

Artículo de Revisión

Medwave. Año IX, No. 5, Mayo 2009. Open Access, Creative Commons.

Inmigración y salud. Asistencia sanitaria al niño inmigrante

Autora: Adela-Emilia Gómez Ayala⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Universidad de Granada, España

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.05.3923>

Ficha del Artículo

Citación: Gómez AE. Inmigración y salud. Asistencia sanitaria al niño inmigrante. *Medwave* 2009 May;9(5) doi: 10.5867/medwave.2009.05.3923

Fecha de publicación: 1/5/2009

Resumen

Desde hace algunos años, la inmigración de personas procedentes de áreas socioeconómicas deprimidas constituye una realidad en todo el territorio español, lo que requiere mejorar el conocimiento de su estado de salud, así como determinar las prioridades preventivas y asistenciales. Dentro del colectivo de población inmigrante, merecen una especial mención los niños, cuyas principales características y necesidades en materia de salud se analizan en el presente artículo preparado por su autora para Medwave.

Introducción

La emigración es un fenómeno que ha tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad: la guerra, el hambre, los conflictos étnicos y las notables desigualdades en las condiciones de las distintas sociedades, han empujado y siguen haciéndolo, a grandes masas de personas a abandonar sus lugares de nacimiento hacia destinos que le permitan llevar una vida mejor. En cualquier caso, los movimientos migratorios son debidos a motivos económicos y/o de seguridad.

El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es intenso, siendo la media anual superior al 17%. Algunos factores que justifican esta importante llegada de inmigrantes a España son su cercanía a África, sus vínculos culturales con Latinoamérica y las adopciones internacionales. Todo ello conlleva una gran heterogeneidad en el colectivo inmigrante.

En lo referente a las enfermedades que presentan los inmigrantes, pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Enfermedades adquiridas en la comunidad, equiparables a las de la población autóctona, aunque con ciertas peculiaridades en este grupo, dadas las condiciones laborales que soportan y las malas condiciones en las que viven.
- Enfermedades reactivas o de adaptación, pues la migración es un acontecimiento estresante de primera magnitud.
- Enfermedades de base genética, entre las cuales puede citarse a modo de ejemplo, la anemia hemolítica en la población africana.

- Enfermedades infecciosas de alta prevalencia en sus países de origen: tuberculosis, hepatitis vírica, SIDA, entre otras.
- Enfermedades importadas, caracterizadas por su escaso porcentaje y mínima repercusión en la comunidad de acogida.

El colectivo inmigrante en edad pediátrica

Actualmente los niños y los adolescentes representan el 13% de la población inmigrante; al mismo tiempo constituye un importante porcentaje en el colectivo infantil dada la escasa natalidad de la población autóctona.

Según la Academia Americana de Pediatría, el niño inmigrante es aquel que procede de otro país con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional, sin olvidar a los que se desplazan por cortos períodos de tiempo para tratamiento médico, de paso por España o en programas estatales.

A nivel jurídico, los individuos inmigrantes con menos de 18 años tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, estén inscritos o no en el padrón municipal (Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero).

En función de su origen, el colectivo inmigrante más numeroso está representado por el iberoamericano, al que siguen africanos (fundamentalmente marroquíes), europeos no comunitarios (búlgaros, rumanos) y asiáticos. Obviamente se trata de un colectivo muy heterogéneo, por lo que debe dividirse en grupos que presenten unas características muy similares, lo que permite conocer mejor sus necesidades y el tipo de asistencia que

demandan. El colectivo inmigrante en edad pediátrica puede dividirse en los siguientes grupos:

- Niños que residen en España y cuya llegada ha sido fruto de una adopción internacional.
- Niños que proceden de países desarrollados.
- Niños procedentes de países en vías de desarrollo, los cuales conviven con sus familiares, o bien, en centros de acogida españoles.

