



Jueves 1 de febrero de 2018

Mesa redonda:
El pediatra
ante los niños del mundo

Moderadora:

Maite de Aranzabal Agudo

Pediatra AP, Doctora en Medicina. Miembro del patronato Save the children. Coordinadora del Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap.

■ **Atención al inmigrante**

Rosa M.^a Masvidal Aliberch

Pediatra. CAP Dr. Lluís Sayé. ABS Raval Nord. Barcelona. Miembro del Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap.

■ **Papel del pediatra ante los niños adoptados**

Félix Loizaga Latorre

Psicólogo. Profesor Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto-Bilbao. Vizcaya.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Masvidal Aliberch RM. La atención a las niñas y a los niños inmigrantes. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 33-43.

La atención a las niñas y a los niños inmigrantes

Rosa M.^a Masvidal Aliberch

*Pediatra. CAP Dr. Lluís Sayé. ABS Raval Nord. Barcelona. Miembro del Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap.
12808ma@comb.cat*

RESUMEN

La atención a los niños inmigrantes debe ser personalizada cuidando aquellos aspectos que lleven a la mejor relación asistencial.

El Protocolo de Atención a las Niñas y a los Niños Inmigrantes (PANNI) recomienda unas analíticas comunes para todos los niños incluidos en él y otras específicas según las características y procedencia de los niños. Ambas han de estar justificadas.

Recomendamos avanzar en la atención a los factores psicológicos y emocionales de la población pediátrica inmigrada que son al menos tan importantes para la salud como los físicos.

INTRODUCCIÓN

Desde hace años se viene aplicando un Protocolo de Atención a las Niñas y a los Niños Inmigrantes (PANNI) que fue elaborado para ser aplicado, desde Atención Primaria, a los niños inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo, que pertenecen a familias con un bajo nivel socio-económico o que no han tenido acceso a unos servicios sanitarios equiparables al nuestro.

En este momento tenemos que examinar, a la luz de la experiencia, la atención a esta población, haciendo hincapié en la actitud de los profesionales, la importancia de una buena relación

asistencial, la consideración a los factores emocionales y revisando críticamente las actividades recomendadas en el PANNI.

¿A qué niña o a qué niño?

Al igual que los autóctonos, cada niño es diferente. Sus familias tienen un bagaje cultural, unas costumbres, unos factores hereditarios, unos antecedentes personales y unas circunstancias de vida que los han condicionado. El mensaje sería: "cada niño que atendemos es único, independientemente de su origen".

La razón de esta comunicación es comprender y detectar las peculiaridades de estos niños provocadas por unos factores de riesgo poco comunes en el ámbito en que nos desenvolvemos habitualmente.

Para ayudar a recordar estas posibles diferencias se creó un "Protocolo de Atención a las Niñas y a los Niños Inmigrantes". Pero estas particularidades no serán iguales para todos los niños inmigrantes. Aquellos que proceden de países de alta renta, con una cultura occidental y unos padres con estudios básicos, los tendremos que abordar del mismo modo que a los autóctonos (¡ah, pero siempre considerando las características propias de ellos y de sus familias!, como en los autóctonos...).

Los que proceden de países de baja renta y, sobre todo, aquellos cuyos padres son emigrantes económicos o refugiados, tendrán unas características comunes.

¿ATENDER A NIÑOS Y NIÑAS INMIGRANTES ES UN PROBLEMA?

Los niños inmigrantes suponen unas "primeras" consultas y como tales precisan de más tiempo, pero además hay una serie de factores que pueden resultar problemáticos:

La comunicación: una de las dificultades más importantes en la atención a inmigrantes es la comunicación con

aquellos que no hablan nuestro idioma, e incluso con aquellos que lo hablan como los latinoamericanos ya que ciertos conceptos lingüísticos pueden ser diferentes. Ante este importante problema es recomendable:

- Cuidar y utilizar el lenguaje no verbal.
- Insistir en que se nos asigne un mediador. En algunos casos este mediador puede ser compartido por otros servicios públicos como oficinas municipales, escuelas, etc.
- Si no disponemos de mediador intentaremos solicitar al menos un traductor, idealmente presencial, de total confianza de ambos padres o tutores de nuestro paciente. El traductor ha de ser mayor de edad (se desaconseja utilizar menores de edad).
- Si esto no fuera posible siempre queda la posibilidad de utilizar el teléfono para conectar con servicios de traducción oficial o también para que la familia nos ponga en contacto con alguien de su confianza que, a través del aparato, nos ayude.
- Utilizar el ordenador: programas específicos, traductores de escritura y especialmente pictogramas.
- Animar y dirigir hacia los recursos para el aprendizaje de nuestro idioma. Quizás tendríamos que transmitir que este aprendizaje, si quieren vivir aquí, es un derecho pero también un deber.

