

Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid).

Ángel Hernández Merino
Pediatra, Centro de Salud "Granero Vicedo", c/ Valladolid, Alcorcón, Madrid.
Instituto Madrileño de Salud, Área 8 Atención Primaria.
ahernandez.gapm08@salud.madrid.org

Abril 2003

Índice:

1. Introducción y objetivos:

- ¿A quién va dirigido este documento?: Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional.
- ¿ La población inmigrante y los niños procedentes de adopción internacional en nuestro medio: ¿Cuántos niños son? ¿De dónde proceden?.
- ¿Porqué necesitan estos niños una atención especial, un protocolo específico?.

2. Morbilidad en los niños de familias inmigrantes y procedentes de adopciones internacionales:

- Patologías prevalentes en los países de origen.
- Morbilidad general en niños inmigrantes y adoptados.

3. Recomendaciones para la atención a niños de familias inmigrantes: Primera consulta programada:

- Anamnesis y exploración física.
- Estudios complementarios básicos (cribado).
- Evaluación global inicial.

4. Recomendaciones para la atención a niños de familias inmigrantes: Segunda y ulteriores consultas programadas:

- Estudios complementarios especiales.
- Actualización vacunal.
- ¿Cuándo derivar al Hospital o a una Unidad especializada?.
- Ayuda al diagnóstico a partir de síntomas, signos y síndromes-guía.
- Re-evaluación global definitiva.
- Recomendaciones y acciones específicas cuando vuelven a su país.
- Riesgos para el desarrollo psicosocial.
- Prevención de accidentes.

5. Recomendaciones para la atención a niños procedentes de adopción internacional:

- Consulta pre-adopción:
 - Datos importantes a recoger.
 - Revisión de la información disponible de la madre.
 - Información sobre los problemas de salud en niños adoptados.
 - Información para viajar al extranjero y sobre el maletín médico de viaje.
- Consulta post-adopción.

6. Recursos en Internet sobre Inmigración Infantil y Adopción Internacional:

- Información general, aspectos legales y éticos, adopción internacional, consejos para viajeros internacionales y asociaciones de apoyo.

7. Bibliografía.

(Actualizado en mayo de 2003)

1

Introducción y objetivos:

- ¿A quién va dirigido este documento?: Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional.
- La población inmigrante y los niños procedentes de adopción internacional en nuestro medio: ¿Cuántos niños son? ¿De dónde proceden?
- ¿Porqué necesitan estos niños una atención especial, un protocolo específico?. ¿Porqué considerar conjuntamente a los niños de familias inmigrantes y los procedentes de adopción internacional?.

¿A quién va dirigido este documento?: Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional

En este documento se plantean consideraciones y recomendaciones dirigidas a:

1. Niños y adolescentes inmigrantes (o nacidos de madres inmigrantes con una estancia no mayor de 1 año en nuestro medio).
2. Niños procedentes de adopción internacional.
3. Probablemente también podría ser aplicable a otros grupos poblacionales distintos a los anteriores (niños de etnia gitana no integrados, etc.).

Los niños incluidos en estos grupos no continúan siendo población de riesgo especial de forma indefinida. Si tienen la oportunidad de recibir los cuidados que precisan, en un plazo de aproximadamente 6 a 12 meses podrían ser considerados a todos los efectos (epidemiológicos, patología infecciosa, oportunidades de crecimiento y desarrollo adecuado, etc.) como el resto de la población infantil del mismo entorno.

La población inmigrante y los niños procedentes de adopciones internacionales en nuestro medio: ¿Cuántos niños son? ¿De dónde proceden?

Es realmente difícil determinar la cantidad de niños de familias inmigrantes asentadas en nuestro medio. La cantidad de personas no registradas es desconocida pero presumiblemente importante. Un estudio reciente indica que puede haber 3 inmigrantes no identificados por cada inmigrante registrado oficialmente (Ramos M, 2002). Diversos estudios muestran que la presencia de familias inmigrantes es creciente en los últimos años (**Tabla 1**). Los hospitales materno-infantiles han comprobado la creciente proporción de partos de madres inmigrantes respecto al total de partos y neonatos atendidos (Plaja P, 2001); al menos el 10% de los recién nacidos son hijos de madre extranjera (Mellado MJ, 2002).

Tabla 1 – Evolución de la población inmigrante en Madrid, 1998 a 2000¹.

	1998	2000	Aumento
Municipio de Madrid	69.166	172.846	2,5
Zona metropolitana	33.130	76.699	2,3
Zona metropolitana Sur	12.956	31.418	2,4

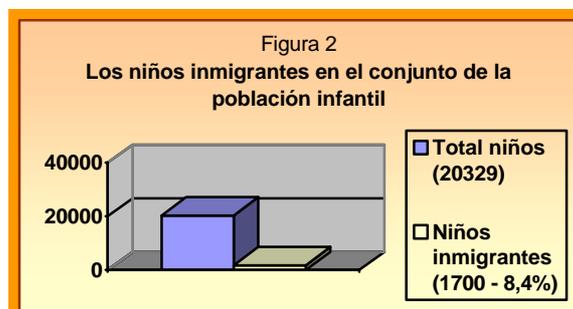
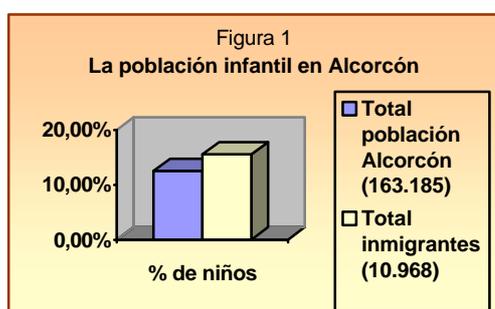
Los datos demográficos del padrón municipal en la Comunidad de Madrid indican que en el año 2001, el 6,5% de la población era inmigrante, con 343.000 personas censadas. El 36,4% de estas personas están asentadas fuera de Madrid ciudad. La enseñanza pública escolarizó en el curso 2001/2002 a 53.269 menores inmigrantes, un 47% mas que el curso anterior y un 100% mas que dos cursos antes (Mellado MJ, 2002).

La presencia de niños entre la población inmigrante, se presume importante, pero no es bien conocida. Por ejemplo, en Gerona encuentran que los niños inmigrantes son el 17,4% de la

¹ INE, 1998 y censo 2000.

población infantil total (Moya M, 2001); en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el 22% de sus pacientes han sido menores de 15 años de edad (López-Velez R, 1998). Se ha constatado una gran heterogeneidad en estas cifras en distintas zonas, incluso geográficamente próximas. En la **Tabla 2** y **Figuras 1 y 2** se muestran datos de Alcorcón extraídos del Padrón Municipal en septiembre de 2002.

Tabla 2 – Población de niños inmigrantes en Alcorcón (septiembre 2002) ² .		
	Alcorcón	Inmigrantes
Total población	163.185	10.968 ■ 6,7% del total de la población de Alcorcón.
Total niños de 0 a 14 años	20.329 ■ 12,5% del total de la población de Alcorcón.	1.700 ■ 15,5% de la población inmigrante. ■ 8,4% de la población infantil de Alcorcón.



La procedencia de las personas inmigrantes es asimismo muy variada. El este de Europa, el norte y la franja subsahariana de África, el sureste de Asia y Centro y Suramérica son las procedencias cuantitativamente más importantes de los niños inmigrantes. Es frecuente encontrar agrupamientos espontáneos de personas de la misma procedencia en determinadas zonas, lo que determina grandes diferencias en las necesidades en distintas áreas y distritos sanitarios (por ejemplo, en el Raval Nord de Barcelona el 42% de los niños inmigrantes son de origen filipino) (Masvidal RM, 2002). En la **Tabla 3** se muestran datos de Alcorcón en el año 2000.

Tabla 3 – Procedencia de los niños inmigrantes en Alcorcón ³ .				
País	Total personas	Total niños (% del total del país)	% del total de niños inmigrantes	% acumulado
Marruecos	1147	230 (20%)	25,9	25,9
Guinea Ecuatorial	378	89 (23,5%)	10	35,9
Colombia	524	85 (16,2%)	9,6	45,4
Ecuador	381	64 (16,8%)	7,2	52,6
Polonia	298	56 (18,8%)	6,3	58,9
Perú	364	31 (11,8%)	3,5	62,4
China	210	27 (12,9%)	3	65,4
República Dominicana	113	26 (23%)	3	68,5
Angola	115	22 (19,3%)	2,5	71,1
Rumania	146	15 (10,5%)	1,7	72,8
Ucrania	186	10 (5,4%)	1,1	73,9
Nigeria	240	10 (4,2%)	1,1	75
Otras		224		25,1

² Padrón Municipal de Alcorcón en septiembre 2002

³ INE – Censo 2000.

