

Atención a la infancia migrante (I)

Susana Esteban López^a, Cristina Constenla Viloslada^b, Iñaki Alegria Coll^c

Publicado en Internet:
17-septiembre-2025

Susana Esteban López:
sesteban0@gmail.com

Palabras clave:

- Duelo
- Menores no acompañados
- Migrante
- Mutilación genital femenina
- Refugiado

Resumen

La gran heterogeneidad de la población migrante y la vulnerabilidad de la infancia hacen necesario dotarnos de conocimientos y herramientas que permitan ofrecer una atención integral y adecuada a la infancia migrante.

Esta publicación se estructura en dos capítulos y está dirigida a pediatras que atienden a niños, niñas y adolescentes migrantes. Incluye a personas refugiadas, adoptadas, menores no acompañados, hijos e hijas de familias migrantes, así como a niños y adolescentes inmigrantes y aquellos que visitan a familiares y amigos.

Key words:

- Female genital mutilation
 - Grief
- Immigrant
 - Refugee
- Unaccompanied minors

Abstract

The substantial heterogeneity of the migrant population and the vulnerability of children make require that we equip ourselves with knowledge and tools to provide comprehensive as well as appropriate care to migrant children.

This publication is presented in two chapters and is aimed at pediatricians who provide care to migrant children. Migrant children include refugees, adopted people, unaccompanied minors, immigrant children and adolescents and children of migrant families, as well as people visiting relatives and friends.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, el fenómeno migratorio ha estado siempre presente.

España es un país de acogida. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el número total de inmigrantes llegados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024 fue de 63 970, la segunda cifra más alta registrada, solo por detrás de 2018¹.

La atención médica a la infancia migrante debe considerar factores como: condicionantes de

salud, motivo migratorio, nivel socioeconómico, características del viaje y condiciones de vida en el país de acogida. Asimismo, resulta fundamental valorar los aspectos psicológicos y emocionales²⁻⁵.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

En 2019 se publicó un documento⁴ que recoge recomendaciones para prevenir y detectar precozmente enfermedades transmisibles y no transmisibles en la infancia migrante en Europa. Estas

Cómo citar este artículo: Esteban López S, Constenla Viloslada C, Alegria Coll I. Atención a la infancia migrante (I). Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:317-22. <https://doi.org/10.60147/de1d5674>

recomendaciones se basan en el análisis de guías de 8 países pertenecientes a los 31 de la Unión Europea (UE) y el Área Económica Europea (EEA). El documento establece 12 recomendaciones:

1. Asegurar que el niño esté acompañado por al menos un familiar o cuidador responsable.
2. Verificar que el familiar o cuidador pueda comunicarse de manera competente o, en caso necesario, garantizar el acceso a un servicio de traducción.
3. Preguntar a familiares, cuidadores y al propio niño sobre problemas de salud.
4. Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, y realizar una exploración física completa.
5. Revisar audición y visión.
6. Explorar específicamente cavidad bucal y piel; buscar signos de anemia, sarna, impétigo, desnutrición, caries y cicatrices.
7. Verificar el estado de vacunación y, si está incompleto o se desconoce, programar un calendario acelerado de acuerdo con las recomendaciones nacionales lo antes posible.
8. Tomar muestra de sangre para medir hemoglobina (detección de anemia y déficit de hierro), anticuerpos contra el virus de la hepatitis B (VHB) (HBsAg, anti-HBs y anti-HBc), vitamina D (si hay signos o factores de riesgo de raquitismo), además de serología y prueba de orina para esquistosomiasis (si es de África subsahariana), serología o PCR para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (si es de África subsahariana o hay un riesgo conocido), detección de malaria (si tiene fiebre), serología de *Strongyloides* (si está en riesgo de inmunodepresión), serología de sífilis (si es sexualmente activo o ha sufrido abuso) y anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (VHC) (opcional).
9. Realizar cribado de tuberculosis (TBC) para descartar infección tuberculosa latente (ITL). Si algún test es positivo, solicitar radiografía de tórax, a todos los menores de 5 años o a aquellos procedentes de países con alta endemia.

10. Iniciar tratamiento empírico de parásitos intestinales en mayores de 2 años o con un peso superior a 10 kg.
11. Programar una cita de seguimiento para revisión.
12. Entregar un documento que resuma la evaluación del estado de salud y las intervenciones realizadas, conservando copia en el registro del centro médico.

Visita de acogida

Debe ser empática y favorecer un clima de confianza^{6,7}. La presencia de un mediador resulta de gran utilidad. La anamnesis y la historia social son fundamentales⁸.

