

Protocolo de atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes

RM. Masvidal i Aliberch^a, I. Sau Giralte^b

^aPediatra. CAP Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Barcelona.

^bPediatra. CAP Santa Coloma de Farners, Girona.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 2:S19-39

Rosa M^a Masvidal i Aliberch, l2808rma@comb.es

Resumen

En los últimos años, un porcentaje considerable de consultas de Atención Primaria (AP) está dedicado a niños procedentes de países de renta baja.

El protocolo que presentamos se ha hecho con el objetivo de mejorar la atención al niño inmigrante, lo que incluye la detección de factores de riesgo, el tratamiento de los problemas médicos y su seguimiento.

Además, y como parte de la labor del pediatra de AP, se destaca la necesidad de favorecer la integración de la población infantil inmigrante. Conocer la procedencia, la cultura, los hábitos alimentarios y la situación socioeconómica de estos niños es un requisito necesario para individualizar la atención de manera adecuada, detectar patologías presentes y futuras y poner en marcha las actividades preventivas y terapéuticas más eficaces. Entre ellas destacamos la prevención de la mutilación genital femenina.

Palabras clave: Atención primaria, Inmigración, Mutilación genital femenina, Niño inmigrante, Países de Renta Baja, Pediatría.

Abstract

In recent years, a considerable amount of Primary Care (PC) visits are devoted to children coming from low income countries.

We present some guidelines elaborated with the objective of improving the healthcare for immigrant children. They include risk factors' detection, treatment of medical conditions and follow up.

Besides, being a part of PC paediatrician's task, we underline the need of helping the integration of the immigrant children. It is compulsory to know the origin, culture, food habits and socio-economic situation of these children in order to implement individualized and correct care, to detect present and future diseases and to start more efficient preventive and therapeutic activities. We emphasize prevention of female genital mutilation among them.

Key words: Primary care, Immigration, Female genital mutilation, Immigrant child, Low income countries, Paediatrics.

Visita de acogida

Toda primera visita ha de ser una visita de acogida. La empatía, como en cualquier otra, es imprescindible, sobre

todo teniendo en cuenta que, en culturas alejadas de la nuestra, y también en las relativamente próximas, puede haber en la relación personal sanitario/pa-

ciente sentimientos ambivalentes de desconfianza; complejos de inferioridad que se manifiesten con actitudes inhibitorias, o por el contrario reivindicativas, e incomprensión hacia ciertos mensajes.

En el caso de la familia inmigrada hemos de considerar que probablemente habremos de vencer algunas dificultades adicionales:

Desconocimiento del sistema sanitario.

Nuestro sistema sanitario puede que no se parezca en nada al de su país de origen; este hecho puede producir desconcierto o, en ocasiones, falsas expectativas.

El idioma. Éste es un tema fundamental ya que es difícil realizar la tarea médica en caso de dificultades de comunicación. Idealmente se habría de disponer de mediadores culturales, es decir, personas de su misma etnia que no sólo hagan de traductores sino también de puente cultural entre las diferentes maneras de entender los conceptos y la salud. En ausencia de estos profesionales, hemos de tener nuestro propio "banco de recursos": traductores puntuales, fichas con preguntas básicas escritas en el idioma de los pacientes y en el nuestro, etc. Si no tenemos más remedio, hemos de instar, en la primera visita, que ellos mismos proporcionen una persona adulta de su confianza que nos ayude a un mínimo entendimiento. Se ha de

procurar no utilizar a menores como traductores ya que, aparte de la poca fiabilidad que podemos exigirles, se pueden crear repercusiones en la dinámica familiar que no sean beneficiosas.

Los prejuicios. Esto se puede dar en toda primera visita, pero entre individuos procedentes de diferentes culturas es más frecuente. Es difícil, llegar a conocer los prejuicios que, en ocasiones, pueden circular en la comunidad ya que ni tan sólo nos los podemos imaginar (por ejemplo: "piden muchos análisis para revender la sangre", "si nos envían a los servicios sociales, nos quitarán a los niños"). Siempre que notemos un rechazo a nuestras propuestas, hemos de intentar saber el porqué y fomentar el diálogo con empatía; la intervención de un mediador cultural puede ser de mucha utilidad. Afortunadamente también correrán por la comunidad aquellos aspectos positivos de nuestras actuaciones y, con el tiempo, nos veremos favorecidos por prejuicios beneficiosos. También es humano que el profesional sanitario se vea contaminado por ideas preconcebidas, pero hemos de considerar como parte de nuestra profesionalidad que éstas no influyan en nuestras acciones y actitudes con respecto a los pacientes y a todos, inmigrantes o no, considerarlos como únicos.

La falta de tiempo. Una primera visita de un niño inmigrante suele representar una mayor dedicación que la de un autóctono, historiarlo puede ser dificultoso: idioma, madres que no han convivido con sus hijos durante tiempo, vacunaciones incompletas y frecuentemente sin documento acreditativo, etc. Además, en muchas ocasiones no vienen en el momento más oportuno sino de "urgencias" o en medio de una consulta con muchas visitas. Es necesario que se planifique una pauta de actuación en estos casos. Lo imprescindible es que se sientan acogidos, crear un clima de confianza, que se atienda su demanda, realizar una historia clínica básica y una exploración física. Al final se les explicará el funcionamiento del centro de salud (CS) y el plan de las próximas visitas.

Con una organización previa del CS, las tareas de la visita de acogida pueden ser compartidas por los diferentes miembros del equipo asistencial. El pediatra puede atender la demanda médica, la enfermera puede realizar un cuestionario básico, interrogar sobre las vacunaciones y aspectos sociales, los administrativos explicar el funcionamiento del centro y el trabajador social preocuparse de temas como la escolarización de los menores.