Total	4915	889 (18%)	100
-------	------	-----------	-----

En la última década, el fenómeno de la adopción internacional se ha incrementado de una manera muy significativa en nuestro país. Como ejemplo, desde 1993 a 2000 en Aragón se han realizado 215 adopciones internacionales (169 de ellas en los últimos 3 años), siendo las principales áreas de procedencia Iberoamérica (50 %), Rusia y este de Europa (19 %), India (16 %) y China (15 %) (Oliván G, 2001). De 376 niños estudiados en el Hospital Carlos III en Madrid hasta 2002, el 56% procedían de India, el 17% de China, el 14% del este de Europa (Rusia, Rumania, Ucrania) y el 11% de Centro y Sudamérica (Colombia, Ecuador, Perú).

Según datos del Instituto Madrileño del Menor y la Familia^{4,5} las adopciones internacionales en Madrid también han crecido notablemente en los últimos años. En la **Tabla 4** se muestra la evolución de estas adopciones en los últimos años.

Año	Número	Crecimiento (x)
1992	18	
1993	21	1,2
1994	56	2,7
1995	87	1,6
1996	154	1,8
1997	234	1,5
1998	359	1,5
1999	567	1,6
2000	760	1,3
2001	590	0,8

La distribución por edades en los niños adoptados en el año 2000 es: De 0 a 3 años el 67,6%, de 4 a 6 años el 21,6%, de 7 a 11 años el 9,3% y de 12 a 17 años el 1,5% (11 niños/as). De todos, 114 niños formaban parte de grupos de hermanos (51 grupos de 2 hermanos y 4 de 3 hermanos). De los niños adoptados en 2000 y 2001, el 58% eran niñas y el 42% niños.

En cuanto a la procedencia de los niños adoptados en el extranjero: en los años 1999, 2000 y 2001, mas de la mitad (51,3%) de los niños procedían de Rusia, China y Rumania. En la **Tabla 5** se muestran los datos completos de los países de procedencia de los niños adoptados por familias residentes en Madrid.

País	Nº de niños				Porcentajes	
	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Total	%	% acumulado
Rusia	114	141	112	367	19,3	19,3
China	62	116	142	320	16,8	36,1
Rumania	67	155	66	288	15,1	51,3
India	77	81	47	205	10,8	62,1
Colombia	78	66	46	190	10,0	72,1
Bulgaria	46	57	65	168	8,8	80,9
Ucrania	0	44	47	91	4,8	85,7
Perú	35	17	12	64	3,4	89,1
Méjico	0	15	5	20	1,1	90,1
Guatemala	0	12	1	13	0,7	90,8
Hungría	0	8	5	13	0,7	91,5
Otros	87	48	27	162	8,5	100,0
Total	566	760	575	1901	100	100

⁴ Departamento de Adopciones. Instituto del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid (datos actualizados a octubre de 2002).

⁵ Ferrandis Torres A. Niños procedentes de adopción internacional en Madrid. Simposio de Pediatría Social. Hospital del Niño Jesús, Madrid, 24 a 27 de mayo de 2000.

¿Porqué necesitan estos niños una atención especial, un protocolo específico? ¿ Porqué considerar conjuntamente a los niños de familias inmigrantes y los procedentes de adopción internacional?

En estos niños concurren una serie de circunstancias especiales que hacen necesario contar con un protocolo (o instrumento) que nos ayude a sistematizar y mejorar la atención a sus necesidades específicas en el terreno de la salud. Algunas de estas circunstancias son:

1. Los niños proceden de países en los que:
 - Predominan modelos culturales muy distintos y poco conocidos para nosotros. Y con los que tenemos importantes dificultades de comunicación por las barreras idiomáticas.
 - Con una patología prevalente muy distinta a la que conocemos.
 - Por lo general, países azotados por la pobreza y que padecen sistemas sanitarios muy precarios que no prestan suficiente atención en los terrenos de la atención prenatal, prevención primaria, diagnóstico precoz, tratamiento médico y rehabilitación, etc.
2. Es una población que, una vez aquí, en general presenta mayor morbilidad general (padecen con mayor frecuencia la patología intercurrente propia de la población infantil de nuestro entorno). Y además pueden padecer ciertas patologías no usuales en nuestro medio. Además, algunos de estos niños frecuentemente viven en circunstancias familiares y ecológicas precarias y con importantes carencias que incrementan las dificultades para recibir los cuidados de salud que necesitan.
3. Hay gran heterogeneidad entre los niños objetivo de este documento. Nada puede generalizarse. Las condiciones de precariedad y desamparo que sufren los niños son muy distintas entre los niños inmigrantes según su país de procedencia y las condiciones legales de inmigración. Algunos países de Centro y Sudamérica y norte de África tienen sistemas sanitarios que ofrecen cuidados básicos mientras que otros, como los del sureste de Asia, África subsahariana y este de Europa son absolutamente precarios. También entre los niños adoptados hay grandes diferencias; los procedentes de países del sur de Asia y este de Europa con frecuencia son niños que han sufrido los mayores niveles de desamparo y desprotección. Todo esto hace patente la necesidad de contar con un instrumento de ayuda para el control de niños de condición tan dispar.
4. Es una población cuantitativamente creciente y que se mueve según patrones que no podemos prever y menos controlar, y que apenas conocemos. Con frecuencia constituyen grupos poblacionales poco estables geográficamente lo que conlleva mayores dificultades para la continuidad de los cuidados.

Muchos de estos niños han estado viviendo en entornos caracterizados por sistemas sanitarios precarios como se ha mencionado antes. No hacen diagnóstico precoz de las patologías más prevalentes por lo que podemos encontrar secuelas o fases avanzadas de evolución poco usuales en nuestro medio de enfermedades sí conocidas en nuestro entorno. Algunos niños proceden de familias o entornos en los que son frecuentes la inadaptación y marginación social. Algunos se han desarrollado en entornos poco respetuosos con los derechos básicos de los niños. Algunos han sufrido maltrato, abuso y negligencia, y también institucionalizaciones prolongadas. Estos niños han carecido prácticamente de todo, alimento, ropa, educación, afecto, etc. tanto los que han estado institucionalizados como los que vivido en el seno de familias en condiciones desfavorables. Todo ello condiciona una mayor susceptibilidad de estos niños a patologías diversas.

No obstante, el origen y condiciones sanitarias de los niños inmigrantes es cambiante y probablemente podamos asistir en los próximos años a un aumento de la llegada de niños, sobre todo de países de Sudamérica, con sistemas sanitarios básicos desarrollados, como nuevos contingentes de la llamada "inmigración económica".

Las particulares condiciones de salud de esta población ponen de manifiesto, también, la necesidad de conocimientos específicos y nuevas necesidades de formación en los pediatras.

Ambos grupos de niños, inmigrantes y adoptados, son realmente muy distintos una vez que llegan a nuestro país, pero hasta ese momento todos ellos han sufrido unas condiciones de vida similares, como se ha descrito antes. Desafortunadamente, los niños inmigrantes, una vez que llegan a nuestro país, con frecuencia, continúan en situación precaria, a diferencia de los niños adoptados que suelen ser objeto de cuidados afectivos, sanitarios y educativos "intensivos" (y a veces excesivos). Ambos grupos de niños comparten el pasado precario y difieren en las oportunidades de desarrollo futuro.

Los niños de familias inmigrantes:

- Con frecuencia, vuelven a su país de origen o al país natal de sus padres, bien para permanecer periodos largos o de vacaciones y que, por lo tanto, precisan de vacunaciones y de otras medidas profilácticas específicas.
- Viven en familias con residencia inestable y cambiante, que a veces no pueden garantizar la continuidad en los cuidados. Tienen padres sometidos a horarios laborales extensos y condiciones muy estresantes.
- Son grupos poblacionales reticentes y desconfiados a los mecanismos sociales del país que los acoge y que sufre flujos y movimientos poblacionales imprevisibles.

Y en contraste, los niños procedentes de adopción internacional viven en familias muy sensibilizadas ante la situación de precariedad inicial del niño y volcada en la satisfacción de todas sus necesidades. Acudirá con regularidad y seguirá todas las recomendaciones en el terreno de la salud.

2

Morbilidad en los niños de familias inmigrantes y procedentes de adopciones internacionales

- Patologías prevalentes en los países de origen.
- Morbilidad general en niños inmigrantes y adoptados en nuestro medio.

Tabla 6 – Enfermedades infecciosas en niños inmigrantes y adoptados en el extranjero⁶.

Bacterias: Campylobacter sp, Melioidosis, Salmonella, Shiguelia, Sífilis, Tbc, Fiebre tifoidea y Lepra
Virus: CMV, Sarampión, Hepatitis A, B, C, D y VIH
Protozoos: Amebiasis, Giardiasis, Paludismo y Toxoplasmosis
Helmintos: Ascariasis, Filariasis, Anquilostomiasis, Fasciola hepática, Fasciola pulmonar, Esquistosomiasis, Estrogiloidosis, Plelmintos incluyendo cisticercosis y Trichuriasis
Artrópodos: Piojos y Escabiasis

En los países en vías de desarrollo la patología infecciosa es la primera causa de morbilidad y mortalidad infantil (**Tabla 6**). En estos países, 6 enfermedades infecciosas causan hasta el 90% de las muertes en la población infantil (por orden de frecuencia: infecciones respiratorias, VIH, infecciones gastrointestinales, TBC, malaria y sarampión (Hueriga H, 2002).

