



ATENCIÓN AL NIÑO INTERNACIONAL

CURSO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA
DE PEDIATRIA 19/20

- INTRODUCCION
- SALUD MENTAL
- ATENCION PRIMARIA
- PATOLOGIA INFECCIOSA
- PATOLOGIA
NO INFECCIOSA

INTRODUCCION. ASPECTOS GENERALES

Dra. Beatriz Tomás Aguirre

Centro de Salud Serrería II

Departamento de Salud Clínico Malvarrosa

1. Migración infantil en la Comunidad Valenciana
2. Acceso a la sanidad de los menores migrantes. Situaciones de vulnerabilidad
3. Situación especial de los MENAs
4. Diversidad en el sistema sanitario. Particularidades culturales

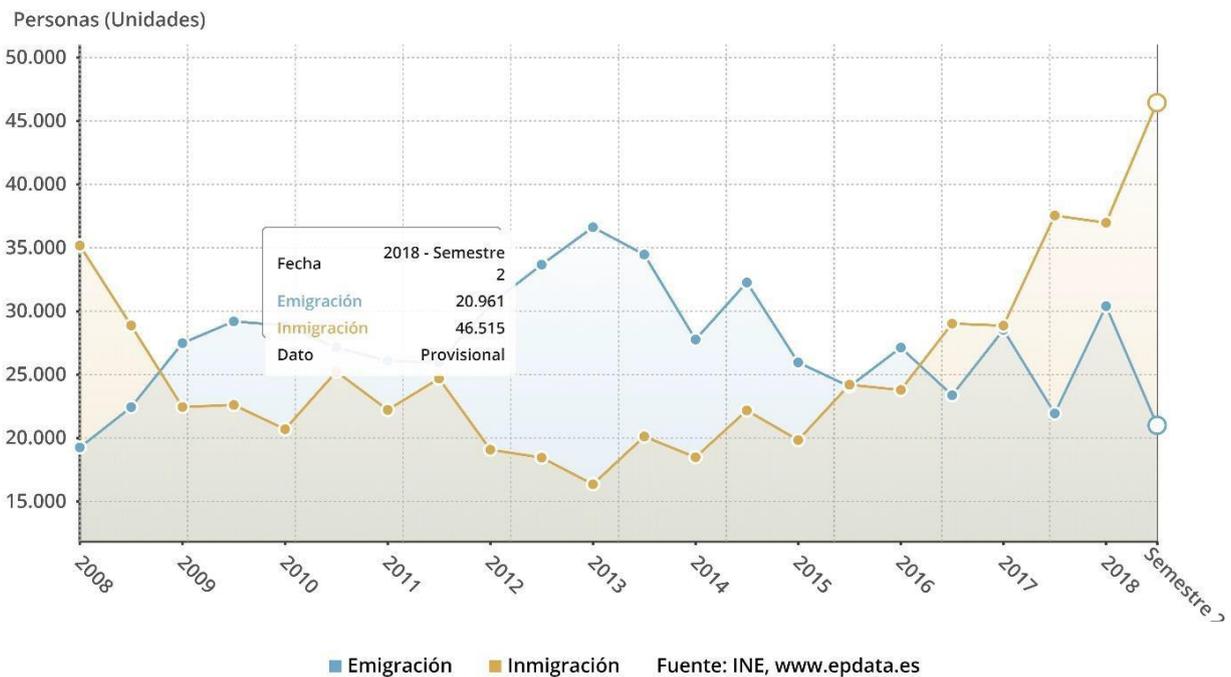


1. MIGRACIÓN INFANTIL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

La Comunitat Valenciana es una de las zonas que más inmigrantes recibe de España. El proceso de inmigración infantil, sea debido a la adopción o al traslado de toda la familia, genera cambios de todo tipo en la sociedad que acoge. Estos cambios, y, sobre todo, la velocidad de los mismos, generan situaciones que requieren mayor formación de los profesionales que están interactuando directamente con ellos. A nivel sanitario, pues, la necesidad de formación continua no sólo es recomendable, sino que se torna indispensable en este nuevo contexto social.

Evolución de la emigración e inmigración en Comunidad Valenciana

De ciudadanos de cualquier nacionalidad



A pesar de que la crisis económica supuso un freno de la inmigración e incluso el retorno de muchas familias, a medida que se va asentando la recuperación económica, la Comunitat Valenciana ha vuelto a convertirse en punto de destino. Como vemos en el gráfico, en el segundo semestre de 2018, llegaron 46.515 personas. Según el INE, el 16% de las personas que han solicitado regularizar su situación son menores de 16 años.

Se ha producido un cambio en el **perfil del inmigrante**. Frente a los ciudadanos de la UE que eran los más abundantes (fundamentalmente Rumanía), en la última década, los **sudamericanos** se han convertido en el principal colectivo, con un cambio también en su distribución. En 2008, según la encuesta del INE, procedían fundamentalmente de Colombia, Ecuador y Argentina. Ha disminuido la entrada de ecuatorianos, pero el principal aumento ha sido de **venezolanos** (más del 3000% desde 2008), situándose por detrás de colombianos (que encabezan el ranking) y británicos. Estos últimos suelen ser personas de edad avanzada que buscan un lugar de clima más apacible que el de las islas. Su presencia es muy elevada en localidades de comarcas como las Marinas, el Vinalopó y la Vega Baja.

La entrada de africanos se ha ralentizado (cayendo fundamentalmente la llegada de marroquíes), aumentando la llegada de inmigrantes procedentes de **países asiáticos** (un 18,7% más que hace una década). El colectivo principal en la Comunitat Valenciana es el de los pakistaníes, que supera a los chinos. El ritmo de entrada se mantiene en un alza constante durante los últimos años. En cambio, la llegada de chinos ha experimentado una ralentización. También se ha detectado un alza en el caso de los inmigrantes indios que desde 2017 se han incrementado en 82%.

En 2016, según el IDH de la UV, había 39.674 niños menores de 14 años de procedencia extranjera en la CV, lo que supone el 5.13% de la población general. La distribución que se recoge en la siguiente tabla:

	Niños	% del total de población	Niñas	% del total de población	Total	% del total de población
0 a 4 años	2.827	0,37	2.610	0,34	5.437	0.71
5 a 9 años	6.286	0,81	6.019	0,78	12.305	1.59
10 a 14 años	10.989	1,42	10.943	1,41	21.932	2.83
TOTAL	20.102	2.6	19.572	2.53	39.674	5.13

Un fenómeno también muy importante para la atención pediátrica es el **nacimiento de niños de madre extranjera** que ha aumentado desde el 2.2% de los nacimientos en 1996, hasta el 19% en 2015, con un total de 8.244 nacimientos

Para hacernos una idea de la importancia de la población infantil dentro del total de la población extranjera, destacar que el alumnado supone un 12% de la misma. Fundamentalmente de procedencia marroquí (17.679 escolares, el 19.5%) y rumana (15.065, el 16,6%), por lo que uno de cada tres alumnos tiene nacionalidad marroquí o rumana. Con cifras cercanas al 4% se sitúa Ecuador, Reino Unido y China, y con valores cercanos al 3% Bulgaria, Colombia, Rusia, Argelia y Ucrania. Fundamentalmente son alumnos de primaria (35.4%), E.S.O (24.7%) e infantil (17.3%).

La población extranjera es **especialmente vulnerable** por diversos motivos:

- La situación de **irregularidad** expone a otras situaciones de riesgo (expulsión, internamiento, abusos, etc.).
- La **falta de empleo**, o el empleo precario impide dar respuesta a necesidades básicas de la familia (higiene, alimentación, etc.,) condicionando también la interacción social (colegio...)
- La **disminución del estatus** en el lugar de acogida, junto con las frustración de las expectativas previas a la salida, que deriva también en una pérdida de estatus en el lugar de origen, dificultando el retorno.
- **Concentración** en determinados espacios con viviendas baratas, pero con peores condiciones de salubridad.
- Falta de acceso a conocimientos de los **cambios normativos** que les afectan o el proceso de obtención de la nacionalidad, que puede llevar a las personas inmigrantes a tener que invertir parte de sus recursos en ello. La falta de consulados (el de Rumanía, por ejemplo, sólo está en Castellón, el de Pakistán en Barcelona, etc...) hace que deban desplazarse, lo que retrasa la regularización
- La **falta de competencia lingüística** es destacada como un problema serio en el interior de la comunidad musulmana y, especialmente, entre las mujeres. Combinada con las cargas familiares, la escasez de tiempo y de recursos para formarse y una situación frecuente de precariedad laboral y económica, la falta de manejo del idioma se convierte en un obstáculo de primer orden, lo que comprobamos diariamente.
- La tramitación de los documentos y certificados se convierte casi en “**misión imposible**”: la brecha digital y analfabetismo funcional para poder realizar las solicitudes de documentos y los trámites administrativos, las dificultades en el seguimiento de los trámites y retraso en la respuesta por parte de las administraciones rumanas, el reducido periodo de validez de la documentación lo que, en ocasiones, obliga a repetir trámites y las dificultades administrativas relacionadas con la situación de exclusión (documentos de identidad caducados, cambios frecuentes de domicilio, etc.). Toda esta falta de documentos que acrediten la situación de los pacientes impide la asignación de facultativos, la derivación a especialistas o la realización de pruebas.

2. ACCESO A LA SANIDAD DE LOS MENORES MIGRANTES. SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

En los niños, estos problemas comunes a la población migrante, se agravan con circunstancias propias:

- Los niños no han desarrollado las capacidades del adulto
- De los cuidados que reciban depende su desarrollo futuro en todos los aspectos
- Las **secuelas** de sus enfermedades pueden tener mayor alcance por la tendencia a la generalización
- El desconocimiento de “las reglas del juego” y los problemas legales
- La **pobreza** que afecta, como en los niños nacionales, con familias desestructuradas e inestables
- La migración supone estrés familiar y ruptura de la unidad familiar. Además, supone la falta de apoyo de la familia extensa
- El trabajo precario supone una reducción del **tiempo dedicado a los niños**
- Las niñas, además ven agravadas el resto de circunstancias: mayor riesgo de abandono escolar, explotación laboral y familiar (Cuidado de los hermanos pequeños) e incluso sexual con agresiones y embarazos no deseados
- La **discapacidad** va a venir agravada por todos los condicionantes previos, por lo que el desarrollo de los niños con discapacidad va a verse seriamente comprometido en el caso de los niños migrantes. Pese a ello, la diferencia con la situación en los países de origen sigue movilizando a las familias de los niños con discapacidad a emprender la ruta migratoria.



El Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana establece los requisitos que permiten acceder a las prestaciones sanitarias a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y que puedan acreditar una residencia efectiva mínima previa de al menos tres meses en la Comunitat Valenciana.

Los beneficiarios disponen de un **documento de asistencia sanitaria SIP**, con validez únicamente en la Comunitat, y tienen acceso a la cartera común básica de servicios en igualdad de condiciones y calidad que el resto de usuarios. El número de personas registradas en este sistema supera ligeramente los cinco millones (5.022.662) de los cuales casi setecientos mil (697.894) son extranjeros, prácticamente el 14%.

Los menores son sujetos reconocidos como de especial vulnerabilidad, por lo que su asistencia debe estar garantizada. Sin embargo, la situación de irregularidad de sus padres, puede poner en riesgo esta circunstancia.

El “niño migrante” presenta algunas **diferencias** con el “niño nacional”

- La etnia y el ambiente condicionan patrones de desarrollo distintos: El estudio de la OMS que generó las tablas únicas de referencia somatométrica demostró que el desarrollo pondoestatural depende sobretodo del ambiente.
- Pueden presentar enfermedades importadas que no sabemos tratar adecuadamente
- Sus familias pueden tener hábitos culturales insalubres según las costumbres del país de acogida
- Muchos de ellos proceden de ámbitos de pobreza o de ámbitos de marginalidad que no abandonan al llegar al país de acogida: sus problemas se igualan a los de los “niños nacionales”
- Pueden surgir problemas de salud mental por el desarraigo y la disgregación familiar



En este sentido se deben establecer **políticas y acciones concretas**:

- Facilitar el acceso efectivo a la atención sanitaria (ej: que a las chicas las pueda atender UNA pediatra si es posible)
- Mediadores culturales más que interpretes
- Seguimiento más cercano, en colaboración con servicios sociales: niños adoptados o niños que no son llevados a las revisiones de alud por razón culturales
- Formación de los profesionales de las áreas más afectadas
- Recursos materiales necesarios

3. SITUACIÓN ESPECIAL DE LOS REFUGIADOS Y MENAs

En el ámbito específico de la atención a los refugiados, toda la gestión del procedimiento se encuentra centralizada en la Administración central, que ha trasladado el encargo de ofrecer recursos de atención a esta población a varias entidades sociales con capacidad para actuar en todo el territorio nacional.

El **proceso de acogida** tiene una **duración delimitada (aproximadamente entre 6 y 9 meses)** que sólo es ampliado cuando existen circunstancias especiales, como es el caso de la presencia de **menores** en la unidad familiar. Sin embargo, no existe un programa de integración posterior o no se dispone de recursos suficientes para ello.

También se relatan casos en los que la persona refugiada no está preparada para abandonar el programa de acogida en el tiempo estipulado, bien porque aún se encuentra en estado de shock, no maneja adecuadamente el idioma, o no ha logrado el acceso al empleo ni a la vivienda.

3.1. Situación particular de los menores extranjeros no acompañados

Los «menores extranjeros no acompañados (MENAs)» han pasado a convertirse en uno de los colectivos más significativos en el sistema de protección de menores. Respecto al perfil de «menores extranjeros no acompañados» en el sistema de protección valenciano en el periodo 2000-2015, se constata un mayor volumen de chicos, procedentes del Magreb, especialmente de Marruecos.

El volumen mayoritario de **chicos** en los procesos migratorios responde a una organización social en las sociedades de origen que establece relaciones de género concretas y asigna roles diferenciados para hombres y mujeres, especialmente cuanto refiere a los candidatos a la emigración. No obstante, **precisa especial atención la vulnerabilidad a la que se exponen las chicas** en los procesos migratorios, muchas veces víctimas de redes de explotación sexual y/o laboral.

La Comunitat Valenciana cuenta, desde el año 2003, con un **protocolo de actuación interinstitucional** para la atención de «menores extranjeros no acompañados» indocumentados o en posesión de una documentación que presente dudas razonables de autenticidad. Este protocolo ordena el procedimiento desde el momento en que un menor de edad es localizado por las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, quien realizará la reseña, pruebas de determinación de la edad en las 24 horas siguientes y se encargará de acompañar al menor al centro de recepción de menores. Una vez constatada la situación de desamparo, la Generalitat, a través del órgano encargado asumirá su tutela.

Respecto a la actuación, el protocolo establecido configura el **sistema policial** como paso previo al acceso al sistema de protección para estos menores. Por lo que refiere a los procesos de determinación de la edad de los menores, cabe señalar que las pruebas practicadas a tal efecto han sido ampliamente denunciadas por diversos sectores e instituciones.

Diferentes organismos recogen **recomendaciones** para adecuar el sistema y los diversos procedimientos de determinación de la edad.



4. DIVERSIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO. PARTICULARIDADES CULTURALES

Varios autores coinciden en los motivos por los que es necesario dirigir una especial atención a la diversidad que se pone de manifiesto en la atención sanitaria a la población inmigrante. En primer lugar, no existe una única **noción de salud**, sino que ésta se encuentra condicionada por factores sociales, económicos y también por la cultura de origen. En este contexto multicultural, los servicios de salud no están adaptados para responder a los diferentes modelos explicativos de la salud y la enfermedad que conlleva la diversidad cultural, y que no son coincidentes con el modelo biomédico imperante en el sistema público, lo que puede provocar un **alejamiento de los servicios** por parte de cierta población extranjera o una menor eficacia de los tratamientos efectuados

En segundo lugar, la **necesaria comunicación** entre médico y paciente está condicionada, no sólo por el manejo del idioma, sino también por la llamada competencia cultural, que, además de parámetros lingüísticos, abarca la comunicación afectiva y la comunicación no verbal; parámetros socioculturales como habilidades, hábitos y creencias; y parámetros relacionados con el contexto social. En ocasiones, se logra establecer **acciones de apoyo entre los servicios de salud y las asociaciones** existentes en el territorio, que aportan voluntarios para el acompañamiento y la traducción. En otros casos, la necesidad de lograr un mínimo entendimiento obliga a los pacientes a acudir a los centros de salud con **acompañantes** que puedan actuar de intérpretes, aunque estos no siempre tengan un perfil adecuado, como en el caso habitual de los **menores de edad que acompañan a sus madres**, en servicios relacionados, por ejemplo, con la salud sexual y reproductiva.

Y, en tercer lugar, la transformación sufrida por el sistema sanitario en las últimas décadas, tanto por su especialización y tecnificación, como por su gestión altamente burocratizada, ha establecido rígidos protocolos de intervención que, si bien tratan de garantizar la calidad asistencial, ofrecen **respuestas uniformadoras** que no toman en cuenta las características y peculiaridades de la población a la que atiende. Además, suponen una gran dificultad para moverse por este **“laberinto burocrático”**.

Los niños de procedencia internacional plantean un **desafío** a la asistencia pediátrica primaria. Para dar una respuesta satisfactoria, se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Tan erróneo es caer en planteamientos paternalistas como autonomistas en la relación asistencial con estos niños.
- Tan erróneo es caer en el etnocentrismo, que desprecia el valor de las otras culturas en la asistencia sanitaria, como el multiculturalismo, que consagra el valor absoluto de cualquier cultura.
- El médico y la enfermera deben mantener una permanente colaboración para asegurar la idónea asistencia sanitaria a estos niños.
- Los niños de procedencia internacional son especialmente vulnerables y su asistencia sanitaria se ha de adaptar a sus necesidades reales.
- La administración pública tiene el deber de proveer los medios que garanticen la asistencia sanitaria idónea para los niños de procedencia internacional:
 - Facilitar el acceso efectivo a la atención sanitaria (ej: que a las chicas las pueda atender UNA pediatra si es posible)
 - Mediadores culturales más que interpretes
 - Seguimiento más cercano, en colaboración con servicios sociales: niños adoptados o niños que no son llevados a las revisiones de salud por razón culturales
 - Formación de los profesionales de las áreas más afectadas
 - Recursos materiales necesarios

En la siguiente tabla recogemos alguna de estas diferencias culturales que pueden condicionar tanto el modo de enfermar como en el de afrontar los cuidados de salud de los niños.