En todo caso, siempre hemos de tener presente que el primer contacto con un paciente y su familia es especial y que puede condicionar las relaciones posteriores.

En esta primera visita el pediatra valorará los factores de riesgo que tenga su paciente y, con relación a ellos, el protocolo que se va a seguir.

Factores de riesgo

No todos los inmigrantes tendrán los mismos factores de riesgo y muchos de estos factores pueden no ser exclusivos de los inmigrantes sino compartidos en mayor o menor grado por una parte de la población autóctona. Es importante tener presente este aspecto porque nos recuerda que el paciente inmigrante no es un "paciente raro" sino uno que, como a todos, hemos de atender individualmente, teniendo en cuenta sus circunstancias y aquello que puede resultar un posible riesgo para su salud.

Factores de riesgo debidos al lugar de procedencia. En todos los países del tercer mundo, excepto en zonas determinadas, y debido a la precariedad de las medidas de higiene pública, existe un mayor riesgo de enfermedades de transmisión fecal-oral, especialmente de parasitosis intestinales. El déficit de los servicios sanitarios para personas que

tienen un nivel adquisitivo limitado hace que ciertas enfermedades, que en nuestro entorno se criban durante el embarazo, no lo hayan sido en esta población: hepatitis B, sífilis, toxoplasmosis, etc. Enfermedades de transmisión sanguínea pueden haber sido transmitidas por falta de higiene sanitaria: hepatitis B y C, VIH. En ciertos países son endémicas enfermedades que no lo son en nuestro entorno: paludismo, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis. Muchas de las enfermedades que hemos enumerado pueden ser asintomáticas en el momento de la llegada y/o, por su rareza en nuestro medio, no ser reconocidas por el profesional si no piensa en ellas.

Factores de riesgo dependientes de la raza o de grupos étnicos. Éste es el caso de la drepanocitosis que se puede dar en individuos de raza negra o con componente importante de esta raza. Las talasemias y el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa también tienen un componente hereditario/racial. Por otra parte, en algunas culturas el matrimonio consanguíneo es habitual, con lo que representa una mayor probabilidad de enfermedades congénitas de transmisión autosómica recesiva.

Factores de riesgo condicionados a estilos de vida o a creencias. En este grupo podemos incluir aquellos facto-

res de riesgo debidos a déficits alimentarios condicionados por la cultura o las costumbres, como puede ser el caso en el que la lactancia materna exclusiva se prolongue más allá de los seis meses, o ciertas dietas que excluyen los lácteos sin otras alternativas para el aporte de calcio, o dietas vegetarianas. También podemos incluir ritos perjudiciales para la salud como la mutilación genital femenina. Un tema poco conocido es el uso de las prácticas médicas tradicionales de ciertas comunidades que en ocasiones pueden retardar un tratamiento más efectivo o producir efectos secundarios.

Factores de riesgo psicológico. En este apartado hemos de hablar, aunque sea de forma muy resumida, del denominado "duelo migratorio". Definimos como duelo migratorio aquel que inevitablemente se produce por todo aquello que el inmigrante ha perdido al emigrar: contactos familiares, amigos, paisaje, aromas, alimentos, clima, estatus social, seguridad en el entorno, etc. Puede ser difícil valorar la intensidad de este duelo en cada inmigrante en concreto, depende de la edad, de si la migración fue deseada o forzada, de la red de apoyo en el país de acogida y, en resumen, de circunstancias personales de cada uno de ellos. Es posible que se haya magnifica-

do este tema en ocasiones pero, como mínimo, se ha de considerar como algo psicológicamente significativo e igual que cuando nos enfrentamos a pacientes con otro tipo de duelo: separación de los padres, muerte de un familiar muy querido, etc., considerar que puede dar lugar a manifestaciones psicofísicas como depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, etc. Un pequeño apunte merecen aquellos casos de inmigrantes adolescentes o preadolescentes separados durante mucho tiempo de sus padres, que eran mantenidos por ellos en el país de origen en un nivel de vida superior al que se encuentran en el de acogida, que se enfrentan a unos progenitores que prácticamente no conocen, que, quizá, tenían idealizados y que muchas veces no disponen del tiempo, ni de los conocimientos, ni de las energías necesarias para cuidar de ellos, que han sido separados de aquellos que realmente les han hecho de padres durante años y que, en un período especialmente difícil de su vida, como es la adolescencia, se encuentran sin referente y desarraigados. La problemática que presentan estos jóvenes ha de ser abordada por nuestra sociedad si no queremos tener graves consecuencias sociales en un futuro. Igualmente han de ser considerados los hijos de inmigrantes que, sobre

todo en la adolescencia, pueden sentirse navegando entre dos culturas y con problemas de identidad importantes.

Factores de riesgo social. Uno de los riesgos más importantes para la salud es la pobreza; ésta no es exclusiva de los inmigrantes pero entre ellos hay una mayor proporción de pobres, con lo que ello representa de una mayor proporción de hacinamiento, mala alimentación, higiene deficiente y estrés. Por otra parte, nos podemos enfrentar a poblaciones con mayor índice de analfabetismo, lo que puede condicionar dificultades en los accesos a la información y a la comprensión de ciertos mensajes, y a una menor cultura sanitaria que puede comportar actitudes y comportamientos perjudiciales para la salud.

Son estos factores de riesgo los que han de condicionar la implantación de un protocolo de atención pediátrica a los inmigrantes e hijos de inmigrantes.

