



Viernes 5 de febrero de 2010

**Taller:
"Atención a familias
de otras culturas"**

Moderadora:

Eva Galofré Mestre

Pediatra, ABS Les Corts. Barcelona.

Ponentes/monitoras:

- Eva Galofré Mestre

Pediatra, ABS Les Corts. Barcelona.

- Inmaculada Sau Giralt

Pediatra, ABS Santa Coloma de Farners. Girona.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Galofré Mestre E, Sau Giralt I. Atención a niños de familias de otras culturas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.229-36.

Atención a niños de familias de otras culturas

Eva Galofré Mestre

Pediatra, ABS Les Corts. Barcelona.

evagalof@yahoo.es

Inmaculada Sau Giralt

Pediatra, ABS Santa Coloma de Farners. Girona.

p416uig@pgirona.scs.es

RESUMEN

En nuestro país, en los últimos años, ha habido un aumento considerable de familias inmigrantes procedentes de países de renta baja (PRB). Personas que llegan con la esperanza de mejorar su calidad de vida.

La atención de estas familias es un reto para el profesional sanitario. La actitud positiva, la empatía y un ambiente adecuado en la visita de acogida permitirán crear un vínculo de confianza.

Los procesos migratorios presentan realidades muy diferentes que precisan de actuaciones distintas, aunque en general estas familias presentan una patología social común:

- Se instalan en barrios deprimidos de grandes ciudades y en zonas marginales de pueblos donde el hacinamiento y viviendas sin condiciones pueden favorecer la prevalencia de enfermedades y patología social.
- Aislamiento, principalmente de las mujeres.
- Falta de regularización, trabajos en precario, sin contrato laboral...
- Buscar casa, trabajo, escuela para los niños... suele angustiar a los padres repercutiendo en la salud y emociones de los niños.
- Proceso de duelo: país, familia, amigos.

Los profesionales sanitarios en muchos casos, desconocemos los orígenes, historia, lengua, y patología más frecuente de los inmigrantes. Por ello, nos hemos de preparar y formar para poder diagnosticar y dar respuesta a sus necesidades.

La primera consulta, la mayoría de las veces, es para realizar un certificado de vacunación y salud con el objetivo de tramitar la documentación escolar o el certificado de residencia. Suelen venir varios hermanos a la vez sin ningún tipo de registro vacunal, ni antecedentes patológicos y con un gran problema de comunicación.

Los profesionales que vamos a participar en la atención a la población inmigrante, tendremos que considerar algunas diferencias propias de los diversos colectivos, como: el idioma, los estilos de vida, la religión, la cultura, las tradiciones, la alimentación, el entorno familiar; y situaciones como sus condiciones socioeconómicas y laborales que suelen ser precarias, la dificultad para acceder a los recursos preventivos y el desconocimiento del sistema sanitario local que ponen más de manifiesto las desigualdades.

INTRODUCCIÓN

Es importante conocer las características e idiosincrasia de cada colectivo inmigrante así como las expectativas y los motivos que les empujaron a dejar su país de origen. Según nuestra experiencia, exponemos los rasgos generales de las familias inmigrantes que acuden a nuestros centros de salud:

Comunidad magrebí

La comunidad magrebí residente en España no es homogénea. Generalmente, el primero en emigrar es el padre. Una vez que está más o menos estable, trae a la familia. Pero actualmente la feminización de la inmigración es una realidad que ha invertido en gran parte la dinámica del reagrupamiento familiar. Las mujeres suelen trabajar en el servicio doméstico y hostelería.

Los niños mayores suelen venir solos a la consulta. A los adolescentes les suelen enviar a su país para que aprendan sus costumbres y tradiciones.

En general suelen ser bastante frecuentadores e impuntuales.

La mayoría son musulmanes practicantes y cumplen con los preceptos religiosos, como el mes de Ramadán.

