

Mesa Redonda: El niño y las enfermedades viajan

La salud de los niños de países en desarrollo

C. RODRÍGUEZ CAMPOS

Pediatra. Centro de Salud El Alisal, Santander.

“La medicina de la emigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que les salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”. R. Colasanti. En: II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990.

Llamamos niño inmigrante a todo niño procedente de otro país, con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional⁽¹⁾.

Según datos presentados por el Dr. José Luís Martincano, coordinador del Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante de SEMERGEN en el 32º Congreso Nacional de dicha Sociedad⁽²⁾:

- Un 27% de los españoles considera que abusan de la sanidad, pero la realidad es que utilizan un 40% menos los recursos sanitarios que los españoles
- Acuden con una frecuencia 5 veces mayor a las consultas de Atención Primaria que a los hospitales.
- La morbilidad prevalente es similar: infecciones no foráneas, accidentes laborales, trastornos psiquiátricos.
- La posibilidad de importar una infección foránea es infrecuente. En la mayoría de los casos las importan viajeros autóctonos.
- Gran parte de su patología va a depender de su situación socio-económica, por lo que siempre se deben descartar procesos universales frecuentes: Tb, hepatitis víricas, ETS...
- La adopción de nuestro estilo de vida provoca enfermedades que nunca hubieran desarrollado en su país: obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades psiquiátricas...

El tan discutido **Real Decreto Ley 16/2012⁽³⁾**, publicado el pasado 24 de abril, de **medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones**, en su artículo 3ter, que hace referencia a la **asistencia sanitaria en situaciones especiales**, dice textual-

mente: “Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- De urgencia por *enfermedad grave o accidente*, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- De asistencia al **embarazo, parto y posparto**.
- En todo caso los **extranjeros menores de dieciocho años**, recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.”

Así pues, la asistencia durante toda la edad pediátrica queda total y completamente asegurada en todos los casos, con independencia de su situación “legal”, y de que posean o no tarjeta sanitaria.

Llamamos proceso de duelo⁽⁴⁾ a la forma que tienen las personas de expresar las pérdidas. Las formas externas en las que el duelo se manifiesta están canalizadas por la cultura y por eso es decisivo conocer cómo marca la cultura de origen del inmigrante que se haga el duelo. Expresiones emocionales que al médico le resultan extrañas pueden ser manifestaciones del duelo que el paciente está haciendo, realizadas desde su idiosincrasia cultural.

Una migración es un proceso de pérdida, por tanto la elaboración de un duelo es un proceso consecuente al hecho migratorio. Duelo por la pérdida de algo significativo para el sujeto (familia extensa, amigos, país, costumbres, religión, status social...) unido al sentimiento de culpa por el abandono que se han visto obligados a llevar a cabo, y la posterior reelaboración del vínculo con su país.

En cuanto al proceso de adaptación una vez llegados al que será su nuevo país⁽⁵⁾, puede ser de 4 distintas formas:

- Integración: son capaces de adaptarse a ambas culturas
- Asimilación: se produce un rechazo de la cultura de origen
- Separación: en este caso el rechazo es hacia la cultura receptora, esto conllevará a la formación de “guetos”.
- Marginación: en caso de que ocurra un rechazo hacia ambas culturas; este caso conllevará a la desadaptación total.

A la hora de atender en nuestras consultas a un inmigrante, debemos tener en cuenta la problemática sociocultural implícita, debido

Correspondencia: Carmen Rodríguez Campos. Centro de Salud El Alisal. C/ Los Ciruelos, 52. 39011 Santander
Correo electrónico: crodriguez58@gmail.com

© 2012 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

a las barreras lingüísticas, culturales y religiosas y a la problemática sociocultural^(6,7). Por estas razones es conveniente por una parte fomentar las clases en español, disponer en la consulta de folletos de distintos idiomas, etc. Por otra parte es necesario entender los fallos a las citas, o el incumplimiento de horarios, o los incumplimientos terapéuticos. Debemos ser flexibles con los horarios, y es obligado chequear el entendimiento de las órdenes terapéuticas.

A modo de ejemplo, vamos a desgranar algunas de las barreras culturales dependiendo de la procedencia.