	ASIA	AMERICA	EUROPA DEL ESTE	NORTE DE AFRICA	AFRICA SUBSAHARIANA
EMBARAZO Y PUERPERIO	Seguimiento del embarazo irregular Puerperio: Evitan bebidas y alimentos fríos y el baño o ducha (para evitar "enfriarse")	Mal control, especial riesgo en primíparas. Madres adolescentes	Alcoholismo: SAF En los niños adoptados de orfanatos, se desconoce el control previo (institucionalización)	Dispensa del Ramadán durante el embarazo y lactancia	Revisiones periódicas. Prevención del TARF
ALIMENTACION	Lactancia materna prolongada Cereal: arroz Introducción precoz de leche animal sin adaptar Frecuente intolerancia a la lactosa, por lo que evitan los lácteos Introducción de fruta y huevo a los dos meses y de carne y pescado a los 4. Alta ingesta de filatos (alimentos integrales y leguminosas), lo que puede producir déficit de algunos minerales Deficit de vit D Deficit de Iodo (alt. Función tiroidea) Exceso de plomo	Lactancia materna exclusiva prolongada; hay que suplementar con Fe y Vit D Medida de volumen: onza (=30 ml); en el biberón, una onza de agua por cada medida de leche Dieta con abundantes azúcares, cereales y escasas proteínas Quinoa para hacer papillas a los 6 meses Verduras a los 4 meses Introducción precoz de beikost (comida como la del resto de la familia) Habitual el uso de margarina, aceite de coco y palma En el niño mayor la ingesta es abundante pero de poca calidad nutricional: déficit proteico con peso adecuado o con obesidad	Institucionalización: al ser adoptados presentan avidez y ansiedad por la comida, pero se va normalizando En los emigrantes, la dieta viene más condicionada por la situación socioeconómica. Ojo: exposición a contaminantes ambientales (radiación (Rusia, Ucrania, Bielorrusia) que condicione alt. tiroidea, vertidos de centrales en el Danubio...)	Lactancia materna exclusiva (habrá problema si se ha de contraindicar; no para suplementar) Introducción precoz de leche de vaca y gluten (cuscús) Comida como la del resto de la familia precozmente Los chicos antes de la pubertad y las niñas, antes de la menarquia, están dispensados del Ramadán Frecuente retraso pondoestatural y anemia ferropénica	A mayor poder adquisitivo menor lactancia materna. LM prolongada hasta los 2 años Introducción progresiva del beikost (en función de las posibilidades económicas) Desayuno: arroz frito, pan, buñuelos, sobras del día anterior, sin leche. Comida tardía (16-18 h) con pescado, carne y/o verduras con salsa. Fruta fuera de las comidas La obesidad se percibe como estado de buena salud y prosperidad
HIGIENE	Baño diario Buena higiene dental	Baño diario Buena higiene dental (condicionada por la situación socioeconómica.)	En los emigrantes, viene más condicionada por la situación socioeconómica.		Baño diario Buena higiene dental

	ASIA	AMERICA	EUROPA DEL ESTE	NORTE DE AFRICA	AFRICA SUBSAHARIANA
CONTROLES DE SALUD	Revisiones regulares Valoran la vacunación	Administración rutinaria de vit A durante el primer año de vida		No suelen acudir a controles y vacunación	
TRADICIONES Y COSTUMBRES	China y Sudeste: envían los niños a China a los 8 años regresando a los 16 para mantener la cultura Circuncisión: musulmanes Sudeste: Problemas de comprensión de la medicina occidental y de adhesión al tto. Rechazan los comentarios sobre la evolución por considerarlos predicciones. La plagiocefalia es considerada como positiva, indica que el niño es obediente. Distinta concepción de la enfermedad mental	El trabajo inestable de los padres hace que pasen mucho tiempo solos en casa: - Aumento de accidentes domésticos. - Ansiedad, depresión - Conductas adictivas - Bandas - Embarazos no deseados - Malos tratos	Institucionalización	Circuncisión: musulmanes (a partir del 7º día de vida) Escasa escolarización Diferencias en el trato por género. El varón es considerado adulto a los 11-12 años Ramadán: exentos los niños hasta la pubertad y las niñas hasta la menarquia Ajustar la medicación según el periodo de ayuno en niños mayores	Familias numerosas con 6-7 habitantes por casa Matrimonios precoces (12-13 años) Consanguineidad Ablación en 28 países (se han detectado casos en España, aunque está prohibido)
MEDICINA ALTERNATIVA	Remedios caseros en dolencias banales. Para fiebre, diarrea o vómitos van a urgencias "Coining": aceite en la espalda y rascado con una moneda; para fiebre y cealea "Cao Gio": dermoabrasión para aliviar síntomas "Spoonng": frotar con una cuchara hasta conseguir equimosis tras un masaje con agua salada	Remedios caseros: "té".			Remedios caseros para la fiebre antes de usar antitérmicos.

BIBLIOGRAFIA

- Guía de Actuación para la atención sanitaria del niño internacional. Consellería de Sanitat. GVA 2012 (anexo)
- Fichas resumen. La atención sanitaria al niño internacional. Conselleria de Sanitat. GVA. 2012. <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1693-2012.pdf>
- Mora Castro,A. et al. INFORME JURÍDICO-SOCIAL SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS INMIGRANTES EN LA COMUNITAT VALENCIANA 2018. Instituto de Derechos Humanos. Universitat de València <http://www.idhuv.es/informe-juridico-social-la-situacion-las-personas-inmigrantes-la-comunitat-valenciana/>
- Protocolo de Actuación Interinstitucional para la atención en la Comunitat Valenciana de Menores Extranjeros en situación irregular indocumentados o cuya documentación ofrezca dudas razonables sobre su autenticidad, julio de 2013, <http://ir.uv.es/sYS6bTX>.
- Vázquez Cañete, A.I. (2012). Donde no hay mediación. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 39, 213-232.

ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Beatriz Tomás Aguirre

Centro de Salud Serrería II

Departamento de Salud Clínico Malvarrosa

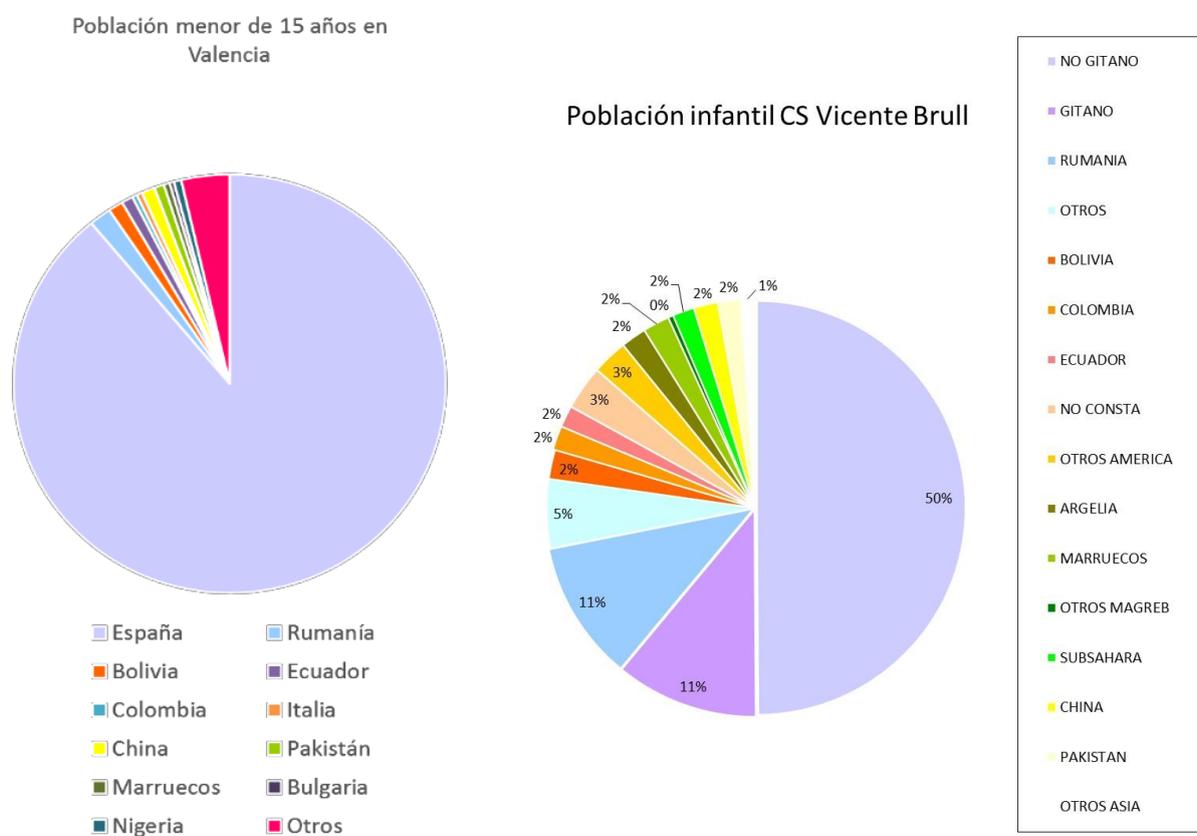
1. Visita exprés (6 minutos)
2. Primera visita. Apertura de Historia
 - 2.1. Anamnesis
 - 2.2. Exploración
 - 2.3. Tratamientos
3. Situaciones especiales
 - 3.1. Derivación hospitalaria
 - 3.2. Adopción internacional
 - 3.3. Niños nacidos en España de origen extranjero
 - 3.4. Refugiados saharauis
4. Atención al niño viajero
 - 4.1. Botiquín
 - 4.2. Vacunación
 - 4.3. Prevención de la ablación



El aumento de la población migrante en las consultas de pediatría de atención primaria, pero sobre todo **la velocidad** del mismo, hace que los pediatras de atención primaria nos encontremos muchas veces **desactualizados** y con dificultades para nuestro trabajo diario.

Pero no sólo es un problema de atención primaria, ya que esta población, por las características anteriormente descritas, son consumidores habituales de los servicios de urgencias y cada vez suponen una mayor proporción de los ingresos hospitalarios.

Si bien es verdad, que la cuestión de la migración no se manifiesta por igual en todos los departamentos de salud, ni siquiera en centros del mismo departamento. Por ejemplo, en el siguiente gráfico vemos la proporción de menores migrantes en Valencia frente a la distribución en un determinado centro de salud (en el barrio del Cabañal de Valencia)



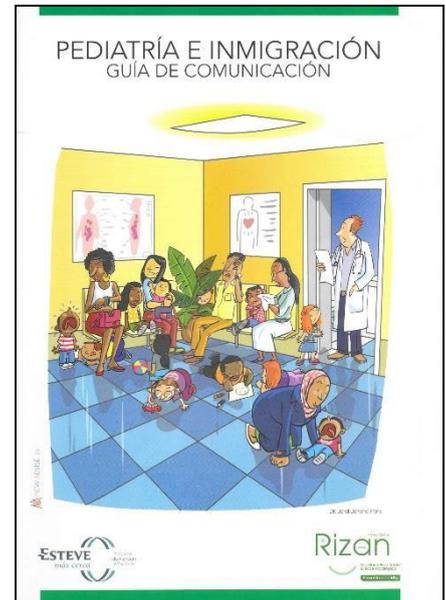
A continuación, algunas pistas para facilitar la atención de estos niños en las consultas (tanto de atención primaria como en urgencias).

1. VISITA EXPRÉS (6 MINUTOS)

Todos hemos tenido alguna vez esta experiencia: la llegada en un hueco de “demanda” (6’) de un niño migrante recién llegado que está enfermo o que acaba de llegar y necesita el ISE (informe de salud escolar) o acaba de ser adoptado.

¿Cómo afrontar esta visita sin desesperarnos? Unos consejos:

- Ser **acogedores**, respirar hondo y entender que lo más probable es que desconozcan la dinámica del centro y “nuestra apretada agenda”
- Tener **información escrita** en varios idiomas (ver documento adjunto: extracto de la Guía de Comunicación publicada por Esteve) que facilite la comunicación.
- Empezar la visita dando la **bienvenida** a la familia y presentándonos. Explicar que, probablemente, no tengamos tiempo de responder a sus necesidades y de que será necesario concertar una visita.
- Explicar (si es posible, apoyados en material en diferentes idiomas) la **dinámica de nuestro centro**
- Atender a la **consulta urgente** si la hubiera
- Realizar una **exploración clínica** que permita, al menos, detectar circunstancias que motiven atención urgente o que desaconsejen la escolarización hasta que se haya completado el estudio.
- **Preparar la visita concertada:**
 - Pedir toda la **documentación sanitaria** de que dispongan en un idioma que podamos entender (podemos recogerla ya en esta visita para estudiarla con más tiempo o pedir que la aporten en la visita concertada)
 - Pedir que aporten la **cartilla de vacunación** (si ya la traen, recogerla para preparar la estrategia de vacunación)
 - Planificar, si es posible, la **solicitud de pruebas** complementarias para poder tomar decisiones en la visita concertada
 - Preguntar por **antecedentes que puedan motivar una derivación urgente** a atención especializada (por ejemplo, hace una semana llegó a nuestro centro un niño con una talasemia mayor que precisaba de una transfusión en la siguiente semana).
- **Planificar las próximas citas:**
 - Cita con la **trabajadora social** del centro si esta no se ha producido ya. Si es posible, contactar telefónicamente con ella para comentar el caso y concertar la cita.
 - Cita concertada para la **apertura de historia**, actualización de calendario vacunal e ISE si procede. Dar la citación de esta por escrito para que puedan utilizarla en los siguientes trámites como justificación provisional.
 - Cita para las **pruebas complementarias** solicitadas (análisis, Mantoux, Rx, ECG...)



- Cita para la **atención especializada**. En este caso puede ser necesario contactar directamente con el hospital para concertar la cita con los especialistas y poder comunicar a la familia la cita.

Esta primera cita es **fundamental para establecer la relación médico-paciente**, tanto con el niño como con su familia, ya que es muy importante conseguir una adecuada adhesión de la familia en un proceso (el de la llegada) que puede ser dificultoso, provocando una desafección con el sistema sanitario y una mala utilización posterior del mismo, con consecuencias para la salud de los niños

2. PRIMERA VISITA. APERTURA DE HISTORIA

2.1. ANAMNESIS

Importante recordar de nuevo, el mantener una **actitud acogedora y positiva**, teniendo en cuenta las circunstancias en las que se encuentra la familia en ese momento. Es importante buscar los medios para que **la comunicación sea efectiva** (material impreso o audiovisual o traductores adecuados). No es lo ideal que los niños actúen como traductores de sus padres, en especial si se trata de niños pequeños.

Es muy importante también **no prejuzgar** ni dar nada por supuesto. No debemos suponer que nos entienden, aunque asientan cuando les explicamos (hemos de **comprobar que han entendido** lo que les explicamos); no debemos suponer una organización familiar como las nuestras, no debemos suponer que los niños van a escolarizarse, no debemos suponer pautas de alimentación o cuidados como las nuestras. Debemos pues comprobar la información.

En **Abucasis** podemos ir colocando la información en diferentes apartados que nos permitirán después una rápida recuperación. Podemos **abrir una Hoja de Evolución (HE)** en el diagnóstico elegido (Migrante Social) e incluir toda la información que en un segundo tiempo podemos clasificar.

También puede ser útil diseñar un “texto predefinido” para el campo de la Anamnesis que nos sirva de plantilla.

Los **APARTADOS** en los que incluir la información (y que señalaremos en el texto) pueden ser:

- (a) Alerta/Comentarios.
- (b) Historia familiar/Historia personal-Hábitos tóxicos
- (c) Historia sociofamiliar: Datos socioeconómicos/Nivel educativo/Núcleo familiar (cuidador) / Entorno/ Vivienda.
- (d) Anamnesis: texto predefinido u Hoja de evolución.
- (e) Exploración: Desarrollo psicomotor y Tanner. Exploración Pediátrica. Hojas de seguimiento. Texto predefinido.
- (f) Pruebas complementarias: Perfiles/Hoja de seguimiento.
- (g) Prescripción: podemos seleccionar unos favoritos para el diagnóstico de Viaje y movimiento (que nos permite rápidamente prepara el botiquín para el viaje al lugar de origen)

Los **Diagnósticos CIE-9** codificados en Abucasis que podemos utilizar son:

- V60,0 MIGRANTE SOCIAL
- E903 VIAJE Y MOVIMIENTO;
- V70,3 EXÁMEN MÉDICO INMIGRACIÓN
- V70,5 EXÁMEN MÉDICO SUBPOBLACIONES DEFINIDAS.

La **INFORMACIÓN** interesante a recoger puede ser:

2.1.1. Datos generales de interés (d)

- Inmigrante / adopción-**tipo**.
- País y población de **origen** (es importante determinar si proceden de ciudades o de áreas rurales). El lugar de origen puede condicionar múltiples aspectos, como la noción de salud, los cuidados y modos de crianza, etc.
- **Ruta migratoria** y condiciones del viaje: en ocasiones el viaje ha podido durar años con estancias prolongadas en diferentes países o en asentamientos, con alto riesgo para la salud del niño (contagio de enfermedades, malnutrición, posibilidad de abusos sexuales, físicos o emocionales).
- Previsión de **estancia**, para programar la estrategia a seguir
- **Controles de salud en España**. Es posible que ya hayan estado en algún lugar de España, donde se haya iniciado el estudio y actualización de calendario vacunal. Desgraciadamente, la falta de conexión entre los sistemas de información de las diferentes comunidades imposibilita el acceso directo a esa información. Si ya han estado en algún lugar de la Comunidad Valenciana se podrá acceder a la información recogida en Abucasis. Es por eso muy importante que, **registremos toda la información necesaria para que pueda ser consultada por nuestros compañeros**.



2.1.2. Historia sociofamiliar (b,c,d)

Características de la familia:

- Biológica o adoptiva. En ocasiones los adultos responsables no son los padres, pero puede que no nos lo digan por miedo a represalias o a la pérdida de la asistencia.
- Miembros (hermanos; tanto de un progenitor, como del otro, y los de ambos). Familia extensa para valorar las redes familiares de que disponen. Preguntar por los miembros de la familia que se han quedado en el país de origen o que viven en otros lugares
- Situaciones especiales (problemas de pareja, tipo de custodia, etc.). Valorar las situaciones de protección especial (violencia de género, MENAs)
- Cuidador habitual.

Vivienda:

- Condiciones generales
- Nº de personas: en caso de que vivan en una habitación en un piso compartido, preguntar por la situación de las otras familias...
- Convivencia con personas enfermas (tosedoras, inmunodeprimidas, etc.).

Aspectos generales de cada uno de los padres:

- Año y lugar de nacimiento.
- Etnia y religión.
- Año de llegada.
- Estudios y situación laboral actual.
- Conocimiento de los cuidados básicos del niño.
- Posible abuso de sustancias o situaciones de riesgo

Otros aspectos de interés

- Relación entre los padres (este tema puede ser delicado por lo que puede que no sea adecuado en la primera visita).
- Situación de los hermanos y posibles enfermedades
- Visita de familiares

2.1.3. Antecedentes fisiológicos (b)

- **Embarazo** (controlado o no), el tipo de alimentación de la madre y si existen antecedentes personales específicos como enfermedad de Chagas.
- **Parto** (natural/cesárea), edad gestacional del bebé, peso y talla al nacer y resultados obtenidos en los exámenes realizados (si los hay).
- Resultados obtenidos en el *screening* de pruebas metabólicas (si los hay)
- **Primera alimentación** recibida (lactancia materna exclusiva, mixta o artificial) y su duración. También debe reflejarse la edad de inicio de la alimentación complementaria y cuál es su dieta actual y sus hábitos alimenticios.
- **Desarrollo psicomotor**
- Desarrollo neurosensorial, prestando especial interés a visión y audición
- Sociabilidad, conducta, adaptabilidad a los cambios
- Sueño
- **Tratamientos recibidos** (suplementos, vitaminas...)
- **Calendario vacunal** recibido:
 - Si no aportan cartilla vacunal se considerará que no han recibido ninguna vacuna
 - Debemos valorar si la **información de la cartilla** es real (por ejemplo, si todas las entradas parecen estar escritas el mismo día, valorar si la información es falsa)
 - **No es necesario realizar serología vacunal sistemática**, pero puede ser útil en los casos de duda.
 - Es posible que la cartilla esté en un **idioma desconocido** por lo que puede ser útil **consultar los calendarios de los lugares de origen**. Podemos consultar los calendarios vacunales actuales de las diferentes localizaciones en las siguientes páginas:
 - Calendarios en las **comunidades autónomas**:
<https://www.aepap.org/vacunas/calendarios-espanoles>
 - Calendarios **Europeos**: (pag. de la ECDC en la que compara el calendario vacunal de dos países europeos) : <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
En esta página se ofrecen los datos en el idioma original y traducidos al español
 - Calendarios del **mundo**: (pag. de la OMS en la que se ve qué vacunas se administran en cada país)
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules



Ejemplo: niño de 9 años, nacido en Pakistán, que ha vivido de los 2 a los 4 años en Inglaterra y de ahí se ha trasladado a Barcelona, antes de llegar a Valencia hace un mes. Su cartilla vacunal está en urdu-punjabí pero los padres nos aseguran que siempre le han puesto “todas las vacunas”

2.1.4. Antecedentes psicosociales (c)

- La **escolarización** actual del niño (tipo de colegio, público o privado, al que asiste y curso actual en el que está matriculado), su rendimiento académico y si presenta necesidades específicas y/o recibe medidas de apoyo educativo y su integración (si ya ha hecho relación con pares)
- Si practica ejercicio físico regularmente, **hábitos**.
- El uso que hace de las **tecnologías** de la información y comunicación (televisión, Internet, videoconsolas...).

