes procedentes de otros países, sino también por la llamada "segunda generación": niños nacidos en España de padres inmigrantes, que pasaron de 15.000 nacimientos en 1998 a 24.644 en el año 2000 y a 105.688 a marzo de 2005.

Hay que destacar también de la población infantil, que la mayoría de los niños pertenecen a familias de "inmigración económica", inmigrantes procedentes de países de renta baja, que llegan buscando mejorar sus condiciones de vida.

Finalmente, los niños procedentes de la adopción internacional también han aumentado en España en los últimos años, pasando de 942 niños en 1997 a 3.625 en 2002. Con respecto a los países de origen de la adopción, hasta 1999 procedían mayoritariamente de países latinoamericanos; mientras que, en los últimos años, ha habido un progresivo aumento de los niños adoptados procedentes de los países de Europa del Este y de Asia, siendo actualmente China el principal país de procedencia.

LEGISLACIÓN DE LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE

Los inmigrantes menores de 18 años tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los niños españoles.

La atención sanitaria a los extranjeros no comunitarios en España viene regulada por la ley de Extranjería.

Según la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, que regula la atención sanitaria a los extranjeros no comunitarios en España, tienen derecho a la atención sanitaria y a los servicios y prestaciones del Régimen de la Seguridad Social, en las mismas condiciones que los españoles:

- Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal en el que residan habitualmente.
- Los extranjeros que se encuentren en España y necesiten asistencia por enfermedad grave o accidente.
- **Los extranjeros menores de 18 años.**
- Las extranjeras embarazadas durante el embarazo, parto y posparto.

Por tanto, a los menores de 18 años, la legislación vigente les permite el acceso a la asistencia sanitaria sin ningún tipo de requisito en las mismas condiciones de igualdad que los niños españoles.

ATENCIÓN AL NIÑO INMIGRANTE

La atención al niño inmigrante ha de abarcar cuatro aspectos fundamentales:

problemática sociocultural, enfermedades tanto importadas como autóctonas que pueda padecer, comprobación y corrección del calendario vacunal y finalmente la posibilidad de que estos niños viajen de nuevo a sus países de origen.

Se considera niño inmigrante a todo niño procedente de otro país, en situación legal o irregular, refugiado y/o procedente de la adopción internacional. Se incluye también a los que pasan temporadas en España por programas estatales y a los niños nacidos en nuestro país de padres inmigrantes.

En la valoración del niño inmigrante en la consulta de Atención Primaria, el pediatra ha de considerar cuatro aspectos fundamentales en su atención:

Problemática sociocultural

Los niños inmigrantes proceden de muy diversas etnias y de una realidad muy diferente a la nuestra, con distintos hábitos de vida y distintas características socioculturales y religiosas que les dificulta y pone una serie de barreras para la atención sanitaria:

Dificultades lingüísticas

El idioma es una dificultad muy importante en la población no hispano parlante y complica el acceso a los servicios de salud y a la comunicación médico-paciente y, en último término, a la adecuada asistencia sanitaria.

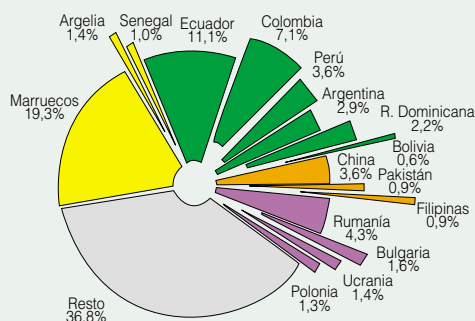
Diferencias culturales y religiosas

Cada cultura y religión tiene unas creencias diferentes respecto a la normalidad y anormalidad, a la percepción de la salud y de la enfermedad, a lo permitido y a lo prohibido, a la muerte. Motivos religiosos pueden motivar el rechazo a ser explorado un niño por un médico de sexo diferente al suyo o, en caso de adolescentes y jóvenes, la no administración de medicamentos por el ayuno en el Ramadán. Conocer y respetar sus creencias facilitará el éxito terapéutico.

