

Jueves 16 de octubre de 2003

**Mesa Redonda:
"Temas imprescindibles
en Salud Infantil"**

Moderadora:

Mar Duelo Marcos

Pediatra, CS "El Naranjo", Fuenlabrada, Madrid

- **Nuevas vacunas: vacunas neumocócicas conjugadas y vacunas intranasales de la gripe de virus vivos atenuados adaptados al frío.**

Jesús Ruiz Contreras

Pediatra, Hospital Universitario "12 de Octubre", Universidad Complutense, Madrid.

- **Novedades en alimentación: fórmulas infantiles, pro y prebióticos, suplementos minerales y vitaminas.**

M^a Luisa Arroba Basanta

Pediatra, CS "El Naranjo", Fuenlabrada, Madrid.

- **Manejo de niños inmigrantes y de adopción internacional en las consultas de pediatría primaria.**

Gloria Orejón de Luna

Pediatra, CS "Gral. Ricardos", Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Orejón de Luna G. Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 33-43.

Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de Atención Primaria

Gloria Orejón de Luna

*Pediatra. Centro de Salud "General Ricardos", Área 11,
Atención Primaria IMSALUD, Madrid
gloriaol@arrakis.es*

RESUMEN

El fenómeno de la inmigración, así como de la adopción internacional ha experimentado un notable incremento en la última década en nuestro país. Además de la problemática de integración social y cultural que esto conlleva, plantea una necesidad clara desde el punto de vista sanitario: la adecuada asistencia médica a este colectivo. Es preciso contar con pautas de actuación uniformes y consensuadas, así como integrar la atención sanitaria de estos pacientes dentro de la asistencia que se ofrece al resto de la población. Ya que Atención Primaria (AP) es el primer escalón asistencial, la mayor responsabilidad y probablemente el mayor esfuerzo para la integración sanitaria de este colectivo se debe realizar en nuestro ámbito profesional.

En este documento aportamos ideas y pautas de actuación sanitaria en AP en niños inmigrantes y niños procedentes de adopción internacional.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, España ha pasado de ser un país de emigrantes a ser un país receptor de inmigración de otros países. Así como nuestros emigrantes salían de nuestro país para obtener mejoras laborales o buscar mayores posibilidades de desarrollo, la población inmigrante que ahora recibimos, es una población que huye de sus países por situaciones generalmente catastróficas (pobreza, miseria, guerras, hambrunas...). La pobreza y las malas condiciones higiénico-sanitarias de sus lugares de origen, así como una falta de reconocimiento de los derechos del menor, provoca que los niños inmigrantes que llegan a nues-

tro país, presenten una mayor morbilidad general¹. Estos niños tienen un alto riesgo de padecer enfermedades diferentes a los originarios del país, además de estar expuestos a enfermedades propias de país que los recibe y de tener predisposición a sufrir enfermedades propias de la marginalidad, que es típica de la inmigración por motivos económicos².

Por otro lado, los inmigrantes de países en vías de desarrollo, no tienen una tradición de educación sanitaria en principios de promoción y protección de la salud, muestran una gran indiferencia y resistencia a los programas preventivos de salud y sus demandas o expectativas sanitarias, en principio, no se ajustan a nuestro sistema sanitario³. Todo esto, unido al desconocimiento que nosotros tenemos de las creencias, hábitos tradicionales y religiosos, propios de cada país de origen, influyen en los cuidados de la salud de este colectivo, y hacen más difícil el abordaje sanitario de estos pacientes desde AP, primer eslabón asistencial que se encuentran.

En cuanto a los niños procedentes de una adopción internacional, además de todo lo expuesto anteriormente, presentan otros riesgos específicos que merecen un comentario adicional. Estos niños llegan a nuestro país con escasa información sobre sus antecedentes médicos. Además, en los casos en que existe alguna información clínica, esta tiene deficiencias o está adulterada, lo que dificulta aún más la valoración médica de estos niños².