Protocolo de atención pediátrica a los inmigrantes e hijos de inmigrantes (PAI)

La población diana de este protocolo será la población pediátrica que provenga de PRB. Se consideran PRB todos excepto los de Europa occidental, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda. Se excluirán muchas de las actividades en aquellos inmigrantes

procedentes de PRB pero que vivían en condiciones sociosanitarias similares a las de países del primer mundo.

El PAI, que como objetivo general ha de tener la mejora de la salud de la población pediátrica de origen inmigrante, tiene tres objetivos específicos:

- Diagnóstico de patologías, especialmente aquellas que pueden ser asintomáticas en el momento de la llegada.
- Actividades preventivas, específicamente las que están orientadas a las características específicas de la población destinataria.
- Favorecer la integración.

Diagnóstico de patologías

Para cumplir este objetivo nos basaremos en las siguientes actividades:

Historia clínica. Como en todos los pacientes, es imprescindible un buen historial clínico. A parte de lo común a todos los niños, específicamente en el inmigrante interrogaremos sobre:

- El país y la zona del país de procedencia. Esto nos indicará si hemos de considerar alguna patología endémica en su país de origen y nos puede resultar indicativo del nivel sanitario de donde provienen.
- Fechas de la migración y ruta migratoria. La fecha de la migración y la ru-

ta migratoria es importante para considerar o no ciertas enfermedades importadas teniendo en cuenta su período de incubación. El período entre la fecha de llegada y la primera visita puede indicarnos la actitud ante los servicios sanitarios o dificultades de acceso que se habrían de solucionar.

- La religión. Investigarla tiene como función únicamente el orientarnos sobre ciertas prácticas que pueden repercutir en nuestra actividad como sanitarios, ejemplos: el ayuno del Ramadán que practican los musulmanes puede condicionar que los adolescentes que lo sigan no quieran ser vacunados en las horas solares durante ese mes, o que familias que practican ciertas ramas del hinduismo sean vegetarianos, más o menos estrictos, y que lo hayamos de considerar para que los niños, a pesar de ello, no tengan una alimentación incorrecta. En todo caso es una pregunta que hemos de plantear con delicadeza y que no habremos de realizar siempre.
- Consanguinidad entre los padres. Como hemos dicho, en ciertas zonas son frecuentes los matrimonios consanguíneos, sobre todo en aquellas en las que el componente de clan o tribu todavía está arraigado, por

- ejemplo en ciertas zonas del Magreb o de Pakistán.
- Posibles transfusiones. Lo hemos de investigar sobre todo en inmigrantes procedentes de China, países del Este o África Subsahariana, en los que era o es muy común tratar las anemias con transfusiones.
 - Síntomas de posibles enfermedades importadas. Algunas pueden ser relatadas por el paciente y su familia espontáneamente, pero otras habrán de ser buscadas, por ejemplo, en algunas zonas endémicas de esquistosomiasis por *Esquistosoma hematobium*, su presencia es tan frecuente que la hematuria que causa no es motivo de preocupación, considerándola incluso como "la menstruación de los hombres".
 - El tipo de alimentación. En el caso del lactante y el niño pequeño nos interesaremos por si toma alimentación complementaria aparte de la láctea. En algunas culturas la lactancia materna suele prolongarse hasta los 2-3 años, sin una complementación adecuada. A veces la pobreza y/o la falta de educación sanitaria pueden condicionar una ingesta inadecuada de nutrientes. Hemos de descartar alimentaciones que puedan ser desequilibradas.
 - Vacunas administradas. Un problema planteado con frecuencia es la fiabilidad de la información aportada por los padres sobre las vacunas administradas en el país de origen; éste es un tema delicado, algunos sanitarios sólo consideran administradas aquellas vacunas de las que se tiene constancia escrita, pero se ha demostrado que algunos documentos aportados de niñas chinas adoptadas eran falsos; también sabemos que en algunas zonas de Sudamérica se "compran" carnés de vacunación ya que las familias tienen miedo de tener problemas si no lo traen (cosa que no quiere decir que su hijo no esté vacunado); por otra parte, la información oral aportada por muchos padres puede ser del todo fiable. En algunos países especialmente cálidos y pobres, podemos tener dudas razonables de que la cadena del frío, imprescindible para la conservación de ciertas vacunas, haya sido respetada. Aunque la actitud más segura sea considerar a un niño inmigrante de PRB, en principio, como no vacunado (excepto de BCG si vemos la cicatriz), nuestro consejo es el de individualizar cada caso, aunque si hay una duda razonable se aconseja iniciar vacunas.

La exploración física. Como se hace en cualquier otro niño, ha de ser completa. Se pueden recordar y comentar algunas peculiaridades, como que la inspección de la piel ha de ser exhaustiva, sobre todo si el paciente proviene de zonas tropicales, ya que nos puede informar de enfermedades que cursen con alteraciones dermatológicas. Se intentará identificar la cicatriz de la vacuna BCG, registrando su presencia o ausencia; ésta se buscará en principio en el área deltoidea pero también puede encontrarse en el trapecio, en el muslo o en las nalgas. En el caso de niñas que provengan de zonas donde se practique la mutilación genital femenina, se hará una descripción de los genitales que ha de constar específicamente en la historia clínica. Se valorará el desarrollo psicomotor en el niño pequeño teniendo en cuenta que puede haber pequeñas variaciones con respecto a la media autóctona debidas a comportamientos culturales; también en el caso del niño adoptado hemos de ser muy cautos, ya que de entrada puede presentar un retraso madurativo que mejora espectacularmente con los cuidados apropiados que le dispersan sus nuevos padres. En caso de macro/microcefalia, después de descartar que

sea racial, se han de investigar posibles enfermedades congénitas, sobre todo las infecciosas.

