

Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante

H. Huerga, R. López-Vélez

Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Enfermedades Infecciosas.

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

El número de inmigrantes procedentes de países menos adelantados (PMA) en España es cada vez mayor. Muchos de ellos llegan acompañados de su familia o ésta acude posteriormente. Aproximadamente el 15% de los inmigrantes son niños. La principal causa de enfermedad y muerte en la población infantil en el mundo son las enfermedades infecciosas. Los niños inmigrantes tienen mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades infecciosas, bien porque proceden de zonas endémicas, bien por las condiciones de vida en el país de acogida. En el presente trabajo se exponen algunas de las enfermedades más frecuentes y relevantes en los niños inmigrantes: malaria, tuberculosis, parasitosis intestinal, filariasis y enfermedades transmitidas a través de la madre. Es importante para los médicos que atienden a inmigrantes tener presente la posibilidad de estas enfermedades para evitar retrasos en el diagnóstico que acarreen consecuencias negativas tanto para el paciente como para la sociedad de acogida.

Palabras clave: Niño, Inmigrantes, Enfermedades Infecciosas, Enfermedades Tropicales.

Abstract

The number of immigrants coming from developing countries is growing. Many of them arrive with their family or the family comes later on. About 15% of the immigrants are children. The first cause of illness and death of children population in the world is Infectious diseases. Immigrant children have a higher risk of suffering from some infectious diseases because they come from countries where these diseases are more frequent, and in some cases because of their conditions of life in the host country. In this paper, some of the more frequent and relevant diseases in immigrant children are exposed: malaria, tuberculosis, intestinal parasitosis and vertical transmitted diseases. It is important for the physicians who attend immigrants to be aware of the existence of these diseases, in order to avoid a delay in the diagnosis and to get the better treatment for the patient.

Key words: Child, Immigrants, Infectious diseases, Tropical diseases.

Introducción

En las últimas décadas estamos asistiendo a un creciente movimiento migratorio desde los países menos adelan-

tados (PMA) a los países más desarrollados. Este movimiento creciente comenzó en Europa en los años 70 y en España se ha hecho más evidente a par-

tir de los 90. La situación geográfica de España, como lugar de paso desde África hacia el Norte, y los lazos históricos y culturales con América Latina, la convierten en un destino frecuente para los inmigrantes en busca de lugares mejores donde vivir. Según datos oficiales¹, el número de extranjeros residentes en España ha pasado de 334.935 en 1987 a 719.647 en 1998. Actualmente, se estima que viven en nuestro país casi un millón de inmigrantes legales (55% de ellos son extracomunitarios) y aproximadamente unos 200.000 inmigrantes irregulares². Sumadas estas dos últimas cifras, se calcula que el número de inmigrantes procedentes de los PMA que en la actualidad residen en España está en torno a los 750.000. Las comunidades con mayor número de extranjeros son Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia. Concretamente, en el municipio de Madrid y a 31 de agosto de 2000 estaban empadronados 147.138 inmigrantes, de los que el 68,4% procedían de América Latina, el 14,8% de África, el 9,5% de Asia y el 7,2% de Europa del Este. El número de niños extranjeros de 0 a 14 años era de 22.825, de los que el 87,65% (20.008 niños) procedían de PMA tales como Ecuador, Colombia, Marruecos, República Dominicana y Perú³.

Con más de 13 millones de muertes al año, las enfermedades infecciosas son la primera causa de muerte de niños en el mundo. La mayoría de esas muertes ocurren en los PMA, muchos de ellos ubicados en zonas tropicales y subtropicales. Seis enfermedades son las responsables del 90% de esas muertes: infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, malaria, sarampión, tuberculosis y VIH/SIDA⁴. Las siguientes cifras pueden ofrecer una visión sobre la situación de estas enfermedades infecciosas en el mundo: cerca de dos mil millones de personas están infectadas por *Mycobacterium tuberculosis* y la enfermedad tuberculosa causa 1,5 millones de muertes al año; cada día unas 3.000 personas mueren por malaria (tres de cada cuatro son niños y la mayoría en el África subsahariana, donde una de cada cinco muertes de niños está producida por esta enfermedad); más de 33 millones de personas están infectadas por el VIH en el mundo, siendo la zona más afectada el África subsahariana (en algunos países como Zimbabwe entre el 20% y el 50% de las mujeres embarazadas están infectadas por el VIH y pueden por tanto, infectar a sus hijos); y otras muchas enfermedades causan importantes incapacidades como las filariasis, esquistosomiasis, tracoma, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y lepra.

