

Mitos y realidades sobre la atención al niño inmigrante. Guía breve para la visita pediátrica

(Myth and reality about attention to the immigrant child.
Brief guide for the visit to the pediatrician)

Aranzábal Agudo, Maite de

Centro de Salud Lakua-Arriaga. Fco. Javier Landaburu, s/n.

01010 Vitoria – Gasteiz

Recep.: 30.01.2009

BIBLID [1989-2012 (2009), 10; 149-163]

Acep.: 05.08.2009

La inmigración en nuestra Comunidad es un fenómeno reciente y que irá en aumento. Los niños inmigrantes tienen características y, en algunos casos, enfermedades diferentes a las encontradas habitualmente. Intentamos analizar las diferencias entre inmigrantes y autóctonos aclarando lo que son mitos y lo que son realidades. Finalmente exponemos una guía de atención a estos niños que facilite el buen hacer diario del pediatra.

Palabras Clave: Niño. Inmigrante. Enfermedades tropicales. Mitos. Controles de salud.

Gure Erkidegoan immigrazioa fenomeno berria da, eta gainera handituz joango dena. Haur immigranteen ezaugarriak eta, kasu batzuetan, gaixotasunak ere, aurkitu ohi direnen desberdinak izaten dira. Etorकिनen eta bertakoen arteko desberdintasunak zein diren analizatzen ditugu, mitoak eta errealitateak argituz. Azkenik, haur horiei arreta emateko gida aurkezten dugu pediatraren eguneroko zeregina erraztearren.

Giltza-Hitzak: Haurra. Immigrantea. Gaitz tropikalak. Mitoak. Osasun kontrolak.

L'immigration dans notre Communauté est un phénomène récent et qui ira en augmentant. Les enfants immigrants ont des caractéristiques et, dans certains cas, des maladies différentes de celles rencontrées habituellement. Nous essayons d'analyser les différences entre immigrants et autochtones en expliquant ce que sont les mythes et ce que sont les réalités. Finalement nous présenterons un guide d'attention à ces enfants qui facilite l'implication quotidienne du pédiatre.

Mots Clé : Enfant. Immigrant. Maladies tropicales. Mythes. Contrôles de santé.

INTRODUCCION

La pediatría de nuestra Comunidad se ha visto -y se verá mucho más aún- enfrentada a la asistencia sanitaria de niños inmigrantes con características y, en algunos casos, con enfermedades diferentes a las encontradas habitualmente. Alrededor del 15% de los nacimientos en el Estado son hijos de inmigrantes lo que supondrá una sexta parte del total de los niños de nuestras consultas en el futuro.

Las patologías de estos niños y adolescentes inmigrantes abarcan un amplio abanico de trastornos, algunos relacionados con la patología tropical pero muchos de ellos con la precaria situación en que han vivido y que en algunos casos se prolonga cuando llegan a nuestro territorio. De hecho, las mujeres inmigrantes, cuya tasa de fecundidad es de aproximadamente el doble que la de las mujeres autóctonas, tienen un mayor riesgo de complicaciones y de parto prematuro con el consecuente aumento de morbilidad en el neonato, por la falta de control del embarazo o por su tardía atención prenatal.

Pero al hablar de este tema hay que dejar muy claro cuáles son los mitos y cuáles las realidades respecto a los recién llegados.

1. MITOS SOBRE LOS INMIGRANTES EN SU VISITA AL MÉDICO

El primer mito es que **se sienten rechazados y como una amenaza económica**. Según las encuestas del EUSTAT, la sociedad vasca les trata con amabilidad aunque tiene una opinión regular sobre ellos. No se sienten discriminados ni rechazados en su mayoría y sí bastante o muy integrados (65,9%): más del 60% tienen idea de quedarse definitivamente si encuentran las condiciones adecuadas y si pudieran volver atrás, el 75% saldría de nuevo de su país. Este es un punto importante de cara a la armoniosa convivencia presente y futura.

Son **hiperfrecuentadores**. Esto no es cierto, lo que ocurre es que hay una sobreestimación. Hasta el momento lo que se ha visto en consultas de adultos es que acuden la mitad de veces que los autóctonos. Sí debemos de tener en cuenta que la clase socio-económica baja y las madres jóvenes acuden más a menudo a las consultas y a urgencias y usan inadecuadamente los servicios sanitarios como ha sido demostrado en estudios anteriores a la inmigración.