**2.1.5. Antecedentes patológicos (b)**

- Enfermedades padecidas y tratamientos recibidos (transfusiones)
- Cirugías previas (circuncisión, ablación de clítoris, etc...)
- Alergias

De entre la sintomatología, se debe prestar especial atención los signos que nos indiquen alguna patología: dificultad respiratoria, tos crónica, clínica cutánea, déficits sensoriales, etc...

De entre las patologías más frecuentes o importantes, destacar:

- Enfermedades febriles de etiología no filiada, de transmisión fecal-oral (parasitosis intestinales).
- Enfermedades que se criban durante el embarazo (Hepatitis B, sífilis, toxoplasmosis...).
- Enfermedades de transmisión sanguínea: Hepatitis B y C, VIH.
- Antecedentes de chagoma de inoculación en preescolares y escolares (enfermedad de Chagas), en la población latina fundamentalmente
- Cefalea crónica, temblores, antecedentes de convulsiones (neurocisticercosis) y tiempo de evolución, en población africana.
- Anemia de células falciformes o drepanocitosis, en población de raza negra (africanos y caribeños)
- Talasemia, en niños de oriente próximo y medio
- Hipotiroidismo.
- Pubertad precoz en niñas, sobretodo en niñas latinas y de oriente medio (India, Pakistan...)
- Malnutrición.
- Síndrome alcohólico fetal, sobretodo en niños de origen ruso o ucraniano (más frecuente en niños de adopción por la institucionalización)
- Déficits intestinales (déficit de lactasa), frecuente en los niños de oriente medio



2.2. EXPLORACIÓN (E)

Se debe realizar una **exploración detallada**. Se puede plantear el caso de que el niño o la niña no desee ser valorado por un pediatra de sexo diferente al suyo, por lo que, si es posible, se debe buscar la alternativa.

2.2.1. Somatometría y Valoración del estado nutricional

Se deben utilizar las **tablas de referencia de la OMS**. Es probable que, a su llegada, los niños se encuentren por debajo de los percentiles de normalidad, pero se suele dar un catch-up rápido si se establecen las condiciones adecuadas.

Destacar que para valorar la malnutrición crónica se debe valorar fundamentalmente **la talla** (que según demostró el estudio de la OMS no depende tanto de la genética sino de la nutrición y cuidados), ya que el IMC puede ser normal (peso y talla bajos manteniendo la proporción). En caso de afectación del peso y no la talla (con disminución pues del IMC) hablaremos de malnutrición aguda, la cual es más fácilmente recuperable.

En algunos casos, debido al double-bounding de la pobreza, es posible que encontremos niños con sobrepeso u **obesidad** procedentes de regiones pobres, fundamentalmente de latinoamérica. La talla, sin embargo, suele ser normal o baja.

Los problemas en el embarazo pueden generar bajo peso al nacimiento y problemas nutricionales posteriores. Sin embargo, los niños latinoamericanos, frecuentemente son grandes para la edad gestacional (por la frecuencia de diabetes gestacional mal controlada)

Esta primera somatometría nos permitirá **establecer la estrategia nutricional** y de hábitos a recomendar. Se recomienda realizar una valoración somatométrica cada 6 meses durante los dos primeros años.

2.2.2. Exploración de la piel

- **Cicatriz de BCG** (vacuna de TBC), que suele estar en el deltoides, aunque puede estar en cualquier localización, por lo que se debe explorar toda la piel.
Se deben buscar estigmas cutáneos de otras enfermedades, con la dificultad que pueden suponer las características raciales de la piel
- **Coloración:** ictericia como signo de hepatitis, 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 niños con piel negra, valorar especialmente el estado de las mucosas.
- **Presbidermia** o envejecimiento prematuro de la piel, en los estados avanzados de oncocercosis, o piel de leopardo (lesiones hiper o hipopigmentadas), propias también de la oncocercosis.
- Manchas hipocromas hipoestésicas, propias de la lepra o lesiones ulcerosas en la lepra avanzada.
- Pápulas ulceradas de larga evolución en la leishmaniasis cutánea.
- Lesiones micóticas (tiña)
- Lesiones de escabiosis.



- En el tejido subcutáneo hay que buscar los **nódulos subcutáneos** u oncocercomas en los trocánteres, cresta ilíaca, rodilla y parrilla costal, duros, de hasta 5 cm y adheridos a planos profundos. También hay que buscar linfedemas, sobre todo en las extremidades inferiores por las filarias linfáticas.
- Tunguiasis: lesiones dolorosas y pruriginosas en los pies por una pulga. Endémica en África, Sudamérica y Lejano Oriente.
- **Lesiones serpiginosas** en extremidades distales por larva migrans.



2.2.3. Boca y exploración dental

Deben evaluarse las inflamaciones dentarias, caries y maloclusiones, frecuentes en estos niños por la falta de hábitos de higiene dental y de atención odontológica.

Es llamativa la caries del biberón por adición de azúcares a la leche o uso autónomo del biberón con zumos azucarados o leche.

Conviene enviarlos, si es posible, a la consulta de Odontopediatría

2.2.4. Órganos de los sentidos

Valorar la agudeza visual con los optotipos a partir de los 4 años de edad y previamente el test de Hirschberg y Cover para detectar estrabismos. Como estas pruebas requieren de la colaboración del niño, quizá convenga empezar la exploración por ellas antes de que se quiten la ropa o puedan estar nerviosos. 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 *Clamidia Tracomatis* y a la coriorretinitis de la Oncocercosis.



Prestar especial atención a las malformaciones de los pabellones auriculares

2.2.5 Exploración por aparatos

- Auscultación cardiaca cuidadosa, palpación de pulsos y toma de TA en los 4 miembros para descartar **cardiopatías congénitas** no detectadas previamente
- Auscultación pulmonar cuidadosa, para descartar patología respiratoria crónica como asma o TBC
- Palpación abdominal valorando **megalias**: hepatomegalia como indicador de hepatitis crónicas o esplenomegalia (frecuente en los casos de drepanocitosis). Es importante iniciar la palpación de megalias desde las fosas ilíacas ya que, en ocasiones, el tamaño del bazo puede ser tal que el reborde esplénico llegue hasta la FII y pueda pasar desapercibido.
- Exploración de **genitales**:
 - Circuncisión con sus posibles complicaciones
 - Criptorquidia
 - Pubertad adelantada o retrasada
 - Secuelas de la ablación del clítoris

2.2.6. Exploraciones complementarias (f)

Se deberían realizar a todos los recién llegados, especialmente si vienen de regiones empobrecidas o han realizado rutas migratorias largas. Se pueden solicitar en la primera visita “expres” si lo tenemos “protocolizado”, de forma que los resultados estén para esta apertura de historia

- Hemograma, Hierro, ferritina, transferrina y receptor soluble de la transferrina
- Bioquímica básica, Cribado de raquitismo (calcio, fósforo y fosfatasa alcalina).
- Parásitos en heces (x3), Serología VIH (anti-VIH 1 y 2), Hepatitis B, Hepatitis C, sífilis (RPR y/o VDRL). Se puede aprovechar para ampliar la serología vacunal si hay dudas
- Mantoux.

Tras la anamnesis inicial y dependiendo del lugar de procedencia se pueden plantear **otras** exploraciones:

- Estudio de hemoglobinopatías, en niños de la cuenca mediterránea o el medio oriente para descartar talasemia, o en niños de raza negra para descartar drepanocitosis
- Orina (BQ, sedimento y cultivo)
- Coprocultivo (+cultivo de Nematodos intestinales: si no se solicita específicamente no se procesa en el coprocultivo)
- Cribado de hipotiroidismo y fenilcetonuria
- Estudio de gota gruesa o determinación de antígeno panmalárico. En los niños africanos, se debe buscar el P.falciparum, pero en los niños pakistaníes se debe buscar el P. vivax, también productor de malaria y que puede permanecer acantonado en el hígado hasta 5 años (posibilidad a tener en cuenta en niños con fiebre inexplicada aunque lleven varios años en España)
- Frotis de sangre periférica
- CMV, toxoplasma y rubéola, CMV siempre que la madre adoptante esté embarazada, Hepatitis A, Serología enfermedad de Chagas.
- Niveles de plomo en sangre en niños procedentes de China o Rusia
- ECG o Rx de tórax si procede

Repetir Mantoux, serologías VIH, HVC a los 6m si son negativas inicialmente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A REALIZAR A NIÑOS INMIGRANTES E INDICACIONES	
Hemograma	Síndrome febril prolongado. Sospecha de parasitosis que cuse con eosinofilia. Malnutrición, retraso ponderal. Palidez.
Bioquímica Básica	Glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT según sospecha clínica. Ca, P, FA si sospecha raquitismo. Proteínas totales y albúmina si desnutrición. Hierro (Fe), ferritina, si palidez cutánea.
Sedimento orina	Si hematuria (esquistosomiasis).
Coprocultivo	Si diarrea prolongada.
Parásitos en heces	Si diarrea prolongada, asma o eosinofilia.
Mantoux	Inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país y procedentes de zonas de alta prevalencia: • Latinoamérica: Perú, República Dominicana, Bolivia, Ecuador. • África: Mauritania, Nigeria, Guinea Ecuatorial. • Asia: China, Filipinas. • Europa: Rumania, Rusia. Contactos con personas con TBC confirmada o sospechada. Contactos con personas que hayan estado en instituciones penitenciarias en los últimos 5 años. Hacinamiento en la vivienda. Hallazgos radiológicos o clínicos. Niños con infección por VIH o convivientes.
Serología VHB y VHC	Rusia, Europa del Este, Asia Surental, China, África Subsahariana, Sudamérica Septentrional y Alaska.
Serología VIH	África Subsahariana, Europa del Este, Sudeste Asiático.
Sífilis-RPR	África Subsahariana, Europa del Este, Sudeste Asiático.
Serología enfermedad Chagas	Latinoamérica (excepto Brasil, Uruguay y Chile) y ha vivido en vivienda de adobe o techo de paja, o madre con serología desconocida o positiva.
CMV, Toxo, Rubéola	Microcefalia o retraso psicomotor.
Metabolopatías	Menores de 6 meses.
Electroforesis de Hemoglobinas	Si presentan alteraciones sugestivas de la serie roja y proceden de zonas de riesgo. Talasemias: China, India y Sudeste Asiático. Drepanocitosis: Caribe, África Subsahariana, India, Latinoamérica. Déficit de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa: África Subsahariana.
Gota gruesa y frotis (malaria)	Fiebre sin foco, anemia o esplenomegalia y procedente de zonas endémicas (África Subsahariana, India, Sudeste Asiático, Georgia, Turquía Europea, algunas zonas de Centro y Sudamérica).
Plomo en sangre	China, Rusia o Europa del Este con anemia refractaria a hierro o con pica y retraso del neurodesarrollo.
Estudio de Filarias	Nódulos subcutáneos, prurito o eosinofilia en procedentes de África Subsahariana, Sudeste Asiático o Latinoamérica.

PRUEBAS RECOMENDADAS SEGÚN PROCEDENCIA					
	EUROPA DEL ESTE	AFRICA DEL NORTE	AFRICA SUB-SAHARIANA	ASIA	LATINOAMERICA
HEMOGRAMA	+	+	+	+	+
BIOQUIMICA BASICA	+	+	+	+	+
SEDIMENTO ORINA			+		
COPROCULTIVO		+	+	+	+
PARASITOS EN HECES		+	+	+	+
MATOUX	+	+	+	+	+
VHB y VHC	+	+	+	+	
VIH	+		+	+	
SIFILIS	+		+	+	
GOTA GRUESA			+	+	
FILARIAS			+		

2.3. TRATAMIENTOS (G)

2.3.1. Actualización del calendario vacunal

Una vez establecidas las vacunaciones recibidas por el niño se establece el calendario para la actualización del calendario vacunal según su año de nacimiento.

Se pueden consultar estos dos documentos para establecerlo:

- Protocolo de vacunación de personas migrantes. Protocolo de Vacunación infantil en la Comunitat Valenciana. Direcció General de Salut Pública. Generalitat Valenciana. 2018. Valencia.
http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/protocoloVacunacion_01_01_2017_rvn.pdf
- CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIONES Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones Julio 2019. Consejo interterritorial de sanidad Como recomendaciones generales, recordar:
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf
- Toda vacuna puesta, cuenta (incluyendo las incluidas en la cartilla de vacunación que aporten si es fiable)
- Aprovechar cualquier oportunidad para vacunar
- Agrupar todas las vacunas que sean posibles



2.3.2. Suplementos y recomendaciones dietéticas

Suelen ser necesarios suplementos como Vitamina D o hierro

Recomendaciones dietéticas:

- En este ámbito es muy importante tener en cuenta las particularidades de cada cultura e incluso de cada casa. Es necesario asegurarse de establecer un acuerdo con la familia para la alimentación del niño, respetando sus costumbres, pero asegurando que se cubran las necesidades nutricionales.

- Se debe supervisar la introducción de alimentos, así como asegurar el aporte de nutrientes esenciales en cada etapa de la infancia
- Es muy importante insistir en los hábitos saludables y la dieta variada como fuente de salud. El riesgo de obesidad infantil en esta población es muy alto dada la facilidad de acceso a comida procesada y azúcares refinados, que es más económica que una dieta saludable y mucho más fácil de preparar para padres que no tiene mucho tiempo para la crianza. En muchas ocasiones los niños están solos en casa a las horas de cenar.
- El hecho de que la mayoría de los niños migrantes coman en los comedores escolares puede ser una ventaja, dada la mejoría de los mismos en los últimos años.

2.3.3. Otras recomendaciones

- Es importante, tras esta primera visita establecer una alianza con los padres para establecer adecuados modelos de crianza para procurar el desarrollo saludable del niño y programar las visitas de seguimiento oportunas (para actualizar el calendario vacunal, para control de peso, etc.)
- Habrá que recordar a los padres la organización del centro y los modos de contactar con el equipo
- Establecer un clima de confianza con los niños, fundamentalmente con los jóvenes. Progresivamente, se irá hablando con ellos para adoptar hábitos adecuados de salud: práctica de deporte (que además facilita la socialización), ocio saludable, evitar conductas sexuales de riesgo, hábitos tóxicos, etc
- Alertar sobre los peligros de las redes sociales o las nuevas adicciones a las “pantallas”
- Asegurar que acuden a las visitas de seguimiento con la trabajadora social y con los especialistas. En este sentido, pueden necesitar ayuda con el acceso al hospital o la solicitud de citas, por lo que debemos estar alerta para que no pierdan citas



3 SITUACIONES ESPECIALES

3.1. DERIVACIÓN HOSPITALARIA

Puede ser necesaria la derivación a servicios especializados, tanto para adelantar algunos diagnósticos como para evitar cronificaciones o iatrogenia por desconocimiento (diseminación de *Strongyloides* con el tratamiento corticoideo, ceguera con el uso de albendazol o praziquantel en niños con cisticercosis ocular no diagnosticada...)

En **cada departamento se organiza** la atención de estos niños de diferente forma con muy pocos servicios especializados. En algunos hospitales hay sección de infecciosas que puede asumir esta patología, en otros cada especialidad se ocupa de su ámbito.

En la Comunidad valenciana sólo conocemos el servicio del H. La Fe, al que remitir, fundamentalmente a niños recién llegados de adopción internacional, MENAs o niños institucionalizados o niños con problemas de adaptación o de salud mental.

Es conveniente derivar al servicio especializado correspondiente a aquellos niños que presenten determinada patología, que detallamos a continuación

3.1.1. Patología orgánica (ver tema)

- Tuberculosis multirresistente, extrapulmonar o complicada.
- Diagnóstico de sospecha de enfermedades concretas como filariasis o esquistosomiasis.
- Diagnóstico de confirmación de la enfermedad de Chagas.
- Fiebre y sospecha de malaria, leishmaniasis o dengue.
- Linfadenopatía local de larga evolución que no responde a tratamiento antibiótico y/o linfadenopatías generalizadas.
- Visceromegalias.
- Neuropatía sensitiva y/o motora.
- Crisis comiciales (especialmente epilepsias de aparición tardía) y trastornos confusionales, cefalea crónica, etc.
- Alteraciones neurosensoriales de etiología no aclarada (tics nerviosos, temblores...).
- Hematuria.
- Anemia o eosinofilia importante de etiología no filiada
- Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos.
- Niño con síntomas que no pueden adjudicarse a enfermedades concretas por su pediatra de zona y que requieren diagnósticos diferenciales más complejos (tos prolongada, pérdida de peso, diarrea prologada...)
- Pacientes inmigrantes o procedentes de adopción internacional que precisen seguimiento por dos o más especialidades pediátricas.



3.1.2. Patología mental (ver tema)

Con carácter general es conveniente derivar al servicio especializado correspondiente a aquellos pacientes que presenten la siguiente sintomatología:

- Trastorno del vínculo, conductas pseudo-autistas y trastornos generalizados del desarrollo: retraso en el habla, retraso psicomotor, déficit cognitivo y/o alteración neurosensorial.
- Déficit cognoscitivo acumulativo.
- Síndrome alcohólico fetal.
- Dificultad de integración social resistente al tratamiento convencional.
- Trastorno hiperactivo resistente a tratamiento.
- Afectación familiar severa con ausencia de respuesta al tratamiento convencional.
- Cualquier otra alteración mental que no responda al tratamiento convencional.

Debe **derivarse a urgencias** para ingreso inmediato si el paciente presenta:

- Manifestaciones neurológicas.
- Distrés respiratorio.
- Criterios de sepsis.
- Sospecha de fiebre hemorrágica.
- Malaria (“todo niño llegado de Africa en los últimos 10 días con fiebre tiene malaria hasta que se demuestre lo contrario”)
- Impresión de gravedad sin orientación diagnóstica.
- Enfermedad que requiere tratamiento urgente y control evolutivo.

Se deben aplicar medidas de **aislamiento** en caso de:

- Signos hemorrágicos con llegada en los últimos 21 días de un área con notificación de casos de fiebre hemorrágica viral en los últimos 5 años.
- Contacto con fluidos corporales de personas o animales potencialmente infectados por Ébola, Marburg, Lassa o fiebre de Crimea-Congo.
- Sospecha epidemiológica de Tuberculosis multirresistente.

3.2. ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Estos casos presentan algunas peculiaridades frente a los niños migrantes que llegan con su familia.

3.2.1. Visita expres (6 minutos)

También en este caso se puede dar este hecho aunque es más raro.

Podemos aplicar los mismos consejos que en el resto de niños migrantes, insistiendo en el aporte de los **documentos de que dispongan**, ya que no pueden dar información sobre los antecedentes.

