



Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona

Rosa M^a Masvidal i Aliberch
CAP Dr. Sayé. Institut Català de la Salut.
C/ Torres i Amat nº 8
08001 Barcelona
12808rma@comb.es

- [Introducción.](#)
- [Descripción del protocolo.](#)
- [Anexos.](#)

INTRODUCCIÓN:

Este Protocolo está realizado para mejorar la atención a los niños inmigrantes y a los hijos de inmigrantes de nuestra zona de influencia: el Área Básica de Salud (ABS) Raval Nord de Barcelona. Esta ABS está ubicada en el distrito de Ciutat Vella. Esta zona se caracteriza por una alta proporción de población inmigrada, la mayoría de los edificios son viejos y en condiciones arquitectónicas deficientes, aunque también se ubican en nuestro barrio museos y monumentos, entre ellos nuestro Centro de Atención Primaria: CAP Dr. Lluís Sayé.

Nuestra población infantil de origen inmigrante (hijos de inmigrantes o ellos mismos inmigrantes) es mayoritariamente de origen filipino (42%), le siguen los hispanos (19%), marroquíes (16%) y pakistaníes (10%). El resto es de procedencia variada (Europa del Este, China, etc.). Tenemos una baja proporción en nuestra zona de niños de origen subsahariano, es por ello que sería interesante que este Protocolo fuera complementado por compañeros que tuvieran experiencia en este tipo de población ya que nosotros, por pura eficiencia y eficacia, derivamos a los niños emigrantes de África Subsahariana a nuestra Unidad de Medicina Tropical, aunque una parte importante del Protocolo la podemos aplicar, y de hecho lo aplicamos, también a ellos.

El Protocolo inició su implementación en enero de 2000. Durante este periodo hemos detectado en los niños inmigrantes patología preferentemente parasitaria (trichiuros trichiura, eminolepsis nana, anquilostomas han comenzado a ser conocidos nuestros, aparte de los más "vulgares" como los áscaris lumbricoides, lamblías, etc.). También hemos detectado varias anemias ferropénicas o simples ferropenias, una tuberculosis pulmonar y algunas infecciones tuberculosas, muchas caries y alguna enfermedad congénita o crónica no previamente diagnosticada o tenida en cuenta. El número de padres que nos consultan antes de iniciar un viaje a su país de origen para consejo y vacunaciones ha aumentado espectacularmente.

La aceptación del Protocolo por parte de la población al cual va dirigido en la actualidad es buena. Inicialmente, la población pakistaní lo recibió como una forma de discriminación, hecho que nos generó desasosiego y preocupación. Una persona de la comunidad pakistaní redactó una carta de presentación en su idioma y ahora, al leerla, lo reciben con una sonrisa. La población marroquí creemos que lo vive como un "trámite" que ha de cumplir. La aceptación por la población hispana y filipina es en general muy buena.

La autora del Protocolo es Rosa M^a Masvidal Aliberch, pediatra, pero esto lo ha hecho con la colaboración del resto de integrantes del Equipo de Pediatría de Raval Nord: Elena Carnero Olmedo, pediatra, y Beatriz Miguel Gil y Carmen Rodríguez de la Rubia, enfermeras de pediatría. Todas trabajamos en la sanidad pública y nuestra empresa es el Institut Català de la Salut (ICS). También nos han aportado sus conocimientos y nos han proporcionado una parte de los anexos los compañeros de la

Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades Importadas (MTI) del CAP Drassanes, específicamente los Dres Juan Cabezos y Begoña Treviño. Agradecemos también las aportaciones de algunos compañeros pediatras que han tenido acceso al Protocolo.

Para nosotros ha sido inestimable la cooperación de algunos inmigrantes que han traducido textos que forman parte de los anexos y de Roser Roig, miembro de la Unidad de Atención al Usuario, que nos ha ayudado a ponernos en contacto con ellos.

