



FORO PEDIÁTRICO ES
UNA PUBLICACIÓN
TRIMESTRAL DE LA
SOCIEDAD DE
PEDIATRÍA DE
ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA QUE
SE DISTRIBUYE
GRATUITAMENTE A
TODOS SUS
ASOCIADOS POR
CORTESÍA DE

GSK

**Sociedad de
Pediatría de
Atención Primaria
de Extremadura**

Colegio Oficial de
Médicos
Avda. Colón 21

www.spapex.org

Editor:
Jaime J. Cuervo Valdés

Imprime:
Imprenta Rayego
Tf. 924 25 50 86
Badajoz



SUMARIO

I Jornada sobre Pediatría e Inmigración

EDITORIAL

Inmigración y Pediatría en Extremadura ... PAG 2

El pediatra ante los niños de familias inmigrantes
Olga Cortés Rico PAG 3

Adopciones Transnacionales. Cuestiones médicas
y éticas.
Xavier Allué Martínez PAG 10

Atención a la salud de niños adoptados procedentes
de China
Juan J. Morell Bernabé PAG 13

Datos estadísticos de niños de adopción
internacional en Extremadura PAG 19

Aspectos culturales y hábitos sociosanitarios de la
población inmigrante de origen magrebí
Maged H. Abdulrazzak PAG 21

Valoración social de la población inmigrante
magrebí asentada en nuestra región
M^a Antonia Martín Martín PAG 26

Atención a la salud de niños inmigrantes de origen
magrebí. Experiencia de un programa de actuación
en Talayuela
M^a Jesús Pascual Marcos PAG 31

Vacunaciones en niños de familias inmigrantes
Julián Báñez Gutiérrez PAG 34

Medidas educativas en Salud a la población
inmigrante
José Luis Domínguez Carlos PAG 38

CURSOS-CONGRESOS 2003-04

27 de Marzo de 2004

III Jornadas de
Actualización en Pediatría
de Atención Primaria
de la SPAPeX
Lugar de celebración
Don Benito
Programa e inscripciones:
[www.spapex.org/spapex/
jornada04/index.htm](http://www.spapex.org/spapex/jornada04/index.htm)

Curso de formación continuada de la Sección de Badajoz

13 de Febrero de 2004

Seguimiento del
prematureo en Atención
Primaria. Dra. Pilar
García. Servicio de
Neonatología Hospital
Clínico Universitario.
Salamanca

22 ó 29 de Abril de 2004

Diagnóstico diferencial y
actuación ante las
urticarias en Pediatría.
Dra. Ángela Gonzalo.
Servicio de Alergología
Hospital Infanta Cristina.
Badajoz

27 de Mayo de 2004

Oncología Pediátrica.
Dra. Isabel Pintor.
Servicio de Oncología-
Hematología Pediátricas.
Hospital Infanta Cristina.
Badajoz



INMIGRACIÓN Y PEDIATRÍA EN EXTREMADURA

El fenómeno de la inmigración es una realidad social de nuestro país con la que debemos convivir y aprender de esta realidad multicultural en la que nuestros hijos van a crecer y tienen que ser educados.

Desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, la llegada de inmigrantes en los últimos años ha supuesto una especie de "sacudida" que estamos obligados a resolver de alguna manera.

Los pediatras vemos aumentar nuestras consultas día a día con niños de muy distinta procedencia, a veces con problemas de salud diversos y otros de carácter social que afectan a su salud integral, y para la que no tenemos una formación específica.

Los últimos datos cifran en 1.647.011 los inmigrantes residentes legales en nuestro país a fecha de 31 de Diciembre de 2.003; de ellos un 65% son inmigrantes económicos, es decir, procedentes de países de baja renta. Si sumamos los inmigrantes irregulares o "sin papeles" (difíciles de cuantificar) estamos hablando de que en torno al 3,2% de la población española es inmigrante económica; y de ellos, entre un 10-12% son menores de 16 años.

En Extremadura, aunque el problema es menos acuciante, excepto en determinadas áreas del noreste de Cáceres, todos vivimos la experiencia de que se trata de un fenómeno creciente e imparable.

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura es sensible a este nuevo reto de la pediatría; y ya hace más de dos años decidió crear un Grupo de trabajo sobre Inmigración que ha ido creciendo y desarrollando actuaciones concretas y otras en colaboración con la administración: el examen de salud de niños saharauis del programa "Vacaciones en paz", protocolos de atención concreta como el que se desarrolla en el Centro de Salud de Talayuela, planteando iniciativas en la actualización de la situación vacunal de este colectivo o con la elaboración de un documento sobre la atención a la salud de niños adoptados procedentes de China.

Un paso más en éste camino emprendido ha sido la organización de esta I Jornada sobre Inmigración y Pediatría que pretende ofrecer a nuestros

compañeros parte de la experiencia adquirida y crear un foro que sirva a la vez para:

- mejorar la formación específica ante una situación que es creciente en nuestras consultas;

- promover el trabajo interdisciplinar con todos aquellos profesionales implicados en la atención a la salud de los niños de familias inmigrantes, para buscar soluciones comunes;

- acercarnos, junto a la Administración pública, a una realidad que en Extremadura permite, hasta ahora, evaluar las actuaciones que se realizan en el terreno social y sanitario, con objeto de optimizar en el futuro inmediato los recursos necesarios, mejorar la formación de los profesionales, crear las redes sociales necesarias y trabajar conjuntamente, promoviendo así la integración social del colectivo inmigrante;

- y fomentar el debate social, con participación de todos los colectivos implicados, incluidos los propios inmigrantes, a manifestarse sobre los problemas y los aspectos a mejorar en la atención sanitaria que debemos prestar a la población inmigrante en general y a los niños de esas familias en particular.

Como señala el Dr. Gómez de Terreros, los pediatras debemos abogar por una atención integral y de calidad a todos los niños y adolescentes, procedan de donde procedan y rechazando que situaciones de irregularidad, pobreza o discriminación puedan limitar el derecho de equidad y accesibilidad socio-sanitaria y educativa.

Juan J Morell Bernabé
Presidente de SPAPex

Grupo sobre Inmigración de SPAPex:

Coordinadora: Esther García Soria (esterle@terra.es).
Pediatra en C.S. Plasencia I

Miembros del grupo: Maged H. Abdulrazzak (CS Villanueva de la Vera, Cáceres), José Luis Domínguez Carlos (CS Talayuela, Cáceres), Juan J. Morell Bernabé (CS Barcarrota), Gema Lunar Soriano (CS Jaraíz de la Vera), M^a Jesús Pascual Marcos (Madrid), José M^a Iglesias Sánchez



EL PEDIATRA ANTE LOS NIÑOS DE FAMILIAS INMIGRANTES

*Olga Cortés Rico. Pediatra
Centro Salud Mar Báltico (Madrid)*

Introducción

En los últimos años hemos asistido a un crecimiento exponencial de la población inmigrante

Actualmente los inmigrantes constituyen un grupo muy heterogéneo, que debe ser valorado y tratado según su origen y sus diferencias culturales

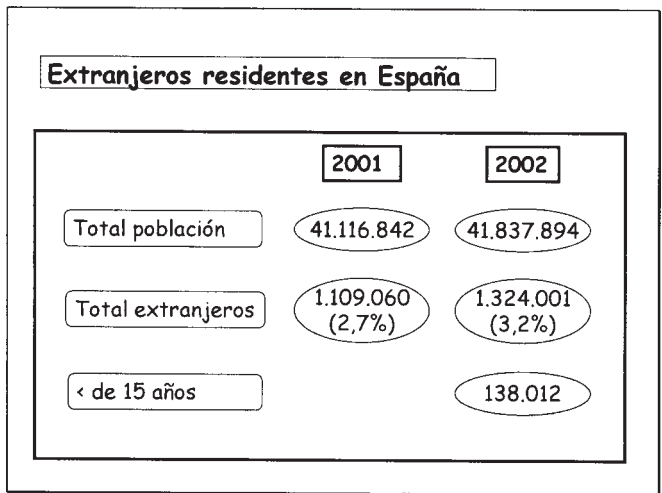
Sin embargo, dado que la gran mayoría de la población inmigrante viene con intención de permanencia en el país, esto va a configurar en un futuro muy próximo una nueva sociedad española de origen multicultural, en la que los pediatras tenemos un papel muy importante a desarrollar, para la buena integración de estos niños en nuestra sociedad

Concepto de niño inmigrante

Según la Academia Americana de Pediatría, se entiende por niño inmigrante, todo niño procedente de otro país, con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional^{1,2}.

Inmigrantes en España. Datos demográficos

La población extranjera residente en España es del 3,2% del total de la población española (a fecha 31-12-2002), ascendiendo a 1.324.001 el número de residentes extranjeros, de los cuales, 138.012 corresponde a menores de 15 años³.



Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002³

Si se compara con las cifras de los últimos años, se ve que el número de residentes extranjeros casi se ha triplicado en los últimos 6 años:



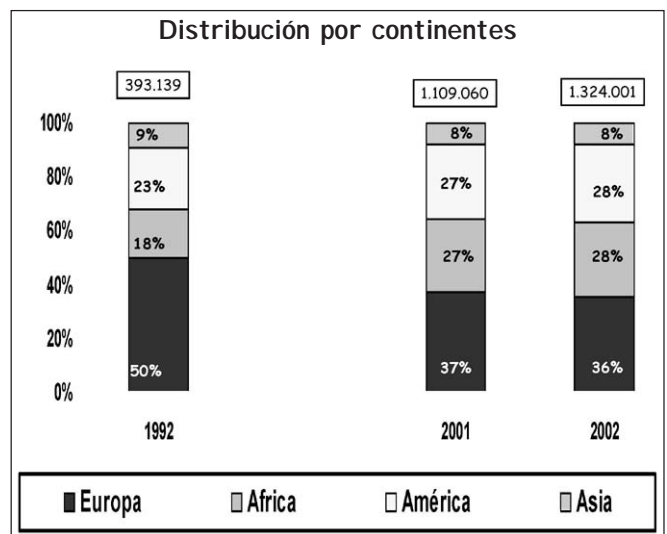
Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002³

Si se analiza por continentes, la mayor parte de los inmigrantes proceden de Europa (36%), en su mayoría de la Unión Europea, con un aumento progresivo desde 1992 hasta el momento actual de los países del Este (Rumania, Polonia, Bulgaria y Rusia).

Un 28% provienen de África, y fundamentalmente son población magrebí procedente de Marruecos.

En tercer lugar, los procedentes del continente Americano (28%), de los cuales un 95% son de Iberoamérica y un 5% de América del Norte.

Finalmente, el 8% restante corresponde a personas procedentes de Asia, fundamentalmente China y Filipinas.



Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002³. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2002. ⁴Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de Migraciones.⁵



Si se prescinde de Europa, y se desglosa por países, la zona de la que proceden mayoritariamente es el norte de África (Marruecos con una gran diferencia, seguido de Argelia), a continuación de países latinoamericanos (en primer lugar Ecuador, seguido de Colombia, Perú y República Dominicana), y finalmente de países Asiáticos (China y Filipinas).

La población marroquí ha mantenido un crecimiento estable desde la regularización de 1991, y son el colectivo más numeroso de la población inmigrante española.

Distribución por país de origen
(Extranjeros residentes en España.
Principales países de procedencia. Diciembre 2002)

Países	Total	%
Marruecos	282.432	21%
Argelia	20.081	2%
Senegal	14.765	1%
Ecuador	115.301	9%
Colombia	71.238	5%
Perú	39.013	3%
R Dominicana	32.412	2%
Argentina	27.937	2%
Cuba	24.226	2%
China	45.815	3%
Filipinas	15.344	1%
Pakistan	15.584	1%
Rumania	33.705	3%
Bulgaria	15.495	1%
Ucrania	14.861	1%
Polonia	12.817	1%

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002³

El aumento de la población inmigrante ha supuesto igualmente un aumento de la población infantil, tanto por hijos de los inmigrantes, ya nacidos fuera de nuestro país, ya dentro de España (la llamada por los demógrafos "segunda generación" de inmigrantes), como por los niños provenientes de la adopción internacional (en 2000, fueron adoptados 3.062 niños extranjeros, un 53% más que en 1999).

Se puede hacer un acercamiento a los datos de la población infantil inmigrante en España, por:

□ Datos del Ministerio del Interior, de Residentes Extranjeros por grupos de edad.¹

□ Datos del Instituto Nacional de Estadística⁵ y del Ministerio del Interior¹, de los hijos de inmigrantes nacidos en España: la 2ª generación.

□ Datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para el curso escolar 2003 / 2004.⁶

En el estudio de fertilidad del INE, se observa un aumento de la natalidad en España ⁷, que en parte es debido a los nacimientos de esta población, habiendo pasado de 15.000 nacimientos de niños de padres inmigrantes en 1998 a 24.644 en el año 2000:

Residentes extranjeros de 0 a 15 años

CONTINENTE	Total	< 15 años
Total	1.324.001	138.012
ESP ECONOMICO EUROPEO	362.858	21.373
PAISES DEL ESTE	107.574	9.352
AFRICA	366.518	62.799
IBEROAMERICA	364.569	31.520
AMERICA DEL NORTE	15.774	978
ASIA	104.665	11.782
OCEANIA	1.024	57
NO CONSTA	1.019	151

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002³

Nacidos en España de madre extranjera
(segunda generación)
Año 2000

TOTAL NACIDOS EN ESPAÑA	397.632
NACIDOS EN ESPAÑA DE MADRE EXTRANJERA	24.644
% DE NACIDOS DE MADRE EXTRANJERA RESPECTO AL TOTAL DE NACIDOS EN ESPAÑA	6,2 %

Para el curso 2003-2004 el número previsto de alumnos en enseñanzas del régimen general es de 8.352.709, un 0,3% mayor que el curso anterior, lo cual es un dato muy significativo, al romper el descenso continuado de escolares durante los 15 años previos.

Este aumento se debe en gran medida a la incorporación de niños extranjeros, junto con el aumento de los nacimientos en los últimos años, lo cual es también motivado por la natalidad de los inmigrantes.

Previsión de alumnos para el curso 2003-04

	Total
E. Infantil	1.339.562
E. Primaria	2.487.922
E. Especial	27.500
E. S. O.	1.881.123
Bachillerato	636.539
Formación Profesional	503.869
Total Enseñanzas Escolares	6.876.515
E. Universitaria	1.476.194
Total	8.352.709

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002⁶



Para el curso 2002-2003 los alumnos extranjeros fueron cerca de 300.000, lo que supone un 4,5% del total del alumnado.

	1993-94	1998-99	2001-02	2002-03
Total	50.076	80.687	200.804	297.262
E. Infantil/Preescolar	8.640	12.387	38.998	60.412
E Primaria/E. G. B.	32.471	34.017	87.526	133.310
Educación Especial	153	178	560	1.015
E. S. O.	0	22.558	55.177	80.820
Bachilleratos	6.149	6.311	8.582	12.200
Formación Profesional	2.663	2.732	6.545	9.505
No consta enseñanza	-	2.504	3.416	-

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Extranjería 2002⁶

Legislación

Según la **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero**, que regula la atención sanitaria a los extranjeros no comunitarios en España, tienen derecho a la atención Sanitaria del Régimen de la Seguridad Social, en las mismas condiciones que los españoles:^{8,9,10}

- Extranjeros residentes legales
- Extranjeros inscritos en el Padrón municipal en el que residan habitualmente
- Extranjeros menores de 18 años
- Otros extranjeros, en situaciones de urgencia por enfermedades graves, o en caso de embarazo, durante el mismo y hasta 6 semanas posparto.

Es decir, los extranjeros, sea cual sea su situación administrativa (con documentos legales o en situación irregular), tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicos, incluida la asistencia sanitaria.

Atención al niño inmigrante

1. Problemática socio-cultural

• El idioma

La lengua es claramente una dificultad muy importante de la población no hispanoparlante.

• Diferencias culturales y religiosas

Con conceptos distintos de normalidad-anormalidad, de salud-enfermedad.

Cuestiones religiosas como el ayuno en el Ramadán, pueden hacer incumplir la administración de fármacos,

o el rechazo a la exploración del paciente por un médico de sexo diferente al suyo.

Hay que conocer y tratar de adaptarse a su situación cultural-religiosa-social, para conseguir un buen cumplimiento de las recomendaciones y tratamientos indicados.

• Problemática sociolaboral

Los hogares de los niños inmigrantes suelen estar constituidos por padres con estudios primarios y nivel de ingresos bajos, con acceso a trabajos precarios, lo cual conlleva pobreza, déficit de higiene, viviendas mal acondicionadas, hacinamiento...

Dificultades económicas para comprar medicamentos.

El temor al despido, horarios de trabajo rígidos, junto con desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, llevan a una mala utilización de los servicios sanitarios con una sobreutilización de las consultas sin cita, cuando salen los padres del trabajo.

• El duelo

El inmigrante vive una situación de "duelo", de "pérdida" de las personas queridas que dejó atrás, de su país, de su cultura. Si no se elabora correctamente el duelo, aparecerán problemas psicológicos y trastornos psicósomáticos ¹¹.

2. Enfermedades del niño inmigrante

• Enfermedades adquiridas en la comunidad

Son las más frecuentes, y son equiparables a las de nuestros niños autóctonos, ya que están expuestos a las mismas enfermedades.

• Enfermedades importadas

Son aquellas enfermedades que traen de su país de origen.

•• Enfermedades infecciosas

□ Enfermedades tropicales¹²

Su repercusión sobre la salud pública, por la posibilidad de diseminación de esos patógenos a la comunidad, es mínima, puesto que en España no se dan las mismas condiciones climáticas ni de huéspedes intermediarios y vectores que transmiten esas enfermedades, y por la distinta situación sanitaria y de salud pública en España, con una adecuada red de agua potable y de eliminación de excretas.

□ Enfermedades transmisibles universales

Son enfermedades infecciosas presentes también en nuestro medio, pero mucho más prevalentes en sus países de origen, por lo que sería recomendable su cribado en los inmigrantes procedentes de zonas en las que tengan alta prevalencia: TBC, HIV, Hepatitis víricas



•• **Enfermedades no infecciosas**

▮ **Enfermedades genéticas**

Las más frecuentes a tener en cuenta en la infancia:

- Anemias hemolíticas: drepanocitosis, déficit de Glu 6PDH, y talasemias.
- Deficiencia de lactasa: Es muy prevalente en América, África tropical y sudeste asiático.

▮ **Enfermedades carenciales**

Carencias nutricionales por una dieta escasa, poco variada, malos hábitos alimentarios, infecciones de repetición, van a dar lugar a:

- Retraso ponderoestatural
- Malnutrición
- Deficiencias vitamínicas (déficit de vitaminas A y D fundamentalmente)
- Anemia (ferropénica generalmente, a veces por déficit de ac. fólico)

Conviene realizar controles periódicos de Peso y Talla para comprobar la existencia de "catch up", teniendo en cuenta que no siempre se dispone de las tablas de su país de origen y las tablas españolas generalmente no se corresponden con estas poblaciones.

▮ **Otras**

Retraso del desarrollo psicomotor, déficit sensoriales (auditivos, y/o visuales), caries / maloclusión, trastornos psicossomáticos, ansiedad, depresión.

3. Cobertura vacunal

El pediatra debe comprobar su estado vacunal, y pueden ocurrir los siguientes problemas:

- Calendario vacunal incompleto, por ausencia de dosis o retrasos en los periodos cronológicamente recomendados.
- Calendario vacunal diferente en su país de origen: sarampión monovalente en vez de triple vírica, o ausencia de vacunas que no están incluidas en su país, como haemophilus influenzae o meningococo.
- Carencia de cartilla vacunal
- En el caso de los niños de adopción internacional, escasa fiabilidad de los certificados vacunales de determinados países, como Europa del Este, Rusia y China, siendo en principio veraces los expedidos en América, India y Corea.
- Documentos con las vacunas anotadas por el nombre comercial y no por el genérico.

o Tras la valoración de su situación vacunal, se iniciará o se completará la secuencia de inmunizaciones para que el niño quede correctamente vacunado, siguiendo las pautas recomendadas para niños mal vacunados^{13,14}

o En ausencia de cartilla vacunal o niños de adopción internacional de países con escasa fiabilidad, se valorará realizar estudio serológico de su estado inmunitario, y si no es adecuado, o no se realizara serología, ante la duda razonable se administrarán la totalidad de las vacunas propias de su edad¹³.

Se pueden consultar los calendarios vacunales:

- De los países de origen, de prácticamente cualquier país en: <http://www-nt.who.int/vaccines/globalsummary/Immunization/CountryProfileSelect.cfm> y en <http://aepap.org/inmigrante/calendario.htm>

- De los países de América Latina en: <http://www.guiadevacunacion.com.ar/>

- De las CC.AA. del Estado Español en: www.aepap.org/calvaces.htm

o En los retrasos o interrupciones de aquellas vacunas que requieren varias dosis, como es el caso de DTP, polio, Hepatitis B, Hib, no se requiere reiniciar la pauta vacunal, dosis puesta-dosis válida, y se seguirá a partir de la última dosis administrada¹⁴.

o En cartillas vacunales en las que la vacuna no viene por el nombre genérico, sino por el nombre comercial, es difícil saber que vacunas tiene el niño. En estos casos es muy útil consultar el artículo de González de Aledo¹⁵, en el que recopila 235 vacunas comercializadas en diversos países, ordenadas por su nombre comercial, con su composición genérica y laboratorio fabricante.

4. Niños viajeros

Estos niños, hijos de familias inmigrantes suelen viajar o volver durante cortos periodos de tiempo a su país de origen. Cuando esto ocurra se deben considerar como viajeros internacionales, y valorar muy bien su estado de inmunización, tanto de las vacunas rutinarias como de las necesarias para el viaje.