Así en Latinoamérica se considera que mirar directamente a los ojos es una falta de respeto, interpretación muy distinta a la dada en nuestra cultura. A pesar de tener un idioma común, tampoco debemos dar por sentado el total entendimiento, pues algunas palabras, aunque comunes, tienen distinto significado. Ciertas trasgresiones dietéticas, como la introducción precoz de alimentación complementaria, es algo habitual en muchos países de Sudamérica; así como ciertos hábitos nocivos para la salud, tal como por ejemplo zaranear a los niños.

En familias procedentes del Magreb podremos hallarnos en primer lugar con la barrera del idioma. No suelen hacer trasgresiones dietéticas importantes. La circuncisión es de obligado cumplimiento, por motivos tanto religiosos como culturales, aunque cabe recordar que, **salvo por criterios médicos, no es una prestación de la cartera de servicios de nuestro Sistema Nacional de Salud**. Asimismo debemos conocer que muchos niños y adolescentes, a pesar de que por edad no están obligados a hacerlo, cumplirán de manera más o menos oculta con los preceptos del Ramadán, lo que a esas edades puede suponer un problema de salud.

En África subsahariana se asocia obesidad a buena salud, por lo que no es infrecuente encontrarnos con abusos de alimentación complementaria. En cuanto a la ablación o mutilación genital femenina⁽⁸⁾ es una práctica común en prácticamente todos los países del África subsahariana, así como en algunos países asiáticos (la OMS estima que en el mundo hay unas 130 millones de mujeres afectas). Se realiza en niñas de entre 4 y 10 años, no sólo en sus países, sino también en ocasiones en el país de acogida. La Ley Orgánica 3/2005 se refiere a la persecución extraterritorial de dicha práctica, deberemos ser capaces de prevenir y por supuesto detectar cualquier caso. En nuestro Código Penal está tipificado como delito de lesiones (artículos 147 a 156) y como delito contra la libertad sexual (título VIII del libro II). Según la ley de Enjuiciamiento Criminal tenemos la **obligación legal de informar** (artículos 262 y 355).

La mutilación genital femenina, además de los problemas psicológicos (ansiedad, depresión, psicosis, frigidez...) conlleva también problemas médicos tanto a corto como a largo plazo: sangrado crónico, dificultad para la micción, ITUs de repetición, incontinencia urinaria, infecciones pélvicas, abscesos de vulva, queloides, disfunción sexual, problemas menstruales, problemas en embarazo y parto, riesgo de transmisión de ETS y VIH....

Además de todo lo antedicho, en niños africanos no es infrecuente el hallazgo de lesiones en la piel consecutivas a las prácticas llevadas a cabo por hechiceros, frecuente en muchas tribus.

En cuanto al Oriente asiático también es frecuente la introducción precoz de alimentación complementaria y de leche de vaca. Posiblemente su concepción de la salud/enfermedad sea la más alejada de nuestra cultura occidental, haciéndonos mutuamente

incomprensibles algunas prácticas y algunos conceptos. Tampoco son infrecuentes entre ellos ciertas prácticas, como por ejemplo la dermoabrasión cutánea para aliviar algunos síntomas.

ATENCIÓN EN LA CONSULTA

Como ante cualquier paciente lo primero a realizar es una adecuada anamnesis, siendo preciso conocer⁽⁹⁻¹²⁾:

- País de origen así como ruta migratoria: para orientarnos sobre enfermedades prevalentes tanto en su país como en los posibles países intermedios visitados.
- Condiciones del viaje: el hacinamiento aumenta la posibilidad de transmisión de enfermedades como por ejemplo la tuberculosis.
- Tiempo de estancia en España: a menor tiempo mayor posibilidad de patología importada. Condiciones actuales de vida.
- Antecedentes patológicos de interés. Alergias. Antecedentes familiares: anemias hemolíticas, déficit de lactasa...
- Datos del embarazo y parto: si fueron controlados, importante para valorar la posibilidad de transmisión pre o perinatal de infecciones prevalentes en determinadas áreas geográficas (HB, sífilis, paludismo...), realización de pruebas metabólicas al recién nacido.
- Situación vacunal.

En la exploración física lo primero será valorar el estado de nutrición⁽¹³⁾, atendiendo al peso y la talla. Como gráficas de crecimiento lo adecuado es utilizar las gráficas publicadas por la OMS en 2006, extrapolables a cualquier población mundial. Para valorar el estado nutricional podemos usar el índice de Waterlow:

$$IW = \text{Peso P50} \times \text{Talla actual} \times 100$$

Según el resultado, > 90% será un índice normal, de 80 a 89% hablaremos de malnutrición leve, de 70 a 79% moderada y < 70% malnutrición grave.