Actualmente se admite que las patologías más frecuentes en el colectivo inmigrante en edad pediátrica son las mismas que padece el colectivo autóctono de la misma edad. No obstante, los profesionales sanitarios no deben descartar la posibilidad de que presenten patologías importadas u otras ya casi erradicadas en España. Llegados a este punto, conviene tener una idea muy clara: la inmigración no supone un riesgo para la salud del país de acogida. Además, cuando el niño inmigrante lleva en España más de un año, las posibilidades de encontrar enfermedades infrecuentes en nuestro medio, son muy remotas (Fig. 1).

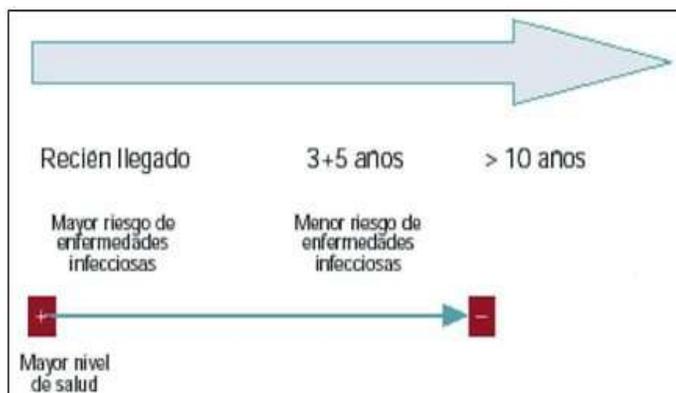


Figura 1. Etapas evolutivas en la salud del inmigrante (1).

Problemática psicológica y socio-cultural del niño inmigrante

En el plano psicológico y socio-cultural, el niño inmigrante tiene que enfrentarse a los siguientes problemas:

- El idioma es el principal problema socio-cultural al que tiene que enfrentarse la población inmigrante no-hispanoparlante, independientemente de su edad.
- Diferencias culturales y religiosas entre su país de origen y el país de acogida, que pueden condicionar el binomio salud-enfermedad, afectando también a otras esferas de la supervivencia; a modo de ejemplo, puede citarse el ayuno del Ramadán (el cual puede conllevar el incumplimiento terapéutico), el rechazo a que el paciente sea explorado por un profesional del sexo contrario. Tales diferencias requieren un proceso de adaptación al país de acogida, proceso este que puede generar cuatro posibles situaciones: marginación, separación, asimilación o integración.
- Dificultades socio-laborales de los padres, caracterizados generalmente por poseer una

formación básica y acceso a trabajos precarios, que en algunos casos impiden la adquisición de medicamentos.

- El duelo migratorio que sufren sus progenitores y que supone aceptar la pérdida de elementos permanentes y estables en su vida (familia, país, cultura); este sentimiento de duelo puede ser transferido a los hijos.

En definitiva, la población pediátrica inmigrante puede presentar elevadas tasas de fracaso escolar, aislamiento (social, cultural, lingüístico), dificultades en el ámbito sociofamiliar y a la hora de entender las normas socio-culturales, así como tendencia a la deculturación.

Problemática sanitaria del niño inmigrante

Antes de profundizar en este tema, conviene recordar los tres grupos en los que puede dividirse la población pediátrica inmigrante, pues su pertenencia a uno u otro, condicionará su problemática sanitaria

- Los niños procedentes de adopciones internacionales, proceden básicamente de Iberoamérica, Asia y Europa del Este; se caracterizan por una larga institucionalización en su país de origen, siendo su estimulación nula o muy escasa. Estos niños viven en el país de acogida en un entorno de pareja, cuyos roles paternos suelen estar muy idealizados, con el consiguiente riesgo para el niño de sobreprotección o pseudo-obsesionamiento en cuanto a su salud por parte de los padres.
- Niños en el seno de familias que emigran desde un país desfavorecido, pero que al llegar al país de acogida, siguen viviendo en las mismas condiciones de marginalidad social. Estos niños arrastran ya una problemática inicial que incluye desnutrición, enfermedades importadas, vacunación incompleta o, incluso, trabajo infantil. A esta situación, hay que añadir toda la problemática sociosanitaria que presentan los niños que viven en los barrios marginales de las grandes urbes.
- El tercer grupo estaría constituido por niños que emigran junto a sus padres por razones económicas, pero que según su procedencia tienen un estado de salud mejor o peor; en este sentido, los niños procedentes del África subsahariana o del sudeste de Asia tienen altas prevalencias de portadores del VIH o del virus de la hepatitis B (no hay que olvidar que provienen de países con sistemas sanitarios muy deficientes), mientras que los que proceden de América latina tienen una salud notablemente mejor que los anteriores (los países latinoamericanos tienen sistemas sanitarios de calidad intermedia, y en general, existe un calendario de vacunaciones para la población infantil).

