

El reto de la inmigración: estudio en Atención Primaria

M. Cabral Salvadores, E. Guasch Jordán, MA. Rifà Pujol,
E. Coromina Pou, M. Bellvehí Sáenz, AM. Rufas Cebollero
Centro de Atención Primaria Manlleu, Barcelona.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:17-30

Mireya Cabral Salvadores, mcabral@osona.scs.es

Resumen

Introducción: el aumento de la inmigración supone un reto para la Atención Primaria. El objetivo de este estudio es analizar las características sociofamiliares y sanitarias de los niños inmigrantes.

Métodos: estudio: prospectivo observacional. Período: 01/01/02-31/12/03. Población de estudio: recién nacidos hijos de inmigrantes (RN) y niños inmigrantes (N) atendidos en el Centro de Atención Primaria (CAP) de Manlleu (Barcelona). Variables: país de procedencia; características sociofamiliares y sanitarias. Análisis estadístico SPSS®, comparación entre variables: test de χ^2 y test de Fisher.

Resultados: datos poblacionales: se atendió a 281 niños, 82% marroquíes; 139 del grupo de RN y 142 del grupo N. El 34% de los recién nacidos fueron hijos de inmigrantes, el 93% de Marruecos. Procedencias del grupo N: 71,8% Marruecos, 17% América Latina y 7,7% países de Europa del Este. Datos sociofamiliares: padres: tiempo de inmigración mayor de 10 años: 51,8% (RN) frente al 6,3% (N) ($p < 0,01$); necesidad de intérprete: 2,9% (RN) y 6,3% (N); trabajan el 84,2% (RN) y el 79,6% (N). Madres: necesidad de intérprete: 43,2% (RN) frente al 57,7% (N) ($p < 0,015$); trabajan el 7,2% (RN) y el 17,6% (N) ($p = 0,025$); ≥ 3 hijos: 37,4% (RN) frente al 59,2% (N) ($p < 0,01$). Consanguinidad: 24% en ambos grupos. Vivienda en propiedad: 44% (RN) frente al 27,5% (N) ($p < 0,03$).

Datos sanitarios: caries: 46%; anemias: 13%; hepatitis A curada: 20%; infección por el virus de la hepatitis B: 4%; parasitosis intestinales: 7%; prueba de tuberculina positiva: 4%; raquitismo: 0%. En total se detectó patología, excluyendo la caries, en el 28%, todos asintomáticos.

Conclusiones: elevado porcentaje de recién nacidos hijos de inmigrantes. La principal procedencia es Marruecos. Las diferencias observadas en las variables sociofamiliares sugieren que el grupo RN adquiere modelos similares a los de la población de acogida. Las patologías más prevalentes son las anemias y las enfermedades infecciosas.

Palabras clave: Inmigrantes, Niños, Determinantes socioeconómicos, Enfermedades infecciosas, Atención Primaria.

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

Abstract

Introduction: the increase in immigration is a challenge for Primary Attention. The aim of this study is to analyse the social and health characteristics of immigrant children.

Methods: study: observational prospective. Period: 01/01/02-31/12/03. Study population: recently arrived children of immigrants (RN) and immigrant children (N) attended in the Primary Care Centre (CAP) in Manlleu (Barcelona). Variables: country of origin; social, family and health characteristics. Statistical analysis SPSS®, comparison between variables: χ^2 test and Fisher test.

Results: population data: 281 children were attended, 82% Moroccan; 139 RN and 142 N. 34% of the recent arrivals were the children of immigrants, 93% Moroccan. Origins of group N: 71.8% Morocco, 17% Latin America and 7.7% countries of Eastern Europe. Social and family data: fathers: immigration time > 10 years: 51.8% (RN) as opposed to 6.3% (N) ($p < 0.01$); need for interpreters: 2.9% (RN) and 6.3% (N); in work 84.2% (RN) and 79.6% (N). Mothers: need for interpreter: 43.2% (RN) as opposed to 57.7% (N) ($p < 0.015$); in work 7.2% (RN) and 17.6% (N) ($p = 0.025$); ≥ 3 children: 37.4% (RN) with respect to 59.2% (N) ($p < 0.01$). Consanguinity: 24% in both groups. Dwelling owned: 44% (RN) as opposed to 27.5% (N) ($p < 0.03$).