Muchas veces los padres acogedores no disponen de información completa, o la que tienen no coincide con los informes que aportan o no es fiable. Esto nos obligará a realizar más intervenciones.



3.2.2. Primera visita:

3.2.2.1. Anamnesis

- Preguntar si ha existido **institucionalización** previa y las características de esta etapa:
 - Edad de entrada y salida de la institución
 - Número de centros en los que ha vivido y tipo (orfanato, residencia de acogida...)
 - Localización de los mismos (país y ciudad; medio rural o urbano).
 - Motivos de dicha institucionalización (abandono, renuncia, orfandad, retirada de la patria potestad u otros)
 - Si ha existido convivencia preinstitucional con su familia biológica, extensa o de acogida.
- Según el país de origen deberemos estar atentos a determinadas **situaciones**:
 - Posibilidad de **SAF** en niños procedentes de orfanatos de países del Este de Europa
 - Falta de estímulo con el consiguiente **retraso psicomotor** y plagiocefalia en niñas procedentes de orfanatos de China
 - Posibilidad de enfermedades infecciosas de **transmisión vertical** (VIH) en niños procedentes de orfanatos del África subsahariana

Es muy probable que no aparezca información sobre esto en los informes, lo que obligue a seguimiento cercano y más exploraciones

- Recabar los **informes médicos** que aportan de sus países de origen, en ocasiones, son incompletos y con frecuencia exponen problemas que no se comprueban a la llegada o que se solucionan en un año en muchos casos.

3.2.2.2. Exploración física y exploraciones complementarias

Suele haber **discrepancias entre la información médica aportada de forma oral a las familias adoptantes y la que se les da por escrito**. Por ello, la exploración física y complementaria debe ser más exhaustiva, ya que se desconoce prácticamente todo sobre los antecedentes personales y familiares de estos niños.

A su llegada, suelen presentar alteración del estado nutricional. Si la malnutrición ha sido crónica, con afectación de peso y talla. Es posible que en la institución se haya podido recuperar el peso, pero será mucho más difícil recuperar el carril de talla.

La exploración física debe ser muy exhaustiva porque se desconocen los antecedentes y los informes pueden no ser fiables

En cuanto a las exploraciones complementarias, además de las ya recomendadas para el resto de niños migrantes, se deben añadir:

- Serología de enfermedades de transmisión vertical (VIH, Sífilis, Toxoplasma, VHC) y de enfermedades infecciosas más frecuentes en niños institucionalizados (VHA, TBC, VHB)
- Valoración de la edad ósea, en ocasiones para poder establecer la edad del niño, muchas veces manipulada por las familias o las instituciones. Sin embargo, el resultado hay que valorarlo en el contexto nutricional del niño
- Exploraciones orientadas por los informes



3.2.3. Recomendaciones y seguimiento

Debemos estar atentos a problemas que podrían surgir en el seguimiento:

- Aparición de síntomas de **S.A.F**
- La mejora nutricional genera, fundamentalmente en las niñas, una activación hormonal precoz que puede llevar a **pubertades adelantadas** con menarquias precoces y posibles detenciones del crecimiento.
- Problemas de **adaptación y salud mental** (ver tema de Salud Mental)

Es importante prestar atención a la adaptación del propio niño, pero también de toda **la familia** a la nueva situación. Puede ser beneficioso remitir a la familia a lugares de apoyo:

- Grupos de padres y asociaciones
 - Adopta2: <https://www.adopta2.es/index.php/es/>
- EEIIA (Equipos Específicos de Intervención con Infancia y Adolescencia; antiguos SEAFI). Tienen ámbito de acción municipal. La atención del servicio queda circunscrita a los menores que han sido declarado en situación de riesgo por la Comisión Municipal de Valoración del Riesgo y a los menores declarados en situación de desamparo por la entidad pública competente en materia de protección de menores, y a sus familias. La remisión se hace a través de la trabajadora social.

En el siguiente enlace se encuentra el listado de los equipos en cada ciudad:

<http://www.inclusio.gva.es/es/web/menor/servicios-especializados-de-atencion-a-familias-con-menores-en-situacion-de-riesgo-y-con-medidas-juridicas-de-proteccion455>

- Servicios específicos de atención al niño adoptado (Unidad del Niño Internacional de La Fe).

Es posible que determinados trastornos aparezcan durante toda la infancia, por lo que, en todo momento deberemos tener en cuenta en el seguimiento la condición de adopción internacional.

3.3. NIÑOS NACIDOS EN ESPAÑA DE ORIGEN EXTRANJERO

Es un error tratar a estos niños y sus familias como al resto de niños nacidos en España de la consulta. Debemos **tener en cuenta todos los condicionantes culturales y los modelos de crianza descritos en la introducción.**

Además de aplicar las recomendaciones para todos los niños internacionales, debemos estar especialmente atentos a algunos aspectos:

3.3.1. Visita del recién nacido:

3.3.1.1. Alta precoz:

El **condicionamiento social** debe tenerse en cuenta a la hora de planificar el alta precoz, debiendo retrasar la misma si no se está seguro de la fiabilidad del seguimiento. Algunas de estas familias puede que no entiendan bien las instrucciones al alta de la maternidad por lo que debemos estar atentos a que acudan a la visita concertada desde el hospital.



3.3.1.2. Puerperio:

En muchas culturas, la madre debe permanecer en casa durante los primeros 40 días, por lo que puede que no venga a las primeras visitas (aunque el padre no nos diga que es por eso). También hay culturas que rechazan el baño del bebé en el primer mes. Interesa preguntar específicamente por estas costumbres para poder intervenir y dar recomendaciones si es necesario.

Problemas de comunicación: en muchas ocasiones, fundamentalmente en las familias musulmanas (tanto de Asia, África o incluso Europa como en Rumanía) las madres no aprenden español. Es importante animarlas a que aprendan, pero también debemos intentar facilitar la comunicación:

- Documentos impresos o audiovisuales
- Traductores (aunque no es lo ideal puede ser útil el teléfono para hablar con algún familiar) o aplicaciones móviles para traducción
- Paciencia, mucha paciencia y tiempo

3.3.1.3. Primeras recomendaciones:

- Puede ser conveniente tener las recomendaciones en diferentes idiomas
- Explicar la dinámica del centro (también por escrito si es posible)

- Insistir en la **lactancia materna**, teniendo en cuenta las posibles dificultades:
 - determinadas culturas siguen pensando que es mejor la leche de fórmula
 - mal estado de la madre (anemia, problemas puerperales)
 - necesidad de empezar a trabajar pronto
 - modelos de crianza que rechazan la lactancia materna (China, África subsahariana)
- En caso de **lactancia artificial**, asegurarse de que se realiza correctamente. Posibles problemas:
 - Mal entendimiento de la **preparación**
 - Diferentes unidades de medida: recordar que una onza (medida utilizada en toda América) corresponde a 30 ml, por lo que en la preparación de biberones se debe poner una medida por cada onza de leche. Muchos biberones vienen ya envasados tanto con ml como con onzas
 - Colocación del polvo antes del agua por lo que puede estar más concentrada o dilución de la mezcla
 - Problemas **económicos** para comprar la leche por lo que pueden ofrecer leche entera de forma precoz
 - Dificultad para la **esterilización** de biberones (ej: “para que el agua esterilice, deben permanecer los biberones 10 minutos con el agua en ebullición”; la paciente me respondió “doctora, ¿me pagará usted el gas?, yo no me lo puedo permitir”)

3.3.2. Controles de salud

- Se debe establecer un **clima de acogida** para que mantengan el seguimiento de los controles de salud, debiendo recordar las citas frecuentemente. En sus países de origen puede no haber programas de salud infantil estructurados o, aunque los haya en el país, no en su lugar de origen. Por ello pueden no entender el beneficio de las medidas preventivas
- Es conveniente tener **material impreso** en diferentes idiomas para las recomendaciones habituales
- **Tener en cuenta las costumbres** de la familia para las recomendaciones dietéticas sin que por ello se den déficits nutricionales
- Se debe **informar de todas las vacunas** recomendadas, aunque no estén financiadas. Es un error evitarlo, pensando en que no van a poder comprarlas. No somos nosotros quienes debemos decidir en qué debe gastar el dinero la familia.

3.3.3. Visitas

Suelen ser **consumidores de urgencias**, por diversos motivos:

- No están familiarizados con el sistema y no se manejan bien con la aplicación gva+salut (en ocasiones no disponen de smartphone). Es conveniente explicarles en la consulta como utilizarla si es posible.
- Los trabajos pueden no permitir la asistencia al centro de salud en el horario adecuado
- En sus países de origen es fácil que no exista un sistema de atención primaria con derivación a hospitalaria. En la mayoría de los casos, la familia acude directamente al especialista o al servicio médico disponible. Es importante dedicar tiempo en las primeras visitas para explicarlo.

Intentar **facilitar la comunicación**. Progresivamente podremos comunicarnos cada vez mejor con el propio niño, pero en los primeros años puede ser necesaria la traducción. Debemos intentar que los padres, sobretodo la madre se comunique en español, para ello debemos utilizar frases cortas, con ideas claras para que la madre se sienta cada vez más cómoda y pueda ir soltándose con el idioma. Sin embargo, lo más importante es asegurar la comunicación por lo que debemos asegurar, que al menos, lo más importante sea entendido.

3.3.4. Viajes

Desde el primer momento **insistir a los padres en la importancia de planificar los viajes** a sus lugares de origen con varios meses de antelación y recordarlo en los controles de salud

Como los padres viajan a “su casa” no consideran necesarias determinadas precauciones (como la vacunación especial) por lo que es importante insistir en ello.

Ver recomendaciones en el punto 4.

34. NIÑOS DE LOS CAMPOS SAHARAUIS

Cada verano llegan a nuestras consultas estos niños dentro del programa **Vacaciones en Paz**. Algunas de las familias acogedoras acuden a la llegada del niño, pero muchas otras acuden a la consulta cuando están a punto de acabar las vacaciones del niño por lo que es importante tener protocolizada la actuación.

En la página de la Coordinadora Estatal de Asociaciones Solidarias con el Sáhara encontramos el protocolo de actuación. A este protocolo se pueden acceder a través de la página web

<https://msprasd.org/del%20Ministerio%20de%20Salud%20de%20la%20RASD%20y%20de%20CEAS%20https://ceas-sahara.es/vep-2019/>

Uno de los principales objetivos de Vacaciones en Paz es, ofrecer a los niños y niñas una adecuada atención sanitaria y tratar las enfermedades detectadas a ser posible durante la corta estancia de dos meses, ya que en los campamentos los recursos sanitarios son muy escasos.

El documento del protocolo está dividido en los siguientes apartados:

- A. Exámenes de salud y procedimientos aconsejados. Consultas a especialistas.
- B. Prevención: consejos para prevención de riesgos. Vacunas.
- C. Tratamientos empíricos.
- D. Anexos:
 - 1. Relación de las patologías más prevalentes
 - 2. Calendario vacunación de la R.A.S.D.
 - 3. Modelo de historial clínico recomendado
 - 4. Registro de niños con patología relevante



4. ATENCIÓN AL NIÑO VIAJERO

Tanto los niños nacidos en España de padres extranjeros como los niños migrantes probablemente viajarán en algún momento de su vida a su país de origen o continuarán la ruta migratoria hacia otros lugares.

Es importante **pactar con los padres una visita 6 meses antes de realizar el viaje**, o al menos, lo antes posible una vez sepan que van a viajar. En esta visita se darán los consejos de salud, se actualizará el calendario vacunal si se precisa (adelantando algunas vacunas si es necesario) y se facilitará el botiquín que precisen. Conviene facilitar un certificado vacunal sellado.

Se recomendará **acudir a los centros de atención al viajero** para que den las recomendaciones a toda la familia. En la Comunidad Valenciana no hay centros de vacunación específicos para niños, salvo quizá la consulta de niño internacional del Hospital La Fe. En la página del Ministerio de Sanidad se puede consultar el listado:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm>

En cada provincia hay un Centro de Sanidad Exterior y diferentes servicios en varios hospitales (aunque ninguno específicamente pediátrico).

También es importante pactar **una visita al retornar** para evaluar las consecuencias de la visita en el niño (parasitosis, problemas nutricionales, ingresos hospitalarios, etc...)

Algunas de las **recomendaciones generales** que deben darse a los padres son las siguientes:

- Para minimizar la **otalgia** por los cambios de presión en los viajes de avión, conviene ofrecer un biberón, lactancia materna o masticar chicles sin azúcar. La otitis media no incrementa el riesgo de barotrauma. No se recomienda viajar en avión a los niños menores de siete días.
- **La ropa** debe ser ligera, de algodón o lino, con cambio frecuente, preferiblemente de manga larga y colores claros para evitar picaduras.
- Se aconseja sacudir las sábanas y mantas antes de acostarse, así como la ropa y el calzado antes de vestirse, por si algún insecto u otro animal se hubiera ocultado en ellos.
- El **calzado** debe ser fresco, ancho y ventilado para evitar infecciones por hongos. Se debe evitar andar descalzo para prevenir parasitosis.
- Es aconsejable llevar sombreros, gafas de sol y cremas con factores de protección altos (incluso en los niños de raza negra).
- Para evitar la **contaminación de los alimentos** se recomienda:
 - No consumir fruta ya pelada o con piel y el uso de cubiertos limpios.
 - No consumir verduras si no están bien cocidas.
 - Evitar las ensaladas, las salsas, las cremas de repostería, los huevos poco hechos, los helados y cualquier plato si está a la intemperie.
 - No consumir leche ni sus derivados sin higienizar y si no están conservados adecuadamente.
 - No tomar carnes, pescados y mariscos crudos o poco cocinados.
 - Beber agua hervida (más de 10 minutos), o embotellada -incluso para lavarse los dientes y en su defecto utilizar chicles-. También es importante evitar el hielo.
- Evitar el contacto con **animales** domésticos, con murciélagos, monos y ardillas, entre otros, porque pueden transmitir enfermedades.



4.1. BOTIQUÍN

En muchos casos el paso de medicaciones en las fronteras puede ser difícil, por lo que, el pediatra debe redactar un breve **informe médico actualizado**, donde se describa su trastorno o enfermedad crónica, el diagnóstico y su tratamiento. Si necesita utilizar jeringas o algún dispositivo especial debe señalarlo también en ese informe. Es aconsejable, también, llevar por escrito la composición de sus medicamentos imprescindibles. Todo, a ser posible, traducido al inglés.

En segundo lugar, se recomienda llevar **envases de su medicación habitual** en cantidad que le permita hacer frente a un período largo por si surge cualquier eventualidad.

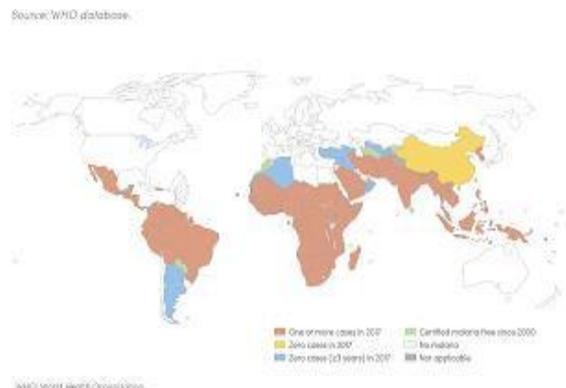
Algunos de los **componentes del botiquín** pueden ser los siguientes:

- Analgésico/antipirético (paracetamol, ibuprofeno): preferible el paracetamol porque no interfiere en la coagulación. Las presentaciones líquidas, liofiladas y masticables, facilitan su ingestión en caso de no conseguir agua potable fácilmente.
- Corticoide tópico para picaduras de insectos y reacciones alérgicas.
- Antihistamínico en jarabe o liofilizado, para reacciones alérgicas más generalizadas.
- Sobres de rehidratación oral
- Antibiótico de amplio espectro para infecciones, como por ejemplo amoxicilina, macrólido, ciprofloxacino para la diarrea del viajero (pueden ser difíciles de encontrar)

Se puede crear un **“Protocolo terapéutico de uso personal”** en el módulo de prescripción de Abucasis asociado al diagnóstico **“VIAJE Y MOVIMIENTO E903”** que incluya estos medicamentos.

Se recomienda transportar los medicamentos en el equipaje de mano para evitar pérdidas durante el viaje.

Según el lugar al que se vaya a viajar puede ser necesaria la profilaxis antimalárica (ver indicación en el siguiente apartado)



4.2. VACUNACIÓN

En los niños inmigrantes o hijos de inmigrantes que **se desplazan con relativa frecuencia** de nuevo a su país de origen, por períodos de tiempo largos para conocer y visitar a sus familiares, se deberían administrar, además, las siguientes vacunas, dependiendo del país de que se trate:

- Vacuna BCG. Aunque proporciona baja y variable protección contra la infección tuberculosa, reduce la incidencia de meningitis tuberculosa y es una protección real contra la lepra. Si no se trata de un lactante, se deberá practicar la prueba de PPD antes de su administración.
- Vacuna contra la fiebre amarilla. Si el niño tiene más de 9 meses y viaja a un país endémico.
- Vacuna contra la hepatitis A en niños mayores de 12 meses de edad; ya que, la prevalencia de esta enfermedad es mucho más elevada en los países de baja renta. Se debe valorar la administración de esta vacuna individualmente, según el riesgo y la edad.
- Vacuna contra la fiebre tifoidea, si el niño es mayor de tres años.
- Vacuna antimeningocócica tetravalente, si se viaja al cinturón del meningococo en África Subsahariana, zona amazónica de Brasil o Arabia Saudí (La Meca).

- Vacuna anti-fiebre tifoidea IM a los mayores de tres años que viajan a países de baja renta.
- Otras vacunas dependiendo del área y el riesgo al que se van exponer (rabia, encefalitis japonesa B, etc.). Se debe recomendar la quimioprofilaxis y otras medidas de control para la malaria en todo niño inmigrante que se desplace a una zona endémica y no minimizar el riesgo

La forma más práctica de determinar la profilaxis para cada niño es acceder a **la página del Ministerio de Sanidad** donde se encuentran los Centros de Vacunación internacional en el siguiente enlace:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm>

Seleccionaremos la provincia para encontrar los Centros de Vacunación de la misma.

En el Centro de sanidad Exterior de cada provincia, seleccionaremos el enlace:

“Autogeneración de Consejos Sanitarios para su viaje”

De nuevo, en la pantalla que aparece, seleccionaremos

“Autogeneración de Consejos Sanitarios en relación a su viaje”

Y a partir de aquí iremos seleccionando según los datos de nuestro paciente.



Ejemplo: Nuestro niño pakistaní de 9 años va a viajar a su país a la boda de unos familiares durante 3 meses.

Seleccione cómo será su viaje

Paso 3 de 4 << Volver

Indique aquí los motivos que mejor identifican el viaje que realizará. Para ello puede seleccionar un motivo de la **Lista de motivos de viaje** y luego presionar el botón **Incluir**. Repitiendo este proceso irá completando la **Lista de motivos de viaje seleccionados**, la cual definirá cómo será su viaje.

Si por error se ha incluido un motivo en la **Lista de motivos de viaje seleccionados**, puede eliminarlo de esta lista seleccionando el motivo y luego presionando el botón **Eliminar**.

Los **motivos de viaje son opcionales** por lo que si lo desea puede presionar el botón **CONTINUAR** sin introducir ningún dato en esta pantalla. Aún así, se recomienda especificar dichos tipos para mostrar de forma más precisa el resultado de la consulta.