Este Protocolo no quiere ser un instrumento estático en ningún sentido. Aparte de para compartir lo mucho o poco que hacemos con nuestros compañeros de Atención Primaria Pediátrica, la razón por lo que lo "colgamos" en la web de la AEPap es para que los compañeros que lo lean puedan aportarnos nuevas ideas, sugerencias, críticas, adaptarlo a sus casos particulares, etc. Por otra parte, la experiencia en el uso del Protocolo nos indicará también si hemos de eliminar o añadir algunas cosas.

Esperamos que os sea útil.

Correspondencia:

Rosa M^a Masvidal i Aliberch

CAP Dr. Sayé. Institut Català de la Salut.

C/ Torres i Amat nº 8

08001 Barcelona

12808rma@comb.es

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LOS INMIGRANTES E HIJOS DE INMIGRANTES. PEDIATRIA. ABS RAVAL NORD. BARCELONA

JUSTIFICACION:

La ABS (Area Básica de Salud) Raval Nord está ubicada en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona. Esta ABS se caracteriza por una alta proporción de habitantes procedentes de otros países. En 1999, el 41% de la población pediátrica era inmigrante o hijo de inmigrante; en la actualidad (año 2001) supera el 50%, siendo en su gran mayoría de origen filipino, magrebí, hispano y pakistání. Esta característica de la población determina nuestra práctica asistencial, ya que nos enfrentamos en muchas ocasiones: 1) con dificultades de comunicación de origen idiomático; 2) con modelos culturales que frecuentemente no conocemos; 3) con pacientes que pueden sufrir enfermedades no habituales en nuestro medio; 4) con niños que están viviendo en unas circunstancias familiares y ecológicas que les hacen más susceptibles a ciertas patologías (inadaptación social, hepatitis B); 5) con niños que, en muchas ocasiones, nos llegan mal vacunados o con patologías no diagnosticadas en el momento más indicado; y 6) con niños que, con frecuencia, vuelven a su país de origen o al país natal de sus padres, bien para permanecer años o por periodos de vacaciones y que, por lo tanto, precisan de vacunaciones y de otras medidas profilácticas específicas. Por todo ello hemos considerado necesario dotarnos de un protocolo que nos ayude a sistematizar y mejorar la atención a esta parte de nuestra población.

POBLACION DESTINATARIA DE ESTE PROTOCOLO:

Niños inmigrantes e hijos de inmigrantes, a excepción de aquéllos que provienen de Europa Occidental, Estados Unidos de América, Canadá, Japón, Australia o Nueva Zelanda- a los niños provenientes de estas zonas se les aplicarán los mismos protocolos del Programa de Seguimiento del Niño Sano (PSNS) que a la población autóctona.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el cuidado de la salud de los niños inmigrantes e hijos de inmigrantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. [Diagnosticar en los niños inmigrantes posibles enfermedades infecciosas importadas, enfermedades prevalentes en el país de origen y alteraciones o enfermedades no diagnosticadas previamente.](#)

2. [Realizar medidas preventivas específicas, porque se considera este grupo como de riesgo para el padecimiento de determinadas patologías. Realizar las medidas preventivas generales indicadas para todos los niños.](#)
3. [Favorecer la integración de la población inmigrada.](#)

OBJETIVOS DE PROCESO Y ACTIVIDADES:

1. Con relación al objetivo: *Diagnosticar en los niños inmigrantes posibles enfermedades infecciosas y/ o otras enfermedades prevalentes en su país de origen:*

1.1 Se incluirá en los anexos del protocolo el resumen de las enfermedades infecciosas más prevalentes en Filipinas, Pakistán, Magreb e Hispanoamérica, regiones de las cuales provienen mayoritariamente los inmigrantes de nuestra ABS, con la finalidad de tenerlas presentes para un posible diagnóstico.