Health data: tooth decay: 46%; anaemia: 13%; hepatitis A cured: 20%; hepatitis B viral infection: 4%; intestinal parasites: 7%; PPD positive: 5.6%; tuberculous illness: 1.4%; rickets: 0%. Excluding tooth decay, pathologies were found in 28%, all asymptomatic.

Conclusions: a large percentage of recently arrived children of immigrants. The main origin is Morocco. The differences observed in the social and family variables suggest that the RN group acquires models similar to those of the receiving population. The most prevalent pathologies are anaemia and infectious illnesses.

Key words: Immigrants, Children, Social and economic determinants, Infectious diseases, Primary Care.

Introducción

La inmigración ha transformado la realidad de nuestras consultas en las dos últimas décadas. Los equipos de pediatría de Atención Primaria se encuentran con dificultades de comunicación, problemas de adaptación, integración y tolerancia, falta de formación específica y de conocimientos de diferentes modelos culturales y religiosos¹⁻³. A esto hay que añadir el déficit de registros adecuados en nuestro sistema sanitario sobre dicha población y una respuesta lenta de las Administraciones.

Es conocido el aumento progresivo de población inmigrante en los últimos años. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística a 31/12/2005, la población extranjera en situación regularizada representa el 11% de la población catalana y 124.885 son menores de 15 años (16%)⁴.

Manlleu es una población de la zona central de la provincia de Barcelona de carácter industrial; cuenta, según datos del padrón municipal a 31/05/2005, con 19.740 habitantes, de los cuales 3.850 (19%) son de origen extranjero. Manlleu

es la tercera población de España con mayor número de extranjeros menores de 15 años: 971 (29%)⁴.

Debido a estos altos porcentajes y a la escasez de estudios realizados en el ámbito de la AP, el equipo de pediatría realizó un primer trabajo en 2001⁵ cuya consecuencia fue la elaboración de una guía de atención al niño inmigrante y la puesta en marcha del presente estudio para conocer tanto la evolución de los datos poblacionales como las principales características sociosanitarias.

Materiales y métodos

Estudio prospectivo observacional realizado por el equipo de pediatría del CAP Manlleu (Instituto Catalán de la Salud) perteneciente al Área Básica de Salud de Manlleu. El período de estudio comprende desde el 1/1/2002 hasta el 31/12/2003. Se incluyó a los hijos de inmigrantes nacidos en este período y a los niños inmigrantes llegados durante éste ($n = 281$). Se excluyó a los que provenían de otras poblaciones ya estudiados. Se dividieron en dos grupos: los recién nacidos hijos de inmigrantes (grupo RN) y los niños inmigrantes (grupo N).

Recogida de datos. Se diseñó una hoja y una base de datos informática programada en Microsoft Access® con las siguientes variables: datos de filiación: año

de nacimiento, sexo, país de procedencia y fecha de llegada a España; datos familiares: edad de los padres, país de procedencia, tiempo de inmigración, nivel de estudios, necesidad de intérprete, situación laboral, número de hijos, consanguinidad, familia monoparental; datos sociales: tipo, condiciones y régimen de vivienda; datos sanitarios previos: parto, control por pediatra, registro vacunal, higiene dental y existencia de patología previa; estudio de salud⁶⁻¹¹: existencia y número de caries, bioquímica sanguínea (glucosa, función hepática), estudio de anemia y raquitismo, serologías de hepatitis A y B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc y HBeAg a los positivos), parásitos en heces y prueba de Mantoux. Se realizó detección de hepatitis C, VIH y sífilis si procedían del África subsahariana, Asia, América Latina o si existían factores de riesgo.

La recogida de datos sanitarios previos (excepto control del embarazo y parto) y el estudio de salud se realizaron a los niños inmigrantes (grupo N). En el grupo RN nacidos en nuestro país se realizó un estudio individualizado si existían factores de riesgo.