El objetivo de este artículo es llamar la atención del pediatra sobre la importancia de conocer el contexto cultural de los niños de origen extranjero y proponer unas pautas de actuación en la consulta de AP, que permitan desde el primer momento ofrecer al niño inmigrante y al niño procedente de adopción internacional, la misma atención sanitaria de calidad que se ofrece al resto de la población pediátrica.

DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Existe en nuestro país, una normativa clara sobre el derecho a la atención sanitaria, que afecta también a la

población de origen extranjero. Esta normativa se recoge en los siguientes documentos²:

- **Declaración Universal de Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 10/12/ 1948) Artículo 22:**

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

- **Declaración de los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 20/11/ 1959) Principio 4:**

“El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.”

- **Constitución Española (6/12/1978) Artículo 43:**

Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

- **Ley Orgánica 4/2000 (BOE, 12/1/2000:**

“Todos los inmigrantes tendrán derecho a la atención sanitaria de urgencia. Los que estén insertos en un padrón municipal (aunque estén en situación irregular, sin permiso de residencia) podrán recibir todo tipo de asistencia en las mismas condiciones que los españoles. Los menores y las embarazadas, solo por encontrarse en España, deberán ser atendidos plenamente”.

Datos demográficos

Es difícil conocer con exactitud la cantidad de familias inmigrantes y de niños inmigrantes que hay en nuestro país, debido a que probablemente exista una gran cantidad de inmigrantes no registrados. La situación de "irregularidad" se debe a la facilidad que tienen para entrar como turistas sin visado, algunos colectivos como los ecuatorianos, colombianos, o como solicitantes de asilo y refugio como los rumanos⁴. Se estima que puede haber tres inmigrantes no registrados por cada inmigrante oficial⁵.

Sin embargo, lo que sí es cierto es que el número de inmigrantes ha crecido en los últimos años.

Los datos oficiales del Ministerio del Interior de diciembre de 2001, indican que en España residen 1.109.060 inmigrantes regulares, además de un número aproximado de 300.000 en situación irregular⁶. Los datos demográficos difieren según las Comunidades Autónomas. Así en un informe de la Comunidad de Madrid⁴, del año 2001, indica que Madrid es la primera ciudad de inmigración extranjera de España. El 6,5% de su población es inmigrante, con un total de 343.000 extranjeros empadronados, casi todos ellos localizados en Madrid capital. Otras Comunidades que acogen a un alto porcentaje de población extranjera son Cataluña, Andalucía y Canarias⁶.

En cuanto a la presencia de niños inmigrantes en la población inmigrante no existen datos concluyentes. Se estima que el número total de niños inmigrantes en España es de aproximadamente 115.386, es decir uno de cada diez inmigrantes (10,4%) tiene una edad comprendida entre 0 y 15 años⁶. Sin embargo, otros autores encuentran que los niños inmigrantes son el 17,4% de la población infantil total⁷. En la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el 22% de los pacientes atendidos fueron menores de 15 años⁸. También se ha visto un aumento creciente de hijos nacidos de madres inmigrantes. Según el Instituto Nacional de Estadística, el número de nacimientos de madre extranjera se ha triplicado desde 1996 hasta 2001, suponiendo en

términos globales un 8,19% de todos los recién nacidos en España. En algunas Comunidades esta proporción es aún más alta. En la Comunidad de Madrid, hasta el 10% de los recién nacidos son hijos de madre extranjera y en Ceuta y Melilla esta cantidad se eleva a un 24%^{4,6}.

La procedencia de la población inmigrante es muy variada. Los lugares de origen más frecuentes son: Este de Europa, Norte y franja subsahariana de África, Sureste de Asia, Centroamérica y Sudamérica. Esta población se establece generalmente en nuestro país según el agrupamiento espontáneo de personas de la misma procedencia, por lo que cada Comunidad Autónoma, e incluso cada distrito y/o área sanitaria, tendrá una población extranjera determinada que generará diferentes necesidades socio-sanitarias.

