

PROTOCOL D'ATENCIÓ A INFANTS IMMIGRATS

Programa de seguiment del nen sa



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

PROTOCOL D'ATENCIÓ A INFANTS IMMIGRATS

PROGRAMA DE SEGUIMENT DEL NEN SA

**PROTOCOL D'ATENCIÓ
A INFANTS IMMIGRATS
PROGRAMA DE SEGUIMENT DEL NEN SA**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Protocol d'atenció a infants immigrants : programa de seguiment del nen sa

Bibliografia

ISBN 84-393-6854-2

I. Fernández Bardón, Rosa II. Prats i Coll, Ramon

III. Catalunya. Departament de Salut

1. Infants immigrants – Catalunya – Salut i higiene – Manuals, guies, etc. 2. Infants immigrants – Catalunya – Assistència mèdica – Manuals, guies, etc. 3. Medicina preventiva – Manuals, guies, etc.

616-084-053.2(467.1)

© Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública

Primera edició: Barcelona, setembre de 2005

Tiratge: 500 exemplars

ISBN: 84-393-6854-2

Dipòsit legal: B-35.942-2005

Coordinació editorial: Secció de Publicacions i Imatge

Producció: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions

Impressió: Grinver, SA

Índex

Autors _____	7
Presentació _____	11
Introducció _____	15

Capítol I

Població objecte i procediments a seguir

Grup 1: Infants fills d'immigrats, nascuts aquí i que segueixen el Programa de seguiment del nen sa _____	21
Grup 2: Infants que van a passar estades al país d'origen dels pares _____	21
Grup 3: Infants que tornen de passar estades al país del pares _____	22
Grup 4: Infants immigrants que arriben per primera vegada al nostre país _____	22

Capítol II

Història clínica, exploració general i proves de laboratori

1. Anamnesi _____	25
2. Exploració física completa _____	25
2.1. Exploració de la pell i les mucoses _____	25
2.2. Avaluació del desenvolupament psicomotor _____	26
3. Proves de laboratori per a infants immigrants asimptomàtics _____	26

Capítol III

Avaluació dels hàbits alimentaris i consell alimentari

1. Avaluació dels hàbits alimentaris _____	29
1.1. Anamnesi _____	29
1.2. Enquesta alimentària _____	29
2. Consell alimentari _____	29
2.1. Consell alimentari per a lactants: lactància materna fins als 4-6 mesos d'edat _____	29
2.2. Consell alimentari per a infants de 6 a 24 mesos d'edat _____	30

2.3. Consell alimentari per a totes les edats: alimentació equilibrada en la població immigrada a partir de l'any d'edat _____	30
--	----

Capítol IV

Prevenició i cribratge de les malalties carencials

1. Prevenició i cribratge de la ferropènia _____	35
1.1. Prevenició farmacològica de la ferropènia en infants immigrants _____	35
1.1.1. A qui s'ha de fer la profilaxi medicamentosa _____	35
1.1.2. Període que ha de durar la profilaxi _____	35
1.1.3. Seguiment de la profilaxi de la ferropènia _____	35
1.2. Cribratge de la ferropènia _____	35
1.2.1. A qui s'ha de fer el cribratge _____	35
1.2.2. Com s'ha de fer el cribratge _____	36
1.2.3. Interpretació de resultats _____	36
2. Prevenició i cribratge del raquitisme _____	36
2.1. Prevenició del raquitisme _____	36
2.1.1. Prevenició farmacològica en lactants _____	37
2.1.2. Prevenició farmacològica en infants _____	37
2.1.3. Prevenició farmacològica en adolescents _____	37
2.1.4. Seguiment de la profilaxi farmacològica del raquitisme _____	37
2.2. Cribratge del raquitisme _____	37
2.2.1. A qui s'ha de fer el cribratge _____	37
2.2.2. Com s'ha de fer el cribratge _____	38
2.2.3. Interpretació de resultats _____	38
3. Tractament del raquitisme _____	38

Capítol V

Hemoglobinopaties

1. Consideracions generals _____	41
2. Cribratge de la drepanocitosi _____	41
2.1. A qui s'ha de fer el cribratge _____	41
2.2. Quan s'ha de fer el cribratge _____	41
2.3. Com s'ha de fer el cribratge _____	42
2.4. Seguiment del cribratge _____	42