Por otro lado si el idioma es diferente y la tarea educativa es mayor, se requiere más tiempo para dedicar a estas familias y una organización de la consulta diferente a la habitual. Sin embargo ya hay estudios que demuestran un aumento de habilidades, conocimientos y actitudes relacionadas con la educación sanitaria y la prevención de accidentes, enfermedades, higiene o alimentación. Es decir, esta población aprende rápido.

Relacionado con la gestión de la consulta nos deberíamos plantear si la educación continua del pediatra no debería de incluir "cambios de actitud ante los diferentes pacientes" además de "conocimientos científicos".

También se ha rumoreado con insistencia que **los inmigrantes consumen más en medicamentos**. El equipo de investigación en Atención Primaria de Aragón demostró que tampoco era cierto: tienen un consumo y un gasto significativamente menor en farmacia que los niños autóctonos. Se precisarían nuevos estudios que ayudaran a aclarar las causas de esta llamativa diferencia: mejor salud, menor frecuentación, diferencia de la valoración cultural del binomio salud-enfermedad...

En conjunto la población inmigrante no ocasiona grandes gastos, ni cambios organizativos o aumento de patología.

Nos contagian enfermedades que se extienden entre nuestra población. Debemos de dejar bien claro que la inmigración no supone un riesgo grave para la salud pública del país de acogida. Los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son muy parecidos a los de la población autóctona y –si bien es verdad que los pediatras debemos conocerlas– las patologías tropicales tienen poca prevalencia. Estudios realizados entre los médicos de Atención Primaria confirman que las patologías que se atienden son mayoritariamente las mismas que se atienden en la población autóctona. Tan sólo existen diferencias significativas en un porcentaje pequeño, en patologías influenciadas por factores socioeconómicos o culturales. Las enfermedades infecciosas “exóticas” no tienen impacto en términos de salud pública en la comunidad receptora ya que su transmisión es difícil o imposible en nuestro medio por falta de vectores, distinta climatología etc (filariasis, esquistosomiasis, malaria...).

La mayor parte de la patología infecciosa importada nos llega de la mano de turistas, cooperantes u hombres de negocios y no sólo de los inmigrantes.

Algunas de estas patologías infecciosas (tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, consumo de droga) se deben a las condiciones de vida y actividades de riesgo que desarrollan en la comunidad de acogida donde les son transmitidas o favorecidas.

2. REALIDADES SOBRE LOS INMIGRANTES EN SU VISITA AL MÉDICO

Entre las **realidades** que hacen diferente a la población inmigrante podemos mencionar las siguientes:

- No hay test validados para esta población aquí. Se utilizan criterios de medida que no se ajustan a poblaciones extranjeras con preguntas ininteligibles, pruebas nunca antes realizadas por ellos etc. Tampoco podemos utilizar datos de otros países pues el acceso al sistema sanitario es muy diferente.
- Pueden tener miedo a exploraciones y desconocimiento del sistema.
- Las costumbres difieren en aspectos educativos, de ingesta de alcohol (en algunos países no emborracharse en las fiestas es falta de educación, en

otros está prohibido beber etc), de ingesta de alimentos (según las religiones algunos están prohibidos o desaconsejados, otros los desconocen y temen, respecto a otros tienen creencias erróneas), el uso del castigo físico está admitido en múltiples países, los niños son más autónomos y pasan más tiempo solos con el consiguiente aumento de accidentes domiciliarios...

- Las diversas religiones marcan una impronta considerable en los hábitos de vida además de en la alimentación.
- El concepto de enfermedad como castigo, el uso de medicina tradicional y herboristería, la creencia en brujería o en la protección de espíritus.
- El duelo por la familia, cultura o estatus perdido causa más problemas afectivos y de adaptación en la escuela.
- La genética en ocasiones tiene influencia ya que hay enfermedades en el ADN de cada raza: se ha demostrado que los asiáticos metabolizan más lento las benzodiazepinas y algunos antidepresivos y antipsicóticos, los chinos son más sensibles al propanolol, en los africanos aparecen mayores efectos extrapiramidales de antipsicóticos y antidepresivos tricíclicos y tienen más probabilidades de metabolizar demasiado rápido los opiáceos. Otros medicamentos aún no han sido estudiados en este sentido.
- Incumplimiento del tratamiento más fácilmente que los autónomos tal vez por economía, por desconfianza hacia nuestra medicina o incluso por factores como el ramadán que no permite la ingesta de nada durante las horas solares. Aunque debemos añadir que, por paradójico que parezca, una vez que acuden a nuestras consultas, se sienten decepcionados si no se les receta nada.
- El concepto del tiempo tiene distinta importancia para ellos y -por la misma razón que pueden estar esperando largo rato sin protestar-, se les ha achacado impuntualidad y falta de rigor en las citas. Cuando se les explica nuestro sistema se suelen adaptar bien.