Por último y con respecto a las adopciones internacionales, los últimos datos estadísticos disponibles en España indican que se ha producido un rápido incremento. Concretamente en Madrid y según datos del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, se ha pasado de 18 adopciones internacionales en el año 1992 hasta 590 en 2001. En este mismo año, la mayor parte de los niños adoptados procedían de China, Federación Rusa, Rumania, Ucrania, India y América Latina^{4,6,9}.

Enfermedades en el niño de origen extranjero

Aunque el principal objetivo de este trabajo es dar pautas y recomendaciones de actuación en la atención sanitaria del niño de origen extranjero, vamos a hacer una breve aproximación a las enfermedades más prevalentes en esta población.

La incidencia de enfermedades propias de la infancia, es probablemente mayor en estos niños, tanto por las condiciones socio-sanitarias en las que viven, como por la baja cobertura vacunal que tienen frente a enfermedades prevenibles y que en nuestro medio tienen una baja prevalencia⁴. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no en todos los casos, inmigrante es igual a mala salud. La mayoría de los inmigrantes y niños adoptados, proceden de un medio con condiciones sanitarias precarias, pero

eso no siempre significa que su estado de salud sea totalmente precario, como se ha demostrado en algunos trabajos^{10,11}, donde se ha visto que los hábitos higiénico-sanitarios de algunos colectivos de inmigrantes son muy similares a los de la población autóctona.

A continuación exponemos de forma concisa las principales enfermedades propias del niño de origen extranjero.

Al hablar de las enfermedades más frecuentes en el niño de origen extranjero (inmigrante o procedente de adopción internacional) se pueden establecer tres áreas de evaluación distintas:

- Enfermedades infecciosas, prevalentes según el país de origen.
- Enfermedades no infecciosas, prevalentes según el país de origen.
- Enfermedades no diagnosticadas previamente.

Enfermedades infecciosas

A lo hora de valorar las enfermedades infecciosas más frecuentes en el niño de origen extranjero, hay que

tener en cuenta que el niño inmigrante o procedente de una adopción internacional no siempre es portador y/o diseminador de enfermedades infecciosas. La posibilidad de diseminación de posibles patógenos originarios o importados por los inmigrantes a la comunidad que les acoge, es muy pequeña, sea por las propias características del problema de salud como por las condiciones sanitarias y de salud pública presentes en nuestro país (red de agua potable, sistema de recogida de excretas adecuado, ausencia de hospedadores intermedios ni vectores apropiados). Es más frecuente, sin embargo, que el inmigrante adquiera las enfermedades propias de nuestro país. Por otro lado, el riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección se desvanece con el tiempo que la persona inmigrante pasa en el país de destino. Sin embargo, una serie de enfermedades pueden suponer, a muy largo plazo, un riesgo potencial y manifestarse muchos años después de estar residendo en una zona no endémica. Entre estas enfermedades se encuentran: lepra, tuberculosis, sífilis, coccidiodomicosis, histoplasmosis, hidatidosis, estrombiloidosis, toxoplasmosis, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, hepatitis virales e infección por VIH y HTLV-I. También hay que tener en cuenta las secuelas de ciertas enfermedades, que sin estar activas en el momento de la llegada al país producen grave patología residual, como ocurre con la esquistosomiasis⁸.

Tabla I. Distribución de las principales enfermedades infecciosas^{2,12}

	Frecuentes / Muy frecuentes	Menos Frecuentes
África	Tuberculosis, hepatitis, ETS, HIV, parásitos intestinales, filariasis, paludismo	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, esquistosomiasis, estrombiloidiasis, cisticercosis, leishmania y enfermedad del sueño
Latinoamérica	Tuberculosis, hepatitis, cisticercosis	Meningitis meningocócica, cólera, fiebres virales hemorrágicas, lepra, ETS, VIH, parásitos intestinales, estrombiloidiasis, paludismo, leishmaniasis y enfermedad de Chagas
Asia	Tuberculosis y hepatitis	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, ETS, VIH, parásitos intestinales, esquistosomiasis, estrombiloidiasis, filariasis hemolinfáticas, paludismo, cisticercosis y leishmaniasis
Europa del Este	Tuberculosis, hepatitis, ETS, cisticercosis y leishmaniasis	

La mayor o menor incidencia de las distintas enfermedades viene determinada por la zona de procedencia del niño inmigrante. En la Tabla I, aparece la distribución de las principales enfermedades infecciosas según la zona de origen^{2,12}.