<p>Lista de motivos de viaje</p> <ul style="list-style-type: none"> ORGANIZADO / TURISMO NO ORGANIZADO COOPERACION TRABAJO PEREGRINACION MECA 	<p>Incluir </p> <p>Eliminar </p>	<p>Lista de motivos de viaje seleccionados</p> <ul style="list-style-type: none"> FAMILIAR
---	--	--

Continuar

Seleccione los países que visitará en su viaje

Paso 2 de 4 << Volver

En esta pantalla deberá indicar los países que constituyen la ruta de su viaje. Para ello tendrá que seleccionar un país de la **Lista de países** y luego presionar el botón **Incluir**. Repitiendo este proceso irá completando la **Lista de países seleccionados**, la cual definirá la ruta del viaje.

Si por error se ha incluido un país en la **Lista de países seleccionados**, puede eliminarlo de esta lista seleccionando el nombre del país y luego presionando el botón **Eliminar**.

<p>Lista de países</p> <ul style="list-style-type: none"> AFGANISTAN AFRICA ALBANIA ALEMANIA ANDORRA ANGOLA ANGUILA ANTARTIDA ANTIGUA Y BARBUDA ANTILLAS HOLANDESAS ARABIA SAUDI ARGELIA 	<p>Incluir </p> <p>Eliminar </p>	<p>Lista de países seleccionados</p> <ul style="list-style-type: none"> PAKISTAN
---	--	--

Continuar

Especifique la fecha de inicio y la duración del viaje

Paso 4 de 4 << Volver

Indique en los campos que se muestran a continuación la fecha de inicio del viaje así como la duración en días estimada para el mismo:

Fecha de inicio: 14 NOVIEMBRE 2019

Duración: 60 (días)

Continuar

Al seguir los pasos, llegamos a la siguiente pantalla:

Recomendaciones para el viaje

[« Volver](#)

En relación con los datos que ha facilitado de su viaje, es aconsejable que tenga en cuenta las siguientes recomendaciones y presione el botón **CITAR** para reservar una cita en un **Centro de Vacunación Internacional**:

Vacunas obligatorias		
PAKISTAN	FIEBRE AMARILLA	Fiebre amarilla (2015): Requisitos del país: Se exige certificado de vacunación contra la fiebre amarilla a los viajeros mayores de 1 año de edad procedentes de cualquier parte de un país en donde haya riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y a aquellos viajeros que hayan realizado tránsitos de más de 12 horas en aeropuertos de países con riesgo de transmisión de fiebre amarilla. El Certificado de vacunación frente a la Fiebre Amarilla es válido durante 10 años. Recomendaciones de vacunación contra la fiebre amarilla: ninguna

Vacunas recomendables		
PAKISTAN	FIEBRE TIFOIDEA	Se recomienda esta vacuna ya que el riesgo de contraer esta enfermedad está asociado a bajas condiciones higiénicas en relación con la preparación y manipulación de los alimentos, con el control de la calidad del agua de bebida y con aquellos lugares donde la eliminación de aguas residuales no se controla.
PAKISTAN	HEPATITIS B	En función de las actividades de riesgo previstas de deberá valorar la recomendación de esta vacuna, si no ha pasado la enfermedad ni se han vacunado con anterioridad.
PAKISTAN	HEPATITIS A	Se recomienda esta vacuna, si no ha pasado la enfermedad ni se han vacunado con anterioridad.
PAKISTAN	ENCEFALITIS JAPONESA	Se recomienda la vacunación de encefalitis japonesa en algunas zonas rurales del país, por lo que deberá consultar con un Centro de Vacunación Internacional.
PAKISTAN	TETANOS-DIFTERIA	Todas las personas deben tener actualizada la inmunización frente a tétanos difteria. Esta vacuna se recomienda a todos los viajeros con independencia del viaje, por ser una enfermedad de distribución mundial. La vacuna se administra en cualquier servicio o centro sanitario.
PAKISTAN	POLIO	Se recomienda esta vacuna a las personas no inmunizadas previamente y en viajes a zonas de prevalencia de esta enfermedad.

Prevención de enfermedades emergentes		
En el caso de requerir medicación antipalúdica la indicación del medicamento debe realizarse de forma personalizada.		
PAKISTAN	Paludismo (2015):	Existe riesgo de paludismo por P. vivax y P. falciparum durante todo el año y en todo el país por debajo de 2.000 metros de altitud, especialmente en zonas rurales entre junio y septiembre inclusive. Prevención recomendada: C.
PAKISTAN	Dengue:	Transmitido por la picadura de mosquitos que pica durante la horas diurnas. Precauciones: Medidas para evitar las picaduras de los mosquitos, repelentes de insectos y mosquiteras impregnadas en insecticidas para dormir. Llevar ropa adecuada.

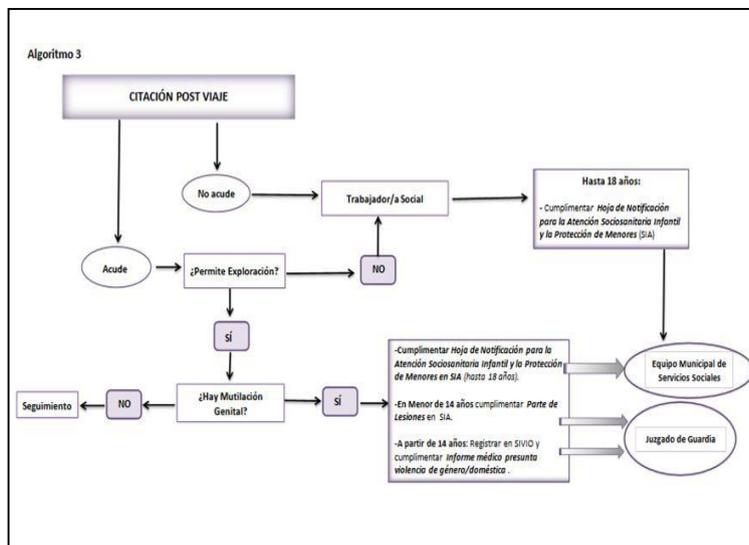
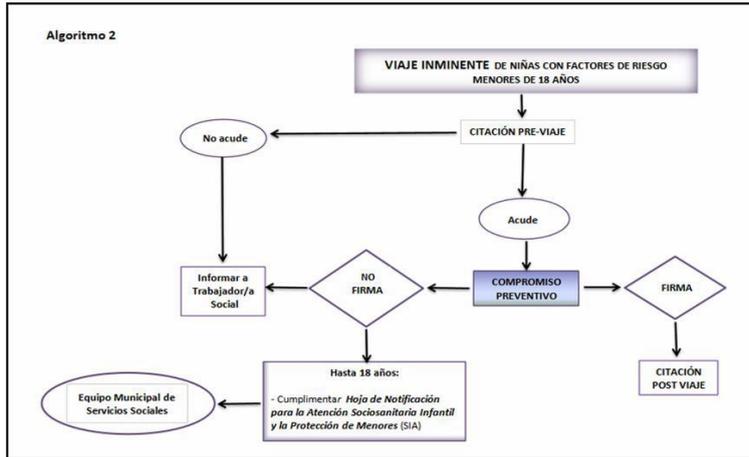
Citar con certificado digital

Sus datos personales se incorporarán de forma automática al sistema, y no precisará su validación una vez personado en el Centro de Vacunación Internacional

Citar sin certificado digital

Precisará la validación de sus datos personales una vez personado en el Centro de Vacunación

Seleccionando la vacuna se nos abrirá una página de recomendaciones



También se recoge en el protocolo el formulario para el Compromiso que deben firmar los padres antes del viaje, en el que se comprometen a acudir a la consulta a la vuelta del viaje. Deben salir de la consulta con fecha prevista para la visita, de forma que si no acuden se dará parte a Servicios Sociales.

En la visita de vuelta se comprobará que no se ha hecho la ablación a la niña

GENERALITAT VALENCIANA Anexo-1

COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Centro Sanitario: _____

Datos de la menor:

Apellidos y nombre: _____ Nº SIP: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Datos de la persona responsable de la menor:

Apellidos y nombre: _____ Nº SIP (o NIF/Nº pasaporte): _____

Vinculación: Padre: Madre: Tutor/a legal:

Declaración pediatra o médica/o:

Que en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Marco legal de la mutilación genital femenina en España:

- La mutilación genital femenina es reconocida a nivel internacional como una práctica que viola los Derechos Humanos y conlleva riesgos socio-sanitarios y psicológicos importantes.
- En España esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149-2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Mali, Senegal, etc.) en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores, y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

En conformidad con lo anterior:

- **DECLARO** haber recibido información, por el/la profesional sanitaria responsable de la salud de la niña, sobre diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO** a cuidar de la niña de la que soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En _____ de _____ de 20__

Firma: Madre/Padre/Responsable de la niña _____ Firma: Pediatra/ Médico/a _____

Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunitat Valenciana 43

4.4. EVALUACIÓN POST-VIAJE

Siempre es recomendable pactar una cita con los padres tras el viaje, en especial si este ha sido prolongado. Conviene que esta visita sea antes de la vuelta al colegio en previsión de que pueda ser portador de alguna enfermedad.

Se puede consultar el algoritmo de la aepap en el siguiente enlace:

<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/38/evaluacion-posviaje-del-nino-viajero->

Aunque el niño esté asintomático, según la duración y destino del viaje sí convendrá tomar muestras (parasitológico y/o hemograma y/o Mantoux) y estar alerta al menos durante 3 meses. Debemos estar especialmente atentos a fiebre, diarrea o problemas en la piel.

CONCLUSION

Como hemos visto, la atención en la consulta de primaria del niño internacional supone un reto para el pediatra, que debe mantenerse actualizado y con una actitud abierta para aprender de los pacientes y sus familias en un mundo cada vez más pequeño.

BIBLIOGRAFIA

- Guía de Actuación para la atención sanitaria del niño internacional. Consellería de Sanitat. GVA 2012 (anexo)
- Fichas resumen. La atención sanitaria al niño internacional. Conselleria de Sanitat. GVA. 2012. <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1693-2012.pdf>
- Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Calendario acelerado de vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2019. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf
- Protocolo de vacunación infantil en la Comunitat Valenciana. https://www.enferalicante.org/Documentos/2016/ProtocolodeVacunacionInfantil_diciembre%202016.pdf
- Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina de la Comunidad Valenciana <https://chguv.san.gva.es/documents/10184/894041/Mutilaci%C3%B3n+Genital+Femenina++Protocolo+Castellano.pdf/24e85452-af1d-4aa4-b0e3-d95dc4c9343b>
- Masvidal Aliberch RM. La atención a las niñas y a los niños inmigrantes. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 33-43 https://www.aepap.org/sites/default/files/033-043_atencion_ninas_y_ninos_inmigrantes.pdf
- Canadell D, Macipe R. Evaluación posviaje niño viajero. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. AEPap 2017. <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/38/evaluacion-posviaje-del-nino-viajero->

PATOLOGIA MENTAL EN EL NIÑO MIGRANTE

Dra. Gemma Ochando Perales

Unidad de atención al niño internacional

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

1. Factores Potenciales de riesgo en niños migrantes
2. Trastornos mentales en niños migrantes
3. Recomendaciones para el abordaje de trastornos mentales en la población migrante
4. Bibliografía



La mayoría de los niños migrantes atendidos en una consulta pediátrica proceden de países con menos recursos socio-sanitarios y presentan unos antecedentes y un contexto cultural característico. Este hecho unido, en ocasiones, a situaciones vitales difíciles, les hace más vulnerables a sufrir determinados trastornos mentales y/o a manifestar cuadros específicos. A continuación, se comentan algunos factores de riesgo, se presentan las patologías mentales de mayor incidencia y se proporcionan algunas recomendaciones para los pediatras.

1. FACTORES POTENCIALES DE RIESGO EN NIÑOS MIGRANTES

Los factores de riesgo que intervienen en la salud mental de los menores migrantes son:

➤ **Estrés premigratorio:**

- Situaciones que han motivado la migración (pobreza, guerra, exilio, persecución política y/o religiosa, desastres naturales, situaciones de abuso y/o maltrato...).
- Disfunción familiar (desintegración familiar al emigrar los padres en momentos distintos a los hijos, lo que motiva cambio de roles en el ámbito intrafamiliar y problemas de adaptación, etc.).

➤ **Estrés migratorio:**

- Migración ilegal.
- Viaje en condiciones difíciles (por ejemplo, en patera).
- Viaje sin acompañante...

➤ **Estrés posmigratorio:**

- Aislamiento social (separación de familiares y amigos, resistencia a la integración, riesgo de marginación, identificación con grupos marginales y/o delictivos, etc.).
- Sufrimiento por las pérdidas del entorno habitual (diferencias lingüísticas y culturales, cambio de clima, de leyes y normas...).
- Dificultades escolares (diferencias en modelos educativos, dificultades en la relación padres-profesores, conflicto de roles masculino/femenino, cambios en la escala de valores, etc.).
- Cambios en la dinámica familiar (dificultades en el apego por haber permanecido separados de los padres, cambio en el cuidador habitual, hogares monoparentales, horarios amplios de trabajo de los padres por lo que los hijos pasan mucho tiempo solos...).
- Problemas de adaptación o autoestima en los padres por dificultades laborales, situaciones de marginación social o ilegalidad, etc.
- Inaccesibilidad a los servicios sanitarios (falta de información por desconocimiento del idioma o diferencias culturales, falta de conocimientos sobre dietética y nutrición, higiene, vacunación, etc.).
- Dificultad en el mantenimiento del hogar (cambios frecuentes de domicilio, hogares compartidos, situaciones de hacinamiento, pobreza...).

Por ello, además de los problemas habituales en la infancia, pueden presentar otras enfermedades con características propias como las que se describen a continuación en los diferentes apartados del capítulo y que se resumen en la siguiente tabla.

PATOLOGÍA MENTAL EN EL NIÑO MIGRANTE	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	<i>Trastorno de ansiedad por separación Trastorno adaptativo Trastorno por estrés postraumático Síndrome de Ulises</i>
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	<i>Duelo migratorio complicado Depresión estacional Síndrome de depresión postergada</i>
TRASTORNOS SOMATOMORFOS	<i>Trastorno de conversión Trastorno por dolor Trastorno de somatización Trastorno dismórfico corporal</i>
OTROS TRASTORNOS	<i>Trastornos del vínculo Abuso de sustancias Trastorno del control de impulsos Conducta suicida Trastornos de la alimentación Trastornos de personalidad Síndromes dependientes de la cultura Maltrato infantil</i>

2. TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS MIGRANTES

Los niños migrantes pueden presentar las mismas patologías que el resto de los niños o adolescentes, pero debido a su situación de migración pueden presentar algunos trastornos específicos.

2.1. Trastorno de ansiedad:

Los trastornos más frecuentemente observados en el niño y adolescente migrante son los que aparecen a continuación.

2.1.1. Trastorno de ansiedad por separación

En niños que han emigrado en momentos distintos a los padres puede aparecer una ansiedad excesiva al separarse de los mismos durante periodos breves de tiempo. La ansiedad puede presentarse como:

- Preocupación injustificada al separarse de los padres, salir de casa, visitar amigos o ir al colegio.
- Miedo injustificado y patológico a que los padres sean víctimas de accidentes, enfermedades o catástrofes, con temor a perderlos y no volver a verlos.
- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo.
- Pesadillas y trastornos del sueño.
- Síntomas somáticos acompañantes (náuseas, abdominalgias, cefaleas, palpitaciones, vértigos, lipotimias o vómitos) en situaciones que implican una separación de la figura de apego.

- Malestar excesivo y recurrente en forma de ansiedad, llanto, tristeza, apatía, rabietas o retraimiento en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación.

Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad o derivar en otros trastornos psiquiátricos. Se consideran factores de mal pronóstico el inicio más tardío, la psicopatología familiar, el absentismo escolar de más de un año y la asociación a otros trastornos psiquiátricos o comorbilidad.

2.1.2. Trastorno adaptativo

El trastorno adaptativo se caracteriza por estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren en la vida general y que aparecen en un periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo (emigración, acogimiento, exilio...) o a un acontecimiento vital estresante (experiencias de separación, duelo, etc.). Los síntomas más frecuentes son:

- Humor depresivo, ansiedad y/o preocupación.
- Sentimiento de incapacidad para afrontar problemas o planificar el futuro.
- Malestar físico (cansancio, cefalea, tensión muscular, palpitaciones...).
- Conductas disociales (agresividad, conducta antisocial...) fundamentalmente en la adolescencia.
- Conductas regresivas.

2.1.3. Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático es considerado la patología más específica de los migrantes forzados, por ejemplo, aquellos que huyen de la pobreza, de desastres naturales o de guerras, aquellos que sufren persecución, etc. Los síntomas más frecuentes que pueden presentar son:

- Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma.
- Anhedonia.
- Evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.
- Estallidos de miedo, ansiedad, hipervigilancia o depresión.
- Trastornos del sueño.



2.1.4. Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

Esta patología aparece vinculada a las situaciones de estrés mantenido que presentan estos pacientes por la soledad, la lucha por la supervivencia, la sensación de fracaso, el duelo por las pérdidas o las situaciones de ilegalidad. La sintomatología más frecuente que presentan es:

- Síntomas depresivos: tristeza, llanto, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultad de concentración...
- Síntomas ansiosos: ansiedad de anticipación, pensamientos obsesivos, preocupación excesiva, problemas de sueño, nerviosismos, fobias...
- Síntomas somáticos: agotamiento, cefalea, vómitos, molestias digestivas y neurovegetativas...
- Síntomas conductuales: irritabilidad, agresividad, hiperactividad, cambios en el apetito...

- Síntomas disociativos: parestesias, mareos, crisis pseudoconvulsivas, desorientación temporoespacial, ideación delirante con interpretación cultural de su patología (mal de ojo, supersticiones, brujería...), etc.

2.2. Trastornos del estado de ánimo

A continuación, se describen brevemente algunos de los trastornos de estado de ánimo que se pueden presentar.

2.2.1. Duelo migratorio complicado

Hablamos de duelo migratorio complicado cuando la persona no puede hacer frente a las pérdidas experimentadas (familia, amigos, cultura, religión, costumbres, idioma, paisaje, estatus socioeconómico, pertenencia al grupo, seguridad física...).

Los síntomas que podemos encontrar son:

- Trastornos del sueño: insomnio, pesadillas, terrores nocturnos...
- Síntomas depresivos/ansiosos.
- Quejas somáticas: dispepsia, cefalea, algias difusas...
- Trastornos cognitivos: problemas de atención y/o concentración, pensamientos repetitivos e imágenes intrusivas, confusión...
- Trastornos conductuales: irritabilidad, hiperactividad...
- Sentimientos de ambivalencia: sentimientos de amor hacia el país de origen con el que posee fuertes vínculos y de odio hacia el país de acogida que le brinda oportunidades pero que a la vez le exige mucho esfuerzo de adaptación.

2.2.2. Depresión estacional

En niños procedentes de países soleados puede aparecer un episodio depresivo cuando los días se acortan. Dicho proceso o depresión estacional mejora con exposición a la luz y aire libre.

2.2.3. Síndrome de depresión postergada

El síndrome de depresión postergada es un episodio depresivo que aparece tras varios meses o años de la llegada del inmigrante al país de acogida a consecuencia del agotamiento que le ha supuesto el primer periodo de adaptación.



2.3. Trastornos somatomorfos

Los trastornos somatomorfos que con mayor frecuencia podemos encontrar en esta población son los indicados a continuación.

2.3.1. Trastorno de conversión

En estos trastornos de conversión se produce una alteración o pérdida (parcial o completa) de una función física, generalmente neurológica, sin causa orgánica evidente, en respuesta a las situaciones de estrés vividas (paresias, mareos, pérdida de conciencia...).