• **Vacunas rutinarias**

Considerar que enfermedades como el sarampión, polio, tosferina y hepatitis son de muy alta prevalencia en muchas partes del mundo, de forma que su inmunización es más prioritaria que "las vacunas de viaje".

Cuando se notifica el viaje con poco margen de tiempo se puede hacer una pauta acelerada de vacunación¹³.

En lactantes de 6 a 12 meses se pondrá 1 dosis de triple vírica, y a la vuelta se iniciará pauta habitual de triple vírica tras los 12 meses de edad, pues en los menores de 1 año, puede no inducir inmunidad duradera.

• **Vacunas recomendadas para inmunización de niños viajeros**

Es conveniente derivarles a un Centro para Viajeros Internacionales, donde les indiquen según prevalencia



de enfermedades de la zona, vacunas especiales (como Vacuna de Hepatitis A y Antitifoidea), profilaxis de paludismo, profilaxis con BCG.

Se pueden consultar las siguientes web:

www.msc.es/salud/exterior/home.htm. En la sección de Sanidad Exterior y Veterinaria del Ministerio de Sanidad y Consumo se pueden consultar los centros de vacunación internacional de cada comunidad y se facilitan consejos sanitarios para el viajero internacional.

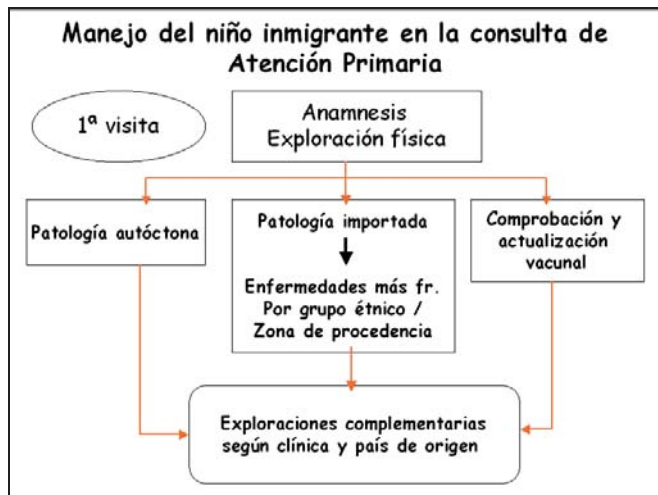
http://aventispasteurmex.com/vacunas_viajes_paises.htm. En la sección vacunas para viajes / médicos, se informa, por enfermedad y por país, de la epidemiología mundial de las enfermedades infecciosas, con la inmunoterapia recomendada en cada país.

<http://fisterra.com/Vacunas/viajes.htm>. Completo manual de vacunas para el viajero internacional, con hipervínculos a otras direcciones web relacionadas.

<http://www.cdc.gov/travel/yb/outline.htm>. Consejos e información para viajeros internacionales, 2003-2004, de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Manejo del niño inmigrante en la consulta de atención Primaria

Ante la llegada a nuestra consulta de un niño de origen extranjero, se concertará la primera visita programada, para realizar lo antes posible una valoración global del estado del niño y detectar posibles patologías.



En relación a la patología importada, la zona de procedencia del niño inmigrante determinará la mayor o menor incidencia de las distintas enfermedades, y, por tanto, también las pruebas complementarias a realizar¹⁶. En la Tabla I se esquematiza la distribución de las enfermedades más prevalentes por continente de origen de los niños inmigrantes y de adopción internacional^{17,18,19}. Conviene actualizar periódicamente esta información consultando las siguientes web:

- Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/es/index.html>
- Ministerio de sanidad: <http://ww1.msc.es/salud/exterior/principal.htm>
- Organización Panamericana de la salud: http://www.paho.org/default_spa.htm

PROTOCOLO DE MANEJO DEL NIÑO INMIGRANTE EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

En el niño inmigrante / de adopción internacional, con menos de 1 año de estancia en nuestro país, se aconseja hacer:

- **Anamnesis**, con historia clínica completa y
- **Exploración física**, con especial atención a determinados aspectos.

Tabla II^{17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}.

• Pruebas complementarias

o **Hemograma**, para descartar algún tipo de anemia, sobre todo ferropénicas pero también hemolíticas (déficit de Glu6PGH, drepanocitosis y talasemia)

o **Bioquímica completa** (Glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, gGT, fosfatasa alcalina, Ca, P, proteínas totales, albúmina, Fe, ferritina)

o **Mantoux**. Consultar las recomendaciones actuales, diciembre 2003 para la interpretación de la prueba de tuberculina en niños, del grupo de trabajo TBC de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica²⁴

o **Sedimento urinario**. La detección de hematuria puede hacer sospechar una esquistosomiasis.

o **Coprocultivo (1 muestra)**, para salmonella, shigella, campylobacter y yersinia.

o Parásitos (3 muestras)

o **Serología Hepatitis B**, se aconseja marcadores HBsAg y Anti-HBc en niños adoptados y en niños inmigrantes de zonas de alta prevalencia (China, Rusia y Europa Oriental, Asia suroriental, África subsahariana, mitad septentrional de Sudamérica y Alaska).

Se aconseja la realización de otros estudios complementarios, según la procedencia del niño:

o **Serología Hepatitis C** (China y Asia suroriental, Europa del Este, África subsahariana, niños adoptados y antecedentes de transfusión de hemoderivados).

o **Serología HIV** (Asia suroriental, Europa del Este, África subsahariana y niños adoptados).

o **Serología Iúes** (Asia suroriental, Europa del Este, África subsahariana y niños adoptados).

Sin embargo, la recomendación de pruebas complementarias no debe hacerse de forma general, sino después de una valoración individualizada, pues muchos



niños que están llegando de países sudamericanos presentan un estado general de salud muy bueno, y no se está detectando en ellos patología importada relevante.

Se derivará a una **Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades Importadas** aquellos pacientes en los que haya que completar el estudio (por ejemplo gota gruesa en sospecha de malaria o niños procedentes de África Subsahariana, estudio de filarias o esquistosomas, sintomatología de causa no filiada, necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos).

Conclusiones

La atención al niño inmigrante / de adopción internacional, es una realidad -para el pediatra en el momento actual, y el conocer sus características y necesidades socioculturales y sanitarias es fundamental para proporcionarles una adecuada asistencia.

Está en nuestras manos su integración para que podamos llegar a una multiculturalidad que suponga un enriquecimiento para todos.

Tabla I.

Distribución de las principales enfermedades en la población infantil según procedencia ^{17, 18, 19}

Patologías infecciosas		Otras patologías
Muy Frecuentes	Menos Frecuentes	
Europa (Europa central y del este)		
TBC Hepatitis A, B, C, Delta Lúes Leishmaniasis	Parasitosis intestinales Infecciones intestinales HIV (Rumania)	Malnutrición, raquitismo, ferropenia, fallo de medro, déficit sensoriales / visual, auditivo, asma, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plomo, secuelas post-radiaciones incontroladas (Ucrania, sudeste de Rusia), inmunizaciones incompletas
América (Centro y Sudamérica)		
TBC (Centroamérica, Caribe) Hepatitis A y B	meningitis meningocócica, cólera, fiebres virales hemorrágicas, lepra, HIV, ETS, Parasitosis intestinales, Infecciones intestinales, estrongiloidiasis, paludismo (Centroamérica), leishmaniasis, enfermedad de Chagas, Brucelosis	Drepanocitosis (Caribe), otras hemoglobinopatías, ferropenia, pubertad temprana en niñas
África		
TBC Hepatitis B ETS HIV Parasitosis intestinales (Áscaris, Trichura, Giardia) Paludismo Filariasis	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, esquistosomiasis, estrongiloidiasis, cisticercosis, leishmaniasis, enfermedad del sueño sarampión, poliomielitis (en algunas zonas de África central)	Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías, malnutrición, raquitismo carencial, ferropenia, inmunizaciones incompletas
Asia		
TBC Hepatitis A Hepatitis B (India, Vietnam, Korea) Hepatitis C (China)	Meningitis meningocócica, cólera, peste, fiebres virales hemorrágicas, lepra, Lúes, HIV (China), parasitosis intestinales (tenia enana, Strongiloides), esquistosomiasis, filariasis hemolinfáticas, paludismo, cisticercosis, leishmaniasis, poliomielitis (Pakistán, India), sarampión	Drepanocitosis, otras hemoglobinopatías, malnutrición, raquitismo carencial, ferropenia, fallo de medro, retraso psicomotor, intolerancia a la lactosa (China), disfunción tiroidea por déficit de yodo (China y Asia central), pubertad temprana en niñas, déficit sensoriales / visual, auditivo, asma, inmunizaciones incompletas (China), intoxicación por plomo (China)

Entre paréntesis países con prevalencia especialmente elevada


Tabla II. Anamnesis y Exploración física ^{17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}

Anamnesis	Exploración física
<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de nacimiento • País de procedencia • Tiempo que lleva en España • Composición familiar y convivientes • AF • AP: Enfermedades previas y tratamientos <ul style="list-style-type: none"> Alergias Vacunaciones BCG • Alimentación • Presencia de síntomas actuales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Valoración del estado nutricional ○ Peso, Talla, PC ○ Desarrollo puberal ○ Desarrollo psicomotor ○ Valoración agudeza visual y auditiva ○ Dentición / caries ○ Cicatriz de BCG ○ Color d la piel, úlceras, nódulos cutáneos ○ Linfangitis ○ Rash cutáneos ○ Adenopatías ○ visceromegalias

BIBLIOGRAFÍA

¹ American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Service. Health care for children of immigrant families. *Ped* 1997;100:153-155. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/> (Revisado 01-11-2003).

² Gómez de Terreros I. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1999; 51 (6): 622-624.

³ Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario estadístico de extranjería 2002. Disponible en: <http://www.dgei.mir.es/> (Revisado 15-10-2003).

⁴ Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2002. Disponible en: <http://www.ine.es/escpif/escpif/escpif02.htm> (Revisado 01-11-2003).

⁵ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Ordenación de las Migraciones. Anuario de migraciones 2002. Disponible en: <http://www.mtas.es/migraciones/anumigra/default.htm> (Revisado 01-11-2003).

⁶ Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Datos Básicos de la Educación en España en el curso 2003 / 2004. Disponible en: http://www.mec.es/mecd/estadisticas/files/cifras_2003-04.pdf (Revisado 10-11-2003).

⁷ Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 202-2003. Disponible en <http://www.ine.es/anuario0203/anuario0203.htm> (Revisado 01-11-2003).

⁸ Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero. Derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 12 enero 2000.

⁹ La atención al inmigrante: del aluvión a lo razonable. Documentos semFYC nº 17. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2002.

¹⁰ Trujillo Herrera R. Marco jurídico del menor inmigrante en España. XVI Congreso Nacional de Pediatría Social. Madrid 2003; 181-189.

¹¹ Realidad del niño inmigrante en España. Aspectos sociales del niño inmigrante. Real Rodríguez B, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL. EAP Paules I y II. Centro de Salud Mar Báltico. Área IV. Madrid. Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/aspect-%20social.htm> (Revisado 01-12-2003).

¹² Farias Huanqui P. Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante. 2001. Ed. Artur, SA.

¹³ Comité Asesor de Vacunas (CAV). Asociación Española de Pediatría. Manual de vacunas en Pediatría 2001: 439-442; 452-461.

¹⁴ Picazo JJ. Guía Práctica de vacunaciones 2002: 314-320. Disponible en: <http://www.vacunas.net/capitulo9.htm#2> (Revisado 15-12-2003).

¹⁵ González de Aledo A. Vacunas extranjeras. *Acta Ped Esp* 2001; 59 (2): 56-61.

¹⁶ García Pérez J. Vacunación en niños inmigrantes. XVI Congreso Nacional de Pediatría Social AEP. Madrid 2003; 155-161.

¹⁷ Orejón de Luna G y Grupo de trabajo de Atención al Niño Inmigrante Área 11 de Atención Primaria Madrid. Atención al niño de origen extranjero. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 5 : 299-326.

¹⁸ Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de la adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/suroeste.pdf> (Revisado 01-12-2003).

¹⁹ Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-140.

²⁰ Orejón de Luna G. Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; 33-43.

²¹ Manejo del niño inmigrante desde la consulta de Atención Primaria. Real Rodríguez B, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL. EAP Paules I y II. Centro de Salud Mar Báltico. Área IV. Madrid. Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/protocolo-madrid.htm> (Revisado 01-12-2003).

²² Masvidal i Aliberch R M. Protocolo de Atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm> (Revisado 01-12-2003).

²³ López-Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Ed. PBM, SL.

²⁴ Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de tuberculina en niños. *An Pediatr (Barc)* 2003; 59 (6): 582-585.



ADOPCIONES TRANSNACIONALES. CUESTIONES MÉDICAS Y ÉTICAS

Xavier Allué

Servicio de Pediatría

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII
Tarragona

Resumen:

Objetivo: Aportar la experiencia en los problemas que generan las adopciones transnacionales de niños, los planteamientos y su manejo.

Material y Método: Revisión de casos asistidos en el Servicio de Pediatría y revisión de la literatura.

Comentario: la adopción de niños procedentes de otros países está aumentando en el nuestro. Los problemas que plantean los niños adoptados incluyen enfermedades infecciosas, nutricionales y psicoemocionales. Además deben tenerse en cuenta factores condicionantes de índole ética que el pediatra debe conocer y comentar con los padres adoptantes.

Palabras clave: Adopción internacional, malaria, hepatitis, Bioética.

Summary

Objective: To offer the experience with the problems originated by transnational adoptions, their characteristics and management.

Material and methods: Review of the cases attended at the pediatric service and review of the literature on the subject.

Comment: The adoption of children from other countries is increasing in Spain. The problems the adopted children present include infectious diseases, nutritional disorders and psycho-emotional issues. Furthermore, pediatricians ought to take into account the ethical conditioning factors that should be brought to the attention of the adopting parents.

Key words: International adoption, malaria, hepatitis, Bioethics.

Introducción

La disminución de la natalidad y, en general, la mejoría de las condiciones socioeconómicas del país, ha provocado una reducción drástica del número de niños disponibles para adopción. Al mismo tiempo, la extraordinaria disponibilidad de niños en países en vías de desarrollo ha generado un movimiento de adopciones internacionales creciente que reproduce la experiencia de otros países

desarrollados. La escasa literatura pediátrica en español invita a una revisión del tema y a unas reflexiones sobre los problemas que origina.

El Servicio de Pediatría atiende niños adoptados de procedencia diversa. En general las consultas acostumbran a ser por problemas pediátricos generales y, especialmente, con relación al programa de vacunaciones. Ocasionalmente se plantean cuestiones de otra índole de las que a continuación se exponen unos ejemplos.

Casos:

Caso nº 1. CRR, adolescente hembra nacida en 1984 en un pueblecito de Guatemala y adoptada a los 6 meses a través de una organización no gubernamental. Atendida en la Consulta de Endocrinología por un supuesto retraso del crecimiento. Remitida a nuestra consulta por problemas de comportamiento. Se desconocen detalles de sus antecedentes familiares o personales anteriores a la adopción. Padres adoptivos de más de 40 años cuando realizaron la adopción. Padre adoptivo fallecido dos años antes de una neoplasia maligna. La revisión de la gráfica de crecimiento muestra un crecimiento mantenido, justo por debajo del percentil 3 para la talla y dentro de los límites de la normalidad para el peso. Estadio de Tanner puberal: T4

Se interpreta que la evolución de la talla es compatible con la normalidad por su origen étnico.

Los problemas de comportamiento se relacionan con la ausencia del padre, un síndrome depresivo menor de la madre y un desajuste normal de adolescente. Se continúa su atención con soporte psicológico y de comportamiento.

Caso nº 2. THH, lactante hembra de 12 meses de etnia Han china, adoptado dos meses antes a través de una agencia no gubernamental en una provincia del sur de China. Consulta por dudas sobre la serología de hepatitis a instancias de la propia agencia que proporcionó la adopción y para revisión de su estado de salud general. La serología de hepatitis B resultó negativa y se indicó la vacunación estándar. Su seguimiento pasó a un pediatra privado por voluntad de la familia.



Caso nº 3, NSB, niña de 22 meses en el momento de su ingreso en el servicio de Pediatría por un síndrome febril, sin otra sintomatología. La niña había sido adoptada 9 meses antes en un orfanato en la India. La exploración clínica no aporta otros datos. Por su procedencia y las sospechas aportadas por los padres adoptivos se realiza un examen hematológico y se comprueba la presencia de trofozoitos de plasmodium vivax. Se instaura tratamiento con cloroquina y seguimiento en la consulta de enfermedades infecciosas.

Caso nº 4. SSS. Niña de 16 meses acogida en un orfanato de Rusia con antecedentes familiares de adición a las drogas endovenosas de su madre biológica. Antecedentes del parto confusos. Una evaluación aportada por el centro donde está acogida indica que parece haber padecido un sufrimiento fetal y que actualmente se considera que tiene un ligero retraso psicomotriz. Los padres adoptantes prospectivos aportan un vídeo casero realizado en el orfanato para una posible valoración del estado psicomotriz de la pequeña, así como información de su apreciación de su estado de carácter anamnésico. Con esa información se estima que la niña puede tener una edad de desarrollo de 10-11 meses, aunque, por razones éticas, esta información no se proporciona a los padres prospectivos. Un tiempo después tuvimos noticia que la niña finalmente no fue adoptada por la familia que acudió a la consulta.

Caso nº 5. Adolescente de 16 años de etnia africana adoptado al poco de nacer. Presenta trastornos del comportamiento y dificultades de adaptación escolar que son atribuidas a su origen étnico. Una evaluación psiquiátrica pone de manifiesto un cuadro de esquizofrenia hebefrénica inicial.

Comentarios

La desaparición de los orfanatos, la generalización de las medidas de control de la natalidad y, en general, por todo lo que nuestra sociedad ha mejorado en las últimas décadas, ha ido gradualmente limitando la disponibilidad de niños para adopción en nuestro país. Simultáneamente se ha ido desarrollando un movimiento de adopciones de niños nacidos en otros países, en parte promovido por organizaciones no gubernamentales, especialmente en países en vías de desarrollo.

A pesar de la existencia de una normativa específica que regula la adopción¹ resulta muy difícil saber con exactitud la procedencia de los niños adoptados. La adopción internacional se encuentra envuelta en un sinnúmero de opacidades muy a menudo propiciadas por las familias adoptantes y, sobre todo, por parte de las organizaciones que facilitan los niños, generalmente en países donde el respeto por los derechos de los niños es escaso, en paralelo a otras deficiencias y desastres. La tabla 1 muestra los países de procedencia más importantes de la adopción española.

La propia procedencia determina ya diferencias configurando lo que se ha conocido como “adopción visible”², es decir, aquella que por las características raciales del adoptado hacen evidente que no se trata de un hijo natural de los padres. En tales casos, las consideraciones sobre las actitudes en relación con la información a los niños adoptados cobran una dimensión distinta de la que existe en las adopciones de niños de la misma etnia que los padres adoptivos, sean estas abiertas o confidenciales³

Tabla 1 Principales países de origen de los niños adoptados en España

Centroamérica
Guatemala
Nicaragua
América del sur
Colombia
Ecuador
Europa
Rusia
Ucrania
Rumania
África
Etiopía
Asia
China continental
India
Tailandia

La evaluación pediátrica general⁴ de un niño adoptado requiere una especial sensibilidad así como conocimientos y experiencias que no forman habitualmente parte del bagaje de los pediatras en general. Es preciso tener en cuenta la posible patología dependiente del país de origen⁵ que pueden incluso determinar patología entre los adoptantes como se ha puesto de manifiesto recientemente⁶.

La patología que pueden presentar los niños adoptados incluye, además de toda la patología habitual en la infancia, aquella que afecta especialmente a los niños en países con recursos sanitarios deficientes como son en general, todos los países que ofrecen niños en adopción y, además, algunos problemas específicos ligados a las condiciones que condujeron a que los niños fueran dados en adopción como pueden ser las ligadas al período neonatal de los niños adoptados⁷.

Las discrepancias étnicas de las características del crecimiento y desarrollo obligan a considerar la necesidad de disponer de gráficas de crecimiento adaptadas o bien, en el caso de que existan, las propias a la etnia o al país de origen⁸. La evolución y desarrollo puberal es diverso y merece ser tenido en cuenta al objeto de evitar errores como los descritos en relación con la pubertad precoz⁹.



Otros problemas específicos son los infecciosos, tanto los presentes en el momento de la adopción, con toda su cohorte de dificultades en la toma de decisiones sobre inmunizaciones^{10,11}, como lo que pueden plantearse a medio plazo como es el caso de la malaria.

La información clínica disponible en muchos casos, cuando existe, ofrece notables deficiencias cuando no está anormalmente adulterada¹² como al parecer sucede con los adoptados procedentes de orfanatos de los países del este de Europa. Ello pone en cuestión, en general, la probidad de quienes se dedican a concertar las adopciones lo que ha motivado el establecimiento de requerimientos de ámbito internacional¹³.

La desproporción entre la oferta y la demanda de niños para adopción es, en si misma, un factor que pesa notablemente sobre los niños adoptados¹⁴ que, convertidos en niño muy deseado y difícil de conseguir, tras una larga historia de frustraciones ligadas a la infertilidad de la pareja adoptante, añade un contexto de angustias en los padres adoptantes que puede fácilmente transmitirse al niño.

De una forma genérica y sea cual sea la procedencia de los niños adoptados no debe olvidarse tampoco que la mirada de los padres adoptivos está casi universalmente dirigida a tener un hijo que es un niño o una niña pequeños. No siempre se tiene en cuenta que la paternidad es un asunto que dura toda la vida y que, naturalmente y a salvo de circunstancias diversas, los hijos lo son más tiempo como adolescentes y adultos que como niños pequeños. En los planes de los padres se incluyen numerosas ideas sobre pañales, cunitas y biberones y más bien pocas sobre expectativas laborales, problemas emocionales para encontrar pareja, las dificultades de la adolescencia y tantos otros problemas que los padres, biológicos o adoptivos, descubren a medida que los hijos crecen y, a menudo, más bien tarde que no pronto.