Capítol VI

Prevenió i cribratge de les malalties infeccioses en infants immigrants

1. Prevenió de les malalties infeccioses _____	45
1.1. Vacunacions _____	45
1.1.1. Vacunacions en infants immigrants que arriben per primera vegada al nostre país _____	45
1.1.2. Vacunacions en cas de viatge a països de renda baixa _____	45
1.2. Mesures profilàctiques contra la malària _____	47
1.2.1. Protecció contra les picades de mosquits _____	47
1.2.2. Recomanacions per a grups especials _____	47
1.2.2.1. Dones embarassades _____	47
1.2.2.2. Infants _____	47
1.2.3. Vigilància postexposició _____	47
1.2.4. Viatgers de llarga estada _____	47
2. Cribratge de malalties infeccioses en infants immigrants _____	48
2.1. Sistemàtica a seguir per al cribratge _____	48
2.2. Cribratge de la tuberculosi en els infants immigrants _____	48
2.2.1. La prova de la tuberculina _____	48
2.2.2. Estratègia a seguir per descartar la malaltia tuberculosa activa _____	51
2.2.3. Estratègia a seguir en el cas d'infants amb infecció latent tuberculosa (ILT) _____	51

Capítol VII

Aspectes socio-sanitaris

1. Acollida i informació a les famílies immigrants des dins la consulta de pediatria _____	55
1.1. Facilitar l'intercanvi amb la societat d'acollida _____	55
1.2. Facilitar l'accés als serveis sanitaris i socials _____	55
1.3. Facilitar l'escolarització dels infants immigrants _____	55
2. La prevenció d'accidents en infants immigrants _____	56
3. Prevenió de maltractaments infantils en col·lectius d'immigrants _____	56
4. La salut mental en infants immigrants: el dol migratori _____	56
5. Prevenió de la mutilació genital femenina (MGF) _____	57
5.1. Situacions de risc que el professional sanitari ha de valorar _____	57
5.2. Indicadors de sospita _____	57
5.3. Recomanacions generals _____	57

Bibliografia _____	59
--------------------	----

Autors

Han coordinat l'elaboració d'aquest Protocol:

Rosa Fernández Bardón

Direcció General de Salut Pública
Departament de Salut

Ramon Prats Coll

Direcció General de Salut Pública
Departament de Salut

Han col·laborat en l'elaboració d'aquest Protocol:

Joseba Achotegui Loizate

Hospital Sant Pere Claver

Ester Coromina

CAP Manlleu

José Alcaide Megías

Director del Programa de prevenció
i control de la tuberculosi

Cecilia Cruz Rodríguez

CAP Gòtic

Estanislao Alonso Mayo

Pla director d'immigració i cooperació
en l'àmbit de la Salut

Elisa de Frutos Gallego

CAP Lluís Sayé (ABS Raval Nord)

Neus Altet Gómez

Unitat de prevenció i control de la tuberculosi
de Barcelona SAP Drassanes

Victoria Fumadó Pérez

Hospital de Sant Joan de Déu

Joan Batalla Clavell

Servei de Medicina Preventiva
Direcció General de Salut Pública

Eduard Guasch Jordán

CAP Manlleu

Roser Besora Anglerill

ABS Gòtic

Rafel Guayta i Escolies

Departament de Salut

Anna Cabot Dalmau

Hospital de Mataró

Mireia Jané Checa

DGSP. Departament de Salut

Montserrat Canet Pousa

CAP Olot

Lourdes Jovani Roda

CAP Ulldecona

Amelia Capitán Alberni

CAP Drassanes
ABS Raval Sud

Rosa M. Masvidal Aliberch

CAP Lluís Sayé (ABS Raval Nord)

Manuel Corachán Cuyàs

UASP Salut Internacional
Hospital Clínic

Beatriz Miguel Gil

CAP Lluís Sayé (ABS Raval Nord)

Irene Mayor Pegueroles

CAP Ulldecona

Úrsula Palau Borràs

CAP Balafra

Blanca Prats Viedma

DGSP. Departament de Salut

Marisa Ros Collado

Pla director d'immigració i cooperació
en l'àmbit de la Salut

Imma Sau Giralt

CAP La Garrotxa (Olot)

Olga Teixidó Senar

CAP Balafia

Roser Teixidor Feliu

Hospital Sant Jaume (Olot)

Carme Ollé Rodríguez

Pla director d'immigració i cooperació

Presentació

La societat actual, i amb ella el nostre entorn més immediat, es veu abocada a una adaptació contínua com a conseqüència dels canvis constants que vivim. Un dels fenòmens més recents i que estan suposant una gran readaptació social són la globalització i la creixent diversitat, que porten implícita una revisió dels nostres punts de vista i actituds. Dins d'aquest gran canvi, un dels col·lectius més importants són els infants, no només els fills dels immigrants que escullen Catalunya com a nou país de residència, sinó també els fills en adopció dels ciutadans i ciutadanes del nostre país.