En cuanto a la valoración del peso y la talla, ha habido discusiones sobre si se pueden utilizar las gráficas de nuestra población o se han de conseguir las de cada país. A este respecto hemos de considerar: que muchos países no tienen gráficas de peso y talla fiables; que el potencial de crecimiento humano en la especie humana es bastante similar; que la talla definitiva de las diferentes razas está sobre todo marcada por factores externos y por la edad de la pubertad; que en la valoración de la talla del niño siempre (también en los autóctonos) hemos de tener en cuenta la talla de los padres; que en pediatría es más importante la evolución de la talla que una medida aislada. Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho podemos utilizar las gráficas de peso y talla que habitualmente usamos en la consulta.

Analítica. En la gran mayoría de niños provenientes de PRB están indicadas las siguientes analíticas:

- Hemograma: para descartar anemias y eosinofilia.
- Ferritina: para cribado de ferropenia. Se puede acompañar de una determinación de sideremia para re-

alizar una valoración conjunta. Recordar que la ferritina es un factor indicador de reacción aguda (como la VSG o la proteína C reactiva) y que nos puede dar valores falsamente altos si el niño tiene o ha pasado recientemente una infección.

- Serologías completas de hepatitis B, por posibles portadores y para planificar la vacunación. Puede considerarse también el estudio serológico de la hepatitis C, especialmente si hay antecedentes de transfusiones, intervenciones quirúrgicas o punciones no seguras en el paciente o en su madre.
- Puede considerarse la determinación de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina para cribado de raquitismo, aunque puede ser que sólo sea conveniente realizarlo en niños con factores de riesgo (países con poca insolación, madres y pacientes que exponen poca superficie cutánea al sol, niños con piel oscura que no proceden de zonas tropicales).
- Parásitos en heces. Hemos de esperar que aproximadamente una tercera parte de los inmigrantes estén parasitados. Es muy importante que al remitir las heces para estudio notifiquemos al microbiólogo la procedencia del paciente. También hemos de asegurarnos que, igual que nosotros, los

profesionales de laboratorio estén formados, en lo que a ellos les incumbe, para afrontar los retos de la inmigración. Dada la frecuencia con que encontraremos parásitos en el estudio de heces, en la tabla I se especifica el tratamiento recomendado.

- La determinación sistemática de plomo en sangre no está en principio protocolizada, pero ha sido aconsejada en algunas guías.

En casos especiales:

- Serologías de VIH y sífilis. Sobre todo en niños adoptados, los procedentes de África Subsahariana, los hijos de madres promiscuas y en los adolescentes sexualmente activos.
- Despistaje de esquistosomiasis en inmigrantes de zonas donde esta enfermedad es endémica (figura 1). Se realizará una determinación de hematuria mediante tira reactiva con una muestra de orina obtenida después de que el paciente haya realizado ejercicio durante unos cinco minutos; en caso de que la hematuria sea positiva, se solicitarán parásitos en orina en una muestra reciente (25 ml aproximadamente) también obtenida tras ejercicio.
- Serología de la enfermedad de Chagas en individuos provenientes de

Figura 1. Distribución de la esquistosomiasis en el mundo (74 países) (OMS, *Global Schistosomiasis Atlas*, www.who.int/wormcontrol/documents/maps/en).



Figura 2. Distribución de la enfermedad de Chagas en el mundo (OPS, www.paho.org/default_spa.htm).