2.3.2. Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos

El trastorno por dolor asociado a factores psicológicos se caracteriza por la presencia de un dolor que provoca incapacidad para acudir a la escuela, la utilización reiterada del sistema sanitario y/o el consumo de fármacos o problemas de relación.

2.3.3. Trastorno de somatización

El rasgo principal de este trastorno de somatización es la presentación reiterada de síntomas somáticos múltiples y recurrentes acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos y continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, pero generalmente suelen ser gastrointestinales (dolor, regurgitaciones, vómitos, náuseas...), cefaleas y síntomas dérmicos (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento...).

2.3.4. Trastorno dismórfico corporal

En el trastorno dismórfico corporal existe una preocupación excesiva por alguna diferencia física respecto a la población nativa.

2.4. Otros trastornos mentales

En este apartado se desarrollan otros trastornos y síndromes que se pueden presentar en población inmigrante.

2.4.1. Trastornos del vínculo o del apego

Los niños migrantes cuyos padres migraron en los primeros años de su vida reconocen como figura de apego a aquella persona que les ha cuidado durante dichos años (abuelos, tíos u otros cuidadores) y pueden sentir como extraños a sus propios padres.

2.4.2. Trastornos relacionados con abuso de sustancias

Algunas sustancias que son aceptadas en determinadas culturas (opio, peyote, coca, cannabis...) o de fácil acceso por hiperprescripción médica en sus países de origen (anfetaminas, benzodiacepinas...), son de difícil disponibilidad en nuestro país. Esta restricción puede provocar una disminución en su consumo e incluso un abandono, pero también puede asociarse con un comercio y consumo ilícito.

Entre los menores migrantes no acompañados es frecuente el uso de inhalantes por su bajo coste y fácil acceso (hidrocarburos alifáticos, pegamentos, disolventes, gasolina, hidrocarburos halogenados como sprays o líquido corrector de máquinas).

2.4.3. Trastornos del control de impulsos

Las condiciones desfavorables de vida de muchos migrantes pueden ser un factor de riesgo para la delincuencia, la aparición de conductas violentas, la sociopatía y el trastorno del control de impulsos (juego patológico), mayor que en la población autóctona.

2.4.4. Conducta suicida

El tipo de conducta suicida (tentativa o suicidio consumado), la frecuencia y el motivo puede variar dentro del mismo grupo étnico dependiendo del contexto socio-económico-cultural. La conducta suicida es menos frecuente en culturas con fuertes raíces religiosas, con actitud de rechazo social, bajos niveles de estrés social y subdesarrollo.

2.4.5. Trastornos de alimentación

Existe una mayor tasa de trastornos de alimentación en hijos de migrantes no occidentales que se establecen en zonas occidentales. Esta vulnerabilidad puede ser debida a cambios en los modelos alimentarios o a la propia tensión del proceso de migración.

2.4.6. Trastornos de personalidad

La cultura de una sociedad puede favorecer la aceptación de determinados tipos de conducta y rasgos de personalidad, por lo que el emigrante puede quedar expuesto a unos criterios diferentes de personalidad ideal y su conducta puede interpretarse como inadecuada.

2.4.7. Síndromes dependientes de cultura

Son patrones de comportamiento aberrante, perturbadores y recurrentes que vienen determinados por la localización geográfica, estando en ocasiones relacionados con alguna categoría de la clasificación diagnóstica DSM-IV. Incluyen conceptos populares y creencias sobrenaturales (brujería, posesiones...).

2.4.8. Maltrato infantil

Algunos padres de niños de determinadas regiones se consideran propietarios de sus hijos y mujeres y utilizan una disciplina agresiva o negligente. Cualquier cuestionamiento por parte del niño es interpretado como deslealtad filial y falta de respeto a la autoridad.

El contraste con las tendencias actuales educativas puede ser percibido por el niño al incorporarse a la cultura de su nuevo país, pudiendo llevar a cabo conductas transgresoras hacia la autoridad familiar, con riesgo de sufrir maltrato.

3. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN MIGRANTE

Para atender correctamente a los pacientes migrantes en las consultas pediátricas es importante tener en cuenta una serie de consideraciones generales:

- Reconocer la importancia de la raza, etnia y cultura en la relación terapéutica de las que depende la aceptación de la enfermedad, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la adherencia al tratamiento.
- Realizar un registro y seguimiento de los signos de alarma.
- Valorar posibles situaciones de estrés añadido en las revisiones habituales de salud y ante quejas reiteradas, aunque sean somáticas.
- Recomendar participación en programas habituales de salud: salud materno-infantil, vacunación, preparación al parto, planificación familiar...
- Facilitar la accesibilidad al sistema sanitario.
- Contribuir a la divulgación de campañas sanitarias específicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gomez Ayala, A.E. (2005). Inmigración y salud mental. El síndrome de Ulises. Elsevier Vol.19 (7): 60-63. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-inmigracion-salud-mental-13077363>
- Ochando Perales, G; Casino Garcia, A; Llinares Insa, I. (2012). Salud mental en el niño inmigrante. En: Guía de actuación para la atención sanitaria del niño internacional. Ed: Generalitat. Conselleria de Sanitat. 105-113.
- Padrones Prieto, I (2014). Otras enfermedades del niño inmigrante. P.133-154. En: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/otras_enfer.pdf

PATOLOGIA INFECCIOSA EN EL NIÑO MIGRANTE

Dra. Carmen Otero Reigada
Enfermedades infecciosas. Hospital Quirón-Salud. Valencia

Dra. M^a Ángeles Delás González
Especialista en Microbiología y Parasitología

1. Actuación para el estudio de enfermedades infecciosas en el niño inmigrante
2. Pruebas complementarias específicas para cuadros infecciosos
3. Cuadros clínicos infecciosos más frecuentes
4. Bibliografía



Según datos de la OMS publicados este año, en el año 2016 murieron 2,6 millones de niños en su primer mes de vida. Se estima que cada día mueren unos 7.000 recién nacidos, lo que significa que el 46% de las muertes de <5 años tienen lugar durante el periodo neonatal. La gran mayoría de estas muertes se deben directa o indirectamente a las enfermedades infecciosas.

- Los fallecimientos neonatales se deben principalmente a partos prematuros, asfixias durante el parto e infecciones.
- Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son neumonía, diarrea infecciosa y paludismo.
- La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

Por lo tanto, es un hecho que las enfermedades infecciosas son las que más muertes causan en la población infantil, sobre todo en los países subdesarrollados o en conflicto bélico. Estos países son, precisamente, desde donde proceden la gran mayoría de los niños inmigrantes, por lo que el diagnóstico de las enfermedades infecciosas importadas prevalentes en esas áreas cobra un especial interés.

1. ACTUACIÓN PARA EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL NIÑO INMIGRANTE

Ante las posibles enfermedades infecciosas importadas se ha de tener siempre en mente la sospecha diagnóstica y remitir al niño al hospital de manera inmediata siempre que existan:

- Manifestaciones neurológicas.
- Distrés respiratorio.
- Hipotensión arterial.
- Clínica hemorrágica.

El Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap (2018) establecen los puntos más importantes en su "Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes (PANNI)" para el estudio de enfermedades infecciosas (cuadro 1).

Como ya ha expuesto anteriormente, de las pruebas complementarias iniciales, sólo se aconseja solicitar a los niños incluidos en el PANNI: hemograma, ferritina y sideremia, serología HBs Ag, parásitos intestinales y prueba de tuberculina (PT).

Recordad que, si se quieren solicitar más pruebas, se han de justificar por las condiciones del niño, procedencia y factores de riesgo.

Se ha de prestar especial atención en el momento de la primera exploración física:

- Si el niño presenta macrocefalia y/o retraso psicomotor, descartar toxoplasmosis, hipotiroidismo y malformaciones congénitas.
- Si presenta microcefalia no familiar, descartar rubeola, toxoplasmosis, sífilis y la infección por el virus Zika, si proviene de zonas endémicas.

Cuadro 1. Puntos más importantes del Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes (PANNI) para vigilancia de enfermedades infecciosas.
<ul style="list-style-type: none"> • El PANNI va dirigido a los niños procedentes de países de renta baja.
<ul style="list-style-type: none"> • El protocolo se individualizará según lugar de procedencia, historia clínica, edad y nivel socioeconómico de la familia.
<ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos del PANNI son conocer el estado de salud, tratar las enfermedades que padeciera para su propio beneficio y el de la comunidad, actualizar el calendario de vacunas y aplicar el protocolo de actividades preventivas y promoción de la salud adecuados a su edad.
<ul style="list-style-type: none"> • La sistemática de la visita será: anamnesis detallada, exploración física minuciosa y exámenes complementarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Se les debe hacer una prueba de tuberculina (PT) y si esta es positiva se ha de realizar un test de liberación de interferón gamma específico (IGRA) para descartar que no sea debido a la vacuna BCG.
<ul style="list-style-type: none"> • En todo niño con fiebre procedente de una zona endémica de malaria, sobre todo si procede de África subsahariana, se debe descartar paludismo de forma rápida por la potencial gravedad de la enfermedad.
<ul style="list-style-type: none"> • En los procedentes de América Latina continental se investigará la posibilidad de padecer la enfermedad de Chagas.
<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los niños inmigrantes viajarán a su país de origen de vacaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • El pediatra deberá informar de las medidas preventivas para evitar las enfermedades más comunes que pueden contraer durante su estancia, de las vacunas necesarias y del control al regreso del viaje si presenta sintomatología.
<p>Fuente: Modificado de: Masvidal RM. Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap La atención a las niñas y a los niños inmigrantes. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 33-43.</p>

1.1. Determinación del HBs Ag

Ha de realizarse siempre. Incluso si el niño ha sido vacunado de hepatitis B, es necesaria su determinación, ya que, en la mayoría de los casos, sus madres no han sido controladas durante su embarazo.

1.2. Estudio parasitológico en heces

Se recomienda, en principio, su estudio en tres muestras de heces obtenidas en días alternos, indicando en la petición el lugar de origen del niño.

También se recomienda el tratamiento sistemático de todos los inmigrantes con antiparasitarios (mebendazol, albendazol), pero como este tratamiento no cubre a todos los parásitos intestinales, se debe de realizar de todas formas el estudio parasitológico de las heces.

Hay autores que incluso recomiendan realizar los estudios parasitológicos en heces por triplicado (9 muestras), para incrementar la sensibilidad.

En los laboratorios de los grandes hospitales se puede realizar la detección de antígenos de *Giardia* spp y *Entamoeba histolytica*, entre otros, y estudios moleculares mediante la utilización de un panel sindrómico para infecciones gastrointestinales mediante técnicas de PCR. Estas últimas son técnicas rápidas pero caras y poco contrastadas.

1.3. Cribado de tuberculosis (TB)

Se justifica por la alta prevalencia de esta enfermedad en los países en desarrollo.

- Si no hay sospecha clínica en el momento de la exploración, se debe realizar la PT como mínimo a los 2-3 meses desde la llegada del niño a España, para evitar que se encuentre en periodo ventana.
- Es importante preguntar por los antecedentes de contacto con algún posible enfermo de TB.
- La gran mayoría de niños procedentes de estos países están vacunados de BCG. Se ha de intentar localizar siempre la cicatriz de la vacuna BCG que normalmente está situada en el deltoides, pero que puede encontrarse también en antebrazo, espalda, muslo, nalgas u otras localizaciones.
- Las pruebas de screening de TB se han de repetir a los 6 meses, si es necesario.
- Hoy en día, existen dos pruebas diferentes para evidenciar si una persona ha estado expuesta a la *M. tuberculosis*:
 1. **Prueba de la tuberculina (PT):** puede presentar falsos positivos debido a que *M. tuberculosis* posee antígenos comunes con *M. bovis*, BCG y el resto de micobacterias no tuberculosas.
 2. **Prueba de liberación del inmunoforon gamma (IGRA):** no se ven influenciados por la vacuna BCG, ni por la mayoría de las micobacterias ambientales. La principal ventaja es su utilidad precisamente para el diagnóstico de la infección tuberculosa en niños vacunados con BCG.
 - Ninguna de estas dos pruebas tiene una sensibilidad del 100%, sobre todo en niños <5 años.
 - Dado que la PT en principio sirve para todas las edades, se realizará en el cribado inicial y, si el resultado es positivo o indeterminado en el niño vacunado con BCG, se solicitará un IGRA para descartar los posibles falsos positivos de la PT.
 - Los niños inmunodeprimidos, los que han tenido un contacto reciente con un enfermo tuberculoso o los que tienen un cuadro clínico o radiológico compatible con TB se deben de valorar de forma individual.
 -

2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ESPECÍFICAS PARA CUADROS INFECCIOSOS

2.1. Serología de Virus de la hepatitis A

- Se ha de realizar cuando se quiere saber si el niño ha pasado o no la enfermedad antes de vacunar.
- En numerosas ocasiones, la HA puede cursar de manera asintomática, especialmente en la edad pediátrica.
- En los países en desarrollo, la infección por VHA suele producirse masivamente durante la infancia. Los niños <5 años son los principales transmisores de la enfermedad.
- Como la vacuna frente al VHA no es incompatible con una infección pasada, muchas veces se prefiere vacunar directamente, en vez de esperar al resultado de la serología.

2.2. Serología para VIH, sífilis y hepatitis C

- Se han de realizar en los niños procedentes de África subsahariana, adoptados, hijos de madres de riesgo, adolescentes sexualmente activos, niños que hayan sufrido intervenciones sin las condiciones sanitarias adecuadas (tatuajes, *pearsing*, inyectables, circuncisión o mutilación genital, etc.) o los que hayan recibido transfusiones o tratamientos vía parenteral.
- En niños procedentes de países de alta endemia se aconseja realizar la determinación de los anticuerpos frente al VHC a sus madres y si estas son positivas, a los hijos.

2.3. Cribado de la enfermedad de Chagas

- Según los protocolos actuales realizados por consensos de expertos, se realizará a todos los niños procedentes de América Latina (Centro y Sudamérica), excepto las islas del Caribe, y a las mujeres embarazadas procedentes de estas zonas.
- Es importante tener en cuenta que la enfermedad de Chagas también es una infección de transmisión vertical, que puede ser transmitida al 5% de los recién nacidos de madres infectadas.

2.4. Cribado de esquistosomiasis urogenital

- En los niños procedentes de África subsahariana, países de la cuenca del Nilo y de Oriente Medio, asociada a baños en lagos y lagunas de agua dulce.
- El cribado se realizará mediante una tira de orina (mejor tras ejercicio). En caso de que haya hematuria se procederá a la recogida de muestras de orina seriadas para la detección del parásito.

2.5. Paludismo o malaria

- Mantener siempre una actitud de alerta en cualquier niño o adolescente proveniente de un área endémica (África subsahariana, Asia y Sudamérica) y que presente fiebre, aunque hay que recordar que en el momento de la exploración/evaluación el niño puede estar afebril.
- Debido a la elevada morbimortalidad de la malaria por *Plasmodium falciparum*, se aconseja que, ante un niño inmigrante con fiebre procedente de una zona endémica dentro de los tres meses siguientes a la migración, se realice de urgencia diagnóstico diferencial de malaria:
 - Gota gruesa
 - Extensión de sangre periférica
 - Test de diagnóstico rápido de malaria (inmunocromatografía).
- La sangre debe extraerse en cuanto se sospeche malaria, haya o no fiebre en ese momento. Puede ser necesario extraer hasta 3 muestras para descartar la infección, sobre todo en pacientes que han recibido fármacos antipalúdicos como profilaxis o tratamiento.
 - Se debe disponer del resultado de forma urgente (menos de 3h tras la extracción). El retraso en el diagnóstico no debe retrasar el inicio de tratamiento antimalárico empírico si la probabilidad de malaria es alta y el niño está grave.
 - Recordad que el paludismo es una enfermedad con un gran polimorfismo clínico que puede cursar con clínica muy variada e inespecífica (fiebre sin foco, síndrome gripal, vómitos, diarrea, tos, esplenomegalia, encefalopatía, etc.).

3. CUADROS CLÍNICOS INFECCIOSOS MÁS FRECUENTES

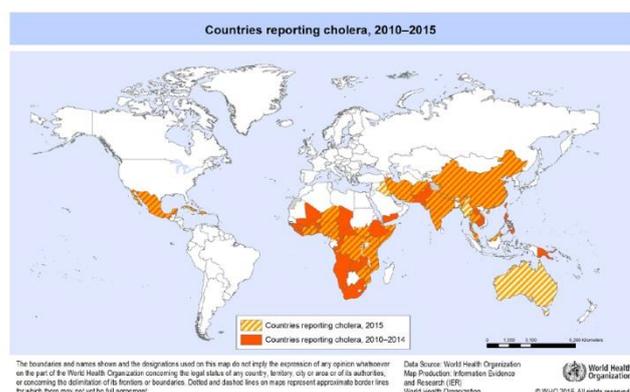
Cuando el pediatra realiza una primera evaluación clínica de un niño inmigrante, en ocasiones, ya se pueden diagnosticar infecciones potencialmente graves o muy graves, que pueden poner en peligro la vida del niño y que van a necesitar una **intervención inmediata**:

- Ante **manifestaciones neurológicas** como distress respiratorio, hipotensión arterial
- Ante **clínica hemorrágica** mucocutánea (petequias, equimosis, púrpura, gingivorragias, etc.) o de otra localización (epistaxis, hemorragia digestiva, hematuria, etc.) el niño debe ser hospitalizado inmediatamente.
- Si procede de un área prevalente de **paludismo**, se debe considerar la administración de un tratamiento empírico-presuntivo frente a *P. falciparum*.

A continuación, se van a desarrollar los principales los síndromes infecciosos y sus agentes infecciosos que se pueden encontrar durante la primera evaluación clínica del niño inmigrante.

3.1. SÍNDROME GASTROINTESTINAL

- La importancia radica en su alta prevalencia y su distribución mundial.
- La diarrea aguda es uno de los síndromes más frecuentes. Por lo general, ocurre durante la primera semana de estancia y se resuelve espontáneamente en unos pocos días.
- En el 20-50% de las diarreas agudas no se llega a un diagnóstico etiológico.
- Los parásitos intestinales son los responsables de hasta un 22% de los casos de las diarreas crónicas.
- Se ha de tener en cuenta que las disbacteriosis producidas por tratamientos antibióticos también producen síndromes diarreicos, por lo que hay que investigar si el niño ha estado tratado con algún antibiótico previamente.
- Las toxinas pueden estar presentes en alimentos mal conservados, carne, pescado, mariscos, cereales, lácteos, etc, causando diarrea aguda.
- Muchos niños inmigrantes que presentan síntomas de enfermedades parasitarias intestinales, a menudo se diagnostican erróneamente como síndrome del intestino irritable o enfermedad intestinal infamatoria.
- Se ha de pensar también en otros tipos de diarrea, principalmente la crónica por enfermedad inflamatoria intestinal, tumores, medicamentosa, carcinoide, gastrinoma, tirotoxicosis o colitis isquémica que normalmente no están relacionadas con la migración.