Definiciones y diagnósticos. Inmigrante: niño procedente de un país de renta baja (PRB): todos, excepto EE. UU., Europa Occidental, Canadá, Japón, Nueva Zelanda y

Australia. Hijo de inmigrante: aquellos cuyos padres (ambos) eran procedentes de PRB. Consanguinidad: de primer, segundo y tercer grado. Situación laboral: activo: que estaba trabajando en el momento del estudio; inactivo: que no estaba trabajando; paro: que cobraba el subsidio de desempleo.

Los diagnósticos se han realizado siguiendo las técnicas y las definiciones habituales existentes al inicio del estudio.

Análisis estadístico. Análisis estadístico con paquete SPSS®. Se ha utilizado el test de χ^2 y el test de Fisher para las comparaciones entre variables; se han considerado las relaciones estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados

Datos demográficos

Se incluyó a 281 niños: 139 recién nacidos y 142 niños inmigrantes. 231

(82%) procedían de Marruecos. La distribución según el país de procedencia de ambos grupos se resume en la tabla I.

- Grupo RN: durante el período del estudio nacieron 432 niños, 146 eran hijos de inmigrantes (33,7%); se realizó el estudio en 139 (95%). Razón de sexo: 1,1 niños por niña. La distribución por años fue la siguiente: en 2002 de 212 niños, 72 eran hijos de inmigrantes (34%) y se captó a 69 (95,8%). En 2003 de 220, 74 eran hijos de inmigrantes (33,6%) y se captó a 69 (93,2%).
- Grupo N: durante el período del estudio llegaron a nuestras consultas 142 niños inmigrantes. Razón de sexo: 1,1 niños por niña. Edad media: 7,8 años. En este grupo hay más diversidad de procedencia (tabla I).

Tabla I. Distribución de los niños inmigrantes según el país de procedencia

País de procedencia	Recién nacidos hijos de inmigrantes (%)	Niños inmigrantes (%)	Total (%)
Marruecos	129 (93)	102 (71,8)	231 (82,2)
América Latina	3 (2,1)	24 (17,0)	27 (9,6)
Europa del Este	4 (2,8)	11 (7,7)	15 (5,3)
África subsahariana	3 (2,1)	1 (0,7)	4 (1,4)
Asia	0 (0)	4 (2,8)	4 (1,4)
Total	139 (100)	142 (100)	281 (100)

Datos familiares

Los datos familiares sobre tiempo de inmigración, nivel de estudios, idiomas, necesidad de intérprete y situación laboral de ambos grupos se muestran en la tabla II. Se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) entre ambos grupos en el tiempo de inmigración de los padres y madres y en el conocimiento del español y el catalán; es superior en el grupo RN. La necesidad de intérprete de las madres es alta en ambos grupos; es mayor en el grupo N ($p < 0,01$). Existen diferencias en la situación laboral; hay más madres que trabajan en el grupo N ($p = 0,025$), de las cuales sólo cuatro eran marroquíes frente a 22 de otros países ($p < 0,01$), 16 de ellas de América Latina.

En cuanto al número de hijos, en el grupo de RN, 52 madres (37,4%) tenían tres o más hijos frente a 82 (59,2%) en el grupo N ($p < 0,01$). Se constató consanguinidad en 68 casos, 34 en cada grupo, 65 procedían de Marruecos respecto a otros países ($p < 0,01$). El número de familias monoparentales fue superior en el grupo N, 18, frente a dos del grupo RN ($p < 0,01$).

Datos sociales

Los resultados sobre el tipo de vivienda, el régimen de habitabilidad, el número de dormitorios y el número de fa-

milias que viven en ésta se reflejan en la tabla III. Las cifras en cuanto a propiedad de la vivienda ascienden a un 44% en el grupo de RN frente a un 27% en el grupo de los N ($p < 0,03$). En ambos grupos la mayoría de los pisos tiene tres dormitorios y vive un núcleo familiar; no se observan diferencias significativas entre ambos.

Respecto a las condiciones de la vivienda, tienen nevera, cocina, calefacción y teléfono móvil; no se encuentran diferencias significativas.

