
Atención al niño de origen extranjero

G. Orejón de Luna, M. Fernández Rodríguez y Grupo de Trabajo⁽¹⁾,
"Protocolo de Atención al Niño de Origen Extranjero".

Área I I de Atención Primaria, IMSALUD. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 115-142

Resumen

Es un hecho que España se ha convertido en un país receptor de población inmigrante. En los últimos años estamos observando un aumento importante de la población de origen extranjero que acude a nuestras consultas para solicitar atención sanitaria. Este colectivo tiene unas peculiaridades culturales, religiosas y sociales, así como unas prácticas y creencias sobre los cuidados de salud diferentes a nuestra cultura. El conocer estas diferencias, es fundamental para el abordaje de esta población en Atención Primaria. Esto, unido a la necesidad de unificar criterios en la asistencia sanitaria del paciente extranjero, fue lo que nos motivó a la realización de este Protocolo de Atención al Niño de Origen Extranjero. En este artículo se presenta parte de este trabajo.

En este documento hacemos una exposición de las enfermedades más prevalentes del niño inmigrante, de los aspectos socioculturales para el cuidado de la salud de este colectivo, así como de una pauta para la valoración clínica del niño de origen extranjero.

Palabras clave: Inmigración, Inmigrante, Niños, Infancia, Atención Primaria.

Abstract

Over the last years Spain has become a net receiver of migration. A straightforward consequence of this is the sanitary assistance to foreign people which has dramatically increased. This foreign people usually have cultural, social and religious backgrounds that differ very much from the ones in the receiver country. Their believes about how the sanitary assistance should be are also very different. Hence, it is relevant to know all those differences in order to put in practice an accurate primary assistance. The aim of this Protocol for Primary Assistance to Foreign Children is precisely to take into account this knowledge about the differences and to unify the sanitary criteria for foreign people.

This paper examines the main diseases that affect immigrant children and the socio-cultural factors that determinate the sanitary assistance for this collective. It is also proposed a guide for the clinical evaluation of immigrant child.

Key words: Immigration, Immigrant Children, Childhood, Primary Health Care.

⁽¹⁾ El grupo de trabajo está formado también por: Rosario Acuña Aller, José Ramón de la Peña García, Carmen Fernández López, Milagros García Sadornil, M^a Eugenia Guerra Aguirre, Jesús Martín Fernández, M^a Elena Mateos González, Pablo Vicente Morriño Carnero, Cristina Rincón Parra y M^a Isabel Santos Marote.

Introducción

El equipo pediátrico de Atención Primaria realiza una labor asistencial que incluye el seguimiento tanto de los procesos patológicos del niño como de su desarrollo normal, organiza actividades y pone en marcha medidas encaminadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y presta especial atención a la educación para la salud. En este marco incluiremos al niño inmigrante con unos condicionantes especiales según cada caso.

En común con sus padres y otros miembros de la familia, los niños inmigrantes y aquellos nacidos en familias de recién llegados pueden tener un riesgo incrementado de padecer algunas enfermedades diferentes a los niños originarios del país. La inmigración por motivos económicos determina además, una predisposición a sufrir todas aquellas enfermedades relacionadas con la marginalidad.

Solo conociendo el contexto sociocultural podremos acercarnos a la comprensión de la enfermedad en determinados colectivos. Existe poca información sobre las necesidades y dolencias de los grupos minoritarios y pocos conocimientos por parte del personal sanitario sobre su cultura, religión y hábitos dietéticos, los cuales condicionan muchas veces la salud de los niños.

Otros factores, aparte del idioma, que pueden considerarse como limitantes a la hora de acceder a la atención sanitaria son el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario español y los propios empleos de los padres con sus horarios extensos y dificultad para poder ausentarse de los mismos. En este sentido, la cita previa, los horarios de atención y los trámites pueden percibirse como factores limitantes.

El objetivo de este documento es llamar la atención del profesional sobre la importancia de conocer el contexto cultural del que procede el paciente, ofrecer la información clínica más relevante sobre entidades que pueden incidir sobre el bienestar de la persona recién llegada, la comunidad que la acoge o ambas y facilitar unas pautas de actuación que permitan, desde ese primer momento, brindar al usuario las prestaciones que de manera habitual reciben el resto de los ciudadanos. Entendemos que la sociedad debe acoger a la persona que ha emigrado, respetando sus peculiaridades culturales, y ofreciendo una atención sanitaria de máxima calidad, al igual que al resto de los ciudadanos.

Este trabajo recoge algunos de los aspectos de mayor interés del docu-

mento original que puede consultarse en <http://www.aepap.org/inmigrante/index.htm>. En la Tabla I se enumeran todos los profesionales que han participado en la elaboración de este trabajo.

Aspectos generales

Las creencias populares pueden ocasionar retraso en solicitar atención médica y los remedios tradicionales pueden ser confundidos con maltrato o producir efectos indeseados.

Tabla I. Relación de autores y participantes citados por orden alfabético		
Autores	Centro de trabajo	Profesión
Acuña Aller, Rosario	CS Martín de Vargas	Pediatra
De la Peña García, José Ramón	CS Las Calesas	Enfermero
Fernández López, Carmen	CS Puerta Bonita II	Pediatra
Fernández Rodríguez, Mercedes	CS Potes	Pediatra
García Sadornil, Milagros	CS San Cristóbal	Enfermera
Guerra Aguirre, M ^a Eugenia	CS Almendrales	Pediatra
Martín Fernández, Jesús	Unidad de Formación e Investigación	Médico de Familia
Mateos González, M ^a Elena	CS Abrantes	Pediatra
Morillo Carnero, Pablo Vicente	CS Comillas	Pediatra
Orejón de Luna, Gloria	CS Opañel II	Pediatra
Rincón Parra, Cristina	CS Zofío	Enfermera
Santos Marote, M ^a Isabel	CS Embajadores I	Pediatra
Coordinación		
Cámara González, Cristina	Dirección Médica Área 11	
Domínguez Bidagor, Julia	Unidad de Calidad Área 11	
Ferrándiz Santos, Juan	Unidad de Calidad Área 11	
Asesores		
Baelamri, Lila	Mediador Intercultural en el Área 11	
Carrera Manchado, Concepción	Dirección Enfermería Área 11	
Janqui, Lucrecia	Mediador Intercultural en el Área 11	
Jiménez Arriero, Miguel Ángel	Unidad Salud Mental Pontones	Psiquiatra
Martín-Carrillo Domínguez, Pilar	Unidad de Calidad Área 11	
Molina, Nélica	Mediador Intercultural en el Área 11	
Núñez Castillo, Gloria	CS Orcasur	Trabajador Social
Pérez Rivas, Francisco Javier	Unidad de Calidad Área 11	
Souleimani, Sakina	Mediador Intercultural en el Área 11	
Zidi, Redouane	Mediador Intercultural en el Área 11	

Dentro de la asistencia al niño inmigrante es preciso considerar que estamos tratando con pacientes de otras culturas. Por cultura nos referimos a toda la gama de creencias, valores y actitudes compartidas y transmitidas dentro de un colectivo social que constituye un grupo cultural. Dentro de los componentes culturales individuales, se encuentran la raza, idioma, origen geográfico, patrón migratorio, empleo, comidas, música, folklore, estructura familiar, religión y otros.

Es por tanto, fácil comprender la importante influencia que tiene la herencia cultural en el comportamiento y creencias sobre la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y su relación con los cuidados de la salud. Diversos estudios relacionan el desconocimiento del idioma del país receptor con el mayor uso de los servicios sanitarios de urgencia, menores actividades preventivas y dificultades para entender las prescripciones, traduciéndose esto en un peor estado de salud.

En el Anexo 1, aportamos de forma esquemática, información destinada a facilitar la aproximación a los distintos grupos culturales de inmigrantes; información referida a distintos aspectos como algunos valores culturales, lenguaje, y prácticas y creencias populares que

pueden afectar tanto a la práctica clínica como al plan de autocuidados.