Según la experiencia de la Unidad de Pediatría Tropical y del Niño Viajero del Hospital Carlos III de Madrid, la patología infecciosa más frecuente encontrada en esta población es la parasitación intestinal, giardiasis, ascariidiasis, trichuriasis, estromboloidiasis, teniasis (tenia enana) y amebiasis. En segundo lugar, el paludismo. Y con menos frecuencia, infección y enfermedad tuberculosa, infección por citomegalovirus, escabiosis y pediculosis, hepatitis B, filariasis, esquistosomiasis, sífilis e infección por VIH⁴.

Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen

Aquí se incluirán enfermedades propias de determinados países. Las más significativas en la infancia son^{3,13,14}:

- Anemias hemolíticas. Déficit de G-6-PDH y hemoglobinopatías. Existe una alta prevalencia de hemoglobinopatías de distribución geográfica similar a la malaria.
- Deficiencia de lactasa. Se encuentra en más del 80% de los nativos australianos, americanos, del África tropical y del Este y Sudeste de Asia. También es muy prevalente en los afroamericanos. Debido a algunas tradiciones culturales de determinados países, los matrimonios entre familiares son frecuentes, ocasionando una alta prevalencia de malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias.

Enfermedades no diagnosticadas o tratadas previamente

- Enfermedades carenciales. Retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico-proteica y anemias ferropénicas, o de otro tipo. Es de especial importancia la elevada incidencia de

infección crónica por citomegalovirus asociada a malnutrición que se ha encontrado en algunos estudios¹⁵.

- Enfermedades por ausencia de medicina preventiva previa. Caries dental, enfermedades vacunables, defectos sensoriales, defectos del aparato locomotor; anomalías congénitas y enfermedades crónicas sin diagnosticar.
- Enfermedades mentales. Ansiedad, depresión y otras³.

Manejo del niño de origen extranjero en la consulta de Atención Primaria

Se deberá hacer lo antes posible una visita programada, para iniciar una evaluación global del niño.

Anamnesis

Además de los datos que habitualmente se recogen en todos los pacientes, es importante averiguar algunos aspectos específicos. Hay que conocer la fecha de nacimiento o valorar la edad cronológica del niño. Dentro de los antecedentes personales, hay que intentar recoger datos sobre el embarazo y antecedentes perinatales, enfermedades previas y tratamientos previos recibidos tanto médicos como quirúrgicos, descartar alergias, ver calendario vacunal y las vacunas que se les ha administrado en su país de origen. Entre los antecedentes familiares, hay que averiguar si existen enfermedades hereditarias, ver la composición familiar y los convivientes. Con respecto a la historia actual, es fundamental conocer el país de origen, la ruta migratoria que han tenido hasta llegar a nuestro país, así como las condiciones del viaje y el tiempo de permanencia. Hay que valorar la presencia de síntomas actuales o antiguos que persisten. Debemos preguntar de forma específica por algunos síntomas que pueden ser habituales en ellos: prurito, dolor abdominal, fiebre intermitente, diarrea. Por último, evaluar si están en el momento actual, bajo algún tratamiento específico^{2,9,14,16}.

Exploración física

Se debe realizar una primera valoración lo más pronto posible desde su llegada al país y una segunda evaluación a los 6-12 meses, con el fin de comprobar la mejora y/o recuperación tras el inicio de unos cuidados de salud básicos. En la exploración física además del examen habitual, se deberán buscar signos que puedan orientar a la presencia de problemas de salud propios de este colectivo^{2,9,14,16}.