Hay varios motivos que contribuyen a hacer frecuente la malnutrición:

1. Falta de alimentos, tanto en el origen como durante el proceso migratorio.
2. Malos hábitos alimentarios implantados: exceso de ingesta de hidratos de carbono, déficit de proteínas...
3. Falta de conocimientos sobre necesidades nutricionales.
4. Dieta no variada al llegar el destete.
5. Parasitosis, infecciones agudas repetidas, infecciones crónicas. Los déficits más frecuentes que vamos a encontrar son:
 - Hierro: debido a una deficiente ingesta y/o a ingesta de alimentos que dificultan su absorción como taninos o fitatos.
 - Vitamina B12 y ácido fólico: debido tanto al déficit de ingesta como a las parasitosis repetidas.
 - Vitamina A: por pobre ingesta de hígado, aceite de pescado, huevos, carotenos; fuentes principales de dicha vitamina.
 - Vitamina C: contenida en frutas y verduras.
 - Vitamina D: más frecuente en africanos y asiáticos, debido al color oscuro de la piel y/o al hecho de llevar gran parte del cuerpo tapado, lo que dificulta la exposición solar.

TABLA I. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE DEBEREMOS REALIZAR

	Europa del Este	Magreb	África subsahariana	Asia	Latinoamérica
Hem	SI	SI	SI	SI	SI
BQ	SI	SI	SI	SI	SI
Sedimorina			SI		
Parásitos		SI	SI	SI	SI
Mantoux	SI	SI	SI	SI	SI
VHB, VHC	(SI)	SI	SI	SI	
VIH, RPR	SI		SI		

– Yodo: debido a carencia alimentaria y no suplementación; y a la ingesta de alimentos bociógenos, como tapioca, mijo, coles, brócoli.... Muy frecuente en Kenia, Tanzania, Ruanda, Burundi, Gambia, Guinea, Ecuador, Perú, Bolivia, China, India e Indonesia.

Según las conclusiones de un trabajo publicado en 2007 por Luis e Ignacio Ros⁽¹⁴⁾, hay una serie de características en la alimentación de los niños inmigrantes menores de un año, que pasamos a enumerar:

- La duración de la lactancia materna exclusiva muy prolongada (hasta 12- 24 meses) es frecuente en subsaharianos. Sin embargo las madres chinas tienden a acortar considerablemente la duración de la lactancia al emigrar, comparativamente con lo que hacen en su país.
 - La leche de vaca entera se introduce muy precozmente, incluso en niños de 6 meses, de forma generalizada.
 - Pobre consumo de carnes, frutas y verduras; principalmente subsaharianos y árabes.
 - Introducción precoz de cereales enteros, tanto sin como con gluten; más típico en subsaharianos, árabes y latinos.
 - Los que mejor se adaptan a nuestra cultura culinaria en general son los latinoamericanos y los procedentes de países de la Europa del Este.
 - La dieta es menos variada, y hay mayor consumo de grasas, huevos y bebidas carbonatadas.
 - Aumenta el problema la falta de acceso a sus alimentos tradicionales, bien porque no lo encuentran en nuestro país, o bien porque es muy caro; y muchas veces no lo pueden preparar, aunque lo tengan, por falta de utensilios y de tiempo para cocinarlo.
 - Además, el cambio de roles familiares (madres que trabajan) incrementa la dificultad a la hora de cocinar.
- Como recomendaciones alimentarias generales deberemos⁽¹⁵⁾:
- Revisar el tipo y la calidad de las grasas, sobre todo en marroquíes y procedentes de Europa del Este.
 - Promover el consumo de frutas y verduras, así como informar sobre la equivalencia entre sus alimentos autóctonos y los posibles sustitutos.
 - Recomendar el consumo de lácteos fermentados en caso de que la posibilidad de déficit de lactasa sea alta.
 - Moderar el consumo de zumos envasados, refrescos y otras bebidas azucaradas, así como sodas y bebidas carbonatadas.
 - Recomendar distanciar la comida del consumo de té o malta, a fin de prevenir la ferropenia; y tomar cítricos u otras fuentes de vitamina C.