3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Centrándonos en el tema sanitario y aunque los lugares de procedencia son muy diversos, estas son las patologías menos conocidas por nosotros y que se ven con mayor frecuencia:

- Malnutrición y retraso pondero-estatural.
- Anemia (ferropénica, drepanocítica, déficit glucosa 6 fosfato deshidrogenasa o G6PDH, intoxicación por plomo).
- Parasitación intestinal/ otros parásitos.
- Paludismo.
- TBC.

- HVB.
- Otras patologías: lúes, CMV, VIH, HVC, escabiosis, dermatitis, tiña, Infecciones urinarias, respiratorias.
- Trastornos de salud mental por la nueva situación de abandono de su entorno, desarraigo o exclusión social.

Entre las enfermedades importadas, las infecciosas constituyen uno de los capítulos que más preocupan al pediatra por su frecuencia, por el desconocimiento y por la falta de experiencia; pero también las genéticas y hereditarias deben conocerse para ser, al menos, diagnosticadas. Debemos añadir que no es fácil decidir a quién se realiza determinada serología o si es factible realizar cribajes generales a cualquier niño recién llegado. Según datos de algunos estudios, no bastan la anamnesis y la exploración física a la hora de atender a estos niños ya que la mayoría de diagnósticos se realizan por la analítica. Sin embargo, el descartar determinadas enfermedades infecciosas debe hacerse no solamente con criterios técnicos sino también éticos: en general, no lo haremos si ello no implica una intervención con beneficios para la salud individual del inmigrante.

Hay que tener también en cuenta que al valorar estos pacientes es muy probable que se presenten dificultades añadidas para realizar una buena historia clínica por existencia de barreras de lenguaje, culturales, falta de historial médico, cartilla de vacunas etc.

Y por último insistir en que el mayor impulso en salud deberá dirigirse a lograr, por medio del apoyo institucional y de la educación sanitaria, que los determinantes ambientales y sociales de estas familias extranjeras se igualen a los nuestros promoviendo programas y protocolos de actuación que eviten situaciones de irregularidad ante la asistencia sanitaria ya sea por problemas legales, idiomáticos o de conocimiento científico. Así mismo, ellos deben de recibir adecuada información y educación para adaptarse a la realidad sanitaria de la que empiezan a formar parte.

Estas recomendaciones que aquí mencionaremos son las expuestas también dentro del Plan Vasco de Inmigración y se espera que ayuden al pediatra en la valoración y la coordinación de estos niños extranjeros desde Atención Primaria para no tener que derivar al niño sistemáticamente a una unidad hospitalaria especializada.

4. CONTROLES DE SALUD

Es importante crear un clima de confianza en la primera visita, pactar un plan acorde entre administración, medicina y enfermería y seguir protocolos o guías de actuación que eviten problemas de relación, de desconfianza, legales, idiomáticos o de conocimiento científico. Es recomendable pensar que estas familias exigen más atención en los primeros momentos pero de ellas se obtienen otras ventajas difíciles de encontrar ya en nuestra sociedad. Personalmente mencionaría el respeto, la solidaridad y generosidad o el agradecimiento.

Centrándonos en el protocolo, hay recomendaciones para niños nacidos aquí de padres inmigrantes, otras para niños nacidos en el extranjero y otras para casos específicos según la exploración física, los antecedentes o el país de procedencia.

Para los casos de niños nacidos y residentes en nuestra Comunidad se realizará:

- Programa habitual del niño sano.
- Pauta para su viaje de vacaciones al país de origen:
 - A la ida, quimioprofilaxis de paludismo y vacunas.
 - A la vuelta, valorar si hay síntomas de paludismo, amebiasis o miasis.