En la **Tabla 7** se recogen algunos indicadores de salud y demográficos según Naciones Unidas, de Bolivia y Malawi como ejemplo de países con

Índice de Desarrollo Humano (IDH) medio y bajo respectivamente, y España como ejemplo de país con IDH alto (en el puesto 21). Estos hechos marcan el perfil de patologías prevalentes.

Tabla 7 – Indicadores demográficos y de salud en países de distinto nivel de desarrollo⁷.

	España (21)	Bolivia (104)	Malawi (151)
Esperanza de vida (años)	78,3	62	40
Población menor de 15 años (%)	15	40	46
Tasa de fecundidad total (por mujer)	1,2	4,4	6,8
Población sin acceso a aguas saneadas (%)	0	21	43
Población con acceso a medicamentos esenciales (%)	100	70	44
Niños con bajo peso al nacer (%)	4	5	20
Niños con peso insuficiente para su edad, en menores de 5 años (%)	0	10	30
Tasa de mortalidad en niños menores de 1 año (por 1000 nacidos vivos)	6	64	132
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años de edad (por 1000 nacidos vivos)	6	83	211
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	6	390	620

Patologías prevalentes en los países de origen.

En la **Tabla 8** se recogen de forma sólo esquemática, las patologías mas prevalentes en los países de procedencia de la mayoría de los niños inmigrantes y de adopción internacional. Esta información puede completarse y actualizarse periódicamente consultando, por ejemplo, los web:

- <http://www.msc.es/salud/externo/consejos/situacion/home.htm> (Información situación sanitaria para viajeros, Ministerio de Sanidad, España)
- <http://www.who.int/ith/> (Estadísticas sanitarias, OMS)
- <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm> (Situación sanitaria mundial, OMS).

⁶ Red Book, 25ª Ed. esp., 2000.

⁷ ONU, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). Desarrollo Humano, Informe 2001. Madrid, PNUD/Mundiprensa.

- <http://www.who.int/health-topics/idindex.htm> (Enfermedades tropicales, OMS)
- http://www.paho.org/default_spa.htm (Organización Panamericana de la Salud)
- http://www.who.int/ith/diseasemaps_index.html Mapas de incidencia de enfermedades transmisibles OMS.

Tabla 8 – Patologías prevalentes en la población infantil según procedencia⁸.

Patologías infecciosas	Otras patologías
Europa (Europa central y del este; Rusia, Rumania, exURSS)	
Parasitosis intestinales Infecciones intestinales TBC Hepatitis A Hepatitis B (Rumania, Rusia) Hepatitis Delta (Rumania) Hepatitis C VIH (Rumania) Lúes congénita o adquirida	Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial Microcefalia Déficit sensorial (visual, auditivo) Asma e hiperreactividad bronquial Hipotiroidismo congénito Inmunizaciones incompletas Intoxicación por plomo Secuelas post-exposición a radiaciones incontroladas (Ucrania, sudeste de Rusia)
América (Centro y Sudamérica)	
Parasitosis intestinales Infecciones intestinales TBC (Centroamérica, Caribe) Paludismo (Centroamérica) Enfermedad de Chagas VIH (Paraguay, Honduras, Haití)) Hepatitis A (Centroamérica) Hepatitis B Brucelosis	Drepanocitosis (Caribe) Otras hemoglobinopatias Ferropenia Pubertad temprana en niñas
Norte de África (Marruecos)	
Infecciones intestinales TBC Hepatitis B	Hemoglobinopatias Ferropenia
África (subsahariana y otras zonas)	
Parasitosis intestinales (Áscaris, Trichura y Giardia) Infecciones intestinales Paludismo TBC VIH (Uganda) Hepatitis B Parasitosis urinaria (esquistosomiasis) Filariasis Poliomielitis (en algunas zonas de África central) Sarampión Enfermedad meningocócica	Drepanocitosis Otras hemoglobinopatias Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia Inmunizaciones incompletas
Asia (India y China)	
Parasitosis intestinales (tenias enanas, Strongyloides) Infecciones intestinales TBC (India) VIH (China) Hepatitis B (India) Paludismo (sólo en zonas de selva, India) Poliomielitis (Pakistán, India) Hepatitis A Hepatitis C (China)	Drepanocitosis Otras hemoglobinopatias Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial Intolerancia a lactosa (China) Disfunción tiroidea por déficit de yodo (áreas rurales y regiones montañosas de China y Asia Central) Pubertad temprana en niñas Déficit sensorial /auditivo, visual Asma e hiperreactividad bronquial

⁸ Entre paréntesis se especifican los países o zonas con una prevalencia especialmente elevada.

Lúes	Imunizaciones incompletas (China) Manipulación edad cronológica (China) Intoxicación por plomo (China)
Asia (Tailandia, Camboya, Vietnam)	
Paludismo resistente Tbc resistente VIH Hepatitis B (Vietnam, Corea) Parasitosis intestinales Infecciones intestinales Lúes Sarampión	Drepanocitosis Otras hemoglobinopatías Malnutrición, raquitismo carencial y ferropenia Fallo de medro, retraso desarrollo psicosocial

Morbilidad general en niños inmigrantes y adoptados internacionales en nuestro medio.

El notable aumento de los niños inmigrantes y adoptados internacionales ha motivado la realización de numerosos estudios para tratar de establecer los perfiles de morbilidad de estos niños en comparación con la población general.

En la población inmigrante se ha descrito un aumento de la incidencia de infecciones respiratorias y diarreas, así como de ingresos hospitalarios, motivado probablemente tanto por aumento del número de niños como por las deficientes condiciones socio-sanitarias en las que frecuentemente viven. Se han observado tasas de nacimientos prematuros, de bajo peso al nacer, de complicaciones en el parto y de mortalidad perinatal en la población inmigrante mayores que en la población autóctona. En la población africana las cifras pueden llegar hasta el doble de las de la población general. También se ha descrito una mayor incidencia de accidentes domésticos en la población inmigrante.

Entre los niños inmigrantes, los procedentes del norte de África (Oliván G, 2000), Centro y Sudamérica y Este de Europa tienen perfiles de morbilidad poco diferentes a la población infantil general de nuestro entorno. Los problemas más frecuentes encontrados son: déficits de alimentación, trastornos dentales e inmunización incompleta. En general, los niños procedentes de adopciones internacionales (sobre todo los procedentes de China, India y Este de Europa) han sufrido los más altos grados de desprotección y carencias, lo cual puede motivar el hallazgo con frecuencia de patologías importadas severas (parasitosis intestinales, malnutrición, anemia, TBC y hepatitis virales). Entre los niños atendidos en el Hospital Carlos III de Madrid es la parasitosis intestinal (giardiasis, ascariasis, trichuriasis, estrongiloidiasis, teniasis y amebiasis), y en segundo lugar el paludismo; con menor frecuencia se encuentra infección/enfermedad tuberculosa, infección por CMV, escabiosis y pediculosis, hepatitis B, filarisis, esquistosomiasis, lúes e infección por VIH (Mellado MJ, 2002).

Otros problemas importantes entre la población inmigrante son, por una parte, la reaparición de enfermedades inmunoprevenibles erradicadas o con muy baja incidencia en nuestro entorno, sobre todo si permanecen en agrupamientos de población más o menos cerrados, y por otra parte, los riesgos que supone para los niños ya adaptados o nacidos en nuestro medio cuando viajan a los países de origen de sus padres generalmente por periodos de tiempo cortos y se enfrentan a agentes y patologías para las que no tienen inmunidad.

Entre los niños adoptados en el extranjero y recién llegados también se ha constatado una alta incidencia de patologías diversas, como parasitosis intestinal, malnutrición y anemias carenciales.

Un reciente trabajo⁹ desmitifica el concepto predeterminado *inmigrante-peor-salud* señalando cómo, al menos en algunos casos, entre la población mejicana que emigra a EEUU y la población sudamericana que llega a nuestro país, el nivel de salud de los inmigrantes de primera generación es al menos igual (incluso mejor, en el caso mejicano) que la población autóctona.

⁹ Pallás CR. Inmigración y salud infantil; una perspectiva diferente. Rev Pediatr Aten Primaria (en prensa)

3

Recomendaciones para la atención a niños de familias inmigrantes.

Primera consulta programada:

- Anamnesis y exploración física.
- Estudios complementarios básicos (cribado).
- Evaluación global inicial:
 - Evaluación del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal.
 - Evaluación de la dentición.
 - Evaluación de la edad cronológica.
 - Evaluación del desarrollo psicomotor.
 - Evaluación de la visión y de la audición.
 - Evaluación del estado de inmunización.