Asimismo deben tenerse en cuenta los derechos que asisten a cada niño a recuperar sus orígenes. Ello incluye aquellos inherentes a su etnia, a su nacionalidad de origen o incluso su lengua y su cultura y, porque no, la religión predominante en el país de su origen. Las bondades genéricas de la globalización de las culturas, de la igualdad de las etnias, el mestizaje y la libertad religiosa no deben sobrepasar los derechos individuales que todo niño tiene, adoptado o no.

Los problemas de la adopción internacional tienen un foro en Internet, moderado por el Centro para adopciones de la Universidad de Washington, en Seattle, que puede consultarse¹⁵.

Recientemente dos publicaciones han resumido la situación de la adopción internacional en la literatura pediátrica nacional, una en catalán y la otra en castellano, que merecen repaso^{16,17}. Y el verano de 2003, la Sociedad Catalana de Pediatría en su revista "Pediatría Catalana" ha presentado como tema monográfico una serie de trabajos sobre el tema teniendo en cuenta que la competencia en estas materias sociales está transferida a

la Comunidad Autónoma catalana y se rige por la legislación autonómica al efecto¹⁸

(Nota: una parte de este texto figura publicada en: **Allué X. Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. An Esp Pediatr 2000, 53:21-24**)

BIBLIOGRAFÍA

1. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. Decret 2/1997 de 7 de gener, pel qual s'aprova el reglament de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. DOGC.del 13 de gener, num. 2307,pp:283-291
2. Berg-Kelly, K; Eriksson, J, Adaptation of adopted foreign children at mid-adolescence as indicated by aspects of health and risk taking - A population study. *European-Child-and-Adolescent-Psychiatry*. 1997 6/4:199-206
4. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. (Committee on early childhood. Chairman: E. Wender) Initial medical evaluation of an adopted child. *Pediatrics*. 1991; 88:642-644
5. Miller LC. Caring for International Adopted Children, *N. Engl. J. Med*. 1999, 341: 1539-1540
6. Curtis AB, Ridzon R, Vogel R, McDonough S, Hargraves J, Ferry J, et al. *N. Engl. J. Med*, 1999; 341: 1491-1495
7. Sobrino M, Duran de Vargas LE, Gonzalez-Meneses A, Saenz R. Características perinatales de niños en adopción. Nuestra experiencia. *Acta Pediat. Española*, 1992; 50:592-594
8. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch. Pediat. Adolesc. Med*. 1995; 149: 40-44
9. Virdis R, Street M, Zampolli M, Radetti G, Pezzini B, et al. Precocious puberty in girls adopted from developing countries. *Arch. Dis. Child*, 1998; 78:152-154
10. Muraskin W. Individual rights vs the public health: the problem of the asian hepatitis B carriers in America. *Soc. Sci. Medicine* 1993; 36:203-216
11. Adoption of hepatitis B virus-infected foreign-born children. Hostetter MK; Johnson D. *Pediatrics*. 1990; 85: 891-892
12. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *JAMA*, 1997; 278: 922-924
13. PIERCE WL. Accreditation of those who arrange adoption under the Hague Convention on intercountry adoption as a means of protecting, through private international law, the rights of children. *J. Contemp. Health Law Policy*, 1996; 12:535-561
14. Allue X. Qüestions pediàtriques sobre les adopcions *Pediatría Catalana*. 1997;57:43
15. The Center for Adoption Medicine at the University of Washington, Seattle, USA. adoptmed@u.washington.edu
16. Fumadó V. Atenció a l'infant adoptat en altres països. *Pediatr. Catalana*, 2002; 62:81-86
17. Oliván G. Adopción internacional: guía de información y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55:135-140.
18. *Pediatría Catalana*. Volumen 63, julio-agosto 2003 (cuatro artículos y un editorial), disponible en la dirección de Internet: <http://www.acmcb.es/societats/pediatria/lasocietat/PedCat/index.htm>



ATENCIÓN A LA SALUD DE NIÑOS ADOPTADOS PROCEDENTES DE CHINA

Juan José Morell Bernabé

Pediatra

Centro de Salud de Barcarrota.

La inmigración constituye ya, sin lugar a dudas, el fenómeno sociocultural más importante del inicio del siglo XXI; y España, como el resto de países occidentales, está sometida a la llegada, constante y progresiva, de población inmigrante.

Esto supone, además, un nuevo reto y nuevos conflictos para la Sanidad Pública. Cada vez son más los hijos de inmigrantes (con o sin papeles), nacidos o no en nuestro país, que acuden a nuestras consultas de pediatría en los Centros de Salud demandando una atención sanitaria, y muchas veces social, para la que la mayoría de los pediatras no estamos suficientemente formados.

El pediatra se enfrenta no sólo a nuevos problemas de salud (como infecciones tropicales) y otros re-emergentes (como la desnutrición y otras infecciones parcialmente controladas en nuestro país –sarampión, tuberculosis, hepatitis,... -), sino también a una población muy heterogénea, con diferencias culturales, con unas necesidades y estilos de vida diferentes, con una problemática social y psico-social en el entorno del niño (por su situación administrativa de legalidad o no, con escasos recursos económicos y un grado variable de integración social), y con el que, además, tiene dificultades para comunicarse. Pero es preciso acercarnos a esta realidad si queremos ofrecer una atención sanitaria integral y digna, que pueda asegurar a estos niños un buen estado de salud y una integración socio-cultural adecuada. Por ello, la población inmigrante supone un nuevo reto para la pediatría de Atención Primaria y es un problema emergente de nuestra realidad social, donde el pediatra de AP juega un papel fundamental.

Siguiendo las directrices de la Academia Americana de Pediatría, se entiende como niño inmigrante a todo niño procedente de otro país con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional; sin olvidar a los que se desplazan por cortos períodos, de paso por España, o en programas estatales (como el programa “Vacaciones en paz” para niños saharauis).

Evidentemente, los problemas sanitarios que puede plantearnos el hijo de inmigrante no son los mismos que los de un niño adoptado, generalmente con familias bien estructuradas y preocupadas por la salud de su hijo/a.

El fenómeno de la **adopción internacional** es también un fenómeno reciente, pero de gran importancia en nuestro país. En poco tiempo, España ha pasado a

ser, junto a Canadá, el segundo país en número de adopciones por detrás de Estados Unidos.

La adopción es aceptada como una forma de protección de la infancia. “Todo niño tiene derecho a crecer en una familia, y a conservar los vínculos con sus orígenes (país, lengua, cultura, religión). Sólo cuando no es posible la colocación en su propio Estado, la adopción por extranjeros se concibe como un beneficio para el niño” –Son derechos de la infancia recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1.989-.

Y para garantizar que la adopción no suponga un fraude para los derechos del niño y evitar el tráfico de menores, en 1993 se firma el Convenio de La Haya, que es un convenio de cooperación entre países de gran interés para el establecimiento de garantías en los procesos de adopción de niños de origen extranjero, y que sujeta la adopción a un control administrativo sobre la idoneidad de los padres y de los hijos adoptivos. Sin embargo, no todos los países tienen firmado este Convenio, y son diferentes los acuerdos que mantienen de forma bilateral los diferentes países firmantes para regular los procedimientos de adopción.

Además, son muy diversas las circunstancias que hacen que un niño de uno u otro país pueda ser adoptado; y también sus características, es decir, su edad, su pasado o historia personal, su origen,...

Por estas y otras muchas razones que iremos esgrimiendo es muy importante disponer de información y guías de actuación sobre adopción internacional, y recomendaciones propias para cada país de origen.

En nuestro país, las principales áreas de procedencia de niños adoptados son:

- Asia: especialmente China; también India y Tailandia
- Este de Europa: Rusia, Rumania, Ucrania, Bulgaria
- Y Latinoamérica: Colombia, Ecuador, México, Guatemala, Perú

Desde que en Abril de 1995 tuvo lugar la primera adopción de una menor procedente de la República Popular China por una familia española, éste proceso ha ido en aumento año tras año. En Extremadura, la adopción de niños procedentes de China comienza en 1997, y a día de hoy son ya 151 los niños chinos que



viven en familias extremeñas, de los que sólo 1 es niño y el resto son niñas, y la gran mayoría son niños menores de 2 años (el 68.8% menores de 1 año).

Y, ¿por qué adoptar en China?

Las estrictas medidas de control de natalidad impuestas por el gobierno chino ("Política de un solo hijo") ante el elevado crecimiento demográfico del país, y otros factores de índole cultural, llevaron a miles de menores, fundamentalmente niñas, a ser abandonadas en orfanatos; en la actualidad se estima que hay alrededor de medio millón.

De otro lado, el interés de las propias autoridades chinas para dar salida a éste problema y los esfuerzos de diferentes ONGs, ha llevado a:

- ofrecer seriedad y rigor en el proceso de adopción. China es un país que firmó el Convenio de la Haya hace tres años, pero aún no lo ha ratificado ni tiene un protocolo de coordinación con España, pero ninguna familia que haya completado correctamente su expediente se ha quedado sin el ofrecimiento de un menor. España admite que la adopción en China, a pesar de ello, sea equiparable a una adopción española y, por tanto, que sea una adopción plena.
- regularizar los plazos; desde que toda la documentación y el expediente de solicitud llegan al Centro Chino de Adopciones, el ofrecimiento del niño tarda entre 12-14 meses en la actualidad
- Costes conocidos: los gastos totales por familia se acercan a los 12.000 €, incluyendo los pagos en España y China y el viaje.
- El tiempo necesario para formalizar los trámites de la adopción en China oscila entre 10 y 14 días como máximo y sólo es necesario un viaje.
- Además, China es el único país que acepta dar niños en adopción a familias monoparentales (siempre que cumplan con los requisitos legales y firmen una declaración de no ser homosexuales), acepta familias con hijos biológicos y la posibilidad de segundas adopciones de niños chinos.
- Todo ello hace que las niñas adoptadas sean de corta edad, por lo general menores de dos años y que, por tanto, hayan pasado un tiempo muy limitado en los orfanatos; si a esto añadimos que la razón principal por la que se abandona un niño en China es de causa socio-política se puede esperar que los niveles de salud de estos niños sean mejores que en otros países.

Hay que tener en cuenta que, desde un punto de vista sanitario, los niños adoptados en el extranjero son considerados grupos de alto riesgo. En general, proceden de países económicamente pobres, con malas

condiciones higiénico-sanitarias y donde no se respetan los derechos del menor.

Para ofrecer una atención adecuada al niño que llega a nuestro país es importante conocer los problemas específicos de salud y las peculiaridades de la atención sanitaria de la zona o país de origen. Para ello, internet ofrece información actualizada y especializada, tanto para padres como para profesionales sanitarios; y por ello, cada vez se hace más necesario disponer de guías de ayuda y pautas de actuación concretas que mejoren la atención sanitaria prestada a estos niños con necesidades especiales y a sus familias adoptivas.

Hay que decir que los problemas de salud más frecuentemente observados en niños adoptados en China no difieren mucho de los encontrados en niños adoptados en otros países extranjeros; a excepción, si acaso, de una incidencia más alta de niveles elevados de plomo en sangre. Veamos algunas características.

Problemas de salud prevalentes

En general, todo niño abandonado sufre **retraso del crecimiento** por privación afectiva-emocional, y puede sufrir malnutrición por desnutrición, negligencia o por sus propias condiciones de vida.

En los orfanatos chinos, aunque la mayoría de los niños son acogidos en sus primeras semanas de vida, hay que tener en cuenta que los cuidados prenatales han podido ser mínimos y, también, que la alimentación en estas instituciones puede ser de baja calidad e insuficiente cantidad.

Un niño adoptado que procede de un orfanato chino puede tener un grado variable de desnutrición, talla baja, e incluso un retraso del desarrollo motor que conviene evaluar. Se dice que el tiempo de internamiento es inversamente proporcional al crecimiento lineal del niño; y se estima que por cada tres meses en el orfanato se produce un retraso de un mes en su edad talla.

Pero no todos los niños chinos tienen que ser pequeños o estar desnutridos; hay que considerar también las diferencias étnicas y características genéticas de la población china; lo ideal es utilizar tablas de crecimiento autóctonas.

Es importante, hacer un seguimiento estrecho del crecimiento y desarrollo del niño adoptado durante los siguientes 6 meses; normalmente, con una nutrición adecuada se produce un catch-up, primero del peso y luego de la talla, recuperándose percentiles apropiados en este tiempo; de no ser así, habría que investigar otros problemas médicos como causa del fallo de medro, especialmente entre los menores de un año. También el retraso motor y del área social-emocional se recuperan durante el primer año con una estimulación adecuada; pero hay que estar atentos a la evolución del lenguaje y problemas a medio plazo en el aprendizaje y área cognitiva.



Las **enfermedades infecciosas** representan la mayor parte de los problemas médicos detectados en niños adoptados internacionalmente, hasta el 60% de los casos según el país de origen. Entre los problemas infecciosos más prevalentes en niños que proceden de China destacan: hepatitis B, parásitos intestinales y tuberculosis.

Hay que tener en cuenta que China es un país de alta endemicidad de hepatitis B. En el sureste asiático un 70-90% de la población adulta ha sido infectada por el virus de la hepatitis B (VHB), y entre un 8-20% son portadores crónicos de AgHBs; en algunas regiones de China esta cifra se eleva al 30%, y lo son hasta el 12% de las mujeres en edad fértil.

La infección crónica por hepatitis B es el problema de salud de mayor trascendencia que puede afectar a los niños adoptados en China. Estudios de prevalencia realizados en niños de adopción internacional estiman que entre un 3-9% de los niños chinos son portadores de hepatitis B; la mayoría de ellos debido a un contagio por transmisión vertical o infección perinatal a través de madre portadora. Pero, en los orfanatos, también es posible la transmisión horizontal mediante el contacto permanente con niños o adultos infectados, o vía sanguínea a través de la exposición accidental con agujas contaminadas cuando se pone una vacuna o medicación vía parenteral, o al extraer sangre, debido a las pésimas condiciones de asepsia y esterilización de agujas y jeringas.

Por ello, aunque siempre se debe exigir un estudio de marcadores serológicos de hepatitis B previos a la adopción, los padres que adoptan niños chinos deben considerar la posibilidad de que su hijo pueda estar infectado a pesar de los resultados. La mayoría de los documentos sanitarios procedentes de China incluyen, al menos, una determinación de AgHBs, pero generalmente está hecha demasiado pronto para detectar la infección. Hay que tener en cuenta que el período de incubación de la enfermedad es variable, entre 6 semanas y 6 meses, y que existe la posibilidad de contagio después del nacimiento hasta el mismo momento de la adopción (transmisión horizontal). Por otro lado, no hay garantías de fiabilidad en los equipamientos ni en las condiciones técnicas de los laboratorios de éste país.

Tampoco se debe confiar en la posibilidad de que la niña haya sido vacunada. La vacuna frente a hepatitis B fue incluida en el calendario vacunal chino en 1.999 (en el momento del nacimiento, al mes y 6 meses), pero no está disponible de forma generalizada; además, los niños abandonados inician las vacunaciones más tardíamente (no se actúa sobre la posible transmisión vertical) y, a veces, no completan el esquema vacunal. Asimismo, puede que no se dé una respuesta adecuada a la vacuna; bien por respuesta inmune insuficiente en niños malnutridos y/o enfermos, o lo que es más frecuente por problemas con la propia vacuna (no hay garantías

en la conservación, técnica de administración, dosificación, etc. . .).

En cuanto, a las parasitosis intestinales son, junto a la hepatitis B, las infecciones más frecuentes entre los niños adoptados de China, y pueden ser transmitidas fácilmente al resto de miembros de la familia adoptiva si no se toman las medidas oportunas de prevención y/o tratamiento; Giardia y Ascaris son los parásitos más comúnmente detectados.

La tuberculosis es un problema de salud común en China, y los niños que viven en orfanatos pueden estar expuestos a adultos con tuberculosis activa que conviven con ellos; además, una nutrición inadecuada los puede hacer más susceptibles a esta enfermedad. Entre un 5-8% de los niños adoptados en China tienen Mantoux positivo, aunque la prevalencia de la enfermedad es menor del 2%. Esta es una enfermedad más frecuente entre niños adoptados en Rusia o países del Este de Europa, y la que procede de campos de refugiados.

También el SIDA es un problema de salud de mayor preocupación entre niños adoptados en países del este de Europa, y otros como Tailandia o Camboya. Pero China no es un país de alta prevalencia de infección por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), y son muy pocos los casos descritos en niñas adoptadas allí; en algunas series se han detectado anticuerpos VIH positivos adquiridos de la madre, pero sin infección en el niño, y con una incidencia menor del 0,1%.

Por ello, la mayoría de médicos especializados en adopción recomiendan que las pruebas del VIH (igual que las de hepatitis B y C) se realicen una vez que el niño llega a casa, y repetirlas 6 meses después.

En cuanto al tema de la **intoxicación por plomo**, hay que tener en cuenta que un 13-14% de los niños adoptados en China presentan niveles elevados de plomo en sangre. ¿Porqué ocurre esto?. El tema del plomo es un problema novedoso en Salud Pública que ha dado lugar a cambios legislativos importantes en los países occidentales para reducir los niveles de exposición. Sin embargo, China no tiene leyes de protección ambiental, sigue usando gasolina con plomo, hay plomo en quemadores de gas, pinturas de pared, juguetes y objetos de cerámica, soldadura de tuberías o selladores de alimentos enlatados; y esto, junto con la contaminación ambiental derivada de una rápida e incontrolada industrialización tras la revolución cultural de los años 70, son responsables de la contaminación por plomo de aire, agua, tierra y alimentos, y que la intoxicación plúmbica (en términos de Salud Pública) afecte a millones de niños y adultos en este país.

En cualquier caso no suele ser un problema clínico ni precisar tratamiento, y se corrige con una buena alimentación y con un ambiente libre de plomo; aunque es preciso tenerlo en cuenta ante problemas de sueño y pérdida de apetito, y a medio plazo puede provocar cierto deterioro cognitivo y dificultades para la concentración, con problemas de aprendizaje y retraso escolar.



Consulta pre-adopción

Con estos conocimientos específicos, **el pediatra** debe ir más allá y programar su actuación ante situaciones de adopción internacional.

Hay que tener en cuenta que la adopción supone un hito muy importante para la familia adoptante; ha habido dificultades y, dado el paso, hay mucha incertidumbre: ¿cómo será?, ¿qué edad tendrá?, ¿estará sano?, ¿cómo nos irá con él/ella?, ¿tendrá problemas en su desarrollo y aprendizaje?...

Un buen entendimiento con la familia, disponer de la información adecuada y saber utilizarla, acordar entrevistas antes y después de la adopción son medidas que pueden favorecer la integración y adaptación de la nueva situación familiar y nos permiten intervenir precozmente en los problemas de salud de estos niños.

Aunque es raro, los padres que han decidido una adopción pueden acudir al pediatra por primera vez cuando tienen la asignación de un niño y reciben su expediente médico. Mi impresión general es que esto debería ocurrir siempre.

La **consulta pre-adopción** permite:

1. Revisar con los padres los motivos de la adopción y sus expectativas
2. Proporcionar información sanitaria adecuada, tanto en lo referido a la evaluación e interpretación de los datos disponibles del niño, como de los potenciales problemas de salud según el país de origen
3. Informar de las medidas sanitarias a adoptar por ellos antes del viaje
4. De las recomendaciones del botiquín para llevar y la actitud ante posibles incidencias médicas en los días de estancia en China
5. Y explicarles la necesidad de concertar una 1ª visita nada más llegar a España para incluirlo en un programa de salud propio

Cuando se produce la asignación, los padres reciben la carta de ofrecimiento de un niño, una foto y un informe del examen médico realizado.

El aspecto aparentemente saludable y la información médica contenida en el expediente del niño, incluida su situación vacunal, nunca deben merecer nuestra confianza absoluta.

La información médica que procede de China es mínima y, en general, poco fiable. En el historial médico del niño constan 1 ó 2 controles de salud, con escasos datos del examen físico (en general suele aparecer el epígrafe: "normal para su desarrollo") y los resultados de una analítica básica que permiten descartar enfermedades y/o discapacidades graves. Pero rara vez

aparecen anotaciones sobre incidencias en el desarrollo o problemas agudos, y además la última exploración puede estar realizada con meses de antelación al momento de la adopción.

No obstante, de este documento podemos obtener algunos datos de interés: la edad aproximada, crecimiento y desarrollo, estado de inmunizaciones, así como el lugar de procedencia (de una familia, o lo que es más habitual en China de un orfanato); y se adjunta una foto, que permite valorar el aspecto general de la niña. Todo ello permite hacernos una idea del estado físico de la niña, así como poder demandar más información si se estima necesario.

Debemos en este momento informar también a los padres de los riesgos específicos de un niño adoptado que procede de China, pero sin crear en ellos una alerta innecesaria: ya hemos visto que la mayoría de estos niños no tienen problemas serios de salud, y tenemos que hacerles ver a los padres que tenemos previstas una serie de medidas para identificarlos e intervenir, en su caso, precozmente.

Éste también es el momento, si no se ha hecho con anterioridad, de programar con tiempo los aspectos sanitarios del viaje de los padres y valorar la necesidad de adoptar algunas medidas de prevención e inmunizaciones.