Problemática sociolaboral

Los hogares de los niños de la "inmigración económica" suelen estar constituidos por padres con estudios primarios, con precariedad laboral y nivel de ingresos

Países	Total	%
	2.054.453	100%
Marruecos	396.668	19,30%
Argelia	28.127	1,40%
Senegal	19.943	1,00%
Ecuador	229.050	11,10%
Colombia	145.656	7,10%
Perú	73.145	3,60%
Argentina	59.008	2,90%
R. Dominicana	44.431	2,20%
Bolivia	12.399	0,60%
China	73.936	3,60%
Pakistán	18.678	0,90%
Filipinas	18.466	0,90%
Rumanía	88.940	4,30%
Bulgaria	33.188	1,60%
Ucrania	28.786	1,40%
Polonia	27.248	1,30%
Resto		36,80%



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Disponible en: <http://www.dgi.mir.es>

Continente	Total	< 16 años
Total	2.054.453	280.756
África	511.196	110.521
Iberoamérica	676.220	90.253
Esp. Económico Europeo	523.367	33.021
Asia	146.503	22.979
Países del Este	177.863	22.548
América del Norte	17.021	1.157
Oceanía	1.211	71
No consta	1.072	206

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Disponible en: <http://www.dgi.mir.es>

sanitarios, lo cual puede conllevar pobreza, peor higiene, malas condiciones de vivienda, hacinamiento, etc., que los puede hacer más susceptibles a determinadas patologías.

Cambios en el rol familiar, ya que el que emigra, no siempre es el varón joven y sano de la familia, sino que actualmente muchas veces la que emigra es la mujer sola, incluso dejando hijos pequeños atrás, y es ahora ella la que aporta el dinero y se convierte, por tanto, en "el cabeza de familia" y, sin embargo, está ausente, lo que está provocando importantes cambios en los roles sociales.

Esta serie de diferencias culturales y lingüísticas, junto con desconocimiento del funcionamiento de nuestro sistema

sanitario, y horarios de trabajo rígidos de los padres, temor al despido, miedo a estar "sin papeles" y ser expulsados del país, lleva también a una utilización incorrecta de los servicios de salud, con una sobreutilización de las consultas sin cita (mal llamadas "consultas urgentes"), generalmente a primera o a última hora de las consultas, cuando los padres entran o salen del trabajo; requisitos de atención inmediata; solicitud de estudios analíticos y tratamientos periódicos de desparasitación; certificados de salud y de vacunación de niños que nunca hemos visto hasta ahora; incumplimiento de las prescripciones, etc., son motivos de queja frecuentes de los profesionales sanitarios.

FIGURA 3.
Inmigrantes en España.
Distribución por país de origen

TABLA I.
Inmigrantes en España.
Residentes extranjeros < 16 años

TABLA II.
Principales
enfermedades
en la población
infantil según
procedencia

	<i>Patologías infecciosas</i>		<i>Otras patologías</i>
	<i>Frecuentes</i>	<i>Menos frecuentes</i>	
Europa Central y del Este			
TBC	Parasitosis intestinales		Malnutrición, raquitismo, ferropenia, fallo de medro, déficit visual/auditivo, asma, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plomo, secuelas post-radiaciones incontroladas (Ucrania, sudeste de Rusia), inmunizaciones incompletas
Hepatitis A, B, C	Infecciones intestinales		
Sífilis	HIV (Rumanía)		
Leishmaniasis	Tos ferina (Rusia)		
Latinoamérica			
TBC	Meningitis meningocócica,		Drepanocitosis (Caribe), otras hemoglobinopatías, ferropenia, pubertad temprana en niñas
(Centroamérica, Caribe)	cólera, fiebres virales hemorrágicas, lepra, HIV,		
Hepatitis A y B	ETS, infecciones intestinales,		
Parasitosis intestinales	estrongiloidiasis, paludismo (Centroamérica), leishmaniasis, enfermedad de Chagas, brucelosis		
África			
TBC	Meningitis meningocócica,		Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías, malnutrición, raquitismo carencial, ferropenia, déficit de lactasa, inmunizaciones incompletas
Hepatitis B	cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra,		
ETS	esquistosomiasis,		
HIV	estrongiloidiasis,		
Parasitosis intestinales (Áscaris, Trichura, Giardia)	cisticercosis, leishmaniasis, enfermedad del sueño,		
Paludismo	sarampión, poliomielitis		
Filariasis	(en algunas zonas de África central)		
Asia			
TBC	Meningitis meningocócica,		Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías, malnutrición, raquitismo carencial, ferropenia, fallo de medro, retraso psicomotor, intolerancia a la lactosa (China), disfunción tiroidea por déficit de yodo (China y Asia central), pubertad temprana en niñas, déficit visual/auditivo, asma, inmunizaciones incompletas (China), intoxicación por plomo (China)
Hepatitis A	cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, Lúes,		
Hepatitis B (India, Vietnam, Corea)	HIV (China), parasitosis intestinales (tenia enana, Strongiloides),		
Hepatitis C (China)	esquistosomiasis, filariasis hemolinfáticas, paludismo, cisticercosis, leishmaniasis, poliomielitis (Pakistán, India), sarampión		