- Si no se conoce la edad cronológica hay que intentar establecerla a través de edad ósea, edad dental, nivel de desarrollo psicomotor y madurez social.
- Valorar el estado nutricional del niño, a ser posible con gráficas de crecimiento adaptadas o las propias del país de origen. Si existiera un retraso del desarrollo ponderoestatural o un estado de malnutrición y no se observa una recuperación a los 6 meses, hay que plantear una evaluación más detallada.
- Evaluar el desarrollo psicomotor en la primera visita, aunque una revaloración a los 6 meses de su estancia será más significativa del desarrollo del niño.
- Evaluar el estado de la dentición, dada la alta prevalencia de caries y problemas dentales de estos niños.
- Evaluación de agudeza visual y auditiva, sobre todo en niños que fueron prematuros

Pruebas complementarias

No se pedirán de rutina a todo niño inmigrante, solo se harán si la anamnesis y exploración física nos sugieren la existencia de alguna patología o factor de riesgo^{2,9,14,16}.

- Hemograma y bioquímica básica. Ante todo niño con malnutrición, retraso ponderal, pali-

dez, síndrome febril prolongado, recurrente, sin focalidad o sospecha de parasitosis que cursan con eosinofilia.

- Test de metabopatías (hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia adrenal congénita) en menores de 6 meses.
- PPD (Mantoux). Todos los niños deben ser sometidos a exámenes rutinarios de salud que incluyan la valoración de su riesgo de exposición a la tuberculosis. No está indicada la realización sistemática de Mantoux en niños sin factores de riesgo. Aunque la decisión de realizar esta prueba debe basarse en la epidemiología local junto con el asesoramiento de las autoridades regionales sanitarias; en líneas generales, el Mantoux debe considerarse en los niños con un mayor riesgo de exposición a personas con tuberculosis y en aquellos en los que no se disponga de un historial completo o fiable sobre los factores de riesgo. Los factores de riesgo que indican la realización de Mantoux son:
 - Inmigrantes con < de 5 años de estancia en nuestro país, y procedentes de zonas de alta prevalencia de tuberculosis: Latinoamérica (Perú, República Dominicana, Bolivia, Ecuador), África (Marruecos, Nigeria, Guinea Ecuatorial), Asia (China, Filipinas) y Europa (Rumania, Rusia).
 - Contactos con personas con tuberculosis confirmada o sospechada.
 - Contactos con personas que hayan estado en instituciones penitenciarias en los últimos 5 años.
 - Condiciones de vivienda, con elevado índice de hacinamiento.
 - Niños con hallazgos radiológicos o clínicos (tos persistente, síndrome febril prolongado) que sugieran tuberculosis.

- Niños que están infectados por el VIH o que conviven con personas infectadas por VIH.

La interpretación del resultado del Mantoux se realizará según factores de riesgo, sospecha de enfermedad tuberculosa, radiografía compatible e induración de la reacción (Tabla II).

- Coprocultivo y parásitos en heces. En niño con diarreas prolongadas o crónicas y si existe eosinofilia o asma atípica.
- Orina y sedimento urinario.
- Serología hepatitis B y C. En todos los inmigrantes del África subsahariana.
- Serología VIH. En función de la historia clínica, la existencia de factores de riesgo y sobre todo en inmigrantes procedentes del África Subsahariana.

Se deberá considerar la necesidad de realizar otras pruebas complementarias especiales, según la evaluación de los datos obtenidos con la primera evaluación. Estos serían: búsqueda de parásitos en orina, estudio de filarias, estudio de hemoglobinopatías, plomo sérico (sobre todo en los procedentes de China y Este de Europa) e investigación de *plasmodium* (fotis de gota gruesa de sangre periférica)⁹. Respecto a este último apartado, una idea importante que debe tener presente cualquier pediatra que valore a un niño procedente de área endémica de malaria, es que hasta que no se demuestre lo contrario, toda fiebre debe ser sospechosa de Paludismo, y debe insistirse en la búsqueda

del *plasmodium*, estando justificado incluso el ingreso hospitalario para hacer los estudios coincidiendo con los picos febriles⁴.

Manejo específico de la familia involucrada en una adopción internacional

Hay algunos aspectos específicos en esta población, que merecen un comentario aparte^{1,2,9}.