La visita a un país extranjero hace que podamos estar expuestos a una serie de enfermedades, sobre todo infecciosas, y de situaciones poco comunes en nuestro entorno. Así, es muy importante informarse y extremar el cumplimiento de una serie de medidas preventivas generales, sobre: los alimentos que se ingieren, el consumo de agua, picaduras de insectos y contacto con animales, enfermedades de transmisión sexual, etc.

También hay que dar información sobre vacunas antes del viaje. En concreto para viajar a China, no hay ninguna vacuna obligatoria exigida. Pero, ante la adopción de un niño chino es importante tener actualizado el calendario de inmunizaciones y evitar así el riesgo de infección por tétanos o de las virasis típicas de la infancia (Recordar que la vacuna de tétanos-difteria del adulto precisa dosis de recuerdo cada 10 años, y que hay adultos no vacunados de la triple vírica en su infancia); y también se hace imprescindible la vacunación frente a hepatitis B de los padres y el resto de contactos domiciliarios, dado que China es un país de alta endemicidad de hepatitis B y hay un riesgo de que el niño adoptado pueda ser portador del VHB.

La estancia en China mientras se realizan los trámites burocráticos pertinentes puede prolongarse hasta 2 semanas, siendo importante que los padres lleven algunas recomendaciones para los cuidados básicos del niño, alimentación e higiene; así como una serie de medicamentos que ayuden a resolver los problemas médicos más comunes que puedan darse en esos días.



Esta información debe darse por escrito, especificando la pauta y dosificación de cada fármaco, así como los síntomas para los que los usaremos, teniendo en cuenta el peso estimado de la niña por la edad y la información médica recibida. Lo ideal sería poder mantener un nexo de unión con la familia, bien a través de un teléfono de contacto o correo electrónico, para consultas urgentes y recomendaciones sobre pautas a seguir.

Las diarreas, procesos catarrales y la fiebre son los problemas más comunes; puede haber dificultad para encontrar asistencia médica, a veces vemos que faltan medios técnicos para hacer un diagnóstico correcto, o puede ser difícil encontrar la medicación apropiada. También hemos de advertir de la presencia de lesiones cutáneas residuales, dermatitis de pañal, o de la presencia habitual de una mancha mongólica dorso-lumbar, que nada tienen que ver con contusiones ni malos tratos.

Consulta post-adopción

Una vez en España, la evaluación médica inicial no debe demorarse más de 7-10 días, siendo preferible realizarla en los 3 primeros días, para evitar, sobre todo, la posible transmisión de patología infecciosa al resto de miembros de la familia adoptante.

Este primer control de salud nos permitirá:

- descartar cualquier enfermedad infecto-contagiosa, que suele ser la primera y máxima preocupación de los padres;
- evaluar aquellos problemas que puedan necesitar derivación médica (malformaciones, procesos crónicos y/o enfermedades graves) o seguimiento posterior (trastornos del desarrollo o del comportamiento);
- y revisar el estado de inmunizaciones del niño.
- Además, podremos informar a los padres sobre distintos aspectos en el cuidado del niño, alimentación, prevención de accidentes, establecimiento de normas y consejos generales; todo ello proporciona confianza y tranquilidad a los padres, y favorece su adaptación a esta nueva situación.

Desde el punto de vista sanitario, éste primer contacto nos permite detectar y, en su caso, intervenir precozmente sobre cualquier problema de salud, debemos realizarlo siempre y de forma completa, aunque el niño tenga un aspecto saludable, parezca bien nutrido y cuidado o dispongamos de información médica procedente de China aparentemente completa.

El diagnóstico de los problemas de salud de un niño de adopción internacional debe basarse en un protocolo de pruebas de cribado que complementen a la anamnesis y a una exploración física detallada.

En primer lugar, recogeremos los datos de la historia clínica conocidos a través de la documentación del niño (fecha probable de nacimiento y de ingreso en el orfanato, controles de salud), área de procedencia, estado general y de cuidado que presentaba la niña en el momento de la recogida; así como los problemas de salud que pudieran haber ocurrido en China y cómo se resolvieron.

Realizaremos una evaluación del crecimiento y estado nutricional utilizando gráficas de crecimiento adecuadas, si es posible las propias del país o etnia de origen. Y tendremos en cuenta las diferencias raciales que pueden llevarnos a diagnósticos erróneos de microcefalia, por braquiocefalia y occipucio plano en China, o en niñas mayores de pubertad precoz.

A continuación debemos hacer una valoración completa del desarrollo psicomotor, tanto la motricidad fina y postural, área del lenguaje y desarrollo psicosocial. La falta de afecto y estímulo es la principal causa de los problemas del desarrollo; por ello, aquellos niños que han pasado menos tiempo en el orfanato responden más rápidamente, siendo los problemas motores los que antes se resuelven.

Y por último, haremos un examen físico completo para detectar precozmente: malformaciones congénitas (cardiopatía, fisura palatina, dismorfias, ...), patologías que requieran derivación a especialista (hernias, estrabismo, ...), o aquellos otros problemas agudos que precisan de tratamiento inmediato (infecciones respiratorias, cutáneas, otitis, ..).

Existe consenso entre los médicos especialistas en adopción sobre las **pruebas complementarias** a realizar en un niño procedente de China; y que deben incluir siempre:

- un hemograma completo, bioquímica con transaminasas, inmunoglobulinas séricas, hormonas tiroideas (TSH), niveles de plomo sanguíneo; y un análisis de orina.

- screening básico de enfermedades infecciosas: marcadores de hepatitis B y C, serología VIH y sífilis, uro- y coprocultivo, búsqueda de huevos y parásitos intestinales y Mantoux

- Es aconsejable la realización de un screening auditivo (otoemisiones acústicas o audiometría) para despistar sordera o hipoacusia, no sólo como "screening neonatal" sino también por considerar que los niños en orfanatos pueden estar más predispuestos a otitis frecuentes, a menudo mal-diagnosticadas y mal-tratadas; una intervención precoz puede ser importante para ayudar al desarrollo adecuado del lenguaje. Y en los menores de 6 meses se practicará, además, cribado de metabopatías.

Por último, con respecto a las vacunas, el calendario vacunal vigente en China, incluye la vacunación de polio oral, difteria-tétanos-tosferina, sarampión (pero no triple vírica); se ha introducido recientemente la vacuna frente



a hepatitis B (pero no está disponible en todas las provincias ni se realiza de forma sistemática); en algunas áreas se mantiene la vacuna frente a BCG en el recién nacido; y también podemos encontrar niños vacunados frente a encefalitis B japonesa y a meningococo A.

Sin embargo, no debemos fiarnos de los certificados de vacunación que acompañan a los niños adoptados en China, debido a que:

- Los datos pueden ser inexactos, en referencia al número de dosis recibidas, intervalo entre las mismas, fechas de administración,...; hay certificados que parecen escritos con el mismo bolígrafo, entregados en la misma fecha o fechados, incluso, antes del nacimiento del niño. Fijaros en ésta tarjeta de vacunaciones (es un caso real): todas las dosis puestas en el mismo día del mes, con el mismo bolígrafo y con la misma letra. **NO es fiable**

- Puede también, que la potencia de las vacunas usadas esté disminuida, bien por problemas de almacenamiento (cadena del frío, caducidad), técnica de administración incorrecta o dosis inadecuadas, . . .

- O puede que el niño no tenga una respuesta inmune suficiente, por tratarse de niños enfermos o malnutridos.

Hay estudios que demuestran protección insuficiente frente a las vacunas supuestamente administradas en más del 30% de los niños adoptados en China. Hay que recordar que la vacuna frente al sarampión es monovalente, no protege frente a rubéola y parotiditis; y, muy importante, la vacuna frente a hepatitis B no previene la transmisión vertical madre-hijo cuando se administra pasada la primera semana de vida, lo que es frecuente en estos niños abandonados.

Por tanto, debemos recomendar:

1. Descartar la posibilidad de niños infectados y/o portadores del VHB, aunque hubieran sido vacunados correctamente

2. Proceder a la revacunación completa en todo niño pequeño adoptado en China (excepto a HB si la respuesta de anticuerpos testada es adecuada o en portadores crónicos)

Algunos autores recomiendan determinación previa de anticuerpos para difteria, tétanos y polio y no revacunar si hay respuesta. Sin embargo, nosotros pensamos que la realización de pruebas serológicas sobre el estado inmunológico específico no garantiza la fiabilidad del resto y la ausencia de criterios uniformes sólo produce desconfianza entre los padres.

Seguimiento

Aunque hayamos podido detectar precozmente enfermedades infecciosas y patología malformativa aguda e intervenir adecuadamente, es muy importante hacer un seguimiento apropiado de estos niños. En

primer lugar, como cualquier otro niño de nuestra población, lo incluiremos en los controles sucesivos de niño sano y otras actividades programadas; pero hemos de hacer un seguimiento:

1. Del crecimiento y desarrollo en los primeros meses. Una alimentación variada y equilibrada, acorde con su edad, nos permitirá objetivar su adaptación a la nueva dieta y hábitos alimentarios y el catch-up o fenómeno de recuperación del peso antes de 3-4 meses, y de la talla en 4-6 meses.

2. Debemos confirmar serologías de hepatitis B y C y VIH a los 6 meses de su llegada, para despistar infecciones tardías (también parasitosis rebeldes); y completar el esquema vacunal.

3. Y, ante todo, desconocemos los posibles efectos a **medio plazo** que puedan derivarse de una nutrición inadecuada o, sobre todo, de la falta de afecto y de estímulo en los primeros meses de la vida: trastornos del lenguaje, problemas en el aprendizaje y escolarización, hiperactividad y déficit de atención, Afecto, cariño y una estimulación adecuada, que estos niños encontrarán seguro en su nuevo entorno familiar, van a minimizar estos riesgos. Pequeños retrasos en el desarrollo motor se resolverán rápidamente y también habrá una buena y rápida respuesta en el desarrollo psicosocial. Estar atentos a la evolución del lenguaje y de sus primeros años en la escuela nos permitirá intervenir precozmente si es necesario.

DIRECCIONES DE INTERÉS EN INTERNET

□ ANDENI-Extremadura. <http://www.andeniex.org> Página de la Asociación Nacional en Defensa del Niño, con sede en Extremadura, que engloba a las familias con hijos adoptados en China y da una completa información para aquellas otras con idea de adoptar un niño de la R.P. China.

□ <http://www.afac.net>. Página de la Asociación de Familias Adoptantes en China, con sede en Barcelona.

□ Families with children from China (F.C.C.). <http://fwcc.org>. Organización internacional de familias con niños adoptados en China, con numerosos enlaces e información de interés.

□ Internacional Pediatric Health Services. Dra. Jane Aronson, especialista en medicina de adopciones. <http://orphandocor.com>. Página con información relevante sobre la atención sanitaria, seguimiento y problemas de los niños adoptados internacionalmente.

□ Center for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.cdc.gov>. Página del CDC americano.

□ World Health Organization. <http://who.int>. Página de la Organización Mundial de la Salud.

□ Hepatitis B Foundation. <http://hepb.org>. Página con información de interés para sanitarios y familiares sobre la enfermedad de la hepatitis B.

□ ADOPTMED (adoptmed@u.washington.edu). Lista de correo electrónico para profesionales de la salud interesados en problemas y asuntos relacionados con niños adoptados internacionalmente; dirigido por Brian Johnston de la Universidad de Washington (USA). Para recibir información y/o suscripciones se debe enviar un mensaje a la siguiente dirección: listproc@u.washington.edu

Referencia: JJ Morell. Grupo de trabajo sobre Inmigración de SPAPex. Atención a la salud de niños adoptados procedentes de China. Publicado por Consejería de Sanidad y Consumo de Junta de Extremadura. URL disponible en: <http://www.spapex.org/spapex/chin.pdf>



DATOS ESTADÍSTICOS DE NIÑOS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN EXTREMADURA

PROGRAMA DE ADOPCIÓN	
AÑO 1999	
TIPO DE ADOPCIÓN	NIÑOS LLEGADOS
INTERNACIONAL	20
Países de origen:	
Chile:	1
China:	5
Colombia:	4
Costa Rica:	3
El Salvador:	2
Maputo:	1
Nicaragua:	1
Perú:	1
Rumanía:	1
Rusia:	1

Fuente: Junta de Extremadura.

PROGRAMA DE ADOPCIÓN	
AÑO 2000	
TIPO DE ADOPCIÓN	NIÑOS LLEGADOS
ADOPCIÓN INTERNACIONAL	37
Países de origen:	
Bolivia:	2
Brasil:	2
China:	15
Colombia:	6
Ecuador:	1
El Salvador:	3
Guatemala:	1
México:	1
Perú:	1
Rumanía:	4
Ucrania:	1



PROGRAMA DE ADOPCIÓN	
AÑO 2001	
TIPO DE ADOPCIÓN	NIÑOS LLEGADOS
ADOPCIÓN INTERNACIONAL	47
Países de origen:	
Bolivia:	1
Bulgaria:	1
Colombia:	3
China:	35
Ecuador:	1
El Salvador:	1
Mali:	1
Perú:	2
Rusia:	2

PROGRAMA DE ADOPCIÓN	
AÑO 2002	
TIPO DE ADOPCIÓN	NIÑOS LLEGADOS
ADOPCIÓN INTERNACIONAL	71
Países de origen:	
Bolivia:	1
Brasil:	1
Bulgaria:	1
Colombia:	12
Chile:	1
China:	43
India:	1
Méjico:	1
Rusia:	9
Ucrania:	1

Fuente: Junta de Extremadura.

PROGRAMA DE ADOPCIÓN	
AÑO 2003	Datos actualizados hasta octubre de 2003
TIPO DE ADOPCIÓN	NIÑOS LLEGADOS
ADOPCIÓN INTERNACIONAL	52
Países de origen:	
Ucrania:	5
Rusia:	3
Rumanía:	2
China:	30
Bulgaria:	1
Colombia:	4
Etiopía:	1
Haití:	2
India:	2
Letonia:	2



CARACTERÍSTICAS CULTURALES Y HÁBITOS SOCIO-SANITARIOS

Maged H. Abdulrazzak

Pediatra

*Centro de Salud de Villanueva de la Vera
(Cáceres)*

Introducción

La inmigración se produce como consecuencia de la distribución de la riqueza y es una expresión de las desigualdades en el mundo. Los inmigrantes se ven forzados a salir de su entorno por la necesidad de mejorar su vida a causa de las condiciones que tienen en su lugar de origen, como la represión, la escasa posibilidad de encontrar trabajo y la violación sistemática de la declaración de los derechos humanos. Esto hace que jueguen la vida buscando un país que les acoja y donde puedan vivir con dignidad.

La inmigración que ha llegado en los últimos 15 años a nuestra sociedad lo ha hecho por diversas vías, legales o ilegales, pero movida por el azar, la oportunidad y el destino. No ha habido ninguna voluntad de selección previa ni de discriminación. Han llegado en mayor medida y número los más cercanos, nuestros vecinos inmediatos, los Marroquíes separados de nosotros tan sólo por 14 Kilómetros, aunque –eso si – por una sofisticada barrera de leyes y controles que componen hoy lo que se ha dado en llamar el “muro Schengen” a imagen y semejanza del “muro de Berlín”. Este muro demuestra y evidencia el doble lenguaje utilizado en política, en el que defiende la libertad de movimientos para las mercancías y la restringe para las personas por el solo hecho de que buscan mejorar sus condiciones de vida en países que quieren proteger sus privilegios.

Los **aspectos culturales** merecen cierta consideración. Los inmigrantes traen consigo aspectos a veces novedosos, que en unos casos se convierten en aportaciones muy positivas para nuestra sociedad, en la medida en que amplían nuestras opciones culturales en muchos terrenos, y en otros chocan con ciertos avances en materia de derechos humanos. Lo primero que ha de tenerse bien en cuenta es que no hay un choque o enfrentamiento entre nuestra cultura y la de los inmigrantes, porque ambas son entelequias sobre todo la segunda. No existe una cultura de los inmigrantes; la **diversidad cultural** entre la inmigración que estamos recibiendo es muy amplia, incluso entre la de procedencia musulmana. Si nos parásemos a analizar el asunto del pañuelo de las niñas musulmanas, veríamos que la mayoría de ellas no lo llevan, lo que indica que la importancia que los musulmanes dan a este asunto es variada, y que respecto a sus hijas, lo que la mayor parte de los padres desea es que saquen sus estudios adelante y que logren un lugar reconocido y destacado en esta sociedad.

Dentro de esa diversidad cultural, aparecen aspectos **contrarios a los avances de los derechos humanos y de nuestro estado de derecho. Pero conviene señalar que tales aspectos no los aportan sólo los llegados de fuera, ni siquiera ellos aportan los más importantes**; ¿o es que no estamos continuamente sufriendo fuertes ataques a nuestra laicidad por parte de determinadas fuerzas internas? ¿O no es cierto que la igualdad hombre –mujer sólo avanza en lucha continuada contra hábitos y resistencias que proceden de muy dentro de nuestra sociedad? (Los dos aspectos que más suenan cuando se habla de inmigración).

Cuando los inmigrantes muestran aspectos culturales regresivos respecto a los derechos humanos, el tratamiento que se les ha de dar es parecido al que damos a los nuestros: deben ser discutidos (sin publicidad a ser posible) buscando una **perspectiva superadora**. No hay que tener complejos a la hora de discutir un comportamiento concreto, porque el avance de los derechos humanos, en nuestra sociedad y en todas las demás, se ha logrado siempre desechando aspectos culturales contrarios a ellos.

La **comunidad educativa** y organizaciones sociales de nuestra sociedad se inclinan por la **opción intercultural** que comporta reconocer la riqueza cultural que aporta la inmigración, al tiempo que se defiende la posibilidad de discusión e interacción para superar determinados aspectos culturales propios y ajenos.

Dicho todo esto, hay que señalar de inmediato que la integración de las personas inmigrantes en nuestra sociedad tiene poco que ver con los aspectos culturales. Son otros parámetros y factores los que determinan las posibilidades de integración. La integración social no es un asunto de adaptación cultural, es ante todo un proceso de equiparación de derechos y deberes, de desarrollo de la igualdad de oportunidades y de trato, de alcance de un estatus laboral y social normalizado y de acceso en los cauces participativos con los que la sociedad cuenta

Los **factores** que se oponen a la integración social son:

1-Una política de inmigración que canaliza su entrada por vías irregulares

2-Mantener a una parte de esta inmigración en situación de irregularidad impidiendo la normal contratación laboral y favoreciendo la exclusión social



3-No incrementar los esfuerzos necesarios a la lucha contra la discriminación

4-No desarrollar las políticas sociales que una sociedad de inmigración debe activar.

Es en las condiciones legales y socio-laborales en las que se hallan los inmigrantes donde hay que buscar la clave de muchos de los problemas de integración y de convivencia que se están produciendo, incluso de aquellos relacionados directamente con el comportamiento de los inmigrantes. Ciertos comportamientos, que aparecen como contrarios a la convivencia (hacinamiento, GUETIZACIÓN, ETC.....) responden a una determinada situación social y tienen que ver muy poco o nada, con las pautas culturales de origen.

Al cargar sobre la cultura como causa de la situación se intenta esconder la responsabilidad de quienes deberían estar haciendo unas políticas de inmigración muy distintas de las que hacen. Y **¿cómo logran que la cultura aparezca como culpable?** Así lanzando una declaración "bombazo" con todos los aspectos culturales para que aquellos que son más extremos y que sólo practica una minoría aparezcan como la muestra de todo lo demás y afectan a toda la inmigración, se mezcla el asunto del pañuelo con otro tan extremo y minoritario como es la **ablación del clítoris**. Es importante hablar en serio sobre el asunto del pañuelo sin mezclarlo con ningún otro tema cultural, evitando todo tipo de generalizaciones y no haciendo de ello un paradigma de la no-integración.

DATOS DE POBLACIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL

Fuente: José Luis Domínguez (Enfermero de Pediatría. C.S. TALAYUELA). Grupo Trabajo sobre Inmigración de la Sociedad Pediatría de AP de Extremadura.

Elaboración propia a partir de los datos recogidos del censo de población del 2001 y padrón municipal.

1-POBLACION TOTAL DEL ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL: 55207
2-INMIGRANTES: 6626 (12% DEL TOTAL)
3-INMIGRANTES MARROQUIES: 5923 (89% DE LOS INMIGRANTES)

POBLACIÓN EXTRANJERA NAVALMORAL DE LA MATA 2002:
(PONENCIA Carmen Álvarez)

NACIONALIDAD	NÚMERO
Albania	1
Italia	8
Francia	13
Países Bajos	1
Polonia	1
Portugal	28
Andorra	1
Reino Unido	1
Alemania	2
Rumania	2
Suiza	5
Ucrania	4
Argelia	20
Egipto	3
Marruecos	954
Senegal	17
Túnez	1
EE. UU	12
Cuba	2
República Dominicana	16
Argentina	41
Brasil	14
Colombia	109
Chile	5
Ecuador	10
Venezuela	3
Bahrein	1
China	21
Filipinas	1
Pakistán	2
Corea del Norte	1
TOTAL	1290

GRUPOS DE EDADES	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS	TOTALES
0-3 AÑOS	1154	749	1903
14-64 AÑOS	3915	4895	8810
+ 65 AÑOS	843	51	894

LUGAR DE RESIDENCIA	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS
TALAYUELA	4380	2602
SANTA MARIA DE LAS LOMAS	350	905
TIETAR	962	234
BARQUILLA DE PINARES	414	727
PUEBLO NUEVO DE MIRAMONTES	786	247



POBLACIÓN EXTRANJERA TALAYUELA 2002: (PONENCIA CARMEN ALVAREZ)

PAIS NACIONALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ARGELIA	47	2	49
BRASIL	0	5	5
COLOMBIA	9	22	31
CUBA	0	1	1
ECUADOR	94	32	126
FRANCIA	2	1	3
ITALIA	1	0	1
JORDANIA	1	0	1
LITUANIA	2	4	6
MARRUECOS	3543	858	4401(93.3%)
MAURITANIA	1	0	1
PAISES BAJOS	1	0	1
POLONIA	4	1	5
PORTUGAL	20	11	31
REPUBLICA CHECA	3	0	3
REP. DOMINICANA	3	1	4
RUMANIA	12	1	13
SENEGAL	30	1	31
UCRANIA	1	1	2
TOTALES	3770	939	4715

EVOLUCION DE LA NATALIDAD EN EL ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA HOSPITAL CAMPO ARAÑUELO

año	ESP.	E.ESTE	marroquíes	orientales	Portugal	Sudamérica	total partos
1991	560	0	1	0	2	0	563
1992	527	1	2	0	1	1	532
1993	520	1	3	0	0	0	524
1994	505	0	3	0	1	0	509
1995	493	0	0	1	0	0	494
1996	508	0	4	0	1	3	516
1997	439	0	7	0	2	1	449
1998	443	1	23	0	4	1	459
1999	389	0	43	1	0	0	433
2000	429	0	52	0	0	1	482
2001	408	2	68	0	3	1	482
2002	351	2	83	0	0	2	440
suma	5572	7	289	2	14	10	5883
total 12 años							

PROCEDENCIA y EVOLUCION POSTERIOR

-La mayor parte de la población marroquí de NAVALMORAL Y TALAYUELA proceden de OUJDA, provincia del NOR-ESTE de MARRUECOS, limítrofe con ARGELIA, una de las más desfavorecidas en un país ya con una renta 12 veces inferiores a la española.