Para disminuir toda esta problemática, es necesario, a nivel personal, como profesionales sanitarios, conocer, comprender y respetar estas diferentes realidades religiosas, culturales y sociales y a nivel institucional, por una parte flexibilizar los servicios sanitarios disponiendo programas de acogida e integración, que ya están en marcha en diferentes Comunidades Autónomas, con información de las prestaciones sanitarias y servicios sociales a los que tienen derecho, vías de acceso, normativas, elaboración de material informativo en su idioma, fomentando la participación en programas de educación para la salud y de promoción de la vacunación entre la población inmigrante y atención a la salud mental y aspectos psicosociales derivados del fenómeno de la inmigración, y por otra parte, con dota-

ción de herramientas y conocimientos a los profesionales para mejorar la asistencia de la población inmigrante, mediante incorporación de traductores y mediadores sociosanitarios, cursos de formación a los profesionales, elaboración de guías y protocolos y aumento de recursos profesionales en aquellas zonas con gran aumento de población inmigrante.

Enfermedades del niño inmigrante

Aunque todo niño inmigrante o procedente de la adopción internacional es considerado de riesgo sanitario, es muy importante a la hora de su valoración, tener en cuenta el lugar de procedencia, pues tanto su estado de salud, como la posible patología importada que pudieran traer de su país de origen varía en gran medida; así, los niños procedentes de La-

tinamérica o del norte de África, que constituyen en España el mayor porcentaje de la población infantil inmigrante, en general presentan un buen estado de salud y escasa patología infecciosa importada. El conocer estas diferencias condicionará el manejo posterior de estos niños (Tabla II).

El pediatra que atiende al niño inmigrante debe valorar en primer lugar la posibilidad de que pueda padecer o ser portador de enfermedades infecciosas importadas, presentes de forma habitual en su país de origen pero inusuales en nuestro medio, así enfermedades tropicales como parasitosis intestinales, filariasis o malaria. Es importante que el pediatra tenga presente la posibilidad de estas enfermedades para evitar retrasos en el diagnóstico y poder indicar el tratamiento correcto; sin embargo, también hay que tener en cuenta, de cara a la población española preocupada por la posible transmisión de enfermedades desde la población inmigrante, que aunque las enfermedades infecciosas son la primera causa de mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo, su repercusión sobre la salud pública en España, por la posibilidad de diseminación de estos patógenos a la comunidad, es mínima, por las diferentes condiciones sociosanitarias y porque en España no se dan ni las condiciones climáticas ni la existencia de vectores que transmiten estas enfermedades.

También, pueden presentar con mayor frecuencia enfermedades infecciosas que, aunque están presentes en nuestro medio, son mucho más prevalentes en sus países de origen, como TBC, hepatitis víricas o HIV; por lo que, podría ser recomendable su cribado en los niños inmigrantes procedentes de zonas con alta prevalencia. Y en otros casos, se trata de enfermedades infecciosas inmunoprevenibles, que dadas nuestras coberturas vacunales apenas se diagnosticaban ya en nuestro país, como es el caso del sarampión o la rubéola.

Dentro de la patología no infecciosa, estos niños, debido a su alimentación, muchas veces escasa y poco variada, pueden presentar carencias nutricionales con: malnutrición, raquitismo, retraso ponderoestatural, déficit vitamínicos y anemia, generalmente ferropénica, pero sin olvidar la posibilidad de que puedan pre-

sentar, según su etnia, anemias hemolíticas de causa genética, como: drepanocitosis, talasemia o déficit de Glu6PDH.

La deficiencia de lactasa es también frecuente en niños americanos, del África tropical y del sudeste asiático.