Anamnesis y exploración física.

Después de conocer cuántos niños en estas condiciones residen en nuestro entorno y las particularidades en términos de salud de sus países de origen, corresponde determinar qué hemos de hacer con ellos, cuáles son sus necesidades en el terreno sanitario y cómo abordarlas.

La primera visita programada deberá hacerse lo antes posible con el objetivo básico de iniciar la evaluación global del estado de salud del niño (y detectar y tratar posibles patologías importantes). Puede desarrollarse en dos tiempos, una visita inicial y una segunda una vez que dispongamos de los resultados de los estudios complementarios básicos.

En la anamnesis y examen físico iniciales se dedicará especial atención a aspectos específicos como los enumerados en la **Tabla 9**, además de su contenido habitual. Hay que destacar en la anamnesis que algunos síntomas son aceptados como normales en los lugares de origen por su alta frecuencia y por tanto pueden no referirlos espontáneamente.

Para salvar las dificultades de comunicación de origen idiomático, se pueden utilizar instrumentos de ayuda como formularios para la recogida de datos sanitarios, mediante autocumplimentación, en distintos idiomas en las direcciones web:

- <http://www.immunize.org/catg.d/free.htm#p4060>
- <http://www.immunize.org/catg.d/p4060-01.htm>

Tabla 9 – Datos importantes en la anamnesis y examen físico inicial.

Anamnesis	Examen físico
<ul style="list-style-type: none">■ Fecha de nacimiento.■ Lugar de procedencia (país, características ambientales de la zona, medio rural o urbano). Ruta migratoria.■ Fecha de llegada.■ Antecedentes de patologías y tratamientos recibidos (hemoderivados).■ Alimentación.■ Vacunas recibidas.■ Presencia de síntomas actuales.■ Antecedentes familiares.■ Composición familiar y convivientes.	<ul style="list-style-type: none">■ Valoración del estado nutricional.■ Cicatriz de BCG.■ Úlceras y nódulos cutáneos.■ Color (manchas, ictericia, palidez).■ Tumefacción de extremidades o cara, linfangitis.■ Rash cutáneos, signos de prurito y rascado.■ Linfadenopatías.■ Visceromegalias en abdomen.

Estudios complementarios básicos.

A continuación se muestran los estudios complementarios básicos que pueden realizarse en los niños inmigrantes. La mayoría de los autores recomiendan realizar todas las pruebas en niños adoptados en el extranjero, mientras que en algunos niños inmigrantes es posible individualizar y hacer una selección entre ellas.

- Hemograma completo¹⁰.
- Bioquímica básica (glucemia, urea, creatinina, TGO, TGP, GGT, calcio y fósforo, proteínas totales, albúmina, FA, hierro y ferritina)¹¹.
- Serología Hepatitis B¹².
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras)¹³.
- Orina y sedimento¹⁴.
- Tests metabopatías (hipotiroidismo, fenilcetonuria, HAC) en menores de 6 meses de edad. Pruebas de función tiroidea en mayores de 6 meses¹⁵.
- Mantoux (2 UT de PPD RT 23). Es conveniente incluso en niños vacunados con BCG. Repetir en 2-3 meses en malnutridos y otras condiciones causantes de anergia o hiporreactividad. Interpretar el resultado independientemente del antecedente de BCG (ver **Tabla 10**)¹⁶.

¹⁰ Las anemias hemolíticas de base genética son especialmente prevalentes en África Subsahariana, donde más del 2% de los niños las padecen, pero también usuales en países del Caribe y del área mediterránea. El déficit de G6PDH se transmite ligado al sexo y se expresa en los varones heterocigóticos y en las mujeres homocigóticas. Las manifestaciones clínicas son las de un síndrome anémico agudo e intenso en relación con ciertos factores desencadenantes (algunos fármacos y alimentos, y otros). La drepanocitosis (1% de los niños en algunas zonas de África subsahariana y 0,25% en algunos países del Caribe) se transmite de forma autosómica dominante y las formas homocigóticas se expresan como anemia de células falciformes. Finalmente, la frecuencia de los síndromes talasémicos es asimismo alta.

¹¹ Son muy frecuentes los raquitismos carenciales sobre todo en adolescentes asiáticos (Bonet M y cols y López Segura N y cols).

¹² Los estudios sobre prevalencia de la infección por el virus de la Hepatitis B señalan como zonas con alta prevalencia: África subsahariana y del sur, algunas zonas de Oriente Próximo, sureste asiático y zona del Pacífico sur, mitad septentrional de Sudamérica y Alaska. En zonas con alta prevalencia transmisión vertical y horizontal a edades precoces predominantes.

¹³ Los parásitos más frecuentemente encontrados son: *Trichura trichuris*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, Uncinarias, *Strongyloides stercoralis* y *Schistosoma sp*. Las parasitaciones múltiples son frecuentes.

No existe consenso sobre el beneficio del estudio rutinario de parásitos en heces en niños asintomáticos ya que la simple infestación por helmintos no suele relacionarse con enfermedad, generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en nuestro entorno. Dos excepciones de interés a lo anterior; *Taenia solium* puede vivir durante años en el tubo digestivo del individuo y excretar huevos capaces de producir cisticercosis; y *Schistosoma sp* que puede causar enfermedad incluso años después. La distribución geográfica de los parásitos intestinales es:

- Distribución mundial: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Taenia saginata*, *Taenia solium*, *Trichura trichuris*, *Enterobius vermicularis* y *Ascaris lumbricoides*.
- Otros: *Isospora belli* (trópico y Sudamérica), *Schistosoma mansoni* (África y Sudamérica), *Schistosoma japonicum* (Japón y Pacífico), *Strongyloides stercoralis* (trópico), *Ancylostoma duodenale* (Oriente medio y Mediterráneo) y *Necator americanus* (Centro y Sudamérica y África tropical).

Algunos estudios proponen el tratamiento empírico inicial en inmigrantes aún asintomáticos procedentes de zonas de alta prevalencia (países tropicales) con una estancia inferior a 1 año en nuestro entorno y sin necesidad de estudio de heces previo. Estos tratamientos empíricos **no** están recomendados en niños en general. Incluso, en niños de otras procedencias y sin síntomas ni factores de riesgo podrían no necesitar tampoco estudio de heces.

¹⁴ La esquistosomiasis urinaria puede descartarse mediante la detección de hematuria.

¹⁵ En algunas zonas del sureste de Asia son frecuentes los trastornos tiroideos por déficit de yodo.

¹⁶ La incidencia de Tbc en el continente africano y sureste asiático es aproximadamente hasta 10 veces mayor que en nuestro entorno (tasas de infección de 300, 250 y 35-50 por cada 100.000 habitantes aproximadas respectivamente). También se ha señalado una mayor incidencia de enfermedad no pulmonar y de patógenos con altos grados de resistencia. La prevalencia de infección en algunos grupos de inmigrantes adultos puede llegar y superar el 70%. Aunque en los niños las cifras no llegan a estos niveles, es importante realizar quimioprofilaxis en los infectados y un completo estudio de contactos. En personas procedentes de Marruecos sobre todo, y también Ecuador y Perú, se han comprobado tasas de infección muy elevadas.

En algunos casos, sobre todo según la procedencia del niño, puede proponerse otros estudios complementarios (a valorar de forma individualizada):

- Serología Hepatitis C (sureste Asia, África subsahariana y este de Europa; madre ADVP, transfusión de hemoderivados, adoptados con antecedentes desconocidos)¹⁷.
- Serología HIV (sureste Asia, este de Europa y África subsahariana)¹⁸
- Serología lúes (sureste Asia, este de Europa y África subsahariana)¹⁹.

Tabla 10 – Interpretación de la prueba de Mantoux.	
Niños con sospecha de enfermedad, radiología sospechosa, contacto estrecho con bacilíferos, conversión reciente, inmunodepresión y quizá también algunos adoptados en el extranjero:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Positivo si > 5 mm de induración transversal.
Cribaje sin sospecha clínica:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Positivo si > 10 mm de induración transversal.
Realización y lectura por personas con experiencia.	

No obstante, hay que destacar que estas recomendaciones ya no pueden establecerse de forma general. El cambio observado en los últimos 1-2 años (con la llegada, sobre todo de niños de países sudamericanos con sistemas sanitarios mas o menos desarrollados y con buen estado de salud global en general), hace razonable una valoración individualizada de la necesidad de estudios complementarios.

Evaluación inicial global.

La evaluación global inicial debe plantearse ya en los primeros contactos con el niño y su familia. La evaluación completa incluye una primera evaluación inicial y una posterior de 6 a 12 meses después con objeto de comprobar la mejora y recuperación tras asegurar cuidados de salud completos.