Recomendaciones para favorecer la relación con el paciente de otras culturas

Favorecer una comunicación eficaz

Se necesita dedicar más tiempo por las diferencias culturales y de idioma. Para facilitar la comunicación en adultos puede precisarse el uso de intérpretes, que si es posible se recomienda que no sean familiares. El disponer de material gráfico en distintos idiomas también mejora la comprensión. Hay que recordar que el preguntar sobre las creencias culturales puede enriquecernos.

Comprender las diferencias culturales

Aprender sobre los grupos étnicos que se tratan con más frecuencia, consultar con mediadores culturales y religiosos si es necesario y tener conciencia de las propias creencias y prejuicios.

Y además, identificar áreas de posible conflicto cultural y actitud de compromiso en la atención al inmigrante.

Enfermedades en los niños inmigrantes

Se pueden establecer tres áreas de evaluación distintas:

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen.
- Enfermedades no diagnosticadas previamente.

Enfermedades infecciosas

La posibilidad de diseminación de posibles patógenos importados por los inmigrantes a la comunidad que les acoge es muy pequeña, sea por las propias características del problema de salud como por las condiciones sanitarias y de salud pública presentes en nuestro país (red de agua potable, sistema de recogida de excretas adecuado, ausencia de hospedadores intermedios ni vectores apropiados).

También se tiende con frecuencia a analizar el riesgo de transmisión de enfermedades desde el inmigrante hacia la población general y pocas veces se hace a la inversa, siendo más frecuente que el inmigrante adquiera las enfermedades propias de nuestro país y no al contrario.

El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección previa se desvanece con el tiempo que la persona inmigrante pasa en el país receptor. Sin embargo, una serie de enfermedades pueden suponer, a muy largo plazo, un riesgo potencial y manifestarse me-

ses o años después de estar residiendo en una zona no endémica. Entre estas enfermedades se encuentran: lepra, tuberculosis, sífilis, coccidiodomicosis, histoplasmosis, hidatidosis, estrongiloidosis, toxoplasmosis, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, hepatitis virales, e infección por VIH y HTLV-1. También hay que tener en cuenta las secuelas de ciertas enfermedades, que sin estar activas en el momento de la llegada al país producen grave patología residual, como ocurre con la esquistosomiasis.

En la Tabla II, aparece la distribución de las principales enfermedades infecciosas, según el país de origen.

A continuación se enumeran las diferentes enfermedades infecciosas potencialmente relacionadas, indicando las zonas geográficas donde son más prevalentes y alguna otra observación de interés.

Enfermedades virales

Enfermedades virales exantemáticas

Los niños inmigrantes pueden estar insuficientemente vacunados y padecer enfermedades tales como sarampión, parotiditis y rubéola, por lo que es importante conocer su calendario de vacunación.

	Muy frecuentes/frecuentes	Menos frecuentes
África	Tuberculosis, hepatitis virales, ETS, HIV, parasitosis intestinales, filariasis, paludismo	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, esquistosomiasis, estrogiloidiasis, cisticercosis, leishmaniasis y enfermedad del sueño
Latinoamérica	Tuberculosis, hepatitis virales, cisticercosis	Meningitis meningocócica, cólera, fiebres virales hemorrágicas, lepra, ETS, VIH, parasitosis intestinales, estrogiloidiasis, paludismo, leishmaniasis y enfermedad de Chagas
Asia	Tuberculosis y hepatitis virales	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, ETS, VIH, parasitosis intestinales, esquistosomiasis, estrogiloidiasis, filariasis hemolinfáticas, paludismo, cisticercosis y leishmaniasis
Europa del Este	Tuberculosis, hepatitis virales, ETS, cisticercosis y leishmaniasis	

Hepatitis virales

La hepatitis A es muy prevalente en países tropicales, siendo frecuente que los niños nacidos en países desarrollados de padres inmigrantes se infecten cuando van de vacaciones a visitar a sus familiares.

La hepatitis B está muy extendida principalmente en el sudeste de Asia, África subsahariana y menos en América del Sur y Centroamérica. La infección suele producirse de forma temprana y el porcentaje de niños infectados es alto (34%) así como la tasa global de portadores crónicos (10,7%). Dada la prevalencia de la infección sobre todo en los inmigrantes del África subsahariana, se recomienda cribado previo a la vacunación en este colectivo.

La hepatitis C es también más elevada en los países en vías de desarrollo, sobre todo en los inmigrantes africanos y los que proceden del sudeste Asiático.

Fiebres virales hemorrágicas (FVH)

Se incluyen en este grupo varias enfermedades de distribución geográfica variable, producidas por distintos virus que tiene en común la capacidad de producir infecciones graves con manifestaciones hemorrágicas y causar brotes. Se transmiten por picaduras de mosquitos, garrapatas, por contagio directo desde las deyecciones de roedores (FVH de Lassa) o de manera desconocida (Ébola).

No hay datos de estas patologías en inmigrantes y el riesgo de contagio desde

un inmigrante sería extremadamente bajo y solo posible en aquellas enfermedades de transmisión persona-persona, siendo el personal sanitario que atiende a estos enfermos el grupo de mayor riesgo.

Encefalitis virales transmitidas por artrópodos

Se engloban enfermedades víricas transmitidas fundamentalmente por picadura de mosquitos y garrapatas que producen meningoencefalitis. El riesgo reside en la población inmigrante cuando visitan a sus familiares.

Otras viriasis

La gran mayoría de niños han estado expuestos al citomegalovirus y al virus de Epstein-Barr. La rabia tiene un largo período de incubación, por lo que puede presentarse hasta varios meses después de la mordedura.

Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La infección por VIH es un problema mundial. Hay unos 25 millones de infectados en el mundo, de los que 600.000 tienen menos de 15 años. La principal zona endémica es el África subsahariana.

Hay que tener en cuenta que la condición de seropositividad de un inmigrante le puede acarrear graves conse-

cuencias. Por ello parece razonable realizar serología frente a VIH, siempre con el consentimiento del interesado o de sus tutores y siempre que se pueda asegurar una adecuada asistencia sanitaria en caso de que sea positiva.

Enfermedades bacterianas

Cólera

Los casos de cólera detectados en nuestro país en los últimos años han sido importados. Existen brotes en América Latina, subcontinente indio y África. El 3-5% de los infectados por el biotipo *El Tor* se hacen portadores y excretan la bacteria con las heces durante meses. *Vibrio cholerae* es muy sensible a la cloración y por lo tanto su diseminación en los lugares con una buena estructura de abastecimiento y recogida de aguas es difícil.

Fiebre tifoidea y otros agentes entéricos

Existe una elevada incidencia de estas infecciones en países en vías de desarrollo, sobre todo en los inmigrantes asiáticos y de América Latina, a lo que se añade el problema de multirresistencias a antibióticos. La infección es más frecuente en los hijos de inmigrantes que visitan los países de origen.

Meningitis meningocócica

De distribución mundial, pero endémica en el África subsahariana. El serotipo A de *Neisseria meningitidis* es el responsable de la mayoría de los brotes. El contagio es directo de persona-persona. Como el período de incubación es corto, generalmente de 3-4 días, es difícil detectar casos agudos en inmigrantes. No obstante, la *N. meningitidis* puede sobrevivir en la nasofaringe de los portadores crónicos y pueden dar lugar a la aparición de casos secundarios.

Sífilis y enfermedades

de transmisión sexual (ETS)

Están descritos casos de sífilis congénita, sobre todo en niños adoptados.

Tuberculosis

Existe una alta prevalencia de esta infección en el sudeste Asiático, África y América Latina. Se puede sospechar cuando exista sintomatología respiratoria o síndrome febril prolongado no filiado o ante todo síndrome constitucional o ante un cuadro de adenopatías generalizadas. También se sospechará en grupos de inmigrantes que vivan en condiciones de hacinamiento.