Debido a que en sus países de origen no hay programas de prevención y promoción de la salud, hay que hacer también exploración y despistaje de alteraciones visuales y auditivas, caries y maloclusión (siendo la caries muy frecuente en estos niños, llegando incluso a caries rampantes de incisivos, debido a los malos hábitos dietéticos y escasa higiene dental), retraso del desarrollo psicomotor, y valorar la existencia de ansiedad, depresión o/y trastornos psicossomáticos, más frecuentes en ellos, debido al gran cambio que para ellos supone el haber dejado su país, sus personas queridas, sus amigos, sus referencias. "Su mundo" ha cambiado completamente y viven una situación de "pérdida", de "duelo", de todo lo que han dejado atrás, y si no elaboran correctamente el duelo, sobre todo en adolescentes, aparecerán problemas psicossomáticos y trastornos psicossomáticos.

Finalmente, el niño inmigrante puede presentar enfermedades adquiridas en la comunidad; es decir, las mismas enfermedades de los niños españoles. Ésta es la patología más frecuente que presentan los niños inmigrantes, ya que están expuestos a los mismos patógenos que los niños autóctonos, pero debido a sus peores condiciones sociosanitarias y menores coberturas vacunales, son más susceptibles a padecerlas, pudiendo darse en ellos, con más frecuencia o gravedad, enfermedades infecciosas propias de nuestro medio, como: las infecciones de vías respiratorias, neumonías, gastroenteritis, tiña, pediculosis o rubéola.

Vacunación del niño inmigrante

En todo niño inmigrante o procedente de la adopción internacional, hay que preguntar y comprobar su estado vacunal.

Puede ocurrir que el calendario vacunal sea diferente en su país y le falten vacunas que se administran en España pero que no están incluidas en su país de origen; así, la vacuna del *Haemophilus influenzae* o del *meningococo C*, o la vacuna triple vírica, que en muchos países

Edad	Meses contados a partir de la primera visita						
	0	1	2	4	6	12	24
< 24 meses	DTPa		DTPa	DTPa		DTPa	
	Hep B ¹		Hep B	Hep B			
	Hib ²		Hib	Hib		Hib	
	Meningo C ³		Meningo C	Meningo C			
	VPI		VPI	VPI		VPI	
	Triple vírica ⁴						
2 a 6 años	DTPa		DTPa			DTPa ⁵	DTPa ⁶
	Hep B	Hep B			Hep B		
	Hib						
	Meningo C						
	VPI		VPI			VPI ⁷	VPI ⁷
	Triple vírica	Triple vírica ⁸					
7 a 18 años	Td	Td				Td ⁹	
	Hep B	Hep B				Hep B	
	Meningo C	Varicela ¹¹					
	VPI	VPI				VPI	
	Triple vírica	Triple vírica ¹⁰					
>18 años	Td	Td				Td	
	VPI	VPI				VPI	

(1) Si no se utilizan vacunas combinadas se puede dar en régimen 0, 1 y 6 meses.
(2) Según la edad de inicio de la vacunación: < 7m: 4 dosis; 7-11 meses: 3 dosis; 12-14 meses: 2 dosis; ≥ 15 meses: 1 dosis.
(3) Según la edad de inicio de la vacunación y la vacuna utilizada: 0-5 meses: 2-3 dosis; 6-11 meses: 2 dosis; ≥ 12 meses: 1 dosis.
(4) A partir de los 12 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no contabilizan).
(5) A los 8-12 meses de la segunda dosis.
(6) A los 12 meses de la tercera dosis. Aunque lo ideal sería administrar un total de 5 dosis, son aceptables 4 dosis.
(7) Tercera dosis a los 8-12 meses de la segunda. Valorar administrar una cuarta dosis 12 meses después de la tercera, que no es necesaria si en régimen exclusivo de VPI la tercera dosis se administra con 4 años o más.
(8) La segunda dosis entre los 4-6 años de edad o en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis si ya tiene 4 años.
(9) La tercera dosis se puede administrar a los 6-12 meses de la segunda. Recuerdo cada 10 años.
(10) La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas 4 semanas desde la recepción de la primera dosis.
(11) Vacunar a los 11 años de edad si no ha pasado la enfermedad ni está vacunado.

