

Viernes 12 de noviembre de 2004

Mesa Redonda:

**“Atención al niño inmigrante
y a los hijos de inmigrantes”**

Moderadora:

Dolors Canadell Villaret

Pediatra, CAP Barberà del Vallés, Barcelona.

■ **Atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes**

Rosa María Masvidal Aliberch

Pediatra, CAP Dr. Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Barcelona.

Inmaculada Sau Giralt

Pediatra, CAP Olot, Hospital de S. Jaume, Girona.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Masvidal Aliberch RM y Sau Giralt I. Atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 251-258.

Atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes

Rosa María Masvidal Aliberch

Pediatra, CAP Dr. Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Barcelona

l2808rma@comb.es

Inmaculada Sau Giralt

Pediatra, CAP Olot, Hospital de S. Jaume, Girona

p416uiag@pgirona.scs.es

RESUMEN

El aumento de la inmigración representa un reto para el profesional sanitario porque se enfrenta a culturas diferentes y patologías diferentes. Debido a ello es interesante tener un protocolo que ayude a la atención de los niños inmigrantes y a los hijos de inmigrantes. Los objetivos de este protocolo serán: el diagnóstico de patologías, las actividades preventivas y de educación sanitaria y fomentar la integración del niño y su familia.

Ciertas actividades necesitan de unas actitudes y de unos conocimientos que, en ocasiones, desconocemos o de los que tenemos poca práctica: prevención de la mutilación genital femenina, relacionarnos con personas con costumbres y creencias muy diferentes a las nuestras, etc. En todo caso sólo desde la estimación y el respeto podremos ayudarlos y podremos enriquecernos de lo que personas de culturas diferentes a las nuestras nos pueden aportar.

¿Es el niño inmigrante o hijo de inmigrantes un niño de riesgo? Esta es una pregunta clave, ya que si no hay factores de riesgo no precisa de intervenciones fuera de las habituales en toda población pediátrica. La inmigración en sí puede no ser un factor de riesgo más importante que cualquier cambio significativo en la vida de una persona, por lo cual nos podríamos permitir no considerarla como tal, pero la realidad es, como lo confirma la práctica, que la mayoría de los niños inmigrantes de países de baja renta (PBR) presentan factores de riesgo. Los más importantes a reseñar y que no necesariamente han de estar presentes en todos los niños inmigrantes o hijos de inmigrantes de PBR son los siguientes:

1. Procedencia de países o zonas con una alta incidencia de enfermedades infecciosas. Por el estado sanitario de los PBR las infecciones parasitarias son habituales. La incidencia de hepatitis A y B suele ser alta y en algunos países también la hepatitis C. El paludismo es una enfermedad endémica en muchos. La enfermedad de Chagas es endémica en muchas zonas de América del Sur, etc.
2. Algunos inmigrantes son de razas con alta incidencia de enfermedades congénitas: los individuos de raza negra tienen más riesgo de sufrir drepanocitosis, ciertas razas tienen una prevalencia alta de talasemias... Además, en ciertas culturas, la consanguinidad es frecuente con lo que ello reporta de un mayor índice de patología genética.
3. Las características culturales y de tradición de ciertos grupos étnicos pueden ser una fuente de patología: costumbre de castigos físicos a los hijos, mutilación genital femenina, hábitos alimentarios que generan deficiencias, etc.
4. Muchos inmigrantes de PBR presentan condiciones psico-sociales que pueden generar patología o dificultar nuestra tarea como profesionales: analfabetismo de las madres, pobreza, marginación, estrés, duelo migratorio, situaciones laborales precarias, choque cultural, etc.

I. VISITA DE ACOGIDA

Es imprescindible que nos posicionemos delante del niño inmigrante y de su familia de una forma individualizada, es un paciente como otro y nuestra actitud de base ha de ser similar. Delante de él nos preguntaremos si ese niño en concreto, por su raza, país de procedencia, antecedentes o extracto socio-cultural, es un niño de riesgo que precise de intervenciones específicas de diagnóstico o prevención.