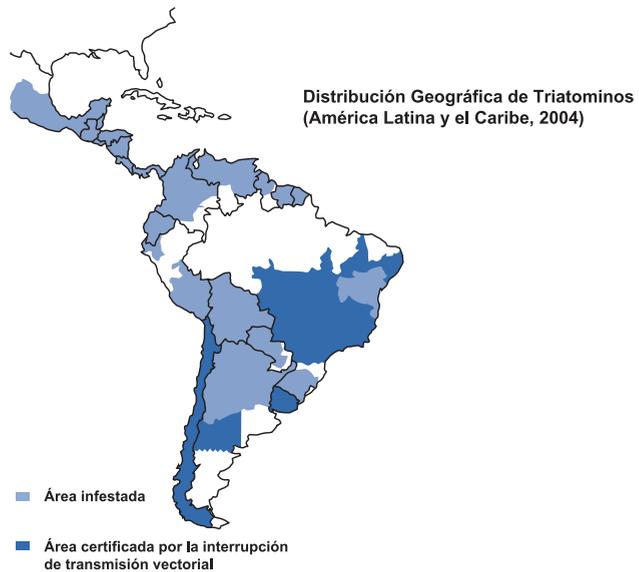


Tabla I. Parasitosis intestinales más frecuentes en inmigrantes. Tratamiento

Enfermedad	Agente	Distribución	Tratamiento	Observaciones
Amebiasis	<i>Entamoeba histolitica</i>	Universal, sobre todo en los trópicos	Metronidazol: 40-50 mg/kg/día (máximo 2 g) en 3-4 dosis durante 10 días Si no hay clínica: paramomicina: 25-30 mg/kg/día durante 3 días	Están contraindicados los corticoides
Lamblisis	<i>Giardia lamblia</i>	Universal	Metronidazol: 15 mg/kg/día en dos tomas, 5-10 días	
Oxiuriasis	<i>Enterovius vermicularis</i>	Universal	Mebendazol: 100 mg, dosis única	
Tricuriiasis	<i>Trichiuro trichiura</i>	Universal, sobre todo en los trópicos	Mebendazol: 100 mg dos veces al día, durante 3 días	
Anquilostomiasis	<i>Anquilostoma duodenale</i> <i>Necator americanus</i>	Trópico	Mebendazol: 100 mg dos veces al día, durante 3 días	
Ascariasis	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Universal, más frecuente en los trópicos	Mebendazol: 100 mg dos veces al día, durante 3 días	
Estrongiloidiasis	<i>Estrongiloides estercolaris</i>	Trópico	Tiabendazol: 25 mg/kg 2 veces al día, durante 2 días	Están totalmente contraindicados los corticoides
Esquistosomiasis	<i>Squistosoma haematobium</i> , <i>S. mansoni</i> , <i>S. japonicum</i> , <i>S. intercalatum</i>	Asia, África, Extremo Oriente, América tropical	Pracicantel (praziquantel): 40 mg/kg, en dos dosis. Para el <i>S. japonicum</i> : 20 mg/kg/dosis, 3 dosis, cada 8 horas	
Teniasis	<i>Tenia saguinata</i> <i>Tenia solium</i>	Universal	Pracicantel: 10 mg/kg, dosis única	Administrar con mucho cuidado el pracicantel en caso de <i>T. solium</i> por la posibilidad de que exista cisticercosis
Himenolepiasis	<i>Hymenolepis nana</i>	Países templados	Pracicantel: 25 mg/kg, dosis única	
Paragomiasis	<i>Paraginimus</i>	Extremo Oriente, África, América Central y del Sur	Pracicantel: 25 mg/kg cada 8 horas, durante 2 días	

Parásitos intestinales que no precisan tratamiento: Nematodos: *Dioctophyma renale*, *Dipetalonemas perstans* y *streptocera*, *Syndamus laryngeus*, *Ternides diminutus*. Protozoos: *Chilomastix mesnili*, *Enteromonas hominis*, *Retortamonas intestinalis*, *Trichomonas hominis* y *tenax*, *Blastomices hominis* (dudosa patogenicidad). Amebas: *Endolimax nana*, *Entamoebas coli*, *gingivalis*, *hartmani* y *polecki*, *Iodamoeba buetschlii*.

zonas endémicas (figura 2) que hayan vivido en casas o cerca de casas de adobe o con ganado; también en hijos de mujeres que hayan vivido en estas condiciones (la enfermedad de Chagas puede transmitirse por vía placentaria).

- Gota gruesa para cribado de paludismo a todos los procedentes de África Subsahariana y a todos los provenientes de zonas endémicas que presenten fiebre (figura 3), sobre todo en los tres meses posteriores a la emigración, ya que el paludismo por *Plasmodium falciparum* (que es el más grave y el que puede

producir la muerte) se suele manifestar en los primeros tres meses después del contagio.

- La determinación de la IgG antihepatitis A habría de realizarse en aquellos individuos de zonas de alta prevalencia; en estos casos es más eficiente realizar la analítica y vacunar únicamente a los no inmunes que vacunar sistemáticamente a toda la población.
- Se solicitará un coprocultivo si presentan diarrea.
- Cribado mediante electroforesis de hemoglobinas, de drepanocitosis en niños de raza negra o con alto com-

Figura 3. Distribución de la malaria en el mundo (CDC, www.cdc.gov/Malaria).

■ **Distribution of Malaria**



ponente genético de esta raza, tanto inmigrantes como hijos de inmigrantes. En caso de los niños nacidos aquí se habría de realizar en sangre de cordón. Se realizará estudio de otras hemoglobinopatías en caso de hemograma sugestivo.

- Considerar también el cribado del déficit de glucosa-6-fosfato-desidrogenasa si es preciso dar tratamiento antipalúdico (algunos productos antipalúdicos pueden dar lugar a hemólisis en caso del déficit). Tener presente que el déficit de esta enzima es relativamente frecuente en ciertas razas.
- Realizaremos cribado de hipotiroidismo en niños menores de dos años (igual que lo realizaríamos en un niño autóctono al que no se le hubiese practicado al nacimiento). También en menores de cinco años si proceden de China o en zonas que nos consten como endémicas. Evidentemente también en todos aquellos que presenten bocio o alguna clínica compatible.
- Se realizará cribado de fenilcetonuria en menores de dos años.

Prueba de tuberculina. La tuberculosis (TBC) es más frecuente en casi todos los PRB, por lo que se realizará prueba de tuberculina (PT) a todo niño inmigrante

de PRB independientemente de que esté o no vacunado con BCG. Idealmente se realizará a la llegada y tres meses después (si la primera fuera negativa), pero como mínimo en una ocasión.

A los hijos de inmigrantes de PRB, hemos de considerarlos como de riesgo de TBC ya que los adultos con los que conviven tienen un mayor peligro de sufrir esta enfermedad, sobre todo en los cinco años posteriores a la inmigración. Dado que puede que vuelvan temporalmente al país de origen o que convivan posteriormente a estos cinco años con adultos que han inmigrado más recientemente, se ha de plantear el realizarles una PT cada uno o dos años.

La interpretación de la PT en los vacunados de BCG no es un tema totalmente resuelto. En principio consideraremos infectado a todo niño, esté o no vacunado de BCG que tenga una PT (induración) igual o superior a 5 mm si tiene clínica o radiología compatible con TBC, está inmunodeprimido o es un contacto de un enfermo de TBC. Se considerarán infectados los vacunados con BCG con una PT igual o superior a 10 mm si están entre los casos anteriores o hace más de tres años de la vacunación BCG. Si hace menos de tres años de la administración de la BCG, podemos considerar el límite de igual o superior a 14 mm.

Realizaremos Rx de tórax en todos los casos que la PT sea igual o superior a 5 mm ya que uno de los criterios para no considerar como posiblemente infectado a un niño con una PT entre 5 y 10-14 mm es que no tenga una radiología compatible.

