

SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO INMIGRANTE**AUTOR**

Ana Porras González, Beatriz Morillo Gutiérrez
Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ponencia presentada a la Mesa Redonda PATOLOGÍA EMERGENTE, en la XCIV Reunión Científica de la SPAOE, Córdoba, enero de 2008.

RESUMEN

En los últimos años se ha venido produciendo un aumento de la población inmigrante en España. En este artículo revisamos las características tanto sociales como de salud de este grupo poblacional, que el pediatra debe conocer para poder prestar una adecuada atención sanitaria.

Centramos nuestra atención en las particularidades en el manejo del niño inmigrante con síndrome febril, ante el cual nuestra actuación, si bien en base similar a la de las guías generales, debe tener en cuenta ciertos aspectos específicos. Igualmente revisamos las enfermedades importadas de mayor relevancia actualmente, así como las implicaciones en el orden de la salud poblacional.

PALABRAS CLAVE

Niño inmigrante, fiebre.

SUMMARY

Immigrant population has increased significantly in Spain in recent years. In this article we revise some of the the social and health peculiarities of this population group, which are aspects the pediatrician should be aware of in order to provide an adequate health care. We focus on particularities in the management of the immigrant child with fever, which, although similar on the basis to general guides, requires taking some specific aspects into consideration. We also revise the most important imported diseases nowadays, as well as its implications on Health population.

KEY WORDS

Immigrant child, fever.

GENERALIDADES

España, un país de amplia tradición migratoria, está viviendo desde los años 80 (y especialmente desde los 90) un aumento exponencial de la población inmigrante. Actualmente, y teniendo en cuenta los datos oficiales, que infraestiman la situación al no contabilizar a la población en situación ilegal, se calcula que el 10% de la población residente en nuestro país es de origen extranjero.

Al tratarse en su mayoría de población joven, en edad productiva y fértil, este hecho ha traído consigo un rejuvenecimiento de la población española y un aumento en los índices de natalidad, con el consiguiente incremento del porcentaje de la población inmigrante en las escuelas (5% en Andalucía; 2,5% en Extremadura, datos de Ministerio de Educación y Ciencia).

En cuanto al origen de esta población, y obviando el mayor flujo de inmigrantes, representado por ciudadanos procedentes de países desarrollados, en su mayoría pertenecientes a la UE, el país individual con mayor número de inmigrantes es Marruecos, liderando Latinoamérica por continentes (figura 1). Cabe reseñar el importante aumento de población de Europa del Este en los últimos años.

Figura 1: Procedencia población inmigrante en España (Datos procedentes de la Secretaría de Inmigración).

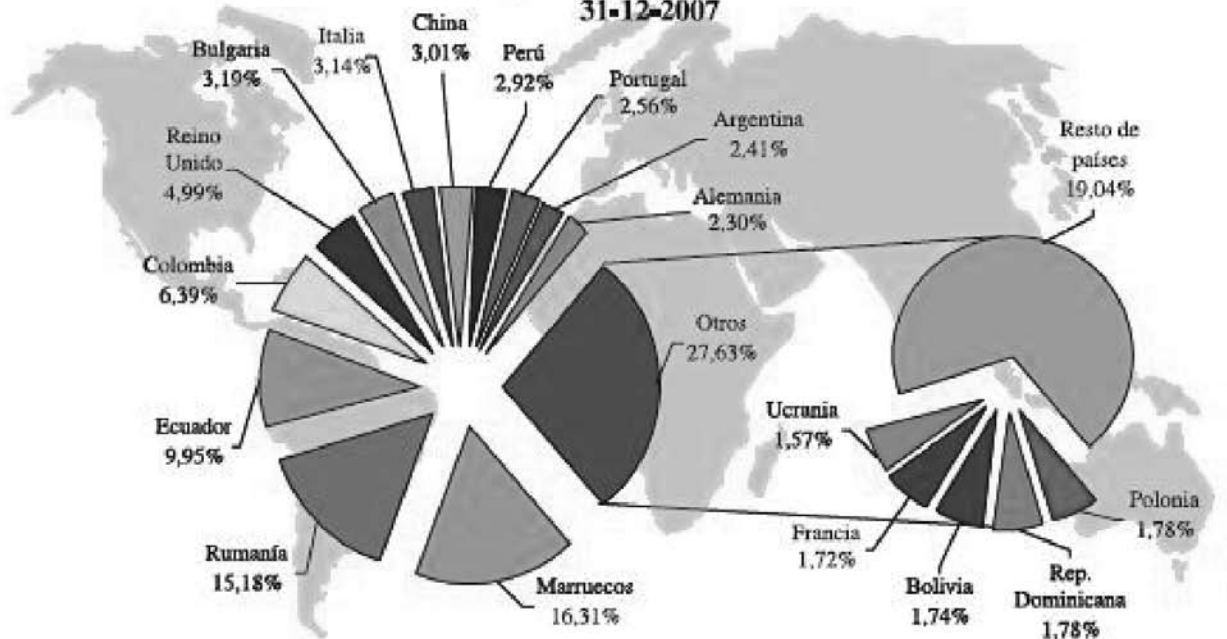
La situación dentro del marco de la Seguridad Social es variable según CCAA. A nivel nacional a toda persona en situación administrativa legal se le reconocen los mismos derechos sanitarios y de beneficio social; en el caso de aquellas personas que no lo están, se garantiza su atención en situación de urgencia, accidente o maternidad. Para este último colectivo, tanto en el caso de Andalucía como en el de Extremadura existe un Convenio entre la Consejería de Salud y diversas ONGs que garantiza su atención sanitaria en igualdad al resto de ciudadanos.