El niño que viene de fuera debe seguir los exámenes descritos a continuación realizando la primera visita si es posible durante los primeros 15 días de su estancia aquí y programando sucesivas visitas en función de los resultados.

5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS GENERALES

- Hemograma para descartar anemias: ferropénicas o hemolíticas (drepanocitosis, talasemia, déficit G6PGH).
- Bioquímica completa (glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, Ca, P, proteínas totales, albúmina, Fe, ferritina).
- Mantoux en vacunados y no vacunados.
- Sedimento urinario para descartar hematuria por esquistosomiasis.
- Coprocultivo para salmonella, shigella, campylobacter y yersinia, si procede de Asia, África o las Américas y tiene sintomatología.
- Parásitos: tres muestras a días alternos. Algunos autores defienden el tratamiento sistemático a la llegada del niño de una zona endémica.
- Serologías:
 - Hepatitis B y C: marcadores HBsAg, anti-HBs y anti-HBc y anti-HCV a todos los niños.
 - RPR para sífilis y Ac anti VIH 1 y 2, si procede de países o zonas endémicas, como todos los de África subsahariana y sudeste asiático. En el resto de procedencias es opcional, valorando ambiente epidemiológico y familiar, control y analítica durante el embarazo etc. Recordad que para VIH los padres deben firmar consentimiento escrito o si es oral, debe figurar en la historia.
 - Virus Hepatitis A y D sólo en caso de clínica compatible.

6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN CASOS ESPECÍFICOS

Sólo para niños concretos dependiendo de antecedentes, país de proveniencia etc.

- Urocultivo.
- Coprocultivo.
- Niveles de plomo en sangre, si anemia refractaria a hierro o con pica y retraso del neurodesarrollo.
- Función tiroidea: T4 total, T4 libre y TSH, en > de 6 meses con retraso físico o de desarrollo o macrocefalia.
- Investigación de plasmodium, si fiebre sin foco, anemia, esplenomegalia y viene de África, Asia o Latinoamérica.
- Investigación de CMV, serología de toxoplasmosis y rubéola, si sospecha de enfermedad congénita o adenopatías.
- Serología de enfermedad de Chagas, si viene de zona endémica y madre con serología positiva o desconocida.
- Serologías de infecciones inmunoprevenibles.

7. MALNUTRICIÓN

Existen retrasos de peso, de talla y anemias tanto ferropénicas como hereditarias. También malnutriciones y déficit de vitaminas A y D.

Los factores favorecedores de raquitismo serían:

- Escasa exposición a la luz natural, determinada por los atuendos tradicionales y por la costumbre de permanecer en el interior de las viviendas.
- Piel negra.
- Dietas bajas en calcio, fósforo y vitamina D por razones genéticas o por falta de lácteos o alimentación tradicional excesiva con cereales integrales los cuales contienen fitatos que interfieren en la absorción de calcio.

En casos de sospecha, la radiografía de muñeca sería muy útil, sin olvidar la disminución de Ca, P y 25-OH-colecalciferol y el aumento de fosfatasa alcalina y parathormona.

Las anemias ferropénicas en niños inmigrantes también son más frecuentes. Aunque otros tipos de anemias se tratarán más adelante, recordamos aquí que

en la ferropénica deben encontrarse 2 ó 3 de los parámetros alterados (hemoglobina, VCM, CHCM, sideremia, RDW, transferrina o ferritina, que es la más específica) y que debe de normalizarse la hematimetría tras 2 meses de tratamiento con hierro. Si esto no es así, se planteará diagnóstico diferencial con anemia por infecciones, intoxicación por plomo o hemoglobinopatías.

Para valorar los datos auxológicos de los niños inmigrantes se recomienda utilizar las tablas de percentiles de peso y talla del país de acogida, pues es difícil obtener tablas de gran parte de los países y además las condiciones alimentarias, ambientales y de atención médica de estos niños ya no son las del país de origen. También se pueden utilizar en menores de 5 años las recientes tablas internacionales de la OMS.

En cualquier caso, lo importante es ver la curva de velocidad de crecimiento y comprobar que, en los casos en que existía retraso, se realiza en 1-2 años el *catch-up*.