El desconocimiento: el PANNI nos puede ayudar a recordar los factores de riesgo físico de estos niños según su origen y antecedentes, pero es difícil que podamos conocer el bagaje cultural que aportan¹ y que puede resultar crucial para la comunicación, aceptación de tratamientos o pruebas y, en resumen, para la relación asistencial. Es por ello importante disponer de un mediador bien formado.

Con el tiempo nos iremos conociendo mutuamente y ese conocimiento nos enriquecerá como personas y alejará de nosotros el miedo a las diferencias permitiéndonos ver las similitudes.

Nosotros mismos: “Yo no soy racista, pero...”. ¿Lo hemos dicho?, ¿lo hemos pensado?, ¿lo hemos sentido, aunque no nos hayamos permitido ni verbalizarlo en el pensamiento? El miedo al diferente y al desconocido, el sentimiento de pertenencia a un grupo, el nuestro, a considerar al extranjero “el otro”, está presente en la epigenética humana (tanto en la de los inmigrantes como en la de los autóctonos) y ha marcado la historia de la humanidad².

No hemos de negar estos sentimientos, debemos mirarlos de frente para que no afecten a nuestra profesionalidad (esto es una exigencia) y poder transformarlos si queremos. Será fruto de la evolución, si somos optimistas, el consideramos todos hermanos y el ser conscientes de que las diferencias nos enriquecen.

Los pediatras nos ocupamos de la salud, pero ¿qué es la salud?

La parte física es importante pero la psicológica y emocional lo son tanto o más. Pongámonos en el lugar de los niños inmigrantes: padres muy frecuentemente estresados, pérdida de amigos y referentes familiares y sociales, idioma diferente...

Sí, esto será común con los inmigrantes procedentes de países de alta renta, pero los hijos de los emigrantes económicos pueden haber estado separados de sus padres durante años, muy frecuentemente son pobres (la pobreza es uno de los factores de riesgo más importantes para la salud); sus padres en general tienen estudios inferiores a la media de la población autóctona e incluso algunos son analfabetos. Los que poseen estudios superiores a menudo deben aceptar empleos de rango inferior a su formación académica; además, un miembro de la pareja, que suele ser la madre, puede no haber escogido la inmigración y vivirla como forzada. Por otro lado, los referentes culturales del niño se desenfocan con los años y la creación de su identidad como individuo se ve dificultada (¿de dónde soy?).

Si a esto se suma el ser refugiados, se añade a su historia la vivencia de situaciones inimaginables.

¿Qué puede hacer el pediatra de Atención Primaria ante todo esto? No sería útil dramatizar, pero sí sentir empatía y tenerlo presente. La función del pediatra será:

- Asegurarse de que se cumplan sus derechos en educación y sanidad. Sí, hemos de ser beligerantes, al nivel que podamos, en la defensa de los derechos de los niños.
- Prescripción Social, es decir la indicación de recursos de la comunidad (no sanitarios), que favorecen la salud mental y la adaptación a su nuevo entorno.
- Tener una actitud comprensiva con aquellas actitudes del niño o de sus padres, que choquen con nuestras normas culturales de convivencia (lo que no quiere decir que las toleremos si van en contra de los derechos del niño o del bien común).
- Intentar no modificar aquello que ellos hacen bien, o no esté demostrado que hagan mal, pese a ser diferente a lo que nosotros hacemos (por ejemplo, prácticas de alimentación que son nutricionalmente correctas, aunque no nos sean propias, colecho...).
- Respetar escrupulosamente la imagen de los padres evitando cualquier actitud prepotente o despectiva que podamos tener en el subconsciente.
- Estar alerta a cualquier síntoma psicológico que nos indique la necesidad de una ayuda especializada para su adaptación. Muy importante es considerar el síndrome de estrés postraumático en caso de los refugiados.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA NIÑA Y AL NIÑO INMIGRANTES³

La Tabla I resume los puntos más importantes del PANNI.