Exploración física

- **Desarrollo ponderoestatural:** medir peso, talla y perímetro craneal utilizando las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar el estado nutricional, controlar la evolución y monitorizar la velocidad de crecimiento. Es más valiosa la evolución de la curva ponderoestatural que una medición aislada^{9,10}. Estudios recientes muestran alta prevalencia de alteraciones del crecimiento, tanto por malnutrición como por sobrepeso u obesidad^{11,12}.
- **Piel y mucosas:** palidez, ictericia, características del cabello o dermatitis pueden orientar sobre déficits nutricionales o enfermedades infecciosas/congénitas. Es importante buscar cicatriz de la vacuna BCG, lesiones cutáneas por infecciones (escabiosis, tiña, impétigo, larva *migrans*, leishmaniasis cutánea), bultomas (oncocercomas), prurito o signos de rascado (filariasis).
- **Exploración dental:** detección de caries y fluorosis (ejemplo: población saharaui)¹³.
- **Exploración abdominal:** la esplenomegalia o hepatomegalia orientan a malaria o hepatitis.
- **Genitales externos:** descartar malformaciones y valorar su integridad en niñas con riesgo de mutilación genital femenina (MGF).

- **Desarrollo psicomotor:** debe evaluarse con cautela, teniendo en cuenta barreras socioculturales y lingüísticas. Algunos retrasos pueden revertirse con estimulación y afecto.

En ausencia de cribado neonatal universal neonatal, es necesario identificar a niños, niñas y adolescentes (NNA) en riesgo de sordera y realizar pruebas objetivas. Algunos autores sugieren una evaluación sistemática en Oftalmología y Otorrinolaringología a los 6-12 meses tras la llegada^{14,15}.

El caso específico de los menores no acompañados (MENA)^{16,17}

El desarraigo coloca a estos jóvenes en especial vulnerabilidad. La primera visita debe ser especialmente empática, con el apoyo de una persona mediadora. Se recomienda realizar una exploración física minuciosa lo antes posible. En ausencia de datos sobre la edad cronológica, puede estimarse mediante edad ósea.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los estudios deben individualizarse según procedencia, exploración física y factores de riesgo; no obstante, existe un cribado estándar aplicable, independientemente del origen⁵.

Cribado estándar

- Hemograma.
- Sideremia.
- Ferritina.
- Antígeno de superficie de la hepatitis B.
- Cribado de tuberculosis (TBC).

Cribado específico

1. **Hemograma completo:** permite valorar anemia y morfología eritrocitaria, detectar eosinofilia ($>7\%$ y/o $>0,5 \times 10^9/l$) y, en caso de síntomas o signos de infección, identificar leucopenia, leucocitosis o trombocitopenia.

2. **Bioquímica básica con ferritina y sideremia:** útiles para el estudio de las anemias. Se han descrito prevalencias de anemia ferropénica de hasta el 49% en menores de 5 años. Es recomendable solicitar ambas determinaciones, ya que la ferritina es también un reactante de fase aguda.
3. **Serología frente al VHB:** se recomienda la determinación de antígeno de superficie de hepatitis B, tanto en procedentes de países con endemidad intermedia o alta como en aquellos con endemidad similar a la de nuestro medio¹⁸.
4. **Serología frente al VHA:** valorar especialmente en población VFR (viajeros que visitan amigos y familiares, del inglés *Visiting Friends and Relatives*), de cara a la vacunación.
5. **Estudio de VIH y sífilis:** serología (en mayores de 18 meses) o PCR (en menores de 18 meses) para VIH, y test VDRL para sífilis. Indicado en procedentes de África subsahariana, hijos de padres de riesgo, adolescentes sexualmente activos, MENA, y en casos con antecedentes de intervenciones quirúrgicas, transfusiones o MGF.
6. **Estudio de VHC¹⁹:** serología (en mayores de 18 meses) o PCR (en menores de 18 meses). Aunque el cribado es controvertido, se recomienda si proceden de países de riesgo o existen factores asociados (actividad sexual, transfusión, MGF, etc.).
7. **Despistaje de esquistosomiasis:** estudios recientes²⁰ señalan que el 40% de los diagnósticos se producen en pacientes asintomáticos provenientes de áreas endémicas. Se recomienda realizar serología a los 3 meses de la llegada a inmigrantes que proceden de dichas áreas. La sospecha clínica se fundamenta en hallazgos como eosinofilia, hematuria o proteinuria. Se recomienda el estudio de huevos en orina y heces.
8. **Parásitos en heces:** estudios en España documentan una prevalencia de hasta el 20% de infecciones²¹, con posibles repercusiones en el crecimiento a largo plazo, lo que justifica la recomendación de tratamiento empírico inicial.

