

# PROTOCOLO RESUMIDO PARA EL NIÑO INMIGRANTE

## 1-Exploraciones comunes:

Fecha de nacimiento y nombre correcto

Origen, viaje e itinerario

Enfermedades previas

Tratamiento y profilaxis recibidas

Alimentación habitual

Calendario vacunal básico de la OMS y vacunas extraordinarias.

Exploración Física detenida en busca de patología tropical.

Adaptación psicosocial, escolar y familiar

## 2- Pruebas complementarias

### Pruebas complementarias generales

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

## **Pruebas complementarias para casos específicos**

- Urocultivo
- Coprocultivo
- Niveles de plomo en sangre si anemia refractaria a hierro o con pica y retraso del neurodesarrollo.
- Función tiroidea T4 total, T4 libre y TSH en > de 6 meses con retraso físico o de desarrollo o macrocefalia.
- Investigación de Plasmodium si fiebre sin foco, anemia, esplenomegalia y viene de Africa, Asia o Latinoamérica
- Investigación de CMV, serología de Toxoplasmosis y Rubeola si sospecha de enfermedad congénita o adenopatías
- Serología de enfermedad Chagas si viene de zona endémica y madre con serología positiva o desconocida
- Serologías infecciones inmunoprevenibles
- Si eosinofilia, valorar:
  - Parásitos en orina
  - Microfilarias en sangre periférica/biopsia de piel

## **3- Criterios de derivación a una unidad de pediatría de la inmigración y/o a especialidades pediátricas.**

- Estudio y diagnóstico por sospecha de patologías concretas: filarias, esquistosomas etc.
- Sintomatología de causa no aclarada: pérdida de peso, tos o diarrea prolongadas, etc.
- Fiebre y sospecha de malaria.
- Sospecha de tuberculosis.
- Linfadenopatías locales o generalizadas y visceromegalias en abdomen.
- Neuropatía sensitiva o motora.
- Crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Hematuria.
- Anemia o eosinofilia importantes de causa no clara.
- Necesidad de tratamientos antiparasitarios específicos.

## 4- Patologías y problemas más frecuentes

- Calendario vacunal defectuoso
- Malnutrición / Anemia ( ferropénica, drepanocítica, G6PDH)
- Enfermedades infecciosas
  - Parasitación intestinal/ otros parásitos
  - Paludismo
  - TBC
  - HVB
  - Otras patologías: Lues, CMV (frecuentemente infección crónica asociada a malnutrición) VIH (investigar transfusiones), HVC, Escabiosis, dermatitis, Molluscum, ITU, ITR, etc
- Enfermedades genéticas
- Problemas psicosociales

### Malnutrición

Para valorar el estado nutricional y los datos auxológicos de los niños inmigrantes se recomienda utilizar las tablas del país de acogida y utilizar los índices de valoración de malnutrición.

### Enfermedades infecciosas

#### Parasitación intestinal en niños inmigrantes

- Es la patología más frecuente (más del 70%)
- La recogida de heces alternas y repetidas aumenta la rentabilidad diagnóstica.
- Recordar que pese a ser infecciones de tratamiento obligado, no siempre se acompañan de clínica
- Es importante diferenciar gérmenes patógenos de saprofitosy tener en cuenta que puede haber más de un germen patógeno en la misma muestra.
- Es necesario un manejo terapéutico adecuado, y conocer los tratamientos de primera elección y alternativos.

Clasificación de los parásitos que más frecuentemente causan patología en los niños inmigrantes a nuestro medio:

- 1-Protozoos intestinales: Amebas  
Giardia Lamblia

2-Helminetos: -Nematodos: Ascaris, Trichuris, Strongyloides, Filarias, Ancylostoma y Necator Americanus.

-Cestodos: Hymenoleptis Nana, Tenia.

-Trematodos: Esquistosoma.

### **Tuberculosis en niños inmigrantes**

- Es obligado realizar PPD a todos los niños inmigrantes por la gran prevalencia aunque estén vacunados.
- Existen con frecuencia falsos negativos por: malnutrición, infecciones virales, bacterianas y parasitarias y por vacunas de virus vivos hasta dos meses después.
- Es necesario repetir PPD tras normalizar el cuadro.
- Persiste el riesgo aumentado de TBC de su país de origen al menos 2 años y posiblemente 5 años después de la inmigración. Habitualmente el foco suele ser otro inmigrante adulto.