Evaluación del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal. Es importante usar gráficas de crecimiento adaptadas o en el caso de que existan, las propias de la etnia o país de origen. Si el niño se encuentra fuera de los rangos normales y no se observa en los primeros 6 meses un crecimiento recuperador, debe ser evaluado con mayor detalle para descartar otros problemas. Al valorar el estado de nutrición hay que investigar si existen problemas de aceptación o intolerancias con la alimentación. Es preciso tener presente la evolución y el desarrollo puberal normal del país de origen con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad precoz. También es preciso aportar profilaxis de ferropenia y suplementos de vitamina D en los casos necesarios.

Es posible encontrar gráficas de peso y talla específicas para los niños de origen chino en las direcciones web <http://fwcc.org/growthchart.html> y <http://www.spapex.org/spapex/chin.pdf>.

Evaluación de la dentición. Debe evaluarse la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición permanente. De interés sobre todo en niños mayores de 18 meses de edad. Profilaxis anticaries según recomendaciones actuales²⁰. Examen y tratamiento cuando sea posible de las piezas permanentes careadas.

Evaluación de la edad cronológica. En los casos en que existan dudas de la edad cronológica, ésta se determinará a través de: la edad ósea (radiografía de mano izquierda y

¹⁷ Algunos grupos de niños inmigrantes tienen prevalencia de infección por virus de la Hepatitis B y C altos (hasta 12% de portadores de VHB y hasta un 2% de portadores de Ac anti-VHC)

¹⁸ En el contexto de la pandemia mundial actual, África subsahariana y el sureste asiático (excepto China) son las regiones mas afectadas. La mayoría de los niños infectados por VIH del mundo viven en el África subsahariana. En zonas con alta prevalencia la transmisión sobre todo es vertical y también horizontal a edades precoces.

¹⁹ La sífilis es una patología frecuente en mujeres en edad fértil y causa una gran morbilidad perinatal cuando afecta a mujeres gestantes.

²⁰ Vitoria Miñana I. Flúor y prevención de la caries en la infancia; actualización 2002. Rev Pediatr Aten Primaria 2002; 4: 463-494.

atlas de Greulich-Pyle), la edad dental (dentograma, ortopantomografía) y el nivel de desarrollo psicomotor, de desempeño escolar y madurez social.

Evaluación del desarrollo psicomotor. Debe realizarse en los primeros 1-2 meses tras su llegada y repetirlo pasados los primeros 6 meses, momento en que será más representativo del nivel de desarrollo del niño. En esta segunda evaluación, si muestra un retraso mayor al retraso transicional esperado, sobre todo si tiene más de 1 año, puede remitirse a un Centro de atención temprana.

Evaluación de la visión y de la audición. De especial importancia en lactantes con antecedente de prematuridad. En caso de sospecha de déficit sensorial debe remitirse a oftalmólogo y/o otorrinolaringólogo infantil.

Evaluación del estado de inmunización. Deben revisarse las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de la comunidad adoptante^{21,22}, recordando que:

- En la mayoría de los países de origen se usa la vacuna antisarampión y no la triple vírica y además a veces antes de los 12 meses de edad, por lo que debe no tenerse en cuenta.
- La vacunación frente a la hepatitis B en hijos de madres portadoras de HBsAg se realiza muchas veces pasada la primera semana de vida, lo que no previene la transmisión vertical del virus y obliga a investigar este hecho en los niños para descartar si son portadores crónicos del virus de la hepatitis B. La tasa de cobertura global de la vacuna antihepatitis B en los países en vías de desarrollo no pasa del 30%.
- Ningún niño habrá recibido vacunas anti-meningococo y anti-*Haemophilus influenzae*, por lo que deberá valorarse su necesidad, la primera en todos los niños y la segunda en los menores de 5 años de edad. Tampoco habrá recibido ninguno la vacuna anti-neumococo.
- Con frecuencia los datos vacunales no son fiables, ya que en algunos países se falsean intencionadamente (sobre todo en niños adoptados en el este de Europa y China). En caso de duda razonable se recomienda actuar descartando estos datos. En las siguientes web pueden consultarse los calendarios vacunales vigentes en todos los países del mundo:
 - <http://www.guiadevacunacion.com.ar/> (Casi todos los países de Centro y Sudamérica)
 - <http://www-nt.who.int/vaccines/globalsummary/Immunization/CountryProfileSelect.cfm> (Calendarios de todos los países del mundo según OMS).
- En muchas ocasiones es muy difícil saber qué vacunas tiene un determinado niño ya que en sus documentos vacunales consta el nombre comercial de las vacunas en el país de origen. Para ayudar a “traducir” estos nombres de vacunas extranjeras puede consultarse un detallado trabajo reciente²³.
- En general debe considerarse como válida cualquier vacuna puesta (“vacuna puesta, vacuna válida”) si ha respetado, al menos, un intervalo mínimo de 1 mes entre dosis y sin tener en cuenta que hayan podido transcurrir largos periodos de tiempo entre dosis sucesivas.

El objetivo es que estos niños alcancen el mismo nivel de inmunizaciones que los demás niños de nuestro medio según su edad. Para la actualización vacunal de los niños inmunizados de forma incompleta o con antecedentes vacunales inciertos se puede consultar (ver también **Tabla 11**):

- Vacunaciones en el niño mal vacunado. Manual de vacunas en Pediatría. Comité Asesor de Vacunas de la AEP, Ed 2001, Madrid, pág 439-442.

²¹ Comité Asesor en Vacunas, AEP. Calendario vacunal para la temporada 2001-2002 [en línea] [fecha de consulta 26 octubre 2002]. Disponible en URL: <http://www.aeped.es/vacunas/vacunas01-02.htm>

²² Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Calendario de vacunación infantil. Orden 471/2000, de 13 de septiembre [en línea] [fecha de consulta 26 octubre 2002]. Disponible en URL <http://www.madrid.org/sanidad/salud/preven/vacunacioninf.htm>

²³ González de Aledo A. Vacunas extranjeras. Acta Pediatr Esp 2001; 59: 56-61.

- American Academy of Pediatrics, Report of the Committee of Infectious Diseases, Red Book, 25^a Ed. esp., 2000, págs 27-28.
- <http://www.vacunas.net/> Guía Práctica de Vacunaciones. Acceso a la última versión (año 2000) de este libro. Capítulo dedicado a la vacunación de niños mal vacunados y otros casos especiales <http://www.vacunas.net/capitulo9.htm#2>

4

Recomendaciones para la atención a niños de familias inmigrantes.

Segunda y ulteriores consultas programadas:

- Estudios complementarios especiales.
- Actualización vacunal.
- ¿Cuándo derivar a una Unidad especializada?
- Ayuda al diagnóstico a partir de síntomas, signos y síndromes guía.
- Re-evaluación global definitiva.
- Recomendaciones y acciones específicas cuando vuelven a su país.
- Desarrollo psicosocial.
- Prevención de accidentes.

Estudios complementarios especiales

De la evaluación del conjunto de datos obtenidos hasta este punto, podrá determinarse la necesidad de nuevos **estudios de laboratorio o imagen en casos individuales**. Éstos podrían ser:

- Sedimento orina para buscar parásitos (niños con leucocituria/hematuria y procedentes de zonas con esquistosomiasis) (mas información en <http://www.who.int/ctd/schisto/> y mapas de distribución geográfica en <http://www.who.int/ctd/schisto/geofull.jpg>)
- Estudio de filarias (biopsia de piel, sangre diurna/nocturna, serología)(en niños africanos con linfangitis, prurito y eosinofilia franca) (ver <http://www.filariasis.org/index.pl>)
- Estudio de hemoglobinopatías (si anemia normocítica). Electroforesis de hemoglobina (talasemias, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías). Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (anemia no explicada).
- Rx tórax y estudio de jugos gástricos. Si datos de infección/enfermedad Tbc.
- Parásitos intestinales: antígeno de *Giardia lamblia*, anticuerpos para *Cryptosporidium*. Búsqueda de *Strongyloides stercoralis* en procedentes de zonas endémicas (si van a recibir tratamiento inmunosupresor incluso años después).
- Coprocultivo para *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Yersinia* (si diarrea).
- Plomo sérico (China y este de Europa)²⁴. Ver "Screening for elevated blood lead levels in children" en http://www.acpm.org/polstmt_blood.pdf y http://www.guideline.gov/FRAMESETS/guideline_fs.asp?guideline=2381
- Serología Hepatitis Delta (si serología Hepatitis B positiva).
- Serología Hepatitis A (síndrome hepatitis aguda).
- Serología CMV (hepatopatía, malnutrición severa).
- Investigación de *Plasmodium* (frotis de gota gruesa de sangre periférica).

Actualización vacunal

Completar las inmunizaciones según el plan elaborado en las visitas iniciales, tratando de aprovechar todas las oportunidades para vacunar, priorizando conseguir al menos el número mínimo de dosis necesarias para considerar a un niño suficientemente inmunizado frente a otras cuestiones formales. En la **Tabla 11** se muestran el número mínimo (no óptimo) de dosis vacunales para considerar a un niño o adolescente suficientemente inmunizado.