La manera d'entendre i abordar l'atenció pediàtrica, per influència de factors relacionats amb la globalització i el moviment constant de les persones, ens porta a establir noves regles d'actuació, i a tenir en compte nous diagnòstics, noves patologies i, sobretot, noves maneres de relacionar-nos-hi. Tot canvi suposa modificacions en les relacions, però també nous incentius per enriquir la pràctica diària de l'atenció sanitària i també l'adquisició de noves eines per fer de l'assistència una pràctica equitativa i de qualitat.

La normalització en l'atenció als nouvinguts ens ha de dur a no prendre mesures especials quan sigui innecessari, però sovint en calen de més concretes i específiques per tal de posar en igualtat de condicions els individus i la població afectada. I és en aquest sentit que s'han de considerar, de manera específica, els riscos propis que poden afectar tant els infants immigrants (els fills d'immigrants) com els fills adoptats. En tots els casos, però, hem de partir de l'aplicació del Programa de seguiment del nen sa com a procediment normal per a tots els infants, sigui quin sigui el seu origen.

El Protocol que aquí els presento ha estat elaborat per professionals sanitaris entre els quals hi ha pediatres, infermers i altres especialistes implicats específicament en l'atenció d'infants immigrants. Són un col·lectiu que ha sabut adaptar els seus coneixements i les seves experiències a les noves realitats socials i que ha tingut l'empenta d'explicar-ne el recorregut, la manera com han superat les dificultats i les noves contrarietats observades. Ha calgut, a més, cercar les evidències –no sempre disponibles– sobre les recomanacions del que cal fer en cada cas. Esperem que aquestes experiències podran ser enriquides progressivament amb altres evidències i estudis locals aportats, de nou, per aquells que han elaborat aquest document o pels qui el comencin a utilitzar a partir d'ara com a eina de treball.

Espero, sincerament, que el fruit del treball elaborat pels professionals avesats a l'atenció al nen immigrant serà de gran utilitat per al col·lectiu sanitari i que totes les aportacions serviràn, d'ara endavant, per millorar el coneixement i la bona praxi.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

Introducció

En un entorn de creixent diversitat i en un món cada vegada més globalitzat, els professionals sanitaris hauran de fer front a malalties infeccioses importades o a problemes de salut no gaire habituals en el nostre medi sobre els quals caldrà donar orientacions adequades amb la màxima rapidesa possible. Cal tenir en compte que l'any 2003, un 16,7% dels nascuts vius a Catalunya eren fills de mares de nacionalitat estrangera. Es trobaran, doncs, pacients amb antecedents desconeguts, que provenen de països on les malalties infeccioses de distribució mundial són molt més prevalents que en el nostre entorn i, en concret, nens i nenes que, probablement, no hauran rebut les immunitzacions habituals i obligatòries del nostre país, i que en canvi en poden haver rebut d'altres.

El seguiment mèdic dels infants immigrants, fills d'immigrants, o dels infants adoptats s'ha d'orientar –a més de fer el cribratge de malalties infeccioses– a detectar altres processos. Per aquest motiu se'ls ha de fer una anamnesi acurada tot tenint en compte els costums i la cultura del seu país d'origen, factors que poden tenir transcendència per a la seva salut. Se'ls ha de practicar una exploració física completa, així com les anàlisis i proves complementàries adequades, i també valorar-ne l'estat nutricional i el desenvolupament psicomotor.

L'alimentació està fortament influenciada, entre altres aspectes, per la cultura i té implicacions importants en la salut de les persones. L'evidència científica i també l'experiència mostren que, en la població immigrada, s'hi troben patologies associades a dèficits alimentaris i que, de vegades, estan relacionades amb la cultura específica dels diferents països d'origen.