Una vez hecha esta introducción previa, conviene reflejar las diferentes patologías que se dan con mayor frecuencia en la población inmigrante en edad pediátrica, al margen de su diversificada procedencia. Tales enfermedades incluyen:

- Anemia (ferropénica, drepanocítica, déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa).
- Malnutrición y retraso pondoestatural.
- Parasitaciones.
- Paludismo (Fig. 2).
- Tuberculosis (Fig. 3).
- Hepatitis B (Fig. 4).
- Otras enfermedades: citomegalovirus, VIH, escabiosis, lúes, tiña, infecciones urinarias y respiratorias.
- Trastornos mentales derivados del abandono de su entorno, desarraigo o exclusión social.

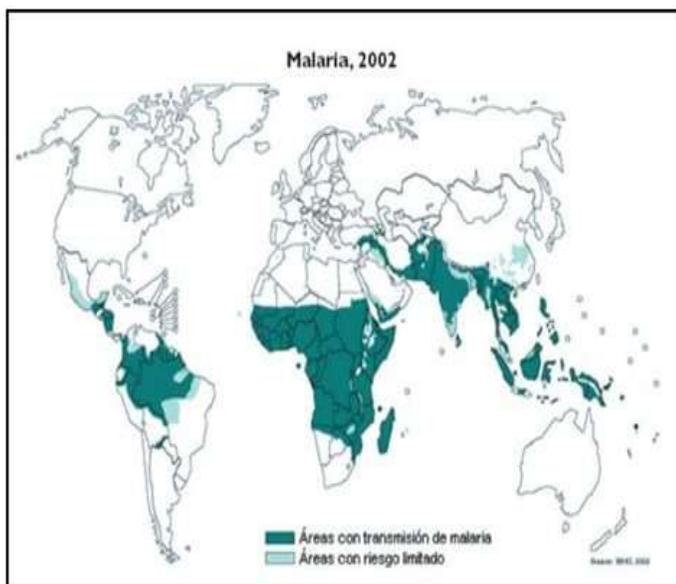


Figura 2. Zona de riesgo de infección de paludismo (1).

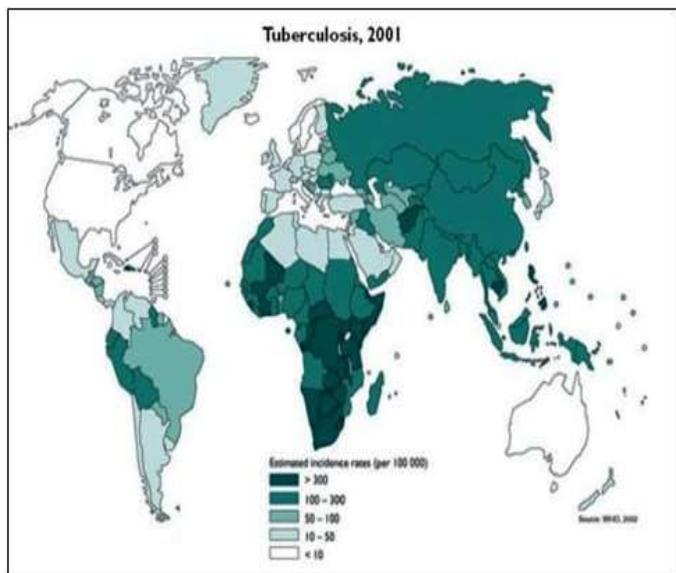


Figura 3. Incidencia mundial en la enfermedad tuberculosa (1).

