



Protocolo de atención al niño inmigrante

Justificación

Se entiende por niño inmigrante todo niño procedente de otro país, con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional.

La inmigración, que en un principio venía a España como “lugar de paso”, hacia otros países europeos, desde la década de los 90 ha convertido a España en un país de destino final.

En los últimos 10 años, la población española ha crecido en seis millones de personas (6.025.345 personas). Este crecimiento ha estado influenciado por el importante incremento de la población extranjera residente en nuestro país.

A 1 de enero de 2012 había 248.608 extranjeros registrados en la Región de Murcia, de los cuales 39.408 estaban en edad pediátrica lo que supone el 17% de la población en edad pediátrica en nuestra región. De ahí la importancia de tenerla en cuenta y la necesidad de disponer de un protocolo de actuación dirigido para la atención individualizada de estos niños a su llegada a nuestra región.

1.- Inmigrantes que llegan por primera vez a nuestro país

Todo niño que llega a nuestro país requerirá una valoración por su pediatra de forma preferente, en las primeras 2 semanas, salvo que presente síntomas de enfermedad en cuyo caso se hará una valoración urgente.

1. **Niños con síntomas de enfermedad** (fiebre, mal estado general, hepatoesplenomegalia, poliadenopatías, ictericia,...). Estos niños se remitirán de forma urgente a Sección de Urgencias de su hospital y /o Unidad de Enfermedades Infecciosas de Pediatría del hospital Virgen de la Arrixaca (ver algoritmo).
2. **Niños asintomáticos**, aparte de la valoración y exámenes complementarios generales, distinguiremos 2 subgrupos:
 - a. *Procedentes del África subsahariana* que se derivarán a la consulta de Medicina Tropical (Hospital Virgen de la Arrixaca) para la detección de infecciones importadas sin síntomas a su llegada.



- b. *Niños procedentes del resto de países.* Evaluación y seguimiento por su pediatra. Según resultados, valorar criterios de derivación a asistencia especializada.

1.1 Evaluación inicial

Los objetivos de este primer control son:

1. Descartar cualquier enfermedad infectocontagiosa incluyendo las Infecciones habituales (respiratorias y digestivas) que son las más frecuentes.
2. Detectar aquellos problemas que requieran un control posterior o una derivación a atención especializada.
3. Revisar el estado de inmunización.
4. Planificar las siguientes consultas (revisiones, vacunas).

1.2 Anamnesis y exploración física

La anamnesis debe ser lo más completa posible y la exploración física general haciendo hincapié en los aspectos remarcados en la tabla 1.

Anamnesis	Examen físico
Fecha de nacimiento	Valoración del estado nutricional.
Lugar de procedencia	Cicatriz de BCG.
Ruta migratoria.	Úlceras y nódulos cutaneos.
Fecha de llegada.	
Antecedentes de patologías y tratamientos recibidos	Color (ictericia, manchas).
Alimentación.	Tumefacción de extremidades.
Vacunas recibidas.	Rash cutáneo, signos de prúrito .
Presencia de síntomas actuales.	Linfadenopatías.
Antecedentes familiares.	Visceromegalias en abdomen
Composición familiar y convivientes.	

Tomado de Hernández Merino A (1)



1.2 a Evaluación del crecimiento

Peso, talla, perímetro cefálico (PC), estado nutricional y desarrollo puberal. Es importante intentar aproximar conocer la edad cronológica, si existen dudas hay que basarse en la edad ósea, dental, desarrollo psicomotor, madurez escolar y social y reevaluar a los 12 meses.

Se recomienda utilizar nuestras gráficas de crecimiento de referencia, y monitorizar velocidad de crecimiento. El PC es de gran importancia tiene un gran valor por ser un indicador inespecífico de malnutrición intrauterina/infecciones congénitas en la primera infancia y de valor pronóstico para su desarrollo psicomotor posterior.

Si no existe malnutrición son suficientes las gráficas de peso y talla. Para valorar la malnutrición son útiles el índice nutricional o el IMC.

Si no se observa en los 6 primeros meses un crecimiento recuperador, estos niños deben ser evaluados. Aunque en los niños mayores de 1 año dependiendo del grado de retraso de crecimiento previamente existente, el crecimiento recuperador de la talla y del perímetro cefálico puede tardar más tiempo.