– Recomendar la exposición solar y/o suplemento de vitamina D en niños de piel muy oscura o que vayan muy tapados.

En la guía “Una alimentación sana para todos”, disponible en la pág. web www.naos.aesan.msp/naos/ficheros/investigacion/informacion_nutricional_inmigrantes.pdf podemos encontrar información muy útil al respecto.

En cuanto a los niños adoptados procedentes de orfanatos, recordar que cada 3-5 meses de estancia en el orfanato supone como media un mes de retraso en la talla. Tras la adopción el catch-up de peso se lleva a cabo en 3-4 meses, y en 4-6 meses el de talla.

ENFERMEDADES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A REALIZAR

En el periodo inmediato a la llegada es cuando podrán aparecer enfermedades infecciosas autóctonas, o prevalentes, en sus países de origen: hepatitis víricas, paludismo, parasitosis, filariasis... Una vez establecidos en nuestro país será más frecuente la aparición de enfermedades con periodos de incubación más largos, como Tb o VIH. Posteriormente la patología esperable será tan solo la local.

Atendiendo al origen, los problemas infecciosos más prevalentes son:

- India y Pakistán: HB, HA, HC, TB, Paludismo, Parasitosis.
 - China y Filipinas: HB, HA, HC, Tb, Parasitosis.
 - Magreb: HB, Tb, Parasitosis.
 - África subsahariana: HB, Tb, Paludismo, VIH, Esquistosomiasis.
 - Latinoamérica: Parasitosis, Paludismo, HA, HB.
 - Europa Del Este: HB, HA, HC, Tb, VIH.
- En relación a los problemas no infecciosos:
- India, Pakistán: Malnutrición, anemia ferropénica, raquitismo, hipotiroidismo, drepanocitosis, beta-talasemia, déficit de G6P-DH.
 - China, Filipinas: Malnutrición, ferropenia, raquitismo, hipotiroidismo, déficit de lactada, déficit de yodo, intoxicación por plomo, beta-talasemia, déficit G6P-DH.
 - Magreb: Anemia ferropénica, beta-talasemia, raquitismo.
 - África subsahariana: Malnutrición, ferropenia, raquitismo, drepanocitosis, déficit G6P-DH.
 - Latinoamérica: Anemia ferropénica, drepanocitosis.
 - Europa del Este: Ferropenia, raquitismo, intoxicación por plomo, S. alcohólico fetal (Rusia y países ex URSS).
- Pruebas complementarias que deberemos realizar: Tabla I.

TABLA II. VACUNACIÓN ACCELERADA ENTRE 4 MESES Y 6 AÑOS DE EDAD. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2012. COMITÉ ASESOR DE VACUNAS

Vacuna	Edad mínima en la 1ª dosis	Intervalo mínimo entre dosis			
		De 1ª a 2ª dosis	De 2ª a 3ª dosis	De 3ª a 4ª dosis	De 4ª a 5ª dosis
Difteria, tétanos y tos ferina acelular	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses ¹
Poliomielitis	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses ²	-
Hepatitis B	Recién nacido	4 semanas	8 semanas ³	-	-
Meningococo C	6 semanas	4 semanas	6 meses ⁴	-	-
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁵	6 semanas	4 semanas	4 semanas	8 semanas	-
Neumococo ⁶	6 semanas	4 semanas	4 semanas	8 semanas	-
Sarampión, rubeola y parotiditis	12 meses	4 semanas ⁷	-	-	-
Varicela	12 meses	4 semanas ⁸	-	-	-
Rotavirus ⁹	6 semanas	4 semanas	4 semanas	-	-
Gripe ¹⁰	6 meses	4 semanas	-	-	-
Hepatitis A	12 meses	6 meses	-	-	-

Esta tabla indica los intervalos mínimos entre dosis para los niños con calendarios incompletos o que inician la vacunación tardíamente. No reinicie una pauta de vacunación si ya se han administrado dosis previas, complétela independientemente del intervalo transcurrido desde la última dosis. En caso de reacciones adversas, notifíquelas a las autoridades de su comunidad autónoma.

(1) Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTPa/Tdpa).- La 5ª dosis de Tdpa no es necesaria si la 4ª de DTPa se administró con 4 o más años de edad.