### **Interpretación de PPD en niños inmigrantes**

- Si contacto sospechoso o clínica o radiología sugestivas considerar positivo si es mayor de 5 mm (obviando BCG).
- Si PPD rutinario, considerar positivo si mayor de 10 mm (con o sin BCG)
- Manejo igual que en nuestro medio
- Muy útil conocer la Resistencia a fármacos en el país de origen.

### **Hepatitis por virus de la Hepatitis B**

- Mayor prevalencia que en nuestro medio
- Con mucha frecuencia transmisión vertical, por tanto con mayor predisposición a cronificar la infección.
- La edad de adquisición es más temprana y conlleva el riesgo de portadores crónicos en colectivos
- No siempre están inmunizados, a veces se infectan antes de inmunizarse, genéticamente la vacuna puede ser menos efectiva en algunas razas como la raza negra.

### **Paludismo**

- El cuadro clínico de diaforesis y fiebre alta que, dependiendo de la especie, será a días alternos o cada 3 días. Otros síntomas son vómitos, náuseas, diarrea, anemia grave, hipoglucemia, paludismo cerebral, insuficiencia respiratoria, ictericia, hepato y esplenomegalia.

- Los menores de 1 año suelen tener inmunidad adquirida de la madre y los mayores de 5 años inmunidad ambiental que se pierde al año o 2 años de vivir en zona no endémica.
- El retraso en el diagnóstico es la principal causa de mortalidad en la malaria importada, siendo ésta todavía alta (3,8% en una serie americana).
- Es importante insistir en la importancia del correcto consejo al niño viajero con especial atención al colectivo de hijos de inmigrantes nacidos en nuestra Comunidad.  
El tratamiento será hospitalario.

## **Enfermedades genéticas**

### **Drepanocitosis o enfermedad de células falciformes**

- Es una anemia hemolítica crónica muy frecuente en raza negra y que afecta a más del 40% de algunas poblaciones del continente africano y al 10% de la población americana.
- Tratamiento: hay una pauta uniforme para todos los centros de hematología pediátrica del Estado español. Se tratan las complicaciones, la anemia y las infecciones. Actualmente se utiliza también trasplante de células hematopoyéticas de los progenitores y la esperanza es la terapia génica.
- Es obligatorio registrar anualmente cualquier caso de drepanocitosis en todas sus formas en el censo nacional de drepanocitosis.

### **Talasemias**

- Trastornos hereditarios de gravedad variable causados por la producción defectuosa de hemoglobina que conllevan una disminución en la producción y un aumento en la destrucción de glóbulos rojos y por lo tanto una anemia hipocroma.  
Los genes se hallan muy difundidos y se cree que son las enfermedades genéticas más prevalentes.
- Hay dos tipos de talasemias – la alfa y la beta- y dentro de ellas diversas variantes genéticas.
- Tratamiento: transfusiones de hematíes concentrados cada 3 ó 4 semanas destinadas a mantener el nivel de hemoglobina cerca de 10g/dl.

Actualmente se realiza trasplante de médula con los riesgos concomitantes.

### **Déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa**

- Es una enfermedad metabólica recesiva ligada al cromosoma X que afecta con diversa gravedad a más de 200 millones de personas en el mundo.
- El déficit de G-6-FD es responsable de dos tipos de anemia hemolítica, una forma episódica inducida por fármacos como antimaláricos, sulfonamidas, aspirina, AINES, nitrofurantoína, paracetamol, quinina, quinidina, alimentos como las habas o infecciones y una forma espontánea.
- La forma clásica aparece a las 24-48 horas de la ingesta del desencadenante con síntomas de hemólisis como ictericia, hemoglobinuria, anemia, etc
- No hay tratamiento salvo las transfusiones en caso de que no haya recuperación espontánea en la crisis y la prevención estudiando siempre que sea posible a las razas más afectadas y evitando los desencadenantes.