Estos niños llegan a nuestro país con escasa información, y cuando existe, esta puede tener deficiencias o estar adulterada, como sucede con los niños adoptados procedentes de China, Rusia y Este de Europa.

Es aconsejable realizar una consulta preadopción, una consulta postadopción y que la familia reciba información sobre el maletín médico que deben llevarse para atender al niño en su país de origen en los primeros días después de la adopción, así como las inmunizaciones recomendadas para viajar al extranjero para realizar la adopción.

En la consulta preadopción, los padres deben recibir toda la información disponible sobre los antecedentes del niño y a ser posible de la madre y/o familia de procedencia, con el fin de identificar factores de riesgo. Por otra parte también es interesante que la familia, antes de la adopción conozca los principales problemas de salud que presentan los niños adoptados en el extranjero, según el país de origen.

La consulta postadopción debería realizarse en los primeros 3 días de su llegada, salvo que el niño tenga una enfermedad aguda, en cuyo caso se realizaría en las

Tabla II. Interpretación de la prueba de Mantoux (PPD)^{4,9}

Datos clínicos	PPD positivo
Sospecha de enfermedad tuberculosa. Radiografía compatible con tuberculosis. Contacto con bacilífero. Seroconversión reciente. Inmunodepresión	Mayor de 5 mm. de induración (obviar BCG)
Screening rutinario del niño inmigrante (sin sospecha clínica)	Mayor de 10 mm. de induración (obviar BCG)

primeras 24 horas. La valoración en esta consulta se realizaría según las pautas indicadas en el apartado anterior:

Para algunos expertos en adopción internacional, la valoración de este grupo de niños debería ser realizada en una Unidad especializada o en colaboración con esta.

Vacunación en niños inmigrantes

Para evitar la posibilidad de presentación de casos de enfermedades susceptibles de vacunación en estos colectivos y para evitar que se extiendan al resto de la población se sugieren las siguientes líneas de actuación:

- Tomar las medidas necesarias para que sean atendidos por el sistema sanitario (información, facilitar el acceso).
- Conocer su situación vacunal: por medios oficiales o exigiendo a estos inmigrantes o sus representantes legales una documentación o cartilla vacunal sobre las inmunizaciones recibidas en su país de origen.
- Aprovechar la asistencia a los centros de salud para regularizar su estado vacunal.
- Iniciar o completar de inmediato el calendario vacunal pertinente, siguiendo la pauta habitual o con pautas aceleradas si es preciso, según el riesgo que tengan.

- Investigar su estado de salud. Detectar estado de portadores de enfermedades transmisibles (Hepatitis B, Hepatitis A).
- Reevaluar su situación al retorno de viajes a sus países de origen.

A la hora de valorar el estado vacunal de estos niños hay que tener en cuenta que cuando no haya información por escrito fidedigna de las vacunas administradas se debe iniciar el calendario vacunal desde el principio y hacerlo completo según la pauta de vacunación oficial. Por el contrario, si existe un calendario oficial en el que figuren vacunas puestas, la vacunación se debe continuar teniendo en cuenta las inmunizaciones ya administradas, salvo algunas excepciones (vacuna anti-tetánica).

También es importante conocer algunos aspectos de la vacunación en los países de origen de esta población:

- En muchos países las campañas de vacunación no dan cobertura a toda la población y aún así, cuando lo hacen las cadenas del frío se suelen romper.
- La vacuna antisarampionosa administrada en estos países generalmente es monovalente, no es la vacuna triple vírica, y por lo tanto no protege frente a la rubeola y parotiditis. Además se administra precozmente, a los 9 o 12 meses y puede haber sido inactivada por los anticuerpos maternos transplacentarios, lo que obligaría a una segunda dosis de refuerzo.