Primera visita

Puede marcar la relación asistencial futura. Es importante atender prioritariamente el motivo de consulta de los padres. Sería poco respetuoso e incomprensible

Tabla 1. Puntos más importantes del Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes (PANNI)

El PANNI va dirigido a los niños procedentes de países de renta baja. El protocolo se individualizará según lugar de procedencia, historia clínica, edad y nivel socioeconómico de la familia
Los objetivos del PANNI son conocer el estado de salud, tratar las enfermedades que padeciera para su propio beneficio y el de la comunidad, actualizar el calendario de vacunas y aplicar el protocolo de actividades preventivas y promoción de la salud adecuados a su edad
La sistemática de la visita será: anamnesis detallada, exploración física minuciosa y exámenes complementarios
A los niños incluidos se les solicitará un hemograma, sideremia, ferritina, HBsAg y parásitos en heces. El resto de pruebas complementarias se ha de individualizar para cada niño
Se les debe hacer una prueba de tuberculina (PT) y si esta es positiva se ha de realizar un test de liberación de interferón gamma específico (IGRA) para descartar que no sea debido a la vacuna BCG
En todo niño con fiebre procedente de una zona endémica de malaria, sobre todo si procede de África subsahariana, se debe descartar paludismo de forma rápida por la potencial gravedad de la enfermedad. En los procedentes de América Latina continental se investigará la posibilidad de padecer la enfermedad de Chagas
Las niñas originarias de África subsahariana y países de la cuenca del Nilo, en cuyas familias se realiza la mutilación genital femenina, serán examinadas sobre la integridad de los genitales externos. Si no han sido mutiladas se seguirán los pasos del Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina
Se tienen que tener en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales que comporta la inmigración y sus circunstancias
La mayoría de los niños inmigrantes viajarán a su país de origen de vacaciones. El pediatra deberá informar de las medidas preventivas para evitar las enfermedades más comunes que pueden contraer durante su estancia, de las vacunas necesarias y del control al regreso del viaje si presenta sintomatología

para los padres que nuestra priorización fuera el PANNI sin tener en cuenta sus preocupaciones. Debe de ser especialmente empática cuidando el lenguaje no verbal. Se explicará a los padres el porqué de las preguntas y de las analíticas que realizaremos, solicitando su aprobación.

La anamnesis puede ser "peculiar"

Realizaremos algunas preguntas que no se suelen hacer a los autóctonos, como el ámbito y las condiciones sanitarias de donde provienen, la posible consanguinidad de los padres, religión y lengua que se habla en la familia, así como la escolarización y la red familiar actual en el país de acogida y en su país de procedencia.

En el caso de los refugiados es importante indagar sobre la historia del viaje con todas sus vicisitudes, ruta migratoria, medios de transporte, riesgos a los que han podido estar sometidos, especialmente la exposición a violencia, traumatismos, abusos, asilo....

En cuanto a los antecedentes, no difiere mucho de lo que tendríamos que preguntar a los autóctonos: alergias, medicamentos que toma, hábitos alimentarios (encuesta dietética), vacunas administradas, antecedentes patológicos familiares. Debemos saber si han recibido transfusiones, inyectables sin garantías sanitarias, prácticas rituales como tatuajes, mutilación genital femenina (MGF) o circuncisión, intervenciones quirúrgicas y si han tenido contacto con enfermedades como la tuberculosis o si provienen de una zona con malaria o enfermedad de Chagas.

En lo referente a las vacunas administradas, en general se tienen que aceptar como válidos los registros aportados por los padres excepto si hay algún signo sospechoso de falsificación. Se completarán las vacunas según el calendario de vacunación vigente en cada comunidad autónoma. Si no se dispone de carnet de vacunación o se sospecha que pueda ser falso, la actitud a seguir es controvertida: en el caso de que los padres aseguren que el niño ha recibido algunas y las explicaciones sean concordantes con los países de origen, se podrían validar las vacunas muy probablemente administradas y seguir con

nuestro calendario. Si hay dudas, se podría iniciar la vacunación acelerada según la edad o realizar serología en casos específicos ya que es cara.

También indagaremos sobre la presencia de síntomas de posibles enfermedades (fiebre, lesiones en la piel o erupciones, diarrea, dolor abdominal, prurito, signos respiratorios, pérdida de peso...).