La comida árabe es fundamentalmente mediterránea. Se basa en aceite, legumbres, frutas, carne de cordero (cuscús, tayines). Se usan muchas especies y se toman muchos dulces, té azucarados, etc., lo que conlleva una gran incidencia de caries. Hay alimentos prohibidos por sí mismos (cerdo), y otros por cómo están sacrificados. Un animal puro debe ser sacrificado según un ritual, el *halal* (p.ej. en dirección a la Meca).

Comunidad pakistani

La comunidad pakistani es un grupo más homogéneo. Primero suele llegar el hombre y cuando está establecido trae a la mujer e hijos. La mujer no suele trabajar fuera de casa. Los matrimonios son pactados con primos de 2.^a o 3.^{er} grado y suelen tener muchos hijos.

Son musulmanes practicantes, se reúnen en la mezquita y a sus hijos al salir del colegio les llevan a estudiar el Corán. Durante el mes del Ramadán, mes del ayuno, no comen durante el día, y lo hacen al ponerse el sol (en este mes se experimenta una purificación de alma y cuerpo).

Los vínculos con sus orígenes no se pierden y son fundamentales. En verano suelen ir a su país. Son muy tradicionales, mantienen la lengua, la cultura, y los valores sociales. Acostumbran a celebrar fiestas especiales, reuniendo a toda la familia y amigos.

A los recién nacidos se les afeita la cabeza y se les pinta los ojos con *kajal* (un colorante negro), que actúa como mecanismo de protección contra el mal de ojo.

La alimentación es pobre en lácteos y derivados, y muy rica en fitatos (chapati) y oxalatos (té) que interfieren la absorción del calcio lo que, junto con la poca exposición solar, suele provocar raquitismo carencial.

Comunidad china

Las costumbres y los valores tradicionales están influenciados por el confucianismo y el taoísmo: Aceptación de lo que la vida les da; respeto a la naturaleza; bienestar de la familia por delante del individual; obediencia y respeto a la autoridad.

Un hijo varón es necesario para la continuidad del linaje, al mes de nacer se hace una fiesta después del reposo posparto de la madre.

Generalmente son poco efusivos, poco comunicativos en su trato, no se abrazan ni se dan besos. Se considera de mala educación decir “no”.

La salud es el equilibrio entre el Yin (energía negativa) y el Yang (energía positiva).

Los métodos terapéuticos más frecuentes son el masaje, la acupuntura, hierbas naturales, y la dieta. Los alimentos están clasificados en dos grupos: los fríos (Yin) y los calientes (Yang). El arroz es el principal alimento que puede acompañarse de verduras, carne, pescado. El té chino es la bebida popular.

El desconocimiento del idioma y las costumbres sociales les conduce a un aislamiento social. Es una comunidad muy cerrada y aislada. Viven en pisos compartidos, y no tienen demasiado interés por conocer el país de acogida. Son poco frequentadores. Suelen enviar a los lactantes a su país hasta la edad escolar.

Comunidad latinoamericana

El inmigrante latinoamericano actual suele ser joven, predomina el sexo femenino. Vienen las mujeres solas o con sus hijos pequeños dejando a los mayores y al marido en

su país. Existe un número mayor de recién nacidos y lactantes entre los inmigrantes llegados en los últimos años.

La mayoría de los niños y adolescentes tiende a relacionarse entre sí, y con los españoles de su edad. Viven un choque importante de culturas entre lo que conocen en casa y lo que viven en la calle y el colegio.

La población latinoamericana forma grupos que se reúnen los fines de semana en parques, con lo que se mantiene una parte importante de su etnia y de su cultura.

En cuanto a la alimentación, suele ser pobre en pescado, carne y verduras. Toman gran cantidad de zumos industriales.

Comunidad filipina

La dinámica de migración que siguen es: primero viene la mujer y después el resto de la familia, pero también viene la pareja con los hijos. Como en otras culturas a los niños pequeños los envían a su país hasta que tienen edad de escolarizarse o en la adolescencia, con los problemas que comporta el reencuentro.