-Los primeros marroquíes llegaron a mediados del 80, apenas se dejaban ver fuera de las explotaciones agrarias. Llegaron hombres solos y los antiguos secaderos del tabaco negro, olvidados por el éxito del rubio VIRGINIA, se convirtieron en sus hacinados moradas. Supieron **resistir y soportar** y con la reagrupación familiar los niños empezaron a llenar las aulas, y las mujeres, movidas por ello, comenzaron a frecuentar las calles de los pueblos, y dejaron de ser una población invisible. Echan raíces y los más emprendedores a abrir sus negocios.

-Entre la necesidad y la aceptación, la capital extremeña del tabaco se labró su senda multicultural. La política municipal e institucional ha sido clave y fundamental para mantener una convivencia multicultural de respeto a lo diferente en Talayuela sin sobresaltos o manifestaciones colectivas de intolerancia. No puedo resistir de no mencionar una frase de su alcalde en la que dice: **“Si las aves migratorias van y vienen, por qué no las personas”**.

-Todos los estudios y evidencias, muestran que es mucho mayor el peso de la primera generación que el de la segunda generación, especialmente en el caso de los chicos / chicas nacidos aquí o que llegaron antes de la edad escolar y pudieron escolarizarse sin retrasos.

-El grupo **IOE** (VER BIBLIOGRAFIA) refiriéndose al colectivo marroquí señala: En los jóvenes que se han independizado de la tutela paterna, se observa la reducción de las referencias culturales de origen. **El futuro de la población inmigrante está en las escuelas.** Su inserción en el sistema escolar es prácticamente total y su integración en las dinámicas escolares es bastante buena, esta inserción supone la asunción de los valores, conocimientos y pautas culturales que se les transmite en el marco familiar. Los inmigrantes se pueden clasificar en:

-**ASENTADOS:** Han alcanzado su objetivo de inserción estable en el mercado laboral con cierto arraigo

-**PRECARIOS:** En situación legal pero sin inserción estable en el mercado laboral. Movilidad geográfica laboral

-**INDOCUMENTADOS:** Situación irregular respecto a la residencia y permiso de trabajo.



ASPECTOS CULTURALES DE LA POBLACIÓN MARROQUI DE ORIGEN

A- EL IDIOMA:

Además del árabe clásico, que es la lengua de la enseñanza, de la administración, de los medios de información, la lengua diaria en Marruecos es el dialecto árabe, así como el tamazight (bereber), hablado en el RIF, y otras regiones como los ATLAS Y EL Souss y que varía según las regiones. La mayor parte de los Marroquíes hablan Francés y muchos español y inglés. El árabe se escribe de derecha a izquierda. El alfabeto árabe (alifato) consiste en 28 letras, Las letras pueden tener 4 alógrafos: forma aislada, en inicio de palabra, medial y final.

B-LA RELIGIÓN:

EL ISLAM en árabe significa paz, sumisión y obediencia y consiste en aceptar sin reserva las enseñanzas y los preceptos de DIOS revelados al profeta. El ISLAM es la religión oficial de Marruecos, pero convive perfectamente con otras confesiones (la práctica de estas religiones está garantizada por la constitución). Es la prolongación del Judaísmo y el Cristianismo. Los cinco pilares de esta religión son:

1-LA PROFESIÓN DE FE:

Dar testimonio de que ALLAH es digno de ser venerado y que MUHAMMAD es su Enviado entre los hombres hasta el día del juicio.

2-LAS ORACIONES:

Todo musulmán tiene el deber de hacer las oraciones cinco veces al día en homenaje a ALLAH Y contribuyen a incrementar la vida moral del hombre.

3-EL AYUNO EN EL MES DE RAMADAN:

Durante este mes, los musulmanes no solo se abstienen de comida y de bebida así como las relaciones sexuales desde el alba hasta el crepúsculo, sino que también evitan las malas intenciones y los deseos perniciosos. Es una escuela de amor, de sinceridad y de devoción que desarrolla una conciencia social sana, cultiva la paciencia, el altruismo y la voluntad.

Están exentos de este deber los niños, los enfermos agudos o crónicos, las embarazadas y periodo de lactancia, y los ancianos. Muchas personas por su alto nivel de fe y creencia se desafían estas exenciones repercutiendo negativamente en su propia salud y bienestar. Al terminar el mes, en los tres días siguientes se celebra el "ID-ALSAGUIR" que se compara a las fiestas de Navidades, se hacen regalos a los niños y los mayores. Dos meses más tarde otra fiesta importante en memoria al sacrificio del hijo de ABRAHAM, obedeciendo la orden de DIOS.

4- LA ZAKAT:

Es un deber religioso donde todo musulmán ha de entregar una limosna(2.5%) de su renta anual. Esta cantidad será distribuida entre los más pobres de la sociedad.

5- LA PEREGRINACIÓN A LA MECA:

Todo musulmán debe efectuar ésta visita si las condiciones físicas y económicas se lo permiten.

C-TRADICIÓN FAMILIAR:

La estructura tradicional familiar tiene carácter **comunitario**; en ella hay una cabeza de familia (padre) y sus descendientes que en el caso de los varones no se disgregan al casarse, sino que se mantienen dentro de la estructura comunitaria y continúan sometidos a la autoridad del padre. En el caso de las mujeres, suelen generalmente y mayoritariamente casarse con un primo de primero o de segundo grado y así se mantiene dentro de esa comunidad familiar. La presencia masculina en esta estructura es muy fuerte. Se trata pues de una familia **patriarcal, comunitaria y endogámica**. Otro aspecto es la existencia de la **solidaridad orgánica** fruto de esa estructura, que sobrepasa los límites de la familia y que lamentablemente se está perdiendo, fruto de los cambios que las ciudades imponen. El hombre es el que sustenta la economía doméstica, mientras que la mujer queda relegada a las tareas propias del hogar y al cuidado y educación de los hijos. Esta composición y distribución de tareas se está perdiendo progresivamente debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral en las ciudades, pero se mantiene a nivel rural de donde procede la mayor parte del colectivo marroquí. No se ha detectado situaciones de Poligamia.

D-CIRCUNCISIÓN (TATHIR):

Es una tradición religiosa para cuidar la salud del niño convendría que se lleve a cabo en condiciones asépticas y que sea ejecutada o realizada por personal sanitario especializado en el tema.

E-HENNA Y SALUD:

La HENNA es una planta (LAWSONIA INERMIS) de la que se recogen las hojas, se secan y se trituran hasta convertirlas en un fino polvo que se utiliza para teñir, es el polvo de henna. Es una planta que crece en climas cálidos: INDIA, CHINA MARRUECOS Y EGIPTO. En la India se conoce con el nombre MEHNDI que es el arte de adornar las manos y los pies con una pasta hecha con la planta HENNA. En Marruecos y Oriente Medio es parte fundamental de las bodas, ya que a la novia se le decoran las manos y pies y es considerado un ritual en las ceremonias. Ese ritual no requiere agujas, no penetra la epidermis, y por lo tanto no son peligrosos, son temporales y totalmente indolorosos. La henna puede producir excepcionalmente reacciones de:



1-DERMATITIS DE CONTACTO, RINITIS Y/O ASMA BRONQUIAL

2-DERMATITIS ALERGICA SECUNDARIA AL USO DE SALES METÁLICAS PARA PREPARAR LOS PIGMENTOS COMO MERCURIO, CROMO, CADMIO, COBALTO TINTA CHINA (para dar color)

3-HENNA CON PPD (para FENILENODIAMINA) para acortar el tiempo de penetración e impregnación del tinte. Esta aplicación puede asociarse a casos graves como INSUF. RENAL debida a GLOMERULONEFRITIS originada por la absorción percutánea de ppd. y a DAC.

F-TÉ Y SALUD:

Es una bebida placentera, popular, económica, segura y socialmente aceptada, consumida todos los días por millones de personas de todo el mundo. El té contiene componentes biológicamente activos (flavonoides, VITAMINAS, FLUOR) que actúan en la prevención de muchas enfermedades y producen efectos beneficiosos para la salud. Los flavonoides son antioxidantes, una extensa clase de moléculas que en nuestro cuerpo neutralizan los radicales libres. Los radicales libres son potentes componentes oxidantes que dañan las células. El daño celular por oxidación está implicado en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. Los flavonoides disminuyen el colesterol, bloquean la aterogénesis y protege de la acción de las C- LDL. Las vitaminas también poseen propiedades antioxidantes y otras anticancerígenas. Los minerales tales como el flúor ayudan a combatir las caries dentales y la osteoporosis. El té constituye una bebida placentera que contiene prácticamente cero calorías, menos cafeína que el café, y puede otorgar además una serie de efectos beneficiosos para la salud. Los problemas potenciales de salud asociados al TÉ son los siguientes:

1-Cafeína en el té: La concentración de cafeína en el té depende de la mezcla y tiempo de fermentación de la infusión, una taza de té (170 cc) contiene 25.5-34 mg de cafeína. El consumo de cafeína en cantidades mayores a 50mg/Kg de peso (100 tazas diarias) puede provocar efectos teratogénicos. Estudios en animales y seres humanos no han mostrado evidencia de que el consumo moderado de cafeína sea causa de retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, abortos espontáneos o defectos al nacer.

2-Actividad del té como secuestrante del hierro: El consumo del té provoca la disminución de la absorción del hierro en el tracto gastrointestinal. Se cree que los polifenos del té forman complejos insolubles con el hierro. Esta actividad secuestrante es detenida por la presencia de ácido ascórbico que produce reducción del ph que afecta a las zonas de unión entre el hierro y los quelantes presentes en el té. Un efecto similar es proporcionado por la leche debido a la alta concentración de minerales que actuarían por saturación, disminuyendo la actividad secuestrante del hierro. Los principales grupos afectados

por este fenómeno son los vegetarianos que poseen una dieta relativamente restringida en hierro, y los individuos en riesgo de anemia por deficiencia de hierro (niños pequeños, sujetos jóvenes y mujeres embarazadas). Aconsejamos que a esta población aumentar la ingesta de hierro, tomar el té entre las tomas y añadir leche o limón al beberlo. Dado que la población infantil marroquí suelen tomar el té con los alimentos, recomendamos que esta bebida sea tomada entre las tomas para evitar el secuestro del hierro presente en los alimentos.

F- EDUCACION Y SALUD:

Un alto porcentaje de los inmigrantes marroquíes en nuestra área es ANALFABETO EN SU PROPIA LENGUA y con un nivel de conocimientos generales y de salud escasa; Esto supone dificultad de comunicación con el personal sanitario, que puede inducir a situaciones de barrera idiomática importante, ya que la HISTORIA CLINICA como herramienta inicial y fundamental para establecer el diagnóstico con calidad, se encuentra reducida al mínimo. Muchas veces perciben y priorizan la atención sanitaria de supervivencia y de urgencia, a la que están habituados en su lugar de origen. A veces les preguntamos si son alérgicos a algún fármaco. Yo pregunto ¿CÓMO QUEREMOS QUE ENTIENDAN EL CONTENIDO DE ESTA PREGUNTA SI EN SU LUGAR DE ORIGEN NUNCA LO HAN PREGUNTADO?. Las mujeres tienen el problema más acentuado por tener menos acceso a la educación.

G-FORMACION PROFESIONAL: La inmensa mayoría carecen de FORMACIÓN PROFESIONAL Y PREPARACIÓN para el mercado laboral, desarrollando por consiguiente trabajos de peones agrícola y en la hostelería.

BIBLIOGRAFIA

- MIGUEL PAJARES: Experto del Comité Económico y Social Europeo para temas de inmigración y asilo. Autor de La inmigración en España y de inmigración y ciudadanía en Europa.
- CARMEN ALVAREZ: Autora de la ponencia de la REALIDAD DE LA INMIGRACIÓN EN EXTREMADURA
- COLECTIVO I.O.E.: INMIGRACIÓN Y TRABAJO EN ESPAÑA. Ministerio Asuntos Sociales 1999
- DATOS DEL PADRON MUNICIPAL Y CENSO DE POBLACIÓN DE 2001
- DATOS DE EVOLUCIÓN DEL INDICE DE NATALIDAD EN EL H.C.A(SERVICIO DE GINECOLOGIA)
- BERNABÉ LÓPEZ GARCÍA: AUTOR DE: EL ISLAM Y LA INTEGRACIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
- PEDRO CARRETERO: CASO CLINICO DE DERMATITIS DE CONTACTO POR TATUAJE DE HENNA. SECCIÓN DE ALERGOLOGIA.HOSPITAL GENERAL YAGÜE.BURGOS.
- ILDEFONSO OLMEDO: AUTOR DEL MILAGRO DE TALYUELA. EL MUNDO.SUPLEMENTO.
- NUTRITION REVIEWS 2000;JANUARY 58.
- http://www.saludmania.com



VALORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE MARROQUÍ ASENTADA EN NUESTRA REGIÓN

M^a Antonia Martín Martín

Trabajadora social.

Centro de Salud Talayuela (Cáceres)

1.- Conocimientos generales:

El inmigrante económico, que migra, ve alterados todos los condicionantes de su salud de forma que se convierte en una persona vulnerable desde el punto de vista sanitario ya que debe afrontar un duro y complejo proceso en el que influyen cantidad de factores. Éste es el origen de la teoría formulada por ANTROPÓLOGOS / AS SOCIALES y autores estudiosos del fenómeno de la inmigración, esta teoría denominada del **INMIGRANTE SANO** plantea que, éste, cuando parte de su país de origen contrae una serie de obligaciones con su familia o grupo, consistente en trabajar, ganar dinero y enviarlo a la familia o aldea para mejorar la situación de estos en el país de origen.

Ellos saben, o intuyen la dureza del proceso migratorio, con todo lo que conlleva: país, cultura y costumbres diferentes; situación administrativo-legal siempre pendiente, separación de los seres queridos... por estos motivos, deciden que el primer individuo que parta a la inmigración sea el más sano y fuerte, para que pueda enfrentar todo el proceso.

2.- Determinantes de salud del inmigrante:

En el proceso migratorio influyen unos determinantes de salud que van a marcar la situación socio-sanitaria del inmigrante y su familia:

2.1-Situación económica:

El inmigrante suele presentar problemas laborales de inestabilidad y precariedad de empleo, siempre temeroso de perder su trabajo y, en ocasiones, sometido a explotación si su situación es irregular.

Las responsabilidades contraídas con el país de origen le obligan a enviar dinero y a vivir de forma precaria con lo que le queda en el país que le acoge.

Si la familia se ha reagrupado la economía suele ser de subsistencia porque los sueldos no son muy altos y muchos los miembros familiares.

2.2-Situación sanitaria:

Lo primero que se debe tener en cuenta, es el propio concepto de salud y enfermedad que aportan y que

depende de sus características culturales y religiosas, en las que también influye en gran medida el propio nivel educativo.

Otra dificultad es el desconocimiento del sistema sanitario del país que le acoge, de su organización y funcionamiento. Otra más sería su situación administrativa, dependiendo de si es regular o no.

2.3-Situación socio-cultural:

Considerando que los inmigrantes son un colectivo marginado desde distintos puntos de vista (político, legal, económico, laboral) y considerando que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad física sino el resultado de una mezcla armoniosa de casi todos los factores mencionados anteriormente, resultaría que su situación psicosocial, no sería precisamente buena para tener un estado de salud óptimo.

2.4-Estilos de vida:

- Hacinamiento: las viviendas continúan siendo de mala calidad, con un alto coste para su sueldo y donde viven grandes grupos de personas o familias numerosas con espacios que resultan pequeños y, en ocasiones, no diferenciados lo que conlleva mucha facilidad para los contagios y peores condiciones de saneamiento higiénico-sanitarios.

- Estrés y/o angustia que el fenómeno migratorio produce en el inmigrante al tener que enfrentar todos los cambios y las nuevas situaciones que van surgiendo que, en muchos, casos se traduce en somatizaciones.

- Aislamiento: el proceso migratorio obliga a la persona a romper con sus lazos familiares, así como con sus referencias culturales lo que produce sensación de soledad, angustia por estar en un entorno extraño con dificultades de estancia y supervivencia, lo que va a marcar su situación personal y forma de relacionarse.

Esto también se refleja en los niños, que deben adaptarse a hábitos, horarios y relaciones diferentes a las vividas hasta ahora, incluyendo, muchas veces, la responsabilidad a la que se les somete al ser **los traductores de sus progenitores**.

Una cuestión a tener en cuenta es, las posibles enfermedades que pueden aportar del país de origen



como alguna infección, enfermedad asintomática, parasitosis, tuberculosis, etc. Por este motivo cuando el inmigrante solicita los certificados médicos para su familia, una vez reagrupados los miembros, sería necesario, y sobre todo a los niños, someterles a analíticas de sangre, heces y prueba del Mantoux. Así como aplicarles el calendario del niño mal vacunado y a los mayores el calendario vacunal del adulto.

En cuanto a la tuberculosis, se observa mayor número de casos, debido a las situaciones de hacinamiento o convivencia de grupos numerosos en las viviendas por lo que el contagio es más fácil y el control del tratamiento les resulta más difícil (tanto al profesional como al paciente) debido a su duración, la movilidad geográfica de este colectivo y el pensar que la enfermedad ha desaparecido cuando remiten los síntomas.

3.- Acceso al sistema sanitario español:

El acceso de los inmigrantes al actual sistema sanitario español, legalmente, es relativamente fácil según la Ley Orgánica 4/2.000 de Extranjería modificada por la Ley 8/2.000 que en su artículo 12, reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a menores, embarazadas y todo extranjero que acredite su residencia en territorio nacional, también a través de los servicios de urgencias de hospitales y centros de salud, siendo ésta última una actuación puntual orientada al alivio de síntoma, por su parte.

Aún con su relativa facilidad, el acceso no está exento de dificultades que tienen que ver con una serie de barreras que incluyen a los servicios sanitarios, los profesionales y los propios inmigrantes, también influye el desconocimiento que tengan sobre los servicios sanitarios, y la política migratoria, laboral y sanitaria del país de acogida.

3.1.- Solicitud de la tarjeta individual sanitaria.

El usuario inmigrante dispondrá de tarjeta sanitaria de acceso al servicio que le corresponda, al igual que la población autóctona, pero para ello se ha de distinguir entre varias situaciones administrativas distintas porque la solicitud conlleva trámites diferentes:

□ Inmigrantes regularizados: son aquellos que disponen de permiso de trabajo y residencia en vigor y están dados de alta en seguridad social por encontrarse trabajando. Se le solicita la tarjeta sanitaria individual (TIS) en el centro de salud que le corresponda mediante formulario F.1 adjuntando el permiso de trabajo y residencia, (PTR), el certificado de empadronamiento y el número de seguridad social. Hay que mencionar que si la validez del permiso en la fecha que solicita la TIS es inferior a nueve meses no se le remite la misma y acuden a los servicios con el resguardo de la solicitud, el inconveniente es que al no remitirles la tarjeta, no constan en el cupo del médico que se les asigna y, por

tanto, se genera un gasto que no se puede justificar. Por el contrario si la validez es superior a la citada se les envía la tarjeta sanitaria de forma normalizada, constan en el cupo del médico asignado y figura el gasto sanitario que generan.

Una vez que se cumple la validez de la TIS, deben volver a solicitarla adjuntando de nuevo el PTR con más de nueve meses de validez y si han cambiado de domicilio un nuevo certificado de empadronamiento.

Para los miembros de la familia es necesario el permiso de residencia y el certificado citado.

□ Inmigrantes no regularizados: aquellos que no disponen de PTR o se encuentran en trámites de solicitud y, además, están inscritos en el padrón municipal de donde residan. Según la Ley de Extranjería tienen derecho a la asistencia sanitaria aunque no se encuentren trabajando, ni dados de alta en Seguridad social, a través del R.D. 1.088/ 89, de 8 de septiembre que extiende la cobertura de la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes, correspondiendo el reconocimiento a la Tesorería General de la Seguridad social a través de sus direcciones provinciales.

Este tipo de asistencia se tramita mediante los formularios F.1 (para la emisión de TIS) y F.6 (solicitud de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria para personas sin recursos económicos suficientes). También se solicita en los centros de salud **pero previamente a cualquier gestión** el usuario debe pedir en la citada Tesorería **que se le asigne un número de afiliación que es individual para cada usuario**, posteriormente adjuntará:

.-La fotocopia del pasaporte o documentación que acredite su identidad.