La empatía, como en cualquier otra visita, es imprescindible, sobre todo teniendo en cuenta que, en culturas alejadas de la nuestra, habrá en la relación personal sanita-

rio/paciente sentimientos ambivalentes de desconfianza, complejos de inferioridad que se manifiesten con actitudes inhibitorias o por el contrario reivindicativas, incompreensión hacia ciertos mensajes, etc.

Es importante que en la primera visita se cree una relación de confianza y éste ha de ser su objetivo principal. Nos interesaremos primero por el motivo de consulta, realizaremos una historia clínica básica y exploración física e intentaremos dar respuesta a la consulta. Después diseñaremos un plan individualizado para ir realizando todas las actividades sanitarias que procedan: poner al día las vacunas, técnicas de cribado, etc. Explicaremos a la familia el plan que hemos diseñado y la importancia de seguirlo.

En relación con aquellas preguntas dirigidas a conocer su entorno, sus costumbres y sus creencias, es muy importante explicar primero por qué las hacemos y por qué queremos saber tantas cosas de su vida privada: cómo es su vivienda, cómo se alimentan, etc., si ellos conocen nuestro propósito y lo entienden van a colaborar sin ningún reparo.

El problema del lenguaje es clave, incluso con personas hispanas no es seguro que usemos términos comunes, lo que puede dar lugar a confusiones. El poder acceder a mediadores culturales es a veces imprescindible y en muchos casos al menos hemos de asegurarnos un traductor mínimamente competente y que no ha de ser un menor.

2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA AL INMIGRANTE E HIJO DE INMIGRANTES

La protocolización de actividades en la asistencia médica es un instrumento para facilitar el trabajo del clínico y cómo ha de ser seguido y utilizado. Nunca ha de ser algo rígido y sobre él siempre está el paciente concreto. Una vez dicho esto explicaremos un Protocolo de actuación para el niño/a inmigrante de PBR, algunas de las actividades de dicho Protocolo serán comunes para hijos de padres inmigrantes.

Los objetivos específicos de dicho Protocolo serán:

1. Diagnóstico de patologías, incluidas aquellas que pueden ser asintomáticas en el momento de la primera visita.
2. Realizar actividades preventivas: las propias del Programa del Niño Sano, poner al día las vacunaciones, realizar profilaxis específicas y la educación sanitaria.
3. Fomentar la integración del niño y su familia.

Diagnóstico de patologías

Como en todos los pacientes es imprescindible una buena historia clínica. Específicamente en el inmigrante nos interesaremos por el país y zona del país de procedencia, fechas de la migración y ruta migratoria, religión (no en todos los casos), consanguinidad entre los padres, posibles transfusiones (sobre todo en inmigrantes procedentes de China o países del Este), tipo de alimentación, síntomas de posibles enfermedades importadas¹ y vacunas administradas.

La exploración física ha de ser completa. La inspección de la piel será exhaustiva ya que nos puede informar de enfermedades que cursen con alteraciones a este nivel. Se intentará identificar la cicatriz de la vacuna BCG registrando su presencia o ausencia. En el caso de niñas que provengan de zonas donde se practique la mutilación genital femenina se hará una descripción de los genitales que ha de constar específicamente en la historia clínica. Se valorará el desarrollo psicomotor en el niño pequeño, teniendo en cuenta que puede haber pequeñas variaciones con respecto a la media autóctona debidas a comportamientos culturales. En el caso del niño adoptado hemos de ser muy cautos en la valoración del desarrollo psicomotor ya que en la mayoría de casos mejoran espectacularmente con los cuidados apropiados que les dispensan sus nuevos padres. En caso de macro o microcefalia, siempre después de descartar que sea racial, se han de investigar posibles enfermedades congénitas, específicamente infecciosas.

Analítica

Si por la historia clínica y/o la exploración se sospecha una enfermedad, se solicitarán las pruebas necesarias.

En la gran mayoría de niños provenientes PBR asintomáticos están indicadas las siguientes analíticas: estudio de parásitos en heces, hemograma (anemia, eosinofilia), ferritina (ferropenia), serología de hepatitis B. Puede considerarse: Ca, P y Falc. (despistaje de raquitismo), serología de hepatitis C y plomo.