1.2 Realizar a todo inmigrante reciente de un país del tercer mundo (consideramos inmigrante reciente aquel que hace menos de un año que está en nuestro país):

- Anamnesis: la habitual, lo más completa posible teniendo en cuenta las dificultades idiomáticas, y de aspectos particulares como:
- lugar de procedencia (país, zona, ambiente rural o urbano),
- fecha de la llegada,
- síntomas de posibles enfermedades importadas,
- tipo de lactancia,
- control médico en su país,
- vacunaciones administradas,
- antecedentes de transfusiones.
- Exploración física completa y aquellas exploraciones que corresponden al PSNS . Se hará constar la existencia o no de cicatriz de la vacuna BCG.
- Analítica: que incluya: Hemograma completo, perfil básico (glucemia, creatinina, GPT), sideremia y ferritina, anticuerpos contra los virus de la hepatitis B y C, serología luética (a considerar), estudio de parásitos en heces.
- Pruebas a realizar en casos especiales: Sedimento urinario en caso de inmigrantes que provienen de Egipto, de África Subsahariana o zona endémica de Marruecos, para descartar esquistosomiasis, serología VIH en niños provenientes de África subsahariana o de orfanatos, Serología para la enfermedad de Chagas en niños provenientes de zonas endémicas de Centroamérica y Sudamérica, coprocultivo en caso de diarrea, morfología de hematies y electroforesis de hemoglobinas en caso de hemograma sugestivo de hemoglobinopatías, se realizará el cribaje de hipotiroidismo, fenilcetonuria, (y mucoviscidosis o hiperplasia suprarrenal congénita, en las comunidades en que se realice) a los niños menores de dos años. Prueba de tuberculina, y Rx de torax en caso de que ésta sea positiva.
- Si el niño vuelve después de una estancia de 15 días a tres meses en su país de origen: Se realizará una visita médica con anamnesis y exploración física. Si ha estado en un ambiente rural se solicitarán parásitos en heces a los tres meses del retorno (para poder detectar infestación por hemínticos).

1.3 Se derivarán a la Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades importadas (MTI) o en su defecto al hospital de referencia:

- Aquellos pacientes que, por la anamnesis, exploración física o los resultados analíticos precisen de pruebas más específicas (Poe ejemplo, estudio de filarias y esquistosomas en caso de eosinofilia no justificada por los resultados de la parasitología intestinal), gota gruesa en caso de síndrome febril, glucosa 6 fosfato deshidrogenasa en caso de necesidad de tratamiento antipalúdico...).
- Aquellos pacientes que necesiten tratamiento especializado,
- En nuestro caso: aquellas niños que provienen de África Subsahariana.

1.4 En nuestro caso: se realizaran tres sesiones anuales con el Servicio de MTI para intercambio de experiencias, consultar casos o para formación teórica del Equipo.

2. Con relación al objetivo: *Realizar medidas preventivas específicas porque se considere este grupo como grupo de riesgo para determinadas patologías, y las generales indicadas para todos los niños:*

2.1 Se vacunará de hepatitis B a los inmigrantes que no presenten anticuerpos contra la hepatitis B. Se vacunarán sistemáticamente de hepatitis B a los hijos de inmigrantes de países con alta o intermedia endemia de hepatitis B, nacidos en nuestro país, sin solicitar previamente marcadores de hepatitis B. Se usará la vacuna combinada de la hepatitis A más B en los mayores de 12 meses.

2.2 Se dará profilaxis de anemia ferropénica a todos los lactantes que, normalmente por motivos culturales, siguen o han seguido lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses.

2.3 Se hará profilaxis de raquitismo con vitamina D en todos los lactantes de piel oscura o en los que, tomando lactancia materna, sospechemos un déficit en la madre por escasa exposición a la luz solar.

2.4 Conseguir que el porcentaje de niños bien vacunados de las vacunas sistemáticas y la cobertura del PSNS sea similar a la población autóctona:

2.4.1 Se procederá a iniciar o a continuar las vacunaciones sistemáticas de los niños. Se solicitará el carnet de vacunaciones, si no lo tienen se procederá a realizar una anamnesis minuciosa sobre las vacunas administradas, pero siempre, incluidos los casos de duda, se administrarán las vacunas de las cuales no tenemos constancia por escrito o mediante información fidedigna.

2.4.2 Se informará a todas las familias del PSNS, se dará información escrita en su idioma a aquellas familias que sepan leer.

2.4.3 Se realizará recaptación en caso de no asistencia a las visitas del PSNS: llamada telefónica, si no responden o no tienen teléfono se enviará carta, si esto no es efectivo se realizará visita domiciliaria.