Los niños inmigrantes procedentes de los PMA tienen un riesgo mayor para padecer ciertas enfermedades infecciosas, tanto por la elevada prevalencia de ciertas enfermedades como por las pobres condiciones socio económicas a las que se ven sometidos en los países de acogida (vivienda, aislamiento social, dificultad de acceso a los servicios, etc.). Algunas son bien conocidas en nuestro medio, mientras que otras no lo son tanto por su carácter exótico. Es importante para los médicos que atienden a inmigrantes tenerlas en cuenta.

Enfermedades infecciosas relevantes en niños inmigrantes

Las podríamos dividir en tres categorías: a) Enfermedades infecciosas comunes (iguales a las que sufren los niños de origen español). b) Enfermedades transmisibles (tanto verticalmente desde la madre como desde otra persona), tales como hepatitis virales, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH. c) Enfermedades típicamente tropicales, tales como parasitismos intestinales, malaria, filariasis, etc. Veamos algunas de ellas.

Malaria

Enfermedad grave en los niños, especialmente en aquellos de corta edad, y

que puede ser potencialmente mortal⁵. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar la aparición de complicaciones. Ante un niño inmigrante febril que proceda de una zona endémica, especialmente si ha llegado recientemente (menos de 6 meses) o que ha realizado un viaje reciente a su lugar de origen, se debe sospechar la enfermedad, y más aún si se acompaña de otras alteraciones como anemia o esplenomegalia. Con frecuencia la malaria en los niños se presenta con otros síntomas tales como diarrea, vómitos o tos, que pueden confundir y hacer pensar en otras enfermedades y llevar a un diagnóstico erróneo y a un retraso en el tratamiento adecuado⁶. Aunque más rara, también se debe considerar la posibilidad de malaria congénita en niños menores de 6 semanas, aunque nunca hayan salido de España y sus madres permanezcan asintomáticas. El momento de presentación de los síntomas después de la infección por el parásito es variable dependiendo de la especie de que se trate. En la infección por *P. falciparum* los síntomas suelen aparecer antes de 6 meses, sin embargo en la malaria producida por *P. vivax* o *P. ovale* pueden pasar uno o dos años y en la producida por *P. malariae* hasta varios años. Las infecciones pueden ser asintomáticas si existe

un estado de semi-inmunidad. Esta semi-inmunidad se adquiere en niños mayores que han padecido en repetidas ocasiones malaria, pero se pierde con el tiempo al abandonar la zona endémica. Otro punto que se debe tener en cuenta es la posibilidad de infecciones mixtas y de reaparición de síntomas en un niño tratado por ejemplo para *P. falciparum* pero que padecía una infección mixta por *P. vivax* o *P. ovale*⁷.

En 1998 se notificaron en la Comunidad de Madrid 121 casos de malaria importada, el 15,7% eran niños de 1 a 10 años de edad⁸. La mayoría de los casos de malaria importada en niños ocurren en niños inmigrantes o en hijos de inmigrantes que viajan a sus países de origen. Los niños menores de 5 años y los que viajan son los que tienen mayor probabilidad de padecer una complicación grave. Se debe aconsejar a los padres de niños que viajan a estas zonas que protejan a sus hijos contra las picaduras de mosquitos y que les administren profilaxis antipalúdica⁹.

Tuberculosis

Aunque esta enfermedad es más frecuente en adultos también ocurre en niños y se considera un problema importante de salud en niños inmigrantes^{10,11}. El 4% de los casos de tuberculosis activa

en inmigrantes en Estados Unidos se produce en menores de 15 años¹² y en un estudio llevado a cabo en Gran Bretaña, el 4% de los niños inmigrantes en los que se realizaron pruebas de despistaje de tuberculosis requirieron quimioprofilaxis antituberculosa¹³. Las tasas de infección tuberculosa en algunos colectivos de inmigrantes adultos en España llegan hasta el 70%¹⁴. Es importante realizar cribado de esta enfermedad mediante la prueba de la tuberculina y ofrecer quimioprofilaxis a los casos positivos una vez descartada la enfermedad activa. La vacunación con BCG en el niño puede dificultar la interpretación del resultado del PPD. Si existen dudas sobre la vacunación se puede comprobar la presencia de la escara deltoidea que indica vacunación antigua. En la práctica, se considera que un test de intradermorreacción positivo no se atribuye a la vacunación previa con la BCG pasados los 10 años.