Para valorar el estado nutricional se pueden utilizar algunos conocidos índices como el de Waterlow:

$$I N = \frac{\text{Peso real} \times \text{Talla P 50}}{\text{Peso P 50} \times \text{Talla real}} \times 100$$

> de 90% normal
entre 80 y 89 % malnutrición leve
entre 70 y 79 % malnutrición moderada
< 70% malnutrición severa.

8. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE PEDIATRÍA

El pediatra actuará como coordinador tratando las enfermedades conocidas en Atención Primaria y derivando a los especialistas en los siguientes casos:

- Estudio y diagnóstico por sospecha de patologías concretas: filarias, esquistosomas, etc.
- Sintomatología de causa no aclarada: pérdida de peso, tos o diarrea prolongadas, etc.
- Fiebre y sospecha de malaria.
- Sospecha de tuberculosis resistente, extrapulmonar o complicada.
- Linfadenopatías locales o generalizadas y visceromegalias en abdomen.

- Neuropatía sensitiva o motora.
- Crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Hematuria.
- Anemia o eosinofilia importantes de causa no clara.
- Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos.
- Trastornos de comportamiento, sueño, depresión, rechazo social etc.

9. VACUNACIONES

La vacunación universal ha sido una de las estrategias más efectivas en salud pública, produciendo como resultado una importante disminución en la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas e, incluso, la erradicación de otras como viruela o, en muchos países, polio.

Además, las inmunizaciones proporcionan una protección colectiva sumada a la individual y, si el grupo está ampliamente vacunado, la posible transmisión de la infección quedará neutralizada y el individuo no vacunado estará indirectamente protegido.

Sin embargo, los objetivos de la OMS, de que todo niño reciba al menos 3 dosis de DTP y antipolio y 1 de sarampión en su primer año de vida, no siempre se han cumplido. Los estudios existentes sobre vacunaciones de los niños extranjeros no arrojan datos concluyentes, pero está claro que en países en desarrollo las coberturas de vacunación son más bajas, así como menor la captación y accesibilidad de los pacientes y peor la conservación de la cadena de frío.

Es por ello que el pediatra valorará si el calendario es correcto y adecuado a la edad del niño. Si hay dudas sobre mala conservación o fechas incorrectas, repetirá las inmunizaciones.

Nuestro objetivo será que estos niños alcancen en el menor tiempo posible el mismo nivel de inmunizaciones que los de nuestro entorno. Para ello:

- Aprovechará cualquier oportunidad para vacunar siempre que no exista contraindicación formal para ello (desestimar las falsas contraindicaciones).
- Agrupará o hará coincidir las vacunas con períodos de permanencia en nuestra Comunidad, dada la gran movilidad de estos pacientes.
- Intentará reducir o espaciar las vacunas de la primera sesión para crear un ambiente que no genere rechazo (a estas punciones hay que unir las que

se les realizan por el Mantoux y las extracciones de sangre) y administrará el mayor número de antígenos con el mínimo de pinchazos.

- Recaptará a los ausentes telefónicamente o a través de los colegios.

Hay algunos aspectos a tener en cuenta en el programa de vacunación de otros países. Por citar algunos ejemplos mencionaríamos las diferentes edades o lugares de administración, la variabilidad en la recomendación de vacunas según las regiones, los intervalos entre dosis, el estado del niño pues la malnutrición les hace menos inmunocompetentes o si padecen determinadas enfermedades genéticas (por ejemplo drepanocitosis) hay que administrar otras inmunizaciones.

10. EL VIAJE DE VACACIONES O VUELTA A SU PAÍS

Este capítulo entraña una enorme responsabilidad para el pediatra y la enfermera pediátrica. Como ya se ha mencionado, la "importación" de enfermedades de otros países es un tema de gran preocupación en salud pública.

El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos, prevenibles, de adquirir enfermedades transmisibles. Un porcentaje no despreciable de las familias que viajan al extranjero, presentan una enfermedad infecciosa durante su estancia o tras su regreso, incluidas enfermedades propias de la infancia como el sarampión, polio, hepatitis o tosferina. Hay que tener en cuenta que estas enfermedades son de muy alta prevalencia en algunos países. Por ello son más importantes estas inmunizaciones que las propias del niño viajero. Además, muy pocas de estas familias toman medidas preventivas de inmunización y/o quimioprofilaxis antes del viaje.