L'alimentació familiar és més propera a la del país d'origen com més recent és la migració. Els infants immigrants es troben a cavall entre les dues cultures i sovint prefereixen aliments nous, o els que veuen a la publicitat, en detriment dels aliments de qualitat de la dieta familiar. Atès que poden accedir amb més facilitat als aliments, tenen tendència a demanar i ingerir productes poc saludables, com els aliments transformats: patates fregides, pastisseria industrial, sucres, succedanis, sucres comercials i refrescos.

En els països de renda baixa, hi ha taxes altes de morbiditat i mortalitat com a conseqüència de malalties infeccioses que ja no es veuen gaire en el nostre entorn. Cal recordar que en molts d'aquests països encara hi ha molts infants que pateixen desnutrició i moren de malalties diarreïques, respiratòries i infeccioses, previsible mitjançant vacunació. A més, el xarampió, la poliomielitis, la rubèola congènita i el tètanus encara són prevalents en molts d'aquests països. Hem de tenir present també que les tres malalties infeccioses principals que maten milions de nens i nenes cada any, fonamentalment en els països pobres, són la tuberculosi, la malària i la sida.

L'orientació de l'atenció als infants immigrants ha de ser la mateixa que la del conjunt de la població infantil; és a dir, se'ls ha d'aplicar el *Protocol de medicina preventiva a l'edat pediàtrica*. Les aportacions d'aquesta publicació són orientacions complementàries per atendre algunes peculiaritats vinculades a la seva procedència geogràfica i cultural. La publicació s'ha estructurat d'acord amb les diverses situacions en què s'ha d'intervenir:

- Infants immigrants que arriben per primera vegada al nostre país.
- Infants, fills d'immigrants, nascuts aquí i als quals s'aplica el Programa de seguiment del nen sa.

- Infants que van a fer estades al país d'origen dels pares.
- Infants que tornen de fer estades al país d'origen dels pares.

Volem agrair la col·laboració dels professionals sanitaris que han participat en l'elaboració d'aquest material que, de ben segur, servirà d'orientació en l'atenció infantil, especialment la dels infants immigrants o de fills adoptats.

Antoni Plasència i Taradach
Director general de Salut Pública

M. Luisa de la Puente
Directora de l'Àrea Sanitària

Capítol I

Població objecte i procediments a seguir

Grup 1**Població objecte**

Infants fills d'immigrats, nascuts aquí i que segueixen el Programa de seguiment del nen sa.

Procediments a seguir

- Exploracions seguint les pautes del Programa de seguiment del nen sa, que és igual que per als autòctons (vegeu Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica).

Cal tenir una cura especial en els aspectes següents:

- En població de risc s'han de dur a terme activitats preventives per evitar la mutilació genital femenina (MGF) (vegeu cap. VII, pàg. 57).
- Prevenció en carències de vitamines i minerals (vegeu cap. IV, pàg. 35).
- Adequar els hàbits alimentaris (vegeu cap. III, pàg. 29).
- Cribratge, seguiment i tractament d'hemoglobinopaties (vegeu cap. V, pàg. 41).
- Adaptar les immunitzacions a les necessitats observades (vegeu cap. VI, pàg. 45).
- Informació i educació sanitària segons les necessitats observades: aspectes socio-sanitaris (vegeu cap. VII, pàg. 55).

Grup 2**Població objecte**

Infants que van a passar estades al país d'origen dels pares.

Procediments a seguir**Cal tenir una cura especial en els aspectes següents abans del viatge:**

- Comprovar que les vacunes sistemàtiques estiguin al dia, i avançar alguna vacuna si cal (vegeu cap. VI, pàg. 45).
- Vacunació de l'hepatitis A o A + B (si no se li ha administrat) (vegeu cap. VI, pàg. 46).
- Vacunacions específiques que siguin necessàries segons el país que es visiti (vegeu cap. VI, pàg. 46).
- Vacunació amb BCG únicament per als que s'hi quedaran a viure més de sis mesos (vegeu cap. VI, pàg. 46).
- Quimioprofilaxi antipalúdica en aquells infants que van a països endèmics (vegeu cap. VI, pàg. 47).
- Exploració sistemàtica dels genitals en població de risc de mutilació genital femenina (MGF) abans de marxar de viatge (vegeu cap. VII, pàg. 57).
- Aconsellar i programar la visita perquè portin l'infant a revisió pediàtrica quan tornin de l'estada.
- Donar recomanacions als pares per a l'estada al país d'origen (vegeu el web <http://www.gencat.net>).