Todo ello sin que parezca que les sometemos a un "tercer grado". Un interrogatorio exhaustivo puede ser mal vivido y romper su confianza en el profesional especialmente en el caso de los refugiados o de los inmigrantes sin papeles. Es importante por ello priorizar y adquirir paulatinamente las informaciones para que no afecten a la relación asistencial.

¿Debemos de tener en cuenta alguna cosa respecto a la exploración física?

Se ha de tener mucho tacto al explorar a una niña preadolescente o adolescente de ciertas culturas, especialmente si el pediatra es varón, y también al explorar los genitales de un niño preadolescente o adolescente si el pediatra es una mujer. En estos casos y siempre que la organización del servicio lo permita, es aconsejable que sean explorados por un profesional del mismo sexo o si no fuera posible, conseguir que intervenga un mediador.

La exploración física ha de ser completa, como en todo niño, pero es importante tener en cuenta las características que pueden ser normales en su raza y anormales o raras en la raza caucásica (por ejemplo, ciertas hiperpigmentaciones, microcefalia...).

Se buscará la señal de la vacuna BCG y se anotará en la historia clínica su presencia o ausencia.

La valoración del peso y la talla se hará con las gráficas de la población autóctona o con las tablas de la OMS⁵ ya que la evolución, excepto en casos extremos, es más valorable que una determinación aislada. La exploración de los genitales externos, además de descartar malformaciones en ambos sexos, es imprescindible en las niñas

procedentes de zonas en donde se practica la MGF para conocer su integridad y anotarlo en la historia clínica.

En cuanto al desarrollo psicomotor de los niños adoptados tendremos en cuenta que pueden presentar retraso, en muchos casos reversible con estimulación y afecto, aun así, se realizará seguimiento para detectar problemas neurológicos.

Ante la presencia de macrocefalia y retraso psicomotor descartaremos toxoplasmosis, hipotiroidismo y malformaciones congénitas. La detección de microcefalia no familiar, nos obliga a descartar rubeola, toxoplasmosis, sífilis y la infección por el virus zika si proviene de zonas endémicas.

Consideraciones respecto a las pruebas complementarias generales del PANNI

Solo se aconseja solicitar a los niños incluidos en el protocolo: hemograma, ferritina y sideremia, serología HBs Ag, parásitos intestinales y prueba de tuberculina (PT). Solicitar más pruebas ha de estar justificado por las condiciones del paciente y de su procedencia, ya que aumenta el gasto sanitario y representa una diferencia con respecto a los niños autóctonos a los que no se las solicita.

El **hemograma y ferritina** están justificados por la mayor prevalencia tanto de anemias ferropénicas como de hemoglobinopatías en esta población⁶ y para observar la existencia o no de eosinofilia. La ferritina, aunque más sensible y específica, es un reactante de fase aguda, por ello realizaremos también la sideremia.

La determinación del **HBs Ag**, incluso si el niño ha sido vacunado de hepatitis B, se justifica porque, en la mayoría de los casos, no ha sido determinado en el embarazo (se puede obviar de haber sido solicitado en la madre).

El **estudio coproparasitológico** se realizará en tres muestras de heces indicando en la petición el lugar de origen del niño.

Uno de los problemas de la detección de parásitos en heces es que para que sea sensible precisa de personal

entrenado y, sobre todo, con tiempo, circunstancia que frecuentemente no se da. Además, la técnica utilizada influye también en la validez del resultado. Por esto, se ha propuesto el tratamiento sistemático de todos los inmigrantes con antiparasitarios, al igual que se realiza en muchos de sus países de origen, pero dado que este tratamiento no cubre todos los parásitos, recomendamos realizar siempre el estudio.

Si existe eosinofilia, el estudio de los parásitos en heces es negativo y no existe otra causa que la justifique (alergia, enfermedades inmunológicas...) es necesario profundizar en la investigación y si fuera necesario, derivar a una unidad especializada para estudios específicos.

El cribado de **tuberculosis** (TBC) se justifica por la alta prevalencia de esta enfermedad en los países de baja renta. Idealmente y si no hay sospecha clínica debe realizarse como mínimo tras 10-12 semanas de la llegada del niño para asegurarnos de que no se encuentre en el periodo ventana. Es importante preguntar por los antecedentes de contacto con algún posible enfermo de tuberculosis, por clínica sugestiva y por la administración previa de tratamientos antituberculosos al niño o a algún miembro de la familia.