(2) Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).- Solo si la 3ª dosis se administró antes de los 4 años de edad se requerirá una 4ª dosis, separada por 6 meses de la anterior.

(3) Vacuna antihepatitis B (HB).- La 3ª dosis se administrará, al menos, 4 meses después de la primera y nunca antes de los 6 meses de edad. En caso de haberse administrado una dosis de vacuna monocomponente de recién nacido es aceptable administrar 3 dosis adicionales de vacuna hexavalente; la última dosis siempre a los 6 meses de edad o más.

(4) Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).- La tercera dosis siempre deberá administrarse después de los 12 meses. Si la vacunación se inicia pasados los 12 meses solo es necesaria una dosis.

(5) Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).- Todas las dosis antes de los 12 meses se administrarán con, al menos, 4 semanas de intervalo. Si la primera dosis de la serie se administra entre los 12 y los 14 meses, las 2 dosis se separarán 8 semanas. Si la primera dosis se administra a partir de los 15 meses sólo es necesaria una dosis. La cuarta dosis sólo se administrará en caso de haber recibido 3 dosis en los primeros 12 meses de vida.

(6) Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC).- Todas las dosis antes de los 12 meses se administrarán con, al menos, 4 semanas de intervalo. Si la vacuna se administra entre los 12 y 24 meses las 2 dosis se separarán 8 semanas. Si la primera dosis se administra con más de 24 meses sólo es necesaria una dosis con Prevenar 13[®] y dos, separadas por 8 semanas, con Synflorix[®], salvo grupos de riesgo que precisan dos con cualquier preparado. En mayores de 5 años no es necesaria la vacunación. La cuarta dosis sólo se administrará en caso de haber recibido 3 dosis en los primeros 12 meses de vida. La vacunación con la vacuna polisacárida 23 valente está indicada en mayores de 2 años con enfermedades que aumentan el riesgo de infección por neumococo, incluido el implante coclear; el intervalo respecto de la última dosis de vacuna conjugada frente al neumococo será de 8 semanas. Synflorix[®] y Prevenar 13[®] están autorizadas hasta los 5 años.

(7) Vacuna frente al sarampión, rubeola y parotiditis (SRP).- Administrar la segunda dosis a los 2-3 años, preferentemente a los 2 años. A partir de los 12 meses de edad se considera correctamente vacunado si se administran dos dosis separadas por, al menos, 4 semanas.

(8) Vacuna frente a la varicela (Var).- Administrar la segunda dosis a los 2-3 años, preferentemente a los 2 años junto a la vacuna triple vírica (el mismo día o separadas, al menos, por un mes). Teóricamente, el intervalo mínimo entre ambas dosis de varicela es de 4 semanas aunque se recomienda, en menores de 13 años, un intervalo de, al menos, 3 meses.

(9) Vacuna frente al rotavirus (RV).- RotaTeq[®], 3 dosis, la última antes de las 32 semanas de edad.

(10) Vacuna antigripal (Gripe).- Sólo se administrarán 2 dosis, separadas por 4 semanas, en menores de 9 años en la primera temporada en que reciban vacuna antigripal.

Con respecto a los resultados obtenidos, hay una serie de "peculiaridades" a tener en cuenta:

- Una leucopenia leve es normal en africanos la eosinofilia es frecuente. Si encontramos una anemia microcítica con hierro normal, debemos de realizar un estudio de hemoglobinopatías.
- El VIH se debe solicitar siempre con consentimiento informado.
- Para el cribaje de sífilis debemos realizar en 1º lugar un test no treponémico (RPR, VDRL); el resultado positivo se confirmará con una prueba treponémica (FTA-Abs, TPHA, ELISA IgG, Western Blot).
- Ante una eosinofilia importante, y niño procedente de área endémica, es adecuado buscar microfilarias en sangre, debido a la alta prevalencia de filariasis en algunos países.

En cuanto a los calendarios vacunales, en la pág. web de la OMS podremos encontrar el calendario vacunal de todos los países del mundo, y en www.vacunas.org encontraremos información de los calendarios vacunales de toda Europa, así como de los principales países de procedencia de inmigración a España. No obstante debe-

mos recordar que la información vacunal debe ser siempre **escrita**, y que cualquier vacuna cuya constancia sea sólo oral debe ser considerada como vacuna no administrada, y en dicho caso volver a administrar la dosis si es preciso dependiendo de la edad.