Trabajan en el servicio doméstico y en la hostelería. Son muy respetuosos y amables. Tienen un concepto de la limpieza muy integrado, son muy limpios.

La alimentación base es arroz y pescado.

Los niños pequeños tienen la piel atópica pero con el tiempo mejora. También es característica la intolerancia a los productos lácteos.

Comunidad shij

Proviene del norte de la India, de una zona bastante rica y emigran para progresar. Tienen parientes en zonas de habla inglesa (EEUU, Inglaterra, Nueva Zelanda) y se concentran en las mismas poblaciones grandes grupos. Primero llega el hombre y posteriormente llega la mujer con los hijos y se queda en casa al cuidado de la familia.

Son muy tradicionales y religiosos. Su religión tiene varios dioses y templos donde rezar. Los hombres no se cortan nunca el pelo ni la barba por lo que se lo recogen con un moñito en la cabeza. Son violentos cuando creen que deben defender su honor. Los matrimonios son pactados con primos de 2.^a o 3.^{er} grado. Cuando nace un varón se realiza una gran fiesta; cuando nace una hembra se considera una desgracia. El hijo varón deberá cuidar a su madre hasta que ésta muera.

Acostumbran a ser muy cumplidores y respetuosos. Tienen muchos problemas de alergias: dermatitis atópica y asma.

La dieta es estrictamente vegetariana, con muchas legumbres. Toman bastantes lácteos y picantes. También acompañan las comidas con "xapati" y té. Es frecuente observar anemias importantes en menores de 3 años.

Comunidad africana

África es un gran continente con lenguas y costumbres muy diversas. Los inmigrantes africanos que vemos en nuestra consulta son los más fuertes y valientes de su grupo y su comunidad ha apostado por ellos. Es una inmigración económica y siempre tienen presente el mito del retorno. Han contraído deudas económicas o morales con sus familiares y deben mandar dinero de forma periódica. En su comunidad se les considera mucho y su estatus social ha crecido muchísimo aunque en nuestro país estén sin documentación o trabajo. Son musulmanes y son muy estrictos en general en el cumplimiento de sus deberes religiosos. Muchos de ellos son analfabetos y les es difícil entender el funcionamiento de nuestros servicios. En sus países no existe prácticamente atención médica y solo entienden la visita de urgencia para solucionar el problema acaecido en este momento. Son muy poco puntuales y caóticos.

Suelen tener muchos hijos.

La alimentación se basa en arroz acompañado de alguna salsa con yuca, zanahorias y algo de pollo o pescado. Las cantidades son normalmente insuficientes y normal-

mente los más pequeños son los que menos comen. Confunden los zumos con la fruta y son grandes consumidores de productos de poca calidad alimenticia. La lactancia materna se prolonga muchas veces hasta los 2 años.

Una vez conocidas a grandes rasgos las características de las familias de otras culturas que acuden a nuestros centros de salud planteamos realizar un taller con el objetivo de facilitar a los profesionales las herramientas básicas para la atención a los niños inmigrantes. Se desglosará en los siguientes apartados:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Vacunación.
- Patología más prevalente según país de procedencia.
- Actividades preventivas específicas.
- Coordinación con otros servicios.
- Casos clínicos.

ANAMNESIS

En muchas ocasiones es difícil realizar la anamnesis debido a la dificultad con el idioma por lo que debemos conocer los recursos de nuestro entorno: mediadores culturales, traductores, asociaciones, "sanitat respon" (traductores vía telefónica).

- Constatar que el nombre y los apellidos son correctos (Fakrul/Fukrul).
- Fecha de nacimiento.
- País de origen (lugar de nacimiento).