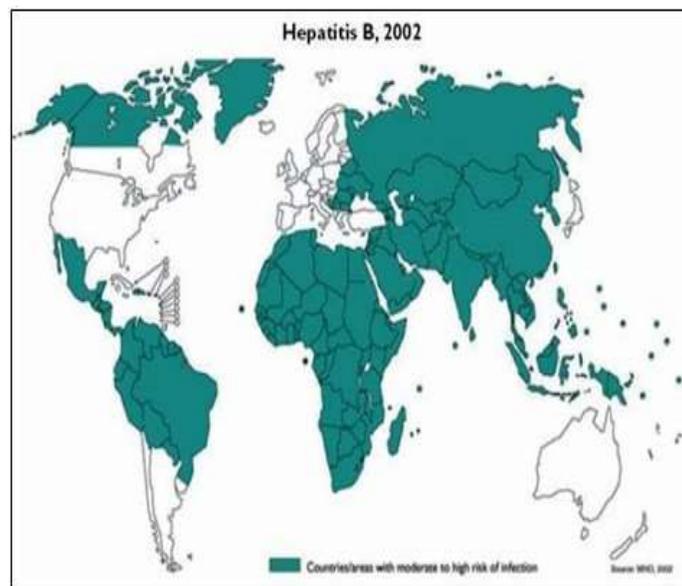


Figura 4. Riesgo de infección mundial por el virus de la hepatitis (1).

Asistencia sanitaria al niño inmigrante

La asistencia sanitaria que se presta al niño inmigrante que ha nacido y vive en España es la siguiente:

- Inclusión en el programa habitual del niño sano.
- Si viaja, por vacaciones u otra razón, a su país de origen, a la ida debe recibir quimioprofilaxis de paludismo y vacunas, mientras que a la vuelta se valorarán los posibles síntomas de paludismo, amebiasis o miasis.

En contraposición, el niño que viene de fuera, debe someterse a la pauta asistencial que se describe seguidamente, preferentemente durante los primeros 15 días de estancia en España. Esta pauta incluye los siguientes puntos.

Anamnesis

La anamnesis, además de los datos de filiación habituales, debe incluir los siguientes:

- Antecedentes familiares, haciendo especial hincapié en la existencia de consanguinidad, anemia hemolítica o déficit de lactasa.
- Antecedentes personales, con especial énfasis en los antecedentes perinatales (control de la gestación, peso y talla al nacimiento, necesidad o no de reanimación), enfermedades previas (procesos febriles o diarreicos, historia de vómito recurrente), convivencia con animales, ruta migratoria, historia de alergias, calendario de vacunas y alimentación, entre otros.
- Enfermedad actual, y especialmente clínica manifestada (prurito, dolor abdominal, diarrea, exantemas, etc.) y tratamiento o prácticas populares realizadas.

Exploración física

La exploración física en los inmigrantes en edad infantil o adolescente puede ser problemática por la inseguridad, ansiedad o vergüenza que los niños o las niñas adolescentes muestran al ser examinadas por una persona del sexo contrario.

En cualquier caso, la exploración física debe incluir valoración del estado nutricional, peso, talla, perímetro craneal (en los menores de 2 años), presión arterial (en los mayores de 6 años), agudeza visual y auditiva, nódulos, cicatriz de BCG, ganglios o visceromegalias y auscultación cardiopulmonar.

Junto a la exploración completa, debe incluirse el despistaje de las enfermedades prevalentes.

Pruebas complementarias

En la actualidad no existe ningún consenso sobre los exámenes complementarios que se deben realizar en la población pediátrica inmigrante asintomática; se admite que las pruebas deben seleccionarse de forma individualizada, teniendo en cuenta factores tales como: país de origen, tiempo transcurrido desde su llegada, datos procedentes de la anamnesis y de la exploración física y factores de riesgo detectados.