En casos especiales:

- Serologías de VIH y sífilis. Sobre todo en niños adoptados y los procedentes de África Subsahariana y países del Este.
- Despistaje de esquistosomiasis en inmigrantes de zonas donde esta enfermedad es endémica²: se realizará con una muestra de orina obtenida después de que el paciente haya realizado ejercicio; si presenta hematuria, se remitirá orina para estudio de parásitos.
- Serología a enfermedad de Chagas en individuos provenientes de zonas endémicas² que hayan vivido con ganado o en casas o cerca de casas de adobe.
- Gota gruesa para cribado de paludismo a todos los procedentes de África Subsahariana y a todos los provenientes de zonas endémicas² que presenten fiebre, sobre todo en los tres meses posteriores a la emigración.
- Despistaje en niños de raza negra o con alto componente genético de esta raza, tanto inmigrantes como hijos de inmigrante, mediante electroforesis de hemoglobinas, de drepanocitosis. Se realizará estudio de otras hemoglobinopatías en todo paciente con hemograma sugestivo.
- Considerar también el despistaje del déficit de

glucosa 6 fosfato deshidrogenasa sobre todo si es necesario tratamiento antipalúdico.

- Realizaremos cribado de hipotiroidismo en niños menores de dos años y menores de cinco años si proceden de China o en zonas que nos consten como endémicas. También realizaremos cribado de fenilcetonuria en menores de dos años.
- Prueba de tuberculina: de realizará prueba de tuberculina (PT) a todo niño inmigrante de PBR independientemente de que esté o no vacunado de BCG, idealmente se realizará a la llegada y tres meses después de la emigración. La interpretación de la PT en los vacunados de BCG no es un tema totalmente resuelto¹³, en principio consideraremos infectado a todo niño, esté o no vacunado de BCG, que tenga una PT igual o superior a 5 mm si tiene clínica compatible con TBC, está inmunodeprimido, es un contacto de un enfermo de TBC o es un convertor; se considerarán infectados los vacunados de BCG con una PT igual o superior a 10 mm si están entre los casos anteriores o hace más de tres años de la vacunación BCG, si hace menos de tres años podemos considerar el límite de igual o superior a 15 mm. Se recomienda, en caso de PT negativa en niño vacunado de BCG, repetir la PT después de 8-15 días para provocar el efecto booster; será esta segunda PT la que consideraremos válida.
- Realizaremos Rx de tórax en todos los casos que la PT sea igual o superior a 5 mm.

Actividades preventivas

Vacunaciones

Se actualizará el calendario vacunal para que el niño esté correctamente vacunado para su edad, según nuestro calendario.

Un problema planteado con frecuencia es la fiabilidad de la información aportada por los padres sobre las

vacunas administradas en el país de origen, éste es un tema un poco delicado, algunos sanitarios sólo consideran administradas aquellas vacunas de las que se tiene constancia escrita, pero se ha demostrado que algunos documentos aportados de niñas chinas adoptadas eran falsos⁴, también sabemos que en algunas zonas de Sudamérica se “compran” carnes vacunales. Por otra parte la información oral aportada por muchos padres puede ser del todo fiable. Aunque la actitud más segura sea considerar a un niño inmigrante de PBR, en principio, como no vacunado (excepto de BCG si vemos la cicatriz), nuestro consejo es el de individualizar cada caso, pero si hay una duda razonable iniciar o reiniciar vacunaciones.

Se recomienda vacunar a todo niño inmigrante o hijo de inmigrante, mayor de un año, de hepatitis A debido a la frecuencia de vuelta al país de origen para vacaciones o largos periodos. También se ha de aconsejar la vacuna de la hepatitis B, aunque no le corresponda por el calendario vacunal de alguna comunidad del Estado, ya que conviven con personas de su país que tienen una alta prevalencia de portadores.