Lepra

Está distribuida por más de sesenta

países de África, Asia y América Latina.

Es una enfermedad crónica que afecta a la piel y sistema nervioso periférico. Se transmite de persona a persona o por fómites contaminados, con un período de incubación de 3-5 años.

Melioidosis

Enfermedad producida por *Pseudomonas mallei* (actualmente *Bucklidentia mallei*), que se ubica en el suelo y su distribución incluye Tailandia e India. Produce parotiditis supurativa y osteomielitis vertebral crónica.

Peste

Tiene una distribución local. Los casos declarados han sido en Madagascar, Uganda, Tanzania, Bolivia, Brasil, Perú, Myanmar, Vietnam e India. El reservorio de *Yersinia pestis* son las ratas y los roedores salvajes. El hombre adquiere la infección tras la picadura de pulgas (*Xenopsylla cheopis*) o por vía respiratoria. Se manifiesta como peste bubónica (fiebre y adenopatía supurada), por cuadro septicémico o como peste neumónica.

Treponematosi no venéreas

Pian, por *Treponema pertenue*, se distribuye por África, América del Sur y Centroamérica, Indonesia y Papua Nueva Guinea. Bejel, por *Treponema pallidum*,

en el área del Sahel y península arábiga. *Pinta*, por *Treponema carateum*, en América del Sur y Centroamérica.

Tifus

Tifus exantemático endémico o tifus murino, producido por *Rickettsia typhi* y transmitido por picadura de la pulga de la rata (*Xenopsylla cheopis*). Es frecuente en India, Pakistán y sudeste asiático.

Tifus exantemático epidémico, producido por *Rickettsia prowazekii* y transmitido por piojos. Es frecuente en situaciones de guerras y migraciones masivas (hacinamientos) y en zonas montañosas de países tropicales (Ruanda, Burundi, Uganda, Etiopía, Norte de India, Kurdistán, Pakistán).

Tifus de los matorrales, producida por *Rickettsia tsutsugamushi* y transmitido por la picadura de la ninfa de un ácaro *trombiculoide*. Es frecuente en el continente asiático.

Fiebres recurrentes y espiroquetosis

Fiebre recurrente endémica, producida por especies de *Borrelia* y transmitida por picadura de garrapatas. Se distribuye por toda la geografía mundial.

Fiebre recurrente epidémica, producida por *Borrelia recurrentis* y transmitida por piojos. Se encuentra en tierras altas de Etiopía y Burundi.

Fiebre por mordedura de rata, producida por *Spirillum minus* y *Actinobacillus muris* y transmitida por mordedura de roedor y se distribuye por Asia.

Leptospirosis

Producida por *Leptospira interrogans* y transmitida por deyecciones de las ratas. Distribución mundial.

Otras enfermedades bacterianas

Antrax, enfermedad producida por *Bacillus anthracis* y transmitida por esporas a través de la piel o por inhalación o ingestión. Distribuido por Irán, antigua Rusia, África Central y América del Sur.

Fiebre de Oroya, producida por *Bartonella baciliformis* y transmitida por la picadura de un díptero. Se distribuye por zonas altas de Perú, Colombia y Ecuador. Con frecuencia se complica con salmonelosis.

El tracoma es frecuente en los niños etíopes inmigrados a Israel y que vienen a España.

Enfermedades fúngicas

Las infecciones micóticas superficiales y las tiñas son muy frecuentes en los niños inmigrantes. Se ha descrito una gran variedad de infecciones fúngicas sistémicas en inmigrantes, como infecciones del

tejido celular subcutáneo debidas a cromoblastomicosis, infecciones pulmonares debidas a paracoccidioidomicosis, infecciones diseminadas en niños adoptados debidas a histoplamosis africana y americana, y micosis sistémicas oportunistas en niños inmigrantes granulocitopénicos.

Enfermedades parasitarias

Parasitosis intestinales

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; prácticamente a los tres años de estancia no se encuentran helmintos. Una excepción la constituye la *Taenia solium*, que puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo del infestado excretando huevos, que una vez ingeridos en la manipulación de alimentos, pueden producir casos de neurocisticercosis en la población autóctona. La esquistosomiasis no puede ser transmitida en la población autóctona pero las complicaciones aparecen años después, incluso sin que existan gusanos adultos viables. El *Strongyloides stercoralis* tiene la capacidad de mantener un ciclo autoinfectivo, por lo que puede sobrevivir

años después de que la persona infectada haya abandonado el trópico y producir un síndrome de hiperinfestación en inmunodeprimidos. En los niños que provengan de zonas endémicas de *Strongyloides stercoralis* que vayan a ser sometidos a tratamiento inmunosupresor o con corticoides, debe buscarse específicamente este patógeno. Si el estudio fuera negativo, aun así podría tratarse empíricamente al paciente ya que el patógeno puede reactivarse incluso muchos años después de abandonar la zona endémica.

Los parásitos más frecuentemente encontrados son *Trichuris trichiura*, *Ascariis lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinarias*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis* y *Esquistosoma* (por este orden de frecuencia).

Filariosis

Ninguna de las filarias son transmisibles en España, porque no existen las condiciones ambientales adecuadas ni los insectos vectores apropiados. Son de escasa mortalidad en los inmigrantes y de nula repercusión en la comunidad de acogida.

Las filarias hemolinfáticas producen cuadros de elefantiasis. Son *Wuchereria bancrofti* (distribuida por África, Asia, Pacífico y América Latina), y *Brugia malayi*

(distribuida en el sudeste de Asia). Se transmiten por picadura de un mosquito vector. Las microfilarias suelen detectarse en la sangre del paciente a los 8-12 meses de la infección. La vida media del adulto es de 8 años, pero la sintomatología, linfangitis, puede persistir hasta 20 años después de abandonar la zona endémica y algunas secuelas son irreversibles. La clínica inicial es de linfangitis, orquitis, funiculitis y epididimitis, de curso recidivante y se acompaña de fiebre y eosinofilia. Con el tiempo se desarrollará un linfedema de extremidades y escroto y un 1% desarrollará una elefantiasis grave con discapacidad permanente importante.

Las filarias sanguíneas son *Loa Loa* (distribuida en África Central y del Oeste), *Mansonella perstans*, (distribuida en África tropical) y *Mansonella ozzardi*, (distribuida en América del Sur). Se transmiten por la picadura de dípteros vectores. El período de incubación suele ser de un año. Los nematodos adultos sobreviven durante más de diez años en el ser humano. *Loa Loa*, causa edemas de Calabar, que es una tumefacción transitoria, dolorosa y pruriginosa de cara o extremidades y conjuntivitis al pasar por el ojo. *Mansonella perstans* y *Mansonella Ozzardi*, causan poca sintomatología y se acompañan de una intensa eosinofilia en sangre periférica.

La filaria cutánea primordial es la *Onchocerca volvulus*, distribuida en África Occidental y Central, con focos en América del Sur y Centroamérica y en Yemen y Arabia Saudí. Se transmite por la picadura de una mosca vector, el período de incubación es de un año. Las microfilarias viven durante 2-3 años y los helmintos adultos hasta 10-15 años. Las infestaciones sintomáticas solo ocurren en personas que hayan vivido durante muchos años en zonas endémicas, expuestos repetidamente. La sintomatología predominante es la cutánea, con aparición de nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel. En las zonas de la sabana africana producen, con más frecuencia que en otras zonas, afectación ocular, con queratitis, coriorretinitis y neuritis óptica que conducen a la ceguera de forma irreversible.

Paludismo

Enfermedad distribuida por más de cien países del trópico y subtropical. La zona de mayor distribución es el África subsahariana.