Tabla III. Dosis mínimas recomendadas para considerar vacunación completa⁽¹⁾ 4,9

Edad	DTPa	VPO	HB	Hib	MenC	TV
< 2 años	1-4	1-4	1-3	1-4	1-3	1
2-6 años	4-5	4-5	3	1	1	2
7-18 años	3	3	3	-	1	2
> 18 años	3 (TD/Td)	3 (VPI)	3	-	1	1

⁽¹⁾ El número de dosis según la edad de comienzo de la vacunación

- En los países en los que hay vacunación de hepatitis B, la vacunación neonatal en los hijos de madres portadoras de HBsAg se administra a veces pasada la primera semana de vida, por lo que no se asegura la prevención de la transmisión vertical. Por lo tanto en estos niños se debería descartar el estado de portador crónico del virus de Hepatitis B. En este sentido hay que tener en cuenta que la infección por VHB es más prevalente en los inmigrantes del África subsahariana pero no tanto en los inmigrantes de América del Sur. Por lo tanto, en los inmigrantes procedentes de América resultaría más eficiente la vacunación masiva, mientras que en los procedentes de África subsahariana resultaría más eficiente un cribado preveio¹⁷.

Tabla IV. Vacunaciones recomendadas para niños con inicio tardío de vacunación¹⁶

Visitas/Edad ⁽¹⁾	1-6 años	Mayor de 7 años
Primera: inicial ⁽²⁾	DTPa (o DTPe en <15-18 meses) VPO Hib (en <5 años) HB SRP ⁽³⁾	Td VPO HB SRP ⁽³⁾
Intervalo después de la primera visita:		
1 mes	DTPa (o DTPe en <15-18 meses) HB	
2 meses	DTPa (o DTPe en <15-18 meses) VPO	Td VPO HB
8 meses o más	DTPa VPO HB	SRP ⁽⁴⁾
8-14 meses		Td VPO HB ⁽⁵⁾
A edad:		
4-6 años	DTPa (si 4ª dosis en < 4 años edad) VPO (si 3ª dosis en < 4 años edad) SRP ⁽⁴⁾	
11-12 años	SRP ^(4,5) HB ⁶	SRP ⁽⁶⁾
14-16 años y cada 10 años	Td	Td

⁽¹⁾ Las vacunas parenterales de aplicación coincidente deben administrarse con jeringas y agujas diferentes y en lugares corporales distintos y alejados.

⁽²⁾ Cuando no sea posible administrar en el mismo acto médico las vacunas DTP, SRP y VPO, se indicará la SRP y VPO en la primera visita y la DTP, DT o Td tan pronto como sea posible.

⁽³⁾ La vacuna SRP se indicará aunque existan antecedentes de padecimiento previo de cualquiera de las enfermedades que previenen.

⁽⁴⁾ Cuando se considere preciso, la 2ª dosis de SRP puede adelantarse, respetando el intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis.

⁽⁵⁾ Puede administrarse antes, según pauta 0,1 y 4 meses.

⁽⁶⁾ Si no se ha aplicado previamente, por omisión o en calendarios que no lo contemplen.

- Los inmigrantes procedentes de América Latina y los inmigrantes magrebíes han podido ser vacunados al nacer con la vacuna BCG. Esto es fácil comprobarlo aunque no tengan calendario vacunal, por la cicatriz que suele dejar en el deltoide. Este dato es importante a la hora de valorar la necesidad de la realización de Mantoux y su posterior interpretación¹⁸.
- Los niños procedentes de países en vías de desarrollo no están inmunizados frente a *Haemophilus influenzae* tipo B, *meningococo* C ni *meningococo*⁴.

En definitiva, se actualizará el calendario vacunal de cada paciente de forma individualizada, según la edad del niño, el país de origen y las características vacunales. Todo ello, para ajustar la vacunación del niño inmigrante al calendario vacunal recomendado en la actualidad por la AEP¹⁹ y en las diferentes Comunidades Autónomas. En la Tabla III aparecen las dosis mínimas recomendadas para considerar una vacunación completa^{4,9} y en la Tabla IV las recomendaciones para niños con inicio tardío de la vacunación²⁰.

Vacunación en niños de adopciones internacionales

Todo lo comentado en el apartado anterior es aplicable a este colectivo poblacional. También en estos niños es necesario y obligatorio disponer de la certifi-

cación oficial de las vacunas recibidas anteriormente. Sin embargo ha de tenerse en cuenta la escasa fiabilidad de los certificados oficiales de determinados países. Los expedidos en América, India y Corea son generalmente fiables. Los expedidos en Europa del Este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si se refieren a niños previamente institucionalizados²⁰.