TABLA III.
Calendario de vacunas a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa. Recomendación es por edad de inicio de vacunación

sólo se inmuniza con antisarampionosa monovalente. O bien, lo que ocurre es que hay un calendario vacunal incompleto por falta de alguna dosis o retraso en los periodos recomendados. En otros casos, no tienen cartilla vacunal, o bien las vacunas están anotadas en un idioma que desconocemos o por el nombre comercial y no por el genérico, con lo que no sabemos que vacunas se han administrado. Por otra parte, en los niños de adopción internacional, hay países con escasa

bilidad de los certificados vacunales, así los expedidos en China, Rusia y países de Europa del Este.

Por todo ello, es conveniente comprobar el calendario vacunal en la primera visita del niño, lo antes posible desde su llegada a España, completando la secuencia de inmunizaciones según pautas recomendadas para niños mal vacunados y evitarle así posibles enfermedades infecciosas frente a las que no está inmunizado (Tablas III y IV).

TABLA IV.
Número de dosis
recomendadas
para considerar
a un niño
correctamente
vacunado

Edad	Triple vírica	Tétanos	Difteria	Tos ferina	Hib	Polio	Hep B	Meningo C	Varicela
< 24 m	1*	4	4	4	1-4**	4	3	1-3***	
2-6 a	2*	4-5	4-5	4-5	1-4**	4	3	1-3***	
7-18 a	2	3	3			3	3		1****
> 18 a	1	3	3						

* En caso de recepción previa de: 1) vacuna antisarampionosa monovalente por encima de los 12 meses; o 2) de TV o antisarampionosa monovalente con menos de 12 meses, se administrará una dosis de TV en el momento de la visita y una segunda dosis entre los 4-6 años de edad o en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis si ya tiene 4 años.

** Según la edad de inicio de la vacunación: < 7m: 4 dosis; 7-11 meses: 3 dosis; 12-14 meses: 2 dosis; ≥ 15 meses: 1 dosis.

*** Según la edad de inicio de vacunación y la vacuna utilizada: 0-5 meses: 2-3 dosis; 6-11 meses: 2 dosis; ≥ 12 meses: 1 dosis.

**** Vacunar a los 11 años de edad si no ha pasado la enfermedad ni está vacunado.

Como norma general, en las situaciones de calendarios retrasados o interrumpidos, se seguirá la vacunación considerándose que dosis puesta es dosis válida, y se completará la pauta vacunal a partir de la última dosis administrada. Tras las dosis necesarias para corrección del calendario, se continuarán las pautas del calendario vacunal vigente para cada Comunidad.

En aquellos niños sin certificado de vacunación o en los niños de adopción internacional de países con escasa fiabilidad, en los que hay dudas de la veracidad del certificado vacunal, se podría realizar serología y vacunación según resultados serológicos, o bien ante la duda razonable estaría indicado iniciar calendario vacunal completo conforme a su edad.

Las correcciones de calendario se intentarán hacer con pautas aceleradas, en el menor tiempo posible, coincidiendo si se puede con otras visitas para facilitar el cumplimiento y respetando los intervalos mínimos entre dosis, que como norma general es de 4 semanas.

En aquellos niños en los que el calendario vacunal esté escrito en otro idioma o por nombre comercial en vez del genérico, es útil visitar la web de la OMS: www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countryprofileselect.cfm, en la que se puede consultar el calendario vacunal de cualquier país, y también la web de la Asociación Española de Vacunología (AEV): www.aev.es/aev/html/necesita/calVac.htm, en la que se encuentran las vacunas de los países eu-

ropeos y de los principales países de procedencia de inmigración en España.

Finalmente, hay que tener en cuenta que un programa de inmunización en una comunidad no es efectivo si no se consiguen altas tasas de cobertura vacunal; por lo que, desde un punto de vista comunitario, es también muy importante conseguir aumentar las coberturas vacunales en la población inmigrante.

Viaje del niño inmigrante a su país de origen

Los niños inmigrantes pueden volver a su país de origen, bien por períodos cortos de tiempo bien para estancias largas, y tienen riesgo de contraer enfermedades endémicas frente a las cuales son de nuevo susceptibles. Por ello, es muy importante valorar muy bien su inmunización, tanto de las vacunas rutinarias, considerando que en muchas partes del mundo enfermedades como la hepatitis, sarampión, tos ferina o polio tienen alta prevalencia y su inmunización es prioritaria, pudiendo realizar si es preciso pautas aceleradas de vacunación, como de las vacunas especiales para viajes internacionales, siendo conveniente derivarles a un Centro para Viajeros Internacionales, en el que les aconsejen, según prevalencia de las enfermedades de la zona, vacunas especiales, como: antipalúdica, antitifoidea, vacunación de la hepatitis A o profilaxis con BCG.