El hombre es el único reservorio y la transmisión se realiza por la picadura de la hembra de un mosquito vector, *anopheles*, debiendo existir unas condiciones climáticas adecuadas y una

especificidad del binomio agente infeccioso-vector para que sea posible una transmisión a escala local. La posibilidad de que esto se produzca en España a raíz de un caso importado es remota. También puede ser transmitida por transfusión, al compartir jeringuillas o de madre a hijo por vía placentaria. El período de incubación suele ser de 10-30 días. La supervivencia del parásito en el ser humano es de 1-2 años para el *Plasmodium falciparum*, de 3-4 años para el *P. vivax*, de 4-5 años para el *P. ovale* y de muchos años para el *P. malariae*.

Es obligado pensar en ello ante toda crisis febril sin foco aparente, mayoritariamente si se acompaña de anemia u otras complicaciones.

Escabiosis

Producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, subespecie *hominis*. El hombre es la fuente de infección y la transmisión se produce por contacto personal estrecho. Tiene una incidencia mundial con ciclos que pueden durar hasta 15-30 años y es endémica en muchos países. Sobre todo se produce en inmigrantes que viven en condiciones de hacinamiento.

Otras enfermedades parasitarias

La Neurocisticercosis es una de las

causas más importantes de epilepsia en el niño inmigrante. La Leishmaniasis puede causar lesiones cutáneas y cuadros viscerales. La Tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, es importante descartarla en los donantes de sangre, porque puede ser transmitida por una persona asintomática, incluso décadas después de estar residiendo en zona no endémica. La Toxocarosis produce cuadros de larva migratoria visceral con sintomatología respiratoria asociada a eosinofilia.

Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen

Aquí se incluirán enfermedades propias de determinados países.

Anemias hemolíticas

Déficit de G-6-PDH y hemoglobinopatías. Existe una alta prevalencia de hemoglobinopatías de distribución geográfica similar a la malaria.

Deficiencia de lactasa

Se encuentra en más del 80% de los nativos australianos, americanos, del África tropical y del Este y sudeste de Asia. También es muy prevalente en los afroamericanos. Debido a algunas tradiciones culturales de determinados países los matrimonios entre familiares son

frecuentes, ocasionando una alta prevalencia de malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias.

Enfermedades no diagnosticadas o tratadas previamente

Enfermedades carenciales

Retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico-protéica y anemias carenciales, o de otro tipo.

Enfermedades por ausencia de medicina preventiva previa

Caries dental, enfermedades vacunables, defectos sensoriales, defectos del aparato locomotor, anomalías congénitas y enfermedades crónicas sin diagnosticar.

Enfermedades mentales

Ansiedad, depresión...

Anamnesis

Antes de iniciar el apartado de anamnesis es fundamental insistir en el hecho de que dada la complejidad del paciente inmigrante por su problemática socioeconómica, cultural y sanitaria es prioritario abrir una historia clínica a todos estos pacientes. El hecho de que este colectivo tenga más movilidad geográfica y sean más frequentadores de los servicios de urgencias no exime de la necesidad de

que, como todos nuestros pacientes, tengan su historia clínica.

Con los cambios de Centro o de Área sanitaria se prestará especial atención para asegurar que se envían las historias clínicas de unos Centros de Salud a otros con agilidad. Se entregará un documento donde se refleje el estado vacunal actual, Mantoux y toda aquella información que consideremos importante para el paciente.

Algunos aspectos básicos a recordar en el proceso de anamnesis son los siguientes:

Antecedentes familiares

Anemias hemolíticas y déficit de lactasa.

Antecedentes personales

La consulta inicial tras la sospecha de embarazo por parte de la madre puede retrasarse por distintas causas, como el miedo a que la notificación a otras personas pueda suponer un daño para el feto (mujeres de países del norte de África), miedo a perder el trabajo o desconocimiento de la labor de prevención durante el embarazo que se realiza en el país de acogida. Con respeto ante sus creencias, se debe orientar la consulta de medicina de adultos resaltando los beneficios potenciales del control del

embarazo si se conoce una nueva gestación. Desde nuestra posición también se puede hacer una captación para una posterior planificación familiar (más aceptada en población magrebí que latina debido a motivos religiosos).

Conocer si el embarazo fue o no controlado es un dato relevante para valorar el riesgo de transmisión vertical de infecciones de elevada prevalencia en determinadas zonas geográficas y en algunos colectivos de mujeres (hepatitis B en asiáticos y África subsahariana, HIV en África subsahariana, sífilis, malaria).

Enfermedades previas

Enfermedades febriles, diarrea, vómitos. Si ha precisado tratamiento parental (inyecciones intramusculares o transfusiones) o profilaxis antimalaria.

Calendario vacunal

Puede que sea un dato que no se aporte ya que la valoración integral del niño inmigrante es algo relativamente nuevo, si bien se observa una tendencia creciente a incluirlo dentro de la documentación que traen desde que se trabaja con estos colectivos. Interesa valorarlo en función de la procedencia, ya que en Latinoamérica las tasas de cobertura vacunal son muy superiores a las de los países del África subsahariana. Además del país de

origen hay que conocer de qué zona viene. Si procede de una región rural, mal comunicada, debe hacernos pensar que las vacunas (donde es preciso mantener la cadena del frío) pueden administrarse con mucha dificultad. Si se plantea duda de la eficacia de la vacunación previa se debe revacunar. Interrogar si se administró BCG. Recordar que la vacunación del meningococo C no está incluida en la vacunación sistemática de la población inmigrante y que se deberá vacunar a todos con ella.

Historia actual

Es fundamental conocer el país de origen, que nos puede orientar hacia enfermedades prevalentes. La ruta migratoria, si ha atravesado otros países que pueden ser zonas endémicas de ciertas enfermedades distintas a las del país de procedencia (por ejemplo provenir de una zona sin malaria y realizar una ruta por África donde la malaria sea hiperendémica). Condiciones del viaje ya que si los traslados se han hecho en condiciones de hacinamiento puede existir transmisión de ciertas enfermedades (tuberculosis y otras infecciones).

Hay que conocer el tiempo de permanencia en nuestro país (cuanto más reciente sea la llegada es más probable que, si desarrollan patologías, se rela-

cione con enfermedades importadas). Valorar características de la situación social, convivencia y vivienda habitual.

Interrogatorio por órganos y aparatos: determinados síntomas pueden ser considerados como normales por estar habituados a ellos (prurito, dolor abdominal, fiebre intermitente, diarrea). Se debe recordar la patología de la zona de la que proceden y si provienen de zona endémica en malaria, considerar que la clínica varía con la edad y que los cuadros febriles típicos se ven en menores de cinco años mientras que los niños mayores, al poseer inmunidad parcial, van a manifestar clínica más leve y atípica. Hay otro tipo de patologías no infecciosas frecuentes en ciertos grupos, como anemias hemolíticas congénitas, raquitismo, hipotiroidismo congénito, fiebre reumática y anemia ferropénica. Evaluar si están bajo tratamiento específico, ante parásitos o quimiopprofilaxis anti-malárica.

Preguntaremos de forma específica la presencia de algunos síntomas como alteraciones en la orina, deposiciones, dolor abdominal, fiebre o cefalea. Se adjunta una orientación diagnóstica en las Tablas III y IV.

El resto de interrogatorio sobre posibles defectos neurosensoriales y rendimiento escolar no diferirá de los que se realizan en el control del niño sano.

Exploración física

En la exploración física de un niño inmigrante, además del contenido habitual, debe considerarse cuáles son los problemas de salud potenciales más frecuentes que pueden encontrarse en dicha población. Por ejemplo, paludismo (niños con cuadros febriles desde el país de origen, incluso los que llevan aquí un año), tuberculosis (niños que viven en ambientes hacinados con síntomas respiratorios), anemias hemolíticas, parasitosis, lepra, hepatitis B, etc.