Las pruebas a realizar de manera genérica, aunque con ciertas consideraciones, son las siguientes: hemograma con reticulocitos, bioquímica básica e inmunoglobulinas, sedimento y análisis sistemático de orina, Mantoux en vacunados y no vacunados, test de metabolopatías en niños menores de 6 meses.

Criterios de derivación a unidades de pediatría de la inmigración

Tales criterios son los siguientes:

- Estudio y diagnóstico por sospecha de patologías concretas: filarias, esquistosomiasis, etc.
- Fiebre y sospecha de malaria.
- Sintomatología de causa no aclarada: pérdida de peso, tos, diarreas prolongadas, etc.
- Sospecha de tuberculosis.
- Crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Hematuria.
- Linfadenopatías locales o generalizadas y visceromegalias en abdomen.
- Neuropatía sensitiva o motora.
- Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos.
- Anemia o eosinofilia importante de causa no clara.

Vacunación

La vacunación universal ha sido una de las estrategias más efectivas en salud pública, produciendo como resultado una importante disminución en la incidencia de muchas enfermedades infecciosas, e incluso la erradicación de otras como la viruela.

Los objetivos de la OMS según los cuales todo niño debe recibir 3 dosis de la vacuna DTP y antipolio y 1 de sarampión en su primer año de vida, no siempre se han cumplido; en este sentido, en niños inmigrantes se han detectado coberturas vacunales más bajas y no debe olvidarse que los calendarios de vacunación de varios de los países de procedencia de los inmigrantes contienen menos vacunas que las incluidas en los calendarios de los países occidentales y que las coberturas que consiguen suelen ser muy deficitarias, por lo que es preciso completar su calendario de vacunaciones y en caso de duda sobre si ha recibido o no una vacuna, administrársela.

Respecto a los certificados de vacunación que traen los niños inmigrantes de su país de origen, diferentes estudios han demostrado que los certificados procedentes de países americanos, India y Corea son más fiables en comparación con los procedentes de los países de Europa del este, Rusia y China.

De acuerdo con la información de que se disponga sobre el estado vacunal, habrá que elegir una opción u otra:

- Si no hay constancia documental de vacunación, se considerará que el niño no está vacunado, iniciándose por tanto el calendario de vacunaciones en función de la edad (Tabla I).
- La comunicación oral de la vacunación no garantiza la certeza de la administración, ni posibilita conocer el tipo de vacuna administrada. Se aconseja establecer la pauta basándose en la documentación escrita disponible.
- En los niños incompletamente vacunados, sólo debe completarse la vacunación administrando las dosis que faltan (Tabla II).

| EDAD | Meses contados a partir de la primera visita | | | | | | |
|-------------------|---|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|---------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | 12 | 24 |
| < 24 meses | DTP/DTPa (1) VHB (2) Hib (3) Mc (4) VPD (5) TV (5) | | DTP/DTPa VHB Hib Mc VPD | DTP/DTPa VHB Hib Mc VPD | | DTPa Hib VPD | |
| 24 meses - 6 años | DTPa VHB (2) Hib Mc (8) VPD TV | DTPa VHB VPD TV (6) | VPD | | VHB | DTPa (7) VPD (8) | DTPa (8) VPD (10) |
| 7-18 años | VHB (2) Td VPD TV | VHB Td VPD TV (1) | | | VHB | Td (12) VPD | |

Tabla I. Calendario a seguir en el caso de que no exista vacunación previa (2).