.-Certificado expedido por el ayuntamiento del municipio donde resida de no pertenecer al antiguo padrón de beneficencia.

.-Declaración jurada de no percibir recursos económicos suficientes firmada por el interesado..

.-Certificado de empadronamiento del municipio dónde resida.

Este usuario sí recibirá TIS pero le será remitida al centro de salud correspondiente y no a su domicilio. Una vez regularizada su situación y habiendo sido dado de alta deberá comunicarlo a su centro de salud para gestionar los cambios oportunos.

□ Inmigrantes indocumentados: son aquellos que no disponen de ningún documento que acredite su identidad de los que posiblemente se desprenden para no ser extraditados, estos inmigrantes tienen derecho a la asistencia sanitaria de urgencias en los centros sanitarios de los actuales servicios de salud en caso de enfermedad grave o accidente y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. La duración



de este derecho es temporal y se informará al usuario de que puede obtener la asistencia sanitaria de forma legal. En atención primaria se le prestará asistencia médica sea o no de carácter urgente pero no tiene derecho a la prescripción farmacéutica a través de Seguridad Social.

□ Menores de 18 años y embarazadas: independientemente de su situación, estos dos colectivos tienen derecho a la asistencia sanitaria mediante el R.D. citado con la salvedad de que para **los menores el carácter de la asistencia será duradero** y para las embarazadas será temporal, mientras dure su estado, y hasta seis semanas posteriores al parto.

Para finalizar con este bloque se ha de mencionar que según un artículo publicado en el Periódico Extremadura el 7 de mayo del 2.002 unas 25.000 personas atendidas por el SES carecen de TIS de las cuales unas 12.000 viven en la comarca del Campo Arañuelo. Estas cifras fueron aportadas a la agencia Efe por el consejero de sanidad y consumo, Guillermo Fernández vara, lo que da una aproximación de la situación socio-sanitaria de estos usuarios y de los servicios que les atienden, a los que generan un gasto que no figura como tal. Actualmente estas cifras se mantienen con escasa variación.

4.- Características socio-sanitarias de la población inmigrante.

Las personas que emigran tienen como objetivo la mejora de su calidad de vida y la de su familia, sus expectativas de futuro suelen ser las de trabajar en un país que aparentemente presenta mejores condiciones que el suyo en todos los ámbitos: político, laboral, sanitario, social, educacional.

Principalmente son personas con **nivel educativo bajo, poco cualificadas laboralmente**, o si lo están les resulta muy difícil acceder a un empleo de su profesión debido a las características del mercado laboral del país que les acoge. **Su situación económica** puede ser más o menos estable pero, en su mayoría, inician el proceso generando una deuda económica por los gastos que supone el viaje y "la forma de acceso al país de acogida". **La vivienda** suele ser precaria bien por malas condiciones de habitabilidad o por el hacinamiento y condiciones higiénico-sanitarias que supone compartirla con un número de personas muy superior al que puede acoger y las dificultades de la convivencia, así mismo pueden sentirse desamparados por **la falta de apoyo familiar** y la lejanía de los seres queridos que le ayuden a enfrentar el transcurso de los acontecimientos.

Su estado sanitario aparentemente debe ser bueno para enfrentar el proceso migratorio que va a estar caracterizado por el cambio constante en todas las variables de su vida...

En principio, emigra un solo miembro; hombre o mujer, dependiendo del país y cultura de origen. Una vez que su situación es más o menos estable en el país de acogida y cree que podrá mantener a su familia, inicia los trámites de la **reagrupación familiar**, para traer al resto de familiares, tanto nucleares como algunos extensos, que suele incluir un número de hijos entre tres y cinco, la mayoría en edad escolar.

4.1.-Características socio-sanitarias del colectivo inmigrante de Talayuela

Talayuela es una población situada al nordeste de Extremadura, ubicada en la comarca de Campo Arañuelo. El municipio abarca varias pedanías distintas de Talayuela como entidades locales menores: Sta María de las Lomas, Tiétar, Barquilla de Pinares y Pueblo Nuevo de Miramontes así como numerosas fincas con bastante población durante todo el año. Según el censo de agosto del 2.003, el número total de habitantes del municipio es de 11.417, con una población inmigrante de 4.578, lo que supone alrededor de un 40% del total. Figuran 19 nacionalidades diferentes, incluida la española, de las que destaca con diferencia **la marroquí con 4.122 habitantes**, seguida de la hispanoamericana con 173 personas.

El hecho de que este municipio acoja a tanta población inmigrante se debe a su gran riqueza agrícola con dos campañas al año: la del espárrago y el tabaco que suponen unos diez meses de trabajo al año y necesidad de mano de obra.

La mayoría de los inmigrantes marroquíes proceden de una de las zonas más desfavorecidas de Marruecos, la provincia de **Oujda** fronteriza con el noroeste de Argelia por lo que es una zona semidesértica, rural, de pocos recursos, dedicados a actividades laborales agrícolas y ganaderas. Su nivel educativo es muy bajo, los hombres en su mayoría analfabetos, en las mujeres esta circunstancia afecta a la casi totalidad de las mismas con el agravante de que aprenden muy poco español porque reproducen casi por completo su propia estructura social y no se relacionan con mujeres españolas. Esta circunstancia les dificulta la relación con las instituciones en especial con los servicios sanitarios a los que ya van acudiendo solas, pero la atención resulta muy difícil para ambas partes por la barrera idiomática, por lo que acuden con algún hijo/a mayor que sepa algo de español y que pierde la clase que le corresponda por acudir con su madre. Si es necesario salir del pueblo siempre las acompaña el marido o algún compatriota que se preste, porque no saben utilizar los medios de transporte y sólo se desenvuelven en el ámbito de Talayuela, estas circunstancias dificultan una atención socio-sanitaria adecuada y en el momento necesario, tanto para ellas como para los hijos menores, porque; en ocasiones, el marido se encuentra trabajando en otro lugar y deben esperar a que regrese.



Sus costumbres y hábitos culturales están muy arraigados e influenciados por la religión según sus propias interpretaciones, también en el ámbito sanitario. Su concepto de salud-enfermedad es bastante distinto al nuestro, al igual que sus hábitos, porque disponen de escasos recursos y parten de una medicina de supervivencia y no preventiva.

Debido a la dificultad de la comunicación y el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, les resulta complejo utilizarlo adecuadamente, por lo que acuden de forma espontánea a las consultas, sin cita previa o con mucho retraso o adelanto sobre la hora citada, normalmente no acuden a las citas programadas y utilizan mucho la atención urgente.

Laboralmente son personas poco cualificadas que desarrollan principalmente tareas agrícolas en las campañas mencionadas o en otras comunidades autónomas cuando ésta termina solicitan la prestación económica por desempleo, por tanto, los ingresos que perciben les permiten mantener una economía de subsistencia porque tiene que pagar alquileres de vivienda que suponen un alto coste para sus sueldos y normalmente tienen una media de cinco hijos con un alto porcentaje en edad escolar, esto dificulta muchas veces el seguimiento de tratamientos que conlleve gastos económicos extras como la adquisición de gafas, prótesis de coste relativo, alimentación e higiene de los bebés o tratamientos alternativos a seguridad social que no se contempla en el Decreto 63/95 de Prestaciones sanitarias.

Las viviendas suelen estar en malas condiciones de habitabilidad debido a que los alquileres son altos o adquieren las que están en peor estado, probablemente porque sean las que se ponen en venta por la población autóctona y las que pueden permitirse comprar. Suelen estar acondicionadas según su costumbre con poco mobiliario, alfombras en el suelo y pocas camas, los bebés no suelen disponer de cuna ni del ajuar necesario. La higiene del hogar y la personal también es deficiente por falta de hábito lo que unido a que son compartidas por varias familias lo que facilita los contagios y la adquisición de enfermedades.

La alimentación se adecua a sus creencias religiosas, en su mayoría practican el mes del Ramadán, es relativamente adecuada pero se observan retrasos ponderoestaturales en los niños y anemias ferropénicas en relación con la pronta introducción de la leche de vaca o el té, también en las mujeres, probablemente debido a los numerosos embarazos, el poco tiempo que dejan transcurrir entre los mismos y el escaso control de estos en su país de origen porque para ellas no es un estado que haya que controlar.

La situación ha ido evolucionando desde el año 90 ya que en principio emigraban hombres solos que vivían en condiciones muy precarias.

Acudían a los servicios sanitarios por patologías urgentes o por accidentes laborales, no volviendo para continuar tratamientos o revisiones.

Hace unos seis años como consecuencia de las mejoras de la Ley de Extranjería, comenzaron las reagrupaciones familiares con lo que aumentó considerablemente el número de población y aumentaron las dificultades para la atención, al tratarse de mujeres y niños que ampliaron el abanico de problemáticas y pusieron de manifiesto la necesidad de disponer de más recursos y relativamente adaptados a ellos.

Las principales patologías que suelen presentar diferenciadas por sexos y edades son:

- Los hombres: las relacionadas con las características del trabajo en el campo y las aportadas del país de origen.

- Las mujeres: sobre todo las referidas a la salud femenina y relacionadas con el escaso autocuidado que se prodigan.

Sus hábitos sanitarios y culturales les crean reticencias cuando necesitan ser atendidas por alguna de estas cuestiones.

- **Los niños:** Las referidas a la salud infantil en las que se descuida mayormente:

- * Alimentación e higiene (sobre todo en los bebés).

- * Inmunizaciones, preferentemente en los niños mayores que llegan reagrupados con sus madres.

- * Parasitosis.

- * Controles del niño sano.

- * Seguimiento inadecuado y escaso o nulo control de patologías crónicas, discapacidades y síndromes, así como de los tratamientos principales y complementarios.

En la mayoría de estos casos, salvo muy pocas excepciones, y sobre todo cuando se trata de niños reagrupados, se observa desinterés por mejorar la situación socio-sanitaria de los menores, ya que la principal preocupación de los padres es la subsistencia y las consiguientes mejoras de calidad de vida de sus hijos, como la educación, la salud o integración, son secundarias

Es de destacar que en estos casos es mayor el interés de los profesionales de todos los ámbitos que el de los padres y aún con insistencia y perseverancia se consiguen escasos resultados.

Se observa una mejora del interés en las parejas más jóvenes que tienen su primer hijo en España, a las que les cuesta menos adaptarse al cambio en las pautas de crianza, seguir el calendario vacunal y los controles del programa del niño sano.



5.-Experiencia de trabajo desde el Centro de salud de Talayuela.

5.1 Dificultades encontradas.

La atención de estos usuarios resulta más laboriosa que la del resto de la población principalmente por:

- Las características del colectivo en cuestión, tanto educativas como laborales y hábitos.
- El desconocimiento de su cultura, de la forma más adecuada de llegar a ellos y el desconocimiento de cuáles son sus intereses.
- La falta de medios adecuados, como un **traductor mediador intercultural definitivo**, de su etnia, conocido por ellos y del que aceptasen la información y **educadores sociales** que les ayudasen a poner en práctica lo aprendido.
- La escasa concienciación de los profesionales para atender a esta población de forma relativamente adaptada, agravada por la alta presión asistencial debido al incremento de población.
- Carencia de protocolos de atención y otras actividades a desarrollar que unificasen criterios y facilitasen la labor.
- Falta de apoyo y descoordinación de las administraciones local y autonómica, que no facilita la coordinación entre las instituciones implicadas.

5.2.-Posibles estrategias de mejora.

Estos obstáculos llevan a plantear la necesidad de trabajar con este colectivo de una forma más adaptada a sus necesidades teniendo en cuenta las siguientes premisas:

1. Adquirir mayor conocimiento sobre su cultura, con el fin de conocer sus prejuicios, creencias y mitos lo que permitirá un menor esfuerzo profesional para comprender mejor sus conductas y estimular más para iniciar proyectos que puedan generar algún cambio.

2. Mayor formación a los profesionales en la atención y educación al colectivo inmigrante sobre todo en la visión integral del proceso salud-enfermedad y en la coordinación con otros profesionales.

3. Disponer de medios adecuados para desarrollar las actividades, siendo imprescindible un **traductor / mediador intercultural** con formación específica en el campo sanitario, y opcionales o en coordinación con otras instituciones **los educadores sociales**.

4. Disponer de protocolos de atención adaptados a las necesidades socio-sanitarias del colectivo que se detecten.

5. Respetar y aprovechar aquellos conceptos y hábitos de su cultura que resulten saludables y ponerlos como ejemplo para incorporar los nuestros de este modo se creará menor resistencia al cambio y mayor estímulo para adquirir hábitos saludables.

6. Coordinarse adecuadamente con otras instituciones, servicios sociales, ONGS, asociaciones del propio colectivo, líderes comunitarios, e imanes de las mezquitas, porque nos facilitarán mucho el acercamiento y nos orientarán mejor sobre las estrategias más adecuadas para favorecer el cambio de hábitos.

8.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- La problemática social de inmigración, caracterización sociodemográfica: Estudio realizado por SUSANA CASTILLO, ANTROPÓLOGA SOCIAL de La Escuela Nacional de Salud.
- Ley orgánica 4/2.000 de Extranjería modificada por la Ley 8/ 2.000. Artc.12.
- Documentos remitidos desde la Gerencia de atención primaria de Plasencia con fecha 3-2-2.000 para dar conocimiento a todos los profesionales de las instrucciones para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros que se encuentren en España en aplicación de la ley mencionada en el apartado anterior.
- Situación socio-sanitaria de los inmigrantes de Talayuela y Experiencia en educación para la salud con el mismo colectivo: ponencias elaboradas por M^a ANTONIA MARTÍN MARTÍN, TRABAJADORA SOCIAL del Centro de salud de Talayuela.



MI EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA CON INMIGRANTES EN TALAYUELA (CÁCERES)

M^a Jesús Pascual Marcos.
Pediatra

Os contaré mi experiencia en este tema durante los 2 años (Mayo 2000- Agosto 2002) que estuve como único pediatra en el Centro de Salud de Talayuela, que engloba a Santa M^a de las Lomas, Tietar del Caudillo, Barquilla de Pinares y Pueblonuevo de Miramontes con una población censada datos del año 2002 de 11595, reconocida estadísticamente 10113, con tarjeta sanitaria 8293, y con 4672 inmigrantes, un **40,30%**. Lo primero que me encontré fue una población fantasma que no aparecía en ningún sitio a nivel administrativo, pero si en la consulta.

La mayoría procedían de la parte Este de Marruecos (frontera con Argelia), de 2 poblaciones OUJDA/TAOURIRT; una zona deprimida y olvidada por sus gobernantes y por tanto el nivel sociocultural era ínfimo en la mayoría de los casos; Ocasionalmente alguno procedía de la costa, de la capital del país (CASABLANCA) y la diferencia de nivel, trato y comunicación era abismal.

Llamaba la atención la existencia de carteles en el centro en árabe y español; evidentemente con una población inmigrante tan elevada era de esperar que eso fuese así y es algo que pasa a ser anecdótico cuando te adentras en la cruda realidad.

El problema de comunicación era grave y tan sólo a veces podíamos contar con un traductor; aún así la ausencia de un idioma común y los múltiples dialectos entre la población, el alto grado de analfabetismo que hace inviables las normas escritas, y la asistencia principal de mujeres (que ponían poco ó nada de su parte), hacían a veces imposible esta tarea; era la mayoría de las veces a través de los niños (mucho más adaptados, con más facilidad para aprender con rapidez y un gran interés (independientemente de la edad), los que hacían algo más llevadero el día a día.

El hecho de la religión, realmente era un problema menor, el islam no constituía ninguna barrera si uno lo conocía medianamente y respetaba ciertas normas, que no tenían porqué interferir en la relación. Era fundamentalmente un problema educacional, no religioso.

Generalmente venía el padre y posteriormente iba trayéndose a la familia. Venían con un visado especial de la embajada del consulado Español con permiso de entrada al estado ACUERDO SHENGUEN, y posteriormente solicitaban y comenzaban a tramitar el permiso de residencia. Generalmente eran monógamos

con alguna excepción de polígamos. La media de niños que traen era muy variable entre 3-7.

En nuestra zona trabajaban en agricultura, generalmente el hombre y ocasionalmente alguna mujer. Existía, a diferencia de otras zonas que reciben inmigrantes cierto grado de estabilidad geográfica de la familia, siendo el padre el que ocasionalmente viajaba hacia otros puntos de nuestro país en busca de un trabajo temporal.

Vivían hacinados varias familias en pequeños espacios y en condiciones higiénico-sanitarias muy precarias en la mayoría de los casos (política de ahorro).

El **primer contacto** con el sistema sanitario se iniciaba cuando acudían a por el certificado médico necesario para conseguir el permiso de residencia, era un trámite más. Acudía toda la familia ó al menos el padre con los hijos **sin cita previa**; (inicio del caos). De pronto te encontrabas además de la consulta a demanda y la programada, este extra.

Como necesitaban urgentemente conseguirlo a veces no esperaban y lo hacían a través de médicos privados con lo cual no eran captados en los momentos iniciales y es más tarde a través del colegio ó por otros motivos de consulta cuando de pronto te encuentras niños que llevaban ya años viviendo en Talayuela y no estaban registrados.

Inicialmente era el padre el que dirigía la situación, en actitud exigente y demandante; la madre estaba presente sin más y los niños se acercaban con miedo a lo desconocido; les asustaba esta nueva situación, no estaban acostumbrados a ir al médico salvo catástrofe y ninguno de ellos era capaz de entender el paso de una medicina de supervivencia como la que habían vivido a nuestra medicina preventiva.

En las primeras revisiones manifestaban un exceso de pudor y miedo, hecho que motivaba en nosotros el acercamiento lento y progresivo; de nada servía hablarles cariñosamente pues no entendían nada y el padre era un mal traductor, generalmente les reñía por la prisa, con lo cual no potenciaba para nada el acercamiento. Poco a poco el niño iba entendiendo que no se le iba a hacer daño y era mucho más fácil la exploración.

Posteriormente, pasado ese primer contacto y ya con los papeles en la mano el padre se desentendía y desaparecía de la escena. Era entonces la madre la que acudía a la consulta con los niños, aunque con poca



utilidad, no hablaba, decía no entender y se mantenía impasible ante cualquier situación; era ahí cuando los niños asumían su verdadero papel en la historia y eran la principal forma de contacto entre el sistema sanitario y la familia.

Posteriormente tras múltiples contactos e insistencias por nuestra parte, acababan en la mayoría de los casos acudiendo a sus citas programadas, vacunas y a demandas habituales. En mi experiencia, una vez conocían y participaban de nuestro sistema les gusta y son ellos mismos los que solicitaban sus revisiones. De la misma manera terminan consultando por las mismas cosas que los no inmigrantes.

Esta situación era más fácil y el periodo de adaptación más corto en aquellos que habían tenido algún hijo ya en nuestro país. Los nacidos aquí acudían al centro de salud por primera vez a las pruebas metabólicas y luego ya se incluían en las revisiones habituales.

Cada vez íbamos viendo que era mayor la concienciación del control del embarazo y aún con dificultades cada vez se iban obteniendo mejores seguimientos.

Algunas mujeres después de tener el primer hijo en España acudían a la consulta reclamando planificación familiar (Anticonceptivos...), a pesar de las directrices de su jerarquía religiosa.

Como en todas las religiones existía gente más ó menos practicante y como en todas las poblaciones gente más ó menos difícil de llevar.

Los problemas con los que más frecuentemente nos encontrábamos eran:

1. Retrasos pondero-estaturales de origen nutricional: en ocasiones muy severos, sobre todo en pacientes con patología de base (cardiópatas...)
2. Anemias multifactoriales, mayormente ferropénicas, a veces muy llamativas con cifras de hemoglobina entre 5-7mg/dl, que acudían a la consulta algunos remitidos por los profesores por dificultades en el colegio.
3. Infección tuberculosa manifestada por mantoux positivos.
4. Las Dermatitis eran muy frecuentes, sobre todo pieles muy secas y dermatitis atópicas. También como manifestación de parasitosis (fundamentalmente sarna). También con frecuencia dermatitis seborreicas en parpados y una alta frecuencia de chalazión de larga duración.
5. Fluorosis, caries.
6. Parasitosis: Piojos, sarna y giardiasis fundamentalmente.

7. Otitis crónicas supuradas recurrentes en las que había que descartar OC Colesteatomatosa por ser zona endémica la suya.
8. En ocasiones detección de patologías congénitas no diagnosticadas: cardiopatías benignas ó problemas articulares, incluso secuelas invalidantes de quemaduras debido a retracciones ó amputaciones

La **circuncisión** (TATHIR) era la práctica habitual en los que venían mayorcitos basándose en sus creencias religiosas, dado según la Biblia esa es la alianza entre Dios Abraham y el pueblo musulmán. Gn17, 1-27. Esto nos daba muchos quebraderos de cabeza, ya que cada vez la solicitaban con más insistencia y lo que hacíamos era remitirles al urólogo.

La **vacunación** que traían, aparte de no ser (porque algunos no la traían), de ser incompleta con respecto a la nuestra, y fundamentalmente por el **desconocimiento de su validez inmunológica**, ya que en muchos casos las vacunas las reparten sin un adecuado control de temperaturas (escasa fiabilidad de la cadena del frío) nos obligaba en la mayoría de los casos a reiniciarla. Hemos visto patologías como sarampión y parotiditis en niños supuestamente vacunados.

Normalmente venían vacunados con BCG; al ser considerados población de riesgo considerábamos **realizar quimioprofilaxis secundaria con isoniacida 6 meses en mantoux superior a 5mm, en paciente asintomático, con RX Tórax normal**. Generalmente lo realizábamos bajo visión directa, al menos hasta asegurar un adecuado cumplimiento (15 días- 1m); preferíamos la toma diaria para evitar los olvidos una vez que están en casa. Aún así en determinados casos era bastante complicado el seguimiento.