A continuación se exponen los aspectos más distintivos que deben ser valorados en el niño inmigrante.

Estado nutricional

Es el primer aspecto a valorar. Los niños procedentes de países en vías de desarrollo pueden mostrar signos de déficit nutricional, con frecuencia debido a los hábitos alimenticios del país de origen, la escasez de medios (dietas basadas exclusivamente en cereales y escasa en proteínas), al desconocimiento de las necesidades dietéticas, o a las infecciones de repetición (sobre todo diarreas e infecciones respiratorias). La mejoría del estado nutricional facilita la evolución positiva del aspecto general, cambiando incluso de percentiles en las curvas de crecimiento.

Tabla III. Orientación diagnóstica por signos y/o síntomas

	Coluria	Quiluria	Dolor abdominal	Diarrea	Tos	Asma
Hepatitis	X		X			
Malaria	X			X	X	
Anemia hemolítica	X					
Filariasis		X				
Parasitosis intestinal			X	X		
Tuberculosis					X	
Parasitosis con migración en sangre						X

Tabla IV. Orientación diagnóstica por signos y/o síntomas

	Fiebre recurrente	Cefalea	Astenia	Prurito	Crisis convulsivas	Edema facial	Conjuntivitis
Tuberculosis	X						
Malaria	X	X			X		
Leishmaniasis	X						
Escabiosis				X			
Filariasis cutánea				X			
Neurocisticercosis					X		
Filariasis sanguínea						X	X
Teniasis						X	X

Somatometría

Según el país de procedencia, las curvas de crecimiento serían diferentes. Por tanto, habría que valorar más la velocidad de crecimiento del niño a lo largo del tiempo que los percentiles en las curvas de crecimiento españolas en momentos puntuales.

Piel y tejido subcutáneo

En la piel pueden encontrarse multitud de lesiones y signos:

- Escara de la vacuna de la BCG en la región deltoidea, sobre todo en los niños procedentes de países sudamericanos.
- Palidez, como posible signo de anemia en los niños con paludismo, leishmaniasis, etc. Habría que contar también con la talasemia, la anemia ferropénica y la anemia falciforme. En la raza negra habrá que tener en cuenta la palidez de mucosas como signo de anemia. La inciden-

cia de hemoglobinopatías es muy elevada en África, sobre todo la drepanocitosis (40-50% de la población de África tropical es portadora del gen de la drepanocitosis).

- Presbidermia o envejecimiento prematuro de la piel, en los estados avanzados de oncocercosis, sobre todo en la región glútea y en las extremidades inferiores.
- Lesiones hiper o hipopigmentadas (piel de leopardo), alteraciones de la sensibilidad (hipoestésicas o anestésicas) características de lepra. Las lesiones papulogranulomatosas y lesiones ulceradas en estados de lepra avanzada.
- Buscar lesiones micóticas y de escabiosis.
- En el tejido subcutáneo hay que buscar los nódulos subcutáneos u oncocercomas en los trocánteres, cresta ilíaca, rodilla y parrilla costal; son duros, de hasta cinco centímetros y adheridos a planos profundos. También hay que buscar linfedemas, sobre todo en las extremidades inferiores por las filarias linfáticas.

Adenopatías

Deben buscarse adenopatías en cualquier localización, y especialmente las

postercervicales buscando el signo de Winterbotton, propio de la Tripanosomiasis africana (*T. brucei* y *gambiense*).

Ojos

Debemos tener en cuenta que muchos inmigrantes no han tenido acceso a los sistemas de salud en su país de origen, por lo que muchos de los defectos de agudeza visual pueden estar infradiagnosticados. Así mismo, habrá que estar atentos a las conjuntivitis por *Trichinella spiralis* o por *Clamidyia Tracomatis* y a la coriorretinitis de la Oncocercosis.

Abdomen

Palpación de visceromegalias, hepato y esplenomegalias, a veces de grandes dimensiones (en *leishmaniasis*, paludismo, enfermedad de Chagas, anemias, neoplasias).

Genitales

Detectar los posibles signos de mutilación en niñas procedentes de determinadas etnias. Descartar en las niñas las vaginitis producidas por *Enterobius vermicularis*. Preguntar por orquitis de repetición en niños del África subsahariana, Brasil y la India producidas por Filarias.

Neurológico-psicológico

Hay enfermedades infecciosas que pro-

ducen alteraciones del sistema nervioso central (malaria, enfermedad del sueño, enfermedad de Chagas, sífilis terciaria). En los niños con epilepsia tardía hay que descartar cisticercosis. También se debe atender al estrés psicológico a que han estado sometidos estos niños, que quedaron al cuidado de abuelos o tíos en su país de origen, mientras sus padres emigraban para encontrar un trabajo estable que les permitiera traerlos. Las depresiones son también frecuentes en niños y adolescentes que no se adaptan bien al país que les acoge y echan de menos a veces a las personas que dejaron allí.

Pruebas complementarias

No se pedirán de rutina a todo niño inmigrante, solo se harán si la anamnesis y exploración física nos sugieren la existencia de alguna patología.

Hemograma y bioquímica básica

Ante todo niño con malnutrición, retraso ponderal, palidez, síndrome febril prolongado, recurrente, sin focalidad o sospecha de parasitosis que cursan con eosinofilia.

PPD (Mantoux)

Todos los niños deben ser sometidos a exámenes rutinarios de salud que incluyan la valoración de su riesgo de ex-

posición a la tuberculosis. No está indicada la realización sistemática de Mantoux en niños sin factores de riesgo. Aunque la decisión de realizar esta prueba debe basarse en la epidemiología local (prevalencia de tuberculosis) junto con el asesoramiento de las autoridades regionales sanitarias; en líneas generales el Mantoux debe considerarse en los niños con un mayor riesgo de exposición a tuberculosis y en aquellos en los que no se disponga de un historial completo o fiable sobre los factores de riesgo. Los factores de riesgo que indican la realización de Mantoux son:

- Inmigrantes con menos de cinco años de estancia en nuestro país, y procedentes de zonas de alta prevalencia de tuberculosis: Latinoamérica (Perú, República Dominicana, Bolivia, Ecuador), África (Marruecos, Nigeria, Guinea Ecuatorial), Asia (China, Filipinas) y Europa (Rumania, Rusia).
- Contactos con personas con tuberculosis confirmada o sospechada.
- Contactos con personas que hayan estado en instituciones penitenciarias en los últimos cinco años.
- Condiciones de vivienda, con elevado índice de hacinamiento.
- Niños con hallazgos radiológicos o

clínicos (tos persistente, síndrome febril prolongado) que sugieran tuberculosis.

- Niños que están infectados por VIH o que conviven con personas infectadas por VIH.

Coprocultivo y parásitos en heces

En niño con diarrea prolongada o crónica y si existe eosinofilia o asma.

Serología hepatitis B y C

En todos los inmigrantes del África subsahariana.

Serología VIH

En función de la historia clínica, la existencia de factores de riesgo y sobre todo en inmigrantes procedentes del África subsahariana.

Anexo 1

Aspectos socioculturales de interés

Cuando se plantea la atención sanitaria a los niños de origen extranjero es preciso considerar las distintas procedencias geográficas y su propio contexto sociocultural. Aunque hay diferencias individuales, existen una serie de componentes culturales (lenguaje, religión, estructura familiar, tradiciones...) que van a influir de manera importante en la relación que mantengamos con nuestros pacientes y sus familias.

En este anexo se describen aspectos sobre el embarazo, parto, puerperio, cuidados de los niños, costumbres y creencias relacionadas con la salud, con la intención de favorecer un acercamiento y una mejor comprensión de los pacientes procedentes de otras culturas.

Presentamos un cuadro en el que distinguimos según la procedencia geográfica al grupo latinoamericano (el más frecuente en nuestro entorno), el de origen magrebí, el procedente del África subsahariana y por último el de origen asiático.