Actividades preventivas

Vacunaciones. Se actualizará el calendario vacunal para que el niño tenga todas las vacunas indicadas en el país de acogida. Se recomienda vacunar a todo niño inmigrante o hijo de inmigrante, no inmune y mayor de un año, de hepatitis A debido a la frecuencia de vuelta al país de origen para vacaciones o largos períodos.

Programa de salud infantil (PSI). El niño inmigrante ha de seguir el PSI igual que el autóctono. Este programa tiene una finalidad de innegable valor. Dado que las visitas de medicina preventiva no forman parte de la cultura de muchos PRB, es importante explicar la importancia de estas actividades a la familia para que el cumplimiento sea correcto, ayudándonos de mediadores, de folletos en el idioma de los padres, e incluso, si es posible, de llamadas telefónicas recordatorias.

Profilaxis de la anemia ferropénica. En algunas culturas la lactancia materna ex-

clusiva más allá de los seis meses es la norma. En estos casos es preciso primero intentar una educación sanitaria al respecto, pero como cambiar hábitos es difícil, se aconseja la administración de hierro oral a 1 mg/kg/día a los niños que toman lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses hasta que nos aseguremos de que ingieran alimentos ricos en hierro. También se ha de realizar profilaxis en los siguientes casos: ingesta de leche de vaca antes de los 12 meses, y en todos los casos de dietas pobres en hierro (especialmente vegetarianas), sobre todo en las niñas que ya menstrúan.

Profilaxis del raquitismo. Se aconseja realizar profilaxis de raquitismo a todos los niños con lactancia materna en época de poca irradiación solar, pero es imprescindible realizarlo durante todo el año a todo niño pequeño de piel oscura sobre todo durante los primeros 18-24 meses de vida y en aquellos niños lactantes de madres que pueden tener un cierto déficit de esta vitamina por escasa exposición de su piel a la luz solar (por ejemplo, madres muy tapadas por hábitos culturales). También se ha de realizar profilaxis del raquitismo a los adolescentes que, por su dieta, piel o escasa exposición solar, pueden tener un déficit, ya que en esta edad las necesidades están aumentadas por el crecimiento. Se pue-

de realizar la profilaxis con 400-1000 UI de vitamina D3 diarias, pero se ha de asegurar el cumplimiento. En lactantes, especialmente los de piel oscura, se aconseja dar la profilaxis en consulta mediante dosis masivas de 100.000 UI de colecalciferol cada tres meses o su equivalente cada dos meses, hasta un total de 600.000 UI. En los adolescentes se puede realizar con 100.000 UI de colecalciferol, dos dosis con un intervalo de dos meses, coincidiendo con el inicio del invierno. Como en el caso de la profilaxis de la anemia ferropénica, la educación sanitaria es primordial.

Educación sanitaria. Cuando hablamos de educación sanitaria siempre se nos plantean muchas preguntas y pocas respuestas. La educación sanitaria es un reto para todos los profesionales de la salud y este reto es mayor cuando nos referimos a familias con hábitos, creencias y mitos desconocidos y diferentes de los nuestros.

Muchas familias proceden de países donde la atención sanitaria sólo es efectiva, y no siempre, cuando el niño está enfermo. Por tanto, debemos saber que pueden no entender que nosotros visitamos al niño cuando está sano y a veces es prácticamente imposible que sigan el programa de visitas del niño sano correctamente. Explicar que más vale prevenir que curar formará parte

de nuestra consulta diaria.

El planteamiento más efectivo es el de proponerse objetivos asequibles y muy concretos. Si queremos dar mucha información o planteamos muchos cambios en pocas semanas, tendremos la sensación de que no se nos entiende, de que no se nos escucha o de que oponen reticencias a nuestras opiniones y propuestas. Debemos plantear la educación sanitaria como un feedback que se autoalimenta, debemos estar totalmente receptivos a conocer, aceptar, alentar y motivar costumbres y hábitos saludables ajenos a nuestra cultura y proponer pequeños cambios sólo en aquellos hábitos o costumbres de los que tenemos la certeza o la sospecha de que son perjudiciales para el niño. Nuestro primer objetivo es, pues, conocer cómo vive esta familia y cuál es su bagaje cultural respecto al cuidado de los niños. Debemos conocer primero sus preguntas y sus dudas antes de dar nuestros consejos.

El tema de la educación sanitaria es muy amplio y en prácticamente todos los mensajes tendremos que considerar lo anteriormente descrito, pero en este artículo nos centraremos básicamente en cuatro temas: alimentación, prevención de accidentes y seguridad vial, cuidado del niño enfermo y prevención de la mutilación genital femenina.

Alimentación. Conocer los hábitos culinarios y la forma de preparar los alimentos de las familias que atendemos debe hacerse en varias visitas. Si el niño no presenta signos de desnutrición, pérdida de peso, anemia o raquitismo, preguntaremos inicialmente sólo sobre hábitos alimentarios, haciendo hincapié en la moderación de los azúcares y en el consumo restrictivo, o para ocasiones puntuales, de alimentos cuyo valor nutritivo sea prácticamente nulo. Si el tema de la alimentación preocupa mucho o no entendemos exactamente qué es lo que come el niño, realizamos una encuesta alimentaria de tres días para poder conocer qué tipo de alimentos usan, cómo los preparan, qué cantidad comen... Es muy importante mostrar interés por aquello que desconocemos pues ayuda a crear vínculo. También es importante no realizar grandes cambios; siempre es mejor introducir un elemento nuevo, o modificar alguna pauta, muy despacio.