Programa de Seguimiento del Niño Sano

El niño inmigrante ha de seguir el Programa de Seguimiento del Niño Sano evidentemente igual que el autóctono. Este Programa tiene una finalidad preventiva de innegable valor. Dado que las visitas de medicina preventiva no forman parte de la cultura de muchos PBR, es importante explicar la importancia de estas actividades a la familia para que el cumplimiento sea correcto, ayudándonos de folletos en el idioma de los padres, mediadores, e incluso, si es posible, de llamadas telefónicas recordatorias.

Profilaxis de la anemia ferropénica

En algunas culturas la lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses es la norma. En estos casos es preciso, primero intentar una educación sanitaria al respecto, pero como cambiar hábitos es difícil se aconseja la administración de hierro oral a 1mg/kg/día a los niños

que toman lactancia materna exclusiva más allá de los 6 meses hasta que nos aseguremos que ingieran alimentos ricos en hierro. También se ha de realizar profilaxis en los siguientes casos: ingesta de leche de vaca antes de los 12 meses, dietas pobres en hierro, especialmente vegetarianas, y especialmente en niñas que ya menstrúan. Es imprescindible realizar siempre una correcta educación sanitaria alimentaria.

Profilaxis del raquitismo

Se aconseja realizar profilaxis de raquitismo a todos los niños con lactancia materna en época de poca irradiación solar, pero es imprescindible realizarlo durante todo el año a todo niño con piel oscura, especialmente de raza negra, sobre todo durante los primeros 18-24 meses de vida, también en aquellos niños lactantes de madres que pueden tener un cierto déficit de esta vitamina por escasa exposición de su piel a la luz solar (madres muy tapadas por hábitos culturales). Además se ha de realizar profilaxis del raquitismo a los adolescentes que, por su dieta, piel o escasa exposición solar, pueden tener un déficit, ya que en esta edad las necesidades están aumentadas por el crecimiento. Se puede realizar la profilaxis con 400-1000 UI de vitamina D3 diarias, pero se ha de asegurar el cumplimiento. En lactantes, especialmente los de raza negra, aconsejamos dar la profilaxis en consulta mediante dosis masivas de 100.000 UI de colecalfiferol cada 3 meses o su equivalente cada 2 meses. En los adolescentes se puede realizar con 100.000 UI de colecalfiferol, dos dosis con un intervalo de dos meses, coincidiendo con el inicio del invierno. Como en el caso de la profilaxis de la anemia ferropénica la educación sanitaria es primordial.

Educación sanitaria

Cuando hablamos de educación sanitaria siempre se nos plantean muchas preguntas y pocas respuestas. La educación sanitaria es un reto para todos los profesionales de la salud y este reto es mayor cuando nos referimos a familias con hábitos, creencias y mitos distintos a los nuestros.

El planteamiento más efectivo es el de proponerse objetivos asequibles y muy concretos. Si nos planteamos muchos cambios o queremos dar mucha información en pocas semanas, tendremos la sensación de que no se nos entiende o de que no se nos escucha. Debemos plantear la educación sanitaria como un *feed-back* que se auto alimenta, debemos estar totalmente receptivos a conocer, aceptar, alentar y motivar costumbres y hábitos saludables distintos a los nuestros y proponer pequeños cambios sólo en aquellos hábitos que son realmente perjudiciales para el niño. Nuestro primer objetivo es, pues, saber cómo vive esta familia, cuál es su conocimiento respecto el cuidado de los niños y si tiene alguna duda respecto a ello.

Nos centramos básicamente en tres temas:

1. Alimentación.
2. Prevención de accidentes y seguridad vial.
3. Cuidado del niño enfermo.
 1. Conocer los hábitos culinarios y la forma de preparar los alimentos de las familias que atendemos debe hacerse en varias visitas. Si el niño no presenta signos de desnutrición, pérdida de peso, anemia o raquitismo, preguntaremos sobre hábitos alimentarios haciendo hincapié en la moderación de los azúcares y en el consumo restrictivo, o para ocasiones puntuales, de alimentos cuyo valor nutritivo sea prácticamente nulo. Si el tema de la alimentación preocupa mucho o no entendemos exactamente qué es lo que come el niño, realizamos una encuesta alimentaria de tres días para poder conocer qué tipos de alimentos usan, cómo los preparan, qué cantidad comen... Es muy importante mostrar interés por aquello que desconocemos pues ayuda a crear vínculo. También es importante no realizar grandes cambios, siempre es mejor introducir un elemento nuevo o modificar alguna pauta muy despacio.