Es necesario tener presente la evolución del desarrollo puberal en función de factores raciales con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad precoz. Con relativa frecuencia se han observado casos de pubertad adelantada en niñas adoptadas por encima de los 4 años de edad, con un rápido crecimiento en espiga ("catch-up") procedentes de India, sudeste de Asia y Latino América.

Es conveniente realizar controles cada 6 meses los dos primeros años.

1.2 b Evaluación del desarrollo psicomotor

Realizar test de habilidades psicomotoras para su edad (PANA) por debajo de los 6 años. Analizar criterios clínicos de sospecha de síndrome alcohólico fetal.

La valoración ha de ser con cautela, ya que estos niños suelen presentar sesgos importantes. La principal causa de alteraciones suele ser la falta de estímulo y afecto con lo que conviene repetirla evaluación a los seis meses, que tendrá un resultado más representativo. Si en este momento el retraso es mayor al esperado reevaluar y derivar a un Centro de Atención Temprana y /o Neuropediatría.

1.2 c Evaluación de la visión y de la audición

En los primeros seis meses según sospecha clínica y sobre todo en caso de antecedentes de prematuridad.



1.2 d Evaluación de la dentición y profilaxis buco dental

Debe evaluarse la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición permanente. Profilaxis anticaries según recomendaciones actuales. En caso de tener entre 6 y 8 años y disponer de Tarjeta Sanitaria, incorporación al Programa de Salud Bucodental Infantil bien en las Unidades de Salud Bucodental o en las consultas de los dentistas privados habilitados para el Programa (<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618&idsec=2435>).

1.3 Pruebas de cribado de laboratorio

En función del país, anamnesis, exploración física, factores de riesgo, están indicadas las siguientes pruebas de laboratorio:

- Hemograma completo.
- Metabolismo del hierro.
- Bioquímica con: enzimas hepáticos, urea, creatinina, iones, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, proteínas totales y albúmina.
- Cribado metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria) en menores de 2 años o a cualquier edad si aparición de sintomatología neurológica.
- Pruebas de función tiroidea (T4 total, TSH): en niños mayores de 2 años.
- Sistemático de orina.
- Serología:
 - VHB (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG, antiHBc IgM).
 - VHC.
 - VHA solo en niños inmigrantes, ya que hay probabilidad de viajes a país de origen. Si IgG negativa estaría indicada la vacuna. Sífilis (RPR, FTA)
- VIH 1 y 2 ELISA.
- Huevos y parásitos en heces (3 determinaciones en días alternos).
- En niños con sintomatología digestiva realizar coprocultivo.



- Mantoux. Realizarlo de forma diferida a los 3 meses para evitar falsos negativos por malnutrición o infecciones recientes.
 - Cualquier induración debería ser valorada por la unidad de infecciosas (ver algoritmo)

Nota

- Otras serologías: Solicitar de forma individualizada según clínica y /o en la visita a Medicina Tropical (en niños procedentes de África Subsahariana). No olvidar pedir serología a Chagas en todos los niños procedentes de Bolivia o con antecedentes familiares de enfermedad de Chagas y derivar a Medicina Tropical en caso de positividad.

1.4 Evaluación del estado de inmunización

Se deben revisar las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de nuestra comunidad.

Podemos encontrarnos con los siguientes problemas:

- Ausencia de documento vacunal.
- Calendario de vacunación incompleto.
 - por ausencia de dosis.
 - por ausencia de vacunas en el calendario del país de origen.
- Escasa fiabilidad de los certificados de vacunación de determinados países.

Para asegurar el correcto estado de inmunización de los niños únicamente se tomaran en consideración aquellos casos en los que exista un documento escrito, en el que además comprobaremos que las fechas de administración de vacunas, intervalos entre dosis y la edad del niño en el momento de la inmunización es comparable a las recomendaciones del Calendario de Vacunaciones de la Región de Murcia.

Debe considerarse que un registro vacunal es correcto y veraz cuando consten de forma clara las vacunas que ha recibido el niño y las fechas en que fueron administradas. Debe comprobarse la coherencia entre la fecha de nacimiento y las fechas de vacunación. Comprobar que se ha respetado la edad mínima de cada vacunación y los intervalos mínimos entre dosis de vacunas. Para más información



consultar en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/31227-edades_minimas_intervalos.pdf.