Datos sanitarios previos y protocolo de salud

– Datos sanitarios previos. El número de partos domiciliarios fue de tres en el grupo de los RN (2,2%) respecto a 23 (16,2%) del grupo N ($p < 0,01$).

En su país, 87 (61%) de los 142 niños del grupo N eran controlados por un pediatra y aportaban registro de vacunas 61 (43%). Solamente 22 (15%) referían antecedentes patológicos. En cuanto a la higiene bucal, 93 afirmaban que tenían cepillo de dientes en su país pero sólo lo utilizaban 52 (36%).

– Resultados del protocolo de salud. Se detectó caries en 65 niños (46%), 31 (21,8%) con más de

Datos familiares		Grupo RN (n = 139)		Grupo N (n = 142)		RN/N p < 0,05		
		Padres	Madres	Padres	Madres	Padres	Madres	
Tiempo de inmigración	< 1 año	9 (6,5%)	24 (17,3%)	22 (15,5%)	96 (67,6%)			
	1-5 años	32 (23%)	65 (46,8%)	65 (45,8%)	30 (21,1%)			
	5-10 años	25 (18%)	37 (26,6%)	20 (14,1%)	5 (3,5%)			
	> 10 años	72 (51,8%)	8 (5,8%)	9 (6,3%)	2 (1,4%)	< 0,01	< 0,01	
	No consta	1 (0,7%)	5 (3,6%)	26 (18,3%)	9 (6,3%)			
Nivel de estudios	Primarios	88 (63,3%)	73 (52,5%)	62 (43,7%)	41 (28,9%)			
	Secundarios	30 (21,6%)	40 (28,8%)	33 (23,2%)	37 (26,1%)			
	Superiores	2 (1,4%)	2 (1,4%)	6 (4,2%)	5 (3,5%)			
	Analfabetos	15 (10,8%)	22 (15,8%)	21 (14,8%)	52 (36,6%)	ns	< 0,01	
	No consta	4 (2,9%)	2 (1,4%)	20 (14,1%)	7 (4,9%)			
Idiomas	Español	Sí	134 (96,4%)	79 (56,8%)	118 (83,1%)	55 (38,7%)	= 0,01	= 0,02
		No	4 (2,9%)	60 (43,2%)	10 (7%)	82 (57,5%)		
	No consta	1 (0,7%)	0 (0%)	14 (9,9%)	5 (3%)			
Catalán	Sí	58 (41,7%)	19 (13,7%)	18 (12,7%)	7 (4,9%)	< 0,01	= 0,04	
	No	80 (57,6%)	120 (86,3%)	110 (77,5%)	130 (91,5%)			
	No consta	0 (0%)	0 (0%)	14 (9,9%)	5 (3,5%)			
Traductor	Sí	4 (2,9%)	60 (43,2%)	10 (7%)	82 (57,7%)	ns	= 0,015	
	No	134 (96,4%)	79 (56,8%)	118 (83,1%)	55 (38,7%)			
	No consta	0 (0%)	0 (0%)	14 (9,9%)	5 (3,5%)			
Situación laboral	Activo	117 (84,2%)	10 (7,2%)	113 (79,6%)	25 (17,6%)	ns	= 0,025	
	Inactivo	4 (2,9%)	123 (88,5%)	2 (1,4%)	108 (76,1%)			
	Paro	10 (7,2%)	0 (0%)	8 (5,6%)	3 (2,1%)			
	No consta	8 (5,8%)	6 (4,4%)	19 (13,4%)	6 (4,2%)			