Para la alimentación del niño de 0 a 12 meses nos podemos ayudar de vídeos que se han realizado con familias inmigrantes que explican la importancia de la lactancia materna, la preparación de las papillas de frutas y de verduras, y en último lugar la preparación de un biberón. Muchas madres cometen errores en la preparación de la alimentación del

lactante porque no nos entienden, con el vídeo es más fácil y más gráfico. Estos vídeos están en castellano, catalán, árabe y sarajule. La realización de talleres sobre alimentación con pequeños grupos de madres, animándolas a participar, es otra forma de crear vínculo con la enfermera y conocer realmente qué comen y cómo lo cocinan.

Prevención de accidentes. La prevención de accidentes es muy importante en este grupo de población que se encuentra en un entorno desconocido y desfavorable. Muchos de estos pacientes provienen de zonas rurales con viviendas de una planta, no conocen los ascensores y en sus zonas de origen hay pocos vehículos de motor. Normalmente alquilan viviendas en condiciones muy precarias que propician situaciones de riesgo por sí solas. El hacinamiento y la "cama caliente" también es una realidad que hay que tener en cuenta y que debemos conocer. El gran número de hijos también provoca situaciones de riesgo; muchas veces hay pocos adultos o madres muy jóvenes que desconocen el entorno, y estos niños juegan en la calle sin vigilancia, van solos al colegio, pueden ser cuidados por otros niños algo más mayores, etc.

Es importante conocer cómo es la vivienda de esta familia, qué tipo de calefacción usan, cómo es la cocina, si tie-

nen o no agua caliente, si usan hornillos para calentar el té, cómo duermen, cómo es la escalera, si hay humedad, dónde almacenan los productos de limpieza, los medicamentos, si tienen balcones, etc. Estas preguntas deben hacerse a medida que la familia nos va conociendo. Si preguntamos todo a la vez, podemos agobiar y a veces podemos herir su sensibilidad.

El tema de la seguridad vial también es importante tratarlo con las familias procedentes de zonas rurales que desconocen los peligros de nuestras calles. Hay familias que poseen vehículos que no han pasado la ITV, o no tienen permiso de conducir regularizado, o van aglomerados sin ningún tipo de sujeción. Debemos explicar las normas vigentes en nuestro país y la necesidad de que los niños vayan sentados con el dispositivo adecuado. Existen algunas experiencias en educación vial para emigrantes que han tenido muy buena acogida entre los destinatarios.

Cuidados mínimos del niño enfermo o con patología crónica. La mejor forma de explicar qué cuidados necesita un niño enfermo es realizándolos directamente en la consulta con la madre. Seguramente todos hemos agudizado nuestro talento en expresión no verbal para mejorar la comunicación con las familias.

Debemos dar instrumentos para administrar correctamente la medicación, buscar o realizar imágenes. Casi todos tenemos ordenadores en la consulta, por lo tanto, crear un archivo de imágenes que facilite la comprensión de lo que estamos explicando verbalmente es un buen recurso. Cuando administramos un medicamento, debemos aprovechar para explicar siempre dónde debe guardarse.

Las instrucciones para poner un termómetro, dar un antitérmico, curar una herida, limpiar las fosas nasales, cuidar los genitales, realizar la rehidratación oral, administrar los inhaladores, etc., deben formar parte de nuestras actividades habituales. La enfermera que comparte la consulta con nosotros tiene un papel primordial en este apartado.

Prevención de la mutilación genital femenina. Las mutilaciones genitales femeninas (MGF) son prácticas ancestrales extendidas en amplias zonas de África. Sus profundas raíces sociales y culturales condicionan su perpetuación a pesar de importantes medidas legislativas restrictivas en algunos países de origen y de destino. La práctica de una MGF repercute en la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de las mujeres. La existencia en los últimos años de importantes flujos migratorios de población subsahariana hacia España y la

Unión Europea hace que el abordaje de las MGF sea una necesidad urgente.

Por otra parte, también es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal, donde la mayoría de la población es wolof que no la realiza. En muchas ocasiones existe una precariedad legal que es determinante, ya que dificulta un proyecto estable en el país de acogida y hace que los procesos migratorios de adaptación e integración social sean más complejos y poco sostenibles, alimentando el mito del retorno y generando un conflicto de lealtades hacia sus mayores.

En este nuevo contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene un papel clave en la posible prevención de las MGF. La gran accesibilidad y atención universal que proporciona hacen que sean profesionales de primera línea en el abordaje de este problema. La existencia de equipos interdisciplinares con pediatras, médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales y comadronas permite un abordaje integral de las familias subsaharianas y del problema de las MGF. Se hace, pues, imprescindible una tarea interdisciplinaria de carácter preventivo que permita diseñar estrate-

gias encaminadas a la erradicación de estas prácticas y a la resolución de los conflictos planteados, tanto en España como en África. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso de información, formación y sensibilización.

Es imprescindible abordar el problema con sensibilidad y respeto, sobre todo hacia unas madres que han sufrido en su propio cuerpo esta práctica. Las personas que más pueden ayudar son los agentes de salud de su propia comunidad.