- El albendazol es eficaz contra *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*, aunque su eficacia es limitada frente a *Strongyloides stercoralis* y no cubre *Giardia lamblia*. Dado su elevado coste, puede considerarse el mebendazol²² como alternativa. El análisis de heces se recomienda en casos seleccionados y, para mejorar su sensibilidad, requiere recogida de muestras en días alternos y repetidas, lo que dificulta el cumplimiento⁵.
- 9. Metabolopatías y endocrinopatías:** test indicado en niños mayores de un mes sin cribado neonatal, si presentan síntomas compatibles.

- 10. Tuberculosis:** los niños, a diferencia de los adultos, presentan mayor riesgo de progresar de ITL a enfermedad activa y desarrollar formas severas. No obstante, el pronóstico es excelente si se diagnostica y trata precozmente. De aquí la importancia del despistaje precoz de ITL debido a la alta prevalencia de la TBC en el mundo²³⁻²⁵. Se pueden realizar dos pruebas:

- Prueba de la tuberculina (PT): puede dar falsos positivos en vacunados con BCG, infectados por *Mycobacterium bovis* u otras micobacterias no tuberculosas.
- Test de liberación del interferón gamma (IGRA, del inglés *interferon-gamma release assay*): no se ve influido por la vacuna BCG ni por la mayoría de micobacterias ambientales, aunque tiene baja sensibilidad en niños pequeños por la limitada producción de interferón gamma.

Las guías internacionales difieren en sus recomendaciones. En nuestro medio, se aconseja realizar ambas técnicas en pacientes de riesgo (inmunodeprimidos de cualquier edad y menores de 2 años; a valorar en menores de 5 años) y utilizar una de ellas (PT o IGRA) en pacientes de bajo riesgo (mayores de 5 años y no inmunodeprimidos).

- 11. Serología de enfermedad de Chagas:** en procedentes de Centroamérica y Sudamérica.
- 12. Estudio de hemoglobinas:** útil para la detección precoz de drepanocitosis en menores de 5 años procedentes de África subsahariana, así como para investigar talasemias en originarios de China, India y Sudeste asiático.
- 13. Determinación de plomo:** indicada si existe clínica compatible con intoxicación o exposición ambiental por condiciones de habitabilidad.
- 14. Serología para *Strongyloides*:** este parásito es frecuente en países del Sudeste asiático, Latinoamérica y África subsahariana. La infección subclínica puede persistir décadas y evolucionar a enfermedad diseminada en caso de inmunosupresión. La serología está indicada en pacientes inmunodeprimidos y/o antes de iniciar tratamiento inmunosupresor.
- 15. Niveles de vitamina D (25-OH-vitD):** indicada en procedentes del Sudeste asiático, China, India y África subsahariana, especialmente en niños con escasa exposición solar o que cubren su cuerpo por motivos culturales²⁶.
- 16. Cribado de enfermedad celiaca:** recomendado en procedentes del Sáhara Occidental.

Abordaje en el caso de menores no acompañados^{16,17}

Debe valorarse el cribado de infecciones de transmisión sexual (VHB [AgHBs, AcHBs, AcHBc], VHC, VIH, sífilis), siempre con consentimiento verbal. El cribado de TBC²⁴ se recomienda en procedentes de países con alta incidencia. En mayores de 15 años se realiza radiografía de tórax, mientras que en menores se indica análisis sanguíneo IGRA a las 8-10 semanas de su llegada, para descartar período ventana.

La evaluación de la salud mental y la detección de consumo de drogas son claves para definir las atenciones psicosociales específicas que requiere este colectivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