Tabla 11 – Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado²⁵.

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

²⁴ Hasta en un 14% de los niños adoptados en China presentan niveles séricos de plomo elevados aunque en la mayoría de los casos se trata de niveles sin repercusiones clínicas.

²⁵ Número de dosis según la edad de comienzo de la vacunación.

¿Cuándo derivar a una Unidad especializada?

Está indicada la **derivación a Hospital** (consultas u hospitalización según el caso) y en algunos casos a unidades hospitalarias específicas de Medicina Tropical y Enfermedades Importadas, si:

- Se precisa completar el estudio de datos hallados en las visitas previas (por ej. estudio de filarias y esquistosomas, gota gruesa si sospecha de malaria, etc.).
- Sintomatología de causa no clara: Pérdida de peso, tos prolongada, diarrea prolongada, fiebre.
- Fiebre y sospecha de malaria. En la práctica, la gran mayoría de las fiebres en personas que han viajado recientemente a países tropicales se deben tan sólo a unos cuantos patógenos. Según López-Vélez²⁶, la malaria es responsable del 34% de los casos, las infecciones del tracto respiratorio del 9%, las hepatitis víricas agudas el 5%, las gastroenteritis agudas el 5%, las infecciones del tracto urinario el 4%, dengue el 3%, fiebre tifoidea el 2% y se quedaron sin diagnóstico el 25%. En los niños, sobre todo en los que no son recién llegados, no obstante, los patógenos más usuales son los mismos que en la población infantil autóctona. Ver más información a cerca de la malaria en:
 - http://mosquito.who.int/cgi-bin/rbm/dhome_rbm.jsp?ts=3210788307&service=rbm&com=gen&lang=en
 - http://mosquito.who.int/docs/prescriber18_p1.pdf
 - http://www.who.int/ith/chapter05_m08_malaria.html (Mapa OMS incidencia de la enfermedad)
- Sospecha de TBC.
- Linfadenopatías locales o generalizadas, visceromegalias en abdomen.
- Neuropatía sensitiva o motora.
- Hematuria.
- Crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Anemia o eosinofilia no explicada.
- Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos. Para actualizar los distintos tratamientos antiparasitarios puede consultarse las web:
 - <http://www.medletter.com> (Drugs for parasitic infections. The Medical Letter, abr/2002).
 - <http://www.dobugsnneeddrugs.org/healthcare/antimicrobial/RecommendedEmpiricTherapyofEntericParasiticInfections.pdf> (<http://www.Dobugsnneeddrugs.org> web dedicada a la patología infecciosa).
 - <http://www.mic.ki.se/Diseases/c3.html#> (Karolinska Institutet Library).

Ayuda al diagnóstico a partir de síntomas, signos y síndromes guía

En las **Tablas 12 y 13** se muestran esquemas de ayuda al diagnóstico de las patologías importadas más frecuentes a través de signos/síntomas y síndromes guía.

Tabla 12 – Diagnóstico de patologías importadas más frecuentes según lugar de procedencia a partir de síndromes guía.

Síndrome	Sureste Asia	África subsahariana	Norte de África	Centro y Sudamérica
Eosinofilia severa con edemas extremidades y alteraciones oculares		Filariasis		
Esplenomegalia y anemia sin paludismo	Leishmaniasis visceral, fiebre tifoidea			
Eosinofilia y eritema migratorios	Larva migrans por anquilostomas			

²⁶ López-Vélez R. Valoración diagnóstica del paciente con síndrome febril tras viaje a los trópicos. Rev Clin Esp 2001; 201: 134-136

Eosinofilia con/sin manifestaciones neurológicas				Cisticercosis (Centroamérica)
Hematuria		Esquistosomiasis		Esquistosomiasis (Sudamérica)
Fiebre, hepatomegalia y diarrea		Esquistosomiasis		Esquistosomiasis
Cardiopatía				Enfermedad de Chagas (Sudamérica)
Fiebre y exantema	Viriasis tipo sarampión o rubeola, rickettsiosis			Viriasis tipo sarampión o rubeola, rickettsiosis y Dengue
Enfermedad bacteriana invasiva con/sin meningitis	Enfermedad invasiva por meningococo o Haemophilus influenzae			
Prurito, abdominalgia y eosinofilia	Nematodos intestinales			

Tabla 13 – Diagnóstico de las patologías importadas mas frecuentes según lugar de procedencia a partir de síntomas o signos guía.

Síntoma o signo	Sureste Asia	África subsahariana	Norte de África	Centro y Sudamérica
Asma	Eosinofilia pulmonar por filarias Síndrome de Loeffler (Áscaris, Strongyloides, Uncinara, Toxocara)		Síndrome de Loeffler (Áscaris, Strongyloides, Uncinara, Toxocara)	
Tos	Tbc			
Esplenomegalia	Leishmaniasis, Malaria	Leishmaniasis, Malaria Esquistosomiasis		Leishmaniasis
Neuropatía periférica	Lepra			
Eosinofilia	Filariasis, Parasitosis intestinales		Parasitosis intestinales	
Hemoptisis	Tbc, Paragonimiasis		Tbc	
Síntomas urinarios	Tbc	Tbc Esquistosomiasis	Tbc	
Fiebre	Malaria, Tbc		Tbc	Malaria, Tbc
Prurito		Oncocercosis Filarias		
Hematuria		Esquistosomiasis		
Manifestaciones neurológicas				Cisticercosis

Re-evaluación global definitiva

Deberá efectuarse una re-evaluación global pasados los primeros 6 a 12 meses y comprobar la recuperación y mejora de aquellos aspectos deficitarios del desarrollo ponderoestatural, psicomotor y social. En todos los casos es muy importante promover la escolarización completa, el aprendizaje del idioma español y la regularización en los registros civiles.

De forma individualizada valorar la derivación a especialistas pediátricos (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo, genetista, salud mental, etc.). Los trastornos del lenguaje y los problemas de rendimiento escolar son difíciles de evaluar cuando coexisten barreras idiomáticas, por lo que en estos casos se recomienda *screening* auditivo precoz.

Debido a la movilidad geográfica de las familias inmigrantes, con frecuencia los estudios, actualización vacunal y tratamientos quedan interrumpidos. Con objeto de garantizar una cierta continuidad de los cuidados sanitarios puede resultar conveniente proporcionar a las familias inmigrantes con niños documentos que puedan llevar siempre consigo y servir de base para los médicos que los atiendan en otros lugares y momentos. Estos documentos deben contener información general y recomendaciones básicas, además de los estudios complementarios, vacunaciones y tratamientos realizados y cuando sea posible en español e inglés (ver una

iniciativa de *documento de salud para inmigrantes* en http://www.sas.junta-andalucia.es/publicaciones/sasinfo12/DATOS/SASINFO/otras_2.html)

Es importante realizar los controles clínicos, estudios complementarios y vacunaciones necesarias en los contactos domésticos de los niños portadores de patologías como Tbc, hepatitis B, etc.

Por último, destacar que las personas inmigrantes adultas, en muchas ocasiones, tienen su primer contacto con el sistema sanitario a través de los niños, lo cual brinda una oportunidad que no debe infravalorarse para actuar sobre este colectivo desde el punto de vista sanitario.

Recomendaciones y acciones específicas cuando vuelven a su país

En numerosas ocasiones los niños inmigrantes o nacidos aquí de madres inmigrantes vuelven a los países de origen de sus padres por periodos cortos de tiempo y se plantean nuevos problemas ya que después de un tiempo al volver a su país se comportan desde el punto de vista de la patología infecciosa como cualquier otro niño de nuestro país que nunca ha estado en contacto con ese entorno, y por tanto, susceptible a nuevos agentes y enfermedades. Deben considerarse como viajeros internacionales y puede plantearse las siguientes recomendaciones:

- Esquemas acelerados de vacunación, adelantando alguna vacuna si es posible.
- Prevenir enfermedades prevalentes de su país. Vacuna hepatitis A y antitifoidea.
- Enviar a un Centro para Viajeros Internacionales para valorar vacunas especiales o profilaxis de paludismo. Profilaxis antipalúdica en individuos procedentes de zonas con alta endemicidad de malaria y que regresan a sus países de origen por periodos de tiempo cortos.
- Dar un documento con los datos sanitarios mas importantes traducidos a su idioma o al inglés.
- Valorar profilaxis de TBC con BCG en niños que regresan a su país (zonas con alta prevalencia de la enfermedad) por periodos de tiempo prolongados.
- Comprobar vacunación antipolio si vuelven a zonas endémicas (completar con vacuna antipolio inactivada si es preciso)

Para completar la actualización de las recomendaciones para viajeros internacionales pueden consultarse diversas direcciones web reseñadas al final.

Desarrollo psico-social.