Grup 3

Població objecte

Infants que tornen de passar estades al país dels pares.

Procediments a seguir

Per avaluar la importància dels contactes produïts durant l'estada, cal tenir en compte el medi on ha viscut l'infant (medi rural, urbà, etc.), la situació epidemiològica, els riscos especials de la zona, etc., i dins d'aquest context, la durada de l'estada. En qualsevol cas, s'ha de seguir el procediment següent:

- Exploració física general (vegeu cap. II, pàg. 25).
- Exploració dels genitals en població de risc de mutilació genital femenina (MGF) (vegeu cap. VII, pàg. 57).
- Revisió de l'estat de les vacunacions (vegeu cap. VI, pàg. 45).
- Cribratge de malalties infeccioses (vegeu cap. VI, pàg. 48).

Especialment:

- Gota grossa per a investigació de plasmòdium (si procedeixen de països d'alta endèmia quan hi ha febre).
- Investigació de paràsits en femta i orina si hi ha hematúria, o si provenen de zones endèmiques d'esquistosomiasi. Cal valorar el possible risc d'esquistosomiasi en cas d'activitats de risc com ara els banys a rius i llacs, o les caminades descalç.
- Prova de la tuberculina (2-3 mesos després de la tornada o immediatament si l'estada ha durat més de 2-3 mesos) (vegeu cap. VI, pàg. 48).
- Valorar altres analítiques segons cada cas.
- Valorar la profilaxi amb antipalúdics i insistir en la importància d'acabar en tractament.

Grup 4

Població objecte

Infants immigrants que arriben per primera vegada al nostre país.

Procediments a seguir

- Anamnesi completa (vegeu cap. II, pàg. 25).
- Exploració física completa (vegeu cap. II, pàg. 25).
- Exploració dels genitals en població de risc de mutilació genital femenina (MGF) (vegeu cap. VII, pàg. 57).
- Anàlisi bàsica (vegeu cap. II, pàg. 26).
- Estudi específic si hi ha la sospita d'alguna patologia concreta.
- Posar al dia les vacunes (vegeu cap. VI, pàg. 45).
- Cribratge de les malalties infeccioses (vegeu cap. VI, pàg. 48).

Especialment:

- Prova de la tuberculina (vegeu cap. VI, pàg. 48).
- Invetigació de paràsits en femta (a tothom) i en orina si hi ha antecedents de banys en tot el territori africà (esquistosoma urinari).
- Investigació de plasmòdium en infants procedents de països d'alta endèmia o si es produeix un episodi febril.
- Altres serologies (adaptat a cada cas) en infants procedents de zones endèmiques.

Capítol II
Història clínica, exploració general
i proves de laboratori

1. Anamnesi

En ocasions l'elaboració d'una bona història clínica pot estar dificultada per la manca de comunicació i la percepció cultural diferent de la malaltia. Per això, d'entrada cal buscar solucions operatives per tal de salvar aquest inconvenient adaptant-se a cada cas i poder així obtenir la informació necessària.

A més de les dades habituals és important fer constar:

- El país d'origen (cal especificar si era una zona rural o urbana i les condicions higienicosanitàries generals del lloc on vivia).
- La data que va abandonar el país d'origen; també és molt important saber les escales i estades que hagi pogut fer en el viatge fins a arribar aquí, o si va venir en un vol directe des del seu país d'origen, etc.
- La data de l'últim viatge al seu país d'origen.
- Religió.
- Consanguinitat en la família.
- Dades sobre l'embaràs i el part.
- Tipus de lactància i durada.
- Preguntar sempre si tenen un carnet de salut del ministeri de salut del seu país, i recollir acuradament la informació per fer la revisió del calendari de vacunacions de l'infant, comprovant si es va administrar BCG (per cicatriu en el deltoides, l'avantbraç, les natges, l'esquena, etc.), anti-hepatitis B (no és excloent per realitzar la serologia d'hepatitis), la vacuna triple vírica o només la vacuna antixarampió.
- Antecedents de patologies importants, ingressos hospitalaris, intervencions quirúrgiques i transfusions prèvies.
- Avaluació dels hàbits alimentaris (vegeu cap. III, pàg. 29).

2. Exploració física completa

Cal seguir les pautes dels protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica (Programa de seguiment del nen sa).