Población de Latinoamérica (Continúa)	
Salud reproductiva y sexual	<p>En la cultura latinoamericana no hay costumbre del uso de anticonceptivos por la idea de que su uso tiene que ver con "ser fácil" en un marco cultural de relación machista. El aborto está prohibido (influencia de la religión católica). Sucede lo mismo con los anticonceptivos.</p> <p>Para facilitar el seguimiento de los controles no deberíamos ser tan directos en las preguntas. Facilita la relación entre profesionales y ciudadanos el uso de preguntas abiertas, para evitar que no se cumplan las recomendaciones de periodicidad de las visitas. No culpabilizar a la mujer por no haber acudido hasta ese momento.</p>
Alimentación e higiene	<p>Por lo general, en los países de Latinoamérica se utiliza la onza como medida de volumen, lo cual tendrá una especial importancia a la hora de explicarles las proporciones entre el agua y el polvo de la leche de los biberones.</p> <p>Se recomendará 1 cacito raso de polvo por cada onza de agua, ya que 1 onza equivale aproximadamente a 30 ml.</p> <p>Debemos resaltar la importancia de las edades a las que hay que introducir a los niños alimentos nuevos. En muchos países se dan ciertos alimentos a edades demasiado tempranas, incluso recomendándose de una manera oficial en las cartillas infantiles de los organismos sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none">– En Colombia, la cronología de dicha introducción es: jugos de frutas a los 3 meses; verduras y cereales con gluten y pan entre 4 y 5 meses; huevo entero a los 5 meses y cualquier tipo de alimento a partir de los 7 meses.– En Ecuador, se ofrecen las espinacas a los 6 meses.

Población de Latinoamérica (Continuación)	
	<ul style="list-style-type: none">- El uso de margarina es habitual en Perú. Habrá que informar de la conveniencia de usar preferentemente el aceite de oliva y de los riesgos de otros aceites (aceites de palma y coco).- Hay que desaconsejar el uso de la sal aunque sea yodada, la cual se recomienda añadir a las comidas de los niños en Bolivia. <p>Debemos recalcar la importancia de no dar ningún medicamento o vitamina que no haya sido aconsejado por su pediatra o enfermera/o, así como informar de que una alimentación equilibrada aporta a su hijo la cantidad suficiente de vitaminas y minerales:</p> <ul style="list-style-type: none">- En Bolivia, se da rutinariamente a los niños vitamina A durante el primer año y aportes de hierro de los 6 meses hasta los 3 años. <p>Estos niños reciben con frecuencia una alimentación lactofarinácea y permisiva en dulces, lo cual deberíamos desaconsejar, ya que produce con gran frecuencia problemas carenciales, caries y obesidad.</p> <p>La "quinoa", para hacer papillas, en Latinoamérica se introduce a los 6 meses. Se trataría de acordar su retraso hasta los 8 meses (ni el calendario de allí, ni el de aquí, sino una posición intermedia). El puré de verduras que allí se introduce a los 4 meses, también debe retrasarse.</p>
Costumbres, actitudes y creencias	<p>Este colectivo, el más numeroso en nuestro área, valora la simpatía en el trato, la actitud positiva, la relación personalizada (<i>mostrar interés por otros aspectos de su vida</i>) y el respeto (<i>empleo de saludos y lenguaje formal</i>). Otros aspectos que se deben tener en cuenta son la importancia que se le da a la familia y a veces un cierto sentido fatalista.</p> <p>El tipo de lenguaje a utilizar, así como las preguntas, deben tener en cuenta los distintos significados de algunas palabras en Latinoamérica y España. Así, debe considerarse que pueden utilizar expresiones diferentes a las nuestras para determinadas afecciones ("<i>no estar enferma</i>" por <i>no tener la regla</i>), para solicitar tratamientos ("<i>desparasitar</i>"). Se debe intentar aclarar si lo que nosotros asimilamos es lo que nos han querido transmitir (<i>lo que me quiere decir es que...</i>) y por otra parte si los pacientes han comprendido nuestro mensaje. Conviene que utilicemos más preguntas abiertas que cerradas. Todo esto puede influir en un peor entendimiento mutuo.</p> <p>Creencias populares de los padres que pueden influir en los cuidados de los niños como puede ser mal cumplimiento del calendario vacunal, inadecuada vestimenta y remedios caseros (instilar gotas de limón o leche para las conjuntivitis), o estos otros:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Empacho</i> por saliva o alimento al que atribuyen vómitos, diarrea y dolor de estómago. Algunos de los tratamientos pueden ser nocivos por su contenido en hierbas con efecto psicoactivo o en plomo (<i>greta, azarcón o albayalde</i>).- <i>Mal de mollera</i> (fontanela deprimida), al intentar corregirlo pueden provocar un síndrome de niño zarandeado. Puede omitir el diagnóstico de una deshidratación.- <i>Mal de ojo</i> al que atribuyen fiebre, llanto, diarrea y vómitos. <p>En lo que se refiere a los padres latinoamericanos, estos pueden perder los roles que tenían en su país, ya que la mujer es la que encuentra más fácil y frecuentemente trabajo. Se producen problemas de pareja, depresión en los varones...</p> <p>La consanguinidad no está bien vista.</p>

(Continúa)

Población de Magreb (Continuación)	
Salud reproductiva y sexual Embarazo, parto y puerperio	<p>En el caso de la población magrebí rural, no hay costumbre de atención por profesionales masculinos. También hay una dificultad inicial para hablar del cuerpo. En lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos, en la cultura magrebí, sí está permitido su uso dentro del matrimonio. No hay problema religioso. Conviene hacer un trabajo de promoción de acceso a los mismos.</p> <p>Respecto a las costumbres del primer año de vida, en el caso del varón se realiza la circuncisión a partir de los 7 días de edad. En el caso de las niñas, la mutilación genital femenina (también denominada circuncisión femenina) no se practica en la mayoría de los países musulmanes salvo en el África subsahariana.</p> <p>La religión islámica aconseja la lactancia materna por lo que puede encontrarse cierto rechazo si se aconseja el destete por razones médicas.</p>
Alimentación	<p>No existe una introducción de alimentos específica, aunque se le pueden ofrecer de forma precoz "pruebas" de las comidas familiares.</p>
Cuidados generales	<p>Son aceptadas las vacunas y transfusiones. En lo que se refiere a la vacunación, durante el Ramadán los que ayunan no acudirán a vacunarse en este tiempo, por tanto hay que preguntar si hacen el Ramadán, para retrasar la vacuna a la puesta de sol, o aplazarla hasta la finalización del mes.</p>
Costumbres, actitudes y creencias	<p>Es el segundo colectivo en nuestro área.</p> <p>La mayoría son musulmanes por lo que hay que conocer las implicaciones de la doctrina del Islam:</p> <ul style="list-style-type: none">- El Ramadán: Es considerado por los musulmanes como un mes de bendición y purificación a través del ayuno y la oración. El ayuno se inicia con el alba y se extiende hasta la puesta de sol. Durante estas horas el musulmán se abstiene de comer, beber, fumar, inyectarse, de realizar actividad sexual, etc. Se trata de una declaración y muestra de respeto hacia la religión. Es importante que se reconozca que es una fiesta y se vive como tal. Aún cuando es en las mismas fechas en todos los países, varía de acuerdo al ciclo lunar de un lugar a otro. Así puede haber una variación de un día, aproximadamente, de un país a otro. Cada año, la Mezquita del país, fija la fecha exacta. El mes de Ramadán comienza el noveno mes del calendario lunar y viene a producirse cada año unos 10 días antes, con una duración entre 29 o 30 días. Todos deben cumplir el Ramadán, salvo niños hasta la pubertad, niñas hasta la aparición de la menstruación, los que están en un viaje largo, aquellos que están enfermos o quienes tienen dispensado su cumplimiento por prescripción médica (embarazo, lactancia, enfermos crónicos...). Puesto que es una fiesta, muchos niños hacen el Ramadán sin que sus padres lo sepan, ya que quieren participar de la comida familiar. Por tanto, conviene averiguar si esto ha sido así, para no culpabilizar a los familiares. En tanto es una muestra de respeto, también algunas mujeres embarazadas como muestra de respeto, sienten que deben llevarlo a cabo; y ya que no se vive el embarazo como una enfermedad, toman finalmente la decisión de cumplir con él. Este periodo de ayuno puede afectar a los tratamientos médicos, por lo tanto con aquellas personas que quieran cum-