La gran mayoría de niños procedentes de países de renta baja están vacunados de BCG. Buscaremos la señal de la vacuna normalmente situada en el deltoides, pero que puede encontrarse también en antebrazo, espalda, muslo, nalgas e incluso en otra localización.

Hay dos pruebas posibles a realizar^{7,8}:

- La prueba de la tuberculina (PT): puede presentar falsos positivos debido a que el *M. tuberculosis* tiene antígenos comunes con el *M. bovis*, con el BCG y con el resto de micobacterias no tuberculosas.
- Los test de liberación del inmunoforon gamma (IGRA): no se ven influenciados por la vacuna BCG ni por la mayoría de las micobacterias ambientales. La principal ventaja es su utilidad precisamente para el diagnóstico de la infección tuberculosa en los vacunados con BCG.
- Ninguna de estas dos pruebas tiene una sensibilidad del 100 %, sobre todo en menores de 5 años. Dado que la PT es más económica se realizará al inicio y si el resultado es positivo (Tabla 2) se solicitará un IGRA.

Los niños inmunodeprimidos, los que han tenido un contacto reciente con un enfermo tuberculoso o los que tienen un cuadro clínico o radiológico compatible con TBC se considerarán individualmente.

¿Cuándo debemos realizar pruebas específicas?

En los menores de 12-24 meses solicitaremos el **cribado metabólico** de las enfermedades incluidas en nuestro

Tabla 2. Interpretación de la prueba de tuberculina (PT) en niños

Se considera positiva una induración ≥ 5 mm

- Niños con contacto íntimo con casos índice o sospechosos de TBC independientemente de la vacunación con BCG
- Niños sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica
- Niños inmunodeprimidos o infectados por VIH
- Niños con conversión de PT previamente negativa
- Niños < 5 años no vacunados previamente con BCG y que provienen de países con alta incidencia de TBC

Se considera positiva una induración ≥ 10 mm

En cualquier otro caso, incluyendo los niños inmigrantes, viajeros y en el resto de niños sanos, independientemente de la vacunación con BCG

Fuente: Recomendaciones para la prevención y el control de la tuberculosis pediátrica en Catalunya. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública; 2015.

diagnostico precoz neonatal excepto la fibrosis quística de páncreas en los mayores de 40 días.

El cribado del antecedente de haber sufrido una infección por el virus de la **hepatitis A (HA)** es discutible. Se realiza si queremos saber el resultado antes de la vacunación ya que, en los países de baja renta, a diferencia de los nuestros, la infección, muchas veces asintomática, suele producirse masivamente durante la infancia. Dado que haber pasado la infección no contraindica la vacunación, la decisión vendrá determinada por el coste de vacunar a todos versus vacunar a los no inmunes.

La serología para **VIH, sífilis y hepatitis C (HC)** se considerará en los niños procedentes de África subsahariana, adoptados, hijos de madres de riesgo, adolescentes sexualmente activos, pacientes que hayan sufrido intervenciones sin las condiciones sanitarias adecuadas (por ejemplo, tatuajes, inyectables, circuncisión o mutilación

genital, etc.) o los que hayan recibido transfusiones. En niños procedentes de países de alta endemia se aconseja realizar la determinación de los anticuerpos HC a sus madres y si estas son positivas, a sus hijos.

El cribado de la **enfermedad de Chagas** según los protocolos actuales realizados por consensos de expertos^{9,10} se hará a todos los niños procedentes de América Latina (Centro y Sudamérica), excepto las islas del Caribe, y a las mujeres embarazadas procedentes de estas zonas⁹. Las acciones sanitarias llevadas a cabo en los países de Centro y Sudamérica para la erradicación del vector harán que estas recomendaciones sean revisadas en los próximos años, aunque el riesgo de la trasmisión vertical no pueda ser eliminado en algunas zonas durante décadas. Hemos de tener presente este cribado especialmente en los niños procedentes de Colombia, Paraguay, Bolivia y en aquellos cuyas familias refieran que ellos o familiares directos vivían en una zona endémica (Fig. 1).

Figura 1. Distribución geográfica de la enfermedad de Chagas



Se aconseja realizar cribado de **esquistosomiasis urogenital** a los procedentes de África subsahariana, países de la cuenca del Nilo y de Oriente Medio. El cribado se realizará mediante una tira de orina (mejor tras ejercicio) y en caso de que haya hematuria se procederá a la recogida de una muestra de orina para la detección del parásito.