	Recién nacidos (n = 139)		Niños (n = 142)	
	N.º	%	N.º	%
Tipo				
Casa	3	2,2	20	14,1
Piso	135	97,1	122	85,9
No consta	10,7	0	0	
Régimen				
Alquiler	76	54,7	103	72,5
Propiedad	61	43,9	39	27,5
No consta	2	1,4	0	0
N.º de dormitorios				
< 2	7	5,0	5	3,5
3	105	75,5	103	72,5
> 3	25	17,9	26	18,3
No consta	2	1,4	8	5,6
N.º de familias				
1	110	79,1	103	72,5
2	24	17,3	34	23,9
3	4	2,9	4	2,8
No consta	1	0,7	1	0,7
Nevera				
Sí	138	99,3	139	97,9
No	1	0,7	3	2,1
Cocina				
Sí	138	99,3	141	99,3
No	1	0,7	1	0,7
Calefacción				
Sí	133	95,7	132	93,0
No	6	4,3	7	4,9
Teléfono				
Sí	131	94,2	125	88,0
No	5	3,6	13	9,2
Fijo	13	9,4	11	7,7
Móvil	118	84,9	114	80,3
No consta	3	2,2	4	2,8

tres caries. Es posible que la cifra de niños con caries sea superior ya que en 25 (18%) hubo déficit de registro.

En cuanto al protocolo analítico cabe destacar que el cumplimiento fue del 96%. La bioquímica fue normal en 128 (90%), en cinco casos se detectaron alteraciones de las transaminasas. Se diagnosticaron 19 casos de anemia, 16 ferropénicas y 3 hemoglobinopatías (talasemias menor) y ningún caso de raquitismo.

Respecto a los estudios serológicos se detectaron anticuerpos frente a la hepatitis A en 30 niños (21%), 29 fueron IgG+ y un caso fue IgM+. En cinco niños (4%) se diagnosticó infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB): tres procedían de Marruecos y eran hermanos, uno de Ghana y uno de Rumanía. La edad media fue de 11,4 años. En tres casos el antígeno HBe fue positivo (los tres de Marruecos).

El estudio de parásitos intestinales fue positivo en 10 niños (7%), 80% *Giardia lamblia*.

La prueba de Mantoux fue positiva en ocho casos (5,6%): cinco de Marruecos, uno de Ghana, uno de Rusia y uno de Rumanía. En dos

de ellos la radiografía de tórax fue patológica (1,4%).

En la comparación de las variables del estudio de salud con el país de procedencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En total, excluyendo la caries, se detectó patología en 43 niños (28%), todos ellos asintomáticos; las anemias, las parasitosis intestinales, las hepatitis B y las infecciones tuberculosas fueron las más importantes.

Discusión

¿Cuántos son y de dónde vienen?

Los datos poblacionales demuestran que persiste la tendencia de aumento de recién nacidos hijos de inmigrantes. Remitiéndonos a los resultados del estudio sobre población inmigrante infantil en Manlleu⁵ se observa que el aumento es progresivo: desde el 20% en 1997 al 34% en 2003, pero por primera vez no había aumento en dos años consecutivos e, incluso, se observaba un ligero descenso (34% en 2002 y 33,6% en 2003). Esto podría indicar que la situación se estabilizaba y, aunque no es objeto del estudio actual, se realizó un recuento de los recién nacidos durante los

años 2004 y 2005 y se constató un aumento de hasta el 37 y el 45% respectivamente. Hay pocos datos publicados sobre población inmigrante en pediatría. En Cataluña las cifras varían según las zonas; en el Baix Empordà (Girona) tienen cifras de alrededor de un 25% de recién nacidos en 2001¹² y, en cambio, en barrios de la ciudad de Barcelona como el Raval tienen más del 60%¹³. Las cifras actuales apoyan la idea de que el fenómeno de la inmigración no es transitorio; al contrario, va en aumento. Nuestro país se ha convertido en uno de los principales destinos definitivos de los movimientos migratorios, ya que a las razones económicas y demográficas se suman la atracción cultural y lingüística por América Latina y la proximidad con África^{1,14,15}.

Respecto a la procedencia, la inmensa mayoría de los niños inmigrantes en nuestra zona procede de Marruecos, principalmente de la provincia de Nador, situada al norte del país, donde el idioma utilizado es el bereber-amazig. En cambio, en el grupo N, se observan más diversidad de procedencias. Así, tenemos que el segundo lugar lo ocupan los procedentes de América Latina y en tercer lugar encontramos a los procedentes de los países de Europa del Este. Este orden se correspondía hasta 2003 con los

datos de Cataluña pero en las últimas publicaciones de 2005 el primer lugar lo ocupan ya los procedentes de América Latina⁴. En nuestro estudio predomina la población marroquí, esto hace que los resultados obtenidos de otros países sean poco representativos.