Se pueden visitar las siguientes web, en las que consultar los centros de vacunación internacional, recomendaciones para viajeros internacionales y la situación sanitaria mundial por países:

- http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_sanidad_exterior.htm
- <http://fisterra.com/Vacunas/viajes.asp>
- <http://www.cdc.gov/travel>

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL NIÑO INMIGRANTE

En todo niño inmigrante o de adopción internacional que acude a consulta, ya sea por un motivo de salud o bien solicitando espontáneamente reconocimiento por llegada a España, se valorará lo antes posible, idealmente en consulta concertada, para reconocimiento global de su estado de salud, detectar posibles patologías y comprobación y actualización de calendario vacunal.

La valoración inicial del niño inmigrante o de adopción internacional debe comenzar por una **historia clínica** completa, que recoja fecha de nacimiento; país de procedencia y tiempo que lleva el niño en España; convivientes en el mismo domicilio familiar; antecedentes familiares; antecedentes personales de enfermedades infecciosas previas, vacunaciones, alergias y BCG; alimentación habitual del niño y si presenta algún síntoma de enfermedad en el momento actual.

Se realizará **exploración física**, con registro de peso, talla (y perímetro cefálico en menores de 2 años), comparándolos, si es posible, con los percentiles de las gráficas correspondientes a las tablas de su país de origen, pero teniendo en cuenta que tienen mayor valor las ganancias de peso y talla en controles periódicos posteriores.

Exploración completa, con especial énfasis en aquellos signos que puedan sugerir alguna patología propia del país de origen.

La petición de **pruebas complementarias** va a depender fundamentalmente del lugar de procedencia del niño, en función de la prevalencia de las posibles enfermedades importadas (Tablas II y V).

Se puede revisar periódicamente esta información en la web de la OMS: <http://www.who.int/es/index.html> y del Ministerio de Sanidad: http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_sanidad_exterior.htm

Como **pruebas básicas** de despista se aconseja la realización de:

- **Hemograma**, por posible anemia ferropénica, hemolítica, talasemia, o eosinofilia que hace sospechar parasitosis.
- **Bioquímica básica**, con: glucosa, urea, creatinina, transaminasas, gammaGT, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, proteínas totales, albúmina, hierro y ferritina.
- **Coprocultivo**, si presentan diarrea o eosinofilia.
- **Parásitos en heces**.
- **Sedimento de orina**: si hematuria sospechar esquistosomiasis.
- **Mantoux**, se debe considerar la realización de mantoux en niños con factor de riesgo: inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país y procedentes de zonas de alta prevalencia de TBC, como son: Latinoamérica (Ecuador, Perú, República Dominicana, Bolivia), África (Marruecos, Nigeria, Guinea Ecuatorial), Asia (China, Filipinas) y Europa (Rusia y Rumania).
- **Serología Hepatitis B** en niños procedentes de zonas endémicas: Rusia, Europa del Este, Asia suroriental, China, África subsahariana, Sudamérica septentrional y Alaska.

Otras **pruebas complementarias más específicas** pueden solicitarse dependiendo del lugar de procedencia del niño y de los hallazgos de la exploración física:

- **Serología hepatitis C, sífilis y HIV** en niños procedentes de zonas de alta prevalencia.
- **Frotis de gota gruesa** para despistaje de malaria.
- **Estudio de filarias**.
- **Cribado de metabolopatías** en menores de 6 meses.
- **Electroforesis de hemoglobinas** en sospecha de hemoglobinopatías.
- **Plomo sérico** en niños procedentes de Rusia, Europa del Este y China.

Estas pruebas complementarias no deben pedirse como una norma general, sino tras una valoración individualizada del niño, y en aquellos casos en los que consideremos que hay que hacer alguna de estas pruebas especializadas que no se realizan en Atención Primaria, se derivará al niño a una Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades Importadas para confirmar diagnóstico y tratamiento específico.