En cuanto al **cribado de hemoglobinopatías** se tiene que recordar que ya hemos realizado uno con el hemograma, pero existen casos en que la enfermedad aún no se ha manifestado (niños pequeños) o que son portadores de la genopatía. La hemoglobinopatía de mayor importancia es la drepanocitosis. Se tendrá en cuenta el cribado en menores de 5 años y sobre todo en menores de un año de raza negra o con ancestros de esta raza (mulatos, descendientes americanos de negros, indo-paquistaníes, originarios de la península Arábiga y del sur del Magreb...).

En los países en desarrollo los niños pueden tener niveles elevados de **plomo** en sangre¹¹ debido a la presencia de altas concentraciones en el aire, suelo, utensilios, alimentos, cosmética o remedios tradicionales. Se ha demostrado que niveles de plomo en sangre superiores a 10 µg/dl provocan deterioro del neurodesarrollo y de la inteligencia y niveles más elevados anemia, dolor abdominal, cefalea, estreñimiento, agitación y letargia. No tenemos estudios en nuestro medio que demuestren o descarten los niveles de plomo elevados de niños inmigrantes. Por ello, se recomienda realizar el cribado de plomo en niños con clínica sugestiva, con anemia con eritrocitos con punteado basófilo, si han presentado pica o han estado expuestos a fuentes de plomo (ej. por uso de productos cosméticos de su país de origen con Pb).

La OMS estima que el 31 % (1900 millones) de la población mundial tiene una ingesta insuficiente de **yodo**, preponderantemente en el sudeste asiático, África y Europa con las subsiguientes repercusiones en la salud¹². A pesar de la campaña de yodización de la sal que desde hace años la OMS tiene en marcha en múltiples países, debemos explorar un posible bocio y realizar estudio si lo hay.

¿Se debe realizar cribado del paludismo?

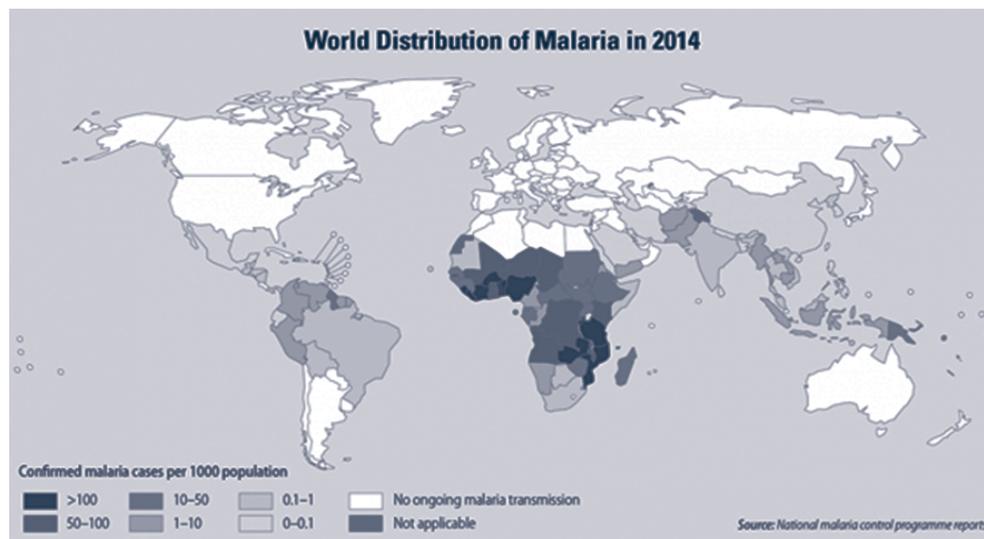
Más que cribado se aconseja tener una alta alerta diagnóstica, así se pensará en paludismo ante cualquier individuo que presente fiebre y que proceda de áreas endémicas, sobre todo de África subsahariana, pero también de Asia y Sudamérica¹³ (Fig. 2). Debido a la elevada morbimortalidad de la malaria por *Plasmodium falciparum*, se aconseja que, ante la presencia de fiebre en un niño inmigrante procedente de una zona endémica durante los tres meses siguientes a la emigración, se realice de urgencia un test de diagnóstico de malaria: una gota gruesa, una extensión de sangre periférica o bien un test de diagnóstico rápido de malaria y mejor coincidiendo con el pico febril. Hay que recordar que en el momento de la exploración/evaluación el paciente puede estar afebril y que el paludismo es una enfermedad con un gran polimorfismo clínico que puede cursar con clínica muy variada e inespecífica (fiebre sin foco, síndrome gripal, vómitos, diarrea, tos, esplenomegalia, encefalopatía...).

