

Atención al niño inmigrante en la primera consulta programada

*José Uberos y G. Galdó-Muñoz
Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

Editorial

En los países en vías de desarrollo la patología infecciosa es la primera causa de morbilidad y mortalidad infantil, explicando hasta el 90% de las muertes en la población infantil. Las revisiones sistemáticas de salud para descartar patologías de alta prevalencia en los países de origen no suponen una obligación, según se recoge en las Normas legales en vigencia; sin embargo, si son un derecho que este Colectivo tiene recogido en la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, que garantiza el derecho a la Salud en situación de igualdad con la población autóctona.

Para que estos derechos se hagan efectivos deben conocerse y valorarse las situaciones de riesgo a las que ésta población está sometida y que se pueden desglosar en dos aspectos:

- En lo referente a la zona geográfica de origen, se deben valorar los riesgos de desarrollar patologías de alta prevalencia en estas áreas.
- En lo referente al hábitat en el país de destino, se deben valorar las condiciones higienicosociales de vida, condiciones que hacen a estos colectivos especialmente vulnerables a patologías prevalentes en el país de destino, o bien patología latentes con alta prevalencia en el país de origen.

Sobre la base del Manual del que son autores P. Lobato Astorga, y cols., {10168} se puede esquematizar un protocolo de actuación en el primer contacto del paciente pediátrico de padres inmigrantes con el Sistema Sanitario.

La información sobre la patología mas prevalente en los países de origen puede consultarse en:

- Información situación sanitaria para viajeros, Ministerio de Sanidad, España (<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/viajero/home.htm>)
- Estadísticas sanitarias, OMS (<http://www.who.int/ith/>).
- Situación sanitaria mundial, OMS (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>).
- Enfermedades tropicales, OMS (<http://www.who.int/health-topics/idindex.htm>).
- Organización Panamericana de la Salud (http://www.paho.org/default_spa.htm).
- Mapas de incidencia de enfermedades transmisibles OMS (http://www.who.int/ith/diseasemaps_index.html).

En la población inmigrante se ha descrito un aumento de la patología infectocontagiosa, así como de los ingresos hospitalarios, motivados probablemente tanto por aumento del número de niños de este colectivo como por las deficientes condiciones sociosanitarias en las que frecuentemente viven.

La primera visita programada se realizará lo antes posible y puede desdoblarse en dos citas una primera donde recogemos datos de anamnesis de interés y una segunda donde se valoran los resultados de las analíticas solicitadas.

La anamnesis debe dirigirse especialmente a los datos relativos a:

- 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.

La exploración física del menor debería recoger en un sentido u otro la presencia de:

- 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.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Hemograma completo. Las anemias hemolíticas son especialmente prevalentes en África Subsahariana, donde más del 2% de los niños las padecen. 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. 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. La frecuencia de los síndromes talasémicos es también alta.

- Bioquímica básica (glucemia, urea, creatinina, TGO, TGP, GGT, calcio y fósforo, proteínas totales, albúmina, fosfatasa alcalina, hierro y ferritina). Los raquitismos carenciales son frecuentes, sobre todo en adolescentes asiáticos.
- Serología Hepatitis B. 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.
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras). 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.

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.

- Orina y sedimento. La esquistosomiasis urinaria puede confirmarse tras la detección de hematuria.
- Test metabopatías (hipotiroidismo, fenilcetonuria) en menores de 6 meses de edad. Pruebas de función tiroidea en mayores de 6 meses. En algunas zonas del sureste de Asia son frecuentes los trastornos tiroideos por déficit de yodo.
- 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. En niños con sospecha de enfermedad radiológica, contacto estrecho con bacilíferos conocidos, conversión reciente e inmunodepresión se considera positivo con mas de 5 mm de induración. En los pacientes sin sospecha clínica, se considera positivo con mas de 10 mm de induración. Indicado en:
 - Niños con menos de 5 años de estancia en nuestro país y procedentes de zonas con alta prevalencia de tuberculosis: Perú, República Dominicana, Bolivia, Ecuador, Maruecos, Nigeria, Guinea Ecuatorial, China y Filipinas, Rumania y Rusia.
 - Contactos con tuberculosis.
 - Elevado índice hacinamiento doméstico.

ACTUALIZACIÓN DEL CALENDARIO VACUNAL

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:

- Calendarios de los países de Centro y Sudamérica. En <http://www.guiadevacunacion.com.ar/>
- Calendarios de todos los países del mundo según OMS. En <http://www-int.who.int/vaccines/globalsummary/Immunization/CountryProfileSelect.cfm>

Se debe establecer un plan para actualizar el calendario vacunal, priorizando conseguir al menos el número mínimo de dosis necesarias (ver tabla al pie) para considerar a un niño suficientemente inmunizado.

Tabla 1. Calendario a seguir en caso de no aportar documentación vacunal.

	1 visita	1 mes	2 mes	4 mes	6 mes	12 mes	24 mes
12-24 mes	DTPa HB Hib MC Polio TV		DTPa HB Hib MC Polio	DTPa Polio		DTPa Hib Polio	
24 mes - 6 a.	DTPa HB Hib MC Polio TV	DTPa HB Polio TV	Polio		HB	DTPa Polio	DTPa Polio
7-18 años	Td HB Polio TV	Td HB Polio TV			Td Polio		

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.