En algunos casos podrían plantearse la resolución de las dudas sobre la vacunación previa en estos niños mediante estudios serológicos y, finalmente, si esto no fuera posible se debería administrar la totalidad de las vacunas propias de esta edad.

CONCLUSIONES

En definitiva, la atención al niño inmigrante o procedente de una adopción internacional, es un reto que se nos ha planteado en Atención Primaria en los últimos tiempos. El niño de origen extranjero, no se debe considerar como un factor de riesgo para la población local, sino como un paciente que debe integrarse en nuestro sistema sanitario. Conocer las características sociales y culturales, así como las necesidades sanitarias de este colectivo, es fundamental para dar una asistencia médica adecuada. Solo si conocemos toda su problemática, podemos llegar a diagnosticar enfermedades y problemas sanitarios en estos niños. Problemas, que muchas veces no se diferencian de los encontrados en la población autóctona, pero que en ocasiones son tan específicos, que solo se pueden descubrir si se sospechan.

Bibliografía

1. Oliván Gonzalo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001;55:135-140.
2. Orejón de Luna G y Grupo de trabajo de Atención al Niño Inmigrante Área II de Atención Primaria Madrid. Atención al niño de origen extranjero. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5:299-326.
3. López Vélez R y Huerga H. Inmigración y salud; Aproximación desde Atención Primaria. Madrid. Editorial PBM, 2002.
4. Mellado Peña MJ. Patología emergente en enfermedades infecciosas pediátricas. *An Esp Pediatr* 2002;56 (supl 6):423-429.
5. Ramos M y March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria* 2002;29:463-468.
6. Hernández Cabrea M, Carballo Rastrilla S, Carranza Rodríguez C y Pérez Arellano JL. Infecciones en el niño inmigrante en España, escenarios de actuación. *An Esp Pediatr* 2003;58 (supl 4):431-436.
7. Moya M y cols. Integración de los inmigrantes en nuestro sistema de salud. *An Esp Pediatr* 2001;56:274.

8. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante. *Rev Esp Pediatr* 1998;54: 149-161.
9. Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid) [En línea][fecha de acceso 7 de julio de 2003]. URL disponible en [http:// www.aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf](http://www.aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf)
10. Clara i Vila I y cols. Indicadores de salud en una población inmigrante en edad pediátrica. *An Esp Pediatr* 2002; 56(supl 5): 202.
11. Pallás CR. Inmigración y Salud infantil; una perspectiva diferente. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5 : 229-255 [En línea][Fecha de acceso 8 de agosto de 2003]. URL disponible en <http://www.aepap.org/rpap/pap.htm>
12. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee of Infectious Disease. Red Book, 25° Ed Esp, 2000.
13. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson, Tratado de Pediatría. McGraw-Hill. Interamericana, 2000.
14. Farias Huanqui P. Manual de Atención Primaria a Población inmigrante. Madrid, 2001.
15. Martín Fontelos P y cols. Niños adoptados y patología importada. *An Esp Pediatr* 2002;56 (supl 5):8.
16. Real Rodríguez B, Cortés Rico O y Montón Álvarez JL. Manejo del niño inmigrante desde la consulta de Atención Primaria [En línea] [Fecha de acceso 7 de julio de 2003]. URL disponible en [http:// www.aepap.org/inmigrante/protocolo-madrid.htm](http://www.aepap.org/inmigrante/protocolo-madrid.htm)
17. Romea Lecumberri S, Durán Plá E, Cabezo Otón J, Bada Ainsa JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Med Clin (Barc)* 1997;109:656-660.
18. De Paula F, Rivas Clemente J, Náchter Conches M, Corillero Martín J, García-Herreros Madureño MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:245-249.
19. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2003. *An Esp Pediatr* 2003;58 (3):257-262.
20. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de Vacunas en Pediatría. Madrid, 2001.