¿Se debe realizar cribado de raquitismo?

El raquitismo es una enfermedad con un cuadro clínico determinado y por tanto lo sospecharemos si el niño presenta signos o síntomas compatibles. Diferente es el descartar un déficit de vitamina D. El déficit de vitamina D está influido por diversos factores, como son la ingesta insuficiente, la escasa exposición al sol (exceso de ropa por motivos religiosos, escasas actividades al aire libre...) y la pigmentación oscura de la piel, que reducen la exposición al sol y disminuyen la síntesis de vitamina D. La determinación del 25-OH-colecalciferol es la prueba que se propugna en la actualidad para detectar el déficit de la vitamina.

Hay muchos interrogantes sobre la importancia del déficit de vitamina D sin clínica y sobre los valores óptimos para la salud¹⁴, incluso sobre el estado de la población autóctona respecto a los valores de 25-OH-colecalciferol en las diferentes épocas del año. Este es un tema abierto a más investigaciones.

Figura 2. Distribución geográfica del paludismo



En la actualidad se puede recomendar el estudio a niños y adolescentes con factores de riesgo de déficit de vitamina D como: población procedente de Asia Meridional, especialmente mujeres, que no hayan tenido una exposición solar suficiente; lactantes de madres que no hayan recibido una insolación adecuada teniendo en cuenta su fenotipo cutáneo y pacientes en tratamiento con anticonvulsivos o con trastornos de la absorción intestinal.

Es mucho más importante realizar profilaxis: además de recomendarla a los menores de 12-18 meses, se considerará la profilaxis de raquitismo, osteomalacia o déficit importante de vitamina D a niños de piel oscura o muy tapados, especialmente adolescentes.¹⁵

¿Debemos pensar en otras acciones de prevención específicas para los niños inmigrantes?

Tendremos en cuenta la profilaxis de los **déficits nutricionales** debidos a dietas deficitarias y carenciales (por ej. lactancia materna exclusiva prolongada, vegetarianos, niños de familias con pobreza extrema).

Lo más importante es un correcto interrogatorio que nos permita sospechar el déficit del nutriente en concreto.

Los niños inmigrantes vegetarianos lo suelen ser por creencias religiosas o culturales que deben respetarse y han de recibir los suplementos necesarios y la información adecuada para una dieta nutricionalmente correcta.

La **mutilación genital femenina (MGF)**¹⁶ es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, que realizan muchas tribus de África subsahariana, países de la cuenca del Nilo y los miembros de alguna cultura del Pakistán (Bohmas), Malasia e Indonesia.

La mejor actuación que puede realizar el pediatra de Atención Primaria es la prevención. En la primera visita exploraremos si los genitales externos de la niña están íntegros o no y lo anotaremos en la historia clínica.

Es recomendable establecer un vínculo de confianza con los padres y la niña y preguntar sobre dicha práctica en su país, región y familia. En caso de que la niña pertenezca a una familia con madre o hermanas mutiladas informaremos

tanto al padre como a la madre sobre las repercusiones de dicha práctica en la salud física, sexual y psicológica, además les informaremos sobre las consecuencias legales de la realización de dicha práctica tanto en nuestro país como en viajes al suyo. Ofreceremos a los padres firmar el documento de compromiso preventivo y recomendaremos programar una visita antes y después del viaje. En la visita post-viaje, si se hubiera practicado la MGF se tendría que hacer un parte de lesiones y comunicarlo a protección de menores. Si no acude a la visita programada hay que hacer una hoja de notificación de riesgo y ponerse en contacto con el servicio de protección de menores.

En el campo de la **salud mental** es importante tener en cuenta tanto lo que representa el duelo migratorio de los niños y adolescentes y de sus padres como el choque cultural y la dificultad de adaptación familiar de los adolescentes que han estado separados de sus padres durante años.

Nos hemos de informar de los recursos existentes en nuestra zona de trabajo y utilizar cuando creamos conveniente la prescripción social.