	Europa del Este	África del Norte	África subsahariana	Asia	Latinoamérica
Hemograma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bioquímica básica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sedimento de orina			Sí		
Coprocultivo		Sí	Sí	Sí	Sí
Parásitos en heces		Sí	Sí	Sí	Sí
Mantoux	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
VHB	Sí	Sí	Sí	Sí	
VHC	Sí	Sí	Sí	Sí	
HIV	Sí		Sí		
Serología sífilis	Sí		Sí		
Gota gruesa			Sí	Sí	
Filarias			Sí		

TABLA V.
Pruebas complementarias recomendadas según origen de procedencia

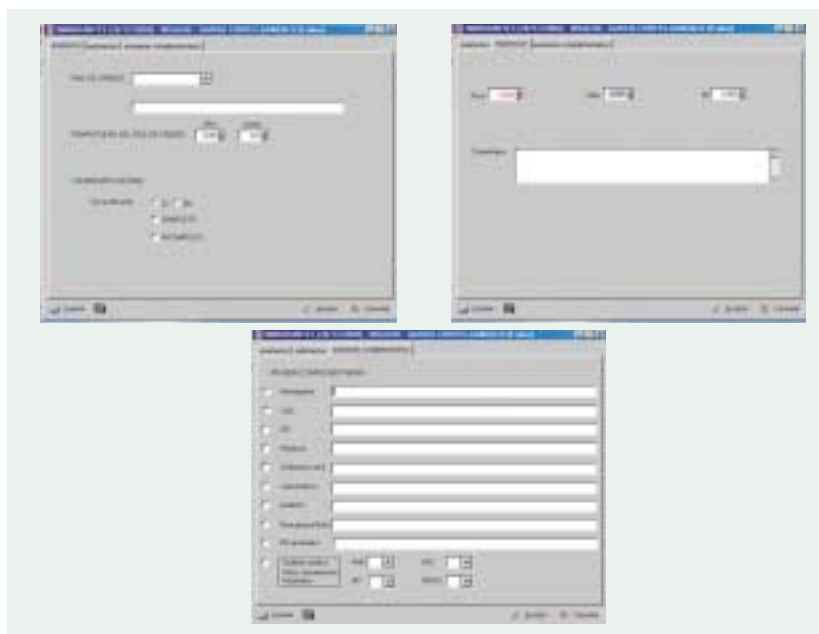


FIGURA 4.
Protocolo OMI. Atención al niño inmigrante

PROTOCOLO OMI DE ATENCIÓN AL NIÑO INMIGRANTE

Actualmente, con la informatización de las consultas, la disponibilidad de protocolos puede facilitar y agilizar nuestro trabajo, recordándonos la pautas a seguir, facilitándonos la recogida y registro de los datos y permitiendo su explotación posterior (saber cuantos niños inmigrantes atendemos, prevalencia de patologías, realización de estudios, investigación, etc.).

Un posible protocolo de actuación es el que se ha realizado en el Centro de Salud Mar Báltico de Madrid. Es un protocolo sencillo que consta de tres carpetas, la primera de anamnesis, la segunda de exploración y la tercera de exámenes complementarios, que facilita la atención a los niños inmigrantes (Fig. 4).

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Área 11 Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud. Atención al niño de origen extranjero. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/area11.pdf>. Consultado el 1 de julio de 2005.
- 2.*** Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf>. Consultado el 1 de julio de 2005.
- 3.*** Masvidal i Aliberch RM. Protocolo de Atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/ravalnord.htm>. Consultado el 1 de julio de 2005.
- 4.*** Real Rodríguez B, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL. Centro de salud Mar Bál-