SITUACIÓN SOCIAL Y SANITARIA
Al tratarse de población inmigrante en su gran mayoría procedente de países con bajos recursos económicos, hablamos de una población que ha de integrarse en una sociedad con unas características organizativas y sociales marcadamente diferentes a las de origen, y en muchos casos con una lengua por completo desconocida. Estos hechos, unidos a su situación laboral y económica (se trata de personas con especial dificultad a la hora de pedir créditos o solicitar alquileres de viviendas), propician su permanencia en situación de exclusión social.

SITUACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

Existen pocos datos que nos orienten acerca de la situación de salud en la que se encuentra ese colectivo, dado que no existen registros oficiales en los que se recoja la variable "nacionalidad". Sin embargo, dis-

**Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor según nacionalidad.
31-12-2007**



51

ponemos de datos locales que parecen indicar que se trata de una población por lo general sana, cuyos principales problemas sanitarios están representados por las enfermedades reactivas y de base social, especialmente en el ámbito de la Salud Mental.

Por otra parte, sus peculiaridades sociales (con un diferente concepto de la salud y la enfermedad y una peor comprensión de las funciones de la prevención y la atención primaria), unidas a su desconocimiento del funcionamiento de nuestro sistema sanitario y a su frecuente cambio de domicilio, van a llevarles a un uso no adecuado del mismo, con una sobrefrecuentación en Urgencias.

Sin embargo, y a pesar de estos datos, estudios locales realizados en nuestro país (especialmente en la Comunidad de Madrid) nos indican que con adecuados programas dirigidos al colectivo inmigrante, que atiendan sus peculiaridades idiomáticas y culturales, se consigue su adecuada inserción en el sistema sanitario.

SALUD EN EL NIÑO INMIGRANTE

Entendemos por niño inmigrante “aquél 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 periodos de tiempo para tratamiento médico, de paso por nuestro país o en programas estatales” (Pediatrics, 1997).

La repercusión de esta situación social descrita en la población infantil (exceptuando la adopción internacional), se traduce en una mayor vivencia de situaciones de desestructuración familiar, pobreza y en la peor situación higiénico-sanitaria (especialmente referida a la vivienda).

Se trata de niños que con mayor frecuencia va a sufrir accidentes domésticos e intoxicaciones, al pasar más tiempo en el domicilio sin supervisión paterna. En la adolescencia, los datos nos hablan de un mayor porcentaje de prostitución e IVE. Sin embargo, el dato positivo nos lo da la gran capacidad que presenta la población infantil para la integración social en comparación a sus padres.