Es importante asegurarse que el niño, si tiene la edad, esté escolarizado. Se tiene que promover que en las escuelas haya aulas de acogida que reciban a cada niño teniendo en cuenta sus antecedentes y niveles escolares previamente alcanzados y donde reciban clases intensivas del idioma del país de acogida. Es muy importante para la integración y la salud mental del menor.

Mención especial son los hijos de refugiados. La causa de su migración y las condiciones de esta hacen que muchos de ellos estén afectados por un síndrome postraumático. A partir de cierta edad todos deberían ser explorados psicológicamente, idealmente por un psicólogo preparado, y realizar el tratamiento oportuno en los casos necesarios.

Las ayudas psicológicas que podamos aportar a los niños inmigrantes como pediatras de Atención Primaria dependerán de nuestros conocimientos y del conocimiento de los recursos existentes en nuestro ámbito.

En caso de **retorno al país de origen** por vacaciones o temporadas, es muy importante dar información sobre las medidas preventivas que se deben llevar a cabo para evitar enfermar, la necesidad de vacunaciones específicas y de profilaxis del paludismo si van a zona endémica, y la visita a la consulta del pediatra a su regreso¹⁷. En muchas ocasiones recomendaremos una visita a una Unidad Especializada de Atención al Viajero, especialmente si se han de poner vacunas no disponibles en consulta o si se desconoce la profilaxis más adecuada para el paludismo según zona y época del año.

Conclusiones

- La buena actitud del profesional y el respeto a la diferencia marcan el camino para conseguir una buena relación asistencial con la población inmigrante.
- La atención al niño inmigrante debe de ser personalizada.
- Las actividades del PANNI tienen que estar justificadas.
- Los factores emocionales del hecho migratorio se tendrán siempre en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vall O. La cartografía del grupo. Aproximación a la antropología: brújula para observar, comprender e interpretar. Colección Gran Angular. Ed. Sociedad de Pediatría Social. Madrid: Alta Fulla; 2009.
2. Maaluf A. Identidades asesinas. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
3. Masvidal RM, Canadell D. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10:3-15.
4. WHO. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. [Fecha de acceso 15 sep 2017].

- Disponibile en http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules
5. OMS. Patrones de crecimiento infantil. [Fecha de acceso 15 sep 2017]. Disponible en www.who.int/childgrowth/standards/height_for_age/es/
 6. WHO Global Database on Anaemia. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. [Fecha de acceso 22 octubre 2017]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf
 7. Agència de Salut Pública de Catalunya. Recomenacions per a la prevenció i el control de la tuberculosi pediàtrica a Catalunya. Barcelona: Marzo 2015.
 8. Mengual J. Cribado de la tuberculosis. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. Actualizado marzo de 2016. [Fecha de acceso 22 oct 2017]. Disponible en <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/tuberculosis-rec>
 9. González-Tomé MI, Rivera M, Camaño I, Norman F, Flores-Chávez M, Rodríguez Gómez M, et al. Recomendaciones para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la embarazada y del niño con enfermedad de Chagas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:535-42.
 10. Roca C, Soriano-Arandes A, Solsona L, Gascón J. Grupo de consenso Chagas-APS. Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en Atención Primaria de salud de áreas no endémicas. *Aten Primaria*. 2015;47:308-17.
 11. Centers for Disease Control and Prevention. Screening for lead during the domestic medical examination for newly arrived refugees. [Fecha de acceso 15 oct 2017]. Disponible en www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/lead-guidelines.html
 12. WHO. Vitamin and mineral nutrition. Information System Evidence and Programme Guidance Unit Nutrition for Health and Development World Health Organization. [Fecha de acceso 17 oct 2017]. Disponible en www.who.int/vmnis
 13. OMS. World Malaria Report 2015. [Fecha de acceso 27 oct 2017]. Disponible en www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/en/
 14. Masvidal RM, Ortigosa S, Baraza MC, Garcia-Algar O. Vitamina D: fisiopatología y aplicabilidad clínica en Pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77:279.e1-279.e10.
 15. Alonso C, Ureta N, Pallas CR. Vitamina D profiláctica. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. [Fecha de acceso 15 oct 2017]. Disponible en http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_vitamina_D_rec.pdf
 16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) 2015. [Fecha de acceso 15 sep 2017]. Disponible en www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2015.htm
 17. Canadell D, Macipe R. Evaluación posviaje niño viajero. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. AEPap 2017. [Fecha de acceso 27 oct 2017]. Disponible en algoritmos.aepap.org/adjuntos/nino_viajero.pdf