Con el transcurso del tiempo en nuestro medio pueden permanecer ciertos factores de riesgo de trastornos en el desarrollo psicosocial. Algunas circunstancias como las enumeradas mas adelante pueden ser causa de marginación e inadaptación. Los sistemas públicos sociales y sanitarios deberian implicarse para minimizar su impacto sobre el desarrollo de estos niños:

- Estrés familiar.
- Mensajes de los medios de comunicación sobre sus paises de origen.
- Dificultades aprendizaje del idioma en los padres.
- Tensiones intrafamiliares como consecuencia de los conflictos entre enfoques culturales.
- Fracaso escolar.

Prevención de accidentes.

Se ha descrito un incremento de la incidencia de accidentes domésticos entre los niños inmigrantes. Todas las consultas deben ser aprovechadas para incidir en las medidas educativas y de prevención de accidentes.

5

Recomendaciones para la atención a niños procedentes de adopción internacional.

- Consulta pre-adopción
 - Datos importantes a recoger.
 - Revisión de la información disponible de la madre.
 - Información sobre los problemas de salud en niños adoptados en el extranjero.
 - Información para viajar al extranjero y sobre el maletín médico de viaje.
- Consulta post-adopción.

Consulta pre-adopción

La evaluación e interpretación de los datos sanitarios del niño a adoptar, cuando pueden conocerse con antelación, puede servir para identificar la existencia de problemas médicos anteriores o actuales, de factores de riesgo específicos, y para predecir la necesidad presente o futura de evaluaciones y/o tratamientos médicos.

Las cuestiones más importantes que deben registrarse en este momento son: fecha de nacimiento, edad en que fue institucionalizado, lugar donde ha estado, edad gestacional, tipo de parto, peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento, período neonatal, problemas médicos antes y después de ingresar en la institución, diagnósticos establecidos, medicaciones o transfusiones de hemoderivados que haya recibido, inmunizaciones, informes médicos, estudios de laboratorio y evolución del crecimiento y desarrollo. La revisión de vídeos y/o fotografías del niño, cuando es posible, resulta útil para identificar retrasos o trastornos del desarrollo, signos o síntomas de enfermedad neurológica y/o defectos genéticos.

Revisión de la información disponible de la madre (edad, ocupación, nacionalidad, número de hijos, problemas médicos, número de abortos, uso de drogas, alcohol y/o tabaco, motivo por el que el niño fue institucionalizado o por el que se le retiró la patria potestad/custodia, etc.).

Hay que tener presente que la información clínica disponible en muchos casos, cuando existe, ofrece notables deficiencias o está adulterada, como sucede con niños procedentes de China, Rusia y este de Europa.

Información sobre los problemas de salud observados con más frecuencia en niños adoptados en el extranjero. Puede ser útil explicar de forma resumida a la familia preadoptiva los problemas potenciales de salud que puede presentar el niño.

Información sobre las inmunizaciones recomendadas para viajar al extranjero y sobre el botiquín de viaje. En la medida de lo posible, la familia preadoptiva debe recibir información sobre todos los aspectos relacionados con el viaje que va a emprender, incluyendo la identificación de riesgos, el modo de evitarlos, los medios preventivos factibles y la orientación acerca de los lugares o instituciones a los que acudir en caso necesario.

Dado que los trámites y la estancia en el país de procedencia del niño adoptado pueden ser prolongados, es útil que los padres preadoptivos preparen y lleven lo indispensable para los cuidados básicos del niño y una serie de medicamentos para resolver los problemas más frecuentes. Esta información debe ser dada por escrito, especificando la dosificación del medicamento y la enfermedad para la que se debe administrar (puede encontrarse un listado de fármacos y productos con este fin en <http://www.spapex.org/spapex/chin.pdf>)

Consulta post-adopción

Evaluaciones médicas y pruebas de laboratorio recomendadas en niños adoptados en el extranjero. La evaluación médica inicial debería realizarse en los primeros días tras su llegada, excepto si el niño tiene una enfermedad aguda, en cuyo caso la visita debe realizarse dentro de las primeras 24 h. Las pautas a seguir son las mismas que en caso de niños inmigrantes que se han detallado en el apartado anterior.

6

Recursos en Internet sobre Inmigración Infantil y Adopción Internacional.

- Información general, adopción internacional, aspectos legales y éticos, vacunas, consejos para viajeros internacionales, asociaciones de apoyo.

El uso de Internet en la actualidad es una herramienta fundamental para que los profesionales y las familias de los niños estén informados de todos los aspectos relacionados con la salud infantil. Para mayor información pueden consultarse las siguientes referencias además de las incluidas ya en el texto.

Información general

<http://www.aepap.org/inmigrante/index.htm> - Sección de una web pediátrica española (AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria de la AEP) dedicada a la Pediatría del niño y adolescente inmigrante. Reúne noticias, foros y controversias, legislación, estudios y protocolos de actuación ante niños y adolescentes inmigrantes de distintas procedencias.

<http://www.hepb.org/> - Hepatitis B Foundation (Thomas Jefferson University). Institución dedicada al estudio de la HB y sus vacunas.

Adopción internacional

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/adoption.html> - Recursos sobre adopción internacional en Medline Plus.

<http://www.orphandocor.com/> - Web de J. Aronson dedicada a la adopción internacional y los cuidados de estos niños.

http://www.calib.com/naic/pubs/f_start.htm - The National Adoption Information Clearinghouse (NAIC), a comprehensive resource on all aspects of adoption.

<http://fwcc.org/welcome.html> - Families with Children from China

<http://www.china-ccaa.org/> - China Centre of Adoption Affairs

<http://www.afac.net/index1.htm> - Asociación de Familias adoptantes en China.

<http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm> - España, Guías Clínicas Fisterra 2002. Adopción Internacional.

<http://www.binies.net/infadop/index.html> - Revista para profesionales y familias adoptivas. Barcelona.

<http://www.adoptare.com.ar/> - Centro de orientación y consulta en Adopción. Argentina.

<http://www.spapex.org/spapex/chin.pdf> - Protocolo de Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China. Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex).

<http://www.immunize.org/adoption/index.htm> - Immunization Action Coalition (IAC): Reúne enlaces a citas bibliográficas, recomendaciones y web de interés relativas a la vacunación y adopción internacional.

<http://www.frua.org> - Families for Russian and Ukrainian Adoption (FRUA)

Aspectos legales y éticos

<http://www.who.int/child-adolescent-health/right.htm> - OMS – Derechos del niño y adolescente

<http://www.unhchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3DF6F24C10A16A05C1256BCF0025E6F5?opendocument> - ONU – Derechos de los niños en España. Committee on rights of child reviews second periodic report of Spain, 4 junio 2002.

http://www.mju.es/guia_adopcion.html - Guía sobre adopción internacional en España. Ministerio de Justicia.

<http://www.webcom.com/kmc/adoption/law/un/un-ica.html> - Convention on protection of children and co-operation in respect of intercountry adoption (29 May 93). "Convenio de La Haya de 1993 sobre protección del niño y cooperación en materia de adopción internacional".

<http://civil.udg.es/normacivil/estatal/CC/1T5.htm> - Libro I, título V del Código Civil que trata del tema "De la paternidad y filiación".

Consejos a viajeros internacionales

<http://www.msc.es/salud/exterior/consejos/centros/home.htm> - España, Ministerio de Sanidad y Consumo – Centros de vacunación internacional.

<http://www.msc.es/salud/exterior/consejos/consejos/home.htm> - España, Ministerio de Sanidad y Consumo – Consejos sanitarios para viajeros internacionales

<http://www.cdc.gov/travel/index.htm>

http://www.cdc.gov/travel/child_travel.htm - CDC – Viajeros internacionales.

<http://www.fisterra.com/guias2/viajes.htm> - España, Guías Clínicas, Vacunaciones en el viajero internacional. Centro de Vacunación Internacional de Sanidad Exterior en Tenerife.

<http://www.cdc.gov/travel/yb/outline.htm> Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for the International Traveler 2001- 2002. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001.

Asociaciones y entidades de apoyo en inmigración infantil

<http://www.inmigra.com/intampex/index.htm> - Asociación para la integración y amparo al inmigrante extranjero.

<http://www.webjet.es/ari-peru> - Ari Perú. Asociación de Refugiados e Inmigrantes Peruanos. C/ Cartagena 121, 3º B, 28002 – Madrid (915 641 963).

<http://www.binies.net/infadop/> - Asociación en Defensa del Derecho de la Infancia a la Adopción

Otras direcciones de interés

OFRIM. Oficina Regional para la Inmigración (dependiente de la CAM y gestionada por Cruz Roja), c/ Los Mesejo 9, Madrid (consultas profesionales 915 514 754, consultas inmigrantes 900 210 133)

EMSI. Escuela de mediadores sociales para la inmigración, c/ Jardines 4, 28013 – Madrid (917 011 345)

Asociación ATIME, c/ Canillas 56, Madrid (917 440 070). Traductores de árabe.

COMRADE. Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en el Estado Español. C/ Rodríguez San Pedro 2, Madrid (914 464 608). Traductores de diversos idiomas.