En general, el riesgo de adquirir una enfermedad transmisible depende del país visitado, las condiciones y duración del viaje, el lugar de estancia (rural o urbana), la época del año y los factores personales, tales como edad y sexo, inmunizaciones previas, estado de salud actual y antecedente de enfermedad previa.

Por ello, en la medida de lo posible, y dependiendo del área geográfica a la que se va a viajar, la familia debe recibir información antes de iniciar el viaje sobre los siguientes aspectos:

10.1. Modo de identificar riesgos y el modo de evitarlos

Normas de ingesta de aguas, frutas, verduras, carnes, pescados, protección sexual, protección solar etc.

10.2. Alertas sanitarias

Es necesario informarse sobre la existencia actualmente en el país de destino de algún brote o foco epidémico de una enfermedad transmisible. Sirva de recuerdo la epidemia de Síndrome respiratorio agudo grave (SARS), originada en

China, la reciente gripe aviar o los brotes de cólera en algunos países. Para ello, es útil consultar la situación sanitaria del país de destino en las páginas web indicadas en la bibliografía.

10.3. Pauta de inmunizaciones individualizada

Según genética, estado físico y país al que vuelven.

10.4. Quimioprofilaxis antipalúdica

Si se viaja a una zona endémica de malaria, deben aconsejarse medidas preventivas frente al paludismo (normas básicas y medidas barrera) y fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica.

La vacuna frente a la malaria- aunque hay avances- todavía no se encuentra comercializada.

Como normas generales, debemos recordar al viajero que:

- Ningún fármaco antipalúdico previene completamente frente a la enfermedad.
- El inicio de la profilaxis, para obtener niveles terapéuticos en sangre al llegar a la zona de riesgo, debe hacerse una semana antes (mefloquina o clo-roquina) o el día anterior (proguanil, atovaquone-proguanil o doxiciclina).
- El fracaso en la profilaxis no significa siempre resistencia al medicamento.
- No olvidar que, en mayor o menor medida, todos los fármacos antipalúdi-cos tienen capacidad tóxica.
- Actualmente, las recomendaciones de la pauta de quimioprofilaxis varían según el organismo que las realice, Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) o Center of Disease Control (CDC), y deben hacerse en función del país a visitar, teniendo en cuenta las resistencias, casos nuevos, aler-tas sanitarias, etc.
- Por ello, se debe recomendar a todo viajero, tanto niño como adulto, que antes de emprender su viaje, más si es a un país tropical, acuda a una unidad de consejo al viajero o centro de vacunación internacional. Así, la entidad competente para cualquier información acerca de este ámbito de via-jes al extranjero es "Sanidad Exterior", perteneciente al Ministerio de Sani-dad y Consumo.

10.5. Botiquín médico de viaje

Se debe de ofrecer información por escrito, especificando los medicamentos a llevar, para qué, cuándo y cómo se deben utilizar, la dosis a administrar, la pau-ta horaria y los días de duración.

Igualmente, ante situaciones especiales de enfermedad crónica o de urgencia, sería muy útil disponer de un contacto telefónico con un pediatra de confianza que indique si se puede hacer uso de alguno de los fármacos del *botiquín médico de viaje*, si se debe ir a una farmacia a comprar otro medicamento o si se debe dirigir a un centro hospitalario.

11. ALIMENTACIÓN

La inmigración por supuesto afecta a la alimentación y la diferencia de hábitos constituye un elemento más de dificultad y estrés dentro del proceso de adaptación del extranjero. No se puede generalizar ya que las diferencias entre poblaciones son enormes y si bien algunas se han adaptado rápidamente a los hábitos del país receptor (con la afectación positiva o negativa de su estado nutricional que ello conlleva, como obesidad por ejemplo), otras han seguido con sus costumbres dando lugar a carencias nutricionales.