La mayoría de los casos en inmigrantes adultos ocurren por reactivaciones de infecciones adquiridas en su país de origen, que pueden contagiar a sus hijos una vez en España. Por otro lado, las condiciones de vida, especialmente el hacinamiento constituyen un factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad. La tuberculosis no es sólo una enfermedad grave para el niño que la pa-

dece sino que además puede transmitirse y extenderse al resto de la comunidad infantil con la que conviven¹⁵.

Parasitosis intestinales

Muy prevalentes en inmigrantes, especialmente en niños, en los que con relativa frecuencia causan poca sintomatología. Las parasitosis intestinales pueden ser múltiples y los parásitos más frecuentemente diagnosticados son: *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Uncinarias*, *Strongyloides stercoralis* y *Schistosoma sp*¹⁶.

No existe un consenso acerca del beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos, ya que la infestación por helmintos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad, generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor. Algunas excepciones son *Taenia sp*, *Schistosoma sp* y *Strongyloides sp*. *Taenia solium*, puede sobrevivir en el tubo digestivo durante años excretando huevos¹⁷ y puede ser fuente de posibles casos de cisticercosis. La esquistosomiasis aunque no pueda ser transmitida en los países desarrollados, las manifestaciones clínicas y las complicaciones pueden aparecer años después. *Strongyloides stercoralis* tiene la capacidad de mantener un ciclo autoinfectivo, por lo que puede sobrevivir en el intestino del hospedador muchos años después de haber abandonado el trópico y debido a que produce un síndrome de hiperinfestación en los inmunodeprimidos se debe buscar exhaustivamente en los inmigrantes que vayan a ser sometidos a terapia esteroidea o inmunosupresora.

ralis tiene la capacidad de mantener un ciclo autoinfectivo, por lo que puede sobrevivir en el intestino del hospedador muchos años después de haber abandonado el trópico y debido a que produce un síndrome de hiperinfestación en los inmunodeprimidos se debe buscar exhaustivamente en los inmigrantes que vayan a ser sometidos a terapia esteroidea o inmunosupresora.

Filariasis

La alta frecuencia de filariasis en el mundo, con más de 200 millones de personas afectadas, lleva a pensar en la probable infección en inmigrantes procedentes de zonas endémicas¹⁸. Los parásitos pueden permanecer durante años en el individuo de forma paucisintomática.

El 90% de las infecciones por filariasis linfáticas están producidas por *Wuchereria bancrofti* (distribuida por África, Asia, América Latina y Pacífico) y la mayoría de las restantes por *Brugia malayi* (Sudeste de Asia). Producen cuadros agudos y recidivantes de linfangitis o de orquiepididimitis que se acompañan de fiebre y eosinofilia, para terminar con el paso de los años en edemas crónicos inducidos y elefantiasis de las extremidades¹⁹.

La distribución geográfica de las filariasis sanguíneas es variable. *Loa loa*

ocurre principalmente en África, *Mansonella perstans* en África y Sudamérica y *Mansonella ozzardi* sólo en el continente americano. La infección por *Loa loa* puede producir edemas episódicos de Calabar (áreas evanescentes de angioedema y eritema en extremidades) y conjuntivitis (al pasar por el ojo).

La filaria cutánea primordial es *Onchocerca volvulus* y que afecta a 18 millones de personas en el mundo²⁰. Es hiperendémica en África Occidental y Central, con focos en América Central y del Sur. La sintomatología predominante es la cutánea con prurito generalizado, envejecimiento prematuro de la piel y cambios pigmentarios. Pueden aparecer nódulos subcutáneos que suelen palpase sobre prominencias óseas. La afectación más grave es la ocular, produciendo conjuntivitis con fotofobia al inicio, pero que puede afectar al resto de las estructuras oculares produciendo queratitis, coriorretinitis y neuritis óptica que conducen a la ceguera irreversible.

VIH

Dentro de la pandemia mundial actual, África Subsahariana y el Sudeste asiático son las regiones más afectadas. Más de un millón de niños en el mundo están infectados por el virus y cada año más de medio millón de niños se infec-

tan a través de la madre (en algunas ciudades más del 40% de las mujeres embarazadas son seropositivas), la mayor parte en África²¹. En los países de acogida de inmigrantes debemos estar atentos a la posibilidad de infecciones en embarazadas y niños.