¿Cómo son sus familias y cómo viven?

Los datos sociales y familiares reflejan los modelos familiares, sociales y culturales de su país⁷. En la sociedad marroquí es el hombre el que trabaja y la mujer es la que se encarga de los hijos y la casa. Los matrimonios tradicionalmente son pactados por las familias y frecuentemente se celebran entre parientes. Por tanto, las cifras de consanguinidad son elevadas como muestran nuestros resultados, algo superiores a las de otros trabajos publicados^{9,16}, posiblemente porque la mayoría de la población es marroquí.

No obstante, las diferencias observadas entre los dos grupos respecto a los datos familiares y sociales parecen indicar que las familias del grupo de los recién nacidos, que son las que llevan más tiempo en nuestro país, están empezando a incorporar modelos sociales similares a los de la población autóctona: conocen más el idioma, casi la mitad compra la vivien-

da, tienen ingresos económicos regulares, la tasa de familias numerosas es menor y la casi totalidad de los partos es hospitalaria. Pero si nos fijamos en la función social de la mujer marroquí, todavía son muy pocas las que trabajan fuera de casa¹⁷.

Queremos hacer hincapié en la existencia de dificultades de comunicación, que generan problemas en la atención de estos niños. Los padres conocen el idioma pero las madres, generalmente, son las encargadas de cuidar y traer a sus hijos al pediatra⁸. Los resultados demuestran que, incluso en el grupo RN, la necesidad de intérprete de las madres es alta. Para facilitar la comunicación hace tiempo que utilizamos pictogramas de los principales alimentos y riesgos de accidentes que nos son de gran ayuda⁵.

¿Cómo estaban sanitariamente en su país y qué patología presentan?

Los resultados de los datos sanitarios previos son reflejo de la realidad de los países de origen, donde el acceso a la sanidad no es universal ni equitativo y las medidas de prevención no están ampliamente instauradas^{3,8,14}.

La patología detectada por la aplicación del estudio de salud fue básicamente anemia ferropénica, parasitosis intestinales, infección tuberculosa y hepatitis B.

Esto concuerda con los datos publicados en la literatura aunque varía según la procedencia de las series estudiadas¹⁸⁻²³. Hay muy pocos trabajos sobre población mayoritariamente marroquí en pediatría⁹ por lo que las prevalencias de éstas son difíciles de comparar.

En cuanto a los resultados de la aplicación del estudio analítico es importante resaltar que el cumplimiento ha sido muy bueno. La anemia más frecuente fue la ferropénica, debido principalmente a estados carenciales por una alimentación incorrecta, como reflejan otros trabajos^{16,24,25}. En nuestro estudio, donde las cifras de consanguinidad son altas, llama la atención que las hemoglobinopatías sólo son las causantes de tres casos (talasemias minor). Es posible que esta cifra sea superior debido a que únicamente se recogieron las hemoglobinopatías que producían anemia.

No se diagnosticó ningún caso de raquitismo. Esta patología probablemente se da más en inmigrantes que llevan tiempo viviendo en nuestro país o en hijos de inmigrantes ya nacidos aquí y no en el momento de llegada, como se comenta en los estudios publicados^{24,26,27}. Esto nos lleva a reflexionar sobre su rendimiento como medida de cribaje.

Los resultados del estudio serológico merecen algunas consideraciones. En

cuanto a la hepatitis A, la mayoría de los PRB presenta un patrón de endemicidad alta. Los datos de seroprevalencia obtenidos (21%) son superiores a los de nuestra población pediátrica, que está alrededor del 7%^{28,30}. En nuestro centro se vacuna de hepatitis A a todos los inmigrantes por considerarlos población viajera. Los resultados obtenidos no resuelven el dilema de si hacer serología a todos y vacunar sólo a los negativos, vacunarlos a todos sin realizar serología o sólo hacer serología a partir de cierta edad. Como antes hemos comentado, estudios con muestras más amplias podrían dar la información necesaria.