PATOLOGÍA DEL NIÑO INMIGRANTE

A la hora de valorar al niño inmigrante, lo primero que hemos de considerar es el periodo de estancia en el país receptor en el que se encuentre. De este modo podemos distinguir:

- Periodo inmediato (“recién llegado”): aquél en el cual se van a mostrar la mayor parte de las

Zona de origen	Enfermedades asociadas
Latinoamérica	Enfermedad de Chagas, leishmaniasis, parásitos
Asia	VHB, malaria, parásitos, leishmaniasis, VIH
Europa del Este	VHB, VIH
África Norte	Hepatitis virales, tracoma
África Subsahariana	Filariasis, leishmaniasis, malaria, tracoma, parasitos
Oriente Medio	Parásitos

enfermedades de origen importado, tanto del país de origen como de los posibles países de tránsito.

-Periodo de adaptación al país receptor: con patología predominante de orden social.

-Periodo de estabilización: en el cual la aproximación diagnóstica no va a diferir a grandes rasgos de la del paciente autóctono.

Dos situaciones van a merecer una consideración aparte, como son:

-La visita a los países de origen: en el caso de los niños, representan un especial riesgo de contraer enfermedades tropicales, dadas su ausencia de inmunidad natural, artificial (por falta de concepción del riesgo por parte de sus familiares) y estancia en zonas por lo general deprimidas, con malas condiciones higiénico-sanitarias.

-Adopción internacional: en este caso, no existiría periodo de adaptación, ni las peculiaridades sociales mencionadas anteriormente, ya que por lo general se trata de familias estructuradas y con un concepto idealizado de la paternidad, lo cual suele llevar a una sobreprotección filial.

Dentro de la patología específica, al igual que en toda la población pediátrica, cobran especial relevancia las enfermedades infecciosas (50-75%), con la peculiaridad de que en el caso de las enfermedades importadas hasta el 50% van a ser asintomáticas, descubriéndose en análisis rutinarios.

Tabla 1: Enfermedades prevalentes según origen

SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO INMIGRANTE GENERALIDADES.

Se entiende por fiebre el aumento de la temperatura rectal por encima de los 38°C, tratándose de un signo que puede estar en relación con distintas etiologías, como son: infecciosa (predominantemente), neoplásica, conectivopatías y otras menos frecuentes (enfermedad inflamatoria intestinal, fármacos, facticia...).

Como ya se ha comentado, a la hora de realizar una aproximación diagnóstica al niño inmigrante con fiebre, hemos de considerar la etapa cronológica en la que se encuentra. Así, disponemos de tablas que nos indican las enfermedades importadas más prevalentes según país de origen (tabla 1), así como el tiempo de incubación de cada una de ellas.

Se considera que pasado el año de residencia la incidencia de enfermedades importadas prácticamente desaparece (salvo excepciones como la Enf. Chagas, la esquistosomiasis, estrongiloidosis y algunas formas de paludismo).

De forma general, dentro de éstas van a ser las más prevalentes la TBC y la malaria. En el caso de las emergencias febriles, habremos de considerar la malaria grave, las meningococcemias (por serotipos que pueden ser diferentes a los nuestros) y las fiebres hemorrágicas.

Sin embargo, no debemos olvidar que en todo momento las enfermedades más prevalentes en estos niños van a ser las propias del país receptor, patologías que van a presentar en ellos una mayor incidencia dadas su especial situación social y vacunal.

HISTORIA CLÍNICA

Habrà de ser especialmente detallada, y haciendo hincapié en ciertos aspectos, como son, dentro de cada apartado:

- AP: antecedentes perinatales, enfermedades tropicales y estado vacunal (no válido en caso de no aporta cartilla oficial).
- AF: enfermedades recientes y síntomas actuales en convivientes.
- Edad, lugar de procedencia y de estancia intermedia. Tiempo de estancia en el país receptor.
- Características de la fiebre: progresiva (TBC, brucelosis, fiebre tifoidea...), brusca (paludismo, enfermedades virales y piógenas...) y las terciana y cuartana características del paludismo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Igualmente exhaustiva, prestando atención a los signos característicos de las enfermedades importadas. A modo de orientación:

Parámetros generales

- Estado nutricional (es frecuente encontrar signos derivados de la carencia de proteínas y/o vitaminas y minerales).
- Somatometría
 - Microcefalia (obliga a descartar toxoplasma, sífilis o rubéola congénitas)
- Fontanela
- TA
- Piel y mucosas
 - Impétigo (especialmente en condiciones de hacinamiento o insalubridad).
 - Dermatofitosis (especialmente frecuentes).
 - Escara de la vacuna BCG en región deltoidea (determinante a la hora de valorar el Mantoux).
 - Exantemas (enfermedades virales exantemáticas –sarampión-, fiebre tifoidea, rickettsiosis, esquistosomiasis, fiebre recurrente, fiebres virales hemorrágicas)
 - Palidez (anemia de leishmaniasis, paludismo)
 - Linfedemas (filariasis).

- Nódulos cutáneos en cresta ilíaca, sacro, trocánteres y meseta tibial si el niño viene de una región endémica de oncocercosis.

- Adenopatías: zonas inguinal y posterocervical
- Linfomas, esquistosomiasis, TBC, filariosis, lepra, lúes, SIDA, peste, leishmaniasis, Whipple.
- Posterocervicales (Signo de Winterbottom: Tripanosomiasis)
- Boca y dentición: representando uno de los principales problemas de salud en esta población.
- Ojos: especialmente los prematuros y los provenientes de zonas con alta incidencia de tracoma, triquinosis u oncocercosis.
- Búsqueda de déficits en la agudeza visual y estrabismos.
- Conjuntivitis por *Trichinella spiralis* o *Chlamydia trachomatis*.
- Retinopatías (oncocercosis)
- Oídos
- Exploración cardiorrespiratoria. soplos compensatorios de un estado anémico (paludismo, hemoglobinopatías), estertores en un cuadro de asma atípico o pulsos periféricos alterados.
- Abdomen
- Palpación de visceromegalias (leishmaniasis, paludismo, enfermedad de Chagas, anemias, neoplasias)
- Dolor abdominal (tener siempre presente la alta prevalencia de parasitosis intestinales)
- Aparato locomotor
- Genitales
- Orquitis de repetición (filarias)
- Uretritis (ITS)
- Vaginitis (*E. vermicularis*)
- Desarrollo psicomotor y cognitivo
- Sistema nervioso

Alteraciones SNC (malaria, enfermedad del sueño, enfermedad de Chagas, sífilis terciaria, meningoencefalitis víricas), pudiendo tratarse de alteraciones que perduren a largo plazo y sean fácilmente detectables en exploraciones de rutina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una vez establecida la sospecha diagnóstica, nos apoyaremos en las pruebas diagnósticas necesarias para ayudar o confirmar el diagnóstico:

- Hemograma. (orientación etiológica)
- Bioquímica (general, renal, hepática)
- Serologías (screening en valoración inicial niño)

inmigrante y en síndrome febril según sospechas).

- Estudios microbiológicos y de imagen (según sospechas)

CONSIDERACIONES EN RELACIÓN A LA SALUD PÚBLICA

En primer lugar, a la hora de tratar de patología específica del inmigrante no debemos olvidar que la mayoría de las infecciones importadas están recogidas en las listas de EDO.

A la hora de valorar el riesgo de transmisión dentro de la población autóctona, hemos de saber que se trata de un riesgo bajo, dada la frecuente necesidad de vectores o situaciones ambientales específicas para su transmisión no presentes en nuestro país. Por el contrario, sí existe entre ellos, al igual que entre otros colectivos desfavorecidos, un mayor riesgo en la transmisión de ciertas enfermedades sí presentes en nuestro medio, como es el caso de la TBC.

También es recomendable estar informado acerca de la situación sanitaria del país de origen, prestando especial atención a la existencia de alertas sanitarias, con la existencia de algún brote o foco epidémico de alguna enfermedad infecciosa.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en la atención al colectivo inmigrante es la importancia de la información y educación sanitarias, dado que se trata de una población con un diferente concepto de la sanidad y con dificultades específicas. Debemos prestar especial atención a:

- Madres primíparas: frecuentemente separadas de su entorno familiar, que es el que le proporciona la información relativa a la puericultura. Asimismo, pueden repercutir en los cuidados infantiles su mayor riesgo depresivo y la necesidad de permanecer fuera del domicilio durante una larga jornada laboral.
- Fiebre (debiendo disponer de esta información en varios idiomas)