Cuando no haya ningún registro de vacunación, cuando sea ilegible, cuando no se identifiquen los antígenos administrados o cuando haya dudas se puede consultar a la Consejería de Sanidad para determinar si es necesario revacunar con el calendario de vacunación completo en función de la edad. Una herramienta para identificar términos extranjeros está disponible en la Web de los CDC:

<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/foreign-products-tables.pdf> o derivar el niño a la Consejería de Sanidad para su evaluación posterior

Para completar la vacunación se recomienda consultar las pautas correctoras entre niños de 4 meses a 18 años de la Consejería de Sanidad, disponibles en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/31231-pautas_correctoras_2010.pdf

En términos generales conviene tener presente que:

- Mayor fiabilidad de la prueba escrita que de la verbal.
- Es probable que la mayoría de los pequeños hayan recibido de 1 a 3 dosis de DTP y VPO.
- Los mayores no han recibido vacuna de hepatitis B.
- Ninguno ha recibido vacuna MenCC.
- Un gran porcentaje no ha recibido vacuna Hib.
- La mayoría han recibido vacuna de sarampión monovalente antes de los 12 meses.
- Según edad y procedencia serán susceptibles a varicela.
- Pocas diferencias entre adoptado e inmigrante, aunque mayor posibilidad de certificados no válidos en adoptados.
- No hay inconveniente en administrar dosis extra de las vacunas rutinarias.
- En general no es coste/beneficio la serología previa, excepto en HB.
- En menores de 1 año de África subsahariana es conveniente reiniciar pauta.
- En los procedentes de otras zonas, independientemente de la edad, dar 1 dosis de DTPa y administrar vacuna Hib en menores de 5 años con pauta según la edad.



- Valorar dosis extra en función de con/sin carné y de reacciones adversas a DTPa.
- Administrar siempre vacuna triple vírica (si no hay constancia de recepción previa de dos dosis) y MenCC.
- Administrar una dosis de VPI en caso de procedencia de zonas endémicas.
- Intentar administrar varias vacunas en primera visita.

2.- Otras situaciones

2.1 Niños que van a viajar al país de origen de sus padres

Antes del viaje

- Comprobar que tengan todas las vacunas al día y avanzar alguna de las vacunas si es necesario
 - Vacunación de la hepatitis A (según campaña de la Consejería de Sanidad si va a viajar a país endémico: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=187928&idsec=829>).
 - Remitir al Centro de Vacunación Internacional (Unidad Regional de Medicina Tropical o Sanidad Exterior) para valorar vacunas no sistemáticas y quimioprofilaxis de malaria si necesario.
 - Se recomienda posponer la posible vacunación con vacunas vivas atenuadas (triple vírica o varicela) a la consulta con Sanidad Exterior.

La vacunación con vacunas vivas atenuadas determina la necesidad de un intervalo mínimo entre las mismas de 4 semanas. Esto ha hecho que en ocasiones niños viajeros que tenían indicación de vacunación con fiebre amarilla no se hayan podido vacunar por estarlo de triple vírica en las 4 semanas anteriores. Por lo tanto en caso de considerarse necesaria la consulta con Sanidad Exterior se recomienda que sea este Centro el que administre todas las vacunas vivas en una sola visita.

- Exploración sistemática de genitales en población de riesgo de mutilación genital femenina.
- Programar visita de control a la vuelta del viaje (Unidad Regional de Medicina Tropical).



- Consejos de viaje.

2.3 Niños que vuelven de pasar una estancia en el país de procedencia de sus padres

- Valorar aspectos del viaje y la estancia (medio rural o urbano, riesgos especiales de la zona, duración del viaje).
- Exploración física general, teniendo especial vigilancia en los genitales en población de riesgo.
- Revisión del estado vacunal.
- Si viaje a zona endémica de malaria y aparición de fiebre, derivar urgente al hospital hasta 12 meses tras la llegada.

2.4 Niños hijos inmigrantes nacidos aquí y que siguen el Programa de Atención al Niño y Adolescente.

En esta población es importante vigilar y prevenir:

- Carencias de vitaminas y minerales.
- Adecuar los hábitos alimentarios.
- Cribaje, seguimiento y tratamiento de hemoglobinopatías, si precisa.
- Adaptación de las vacunas según necesidades.
- Información y educación sanitaria.