Respecto a la hepatitis B, un 4% de niños con infección por el VHB es un porcentaje comparable a las cifras de los países de endemicidad intermedia, como el norte de Marruecos²⁹. En los trabajos publicados se comunican cifras que van desde un 2,5 a más de un 20% dependiendo de las procedencias^{30,31}. Hay evidencia de que la vía de transmisión horizontal es importante en niños y en poblaciones con endemicidad intermedia y alta²⁹. Cabe alertar sobre la gran capacidad de cronificación de la infección cuando se adquiere tempranamente y que se recoge en diferentes publicaciones^{30,31}.

En cuanto a la prevalencia de infección tuberculosa, en nuestro trabajo es cinco

veces más alta que otros datos comunicados referidos a nuestro país en población pediátrica. Existe una gran diversidad en las frecuencias de infección tuberculosa en niños inmigrantes comunicada en la literatura médica (del 3 al 40%)¹⁹⁻³⁴. En un estudio realizado en una zona de la ciudad de Barcelona la prevalencia en niños inmigrantes fue del 4,7%, lo que concuerda con nuestros resultados³³.

Por último, las cifras de infección por parásitos intestinales son bajas si las comparamos con otros estudios, en los que se encuentra en un 20-50%¹⁹⁻²¹, si bien es cierto que la mayoría están realizados con población predominantemente subsahariana, de América Latina y Asia³². Debido a que en nuestra serie la procedencia principal es marroquí, los resultados sugerirían que en dicha población la prevalencia de parasitosis intestinal es más baja.

En total, se detectó patología en casi un tercio de los pacientes, todos ellos asintomáticos. En casi todas las series hablan de porcentajes superiores²⁰ pero en estos trabajos predomina la población subsahariana y latinoamericana, donde la incidencia de parasitosis intestinales y otras patologías es más alta²².

El presente estudio ayudó a poner de manifiesto cuál era la realidad de la población que atendemos diariamente.

Apoyándonos en nuestros datos se consiguió que el ayuntamiento contratara a una mediadora cultural, cuya dedicación principal es la sanitaria. Esto ha permitido poner en marcha diversas actuaciones como sesiones informativas, talleres de educación sanitaria, controlar el cumplimiento vacunal y los tratamientos en pacientes con patología crónica, soporte para traducción y, en definitiva, mejorar la atención sanitaria a estos niños.

En conclusión, los niños inmigrantes de nuestra zona representan a un tercio de la población pediátrica y la principal procedencia es Marruecos. A diferencia de otros trabajos, comparamos las características sociofamiliares de los que han nacido en nuestro país y de los que acaban de llegar. Las cifras de patología detectada son inferiores a las presentadas por

otros estudios, posiblemente esto se deba a la procedencia de la población estudiada. Las anemias y las patologías infecciosas son las más prevalentes. El hecho que todos estuvieran asintomáticos apoya aún más la necesidad de tener guías o protocolos de actuación consensuados pero se necesitan estudios más amplios para poder matizar dichas actuaciones según el país de origen.

Creemos que es indispensable que se coordinen todos los esfuerzos que hacemos los diferentes profesionales de pediatría que trabajamos con niños inmigrantes y que las Administraciones sanitarias destinen recursos económicos para poder prestarles una atención sanitaria completa. Los equipos de pediatría de AP hemos de poder ofrecer a los niños inmigrantes una asistencia de calidad y con equidad.

Bibliografía

1. Vall O, Puig JC, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nueva patología emergente. *Pediatr Integr*. 2001;6:42-50.
2. Valtueña B. Problemas pediátricos de los hijos de inmigrantes en España. *An Acad Nac Med (Madr)*. 2000;117:607-16.
3. Vall O, García Algar O. Inmigración y salud. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:1-2.
4. Instituto Nacional de Estadística. Base de datos INE-base. [Consultado el 30/01/2006]. Disponible en www.ine.es/inebase

5. Cabral Salvadores M, Rifá MA, Guasch E, Coromina E, Bellvehí M, Rufas A, et al. La població immigrant infantil a Manlleu: un nou repete Sociosanitari. *Pediatr Catalana*. 2003;63:116-20.
6. Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes: ABS Raval Nord. Barcelona. AEPap [sitio en Internet] [Consultado el 04/10/2005]. Disponible en www.aepap.org/inmigrante/ravalNord.htm
7. Committee on Community Health Services. Health Care for children of immigrant families. *Pediatrics*. 1988;100:153-6.