2.5 Se indicarán las vacunaciones necesarias y otras medidas preventivas específicas cuando vuelvan a su país de origen o al país de origen de sus progenitores:

2.5.1 Si un niño va a vivir más de un año en un país en el cual está indicada como sistemática la vacuna BCG, se procederá a la administración de la misma.

2.5.2 Si se puede adelantar alguna vacunación sistemática para la edad del niño, ésta será adelantada, con la finalidad de que el niño esté correctamente vacunado el mayor tiempo posible. Se adelantará la vacunación triple vírica a los niños entre 6 y 15 meses aunque si se realiza la vacunación antes de los 12 meses ésta habrá de repetirse.

2.5.3 Se vacunará de hepatitis A y, si procede, se indicará la vacunación antitifoidea oral a los niños mayores de 6 años.

2.5.4 Si se precisan más vacunaciones que las anteriormente reseñadas o bien si se precisa profilaxis antipalúdica se remitirá al niño y a su familia a un centro especializado.

2.5.5 Se darán normas preventivas y sanitarias básicas (higiene respecto del agua, protección solar, actitud ante una diarrea...).

2.5.6 Se pondrá al día el carnet de salud y se añadirá la traducción al inglés o al idioma del país de origen: las vacunaciones administradas y si el niño sufre alguna enfermedad crónica o ha de tomar alguna medicación o alimentación específica.

3. Con relación al objetivo: *Favorecer la integración de la población inmigrada:*

3.1 En la primera visita y en las sucesivas, si procede, se preguntará sobre la escolarización. Se señalará a los padres la importancia de escolarizar a los niños y a las niñas a partir de los tres años cuando no lo hagan ellos espontáneamente.

3.2 Se informará a las familias o se derivará a la Trabajadora Social para que los informe, de los trámites para conseguir la Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) para sus hijos, tanto si los padres están en situación de inmigración legal como ilegal.

3.3 Se derivará a los padres, especialmente a las madres, a la Trabajadora Social para que se informen de los recursos para el aprendizaje del idioma.

3.4 Se dará a los padres que sepan leer información escrita, traducida al inglés o a su idioma, sobre el PSNS. Se explicará el sistema de acceso a los servicios sanitarios del Centro de Salud.

3.5 Se creará, mediante la trabajadora Social, una red de mediadores y traductores voluntarios de las comunidades inmigrantes, con la finalidad de que nos ayuden en casos de muy difícil comunicación y en la realización de la información escrita.

PERSONAL QUE HA DE LLEVAR A CABO EL PROTOCOLO Y RELACIONES DE COORDINACIÓN:

La responsabilidad de la realización de este protocolo recae predominantemente en el Equipo de Pediatría del Centro de Salud (Pediatras y Enfermeras pediátricas); sin embargo, para llevarlo a término se precisa también de la colaboración de todo el Equipo de Atención Primaria, especialmente de la Trabajadora Social. En nuestro caso también es imprescindible la colaboración de los Servicios Sociales de Primaria y de la enfermera del Programa Materno-Infantil, así como de la Unidad de Enfermedades Transmisibles Importadas y Medicina Tropical. En algunos casos nos será necesario conectarnos con la Unidad de Enfermedades del Tórax (especialistas en tuberculosis) y con nuestro Hospital de referencia.

EVALUACIÓN:

De momento nosotros estamos usando el Programa VIC-91 del Dr. Joan Pericas i Bosch para valorar la cobertura vacunal y el seguimiento de PSNS.

Realizamos un registro manual de las patologías encontradas.

Estamos trabajando para crear una base de datos informática que nos permita una mejor evaluación del Protocolo, la cual esperamos que nos ayude a determinar: la cobertura, las características de la población inmigrante atendida, las patologías encontradas...y la idoneidad de las pruebas analíticas solicitadas.

La evaluación del Protocolo ha de ser anual.

ANEXOS:

- [Botiquín pediátrico básico en caso de viaje.](#)
- [Normas preventivas para evitar enfermedades infecciosas.](#)