En las tablas II y III se recogen los actuales calendarios vacunales acelerados diseñados por el Comité Asesor de Vacunas de la A.E.P.⁽¹⁶⁾.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Si los acontecimientos se desarrollan más o menos con arreglo a lo previsto, o si la capacidad de adaptación del niño es adecuada, tan solo encontraremos los problemas inherentes al duelo y la adaptación a su nueva cultura y a su nuevo país. Dichos problemas de adaptación podremos encontrarlos en forma de somatizaciones (síntomas respiratorios por ejemplo), o rabiets injustificadas...

En otros casos podremos encontrar diversos problemas de salud mental, facilitado por una serie de situaciones tales como:

TABLA III. VACUNACIÓN ACELERADA ENTRE 7 Y 18 AÑOS DE EDAD. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2012. COMITÉ ASESOR DE VACUNAS

Vacuna	Edad mínima en la 1ª dosis	Intervalo mínimo entre dosis		
		De 1ª a 2ª dosis	De 2ª a 3ª dosis	De 3ª a 4ª dosis
Tétanos y difteria de baja carga antigénica ¹	7 años	4 semanas	6 meses	6 meses
Poliomielitis ²	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses
Hepatitis B ³	Recién nacido	4 semanas	8 semanas	-
Meningococo C ⁴	6 semanas	-	-	-
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁵	12 meses	4 semanas	-	-
Virus del papiloma humano ⁶	9 años	Pauta según preparado comercial		-
Varicela ⁷	12 meses	4 semanas	-	-
Gripe ⁸	6 meses	4 semanas	-	-
Hepatitis A	12 meses	6 meses	-	-

Esta tabla indica los intervalos mínimos entre dosis para los niños y los adolescentes con calendarios incompletos o que inician la vacunación tardíamente. No reinicie una pauta de vacunación si ya se han administrado dosis previas, complétela independientemente del intervalo transcurrido desde la última dosis. En caso de reacciones adversas, notifíquelas a las autoridades de su comunidad autónoma.

(1) **Vacuna frente a tétanos y difteria de baja carga antigénica (Td).**- A partir de los 7 años utilizar vacuna de tétanos-difteria de baja carga antigénica (Td). Para la dosis de refuerzo, una vez completada la primovacunación, se recomienda utilizar la vacuna tétanos-difteria-tos ferina acelular de baja carga antigénica (Tdpa). Los vacunados con una dosis antes de los 12 meses de edad recibirán 3 dosis adicionales para completar su primovacunación. Los vacunados con una dosis después de los 12 meses completarán su primovacunación con 2 dosis, con un intervalo de 6 meses entre ambas. Para que un adulto se considere con la vacunación completa frente al tétanos debe haber recibido, al menos, 5 dosis en su vida, por lo que, tras la primovacunación con tres dosis, deberá recibir 2 dosis de refuerzo separadas preferentemente por 10 años, aunque el intervalo mínimo entre ellas es de 1 año.

(2) **Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).**- En mayores de 7 años no vacunados 3 dosis. En caso de haber recibido la 3ª dosis antes de los 4 años se recomienda administrar una 4ª dosis, al menos, 6 meses después de la 3ª.

(3) **Vacuna antihepatitis B (HB).**- En mayores de 7 años no vacunados 3 dosis con pauta 0, 1, 6 meses. La 3ª dosis se administrará, al menos, 4 meses después de la 1ª dosis.

(4) **Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).**- En mayores de 7 años no vacunados solo es necesaria una dosis. Si ya tiene una administrada después de los 12 meses, no son necesarias más dosis.

(5) **Vacuna frente al sarampión, rubeola y parotiditis (SRP).**- En mayores de 7 años no previamente vacunados 2 dosis. Si vacunado con una dosis previa de sarampión monocomponente, administrar dos dosis de SRP. Si vacunado con una dosis previa de SRP, administrar una segunda dosis.