Asamblea de Cooperación por la Paz y el Desarrollo. Avda. Los Cantos 12, bajo B (91-643-83-54). Alcorcón.

Asociación Virgen del Alba. C/ Mayor 97 y c/ Iglesia s/n (699-70-54-17). Alcorcón.

Asociación PREM Niños del Mundo (premundo@hotmail.com) 649-323-461. Traducciones de idioma indio.

- Allué X. Adopciones transnacionales. *Cuestiones médicas y éticas*. An Esp Pediatr 2000; 53: 21-24.
- American Academy of Pediatrics, Report of the Committee of Infectious Diseases, Red Book, 25ª Ed. esp., 2000.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption & Dependent Care. *Initial Medical Evaluation of an Adopted Child*. Pediatrics 1991; 88: 642-644 [en línea] [fecha de consulta 24 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://www.aap.org/policy/04037.html>
- American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. *Health Care for Children of Immigrant Families*. Pediatrics 1997; vol 100 No 1 [en línea] [fecha de consulta 24 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://www.aap.org/policy/970702.html>
- Aronson J. *Medical evaluation and infectious considerations on arrival*. Pediatr Ann 2000; 29: 218-223
- Ayuntamiento de Alcorcón. La población inmigrante en el municipio de Alcorcón; situación actual y evolución, 2001.
- Bonet Alcaina M y cols. *Raquitismo en inmigrantes asiáticos en periodo puberal*. An Esp Pediatr 2002; 57: 264-267. (www.aeped.es/anales/index.htm)
- Bruguera M, Sánchez Tapias JM. *Hepatitis viral en población inmigrante y en niños adoptados*. Un problema de magnitud desconocida en España. Med Clin (Barc) 2001; 117: 595-596.
- Centers for Disease Control and Prevention. Elevated blood lead levels among internationally adopted children-United States, 1998. JAMA 2000; 283:1416-1418.
- Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for the International Traveler 2001- 2002. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001.
- Centers for Disease Control and Prevention. Table of Contents (Outline View) - Yellow Book (Health Information for International Travel, 2001-2002) - CDC Travelers' Health [En línea] [Fecha de acceso 30 de marzo de 2003]. URL disponible en: <http://www.cdc.gov/travel/yb/outline.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. About the Yellow Book (Health Information for International Travel, 2001-2002) - CDC Travelers' Health [En línea] [Fecha de acceso 30 de marzo de 2003]. URL disponible en: <http://www.cdc.gov/travel/yb/about.htm>
- Clara Vila I y cols. Indicadores de salud en una población inmigrante en edad pediátrica. An Esp Pediatr 2002; 56 [supl 5]: p630. (www.aeped.es/anales/index.htm)
- Comité Asesor de Vacunas, AEP. Manual de vacunas en Pediatría, Ed 2001, Madrid.
- Comité Asesor en Vacunas, AEP. Calendario vacunal para la temporada 2001-2002 [en línea] [fecha de consulta 26 octubre 2002]. Disponible en URL: <http://www.aeped.es/vacunas/vacunas01-02.htm>
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Calendario de vacunación infantil. Orden 471/2000, de 13 de septiembre [en línea] [fecha de consulta 26 octubre 2002]. Disponible en URL : <http://www.madrid.org/sanidad/salud/preven/vacunacioninf.htm>
- Cubero Sobrados C y cols. Hepatitis B en niños inmigrantes y adoptados. Rev Pediatr Atención Primaria 2002; 4: 335-339.
- De Juanes Pardo JR. Viajes internacionales; recomendaciones generales y vacunas. Madrid, 2002.
- Fletas Zaragoza J. Enfermedades importadas en Pediatría. Prensas Universitarias de Zaragoza, 2001.
- García Pérez J. *Programa de vacunación en niños inmigrantes*. VIII Jornadas Internacionales sobre Actualización en Vacunas. Madrid, 2000; págs 25-30.
- González de Aledo A. *Vacunas extranjeras*. Acta Pediatr Esp 2001; 59: 56-61.

- Group de Malalties Infeccioses. Societat Balear de MfiC. Consejo sanitario al viajero internacional, 2001.
- Hostetter, MK. *Infectious diseases in internationally adopted children: Findings in children from China, Russia, and Eastern Europe*. Adv Pediatr Infect Dis 1999;14:147-161.
- Huerga H, López-Vélez R. *Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante*. Rev Pediatr Aten Primaria 2002; 4: 73-80.
- Knirsch, CK. *Travel medicine and health issues for families travelling with children*. Adv Pediatr Infect Dis 1999;14:163-189.
- López García-Franco A, Girbes Fontana M. *Protocolo de Atención a la Población Inmigrante*. En: Programa de Atención al Niño Sano. Instituto Madrileño de la Salud, Atención Primaria Área 9, 2002.
- López Segura N y cols. *Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos*. An Esp Pediatr 2002; 57: 227-230.
- López-Vélez R. *Malaria y viajes internacionales*. ISBN 84-607-6488-5. Madrid, diciembre 2002.
- López-Vélez R. *Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante*. Rev Esp Pediatr 1998; 54: 149-161. [en línea] [fecha de consulta 26 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13006481>
- López-Vélez R. *Valoración diagnóstica del paciente con síndrome febril tras viaje a los trópicos*. Rev Clin Esp 2001; 201: 134-136. [en línea] [fecha de consulta 26 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=10022722>
- López-Vélez R, Huerga H. *Inmigración y salud; aproximación desde Atención Primaria*. PBM, Madrid, 2002.
- Martín Fontelos P y cols. *Niños adoptados, patología importada*. An Esp Pediatr 2002; 56 [supl 5]: p60.
- Masvidal i Aliberch RM^a. *Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes*. ABS Raval Nord. Barcelona. [en línea] [fecha de consulta 13 junio 2002]. Disponible en URL <http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>
- Mellado Peña MJ. *Patología emergente en enfermedades infecciosas pediátricas*. An Esp Pediatr 2002; 56 [supl 6]: 423-429. (www.aeped.es/anales/index.htm)
- Miller LC. *Initial assessment of growth, development, and the effects of institutionalization in internationally adopted children*. Pediatr Ann 2000; 29: 224-232.
- Miller LC. *Caring for international adopted children*. N Engl J Med 1999; 341: 1539-1540.
- Miller LC, Hendrie NW. *Health of Children Adopted From China*. Pediatrics 2000; 105; e76. [en línea] [fecha de consulta 24 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76>
- Morell Bernabé JJ. *Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China* [en línea] [fecha de consulta 11 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://www.spapex.org/spapex/tablas.pdf>
- Moya M y cols. *Integración de los inmigrantes en nuestro sistema de salud*. An Esp Pediatr 2001; 56; 274.
- Navarro JA, Bernal PJ. *Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles*. Vacunas 2001; 2: 110-117. [en línea] [fecha de consulta 26 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13021374>
- Oliván Gonzalvo G. *Adopción internacional; guía de informaciones y evaluaciones médicas*. An Esp Pediatr 2001; 55: 135-140. [en línea] [fecha de consulta 20 octubre 2002]. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13017032>
- Oliván Gonzalvo G. *Adopción internacional* [en línea] [fecha de consulta 11 junio 2002]. Disponible en URL: <http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm>
- Oliván Gonzalvo G. *Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí*. An Esp Pediatr 2000; 53: 17-20.

ONU, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). Desarrollo Humano, Informe 2001. Madrid, PNUD/Mundiprensa.

Plaja P y cols. *Diferencia de morbilidad entre poblaciones infantiles de distintas etnias en el Baix Empordá (Girona)*. An Esp Pediatr 2001; 56; 285.

Ramos Monstserrat M y March Cerdá JC. *Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura*. Aten Primaria 2002; 29: 463-468.

Saiman L, Aronson J, Zhou J et al. *Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children*. Pediatrics 2001; 108: 608-12.

Schulte JM. *Evaluating Acceptability and Completeness of Overseas Immunization Records of Internationally Adopted Children*. Pediatrics 2002; 109: e22. [en línea] [fecha de consulta 24 septiembre 2002]. Disponible en URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/2/e22>

Sonego M, García Pérez J y Pereira Candel J. *Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España*. Med Clin (Barc) 2002; 119: 489-491.

Val O, García O, Puig C. *Familias inmigrantes; enfermedades pediátricas prevalentes*. Simposio de Pediatría Social. Hospital del Niños Jesús, Madrid, 24 a 27 de mayo de 2000.

Vázquez Villegas J y cols. *Atención inicial al paciente inmigrante en Atención Primaria*. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 162-168.

Vitoria Miñana I. *Flúor y prevención de la caries en la infancia; actualización 2002*. Rev Pediatr Aten Primaria 2002; 4: 463-494 Disponible en URL: <http://www.dinarte.es/pap>

Zabala E. *Programas vacunales para inmigrantes*. En: Campins M y Moraga Llop FA. Vacunas 2001. Prous Science, Barcelona, 2001, págs 117-129.