(Continúa)

Población de Magreb (Continuación)	
	<p>plir con el Ramadán, aún estando exentos, conviene intentar ajustar las pautas a 2 veces al día (antes del alba y después de la puesta de sol).</p> <p>Los jóvenes provenientes de familias magrebíes están cambiando los roles familiares hacia los occidentales. Es importante reconocer la cultura de origen. En esta cultura y en su país, el varón a los 11-12 años, es ya un adulto, hecho que no sucede aquí. El padre impone la autoridad-norma y la madre transmite los valores.</p> <p>El varón al llegar a la adolescencia suele volver a su país, donde continúa su educación con los abuelos.</p> <p>La consanguinidad en el Magreb no plantea problemas.</p>
Población del África subsahariana	
Salud reproductiva y sexual. Embarazo, parto y puerperio	<p>Se acepta la revisión periódica en el embarazo.</p> <p>Parece que la elección del tipo de lactancia depende de la capacidad económica de los progenitores. La lactancia artificial es más frecuente en las familias con más alto nivel económico.</p>
Alimentación e higiene	<p>La incorporación de alimentos, aunque es progresiva, primero cereales y después frutas, carnes..., es menos rígida que en nuestra sociedad. La duración de la lactancia es variable, de cuatro meses a dos años.</p> <p>Se asocia obesidad a buena salud y a un nivel económico elevado.</p> <p>El baño diario es favorecido por las altas temperaturas de la zona, aunque dependiente de la disponibilidad de aguas.</p> <p>La higiene dental se considera imprescindible. Se utilizan de modo habitual el cepillo y la pasta dental, combinados con blanqueante natural (la ceniza de las hogueras-barbacoas).</p> <p>En los desayunos, suelen tomar arroz frito, pan, buñuelos con azúcar, alimentación de la comida del día anterior. Lo que no toman es leche.</p> <p>Las comidas se realizan en un horario tardío, entre las 16:00 y las 18:00 horas.</p> <p>Toman mucha verdura en salsa, con pescado, carne o pollo.</p> <p>La fruta es de temporada. No se toma en las comidas.</p> <p>Para la limpieza utilizan carburos y sulfatos. La limpieza de las casas se realiza con agua y lejía.</p>
Cuidados generales	<p>La vacunación se acepta. No hay problemas con este tema.</p>
Costumbres, actitudes y creencias	<p>La ablación es practicada en 28 países de África subsahariana. 135 millones de mujeres de todo el mundo la han sufrido y cada año 2 millones corren el riesgo de ser mutiladas. Suele ser practicada en niñas de 4-8 años de edad, realizándose generalmente en su país de origen, aunque cada vez se están detectando más casos realizados en España. A los padres procedentes de dichos países, se les informará de las consecuencias tanto físicas como psicológicas, así como riesgos de</p>

(Continúa)

Población del África subsahariana (Continuación)	
	<p>complicaciones graves, tanto a corto como largo plazo, derivadas de la intervención. Habrá que estar especialmente atentos a este tema en las revisiones próximas a estas edades. Nuestra labor será tanto preventiva, desaconsejando a los padres que realicen esta práctica, como de detección de casos.</p> <p>Forman familias numerosas, en las casas viven una media de siete personas.</p> <p>Medicina alternativa. Emplean remedios caseros para bajar la fiebre: hielo en una toalla aplicada a la cabeza, "hierbas" calentadas a modo de tisanas, bañar al niño sin secarlo o por el contrario arroparlo unos minutos para sudar. Utilizan antitérmicos cuando la fiebre no cede.</p> <p>Ven inconveniente tener que esperar para ver al médico cuando tienen fiebre.</p> <p>El papel de la mujer está fundamentalmente en el hogar, aunque puede llegar a desempeñar un papel fuera de casa. Los matrimonios son precoces (12-13 años). Es fundamental que la mujer tenga hijos.</p>
Población Asiática	
Salud reproductiva y sexual. Embarazo, parto y puerperio	<p>Realizan seguimiento del embarazo por el médico, aunque el número de controles es variable. Como solo permiten tener un hijo, generalmente no se notifica el sexo del niño para evitar abortos selectivos del sexo femenino.</p> <p>Se considera el embarazo una condición <i>hot</i> en la que se evita tomar algunos alimentos (crustáceos). El puerperio es por el contrario una condición <i>cold</i> durante el cual la mujer guarda reposo en cama entre 30 o 40 días para recuperarse. Durante este período y con el fin de restablecer el equilibrio entre las dos condiciones (<i>hot</i> y <i>cold</i>) se evita la exposición a alimentos y bebidas frías, así como el baño o ducha que puedan enfriar a la puérpera.</p> <p>Es frecuente que pregunten en situaciones de enfermedad, si deben introducir cambios en la dieta. Debido a lo frecuente de la intolerancia a la lactosa evitan los lácteos que sustituyen por soja y tofu.</p> <p>Tras el nacimiento permanecen un mes sin salir de casa. Durante este tiempo son auxiliadas por la familia y el marido (tareas de la casa, sacar al niño de paseo...).</p> <p>La lactancia materna suele ser prolongada (año y medio a veces), y en general la toma se realiza a demanda (cuando llora el niño). El biberón y las papillas a partir de polvo de arroz con un poco de leche se introducen progresivamente desde los dos meses. Ante situaciones en las que es preciso realizar aportes de leche extra, independientemente de la leche materna, se introduce la leche de vaca muy precozmente, en vez de recurrir a fórmulas adaptadas.</p> <p>La sexualidad es un tema tabú entre padres e hijos. Ahora bien, aceptan los métodos anticonceptivos y no tienen prejuicio por ninguno en particular (aunque en algunas ocasiones si algún anticonceptivo es rechazado, éste es el preservativo).</p>
Alimentación e higiene	<p>La incorporación de nuevos alimentos presenta variaciones respecto a nuestras pautas: a partir de los dos meses se introducen los zumos de frutas; también a los</p>

(Continúa)