- Etnia y país de origen de los padres. Consanguinidad.
- Ruta migratoria.
- Religión.
- Lengua materna y lengua hablada.
- Enfermedades y tratamientos en el país de origen.
- Vivienda/Condiciones.
- Personas que conviven/Parentesco entre ellas.
- Situación laboral/Inmigración/Social.
- Vacunas/BCG.
- Alimentación.
- Escolarización.
- Analítica básica:
 - Hemograma completo, morfología hematíes.
 - Bioquímica básica (Ca / P / PA /...).
 - Marcadores de la Hepatitis A, B y C.
 - Hierro / Ferritina.
 - TSH y fenilcetonuria en menores de 2 años.
 - Parásitos en heces.
 - Sedimento de orina.
- PPD.
- Pruebas específicas según país de origen:
 - Gota gruesa y extensión: paludismo y filariasis.
 - Biopsia de la piel: filariasis.
 - Electroforesis de hemoglobinas.
 - Serología de Chagas.
 - Sedimento de orina y parásitos urinarios.
 - Serología de sífilis y HIV.

EXPLORACIÓN

Completa haciendo hincapié en los parámetros siguientes:

- Valoración del estado nutricional, desarrollo ponderoestatural y dentición.
- Piel y mucosas.
- Adenopatías y nódulos cutáneos.
- Abdominal para descartar visceromegalias.
- Desarrollo psicomotriz, cognitivo, auditivo y visual.
- Palpación del tiroides.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En función de la edad y del país de procedencia, así como si se trata de zona rural o urbana se priorizaran los exámenes a realizar:

CONTROL DE VACUNACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se inician o completan las vacunaciones hasta que la cobertura sea suficiente.

Se administra Hepatitis A+B a partir de los 12 meses.

BCG a los niños que van a residir más de un año en un país con alta incidencia de TBC o lepra.

Tabla I. Tratamiento de las parasitosis intestinales en el niño

Parasitosis	Medicamento	Pauta
Amebiasis	Metronidazol	30-50 mg/Kg/día en 3 dosis x 10 días
	o Tinidazol	50 mg/Kg/día en 1 dosis x 3 días
	Conviene asociar: Paromicina o	25-30 mg/Kg/día en 3 dosis x 10 días
	Furoato de diloxadina	20 mg/Kg/día en 3 dosis x 7 días
Anquilostomiasis	Mebendazol	200 mg/día en 2 dosis x 3 días
	o Pamoato de pirantel	11 mg/Kg en 1 dosis x 3 días
	o Albendazol	400 mg en dosis única
	Ascaridiasis	
Ascaridiasis	Mebendazol	200 mg/día en 2 dosis x 3 días
	o Pamoato de pirantel	10 mg/Kg en dosis única
	o Albendazol	400 mg en dosis única
	Esquistosomiasis intestinal	
Esquistosomiasis intestinal	Prazicuantel	50 mg/Kg/día en 2 dosis x 1 día
Estrongiloidosis	Tiabendazol	50 mg/Kg/día en 2 dosis x 2 días
	o Ivermectina	200 µg/kg/día en 1 dosis x 2 días
	Giardiasis	
Giardiasis	Metronidazol	15 mg/Kg/día en 3 dosis x 5 días
	o Tinidazol	50 mg/Kg en dosis única
	o Paromomicina	20-30 mg/Kg/día en 3 dosis x 7 días
	Oxiuriasis	
Oxiuriasis	Pamoato de pirantel	11 mg/Kg en dosis única; repetir a las 2 semanas
	o Mebendazol	100 mg en dosis única; repetir a las 2 semanas
	o Albendazol	400 mg en dosis única; repetir a las 2 semanas x 7-10 días
	o Pamoato de pirvinio	5 mg/Kg en dosis única; repetir a las 2 semanas
	Teniasis	
Teniasis	Prazicuantel	5-10 mg/Kg en dosis única
	o Niclosamida	Peso de 10 a 35 Kg: dosis única de 1 g > 35 Kg: dosis única de 1,5 g
Trematodos intestinales	Prazicuantel	75 mg/Kg/día en 3 dosis
Trichiuriasis	Mebendazol	200 mg/día en 2 dosis x 3 días
	o Albendazol	400 mg en dosis única

Si es preciso adelantar entre 6-12 meses la vacuna Triple Vírica, hay que tener en cuenta que se repetirá a los 12 meses.