(6) **Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).**- Sólo para niñas. La edad mínima de administración para la primera dosis es de 9-10 años. Administrar siempre que sea posible la serie según pauta del preparado comercial correspondiente: Cervarix® 0, 1, 6 meses; Gardasil® 0, 2, 6 meses. Gardasil® recomienda que la segunda dosis debe ser administrada, al menos, un mes después de la primera dosis y la tercera dosis, al menos, 3 meses después de la segunda dosis; la tercera dosis deberá administrarse no antes de los 6 meses de la primera. Las tres dosis deben ser administradas dentro de un periodo de 1 año. Cervarix® recomienda que la segunda dosis se puede administrar entre 1 y 2,5 meses después de la primera dosis y la tercera dosis entre 5 y 12 meses después de la primera dosis.

(7) **Vacuna frente a la varicela (Var).**- Dos dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas en pacientes no previamente vacunados. En menores de 13 años se ha recomendado un intervalo de 3 meses entre ambas dosis y en mayores de 13 años, 1 mes.

(8) **Vacuna antigripal (Gripe).**- Sólo se administrarán 2 dosis, separadas por 4 semanas, en menores de 9 años en la primera temporada en que reciban vacuna antigripal.

- A) Duelo migratorio: debido a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, amigos, costumbres, religión. También pueden aparecer sentimientos de culpa como consecuencia del abandono.
 - B) Soledad: ante la que se intentan crear nuevas relaciones, no siempre fáciles de establecer.
 - C) Pérdida del proyecto migratorio: El proyecto de vida pensado, o bien la información y expectativas previas al viaje no siempre son muy realistas. El no poder llevar a cabo el objetivo de la migración es un importante factor de desestabilización personal.
 - D) Choque cultural: Ansiedad frente al desconocimiento a veces de lo que es adecuado o no en nuestra cultura, lo que puede desorientar en aspectos como el comportamiento y la manera de actuar.
 - E) Estrés permanente: los retos son permanentes, dependerá de su capacidad de adaptación el sobrellevarlos o no.
Las patologías encontradas con mayor frecuencia son:
 - Trastorno de ansiedad: tensión, nerviosismo, insomnio, irritabilidad...; así como fobia escolar o social, trastorno por angustia de separación, o trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Síntomas de depresión.
- Trastorno por estrés post-traumático⁽¹⁷⁻¹⁹⁾: ocurre tras exposición a sucesos violentos como guerras, desastres naturales, abuso o violencia física o sexual... Se caracteriza por:
 - El acontecimiento se reexperimenta persistentemente: sueños, juegos repetitivos...
 - Evitación persistente de estímulos asociados, recuerdo continuo del trauma, sensación de desapego
 - Aparecen síntomas de aumento de actividad: ataques de ira, dificultad de concentración, respuestas exageradas de sobresalto...
 - Síntomas más frecuentes: cambios conductuales y conductas regresivas
 - Síndrome de Ulises⁽²⁰⁾: se trata de un estrés crónico y múltiple; además de los duelos aparecen los síntomas psiquiátricos derivados de la soledad y de la separación forzada, unidos al sentimiento de desesperanza y fracaso al no lograr a veces ni las condiciones mínimas para salir adelante. Este estrés en general se vive con muy poco apoyo social, y además el inmigrante no es capaz de controlarlo. Sienten soledad porque han dejado todo atrás, muchas veces familiares que incluso lo han dado todo por ellos, no pueden reunirse tal como tenían previsto, muchas veces sienten miedo a ser deportados. Con relación al

fracaso migratorio, en algunas culturas son “mal mirados” si vuelven, como si encima de ellos pesara algún maleficio. La lucha por la supervivencia diaria es dura, muchas veces los padres sin trabajo y sin vivienda digna. El miedo es tanto físico en cuanto a su integridad como psíquico.

RECOMENDACIONES EN CASO DE VIAJE

Ante un niño que va de viaje a su país⁽²¹⁾ en primer lugar deberemos dar una serie de recomendaciones sanitarias con respecto al agua de bebida, alimentos, clima, contacto con animales domésticos o salvajes, repelentes de insectos... Es importante asegurarnos de que la vacunación está al día, e informarnos y remitirlos a Sanidad Exterior en caso de que precisen alguna inmunización especial: fiebre amarilla, encefalitis centroeuropea o japonesa, fiebre tifoidea, cólera, meningococo tetravalente.

Es importante que conozcamos si existe alguna alerta sanitaria en el país de destino.

En caso de que el niño padezca alguna enfermedad crónica y precise algún tratamiento debemos asegurarnos de que lleva medicación suficiente para el viaje. Además, es conveniente recomendarles el botiquín adecuado que deben llevar: antitérmicos, quizá algún antibiótico, gasas, desinfectante, alguna pomada que consideremos adecuada...