Población asiática (Continuación)	
	<p>dos o tres meses se introduce el huevo escalfado. A los cuatro meses, el pescado primero y luego la carne. A partir del año están introducidos todos los alimentos. En esta cultura se da mucha importancia a la alimentación, donde consideran que debe mantenerse un balance equilibrado entre los alimentos que poseen energía positiva (<i>yang, hot food</i> o alimentos calientes) y aquellos con energía negativa (<i>yin, cold food</i> o alimentos fríos). Hay alimentos que se consideran <i>hot</i> (proteínas) y otros <i>cold</i> (fruta, vegetales y pescado). En determinadas condiciones evitarán o comerán más alimentos de un grupo u otro para equilibrar este balance. Esto podría producir en nuestro medio, carencias nutricionales. Realizan baño diario. También tienen una buena higiene dental.</p>
Cuidados generales	<p>Aceptan ir a las revisiones de salud. Conceden gran importancia a la vacunación. En cuanto a la administración de medicamentos, la vía parenteral parece la más aceptada frente a otras por su rapidez, sin embargo son muy reticentes a hacerse análisis de sangre.</p>
Costumbres, actitudes y creencias	<p>En nuestra zona los pacientes asiáticos proceden del este asiático (China) y en menor número del sudeste asiático (Filipinas). La mayoría de los chinos proceden del grupo étnico <i>Han</i>. La concepción del sistema de salud es muy diferente al occidental. El modelo salud-enfermedad se define en función de las relaciones de equilibrio/desequilibrio entre distintos elementos corporales y extracorporales. No tienen prejuicios con el sexo del médico. El papel del padre: asume también los cuidados del niño, pero en menor medida que la madre. Si el dominio del español es muy escaso puede ser que le acompañe a la consulta algún allegado (amigo o familiar) que actúe como intérprete. Lo normal es que lo lleve la madre. Parece que los niños hacia los 8 años son enviados al país de origen de la familia como una forma de mantener la cultura y educar al hijo en la misma. Vuelven al país de acogida hacia los 16 años. Los pacientes del sudeste asiático (Filipinas, Indonesia, Camboya, Vietnam), comparten las tradiciones mencionadas previamente. La circuncisión del varón solo se realiza si son musulmanes. Diversos estudios con inmigrantes del sudeste asiático reflejan ciertas particularidades al enfrentarse a la medicina occidental, como la falta de comprensión del tratamiento ante un padecimiento crónico que no produzca síntomas (por ejemplo, hipertensión), el rechazo a ofrecer que el médico informe sobre riesgos (consentimiento informado) o probabilidades de evolución de un proceso, ya que lo entienden como una predicción que les puede determinar. Las disfunciones psicosociales y enfermedades mentales son muy frecuentes en estos colectivos por los antecedentes de experiencias en campos de refugiados y guerras. Por esto y por su distinta concepción de la salud mental, frente a diagnósticos de depresión o estrés posttraumático, ellos lo valoran como síntomas de pérdida del alma y buscan el remedio a través de sanadores.</p>

(Continúa)

Población asiática (Continuación)

Pueden observarse prácticas terapéuticas susceptibles de catalogarse erróneamente como maltrato:

– El *coining* consiste en aplicar aceite sobre la espalda o tórax del niño y después rasclarle con el borde de una moneda; se usa para tratar la fiebre y cefalea. No se aplica a los menores de 1 año.

– Otra tradición similar practicada en China es que tras un masaje con agua salada se frota con una cuchara hasta que aparecen las equimosis: *spooning*.

– El *Cao Gio* (*coin rubbing*) es una práctica de dermoabrasión cutánea con la que intentan aliviar síntomas de enfermedades.

Medicina alternativa. En general, recurren a los remedios caseros en dolencias muy banales. Cuando presentan síntomas como fiebre, diarrea..., sobre todo en niños, acuden a urgencias o a su médico de Atención Primaria.

Las prácticas de la medicina tradicional china se extienden a otros países del este y sudeste asiático.

Bibliografía

1. Academia Americana de Pediatría. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas. 25 Edición, 2000.

2. Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediatr* 1993; 82: 484-487.

3. Área 9 Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud. Programa de Atención al Niño: Protocolo de Atención al Inmigrante. Madrid; 2002.

4. Atxotegui J. Migración y psicopatología desde la perspectiva de la A.P. *El Médico*. 1 de marzo de 2002.

5. Barrett B, Shadick K, Schilling R, et al. Hmong/medicine interactions: improving cross-cultural health care. *Fam Med* 1998; 30: 179-84.

6. Barudy J. El Dilema Psicosocial de los Niños Inmigrantes. IV Jornada de Pediatría Extrahospitalaria. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud. *Diario Médico*. Lunes, 26 de marzo de 2001.

7. Carrasco Rodríguez A, Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM. Aplicación de la estrategia de riesgo al Programa Materno-infantil en un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1997; 19: 362-366.

8. Committee on Community Health Services. Health Care for Children of Immigrant Families. *Pediatrics* 1997; 100: 153-156.

9. Davis RE. Cultural health care or child abuse? The Southeast Asian practice of cao gio. *J Am Acad Nurse Pract* 2000; 12: 89-95.

10. Durán E, Cabezas J, Ros M y cols. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 525-528.

11. Ethnomed. Ethnic medicine information from Harborview Medical Center [En línea] [Fecha de acceso 7 de junio de 2003]. URL disponible en <http://ethnomed.org/ethnomed/>

12. Farias Huanqui P. Manual de Atención Primaria a la población inmigrante. Madrid: Aventis Pasteur MSD; 1999.

13. Flores G. Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *J Pediatr* 2000; 136: 14-23.

14. Fumadó V, Pou J, Jiménez R. Malaria importada en la infancia (1993-1998). *An Esp Pediatr* 2000; 52: 305-308.
15. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 187-91.
16. Gavagan T, Brodyaga L. Medical care for immigrants and refugees. *Am Fam Physician* 1998; 57: 1061-8.
17. Grupo de trabajo de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. La atención a la población inmigrante en el Insalud de Madrid: Propuestas de mejora. Madrid: Dirección Territorial del Insalud; junio de 2001.
18. Hedayat KM, Pirzadeh R. Issues in Islamic biomedical ethics: a primer for the Pediatrician. *Pediatrics* 2001; 108: 965-971.
19. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. URL disponible en <http://www.imsersomigracion.upco.es>
20. López-Vélez R. Salud infantil en hijos de personas inmigrantes. Madrid: INSALUD Área 11 de Atención Primaria; 2001.
21. López-Vélez R, Huerga H. Malaria importada en niños. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 303-304.
22. López-Vélez R, Gimeno Feliú L. La migración: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud. *MEDIFAM* 1994; 4: 109-112.
23. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996; 3: 222-228.
24. López Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (y II). FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996; 3: 279-285.
25. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante. *Rev Esp Pediatr* 1998; 54: 149-161.
26. Lora Tamayo G. Extranjeros en la Comunidad de Madrid. Delegación Diocesana de Migraciones-ASTI. Informe 2001.
27. Masvidal I, Aliberch R. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. [En línea][Fecha de acceso 7 de junio de 2003]. URL disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>
28. Médicos del Mundo. Taller de Experiencias Españolas en Atención y Promoción de Salud a Poblaciones Inmigrantes. Barcelona, 22 de febrero de 2001.
29. Nelson. Tratado de Pediatría. Madrid: Ed. McGraw-Hill-Interamericana. Edición 24°.
30. Oliván Gonzalo G. Adopción Internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-140.
31. Orr RD. Treating patients from other cultures. *Am Fam Physician* 1996; 53: 2004-6.
32. Real Rodríguez B, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL. Demografía de la población inmigrante en España [En línea] [Fecha de acceso 7 de junio de 2003]. URL disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/demografia.htm>
33. Roig Carrasco R. Empieza el Ramadán [En línea] [Fecha de acceso 7 de junio de 2003]. URL disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/ramadan.htm>
34. Solas Gaspar O, Silés D. Inmigración y Salud en España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; septiembre de 1997.
35. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Organización y Didáctica Escolar. La respuesta a las necesidades educativas de los hijos de inmigrantes en la Comunidad de Madrid. *Diario El País*. Lunes, 15 de octubre de 2001.
36. University of California. Cross Cultural Resources. [En línea] [Fecha de acceso 7 de junio de 2003]. URL disponible en <http://www.medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/culture.html>

37. Vall Combelles O, García Algar O. Atención al niño inmigrante. Mesa redonda Pediatría social. Bol Pediatr 2001; 41: 325-331.

38. Wolfe MS. Tropical Diseases in immigrants and Internationally Adopted Children. Medical Clinics of North America 1992; 76: 1463-1480.

39. World Health Organization. International Travel and Health: Vaccination requirements and health advice. Geneva, 1999.

40. World Health Organization. Female Genital Mutilation. [En línea] [Fecha de acceso 7 de junio de 2003]. URL disponible en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>

41. Worley CW, Worley KA, Kumar PL. Infectious disease challenges in immigrants from tropical countries. Pediatrics 2000; 106: E3.