Los factores que influyen en la alimentación de estas familias son muchos pudiendo mencionar entre otros que:

- La oferta de alimentos es mayor en nuestro país y no conocen la mayoría de alimentos. Además las grandes superficies les desbordan.
- En ocasiones no entienden el etiquetado o las instrucciones ni fecha de caducidad.
- Sus ingresos son escasos.
- La primera generación suele intentar conservar su dieta tradicional y el estado nutricional es peor cuando se encuentran atrapados entre su patrón alimentario y el nuestro.
- La religión tiene influencia. Así el Corán señala que la madre deberá amamantar a sus hijos durante 2 años completos excepto si ambos progenitores desean destetarlo, estando ese tiempo exenta del Ramadán y sólo permite comer alimentos halal o legítimos quedando prohibidos el cerdo, sangre, reptiles y animales no sacrificados siguiendo su ritual. Los judíos sólo ingieren las comidas Kosher lo que excluye carne de cerdo, caballo, sangre, marisco, aves no domésticas o cualquier animal que se sacrifica sin su ritual. Además deben de pasar 5 horas entre un alimento cárnico y uno lácteo. El 50% de los latinoamericanos no dan cordero a su hijo y los adventistas del último día no consumen proteínas animales.

En un interesante trabajo realizado por Luis e Ignacio Ros sobre alimentación de los niños inmigrantes menores de un año (excepto asiáticos) una vez en el Estado Español llegan a estas conclusiones:

- El número de niños inmigrantes con lactancia materna es superior al de la población autóctona pero la duración con lactancia materna exclusiva es a

menudo demasiado larga, hasta 16-24 meses, especialmente en la población subsahariana.

- La introducción de leche de vaca entera se realiza antes de los 6 meses en un excesivo número de niños de todas las poblaciones.
- El no consumo de carne, frutas ni verduras durante el primer año de vida en un importante número de niños subsaharianos y árabes.
- La introducción de cereales enteros no hidrolizados y/o con gluten (cuscús, harinas de arroz o maíz cocidas o tostadas, galletas) a partir del cuarto mes tanto en árabes y subsaharianos como en sudamericanos.
- Las madres inmigrantes latinoamericanas y del este de Europa adaptan razonablemente la alimentación de sus hijos a la nuestra, las árabes en menor grado y las subsaharianas mantienen las normas de sus países.
- La situación laboral de la madre, el nivel de instrucción, origen étnico y paridad tienen relación con las comidas pero no así el tiempo que llevan en nuestro país.
- Aún así, la alimentación de estos niños en el nuevo entorno es mejor comparativamente que la recibida por sus hermanos previos en el país de origen.

12. PROBLEMAS Y CONTROVERSIAS CON RELACIÓN AL NIÑO INMIGRANTE

Enumeramos en este apartado posibles controversias en relación a la salud física, afectiva y mental del niño inmigrante. En el futuro se deberá reflexionar e investigar sobre estos polémicos puntos ya que al ser la inmigración un fenómeno reciente y al no poder trasladar las experiencias de otros países por tener diferente organización sanitaria, no hay claras conclusiones.

- El/los nuevo(s) idioma(s) que complica la adaptación social del niño. Además, el posible abandono e incluso rechazo de su lengua anterior.
- El duelo por el abandono de su entorno: paisajes, personas, cultura, parientes.
- Diferencias culturales y religiosas que obligan al menor a vivir "entre dos mundos".
- Problemática socio-laboral en su familia.
- Adaptación escolar, posibles etnofobias.
- Diferencias alimentarias marcadas a menudo por las religiones y que pueden tener importancia en los comedores de los colegios etc.

- Desconocimiento del acceso a centros sanitarios.
- La encopresis es una condición relativamente habitual que va frecuentemente unida a problemas psicosociales y se ha visto en inmigrantes. Estos niños raramente consultan sobre este problema.
- Certificado médico oficial para solicitud inicial del permiso de residencia temporal extendido por parte del pediatra (B.O.E., 21-7-01): debe extenderse certificado médico oficial, expresando que el niño “no padece signos ni síntomas de ninguna de las enfermedades cuarentenables contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional” (cólera, fiebre amarilla, peste, difteria, tifus exantemático...).
- Circuncisión por motivos religiosos: la circuncisión por motivos culturales o religiosos no es una prestación del sistema sanitario. Sólo se realizará cuando existan motivos médicos que así lo exijan o en centros privados.
- Clitoridectomía: Los pediatras debemos argumentar sanitariamente en contra y explicar que en nuestro país constituye **delito** de maltrato incluso si se ha hecho en el extranjero. Como argumento convincente podemos ofrecerles un documento escrito para que firmen y lo enseñen en su país explicando que aquí constituye maltrato, se denuncia por el médico y se penaliza.
- Certificado de virginidad: teóricamente no deben emitirse aunque hay asociaciones médicas que lo defienden para no causar males mayores estigmatizando a la chica. Es un tema controvertido.