El comportamiento del niño ante la vacunación: era extraordinariamente correcto en la mayoría de los casos; resultando sorprendente ver como niños muy pequeños mantenían una actitud tranquila, a pesar de ser su primer contacto con el sistema sanitario y haber pasado por la realización de un Mantoux. Los niños mayores solicitaban un premio por haber sido valientes delante de sus hermanos y amigos.

Aunque dábamos normas generales y básicas de higiene, hacíamos desinfección de parásitos externos con Permetrina 1.5% en la mayoría y parásitos internos en quien lo precisase; así mismo los tratamientos con hierro ó vitaminas se hacían en función de la patología encontrada. Realizábamos analítica individualizada.

Desaconsejamos el unte con henna, aunque sabíamos que para ellos en un adorno y lo prohibíamos en los recién nacidos.

La **alimentación** se adecuaba a sus creencias religiosas sin olvidar unos correctos hábitos alimenticios



insistiendo en una alimentación variada con aporte de lácteos superior a 500cc/d. Se insistía en la lactancia materna, dado que en muchos casos el problema económico de las leches era un handicap y en la no introducción de leche de vaca al menos antes del año de vida por la relación de esta práctica con las anemias ferropénicas.

Insistíamos por el mismo motivo y por la fluorosis en no ingerir mucho te y dado que para ellos es un favorecedor de la digestión les proponíamos el uso de otras infusiones.

Las **dificultades en el colegio** eran las inherentes al problema del idioma fundamentalmente, aunque eran los niños los que antes resuelven este inconveniente.

Aunque existía una aparente buena integración en el mismo, yo recibía quejas directas de los padres de los niños no inmigrantes en cuanto a ciertos aspectos que si bien en algunos casos rayaban en el racismo, en otros casos sólo respondían a preocupaciones como que los conocimientos adquiridos eran menores en clases con niños marroquíes y en cuanto a las ventajas de estos sobre material escolar y otros si los comparábamos con

otros niños no marroquíes y con situación económica precaria, lo que creaba cierto malestar.

Hacíamos charlas en el colegio, donde manteníamos una relación muy directa y activa, y de las primeras a las últimas a parte de ver una mayor asistencia de inmigrantes, su participación era también más evidente.

Todo esto que visto así parece fácil ha sido una **labor ardua y difícil en el día a día** de un centro que integraba la atención primaria de niños habituales, una medicina puramente preventiva y esta población que demandaba ser atendida adecuadamente comenzando por principios que para nosotros eran obvios. La falta de medios, personal y tiempo hacían de esta atención integral una autentica pesadilla, aunque también hay que decir que afortunadamente el equipo que teníamos, con gente formada y dispuesta a trabajar, fundamentalmente el enfermero, el traductor y la asistente social han hecho posible que durante estos dos años mi experiencia haya sido muy positiva y gratificante en este sentido y me haya hecho cambiar con respecto a la opinión que podía tener de estas gentes.





VACUNACIONES EN NIÑOS DE FAMILIAS INMIGRANTES

Julián Báñez Gutiérrez

*Médico de Familia del CS Talayuela
Miembro del Consejo Asesor de Inmunizaciones de
Extremadura*

INTRODUCCIÓN

La vacunación universal ha sido una de las estrategias más efectivas en salud pública produciendo como resultado una disminución importante en la incidencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas, además de la erradicación de alguna como es el caso de la viruela y recientemente de la polio.

Para continuar con esta estrategia es necesario ampliar la vacunación sistemática a los niños de familias de inmigrantes procedentes de comunidades socioeconómicas deprimidas. En estos colectivos existe la posibilidad de presentación de casos de enfermedades susceptibles de vacunación e incluso de extensión al resto de la población, debido principalmente a:

- Un elevado porcentaje de inmigrantes se encuentra insuficientemente vacunado.
- Escasa cobertura vacunal existente en algunos países.
- Están expuestos a infecciones comunes ante las cuales la mayoría de la población autóctona se encuentra inmunizada.
- Su frecuente precariedad laboral y su movilidad geográfica son un obstáculo para su acceso a los servicios públicos sanitarios.

El objetivo es que estos niños alcancen el mismo nivel de inmunizaciones que los demás niños de nuestro medio según su edad.

INMIGRANTES EN TALAYUELA

Aunque existen dificultades para su cuantificación y las cifras varían continuamente, los datos oficiales del Padrón Municipal de Talayuela de Junio del 2003 nos informan que la población total es de 11.407 habitantes, de los cuales la población inmigrante es de 4.587. Esto significa que el 40% de la población de este pueblo es inmigrante siendo la nacionalidad marroquí la más numerosa con 4.278 habitantes, representando el 37% de la población. Otras nacionalidades numerosas, a larga distancia de la anterior, son la ecuatoriana (115 habitantes), argelina (42 habitantes), colombiana (33 habitantes) y senegalesa (33 habitantes).

Se debe de tener en cuenta que actualmente está aumentando el número de niños de familias inmigrantes

que nacen en este pueblo, concretamente en el Hospital Campo Arañuelo y que recibirán el mismo tipo de actuación que cualquier otro niño nacido en nuestra Comunidad Autónoma.

CALENDARIO VACUNAL

Las vacunas sistemáticas son las que están incluidas en el calendario vacunal de una comunidad y que se aplican a todos los niños nacidos en ella según una cronología y número de dosis determinadas. El programa de inmunizaciones sistemáticas tiene por objeto proteger a la población de un país o de un área geográfica contra las infecciones prevalentes en aquella zona, frente a las cuales se dispone de una vacuna inmunógena, eficaz y segura.

En nuestra Comunidad Autónoma según el Calendario Oficial se debe vacunar a todos los niños que nacen en nuestra Comunidad Autónoma, sin importar el país de procedencia de su familia.

Las vacunas son sensibles a las variaciones de temperatura y pueden alterarse al ser expuestas a variaciones de la misma. Hay que tenerlo en cuenta porque el éxito de una campaña de vacunación también depende de respetar la denominada cadena de frío; sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas que asegura su conservación en condiciones adecuadas de luz y temperatura, garantizando su inmunogenicidad, desde su salida del laboratorio fabricante hasta su administración al paciente.

NIÑOS INMIGRANTES NO INMUNIZADOS

En la práctica habitual podemos encontrarnos con dos situaciones en las que se considera que un niño inmigrante procedente de su país de origen no está inmunizado. En estos casos debemos iniciar el calendario del niño mal vacunado aprobado por el Consejo Asesor de inmunizaciones de Extremadura.

A- Ausencia de documento vacunal de su país de origen. La inexistencia de información veraz por escrito en estos niños no garantiza la administración ni posibilita el conocimiento de la vacuna administrada.



B- Niños con documento vacunal procedentes de países africanos. De ellos se desconoce su validez inmunológica y es incompleto respecto al nuestro. Para verificar estas afirmaciones analizaremos el calendario vacunal de Marruecos debido a que en todos estos países es muy similar y a que la mayoría de los inmigrantes de nuestro centro proceden de este país.

Calendario de vacunación de Marruecos desde el año 2000

Vacuna/edad	Nacimiento	6 semanas	10 semanas	14 semanas	9 meses
BCG	X				
Hepatitis B	X	X			X
VPO	X	X		X	X
DTP		X		X	X
Sarampión					X

- La vacuna de la hepatitis B se administra solamente desde el año 2000, este dato es importante recordar ya que los niños nacidos antes de esta fecha carecen de esta vacuna.
- La vacuna antisarampión administrada en estos países es monovalente y no aporta protección frente a la rubéola y la parotiditis. Además, se administra antes de los 12 meses y puede haber sido inactivada por los anticuerpos maternos transplacentarios, no debiendo tenerla en cuenta.
- Ningún niño ha recibido vacunas frente a Haemophilus influenzae B ni meningococo C.
- En muchos países las campañas de vacunación no dan cobertura a toda la población (dificultad de acceso a zonas rurales) y, aún así, cuando lo hacen las cadenas del frío se suelen romper con la consiguiente pérdida de potencia de la vacuna.
- Estos niños solo reciben 3 dosis de difteria-tétanos-tosferina sin dosis de refuerzo, lo que hace disminuir su eficacia.

Esta falta de garantías sobre la aplicación del calendario vacunal y las condiciones adecuadas de cada una de las vacunas crean dudas sobre la fiabilidad de la vacunación, recomendando que siempre que exista duda es preferible repetir la vacunación completa, dado el bajo riesgo que esto supone para un niño. Así lo haremos en todo niño procedente de países africanos y aplicaremos el calendario del niño mal vacunado aprobado por el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura. Debemos tener en cuenta que los posibles efectos de una sobredosificación son inferiores a los originados por una vacunación insuficiente en niños inmigrantes, sobre todo en una zona donde la población inmigrante supone el 40% del total.

Para su utilización en la practica diaria aplicamos este calendario con dos modificaciones con el objetivo de facilitar su cumplimiento.

La primera es la utilización de la vacuna DTPacelular en todos los niños de 1 a 7 años debido a que tiene una inmunogenicidad similar a la de células enteras pero presenta reacciones adversas con menor frecuencia.

La segunda es espaciar las vacunas previstas en la primera sesión administrando el mayor número de vacunas con la aplicación de dos pinchazos por visita (actualmente cuatro pinchazos). Es necesario crear un espacio positivo y de confianza para el niño inmigrante en la consulta de pediatría, ya que desde su llegada a nuestro país van los pinchazos encadenados: mantoux, analítica, vacunas. Esto puede llegar a producir un rechazo por miedo a un sistema sanitario que desconoce. En muchas ocasiones el niño inmigrante que sigue este calendario para su vacunación tiene un hermano nacido en nuestro país que sigue el calendario oficial, de forma simultanea, donde se aplican dos pinchazos por visita.

CALENDARIO DEL NIÑO MAL VACUNADO

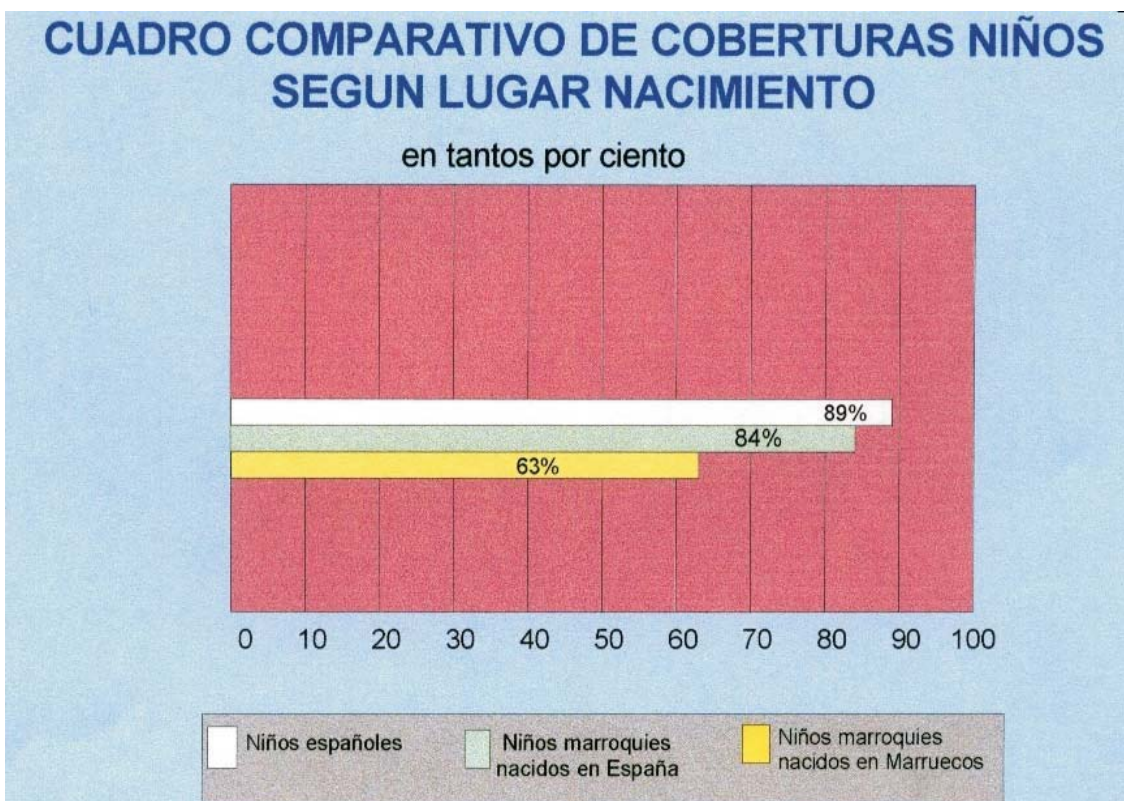
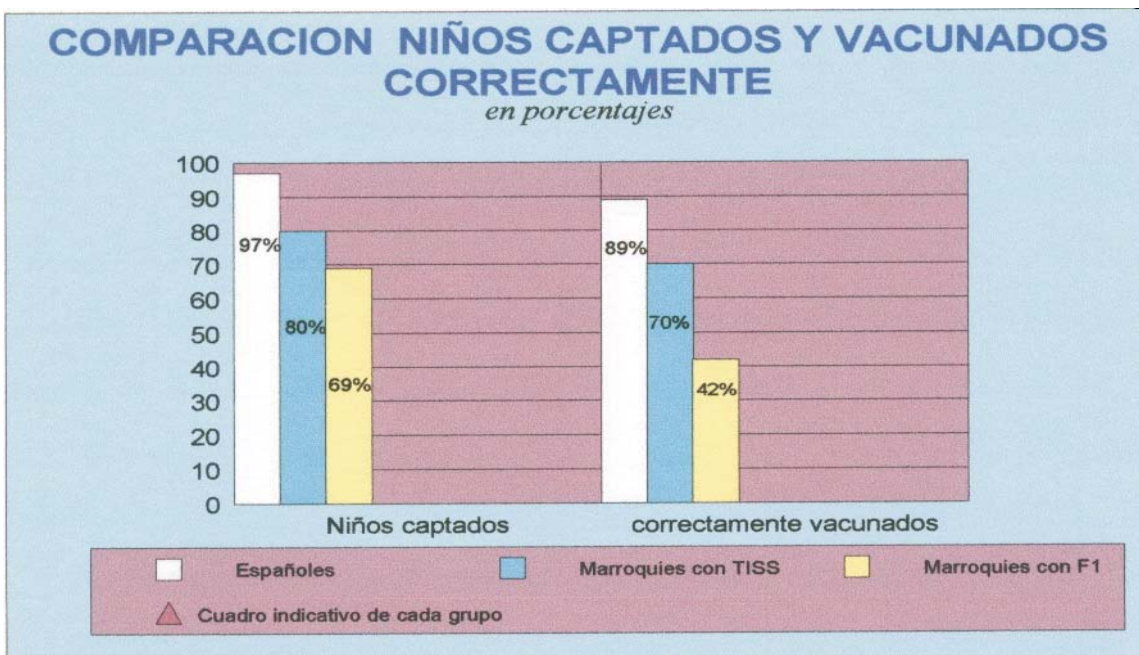
INICIAL	DTPa VPO Hib (<de 5 años) Meningitis C*	Td VPO Meningitis C*
Intervalo desde la Primera visita:		
1 MES	DTPa HB	TV HB
2 MESES	DTPa VPO Hib (en< 5 años si la 1ª dosis es en<15 meses) HB	Td VPO HB HB
3 MESES	TV	
8 MESES	DTPa VPO HB	Td VPO HB
4-6 AÑOS	DTPa (si 4ª dosis en<4 años) VPO (si 3ª dosis en<4 años) TV	TV
Cada 10 años a partir de la 3ª Dosis de difteria y tétanos	Td	Td

*MENINGITIS C: En niños entre 2 y 6 meses de edad, no vacunados, se administrarán tres dosis separadas por un intervalo de dos meses. En niños de 6 a 11 meses de edad, no vacunados, se administrarán dos dosis separadas por un intervalo de dos meses. En niños de un año o más, no vacunados, se administrará una sola dosis

En un estudio de cobertura vacunal de los niños marroquíes realizado en nuestra consulta de pediatría (Agosto 2002) se observó que la captación y la cobertura eran inferiores en estos niños respecto a los españoles. Se encontraron también diferencias entre los niños marroquíes, siendo superiores los porcentajes en niños con tarjeta sanitaria y niños nacidos en España, lo cual



indica la importancia que tiene la estabilidad geográfica y la educación sanitaria en el conocimiento y uso de nuestro sistema sanitario.



NIÑOS INMIGRANTES PARCIALMENTE INMUNIZADOS

Podemos encontrarlos con dos situaciones distintas donde se considera que el niño está parcialmente inmunizado, es decir, presenta una vacunación incompleta. En estos casos se consideran

como válidas las dosis de vacuna que figuren en la cartilla de vacunación, no siendo necesario volver a comenzar el ciclo de vacunaciones (dosis puesta, dosis válida).

A- NIÑO INMIGRANTE CON DOCUMENTO VACUNAL PROCEDENTE DE AMERICA LATINA.



Los documentos vacunales de estos países son fiables según los estudios serológicos realizados por ciertos autores y nuestra actuación consistirá en completar el calendario vacunal. Administraremos las vacunas que falten, dependiendo de la edad del niño, y luego seguir según la pauta del calendario oficial de nuestra comunidad.

Deberemos tener en cuenta que en estos países:

- La vacuna triple vírica fue incorporada a los calendarios desde el año 2000 cuando se celebró la IX Reunión del Cono Sur.
- Actualmente no utilizan la vacuna frente al meningococo C, por lo que será necesario administrarla en todos estos niños.
- Respecto al Haemophilus influenzae tipo B, ha sido introducido este tipo de vacunación formando parte de vacunas conjugadas en países como Uruguay, Chile, Argentina, Brasil, Colombia, Bolivia y Paraguay. Los niños menores de 5 años procedentes de países con ausencia de esta vacuna, como Ecuador, necesitarán recibirla.

B- INTERRUPCION O RETRASOS DE LA PAUTA VACUNAL

Esta situación puede aparecer como consecuencia de la movilidad geográfica que presenta esta población y porque todavía no están acostumbrados a un sistema sanitario de tipo preventivo, como el nuestro. Ocurre tanto en el calendario del recién nacido como en el calendario del niño mal vacunado; deberemos considerar como válida cualquier vacuna puesta si ha respetado, al menos, un intervalo mínimo de 1 mes entre dosis y sin tener en cuenta que hayan podido transcurrir largos periodos de tiempo entre dosis sucesivas, siendo suficiente continuar con las dosis pendientes según el calendario que seguía el niño.

En estos casos conviene saber el número de dosis que se necesitan para considerar a un niño correctamente vacunado, dependiendo de su edad.

VACUNAS	< 24 MESES	24 MESES-6 AÑOS	7-18 AÑOS
TRIPLE VÍRICA	1	2	2
TÉTANOS-DIFTERIA	4	4-5	3
TOSFERINA	4	4-5	
HIB	1-3 (1)	1-3 (1)	
POLIO	4	5	3
HEPATITIS B	3	3	3
MENINGITIS C	1-3 (2)	1	1

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

(2) < 6 meses: 3 dosis, 6-11 meses: 2 dosis, > 1 año: 1 dosis

Fuente: Guía Práctica de Vacunaciones de J.J. Picazo

El objetivo es que estos niños alcancen el mismo nivel de inmunizaciones que los demás niños de nuestro medio. En una zona como la nuestra donde la población inmigrante representa el 40% del total debemos esforzarnos en aumentar la cobertura vacunal de esta población para que no se produzcan descensos en la inmunidad colectiva de nuestra zona. Las vacunaciones además de una protección individual proporcionan una protección colectiva o comunitaria. Si el grupo se halla adecuadamente vacunado, la posible transmisión de la infección estará neutralizada y un individuo no vacunado estará indirectamente protegido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Vacunas en Pediatría. 2ª ed. Madrid: Litofinter, 2001.
2. Picazo JJ (ed). Guía Práctica de Vacunaciones. Madrid: Marco gráfico, S.L., 2002. URL disponible en: <http://www.vacunas.net>
3. Camping Martí M, Moraga Llop FA (eds). Vacunas 2002. Barcelona: Prous Science, 2002.
4. Barranco D. Calendario vacunal para inmigrantes. Vacunas 2002; 3 (Supl 2): 6-11.
5. Cortés Rico O, Real Rodríguez B, Montón Álvarez JL. Vacunación en niños inmigrantes.(fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2003).URL disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/vacunas.htm>
6. World Health Organization (OMS). Vaccines, Immunization and biologicals (fecha de consulta: 9 de Noviembre de 2003).URL disponible en: <http://www-nt.who.int/vaccines/GlobalSummary/Immunization/countryprofileresult.cfm>
7. Orejón de Luna G. Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003.Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p33-43.
8. Orejón de Luna G y Grupo de Trabajo de atención al Niño Inmigrante Área 11 de Atención Primaria Madrid. Atención al niño de origen extranjero. Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 299-326
9. Domínguez Carlos JL, Sánchez Rodríguez MA. Análisis de los aspectos vacunales de la población infantil marroquí en un centro de salud rural. VII Certamen Cacereño de investigación en Enfermería. Colegio oficial de Enfermería de Cáceres.
10. Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana de Madrid).(fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2003). URL disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/vacunas.htm>
11. Foros de preguntas y respuestas del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. URL disponible en: <http://www.aeped.es/vacunas/foros-cav.htm>
12. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. URL disponible en: <http://www.aeped.es/vacunas/index.htm>
13. Consejo asesor de Inmunizaciones de Extremadura, calendario vacunal de Extremadura 2003 y calendario del niño mal vacunado de Extremadura 2002.URL disponible en: <http://www.sanidadigital.org/paginas/programas/vacunas.htm>
14. Padrón municipal del Ayuntamiento de Talayuela con fecha de 26 de Junio 2003.