3.2. SÍNDROME FEBRIL

- Ante un niño inmigrante con síndrome febril lo primero que hay que tener en cuenta es su país de procedencia para enfocar el diagnóstico diferencial (tabla 2). A continuación, se destacan las más importantes:
 - Dengue en procedentes del Caribe y sudeste de Asia.
 - Malaria en África subsahariana.
 - Rickettsiosis en el cono sudafricano.
 - Fiebre tifoidea en el subcontinente Indio
 - Viriasis por VEB o CMV en toda América.
- Hasta un 20% de las fiebres son procesos autolimitados y banales que quedan sin diagnosticar y que probablemente se deban a infecciones víricas.
- Es importante considerar las causas de fiebre, shock y hemorragia tales como malaria, sepsis, leptospirosis, infecciones por rickettsias y meningococemia antes de diagnosticar una fiebre vírica hemorrágica.
- Todas las fiebres hemorrágicas pueden comenzar con una enfermedad febril inespecífica y las manifestaciones hemorrágicas se manifiestan sólo en una minoría.
- Entre las causas de fiebres hemorrágicas víricas se incluyen las fiebres de Lassa, Ébola y Marburg (África); fiebre de Junín y de Machupo (Argentina y Bolivia); fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (África, Asia, Europa oriental).
- El periodo de incubación de las fiebres víricas hemorrágicas es de menos de tres semanas. A pesar de su notoriedad, son raras en los niños inmigrantes. Se pueden transmitir de persona a persona, por lo que hay que adoptar las medidas necesarias para evitar su diseminación.

3.3. SÍNDROME CUTÁNEO

- Las causas más frecuentes en el niño migrante son:
 - Bacterias comunes: estreptococos, estafilococos: impétigo, celulitis, forúnculos, etc.
 - Picaduras de insectos.
 - Micosis superficiales (dermatofitos).
 - Ectoparásitos (sarna, larva migrans cutánea, tungiasis, entre otras).
- Recordad que varias enfermedades sistémicas y graves tienen manifestaciones cutáneas asociadas, como las fiebres víricas hemorrágicas, dengue, rickettsiosis o tripanosomiasis africana.
- Otras causas de afectación cutánea no infecciosas a tener en cuenta son medicamentos (alergia, fototoxicidad ...), dermatitis de contacto, quemaduras, acné, dermatitis atópica, psoriasis, etc.
- Tanto el pediatra como el dermatólogo deben “aprender” a explorar la piel del niño inmigrante, muchos de ellos con un color diferente y con características que en su raza pueden ser normales y que se pueden interpretar como patológicos.
- En la tabla 3 se muestran resumidos la mayoría de los procesos infecciosos y no infecciosos más frecuentes en los niños inmigrantes, en función de la clínica cutánea que presenten.

Tabla 2. Procesos infecciosos y no infecciosos según la clínica cutánea.				
Edema	Lesiones migratorias en piel y tejidos blandos	Vesículas	Lesiones pápulo-escamosas	Escaras
Filariasis Triquinosis	Larva migrans Filariasis Miasis	Herpes Varicela Quemaduras Fotodermatitis	Micosis Psoriasis	Sobreinfección picaduras Rickettsiosis Tripanosomiasis africana Peste Ántrax Tularemia
Prurito	Nódulos	Lesiones verrucosas	Eritema nodoso	Equimosis/petequias
Sequedad ambiental Filariasis Escabiosis Sarna Picaduras por artrópodos Tungiasis	Cisticercosis Filariasis Toxocariasis Leishmaniasis Bartonelosis Enfermedad de Lyme Micobacteriosis Sífilis Tuberculosis Queloides	Bartonelosis Tuberculosis Histoplasmosis Leishmaniasis	Tuberculosis Brucelosis Bartonelosis Lepra Psitacosis Estreptococia Tularemia Yersiniosis VEB CMV	Dengue Fiebre amarilla Fiebre vírica hemorrágica Meningococia
Tracto lineal	Úlceras cutáneas	Alteraciones pigmentación (hipopigmentación)		Máculo/ pápulas
Linfangitis Esporotricosis Larva migrans Fotodermatitis	Pioderma Artrópodos Leishmaniasis Miasis Antrax	Leishmaniasis visceral Lepra Oncocercosis Tiña versicolor Sífilis Vitíligo		Bartonelosis Brucelosis Dengue Picaduras Eccema Escabiosis Sífilis Rubeola
Linfangitis	Genitales	Hiperpigmentación		
Infección bacteriana (lo más frecuente) Filariasis linfática Leishmaniasis	Sífilis Herpes cancroide Linfogranuloma venéreo Gonococia Chlamydia	Eritrasma Loiasis Esquistosomiasis Post-inflamatorias		
Fuente: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de enfermedades infecciosas importadas. López-Vélez R, Martín-Echevarría E. 2008.				

3.4. SÍNDROME EOSINOFÍLICO

- Las zonas de origen de los niños inmigrantes suelen ser zonas endémicas de parasitosis, muchos de ellos causantes de eosinofilia. Se han de descartar todas las posibles causas de eosinofilia en estos niños, sobre todo las alergias.
- Se considera eosinofilia cuando el recuento en sangre periférica es >400 eosinófilos/mm³.
- Los parásitos que más frecuentemente cursan eosinofilia en el niño inmigrante son muy numerosos y generalmente se relacionan con una afectación tisular del hospedador en su ciclo vital:

Ascaris lumbricoides, Necator americanus, Ancylostoma, Strongyloides stercoralis, Trichinella spiralis, Toxocara canis/catis, Ancylostoma brasilensis, Wuchereria bancrofti, Brugia Malayi, Onchocerca volvulus, Loa loa, Dirofilaria immitis, Mansonella ozzardi, M. perstans, M. streptocerca, Taenia solium, T. saginata, Equinococcus granulosus, E. multilocularis, Schistosoma mansoni, S. haematobium, S. japonicum, Trichobilharzia sp., Clonorchis sinensis, Fasciola hepática y Paragonimus westermani.

3.5. SÍNDROME NEUROLÓGICO

- Las afectaciones neurológicas en estos niños pueden ser desde alteraciones del ritmo vigilia-sueño, a cambios en la personalidad, nivel de conciencia, delirium, convulsiones, déficit neurológico, etc.
- Se debe prestar especial atención a la alteración del nivel de conciencia, los signos meníngeos (rigidez de nuca, convulsiones), o cualquier signo de focalidad neurológica, ya que alertan de una enfermedad neurológica grave.
- Las enfermedades que principalmente pueden provocar afectación del SN son:

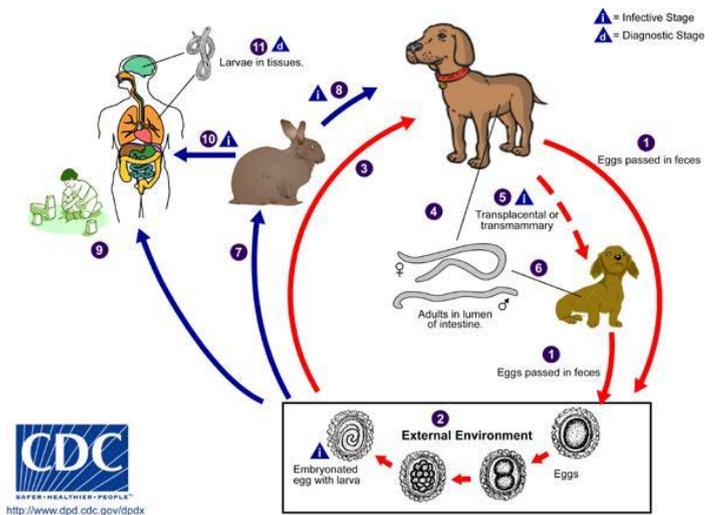
Paludismo, cisticercosis, toxoplasmosis en VIH, virus Zika, meningitis bacterianas, lepra, HTLV-I (paraparesia espástica tropical), criptococosis en VIH, encefalitis víricas, hidatidosis, neurosífilis, secuelas de poliomielitis, TB meníngea, tripanosomosis africana (enfermedad del sueño), esquistosomiasis (mielitis), meningoencefalitis en tripanosomosis americana, absceso cerebral amebiano, paragonomiasis, rabia, meningitis por fiebre recurrente, enfermedad de Lyme, tifus, bartonelosis, meningoencefalitis eosinofílica (*Angiostrongylus cantonensis, Loa loa, Gnathostomaspinerum*, cisticercosis), latirismo, Beri-beri e intoxicación por plomo.

3.6. SÍNDROME OFTALMOLÓGICO

- La afectación ocular puede ser la primera manifestación e incluso la única de la infección importada, cuya vía de acceso puede ser muy variada, como la vía hemática, linfática, conjuntival, etc.
- La infección suele estar localizada o afectar a una única estructura del ojo.
 - Las enfermedades más frecuentes son: conjuntivitis víricas y bacterianas, oncocercosis, loiasis, *pterigium* y cicatrices corneales residuales.
 - También tracoma, cisticercosis, toxoplasmosis, sarampión, avitaminosis A, *oftalmía neonatorum*, TB ocular, toxocarosis ocular, neuritis óptica nutricional, retinitis tóxica por fármacos (cloroquina), blefaritis por *Demodex spp*, lepra, amebiasis corneal, enfermedad de Chagas (signo de Romaña) y micosis profundas.
 - Menos frecuentes: gnathostomiasis, esparganosis, thellazosis, pentastomiasis.

3.7. SÍNDROME RESPIRATORIO

- Las infecciones del aparato respiratorio superior son las frecuentes en la edad pediátrica (sinusitis, otitis media y externa).
- En los niños inmigrantes, las infecciones del tracto respiratorio inferior (bronquitis, neumonías) se presentan, en muchas ocasiones, de forma atípica.
- Se deben descartar enfermedades de alta prevalencia en sus países de origen.
- Con frecuencia son: TB, migración pulmonar de nematodos, eosinofilia pulmonar tropical, paludismo, toxocariasis (larva migratoria visceral), hidatidosis, micosis profundas (histoplasmosis y otras), esquistosomiasis, amebiasis (con rotura a pleura), melioidosis, paragonomosis y peste, entre otras.



3.8. SÍNDROME URINARIO

- Suelen presentar infecciones como: TB gérito-urinaria y esquistosomosis (hematuria, síndrome nefrótico, hidronefrosis, calcificaciones, infertilidad, cáncer vesical).
- También se pueden encontrar: quiluria en filariasis, glomerulonefritis postestreptocócica, amiloidosis renal secundaria (TB, lepra...), malaria (síndrome nefrótico en *P. malariae*), insuficiencia renal aguda (malaria, fiebre vírica con síndrome renal, hantavirus, necrosis tubular secundaria a hemólisis en hemoglobinopatías), amebiasis genital, leishmaniasis mucocutánea genital, enfermedad de Chagas con afectación seminal y blastomycosis, entre otros.

3.9. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se han de descartar siempre en el niño inmigrante, ya que su situación de desamparo le hace muy vulnerable a sufrir abusos sexuales.
- Estas ETSs pueden ser poco frecuentes en Europa, (como donovanosis o cancroide), o ser comunes, pero con diferentes patrones de sensibilidad antibiótica.
- La secreción genital abundante orienta hacia una infección por gonococo y/o *Chlamydia trachomatis*.
- Las úlceras genitales pueden producirse por sífilis, herpes o cancroide y menos frecuentemente por donovanosis y, aún más raro, por linfogranuloma venéreo.
- Las adenopatías inguinales supurativas cercanas a una lesión genital orientan hacia cancroide o linfogranuloma venéreo.

3.10. SÍNDROME VÍSCERO-MEGÁLICO

- La hepatomegalia y esplenomegalia son hallazgos relativamente frecuentes en las infecciones tropicales y están relacionados con la afectación sistémica de la infección.
- Las causas que pueden producirla son numerosas:
 - Malaria, síndrome de esplenomegalia malarica reactiva,
 - Hepatitis víricas crónicas con cirrosis o hipertensión portal,
 - Leishmaniasis visceral,
 - Absceso hepático amebiano,
 - Anemias hemolíticas crónicas,
 - Fiebre tifoidea,
 - Brucelosis,
 - TB diseminada,
 - Esquistosomiasis,
 - Toxocariasis,
 - Hidatidosis,
 - Fascioliasis,
 - Clonorquiasis,
 - Tripanosomiasis africana
 - Tumores,
 - Siderosis
 - Enfermedad de Wilson
 - Enfermedad veno-oclusiva (Budd-Chiari),
 - Siderosis Bantú,
 - Cirrosis infantil de la India,
 - Fiebre recurrente,
 - Micosis profundas (histoplasmosis, paracoccidioidomicosis),
 - Granulomatosis hepática (TB, fiebre Q, brucelosis, sífilis, lepra, leishmaniasis visceral, esquistosomiasis, toxocariasis, micosis)
 - Abscesos bacterianos secundarios (especies de *Ascaris*, *Opisthorchis*, *Fasciola*, *Schistosoma*, y colangiocarcinoma).

BIBLIOGRAFIA

- Baker SM, Li LZ, Steele RW. Detainment of Immigrant Children. *Clinical Pediatrics*. 2019; 58: 266-269. DOI: 10.1177/0009922818817301
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de enfermedades infecciosas importadas. López Vélez R, Martín Echevarría E. 2008. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/GuiaEnfInflmp.pdf>
- Krepis P, Krepis A, Argyri I, Aggelis A, Soldatou A, Papaevangelou V, Tsolia M. Childhood Visceral Leishmaniasis: Distinctive Features and Diagnosis of a Re-emerging Disease. An 11-year Experience From a Tertiary Referral Center in Athens, Greece. *Pediatr Infect Dis J* 2018; 37: 419-423. DOI: 10.1097/INF.0000000000001797
- Masvidal RM, Canadell D, Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. *Act Pediatr Aten Prim*. 2017; 10: 3-15. Disponible en: http://archivos.fapap.es/files/639-1471-RUTA/02_Actualizacion_PANNI.PDF
- Masvidal RM. La atención a las niñas y a los niños inmigrantes. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 33-43. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/033043_atencion_ninas_y_ninos_inmi%20grantes.pdf
- Mohapatra S, Alcid D, Pitchumoni CS. Beyond OP. *Times Three*. *Am J Gastroenterol J Gastroenterol*. 113: 805-818. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0083-y>
- Muñoz J, Rojo-Marco G, Ramírez-Olivencia, *et al*. Diagnóstico y tratamiento de la malaria importada en España: Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Malaria de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33 (6):e1–e13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-%20microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X14000196>
- Negre S, Otero C, Ochando G. Patología física no infecciosa. Fichas resumen de la Patología Física Infecciosa. La atención Sanitaria del niño Internacional. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012. ISBN: 978-84-482 57-4. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1693-2012.pdf>
- Okubo Y, Miyairi I, Michihata N, Morisaki N, Kinoshita N, Urayama, KY, Yasunaga H. Recent prescription patterns for children with acute infectious diarrhea. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 68 (1):13-16, January 2019
- OMS. Centro de prensa. Reducción de la mortalidad en la niñez. 19/9/2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-%20reducing-mortality>
- Sejvar J. Zika Virus and Other Emerging Arboviral Central Nervous System Infections. *Continuum (minneapolis)* neuroinfectious disease. 2018; 24:1512– 1534. PMID: 30273250 DOI: 10.1212/CON.0000000000000652
- Vicente Villa A. Dermatología en niños emigrantes. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones. 2010. p.163-8. Disponible en: www.aepap.org

PATOLOGIA NO INFECCIOSA DEL NIÑO MIGRANTE

Dra. Carmen Otero Reigada

Enfermedades infecciosas. Hospital Quirón-Salud. Valencia

- 1.- Síndrome Alcohólico Fetal
- 2.- Anemia de Células Falciformes
3. Talasemias
4. Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa
5. Déficit de lactasa
6. Desnutrición
7. Hipotiroidismo y déficit de yodo
8. Ferropenia
9. Déficits vitamínicos



En general, se establecen tres tipos de enfermedades no infecciosas en los niños inmigrantes:

- Enfermedades con elevada prevalencia en el país de origen.
- Debidas a la ausencia de medidas preventivas y por déficits nutricionales.
- Intoxicación por metales pesados, tabaquismo pasivo o exposición a radiaciones ionizantes.

A continuación, se van a explicar las enfermedades no infecciosas más frecuentes, en el niño inmigrante a tener en cuenta por el pediatra y su equipo.

1. SINDROME ALCOHOLICO FETAL

El síndrome alcohólico fetal es una afección del niño que se deriva de la exposición al alcohol durante el embarazo de la madre. Provoca daño cerebral y problemas de crecimiento.

Los problemas causados por el síndrome alcohólico fetal varían según el niño, pero los defectos provocados por este síndrome son irreversibles.

Es más frecuente en los niños inmigrantes o adoptados provenientes de Europa del Este, sobre todo de Rusia y Ucrania.

1.1. CLÍNICA

- Ptosis palpebral, nariz pequeña, hendiduras palpebrales cortas, labio superior delgado, surco naso-labial plano y macizos faciales planos.
- Se puede asociar con retraso del crecimiento, microcefalia, hipoacusia, alteración de la motricidad fina, agenesia de cuerpo caloso, hipoplasia cerebelosa, hidronefrosis-agenesia-hipoplasia renal, curvatura corneal anómala—estrabismo-, tortuosidad vascular retiniana, comunicación interauricular o interventricular, transposición de grandes vasos, tetralogía de Fallot, clinodactilia, displasia ungueal y sinostosis radiocubital.

1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Síndrome de Williams-Beuren,
- Síndrome de Bloom,
- Síndrome de Noonan,
- Síndrome de Dubowitz,
- Síndrome fetal por anfetaminas,
- Síndrome de Turner.

2. ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES

Anomalía genética hereditaria de la hemoglobina caracterizada por la presencia de glóbulos rojos en forma de hoz (media luna) y anemia crónica, causada por una excesiva destrucción de dichos glóbulos rojos anómalos.

Se trata de una hemoglobinopatía estructural o cualitativa, que se transmite de forma autosómica recesiva. Los homocigotos presentarán anemia de células falciformes. Las formas heterocigotas no presentan características particulares, excepto en situación de hipoxia.

Es más frecuente en inmigrantes del África Subsahariana, Caribe e India, pero pueden aparecer en cualquier raza.

La búsqueda de anemia de células falciformes sistemática está indicada principalmente en niños de África subsahariana, Caribe o India, donde su prevalencia es más elevada. En determinadas zonas de África oscila entre el 5 y el 40% de la población.

Diagnóstico: Electroforesis de hemoglobina: Hb S, test de falciformación positivo.

2.1. CLÍNICA DE LA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES AGUDA

- Crisis vaso-oclusivas, son muy dolorosas, con isquemia tisular y necrosis.
- Crisis de aplasia: asociadas a infecciones por parvovirus.
- Crisis de secuestro esplénico: anemización brusca y aumento del tamaño del bazo en niños de 6 meses a 5 años. Se recomienda la esplenectomía para evitar recidiva en niños >2 años.
- Accidente cerebro-vascular.

2.2. COMPLICACIONES HABITUALES

- Insuficiencia renal crónica
- Colelitiasis
- Retinopatía proliferativa (en >10 años de edad)
- Insuficiencia cardíaca
- Abscesos hepáticos
- Sepsis (neumococo)
- Necrosis óseas asépticas
- Síndrome torácico agudo
- Clínica respiratoria y fiebre probablemente causada por infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* y neumococo.

**2.3. RECOMENDACIONES**

- Se han de administrar vacunas que protegen de infecciones por bacterias capsuladas: neumococo (VNC13 y VNP23), meningococos (B y ACWY) y *Haemophilus influenzae* b.
- Vacunación antineumocócica: vacuna VCN 13 valente a partir de los 2 meses de edad y la 23-polisacáridica a partir de los 2 años.
- Vacunación anual antigripal.
- Penicilina profiláctica hasta los 5 años de edad.