ABREVIATURAS

EEA: Área Económica Europea • **INE:** Instituto Nacional de Estadística • **ITL:** infección tuberculosa latente • **MGF:** mutilación genital femenina • **NNA:** niños, niñas y adolescentes • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **PT:** prueba de la tuberculina • **TBC:** tuberculosis • **UE:** Unión Europea • **VHA:** virus de la hepatitis A • **VHB:** virus de la hepatitis B • **VHC:** virus de la hepatitis C • **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto. Nacional de Estadística. Nota de Prensa: Estadística Continua de Población (ECP). 1 de abril de 2024. Datos provisionales [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en www.ine.es/dyngs/Prensa/es/ECP1T24.htm
2. Fumadó Pérez V. Valoración inicial del niño inmigrante. *Pediatr Integral*. 2013;XVII(10):713-21.
3. Badillo Navarro K, Pérez Muñoz, Parra Cuadrado E, Angulo Sacristán T, Haro Díaz A, Escobar Pirela H, et al. Patología importada en urgencias. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2024;26:873-80. <https://doi.org/10.60147/40f4d605>
4. Schrier I, Wyder C, Del Torso S, Stiris T, von Both U, Brandenberger J, et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *Eur J Pediatr*. 2019;178:1449-67. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03405-9>
5. Masvidal Aliberch RM, Canadell Villaret D. Atención al niño y la niña inmigrantes. En Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/68/atencion-al-nino-y-la-nina-inmigrantes>
6. Masvidal i Aliberch R, Canadell i Villaret D. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10(1):3-15.
7. Soler Simón JA, Criado Camargo S, García Espinosa I, García Boyano M. 10 Cosas que deberías saber sobre... el abordaje del inmigrante a su llegada. *Pediatr Integral*. 2023;4.
8. Abu-Shamsieh A, Maw S. Pediatric care for immigrant, refugee, and internationally adopted children. *Pediatr Clin North Am*. 2022;69:153-70. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.09.006>
9. Gualdi-Russo E, Toselli S, Masotti S, Marzouk D, Sundquist K, Sundquist J. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):16-25. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku107>
10. Hernández Merino A. El niño adoptado en el extranjero. Papel del pediatra de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 2:555-75.
11. Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, et al. Consenso en Adopción Internacional. Guía para breve pediatras y otros profesionales sanitarios. Valladolid: CORA; 2008 [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en <https://olivan-pediatra.es/Consenso-Adopcion-Internacional-Guia-Breve.pdf>
12. De Aranzábal M. Inmigración: indicadores de nutrición y crecimiento. *An Esp Pediatr*. 2003;58:236-40. [https://doi.org/10.1016/s1695-4033\(03\)78044-8](https://doi.org/10.1016/s1695-4033(03)78044-8)
13. Ferrer B, Vitoria I, Dalmau J. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Acta Pediatr Esp*. 2012;70(4):147-54.
14. García Aguado, J. Cribado de la hipoacusia. 2018. En: *PrevInfad* [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en <https://previnfad.aepap.org/monografia/hipoacusia>
15. Duelo M, Escribano E, Fernández M, Hijano F, Martínez A, Soriano J (eds.). Programa de salud infantil. AEPap. 1^a ed. Madrid: Exlibris Ediciones, S. L.; 2009 [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en <https://aepap.org/programa-de-salud-infantil/>

- 16.** Andérica Frías G (coord.). Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados (MENAs). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias; 2019 [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Gu%C3%A3da_MENA2019_DEF_0.pdf
- 17.** Angulo ME, Cansino Á (coords.) Protocolo de Atención Sanitaria a menores inmigrantes (infancia en movimiento). Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud; 2025 [en línea] [consultado el 07/07/2025] Disponible en www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9c941af7-e00a-11ed-9fa3-c59472cce41e/AtencionSanitariaMenoresMigrantes.pdf
- 18.** Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis B. U.S. Department of Health and Human Services [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en www.cdc.gov/hepatitis-b/index.html
- 19.** Toma D, Anghel I, Patraş D, Ciubară A. Hepatitis C Virus: Epidemiological Challenges and Global Strategies for Elimination. *Viruses*. 2025;17:1069. <https://doi.org/10.3390/v17081069>
- 20.** Salas-Coronas J, Pérez A, Roure S, Sánchez Peinador C, Santos Larrégola L, Arranz Izquierdo J, et al. Documento de consenso para el manejo de la esquistosomiasis en atención primaria. *Aten Primaria*. 2022;54(8):102408. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102408>
- 21.** Serre Delcor N, Maruri BT, Arandes AS, Guiu IC, Essadik HO, Soley ME, et al. Infectious diseases in Sub-Saharan immigrants to Spain. *Am J Trop Med Hyg*. 2016;94:750-6. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0583>
- 22.** Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en www.guia-abe.es/temas-clinicos-parasitosis-intestinales
- 23.** Baquero-Artigao F, Del Rosal T, Falcón-Neyra L, Ferreras-Antolín L, Gómez-Pastrana D, Hernanz-Lobo A, et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *An Pediatr (Barc)*. 2023;98:460-9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.03.011>
- 24.** Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 [en línea] [consultado el 07/07/2025]. Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>
- 25.** Nolt D, Starke JR; AAP Committee on Infectious Diseases. Tuberculosis infection in children and adolescents: testing and treatment. *Pediatrics*. 2021;148(6):e2021054663. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-054663>
- 26.** López N, Bonet M, García O. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr*. 2002;57(3):227-30. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(02\)77909-5](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(02)77909-5)