MEDIDAS EDUCATIVAS EN SALUD A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

José Luis Domínguez Carlos
 Enfermero de Pediatría del Centro de Salud
 de Talayuela

INTRODUCCIÓN:

A modo de introducción diremos que los trabajos publicados en relación a la inmigración aunque cada vez son más abundantes, son a todos luces insuficientes y los diversos profesionales adaptan sus protocolos y actuaciones dependiendo de la población inmigrante que mayoritariamente tratan en el día a día (opinión personal del autor), por lo que de alguna forma no se unifican los protocolos ni hay una base común de trabajo respecto a la vacunación a aplicar, por ejemplo, de las medidas educativas a llevar a cabo..., a esto se añade la constante variación de los aspectos que afectan a la inmigración (hace pocas fechas la propia Ley de Extranjería) que hacen que lo de hoy sea obsoleto para mañana.

Este modesto trabajo trata en primer lugar de expresar claramente que si la Educación Sanitaria es importante para la población en general, para la población inmigrante es vital puesto que nuestro sistema sanitario supone un cambio radical en la concepción de su propia salud y eso lleva tiempo y esfuerzo. Y en segundo lugar trata de dar algunas guías o pistas respecto a estrategias y medidas concretas educativas, de la población inmigrante pediátrica y especialmente de la más abundante en la zona de salud de Talayuela: la población marroquí. Quizá se llega a descender a lo más básico, pero hay que tener claro el punto de partida y el punto de llegada en este proceso.

DATOS DEMOGRÁFICOS DE TALAYUELA

Talayuela es una localidad situada al nordeste de Extremadura siendo el núcleo principal, pero dependiendo de ella se encuentran diversas poblaciones: Tiétar, Barquilla de Pinares, Pueblonuevo de Miramontes y Santa María. Además de numerosas fincas (más de 30), todas ellas en un radio de 30 Km, además, pertenece a la comarca del Campo Arañuelo.

No es fácil concretar datos en relación a aquellas poblaciones con mucha movilidad geográfica como la que nos encontramos, por lo que utilizamos diversas fuentes. Los datos de población teniendo como base el censo de población del 2001 y el padrón municipal son los siguientes (a junio del 2003):

- Población total perteneciente a la Comarca del Campo Arañuelo: 38.153.
- Inmigrantes: 6.246 (el 16% de la población del Campo Arañuelo es inmigrante).

- Inmigrantes Marroquíes: 5.634 (el 90% de los inmigrantes del Campo Arañuelo son marroquíes).
- Población total Talayuela: 11.407.
- Inmigrantes: 4.587 (el 40% de la población de Talayuela es Inmigrante).
- Inmigrantes Marroquíes: 4.278 (el 93% de los inmigrantes son marroquíes).

Como reflexión inicial visto estos primeros datos aparece Talayuela con dos características propias: la primera es que la mayoría de la población inmigrante de la Comarca del Campo Arañuelo se encuentra asentada en Talayuela y la segunda que esa población tiene un origen abrumadoramente marroquí.

Utilizando como fuente los datos recogidos del propio Centro de Salud, es decir, de la población que de alguna forma solicita hacer uso del sistema sanitario público, diremos que hemos dividido los datos en usuarios con tarjeta sanitaria y en usuarios con modelo F-1 (para personas sin recursos o para personas que solicitan la tarjeta sanitaria pero no procede entregársela por carecer de permiso de residencia o estar tramitándolo, es decir, que de alguna forma solicitan hacer uso del sistema sanitario público, correspondiéndole utilizarlo en las mismas condiciones que cualquier ciudadano español). Hago esta diferenciación porque los datos de los usuarios están recogidos así, aparte de que el tener un F-1 supone normalmente llevar menos tiempo en España y posiblemente población menos estable. Se da muchas veces la circunstancia de poseer la tarjeta sanitaria el padre (que lleva más tiempo) y la madre y los hijos recién llegados tienen el F-1 mientras arreglan el problema legal.

No todos los F-1 son inmigrantes marroquíes sino que también lo tienen persona sin recursos e inmigrantes de otros países, aunque el grueso del F-1 sean inmigrantes provenientes de Marruecos.

Población total de la Zona Básica de Salud de Talayuela: 10170

- con tarjeta sanitaria: 8478
- con modelo F-1: 1692

Inmigrantes marroquíes totales: 2993



-con tarjeta sanitaria: 1361

-con modelo F-1: 1632

POR LOCALIDADES:

	Con T.S.I	Con F-1	marroquíes TS	marroquíes F-1
TALAYUELA	5554	1207	1039	1170
TIETAR	991	52	72	52
STA MARIA	409	159	72	150
MIRAMONTES	959	74	103	70
BARQUILLA	565	200	75	190

En relación a los niños:

Niños totales de la Zona Básica de Salud de Talayuela: 1892

-con Tarjeta sanitaria: 1258

-con F-1: 634

Niños inmigrantes marroquíes de la Zona Básica de Salud de Talayuela: 903

-con tarjeta sanitaria: 289

-con F-1: 614

	Niños con T.S.	F-1	Inmig. Con T.S.	Inmig.con F-1
Talayuela-Stª Maria	1005	536	223	517
Tietar	32	14	13	14
Miramontes	139	25	25	23
Barquilla	82	65	28	60

Fuente: Centro de Salud, a junio 2003.

Por tanto, hemos expuesto datos de población de diversas fuentes, a modo de pinceladas para situarnos en el contexto donde se va a desarrollar el presente trabajo, no necesariamente implica una mayor profundización en la reflexión sobre dichos datos.

MEDIDAS EDUCATIVAS EN SALUD A LA POBLACIÓN INMIGRANTE.

Una vez expuestos los datos, es evidente que hay una población infantil inmigrante mayoritariamente de origen marroquí, pero ése no es el único motivo para centrarnos en las medidas educativas relativas a dicha población, sino que el segundo grupo mayoritario inmigrante (unos 15 niños) es de origen sudamericano para el que se aplica el mismo protocolo inicial, pero la respuesta y la integración en nuestro sistema sanitario es mucho más fácil y más breve, favorecidos por la cultura y el idioma común.

Las medidas educativas en salud van encaminada a adquirir hábitos higiénicos saludables para los niños marroquíes (sin descuidar la atención al resto de niños inmigrantes insistimos, aunque éstos no presentan tantos obstáculos iniciales), desterrando otros hábitos y costumbres arraigadas negativas.

Obstáculos a superar al principio:

La mayoría de la población marroquí proviene del Noreste de Marruecos (Oujda, Taourirt...), de una zona fronteriza con Argelia, zona muy deprimida y "olvidada

por sus gobernantes", por lo que nos encontramos unos obstáculos iniciales importantes, que son:

-Analfabetismo, incapacidad de leer normas escritas. Además de predominio de dialectos distintos del árabe clásico en la lengua hablada.

-Barrera idiomática importante en la familia, en el padre y sobre todo en la madre. Ausencia de traductor durante largos períodos de tiempo en el Centro de Salud. Con el tiempo ejercen los niños de traductores ("se prestan el niño-traductor entre familiares y vecinos", algo que debemos erradicar) con la dificultad añadida de entender conceptos sanitarios por parte de los niños.

-Desconocimiento de nuestro sistema sanitario. Vienen de un sistema de supervivencia ("acudo al médico si me siento enfermo") y deben adaptarse a un sistema de prevención como es el nuestro.

-Costumbres y hábitos sanitarios basados en una concepción errónea de la propia religión musulmana.

-Prioridad de la urgencia legal antes que la situación sanitaria del niño (solicitan certificado médico y tarjeta de vacunas como imprescindible, antes que los controles y revisiones del niño).

Medidas educativas concretas a la población inmigrante de origen marroquí (aparte de las que se explican a todas las madres):

Como primer consejo, es necesario que el profesional sanitario sepa entender que es necesario bajar a niveles de educación sanitaria muy básicos, que el proceso es a veces largo y poco satisfactorio pero que la respuesta final en la mayoría de los casos es muy gratificante.

• En el Recién Nacido:

-Realización de pruebas metabólicas, explicación de cómo deben ser enviadas y recogida de resultados posteriormente. Esto que puede parecer sencillo, en ocasiones supone un exhaustivo trabajo. Este momento es clave porque supone el primer contacto con nuestro Servicio de Pediatría, por lo que aparte de introducirles en el sistema para la primera revisión con los consejos en árabe o a través de traductor, también es importante incidir en la comprensión de acudir a las revisiones y en cumplir la vacunación como concepto necesario para que el niño se mantenga sano.

-Lactancia materna aproximadamente cada 3 horas, no siempre que lllore.

-Realizar la lactancia en un ambiente adecuado y tranquilo para el niño, no en cualquier momento ni en cualquier lugar.

-No utilizar productos como henna por la irritación que pueden producir en la piel delicada del bebé y por suponer un obstáculo que dificulta la visualización de cualquier problema en piel, sino utilizar cremas y aceite para niños.



-Cambio frecuente de pañales.

-Lavado diario a temperatura adecuada.

-Importancia de acudir a las revisiones aunque el niño esté bien.

-Que el niño es del padre y de la madre, su cuidado no es una tarea sólo de la madre.

-Utilización y explicación del funcionamiento del termómetro.

-Comprensión de los síntomas por los que debe acudir al médico.

• En el Lactante:

-Valorar como muy positiva la lactancia materna pero a veces no es suficiente, por lo que deben aprender a preparar biberones de forma higiénica y en proporción correcta. En el Corán se incide en que aunque “las madres deberán amamantar a sus hijos durante dos años completos..., no hay falta si ambos (progenitores) de común acuerdo, desean destetarlo” (Corán-Sura de la Vaca, versículo 231).

-La madre está exenta del ramadán durante el periodo de lactancia materna pudiendo recuperarlo si así lo quisiera “por el mismo número de días” (Corán Sura de la Vaca versículo 184). Si, aún así, no desea renunciar a realizar el ramadán, se valora poner lactancia mixta. Se insiste a la madre con lactancia materna (independientemente del mes de ramadán) que acuda para peso semanal y control alimentación.

-Utilización del termómetro y aprendizaje en control y valoración de la fiebre.

-No introducir leche de vaca hasta mínimo el año. Aunque parezca poco ortodoxo, es necesario aconsejar las leches adaptadas más baratas para evitar la tentación de introducir leche de vaca de forma prematura, por motivos estrictamente económicos.

-No poner cadenas, anillos u otros colgantes perjudiciales para el lactante.

-Explicar que la vacunación es muy importante, seguir el calendario indicado cumpliendo las fechas prescritas. Es conveniente intentar adaptar las fechas de vacunación si existen más hermanos para realizarlas los mismos días, si es posible.

-Introducción de alimentos, es necesario que entiendan que deben dejar un margen de seguridad entre la introducción de cada alimento y que sigan los consejos en ese sentido que se les indica a los padres. En aquellas ocasiones donde los progenitores presentan mayores dificultades de comprensión se cita en más ocasiones y se pasa a introducir alimentos de forma paulatina y sencilla, el esquema de introducción que se realiza en nuestro Centro de Salud es el siguiente (se entregan las normas por escrito a los padres en árabe/español):

-Lactancia hasta los 5 meses.

-A partir de los 5 meses cereales sin gluten.

-5 meses y medio: la tercera toma del día se sustituirá por un puré de verduras con pollo cocido y triturado, zumo de naranja natural unos días más tarde.

-6 meses: papilla de fruta para sustituir a la 4ª toma (pera, manzana, zumo de naranja, plátano), leche de continuación.

-7 meses: introducción del cordero y posteriormente ternera en puré mediodía.

-8 meses: cereales con gluten.

-10-11 meses: introducción del pescado blanco.

-11 meses y medio: introducción del huevo, primero media yema de huevo cocido triturado con el puré.

-12 meses: introducción del huevo entero en forma de tortilla francesa, yogur natural, introducción algo de pasta.

-15 meses: introducción de legumbres.

En relación a la alimentación es necesario educar en la introducción de alimentos con fidelidad a lo que se le indica, poniendo especial interés en la no introducción prematura del gluten, insistir en la variedad de la alimentación, alcanzar la cantidad al menos de 500 ml de lácteos adaptados, respetar el acto cultural-religioso de no tomar alimentos relacionados con el cerdo (Corán, Sura de la Vaca 172), retrasar la introducción de leche de vaca al menos hasta el año, y no dar alimentos dulces o salados, ni frutos secos.

Preescolar

-En cuanto a la alimentación, es importante insistir en realizar una alimentación variada y equilibrada (se dan consejos higiénicos-dietéticos en dialecto árabe anexo 1), prohibición de tomar té por su relación con la fluorosis y anemias ferropénicas, dando alternativa con la leche (lácteos 500-1000 ml/día).

-Higiene diaria del niño, utilización de cremas hidratantes y lavado del pelo con champú antiparásitos.

-Importancia que el niño acuda al colegio cuando por su edad corresponda.

-A los 2 años aconsejar el inicio en la higiene bucodental para cuando lo domine introducir la pasta en el cepillo.

-Continuación con la vacunación, e iniciación y cumplimiento de aquellos niños que se van incorporando al calendario del Niño Mal vacunado (Anexo 2). Es importante adaptar el calendario prescrito a la estrategia de realizar dos pinchazos por sesión, puesto que niños que prácticamente no han acudido al médico jamás, reciben en poco tiempo: analítica, mantoux, inicio de



vacunación..., aspecto que puede perjudicar al objetivo de captar y mantener al niño en los controles y revisiones.

Escolar

-*Seguir* insistiendo en los motivos patológicos por los que deben acudir al Centro de Salud.

-*Acudir* al Centro de Salud siempre acompañados de un adulto.

-*Importancia* de la vacunación, prohibiendo acudir los niños solos para recibir la vacunación.

-*Insistir* en la alimentación de acuerdo a la edad.

-*Prohibición* de realizar el ramadán por parte de los niños.

-*Insistir* en Consejos higiénicos-dietéticos.

-*Importancia* de acudir al Colegio.

-*Educación* en el conocimiento de la medicación prescrita, en su forma de administración y en las dosis a administrar, especialmente en tratamientos que puedan suponer la sobredosificación un riesgo importante, por lo que en ocasiones acuden al propio centro de salud en las primeras tomas para control y supervisión de la administración de medicación.

En definitiva, si se trata de conseguir avances en la educación sanitaria de la familia inmigrante, es necesario que el niño inmigrante (todos los niños claro) conciba la consulta de pediatría como un espacio agradable donde se le aprecie y se premie de alguna forma (son niños muy cariñosos y muy agradecidos) por su colaboración. Teniendo en cuenta que al llegar se realiza mantoux, analíticas y vacunación en un periodo de tiempo menor que cualquier niño, y que muchos de esos niños no han acudido a ninguna consulta en su vida salvo raras excepciones, es más que necesario que el niño se encuentre en un espacio positivo, ya que la consulta es un lugar físico que siempre supone rechazo por miedo a lo desconocido. Y en segundo lugar es importante que los padres comprendan que acudir a la Consulta de Pediatría no es un trámite legal ni de expedición de certificados sino de prevención, educación y cuidado de su hijo, un lugar donde se le ayuda a adquirir los hábitos suficientes para que su hijo crezca y se desarrolle de la mejor forma posible.

Como medios de captación del niño se utilizan los siguientes:

-**Niño de origen marroquí nacido en España:** al realizar las Pruebas metabólicas al 5º día, se le abre la historia y se le cita a revisiones y a vacunaciones. (Hay un proceso educativo anterior donde los padres han sido concienciados durante el embarazo, hospitalización y el parto aunque todavía se dan embarazos no controlados y partos domiciliarios).

-**Niño de origen marroquí procedente de Marruecos:** el padre acude con el niño al centro de salud

para que le extiendan el certificado médico (requisito legal) y la tarjeta de vacunaciones (requisito educativo), captando en ese momento al niño para revisiones, controles, analíticas y demás pruebas complementarias, así como se cita para iniciar la vacunación y posterior cumplimiento. De abandonar los controles y revisiones, se localiza en el Colegio e Instituto. También a través de estos centros se remite al centro de salud a aquellos niños que han presentado certificados no extendidos por los pediatras del centro de salud de talayuela, para proceder a captar al niño.

ANEXOS

ANEXO I: NORMAS EDUCATIVAS

NORMAS GENERALES:

-Baño diario con agua y jabón (gel).

-Lavado del pelo 1 vez a la semana con filvit champú y otras dos veces más con champú de niños.

-Cambiar frecuentemente de pañal a los más pequeños y vigilar irritación en la zona del culito.

-Siempre estará muy limpio. Se lavará los dientes con pasta de niños después de las comidas.

Alimentación:

Su hijo no debe tomar té.

Desayuno: un vaso de leche y cacao con galletas o cereales o tostadas.

Media mañana: zumo o yogur.

Comida:

.primer plato: pasta 2 veces en semana, arroz 2 veces en semana, legumbres 2 veces en semana, verdura 1 vez en semana.

.segundo plato: carne (pollo, cordero, ternera) 3-4 veces por semana y pescado (lenguado, gallo, merluza, sardinas) 3 veces por semana.

.Postre: fruta.

Merienda: pan con chocolate, pan con queso, yogures y fruta.

Cena:

.primer plato: sopa, verdura o tortilla francesa, 2-3 veces por semana.

.segundo plato: salchillas de pollo, croquetas, queso fresco, palitos de merluza.

.Postre: yogur.

Todos los días su hijo tiene que comer alimentos de todos los grupos para crecer sano, aunque sea poca cantidad. Deberá tomar medio litro de lácteos (queso, yogur, leche) al día.



Mientras su hijo sea menor de un año atenderá a nuestros consejos y no le dará leche de vaca. Le recomendamos una leche adaptada algo más barata _____ hasta el 6º mes y _____ desde los 6-12 meses que podrá encontrar en la farmacia. Si tiene algún problema, nos lo comunicará.

Le ofrecerán agua en los días de mucho calor.

No le expondrá a altas temperaturas.

Su hijo deberá acudir al colegio y ustedes estarán pendientes de que asista así como de si tiene algún problema para adaptarse. Nosotros le ayudaremos.

Durante el tiempo que esté fuera del colegio le vigilarán de cerca, evitando peligros (coches, agua, fuego...). Nunca dejará a su hijo sólo en la calle.

Enseñarán a nadar a su hijo en cuanto les sea posible.

Vigilarán que su hijo no tenga fiebre (comprarán un termómetro), que no vomite ni tenga diarrea, que respire bien ó que le noten algo que no sea normal. En ese caso acudirán al médico, si es posible pidiendo cita en el centro de salud a primera hora de la mañana.

Los niños deben acudir al médico siempre acompañados de una persona mayor.

En la primera visita nosotros le indicaremos el calendario vacunal que va a seguir y le haremos algunas pruebas para poder darles el certificado médico, además de una exploración para ver como están. Díganles a sus hijos que no les haremos daño.

Al principio tendrán que venir al centro a menudo y cuando todo esté correcto, vendrán como el resto de los niños a sus revisiones, sus vacunas y siempre que estén enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- Protocolos de alimentación del lactante sano, alimentación del preescolar y escolar de la Asociación Española de Pediatría. www.aeped.es.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Pediatría e Inmigración. www.aepap.org/inmigante/index.htm.
- Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. www.spapex.org/spapex/
- El Noble Corán y su traducción comentario en lengua española. Abdelghani Melara. Editado por el Ministerio de Asuntos Islámicos..., dependiente del Complejo del Rey Fahd.
- Entendiendo el Islam y a los Musulmanes. Departamento de Asuntos Islámicos de la Embajada de Arabia Saudita. Washington, D.C.20037.
- La Atención al Inmigrante: Del aluvión a la Solución razonable. Elena Gámez y José Pelayo y varios. www.semfyec.es.
- <http://www.sanidadigital.org/paginas/programas/vacunas/asesores.htm> (Consejo de Inmunizaciones Extremadura).
- Análisis de los aspectos vacunales de la población infantil marroquí en un centro de salud rural. María Angustia Sánchez Rodríguez y José L. Domínguez Carlos. Ganador VII Certamen de Investigación en Enfermería del Colegio de Enfermería de Cáceres.

ANEXO 2: CALENDARIO NIÑO MALVACUNADO DEL CONSEJO ASESOR DE INMUNIZACIONES DE EXTREMADURA

VISITAS	EDAD 1-7 AÑOS	EDAD: > 7 AÑOS
Inicial	DTP(DTPa en >2 años) VPO Hib (< de 5 años HB Triple vírica Meningitis C	Td VPO HB Triple vírica Meningitis C
Intervalos desde la 1ª visita		
1 mes	DTP (DTPa en >2 años) HB	
2 meses	DTP (DTPa en >2 años) VPO Hib (en < 5 años, si 1ª dosis en menor de 15 meses)	Td VPO HB
8 meses	DTP (DTPa en >2 años) VPO HB	
8-14 meses	Td VPO HB	
4-6 años	DTPa VPO (si 3ª dosis en <4 años)	

VISITAS	EDAD 1-7 AÑOS	EDAD>7 AÑOS
Intervalos desde la Primera visita		
11-12 años	Triple vírica	Triple vírica
Cada 10 años, a partir de la 3ª dosis	Td	Td
Td		

MENINGITIS C: En niños entre 2 y 6 meses de edad, no vacunados, se administrarán tres dosis, separadas por un intervalo de dos meses.

En niños de 6 a 11 meses de edad, no vacunados, se administrarán dos dosis separadas por un intervalo de dos meses.

En niños de un año o más, no vacunados, se administrará una sola dosis.