3. TALASEMIA

Los síndromes talasémicos son enfermedades genéticas que afectan a la producción de las subunidades α y β de la hemoglobina

3.1. TIPOS DE SÍNDROMES TALASÉMICOS

- **Talasemia β mayor:** se manifiesta en los homocigotos. Aparece en los primeros meses de vida y se expresa clínicamente por sobrecarga de hierro. Precisa un seguimiento por equipo especializado de hematología.
- **Talasemia β menor:** es la más frecuente. Su expresión clínica es más evidente en casos de infecciones, embarazo y situaciones de estrés. No tiene tratamiento específico y se aconseja la administración periódica de ácido fólico.
- **Talasemia α menor:** con poca expresión clínica y de hallazgo casual en la realización del hemograma.

En todos ellos, la información genética que puedan aportar los familiares y el país de donde procede, puede ayudar a orientar el diagnóstico.

3.2. DISTRIBUCIÓN

- **Alfa-talasemia:** en África, Indochina, China subcontinental, Malasia y población afroamericana.
- **Beta-talasemia:** en el Mediterráneo, Pakistán, África, India, China y Oriente Medio.

3.3. CLÍNICA

- Las formas graves pueden presentarse durante el primer año de vida y cursan con retraso del crecimiento, soplo e insuficiencia cardíaca congestiva, arritmia, pericarditis, esplenomegalia e ictericia. Producen un ensanchamiento facial típico.
- Los pacientes que han recibido transfusiones frecuentes suelen presentar sobrecarga férrica, lo que puede conducir a cirrosis, retraso puberal, hipotiroidismo, diabetes e insuficiencia hepática, salvo que se administren medicamentos quelantes del hierro.

3.4. DIAGNÓSTICO

- Disminución del VCM, HCM y CHCM.
- Se deben realizar estudios de hierro, ferritina sérica y bilirrubina indirecta.
- Electroforesis de hemoglobina: cuantificación de la HbA₂.

4. DEFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO-DESHIDROGENASA

Es un déficit enzimático que se transmite en un gen del cromosoma X, ligado al sexo. Se expresa clínicamente en los hombres y en las mujeres con expresión homocigótica. Las mujeres heterocigóticas son las portadoras del gen.

Es más frecuente en África, población afroamericana, Arabia Saudí, India, Turquía, Grecia e Italia.

4.1. TIPOS

- **Clase 1:** hemólisis crónica sin exposición a factores oxidativos. Afecta predominantemente a varones blancos del Norte de Europa. Se presenta como ictericia neonatal, anemia hemolítica neonatal y con las manifestaciones secundarias a la hemólisis crónica. El 40% asocia esplenomegalia.
- **Clase 2:** Es un déficit grave; la hemólisis puede ser importante y persistente. Es la mediterránea.
- **Clase 3:** Se trata de un déficit leve, con hemólisis asociada a agresión oxidativa. Es la que se presenta en el continente africano.
- **Clase 4:** Asintomáticos.

4.2. ANALÍTICA

- Reticulocitosis, anisocitosis, poiquilocitosis,
- Elevación de LDH,
- Disminución de hemoglobina plasmática y de haptoglobina.
- Hemoglobinuria macro o microscópica

4.3. FÁRMACOS CAUSANTES DE HEMÓLISIS

- Primaquina
- Dapsona
- Sulfametoxazol
- Ácido nalidíxico
- Furazolidina,
- Fenazopirina
- Doxorubicina
- Vitamina K
- Azul de metileno.

5. DEFICIT DE LACTASA

Aparece en aborígenes americanos y australianos, inmigrantes del Este y Sudeste de Asia, africanos de regiones tropicales y afroamericanos.

5.1. CLÍNICA

Diarrea acuosa y heces ácidas, con irritación perianal que puede llegar a la escaldadura.

5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mala absorción de isomaltosa, isosacarosa y glucosa-galactosa
- Síndrome de Schwachman,
- Fibrosis quística
- Infecciones (rotavirus, *Giardia* spp.)
- Enfermedad celíaca
- Intolerancia-alergia a las proteínas de vacuno.



6. DESNUTRICIÓN

La desnutrición se puede producir bajo dos formas clínicas bien diferenciadas:

- **Desnutrición aguda:** se desarrolla rápidamente y se debe a la falta de ingesta, por desastre natural o por enfermedad. Necesita intervención urgente. Se verifica con la relación peso/talla.
- **Desnutrición crónica:** la instauración es más lenta y existe un retraso de crecimiento y las intervenciones deben ser más a largo plazo. Se comprueba relacionando la altura del niño para una determinada edad.

Es más frecuente en niños <5 años. En los niños malnutridos se deben de estudiar con detalle los déficits de vitaminas y minerales. La patología carencial más frecuente es la anemia ferropénica, el raquitismo y las alteraciones tiroideas por falta de yodo.

6.1. CLÍNICA

- Déficit de peso y talla para su edad, atrofia muscular, hipotonía y retraso en la pubertad.
- En caso de desnutrición grave se puede producir edema en miembros inferiores, que puede influir en la valoración del peso.
- Puede cursar con dificultades de aprendizaje, aumento de infecciones y morbimortalidad por otras patologías.

6.2. ACTUACIÓN

- Descartar las posibles causas orgánicas y establecer una dieta adecuada.
- El *catch-up* se suele producir en unos 3-4 meses para el peso y en unos 4-6 meses para la talla.
- En caso de no existir recuperación ponderal transcurridos 12 meses se deberá buscar de nuevo alguna patología subyacente.
- Se ha de prever la aparición de avidez por la comida tras la realimentación, con consumo excesivo de nutrientes, lo que puede facilitar el sobrepeso y la obesidad.

7. HIPOTIROIDISMO Y DEFICIT DE YODO

Enfermedad de distribución universal, aunque predomina en Asia Central y China. En niños procedentes de Guinea, Kenia, Tanzania, Ruanda, Gambia, Camerún, Burundi, Ecuador, Bolivia, Perú, Nepal, Bangladesh, China, India e Indonesia, puede producir bocio o cretinismo endémico, con retraso del crecimiento y déficit intelectual asociados.

7.1. CLÍNICA

- **Signos:** xerosis cutánea, hipotonía muscular, palidez, bradiquinesia, hipotermia, fontanela amplia y macroglosia.
- **Síntomas:** intolerancia a las bajas temperaturas, ronquera, estreñimiento, astenia, obesidad, hipoacusia y parestesias.

8. FERROPENIA

La anemia ferropénica es altamente prevalente en los países de baja renta y está presente en el 30-40% de los niños inmigrantes que llegan a nuestro país. Esta enfermedad tiene una incidencia más alta en el África subsahariana.

La anemia ferropénica es más frecuente y grave en lactantes y niños pequeños (6-24 meses de edad). El déficit de hierro, por lo general, se desarrolla lentamente y no tiene manifestaciones clínicas hasta que la anemia es grave, aunque las consecuencias de este déficit existan previamente. La adolescencia también es una edad de riesgo, sobre todo en mujeres. Hay que prestar especial atención a las dietas vegetarianas.

Un valor bajo de ferritina en suero indica la depleción de depósitos férricos y la necesidad de tratar con hierro.

La anemia hemolítica debe sospecharse delante de una anemia normocítica e hipocroma con aumento de urobilina y bilirrubina en orina.

Si las microcitosis son mantenidas a pasar del tratamiento con hierro, se ha de sospechar de hemoglobinopatías.

8.1. ACTUACIÓN

- Determinar las causas de la ferropenia, corregirlas y administrar hierro vía oral.
- Realizar profilaxis de anemia ferropénica a todos los lactantes que han seguido con lactancia materna exclusiva más allá de los 6 meses de vida.
- En caso de no responder a la administración de hierro, se puede pensar en talasemia, celiacía, parasitosis o intoxicación por plomo.

9. DEFICITS VITAMÍNICOS

9.1. DÉFICIT DE VITAMINA A

Cursa con hemeralopía, xerosis conjuntival y posibles lesiones corneales. Se asocia a anemia e infecciones de repetición.

9.2. DÉFICIT DE ÁCIDO FÓLICO Y VITAMINA B12

- Cursan con anemia macrocítica.
- Estas carencias pueden deberse a malnutrición, alteraciones tiroideas o parasitosis por *Diphyllobothrium latum*.
- Estos déficits cursan con palidez, irritabilidad, anorexia, diarrea y fiebre recurrente, junto con la clínica propia de cada etiología.

Se tratarán inicialmente las causas de la alteración y, posteriormente, se administrarán las vitaminas deficitarias.

9.3. DÉFICIT DE VITAMINA C

- Aparece 3-4 meses tras el destete, si existe un aporte insuficiente de verduras y frutas.
- Cursan con fatigabilidad, anorexia, algias en extremidades inferiores y sangrado en encías.
- Como hallazgo radiológico pueden presentar calcificación de hemorragias subperiósticas con refuerzo de las epífisis.

9.4. DÉFICIT DE VITAMINA D

La carencia de vitamina D altera los niveles apropiados de calcio y fósforo y estimula la liberación de ambos elementos de los huesos, debilitándolos y produciendo deformidades óseas que serán evidentes a la exploración: genu varo, rosario costal, macrocefalia con frente prominente, etc.

La vitamina D se absorbe de los alimentos o puede ser producida por la piel al exponerla a la luz solar. La falta de producción de vitamina D por parte de la piel puede ocurrir en niños que procedan de climas con poca exposición a la luz del sol (latitudes Norte) o que hayan permanecido en espacios cerrados, o aquellos niños que por tradición u otras causas no se exponen a la luz (vestidos que cubren toda la piel).

También es posible no obtener suficiente vitamina D de la dieta si:

- No se toma productos lácteos.
- Se sigue una dieta vegetariana.
- Se presenta intolerancia a la lactosa.

Los lactantes mayores alimentados exclusivamente con leche materna después de los 6 meses, también pueden desarrollar deficiencia de vitamina D.

Por otro lado, los niños de piel más oscura requieren más exposición solar para la activación de la provitamina D, y puede ser un problema durante los meses de invierno, cuando hay niveles de luz solar más bajos.

Además, la ingesta insuficiente de calcio y fósforo en la dieta puede evolucionar hacia un raquitismo.

Actualmente se aconseja la administración de 400 UI/día esta vitamina a todos RN hasta el año de edad, especialmente a los niños de piel oscura y con escasa exposición solar.

La Dra. Fumadó V. (2018) recomienda agrupar a los niños inmigrantes en cuatro grandes áreas geográficas, en función de la procedencia del país de origen, para facilitar al pediatra el diagnóstico diferencial de las posibles enfermedades.

Las cuatro grandes áreas son: Europa Central y del Este, Centro y Sud América, Norte de África y África subsahariana, Asia Central e India.

En la tabla 1, se muestran esquematizadas las enfermedades más prevalentes según la procedencia del niño inmigrante, con el fin de facilitar los diagnósticos diferenciales de enfermedades a menudo poco frecuentes en nuestro medio y con las que el pediatra podría estar poco familiarizado.

Tabla 2. Enfermedades más prevalentes según procedencia.		
Enfermedades infecciosas		Otras enfermedades
Europa Central y del Este		
Frecuentes	Menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrición • Hipotiroidismo Raquitismo • Ferropenia • Asma, • Bronquitis • Déficit visual/auditivo • Problemas de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Sífilis • Hepatitis C, B, A • Parasitosis intestinal: Giardiasis • Síndrome alcohólico fetal, en adopciones procedentes de Rusia y Ucrania. 	<ul style="list-style-type: none"> • HIV • Infecciones intestinales • Difteria, tosferina: Rusia • Meningoencefalitis centroeuropea 	
América Central y Sudamérica		
Frecuentes	Menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Drepanocitosis: Caribe. • Ferropenia • Anemias • Pubertad precoz • Abusos • Eosinofilia • Maltratos en niños adoptados.
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Parasitosis intestinal • Hepatitis A • Infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dengue • Estrongiloidiasis • Infecciones intestinales • Cisticercosis 	
Asia Central e India		
Frecuentes	Menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis atópica • Malnutrición/fallo de medro • Anemia/ferropenia • Raquitismo carencial • Pubertad precoz • Intolerancia a lactosa • Talasemias • Otras hemoglobinopatías • Eosinofilia • Déficit auditivo/visual
<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B, sobre todo desde la India. • Tuberculosis • Parásitos intestinales • Infecciones intestinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis • Hepatitis C • Hepatitis A • Fiebre tifoidea (India) • Dengue 	
África del Norte y Sub-Sahariana		
Frecuentes	Menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Drepanocitosis • Otras hemoglobinopatías • Déficit de G6PDH • Malnutrición • Anemia/ferropenia • Raquitismo • Ablación genital. • Eosinofilia.
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Parásitos intestinales • Malaria • Hepatitis B • Hepatitis A 	<ul style="list-style-type: none"> • HIV • Filarias/oncocercosis • Esquistosomiasis urinaria • Leishmaniasis • Cisticercosis • Fiebres víricas 	
Fuente: Modificado de Fumadó V. Valoración inicial del niño inmigrante. <i>Pediatr Integral</i> 2018; XXII (4): 200.e1 – 200.e10.		

Tabla 2. Resumen de la evaluación del niño inmigrante en general.

Anamnesis	Exploración física	Exámenes complementarios
<ul style="list-style-type: none"> • País y lugar de procedencia (zona rural o urbana) • Migración: motivo y ruta migratoria • Antecedentes del embarazo y parto • Antecedentes patológicos: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades - Intervenciones quirúrgicas - Alergias - Tratamientos parenterales - Transfusiones - Medicamentos que toma - Fumadores pasivos • Antecedentes patológicos familiares • Consanguinidad de los padres • Vacunas administradas • Hábitos alimentarios • Religión • Historia social: <ul style="list-style-type: none"> - Estructura y red familiar - Condiciones de vida y laborales - Lugar de residencia - Vivienda actual y convivientes - Nivel de formación 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo pondero-estatural: <ul style="list-style-type: none"> - Peso - Talla - IMC - PC • Genitales externos: <ul style="list-style-type: none"> - Malformaciones - Valorar MGF en niñas subsaharianas • Piel y mucosas: <ul style="list-style-type: none"> - Color - Cicatriz de BCG - Bultomas - Infecciones - Manchas - Tatuajes - <i>Pearcing</i> • Desarrollo psicomotor • Adenopatías • Hepatoesplenomegalia 	<ul style="list-style-type: none"> • Generales: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, sideremia y ferritina, otros - Parásitos en heces - Prueba de tuberculina • Según edad, lugar de procedencia y factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Serología hepatitis A, B y C - Serología VIH y sífilis - Cribado de enfermedad de Chagas - Cribado de paludismo - Cribado de esquistosomiasis - Cribado de enfermedades endocrino-metabólicas - Estudio déficit de vitamina D - Cribado de hemoglobinopatías - Cribado de intoxicación por plomo - Cribado de déficit de yodo

Abreviaturas: BCG: bacilo de Calmette-Guérin; IMC: índice de masa corporal; MGF: mutilación genital femenina; PC: perímetro craneal.

Fuente: Modificado de Masvidal RM, Canadell D. Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. Act Pediatr Aten Prim. 2017; 10: 3-15.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- **Síndrome alcohólico fetal**
 - Trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo (NCBDDD). Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/diagnosis.html>.
 - Popova S, Yaltonskaya A, Yaltonsky V, Olpakov Y, Abrosimov I, Pervakov K, Tanner V, Rehm J. What Research Is Being Done on Prenatal Alcohol Exposure and Fetal Alcohol Spectrum Disorders in the Russian Research Community? Alcohol and Alcoholism, Volume 49, Issue 1, January/February 2014, Pages 84–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/alcac/agt156>
- **Anemia de células falciformes**
 - Muller SA, Amoah SKB, Meese S, Spranger J, Frank P, Mockenhaupt FP. High prevalence of anaemia among African migrants in Germany persists after exclusion of iron deficiency and erythrocyte polymorphisms. Tropical Medicine and International Health 2015; 20: 1180–1189.
- **Talasemia**
 - Muller SA, Amoah SKB, Meese S, Joachim Spranger J, Frank P. Mockenhaupt FP. High prevalence of anaemia among African migrants in Germany persists after exclusion of iron deficiency and erythrocyte polymorphisms. Tropical Medicine and International Health 2015; 20: 1180–1189. doi:10.1111/tmi.12530
- **Déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa**
 - Harcke SJ, Rizzolo D, Harcke, HT. MDG6PD deficiency: An update. Journal of the American Academy of Physician Assistants. 2019; 32:21-26.
 - Las Heras G, Juncà J, Feliu E, Rovira JM, Gil M. Estudio de hemoglobinopatías y del déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa en la población inmigrante subsahariana del centro y sur del Maresme (Cataluña) RSS. Medicina Clínica, 2008; 131: 5-9.
- **Déficit de lactasa**
 - J. Sala Coromina, A. Vinaixa Vergés, R. Garcia Puig. Déficit congénito de lactasa. Identificación de una nueva mutación. Anales de Pediatría, 2015; 82: 365-366. doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.10.017
- **Desnutrición**
 - Isanaka S, Berthe F, Nackers F, Tang K, Hanson KE, Grais RF. Feasibility of engaging caregivers in at-home surveillance of children with uncomplicated severe acute malnutrition. Matern Child Nutr. 2019; e12876. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12876>
 - Akparibo R, Harris J, Blank L, Campbell MJ, Holdsworth M. Severe acute malnutrition in children aged under 5 years can be successfully managed in a non-emergency routine community healthcare setting in Ghana. Maternal & Child Nutrition. 2017; 13: e12417. doi:10.1111/mcn.12417

• Hipotiroidismo y déficit de yodo

- von Oettingen JE, Brathwaite TD, Carpenter CH, Bonnell R, He X, Lewis E, Braverman LE, Pearce EN, Larco P, Larco NC, Jean-Baptiste E, Brown RS. Population Survey of Iodine Deficiency and Environmental Disruptors of Thyroid Function in Young Children in Haiti. *J Clin Endocrinol Metab*, February 2017; 102:644–651. DOI: 10.1210/jc.2016-2630
- Wieringa FT, Dijkhuizen MA, Berger J. Micronutrient deficiencies and their public health implications for South-East Asia. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 2019; 22:479-482.

• Ferropenia

- Brewer M, Kimbro R, Denney J. Families in Context: Food Insecurity Among Hispanic Immigrant and Nonimmigrant Households With Children. *Family & Community Health*. 42(4): 283–291, OCTOBER/DECEMBER 2019. DOI: 10.1097/FCH.0000000000000236
- Jonker FAM, te Poel E, Bates I, van Hensbroek MB. Anaemia, iron deficiency and susceptibility to infection in children in sub-Saharan Africa, guideline dilemmas. *British Journal of Haematology*, 2017, 177, 878–883. DOI: 10.1111/bjh.14593. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/bjh.14593>
- Sánchez-Muro JM, Yeste D, Marín A, Fernández M, Audí L, Carrascosa A. Evaluación de la anemia ferropénica en niños menores de 6 años de edad de diferentes etnias. *Acta Pediátrica Española* 2015; 73: 120-125. Disponible en: <http://www.actapediatrica.com/images/pdf/Volumen-73---%20Numero-5---Mayo-2015.pdf>

• Déficits vitamínicos

- Jayatissa R, Fernando DN. Supplementation of micronutrients in children and food fortification initiatives in Sri Lanka: benefits versus risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2018. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1446 (2019) 139–152 DOI:10.1111/nyas.13987
Disponible en: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nyas.13987>
- Neonatal Vitamin A Supplementation Evidence group. Early neonatal vitamin A supplementation and infant mortality: an individual participant data meta- analysis of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*. – 2018–315242. DOI:10.1136/archdischild-2018-315242
Disponible en: <https://adc.bmj.com/content/archdischild/early/2018/11/20/archdischild-2018-315242.full.pdf>