Hay dos pág. web muy recomendables para consultar tanto sobre centros de vacunación como sobre recomendaciones para el viaje: www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm y www.cdc.gov/travel

Al volver del viaje es conveniente ver al niño en consulta a la mayor brevedad posible. Podemos encontrar dos situaciones:

- A) Niño que vuelve del viaje **SANO**: preguntar sobre las incidencias de salud durante el viaje, y programar algún control por si aparece alguna clínica en los 2-3 meses siguientes a la vuelta.
- B) Niño que vuelve del viaje **ENFERMO**:
 - a. Incidencias de salud durante el viaje
 - b. ¿Hay paludismo en la zona en que estuvo? ¿Hizo quimio-profilaxis?
 - c. ¿Se puso alguna vacuna?
 - d. ¿Hay alguna enfermedad prevalente en la zona?
 - e. Según país de origen y sospechas diagnósticas, seleccionar exploraciones y pruebas complementarias.

“La inmigración es una huida de la persecución del hambre, si de todas maneras hay que morir, que la muerte no te encuentre sentado” M. Salem Abdelfatah, inmigrante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Cueto O. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *Foro Pediátrico* 2004; (14): 3-9.

2. El inmigrante acude a la consulta de Atención Primaria (AP) una media de cinco veces más que a los hospitales. *Revista Salud y Bienestar*, publicado el 8 octubre 2010. Disponible en <http://es.paperblog.com> (Consultado 19/9/2012).
3. BOE nº 98. Sec 1. Pag 31283. 24/4/2012
4. Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. Formación para la comprensión de la multiculturalidad. IASS, ADUNARE, SOS RACISMO y Gobierno de Aragón. Disponible en www.integrallocal.es/upload/File/2010. (Consultado 18/9/2012).
5. Poch J, Montesdeoca A, Hernández Borges A, et al. Valoración del niño inmigrante. *An Sist Sanit Navarr.* 2006; 29(Supl 1): 35-47.
6. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Atención al niño de origen extranjero. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003; 5: 115-142.
7. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navarr.* 2006; 29(Supl 1): 9-25.
8. Orejón de Luna G. Atención al niño inmigrante desde el ámbito de Atención Primaria. V Reunión Anual de la Sociedad asturiana de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en <http://aepap.org/asturiana/curso2006/ponencias-V-curso.pdf>. (Consultado 18/9/2012).
9. López Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. PBM, SL; 2002.
10. Gargantilla Madera P. Manual de atención a inmigrantes. Madrid: Ergon; 2003.
11. Guía de Actuación en Atención Primaria para población inmigrante. Consejería de Sanidad. 2ª edición. Dirección General de Salud Pública y Participación; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Rail Comunicación; 2006.
12. Cortés Rico O, Aparicio Hernán A, Montón Álvarez JL. Valoración inicial del niño inmigrante. *Pediatr Integral.* 2009; XIII: 909-918.
13. De Aranzabal Agudo M. Inmigración: indicadores de nutrición y crecimiento. *An Pediatr.* 2003; 58: 236-40.
14. Ros Mar L, Ros Arnal I. Alimentación de los niños inmigrantes en España durante su primer año de vida. Disponible en <http://www.nutricia-pediatria.com> (Consultado 22/9/2012).
15. Ferrer Lorente B, Vitoria Miñana I, Dalmau Serra J. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Acta Pediatr Esp.* 2012; 70: 147-154.
16. Calendario vacunas A.E.P. Disponible en <http://vacunasaep.org/profesionales>. (Consultado 2/2/2012).
17. Palacín L. Trastorno por stress postraumático: una revisión del tema (Primera Parte). *Salud Mental.* 2002; 25(3): 377-391.
18. González de Rivera JL. El síndrome post-traumático de estrés: una revisión crítica. *Psiquiatría Legal y Forense.* Madrid: Edit. Colex; 1994.
19. Trastorno de estrés postraumático. Disponible en www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000925.htm. (Consultado 14/10/2012).
20. Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental.* 2004; (21): 39-52.
21. Merino Moína M, Bravo Acuña J. Profilaxis antiinfecciosa del niño viajero. *Pediatría Integral* 2010; XIV: 77-90.