Són d'especial rellevància:

- El desenvolupament pondoestatural.
- L'exploració abdominal.
- L'exploració dels genitals externs.
- L'exploració de la pell i les mucoses (vegeu ap. 2.1).
- El desenvolupament psicomotor i cognitiu (vegeu ap. 2.2).
- La revisió de l'audició, de la visió i de l'estat bucodental.
- Radiografia de tòrax en el cas d'obtenir la prova de la tuberculina positiva o per indicació clínica (vegeu cap. VI, pàg. 50).

2.1. Exploració de la pell i les mucoses

S'ha de realitzar l'exploració física completa buscant signes de dèficits nutricionals (mucoses pàl·lides, dermatitis, característiques del cabell, etc.) i si es considera necessari cal fer una anàlisi complementària.

A l'examen inicial és aconsellable una exploració exhaustiva per detectar possibles ectoparàsits, escabiosi i pediculosi —ja que són relativament freqüents—, així com lesions compatibles amb la tinea corporis i tinea capitis. Igualment, cal buscar sistemàticament lesions com les que s'especifiquen tot seguit, que en general són més poc freqüents en el nostre medi i que per aquest motiu podrien passar desapercebudes.

Cribratge de larva migrans

A infants immigrants o viatgers, nouvinguts d'àrees tropicals o subtropicals (amb antecedents de caminar descalç), que presentin, sobretot en peus i extremitats,

tats inferiors, lesions filiformes serpiginoses eritematoses que poden produir pruïja. S'ha de tractar amb albendazole.

Cribratge de leishmània cutània

A infants, procedents del tròpic, amb pàpules ulcerades que persisteixen setmanes o mesos.

Les proves serològiques no són tan útils per al diagnòstic de la leishmània cutània com la tinció de Giemsa d'extensions d'un aspirat o de l'empremta d'una biòpsia procedent de lesions mucocutànies (deriveu a un centre especialitzat).

Cribratge de lepra

A infants immigrants que presenten lesions cutànies hipopigmentades o anestèsiques, o si s'observen nervis perifèrics enquistats. Si hi ha cap sospita, deriveu a un centre especialitzat.

2.2. Avaluació del desenvolupament psicomotor

En la valoració del desenvolupament psicomotor és important tenir en compte les variables socio-culturals, ja que l'adquisició d'algunes fites de desenvolupament poden variar i no coincidir amb la referència que tenim de la nostra població. En aquest sentit, és bastant habitual que els infants adoptats que han estat en orfenats tinguin un desenvolupament psicomotor que correspondria a edats inferiors: aquest retard, però, és reversible amb l'afecte i l'estimulació adequada. Tanmateix no s'han d'infravalorar aquestes troballes i s'han de descartar possibles problemes sensorials.

És primordial la mesura del perímetre cranial en tots aquests infants: la troballa de microcefàlia obliga a estudiar títols d'anticossos per a rubèola, toxoplasmosi i sífilis, i davant la presència de macrocefàlia i retard psicomotor s'ha de descartar la toxoplasmosi i sobretot l'hipotiroïdisme.

3. Proves de laboratori per a infants immigrants asimptomàtics

Si l'infant presenta símptomes concrets, s'han de dur a terme les determinacions de laboratori que

correspongui segons cada cas. En aquest apartat ens referim únicament a les determinacions de laboratori que cal fer en els casos d'infants immigrants asimptomàtics.

- Comprovar si s'ha dut a terme el cribratge de fenilcetonúria, hipotiroïdisme congènit i fibrosi quística.
- Hemograma i estudi del ferro.
- Ca, P, FA (en infants procedents de països àrabs i en els adoptats).
- Prova de la tuberculina (vegeu cap. VI, pàg. 48).
- Paràsits en femta.
- Serologia de les hepatitis B i C.

A més a més, en casos especials i segons l'epidemiologia de la zona d'origen, cal fer les determinacions següents:

- Serologia del VIH.
- Serologia de Chagas (si procedeix d'àrees endèmiques: Amèrica Central i Amèrica del Sud). El risc és especialment elevat si han viscut en àrees rurals en cases de tova. Si surt positiva, deriveu a un centre especialitzat.
- Sediment i paràsits en orina, si procedeix d'una zona endèmica d'esquistosomiasi urinària (*S. haematobium*), i presenta hematúria.
- Gota grossa (en tots els que procedeixen de països d'alta endèmia, i si presenta febre i procedeix d'una zona endèmica). Si el resultat surt positiu, deriveu a un centre especialitzat.
- Coprocultiu (només en cas de diarrea).
- Estudi de l'hemoglobina (en raça negra o mixta, segons el país d'origen o segons el resultat de l'hemograma).
- Serologia luètica.