DTP (Difteria, tétanos, pertussis) DTPa (Difteria, tétanos, pertussis acelular) VHB (Hepatitis B) Hib (Haemophilus influenzae b)

VPO (Polio oral) VPI (Polio inactivada) Mc (Meningitis C)
TV (Triple vírica: sarampión, rubéola, parotiditis) Td
(Tétanos, difteria adulto)

- Si existen dudas sobre recepción de dosis previas se administrará vacuna acelular de tos ferina.
- Si no se utilizan vacunas combinadas se puede dar en régimen 0, 1 y 6 meses.
- Según la edad de inicio de la vacunación: < 12 meses: 3 dosis; 12-14 meses: 2 dosis; > 15 meses: 1 dosis.
- Según la edad de comienzo de la vacunación: 0-5 meses: 3 dosis; 6-11 meses: 2 dosis; 12 meses-5 años: 1 dosis.
- A partir de los 12-15 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no se contabilizan).
- La segunda dosis se puede administrar en el periodo comprendido entre las 4 semanas posteriores a la recepción de la primera dosis y los 6 años de edad.
- A los 8-12 meses de la segunda dosis.
- A los 12 meses de la tercera dosis o coincidiendo con la de primero de Educación Primaria. Aunque lo recomendable sería administrar un total de 5 dosis, es probable que, aunque los inmigrantes no aporten ningún documento, ya hayan recibido una/s dosis en sus países de origen, por lo que para facilitar la aceptación, se plantea un régimen de 4 dosis con el que pueden quedar bien protegidos frente a las 3 enfermedades.
- Se vacunará hasta la edad que se contemple en las directrices que estén en vigor para cada Comunidad Autónoma.
- A los 12 meses de la cuarta dosis o coincidiendo con la de primero de Educación Primaria.
- La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas 4 semanas desde la recepción de la primera dosis.
- La tercera dosis se puede administrar indistintamente a los 6-12 meses de la segunda. Recuerdos cada 10 años, pudiendo utilizarse para esa vacunación de recuerdo dTpa (difteria, tétanos y tos ferina acelular para adultos).

| | TV | Tétanos/ Difteria | Tos ferina | Hib. | Polio | Hepatitis B | Meningococo C |
|-------------------|-------|----------------------|---------------|---------|-------|-------------|---------------|
| < 24 meses | 1 (1) | 4 | 4 | 1-3 (2) | 4 | 3 | 1-3 (3) |
| 24 meses - 6 años | 2 (1) | 4-5 | 4-5 | 1-3 (2) | 5 | 3 | 1-3 (3) |
| 7-18 años | 2 | 3 | | | 2 | 3 | |

Tabla II. Número de dosis recomendadas para considerar correcta la vacunación (2).

Hib (*Haemophilus influenzae b*) TV (Triple vírica: sarampión, rubéola, parotiditis).

(1) En caso de recepción previa de vacuna antisarampionosa exclusiva por encima de los 12 meses de vida, se administrará una dosis de TV alrededor de los 6 años de edad.

(1) Según comienzo de vacunación: < 12 meses: 3-4 dosis; 12-14 meses: 2 dosis; > 15 meses: 1 dosis.

(2) Según edad de comienzo de vacunación: 0-5 meses: 3 dosis; 6-11 meses: 2 dosis; 12 meses-5 años: 1 dosis.

Para consultar los calendarios vacunales, puede recurrirse a las siguientes páginas Webs:

- País de origen:

<http://aepap.org/inmigrante/calendario.htm>

- Países de América latina:

<http://www.guiadevacunacion.com.ar/>

- Comunidades Autónomas del Estado Español:

http://www.aepap.org/pdf/calendarios_esp_2009.pdf

En cualquier caso conviene explicar a los progenitores la importancia de las vacunas, así como la pauta vacunal a seguir con objeto de adaptar su situación inmunológica a la del resto de la población. Especial cuidado merecen vacunas sobre las que no se tiene demasiada experiencia; a modo de ejemplo podrían citarse vacunas como la del *Haemophilus influenzae* tipo b, el Meningococo C o el Neumococo, vacunas éstas que por lo general la población pediátrica inmigrante no ha recibido en su país de origen. Deben fijarse también sucesivas visitas al centro sanitario, vigilando su cumplimiento.

Actividades preventivas y de promoción de la salud

Al considerar las actividades preventivas y de promoción de la salud, hay que tener en cuenta que se está frente a un colectivo con una cultura, y en algunos casos, incluso con una filosofía de vida diferente a la que tiene el profesional sanitario del país de acogida, a lo que hay que unir el desconocimiento del sistema sanitario del citado país.