2.5 Padres adoptantes y convivientes de países de alta endemia de hepatitis A

- Menores de 30 años. Estaría recomendada la vacuna de hepatitis A al menos dos semanas antes de emprender el viaje.
- Mayores de 30 años. Realizar serología IgG hepatitis A. Si negativa, vacuna de hepatitis A.

3.- Criterios de derivación

Criterios de derivación a Unidades Especializadas. (Ver algoritmo)



3.1. Unidad Regional de Medicina Tropical:

- Niños sanos procedentes de África subsahariana.
- Niños nacidos en Bolivia o de madre boliviana con serología positiva a *T cruzi*.
- Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos.

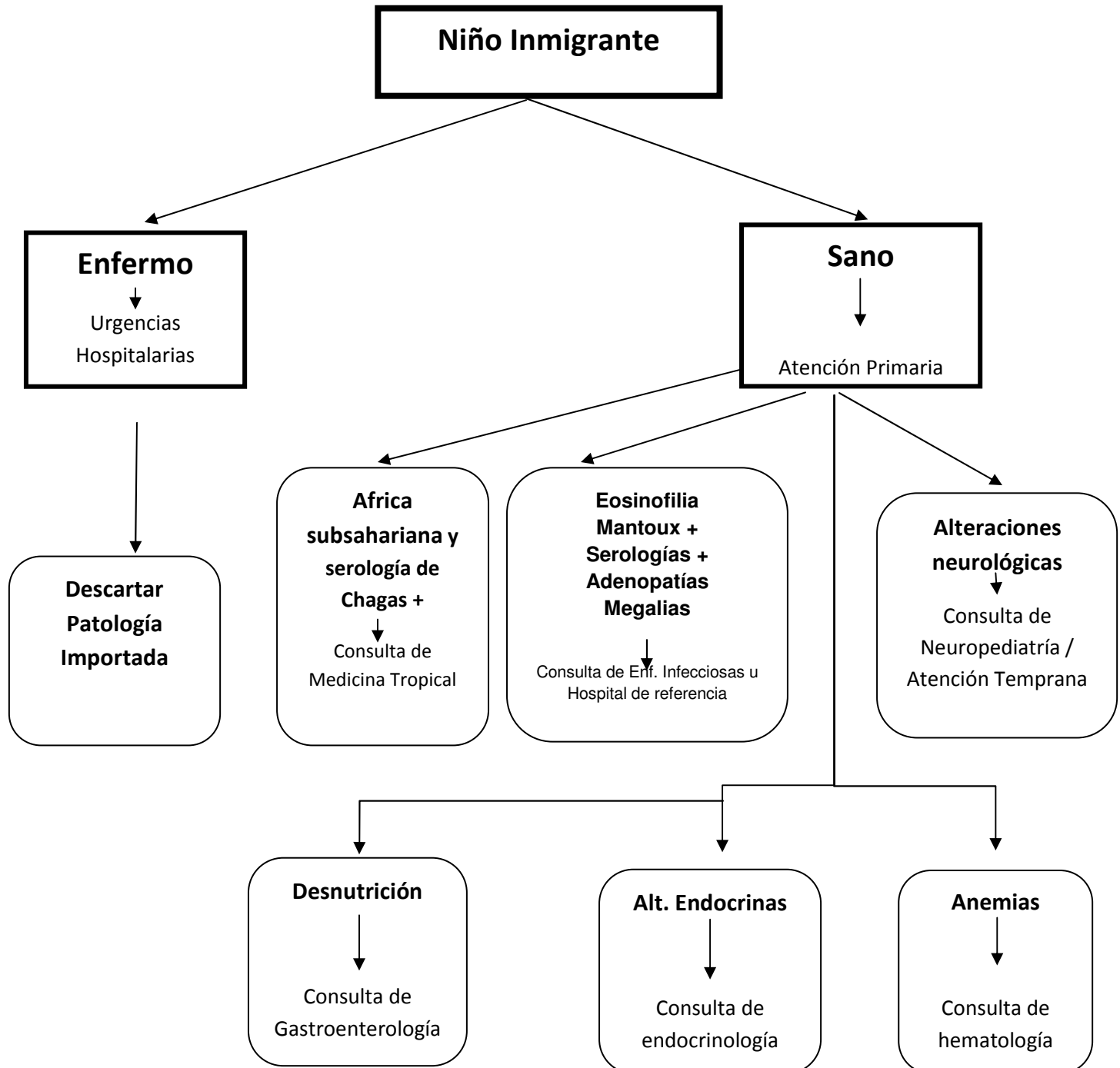
3.2. Unidad de Enfermedades Infecciosas de Pediatría:

- Sintomatología de causa no aclarada: pérdida de peso, tos prolongada, diarrea prolongada, etc.
- Fiebre (en el primer mes). Pasado este período si se descartan las causas habituales (fiebre de origen desconocido).
- Sospecha de tuberculosis /o Mantoux con cualquier induración.
- Linfadenopatía local o generalizada.
- Visceromegalias.
- Serologías positivas con excepción de *T cruzi* (enfermedad de Chagas: derivación Servicio de Medicina Tropical).
- Anemia o eosinofilia importantes de causa no aclarada.

3.3. Otros:

- Neuropatía sensitiva o motora.
- Crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Alteraciones de la conducta no superadas.
- Alteraciones del desarrollo psicomotor.

Algoritmo de derivación



Unidad Medicina Tropical: contactar a través de OMI o al teléfono 968395552 (Dr. Carrilero).

Enfermedades Infecciosas Pediátricas: A través de OMI o a los teléfonos 968369602 / 968381050 (Dres.: Alfayate / Menasalvas)

Vacunaciones: Centro de Vacunación Ayuntamiento de Murcia 968247062, Consejería de Sanidad 968362249, Centro de Área de Cartagena 968326678, Centro de Área de Lorca 968468300.



Bibliografía

1. Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid. Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf>. (consultado 23 febrero 2012)
2. Krow Ampofo. Infectious disease issues in adoption of young children. *Curr Opin Pediatr* 2013; 25:78–87.
3. Jones V. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics* 2012; 129:e214–e223.
4. Staat M, Rice M, Donauer S, Mukkada S, Holloway M, Cassedy A et al. Intestinal parasite screening in internationally adopted children: importance of multiple stool specimens. *Pediatrics* 2011; 128:e613-22.
5. Grupo de trabajo de tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de la tuberculina en niños. *An Esp Pediatr* 2003;59:582-5.
6. Martín A. Guía de asistencia sanitaria a los niños procedentes de adopción internacional Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:
<http://www.sepeap.org/archivos/libros/PREVENTIVA/adopcion.pdf>.
7. Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: Programa de Seguiment del Nen Sa. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/>. (consultado febrero 2013).
8. De Aranzábal M. Adopción internacional; visita preadoptiva, postadoptiva y seguimiento. Grupo de Trabajo en Inmigración, Adopción y Cooperación internacional, Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Actualizado el 27 de octubre de 2000. Disponible en: <http://www.avpap.org/gtinmigracion.htm>. (consultado 21 febrero 2013).
9. Oliván G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones medicas. *An Esp Pediatr* 2001;55:135-140.
10. Miller L, Hendrie N. Health of children adopted from China. *Pediatrics* 2000;105:e76
11. Cortés O, Aparicio A, Montón J. Valoración inicial del niño inmigrante. *Pediatr Integral* 2009;10:909-918.
12. Hernández A, Núñez A, Cortés G, Oliván J, Lirio M, de Aranzábal M et al. "Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales



sanitarios”. Resumen estructurado. Rev Pediatr Aten Primaria 2006; 8 Supl 2:S41-53.

Autores

Arántzazu Viudes de Velasco. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Espinardo (Murcia).

Santiago Alfayate Miguélez. Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Ana Isabel Menasalva Ruiz. Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Bartolomé Carrilero Fernández. Unidad Regional de Medicina Tropical. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

José Antonio Navarro Alonso. Jefe de Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia.

Jaime Jesús Pérez Martín. Técnico de Salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia.

Antonio Iofrío De Arce. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud El Ranero (Murcia). Presidente de la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMap)

M^a Ángeles Chumilla Valderas. Coordinadora Regional de Pediatría. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.