1. Recomendaremos que tengan siempre en casa un termómetro para objetivar la fiebre, y un antipirético infantil.

2. Se aconsejará administrar el antipirético a partir de 38°C, pudiendo repetirse la dosis cada 4-6 horas. Si no es suficiente, se introducirá al niño en una bañera con agua templada y se le dejará el tiempo suficiente

para que baje la temperatura. En caso de que no ceda, se consultará con el médico. Recordar que en caso de fiebre, no deben abrigar en exceso al niño ya que eso impide el descenso de temperatura. (Atención al niño de origen extranjero. Area 11 Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud. 2002).

-Viajes al país de origen:

Es deseable comunicar el viaje con suficiente antelación para poder planificar las modificaciones que se precisaran en el calendario vacunal así como visitar un Centro de Vacunación Internacional para recibir la inmunoprofilaxis activa y/o pasiva que corresponda. Se debe revisar el estado de inmunización del niño ya que algunas de las vacunas rutinarias cubren enfermedades de alta prevalencia mundial. Asimismo, es importante insistir en la necesidad de seguir las recomendaciones higiénicas universales.

ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

Hepatitis víricas

VHA

Cursa con aparición brusca de fiebre, malestar, náuseas y trastornos abdominales con ictericia posterior. Sus manifestaciones son más acusadas en niños de mayor edad y adultos. Su distribución es mundial, en especial en zonas de higiene deficitaria. Diagnóstico por detección de IgM antiVHA.

VHB

Generalmente asintomática, cursa con pródromos inespecíficos que derivan en una fase ictérica y convalecencia posterior con astenia. Distribución mundial con zonas de especial endemidad en África, Asia y algunos países de Latinoamérica. Su diagnóstico es serológico.

VHC

Raramente sintomática con manifestaciones inespecíficas, su mayor riesgo es la evolución a la cronicidad. Distribución mundial. Se diagnostica por detección de ARN VHC y serología.

Tuberculosis

De distribución mundial, los inmigrantes procedentes

de zonas de alta prevalencia tienen un riesgo elevado de desarrollar enfermedad en los 5 años posteriores a su llegada, con especial vulnerabilidad en niños dadas las condiciones higiénico-sanitarias en las que se desenvuelven. La clínica es respiratoria e inespecífica, por lo que se recomienda la realización de un Mantoux de rutina (tomando en consideración el estado vacunal), siendo el diagnóstico definitivo el bacteriológico. Debe individualizarse la administración de BCG.

Paludismo

Considerar ante todo cuadro febril en niños procedentes de áreas endémicas (áreas tropicales, especialmente África subsahariana), puesto que éste puede ser su única manifestación. Se diagnostica mediante la realización de gota gruesa y extensión simple.

Dengue

Aún es infrecuente encontrar este tipo de fiebres hemorrágicas en nuestro país, si bien podría ser posible su detección en próximos años. Su sintomatología varía entre cuadros febriles pseudogripales con sintomatología digestiva hasta formas hemorrágicas más incapacitantes, potencialmente letales. Las áreas de mayor prevalencia son el sudeste de Asia, el subcontinente indio, el Pacífico, el Caribe, América Central y Sudamérica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Secretaría de Inmigración.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS)
4. Instituto Nacional de Estadística (INE)
5. Atención al niño de origen extranjero. Área 11. Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud, 2002.
6. García Rguez F., Giménez Sánchez F., López-Vélez R., Morató Agustí M.L., Navarro Alonso J.A., Ruiz Contreras J. et al. La salud del inmigrante, con especial referencia a la población pediátrica. Ed. López-Vélez R. Madrid, 2006.
7. Villegas J. et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Medicina de Familia (Andalucía) 2000; 2: 162-168.
8. Committee on community health services. Health care for children of immigrant families. Pediatrics 1997;100:153-156
9. Poch J. et al. Valoración del niño inmigrante. Anales del Sistema Sanitario navarro 2006; 29 (Suplemento 1): 35-47.
10. Martín Ruano A. Problemas de salud del niño inmigrante. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León 2006; 46: 367-378