Ello obliga a mantener una actitud expectante por parte del profesional sanitario, intentando al mismo tiempo indagar en sus costumbres y conductas, con el fin de detectar comportamientos que puedan ser perjudiciales para su salud, o bien, otras actitudes que no supongan riesgo alguno para el paciente pediátrico ni para el resto de la familia, a pesar de que tales comportamientos al sanitario del país de acogida le parezcan cuando menos, raros.

En cualquier caso, el profesional sanitario debe conocer el comportamiento de la población inmigrante en aspectos tan trascendentales para la salud, como los siguientes: embarazo, parto y puerperio; alimentación e higiene; controles sanitarios, cuidados generales y vacunaciones; salud reproductiva y sexual, así como costumbres, actitudes y creencias.

Así pues, es importante que el profesional sanitario se interese por conocer las costumbres y la cultura del colectivo inmigrante, al tiempo que también debe explicarles cómo funciona el sistema sanitario. De esta forma, se contribuirá a favorecer la necesaria integración de la población inmigrante, al tiempo que se estará contribuyendo a incrementar su calidad de vida, en la medida que el trabajo del profesional de la salud, se lo permite.

Obviamente, el farmacéutico comunitario se incluye, junto con el médico y el ATS, en ese grupo de profesionales sanitarios con los que primero contactan los inmigrantes (Fig. 5)

Frases destacadas

1. A nivel jurídico, los individuos inmigrantes con menos de 18 años tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, estén o no inscritos en el padrón municipal.
2. La inmigración no supone un riesgo para la salud del país de acogida.

(1) FUENTE:

<http://www.elmedicointeractivo.com/img/AULA%20898.pdf>

(2) FUENTE:

<http://www.vacunas.net/guia2002/capitulo9.htm#2>

Referencias

1. El medico interactive. Actualización en vacunas Inmunización en grupos de riesgo. ↑ | [Link](#) |
2. Aranzabal M. El niño inmigrante desde el punto de vista sanitario. ↑ | [Link](#) |
3. Bañez J. Vacunaciones en niños de familias inmigrantes. ↑ | [Link](#) |
4. Cortés O. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. ↑ | [Link](#) |
5. Cortés O, Real B, Monton JL. Vacunación en niños inmigrantes. Realidad del niño inmigrante en España. Aspectos generales. ↑ | [Link](#) |
6. Doménech Martínez E, Trujillo Armas R, Pérez Arellano J, García Rojas A, Romero Durán C, Cano Pérez N. Salud del niño inmigrante. Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría 2002; 26 (2-3): 125-127. ↑ | [Link](#) |
7. Vázquez J, Galindo J, Martín MA, Fernández MR. Enfermedades infecciosas e inmigración. El medico interactivo. ↑ | [Link](#) |
8. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Suppl 1:9-25. ↑ | [Link](#) |
9. Junta de Castilla y León. Guía de asistencia sanitaria a los niños procedentes de adopción internacional. Gerencia Regional de Salud, 2004. ↑ | [Link](#) |
10. Fundación para el Estudio de la Infección. Vacunación en situaciones especiales. En: Guía práctica de vacunaciones, 2002. ↑ | [Link](#) |
11. Medina M. Pediatría e inmigración. Plan de atención al niño inmigrante y niño viajero. Boletín de la SPAO 2008; 2 (1): 76-85. ↑ | [Link](#) |
12. Martín A, Martín J. Problemas de salud del niño inmigrante. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León 2006; 46: 367-378. ↑ | [Link](#) |
13. Poch J, Montesdeoca A, Hernández Borges A, Aparicio JL, Herranz M, López Almaraz R, et al. Valoración del niño inmigrante. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Suppl 1:35-47. ↑ | [PubMed](#) |
14. Vall Combelles O, García-Algar O. Inmigración y salud. An Pediatr (Barc). 2004 Jan;60(1):1-2. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.