Hepatitis víricas

Más de 350 y 170 millones de personas en el mundo son portadoras de los virus de las hepatitis B y C respectivamente^{22,23}. En las zonas de alta prevalencia la transmisión a los niños se produce por vía vertical u horizontal (niño-niño) temprana. En inmigrantes africanos hasta el 12% de los niños son portadores del virus de la hepatitis B y el 2% tienen marcadores anti-VHC positivos²⁴.

Sífilis

Es una enfermedad que causa aborto, defectos congénitos y gran mortalidad perinatal en los PMA. Se calcula que se producen unos 12 millones de nuevos casos de sífilis al año en el mundo, la mayor parte en el Sudeste asiático y en el África Subsahariana²⁵. Las mujeres inmigrantes además de tener mayor riesgo por proceder de estas zonas pueden adquirir la infección en el país de acogida, especialmente si se dedican a la prostitución y transmitirla a sus hijos.

Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de Migraciones 1998*. Subdirección general de publicaciones; Madrid; 1999.
2. Global Population. *Migration News*. (online) 2001. URL: <http://www.ucdavis.edu/>
3. Ayuntamiento de Madrid. *Población de nacionalidad no española*. Departamento de Estadística; Madrid; 2000.
4. World Health Organization. *Removing obstacles to healthy development*. World Health Organization; Geneva; 1999.
5. Marsh K, Forster D, Waruiru C, Mwangi I, Winstanley M, Marsh V, et al. *Indicators of life-threatening malaria in african children*. N Engl J Med 1995; 332(21): 1399-1404.
6. Brabin BJ, Ganley Y. *Imported malaria in children in the UK*. Arch Dis Child 1997; 77(1): 76-81.
7. López-Vélez R, Viana A, Pérez-Casas C, Martín-Aresti J, Turrientes MC, García-Camacho A. *Clinicoepidemiological study of imported malaria in travelers and immigrants to Madrid*. J Travel Med 1999; 6(2): 81-86.
8. Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. *Informe: morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 1998*. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999; 6: 3-47.
9. López-Vélez R, Huerga H. *Malaria importada en niños*. An Esp Pediatr 2000; 52(4): 303-304.
10. Guendelman S, English P, Chavez G. *Infants of Mexican immigrants. Health status of an emerging population*. Med Care 1995; 33(1): 41-52.
11. Miller LC. *Caring for internationally adopted children*. N Engl J Med 1999; 341(20): 1539-1540.
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Reported tuberculosis in the United States, 1999*. (online) URL: <http://www.cdc.gov/nchstp/tb/surv/Surv.htm>.
13. Rivas-Clemente FP, Nacher-Conches M, Corriero-Martín J, Vélez-Reyes S, Huerta-Galindo L. *Resultados de un programa de búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes magrebíes: aceptabilidad y adhesión*. Aten Primaria 1999; 24(7): 411-416.
14. Ormerod LP. *Is new immigrant screening for tuberculosis still worthwhile?* Journal of Infection 1998; 37: 39-40.
15. Curtis AB, Ridzon R, Vogel R, McDonough S, Hargreaves J, Ferry J, Valway S, Onorato IM. *Extensive transmission of Mycobacterium tuberculosis from a child*. N Engl J Med 1999; 341(20):1491-1495.

16. Salas SD, Heifetz R, Barrett-Connor E. *Intestinal parasites in Central American immigrants in the United States*. Arch Intern Med 1990; 150(7): 1514-1516.

17. López-Vélez R. *Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante*. Rev Esp Pediatr 1998; 54(2): 149-161.

18. Cunningham NM. *Lymphatic filariasis in immigrants from developing countries*. Am Fam Physician 1997; 55(4): 1199-1204.

19. Lymphatic filariasis: diagnosis and pathogenesis. WHO expert committee on filariasis. Bull World Health Organ 1993; 71(2): 135-41.

20. Onchocerciasis. Bull World Health Organ 1998; 76(suppl 2): 147-149.

21. ONUSIDA, OMS. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. World Health Organization; Geneva; 1998.

22. World Health Organization. Hepatitis B. (online) URL: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact204.html>.

23. Hepatitis C-global prevalence (update). Wkly Epidemiol Rec 2000; 75(3): 18-9.

24. López-Vélez R, Turrientes C, Gutiérrez C, Mateos M. *Prevalence of hepatitis B, C, and D markers in sub-Saharan African immigrants*. J Clin Gastroenterol 1997; 25(4): 650-2.

25. Organization WH. *Global report on sexually transmitted infections*. World Health Organization; Geneva; 1995.