BIBLIOGRAFÍA

GARCIA ALGAR, O. “Niños inmigrantes hospitalizados: ¿Patologías diferentes?” En: *Asociación Española de Pediatría, ed. Inmigración, Maltrato infantil, Niño y Familia*. Ponencias del XVI Congreso Nacional de Pediatría Social; 2003 Oct 16-18; Madrid. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2003; 169-173.

CORTÉS RICO, O. *El pediatra ante los niños de familias inmigrantes*. Disponible en: <http://www.spapex.org/inmigracion1.htm> (16 de julio de 2007).

Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. *Calendario de vacunación infantil de la CAPV, marzo de 2006*. Disponible en: <http://www.avpap.org/gtdocencia/vacunass.htm> (17 julio 2007).

ARANZABAL AGUDO, M. *Inmigración: Indicadores de nutrición y crecimiento*. An Pediatr, 2003; 58 (3): 236-40.

GANCEDO GARCÍA, MC. *Enfermedades importadas*. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Imagen/_USER_/Enfermedades_importadas\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Imagen/_USER_/Enfermedades_importadas(1).pdf) (16 de julio de 2007).

BÁÑEZ GUTIÉRREZ, J. *Vacunaciones en niños de familias inmigrantes*. Disponible en: <http://www.spapex.org/pdf/inmigracion7.pdf> (17 de julio de 2007).

- Aranzábal, M.: Mitos y realidades sobre la atención al niño inmigrante. Guía breve para la visita...
- RUIZ CONTRERAS, J.; HERNÁNDEZ MERINO, A. "Vacunación del niño viajero". En: De Arístegui J, ed. *Vacunaciones en el niño: de la teoría a la práctica*. Bilbao: Ciclo Editorial SA, 2004: 923-936.
- LÓPEZ-VÉLEZ, R. "Vacunación pediátrica en los viajes internacionales". En: Asociación Española de Pediatría, Comité Asesor de Vacunas, ed. *Manual de vacunas en Pediatría*. 3ª Edición. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2005: 545-563.
- MELLADO PEÑA, MJ.; GARCÍA HORTELANO, M. "Diarrea en el niño inmigrante. Diarrea del viajero". En: Álvarez Calatayud G, Mota Merini F, Manrique Martínez I, ed. *Gastroenteritis aguda en Pediatría*. Barcelona: Edikamed, 2005: 153-160.
- KAIN, K.; JONG, E. "Malaria Prevention". En: Jong E, McMulle R, ed. *The Travel and Tropical Medicine Manual*. 3th edition. Philadelphia: Saunders, 2003: 52-74.
- GARCÍA-HORTELANO, M.; MELLADO, MJ.; MARTÍN, P. "Paludismo". *An Pediatr Contin* 2005; 3(4): 221-228.
- ABRAMOWICZ, M.; ZUCCOTTI, G.; RIZACK, MA.; GOODSTEIN, D. *Repelentes para insectos*. The Medical Letter 2003; 25: 49-50.
- ARONSON, J. *Internacional Pediatric Health Services. Preparing for international travel*. Disponible en: <http://www.orphandoctor.com/services/travel/index.html> (17 de julio de 2007).
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. *Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2005*. *An Pediatr*, 2005; 62(2): 158-160.
- VAN DER WAL, MF.; BENNINGA, MA.; HIRASING, RA. *The Prevalence of Encopresis in a Multicultural Population*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2005; 40(3): 345-348.
- ARANZABAL AGUDO, M.; CORTÉS LOZANO, A.; FUMADÓ PÉREZ, V.; GARCÍA LÓPEZ-HORTELANO, M.; HERNÁNDEZ MERINO, A.; LIRIO CASADO, J.; OLIVÁN GONZALVO, G. *Pediatría en adopción. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios*. Madrid: Consejería Madrileña del Menor y de la Familia; 2008
- CONSENSO EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL. *Guía breve para pediatras y otros profesionales sanitarios*. Revisión noviembre, 2008.
- ROS MAR, L.; ROS ARNAL, I. *Alimentación de los niños inmigrantes en España durante su primer año de vida*. 2004. Gastroenterología y nutrición infantil. Módulo 3 del curso de formación continuada: <http://www.nutricia-pediatra.com>