Para la alimentación del niño de 0 a 12 meses nos podemos ayudar de vídeos que se han realizado

con familias inmigrantes, para explicar la importancia de la lactancia materna, la preparación de las papillas de frutas y de verduras, y en último lugar la preparación de un biberón. Muchas madres cometen errores en la preparación de la alimentación del lactante porque no nos entienden: con el vídeo es más fácil y más gráfico. Estos vídeos están en castellano, catalán, árabe y sarajule.

2. La prevención de accidentes es muy importante en este grupo de población que se encuentra en un entorno desconocido, desfavorable, con viviendas en condiciones muy precarias que propician situaciones de riesgo por sí solas. El gran número de hijos también provoca situaciones de riesgo. Es importante conocer cómo es la vivienda de esta familia, qué tipo de calefacción usan, cómo es la cocina, si tienen o no agua caliente, si usan hornillos para calentar el té, cómo duermen, cómo es la escalera, si hay humedad... Estas preguntas deben hacerse a medida que la familia nos va conociendo. Si preguntamos todo a la vez, podemos agobiar y a veces podemos herir su sensibilidad.

El tema de la seguridad vial también es importante de tratar en las familias procedentes de zonas rurales que desconocen los peligros de nuestras calles. En Olot se ha realizado un programa de educación vial en el que han participado Servicios Sociales, Policía Municipal, grupo de padres, Imanes, Cruz Roja, Caritas y Pediatría.

3. La mejor forma de explicar qué cuidados necesita un niño enfermo es realizándolos directamente en la consulta con la mamá. Poner un termómetro, dar un antitérmico, curar una herida, limpieza de mocos, cuidado de los genitales...

Prevención de la mutilación genital femenina

Las mutilaciones genitales femeninas (MGF) son prácticas ancestrales extendidas en amplias zonas de África. Sus profundas raíces sociales y culturales condicionan su

perpetuación a pesar de importantes medidas legislativas restrictivas en algunos países de origen y de destino. La práctica de una MGF repercute en la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de las mujeres. La existencia, en los últimos años, de importantes flujos migratorios de población subsahariana hacia España y la Unión Europea hace que el abordaje de las MGF sea urgente.

Por otra parte, también es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal, donde la mayoría de la población es wolof y no la realizan. Existe una precariedad legal que es determinante ya que dificulta un proyecto estable en el país de acogida, y los procesos migratorios de adaptación e integración social se hacen más complejos y poco sostenibles, alimentando el mito del retorno y generando un conflicto de lealtades hacia sus mayores, que representan la continuación de la tradición en las sociedades gerontocráticas de origen. (Dorkenoo, et al, 1994; 1995; Hernlund, 2000).

En este nuevo contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene un papel clave en la posible prevención de las MGF. La gran accesibilidad y atención universal que proporcionan hace que sean profesionales de primera línea en el abordaje de este problema. La existencia de equipos interdisciplinares con pediatras, médicos de familia, enfermeras, asistentes sociales y comadrona permite un abordaje integral de las familias subsaharianas y del problema de las MGF. Se hace, pues, imprescindible una tarea interdisciplinaria de carácter preventivo que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de estas prácticas y a la resolución de los conflictos planteados, tanto en España como en África. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación y sensibilización.

Es imprescindible abordar el problema con sensibilidad y respeto, sobre todo hacia unas madres que han sufrido en su propio cuerpo esta práctica mutilante. Las personas que más nos pueden ayudar son las agentes de salud de su propia comunidad. En todo caso es imprescindible informar que esta práctica está prohibi-

da en nuestro país, que la consideramos médicamente dañina y dar algún instrumento para que puedan presionar a su familia de origen con el fin de que no sean obligados a realizarla cuando vayan a visitarlos: certificado de integridad de los genitales de la niña con aspecto de "oficial" y direcciones de las asociaciones antimutilación genital femenina del país de origen.