Plantearemos el tema de la MGF en la primera visita si hay confianza y un entorno de respeto mutuo. Nunca discutiremos los motivos culturales o religiosos que la familia puede plantear. Siempre hablaremos desde el terreno sanitario, que es el que conocemos y por el que estamos autorizados a plantear el tema. Tal y como podemos ver en el estudio realizado en Olot entre los años 2000-2005, la mayoría de madres no quiere mutilar a sus hijas y el 50% de los padres tampoco (figura 4). Esto significa que, en contra de lo que nos transmiten los medios de comunicación, si realizamos correctamente nuestro trabajo de sensibilización y damos argumentos relacionados con la salud, estas familias están mucho más receptivas a dejar de practicar este ritual. En todo caso es imprescindible informar que

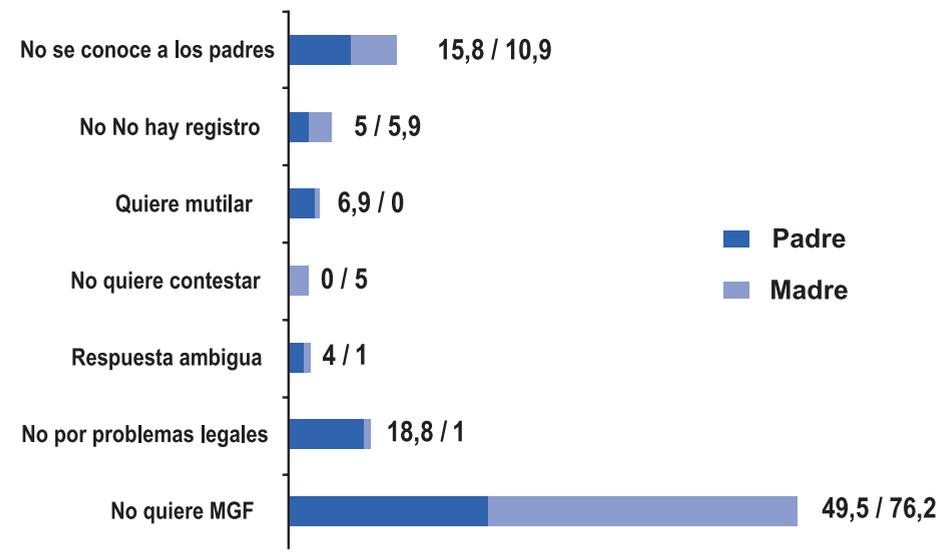
la MGF está prohibida en nuestro país, y que la consideramos médica y psicológicamente dañina. Una manera práctica de evitar la MGF en nuestras pacientes es hacer firmar al padre un documento de compromiso antes de cada viaje; este documento ayuda a presionar a sus familias de origen y las madres lo viven como una garantía para sus hijas. En estos momentos, en las zonas donde se ha implantado, las mujeres ya exigen el documento antes de realizar el viaje (anexo 1).

Favorecer la integración

Es muy difícil saber hasta qué punto los adultos inmigrantes quieren integrarse en nuestra sociedad; la mayoría tiene

como perspectiva el retorno al país de origen cuando pueda ahorrar lo suficiente (igual que la mayoría de emigrantes españoles de los años 50-70), algunos permanecerán años y años alimentándose y alimentando el denominado "mito del retorno". A estos adultos sólo podemos exigirles la adaptación y el respeto a nuestra sociedad y sus valores. En el caso de los niños, la integración es muy importante y necesaria para su desarrollo psicológico y salud mental. Desde este punto de vista, los pediatras hemos de actuar para, en lo que a nosotros nos corresponde y está en nuestra mano, ayudarlos. Las siguientes actividades pueden estar a nuestro alcance:

Figura 4. Encuesta a la población de Olot sobre la mutilación genital femenina (%).



- Instar a la escolarización. Éste es el recurso más efectivo para la integración. Se ha de insistir en la escolarización temprana de niños y niñas a partir de los tres años. A partir de los seis y hasta los 16 años se les ha de recordar a los padres, si hace falta, que la enseñanza es obligatoria y que el no escolarizar a los niños de estas edades atenta contra sus derechos y es denunciabile.
- Exigir mediadores. La comprensión mutua ayuda enormemente en todas las actividades. Los mediadores, aparte de ayudarnos en las consultas, pueden explicar ciertas actitudes que, por nuestro desconocimiento, nos causen rechazo o incomprensión. Si no tenemos en cuenta ciertos factores de la cultura de los pacientes, se pueden crear problemas que dificulten la integración.
- Evitar la discriminación positiva (evitar la negativa ya se da por supuesto). Las actitudes paternalistas, el tratar a los inmigrantes como seres débiles, indefensos y con menores capacidades va en contra de su dignidad y en contra de considerarlos como iguales a los de la población nativa. Además, ciertas discriminaciones positivas producen actitudes de rechazo y xenofobia en la población autóctona ya que se siente, a veces con razón, perjudicada. Los padres de nuestros niños inmigrantes son personas adultas, con una media de inteligencia similar a la autóctona, responsables de sus actos y con un coraje superior a la media ya que les ha permitido embarcarse en la aventura, siempre incierta, de la migración.
- Favorecer la adaptación de las madres. Posiblemente, en este campo, solamente hemos de promover que los trabajadores sociales de nuestro entorno puedan orientarlas sobre los recursos de la comunidad y especialmente interesante son las clases para aprender el idioma.

Anexo 1

Modelo de compromiso de los padres contra la mutilación genital femenina.

(*nombre y apellidos*), nacida en (*país de origen*), es una niña sana que ha seguido los controles sanitarios recomendados.

Se encuentra correctamente vacunada según su edad (los padres disponen de su carné de vacunaciones).

Certifico, además, que sus genitales están íntegros y no presentan ninguna lesión. Se ha informado a la familia de los riesgos médicos y psicológicos que supone la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunas zonas de su país y del atentado que supone su práctica contra los Derechos Humanos. El artículo 149 del Código Penal de España considera esta práctica un delito por lesiones y conlleva una pena de prisión de entre 6 y 12 años.

Se informa a la familia de las asociaciones que luchan contra la mutilación de los genitales, ubicadas en el país donde viajan.

Debe volver de visita con su pediatra en este centro cuando regrese a nuestro país.

La familia se compromete por escrito a proteger a sus hijas y evitar su mutilación.

Población, país, fecha. Pediatra. El padre/madre o tutor/a.