Se registran las vacunas en el libro de Salud Infantil.

PATOLOGIA SEGÚN PAÍS DE PROCEDENCIA

Se facilitarán tablas y documentación según distintos países.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS ESPECÍFICAS

Prevención anemia ferropénica: se recomienda suplemento férrico a 1-2 mg/Kg/día, con la fruta, en los lactantes con lactancia materna exclusiva superior a los 6 meses y/o dificultades de introducción de alimentos sólidos.

Prevención de raquitismo: administrar colecalciferol (vitamina D3) 400-1000 UU diario en lactantes con piel oscura, hijos de madres con poca insolación debido a su forma de vestir o a su aislamiento, y a las adolescentes por su indumentaria y/o alimentación deficitaria. Prevención de mutilación genital femenina y matrimonios infantiles en grupos de riesgo.

Educación sanitaria a través de talleres sobre alimentación, tratamiento de enfermedades, accidentes domésticos, salud mental, educación y desculturización...

COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS

- Servicios Sociales.
- Escuelas, guarderías e institutos.
- Salud Mental.
- Centros de Estimulación Precoz.

- Dirección General de la Infancia.
- Departamentos de Salud Tropical.
- Servicio de Ginecología y atención a la mujer.
- Servicios de traducción y mediación.

Durante el taller, serán tratados temas de actualidad y de difícil abordaje para el profesional sanitario. Son temas que afectan a la salud mental, física y emocional de las niñas inmigrantes nacidas y /o educadas en nuestro país y a las que se les imponen unas costumbres que a veces vulneran sus derechos más elementales. Se expondrá como abordar la mutilación genital femenina o el matrimonio precoz y pactado por las familias. Se explicará el protocolo que hay en Cataluña y la coordinación específica con todos los servicios.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Atxotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural.
- Barcelona: Ed Mayo;2003,p.46-56.
- Balanzó X, Fernández-Roura JLI, Cabot A. Desenvolupament d'una unitat d'atenció sanitària per a minories ètniques en un Hospital rural bàsic. VI Reunió anual Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears, 16-17 octubre 1992, Barcelona.
- Galofré Mestre E. El niño inmigrante. Visita en Atención Primaria. Ped Integral.2002;Supl5:S24-5.
- Cabot A, Casado M, Barberán J, Roqueta M, Martorell Q, Bosch A, y cols. Screening neonatal de drepanocitosis en el Consorci Sanitari de Mataró. Justificación y primeros resultados. An Esp Pediatr. 1998; 49: 157-60.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol d'Atenció a Infants Immigrants.2005. [Fecha de acceso 11 dic 2009]. Disponible en www.gencat.cat/salut

- Generalitat de Catalunya. Departament d'acció i Ciutadania. Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina. [Fecha de acceso 11 dic 2009]. Disponible en www.gencat.cat/immigració/guia_ab/index.html
- Hill DR, Pearson RD. Health advice for international travel. *Ann Intern Med.* 1988;108:839-52.
- Masvidal R. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. [Fecha de acceso 11 dic 2009]. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/ravalnord.pdf>
- Oliván G. Estado de salud de niños adoptados en China. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006;8:605-13.
- Miller ST, Sleeper LA, Pegelow CH, Enos LE, Wang WC, Weiner SJ, et al. Prediction of adverse outcomes in children with sickle cell disease. *N Engl J Med.* 2000; 342:83-9.
- Teixidor R, Sardañes J, Plaja P, Heras E. Projecte immigrants. Una necessitat. *But Soc Cat Pediatr.* 1993; 53:42-5.
- Verrept H, Louckx F. Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga. En: Solas O, Ugalde A. (Eds). *Inmigración, salud y políticas sociales.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997. p. 209-30.
- Wolfe MS. Vaccines for foreign travel. *Pediatr Clin North Am.* 1990;37:757-69.