- tico. Área IV. Madrid. Realidad del niño inmigrante en España. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/realidadgen.htm>. Consultado el 1 de julio de 2005.
- Revisiones actualizadas y completas, realizadas todas ellas por pediatras de Atención Primaria, que recogen todos los aspectos de la atención al niño inmigrante y con protocolos prácticos de actuación en consulta.
- 4.*** Calendarios vacunales. Calendario de vacunación para inmigrantes. Asociación Española de Vacunología. Disponible en: <http://www.aev.es/aev/html/necesita/calvac.htm>. Consultado el 1 de julio de 2005.
- 5.*** Calendarios vacunales. Calendarios de rescate según edad, para niños y adolescentes mal vacunados. Dosis necesarias según edad para considerar que se está bien vacunado. Disponibles en: <http://aepap.org/ampap/calvac.htm>. Consultado el 1 de julio de 2005.
- En estas web se pueden consultar las pautas recomendadas de corrección de calendario vacunal para niños mal vacunados, por grupos de edad, número de dosis necesarias para considerar correcta la inmunización de las diferentes vacunas y calendarios vacunales de los países con mayor inmigración en España.
- 6.** García Sánchez N, de Juan Martín F. Preocupaciones acerca de la vacunación del niño inmigrante. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2005; **7**: 53-6.
- Artículo muy completo, con una correcta revisión sobre los problemas con los que nos encontramos los pediatras en la vacunación de estos niños, y pautas actualizadas de corrección de calendario.
- 7.* García Pérez J. Vacunación en niños inmigrantes. XVI Congreso Nacional de Pediatría Social. Madrid: AEP; 2003. p. 155-61.
- Recomendaciones de vacunación para niños inmigrantes, dosis necesarias, estudios serológicos de Ac vacunales realizados en el hospital del Niño Jesús, y protocolo de petición de pruebas complementarias recomendado según continente de origen.
- 8.* González de Aledo A. Vacunas extranjeras. *Acta Pediatr Esp* 2001; **59**: 56-61.
- Este artículo, también disponible en el anexo 7 de la Guía Práctica de Vacunaciones de Juan J. Picazo, recoge una relación completa de vacunas por nombre comercial, composición genérica, composición exacta y laboratorio farmacéutico.
- 9.** Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de tuberculina en niños. *An Pediatr (Barc)* 2003; **59** (6): 582-5.
- La posibilidad de que un inmigrante desarrolle TBC depende fundamentalmente de la prevalencia de TBC en su país de origen. En este artículo se recogen los factores de riesgo que aconsejan la realización del mantoux y su posterior interpretación.
- 10.* La atención al inmigrante: del aluvión a lo razonable. Documentos semFYC nº 17. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2002.
- Artículo de sencilla lectura en el que se sintetizan los temas más importantes a considerar en la población inmigrante, muchos de los cuales son superponibles en la población infantil.
- 11.*** López-Vélez R, Martín MJ. El niño inmigrante I. Monografías de Pediatría nº 140, 2003.
- 12.*** López-Vélez R, Martín MJ. El niño inmigrante II. Monografías de Pediatría nº 142, 2003.
- Dos monografías dedicadas a la atención del niño inmigrante, en las que se recoge de forma sencilla y didáctica la clínica, diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades infecciosas que puede presentar el niño inmigrante.
- 13.* Los planes de las Comunidades Autónomas para la integración social de las personas inmigrantes. Cuadernos de Información Sindical. Confederación Sindical de Comisiones Obreras Editor. Fundación 1º de mayo. Madrid 2003. Disponible en: <http://www.ccoo.es/pdfs/CIS50.pdf>. Consultado el 1 de junio de 2005.
- Documento en el que se recogen los diferentes planes de actuación por Comunidades Autónomas para conseguir la integración social de los inmigrantes en nuestra sociedad.
- 14.** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Disponible en: <http://www.dgei.mir.es>. Consultado el 1 de junio de 2005.
- Muy útil para conocer de forma actualizada el número y las características demográficas de los inmigrantes que hay en España.

Caso clínico

Niño de 5 años, desde hace 15 días en España, procedente de Ecuador. Acude a consulta de pediatría por presentar fiebre de 39,5° C de 3 días de evolución acompañada de malestar general, tos, hiperemia conjuntival y exantema ma-

culopapular generalizado. Ante sospecha de sarampión se pidió serología y cultivos, llegando posteriormente resultados positivos: IgM+, cultivo (sangre y orina) + al virus del sarampión.

A los 15 días, acude de nuevo por presentar febrícula de 37,5° C junto con lesiones vesiculosas en cara, cuero cabelludo, cuello, tronco y alguna aislada

en extremidades, siendo diagnosticado de varicela.

Después de 15 días, acude nuevamente por cuadro febril de 38,5° C, exantema puntiforme, palpable, no confluyente en cara, cuello y tronco, con predominio de las lesiones en axilas, pliegues antecubitales e ingles. Se recogió frotis faríngeo y se pautó tratamiento con penicilina oral.

VALORACIÓN INICIAL DEL NIÑO INMIGRANTE



ALGORITMO:
VALORACIÓN
INICIAL DEL
NIÑO
INMIGRANTE