8. American Academy of Pediatrics. Providing care for immigrant, homeless and immigrant children. *Pediatrics*. 2005;115:1095-100.
9. Cortés RB. Características de la población inmigrante de origen marroquí atendida en una consulta de Pediatría de Atención Primaria en Cataluña (Sant Feliu de Guixols). AEPap [Internet] [Consultado el 14/09/2005]. Disponible en www.aepap.org/inmigrante/marroc.htm
10. Oliván Gonzalo G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr*. 2000; 53:17-20.
11. Área 11 Atención Primaria. Instituto Madrileño de Salud. Atención al niño extranjero. AEPap [sitio en Internet] [Consultado el 04/10/2005]. Disponible en www.aepap.org/inmigrante/area11.pdf
12. Plaja P, Vázquez M, Agulló J, Torres JM, Aguilar F, Moya F. Diferencias de morbilidad en la población infantil de diferentes etnias. *Pediatr Catalana*. 2002;62:587-8.
13. Gallofré E. El pediatra y el niño inmigrante. *Pediatr Integral*. 2002;5:24-5.
14. Martín MA. El paciente inmigrante en Atención Primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001;7:100-5.
15. Gómez de Terreros P. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *An Esp Pediatr*. 1999; 51:622-4.
16. Llorens F, Llusà A, García C, Fernández M, Just R, Galeano A. La situación sociosanitaria de la población inmigrada infantil a dues ABS de Mataró. *Pediatr Catalana*. 1996;56:264-8.
17. Benítez R, Llerena P, López R, Bruguera C, Lasheras L. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:9-15.
18. Fumadó V. Atención a l'infant adoptat en altres països. *Pediatr Catalana*. 2002;62:81-6.
19. Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gómez Duarte C, San Gabriel P, Alonso M, et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics*. 2001;108:608-12.
20. Hueriga H, López Vélez R. Estudio comparativo de la patología infecciosa en niños inmigrantes de distintas procedencias. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:16-21.
21. Hueriga H, López Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:830-5.
22. Roca C, Balanzó X, Fernández Roure JL, Saucá G, Savall R, Gascón J, y cols. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:616-9.
23. Oliván Gonzalo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:35-41.
24. Santana Guerra R. Carencias nutricionales del niño inmigrante. *An Esp Pediatr*. 2001;54(Supl 4):S351-3.
25. Oski FA. Iron deficiency in infancy and childhood. *N Engl J Med*. 1993;329:191-3.
26. López Segura N, Bonet M, García Algar O. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr*. 2002;57:227-30.
27. Yeste D, Carrascosa A. Raquitismo carencial en la infancia: análisis de 62 casos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:23-7.
28. Bruguera M, Salleras L, Plans P. Cambios en la seroprevalencia de la infección por el virus de la hepatitis A en Cataluña en el período 1989-1996. Implicaciones para una nueva estrategia vacunal. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:406-8.
29. Romea S, Durán E, Cabezas J, Bada JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:656-60.
30. Bruguera M, Sánchez Tapias JM. Hepatitis viral en población inmigrada y niños adoptados.

Un problema de magnitud desconocida en España. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:595-6.

31. Juncosa T, Fumadó V, Martín J. Virus de la hepatitis B en niños adoptados inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:196-7.

32. Bass JL, Mehta KA, Eppes B. Parasitology screening in latin american children in a primary care clinic. *Pediatrics*. 1992;289:279-83.

33. Masvidal RM, Miguel Gil B, Vall M, Zabaleta E, Carnero E, Rodríguez de la Rubia C. Estudio

de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:22-7.

34. Arce A, Íñigo M, Cabello L, Burgoa L. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:210-2.