Profilaxis en el niño viajero

La gran mayoría de nuestros niños inmigrantes irán a sus países de origen o al país de origen de sus padres en algún momento de su vida, bien para un largo tiempo o bien en periodos vacacionales.

Es imprescindible que estén correctamente vacunados para los países a los que irán^{1,5,6}. Además se ha de vacunar de triple vírica (especialmente por el componente antisaramposo) a los niños entre 6 y 12 meses, aunque habremos de repetir la dosis cuando tengan 15 meses; en los niños mayores de 13 meses intentaremos que lleven dos dosis de triple vírica, con un intervalo mínimo de un mes entre las dosis. En el caso de niños que permanecerán tiempo en su país hemos de plantearnos la conveniencia de adelantar algunas dosis del calendario para que estén el mayor tiempo posible correctamente vacunados.

Es importante que cuando se vaya a zonas endémicas de paludismo se realice profilaxis de esta enfermedad.

Se darán consejos de salud orales y, si es posible, escritos en el idioma de los padres para la prevención de las enfermedades infecciosas que se transmiten por vía fecal-oral, por la ingesta de leche, alimentos contaminados, por medio de contacto con animales, contac-

to con la tierra con los pies desnudos, o con los baños en ríos o lagos... También se aconsejará sobre la prevención de las picadas de moscas y mosquitos y sobre la profilaxis de las quemaduras solares.

Los consejos para evitar la mutilación genital femenina ya se han explicado.

El niño ha de viajar siempre con su carné de salud, en el que han de constar las vacunas administradas y, en idioma inglés, si las sufre, aquellas enfermedades que pueden tener repercusión sanitaria importante (ejemplo: diabetes, celiaquía, alergias medicamentosas...).

Fomento de la integración del niño y su familia

Aunque no sean específicas, muchas de las intervenciones, y sobre todo actitudes, que hemos reseñado anteriormente fomentan la integración del niño y su familia.

Especialmente nos hemos de preocupar de la escolarización del menor; la escuela es el mejor ámbito de integración.

Hemos de informar a los padres y, sobre todo, a las madres, de los recursos existentes en nuestro ámbito para el aprendizaje de nuestro idioma.

Hemos de fomentar la existencia de mediadores culturales que puedan hacer comprender nuestra cultura y valores a los inmigrantes y que nos ayuden a comprender la cultura y los valores de los inmigrantes.

Sólo desde la estimación y el respeto podremos ayudarlos y podremos enriquecernos de lo que ellos también nos pueden aportar.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Red Book 2000 (ed. esp.). Barcelona: Medical Trends S.L.; 2001. Muy útil para saber la epidemiología y el tratamiento de enfermedades raras en nuestro medio; también tiene un protocolo de diagnóstico de la infección tuberculosa.
2. www.who.int/ith: esta es una web de la OMS. Encontraréis información interesantísima sobre consejos del viajero, mapas de enfermedades, etc. (fecha de consulta: julio de 2004).
3. Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de la tuberculina. *An Pediatr (Barc)* 2003; 56(6): 582-585.
4. Schulpen TWJ, Van Seventer AHJ, Rümke H, Van Loon AM. Immunisation status of children adopted from China. *The Lancet* 2001; 358, 9299: 2131-2132.
5. www.who.int/vaccines/globalsummary: en esta web encontraréis el calendario vacunal y las coberturas oficiales de las diferentes vacunas en los diferentes países (fecha de consulta: julio de 2004)
6. <http://www.papps.org/prevencion/Viajes/proteccion.htm> (fecha de consulta julio de 2004)
7. De Aranzabal Agudo M. Inmigración: indicadores de nutrición y crecimiento. *An Pediatr* 2003; 58(3): 238-240. Lo he encontrado interesante sobre todo para no obsesionarnos por si tenemos gráficas de crecimiento de los diferentes países de los que proceden nuestros pacientes.
8. Kamyar KM, Pirzadeh R. Temas de bioética médica islámica: iniciación para el pediatra. *Pediatrics* (ed. esp.) 2001, Vol. 52, 4: 240-248.
9. www.aepap.org (fecha de consulta: julio de 2004).