Capítol III
Avaluació dels hàbits alimentaris
i consell alimentari

1. Avaluació dels hàbits alimentaris

L'avaluació correcta dels hàbits alimentaris i d'alguns costums ens pot resultar molt útil per prevenir casos de ferropènia, dèficit de iode, hipocalcèmia, raquitisme, càries o obesitat. La població immigrada infantil és un grup de població en el qual es dona sovint la prevalença d'aquests trastorns relacionats amb la nutrició: la manca de recursos, els hàbits alimentaris propis d'algunes cultures i els condicionants genètics i/o ambientals són factors que hi intervenen.

1.1. Anamnesi

Per poder fer una acurada valoració dels hàbits alimentaris dels infants immigrants i les seves famílies, és important conèixer la seva cultura, costums i hàbits, i tenir-ho en compte en el moment de realitzar l'anamnesi. Igualment, s'ha de preguntar on acostumen a fer els principals àpats, en companyia de qui l'infant menja habitualment, els ritmes fisiològics (son, deposicions, gana), etc.

1.2. Enquesta alimentària

La millor manera de conèixer el tipus de dieta que segueix cada nen/a és mitjançant una enquesta alimentària de 24 hores sobre els hàbits alimentaris de cada família per recollir la informació més exacta possible sobre els costums culinaris, i els aliments i begudes que ingereix l'infant durant un dia normal (la dieta "tipus"). Igualment, per avaluar més acuradament quina és l'aportació nutricional, cal incloure en aquesta recollida d'informació dades sobre altres hàbits que poden estar relacionats: l'exposició al sol, el seguiment del ramadà, etc. En el cas dels lactants cal preguntar per les tècniques de lactància a demanda (pocs minuts cada hora, cada dues hores...).

Després de conèixer aquesta informació tindrem elements per valorar si la dieta que té l'infant és correcta o si cal aconsellar modificar-la i assolir, així, una dieta equilibrada per a l'edat. En aquest cas s'ha de tenir en compte de no desviar-nos, en la mesura que sigui possible, dels aliments que tenen costum d'utilitzar i respectar els seus costums sempre que no siguin perjudicials per al correcte desenvolupament del nen/a.

És molt important fer una bona avaluació de l'alimentació familiar per adaptar-la a la correcta introducció dels aliments bàsics en els infants immigrants. Amb la finalitat d'orientar el consell alimentari, cal conèixer algunes característiques de l'alimentació i hàbits en els diferents grups de famílies d'immigrants segons els països de procedència més habituals en el nostre medi (vegeu informació al web del Departament de Salut).

2. Consell alimentari

El consell alimentari als infants immigrants s'ha de basar en el coneixement de la dieta que practica la seva família; en general, s'han de seguir les mateixes recomanacions (ESPGHAN) que es donen a les consultes de pediatria dins de les visites preventives del Programa de seguiment del nen sa als infants i famílies autòctons, ja que també són vàlides per als nens/es que provenen de països diferents al nostre, sempre que respectin els seus costums alimentaris quan siguin nutricionalment correctes. L'objectiu, però, consisteix a rectificar les característiques i hàbits necessaris per adaptar la dieta amb els mínims canvis possibles perquè l'infant segueixi una alimentació equilibrada i adequada a les seves necessitats, i millorar així la seva nutrició.

A l'hora de donar el consell alimentari cal tenir en compte que, possiblement, a les mares immigrades no els resultin familiars molts dels productes dels nostres mercats ni la seva equivalència amb productes del seu país d'origen. En aquest sentit, cal adaptar-se a cada cas en concret, però alguns dels consells específics útils es resumeixen tot seguit.

2.1. Consell alimentari per a lactants: lactància materna fins als 4-6 mesos d'edat

- És important aconsellar la lactància materna, i donar les normes sobre horaris i les posicions correctes, per escrit i traduïdes a l'idioma de la mare si és possible (vegeu el web del Departament de Salut).
- Cal fer atenció a les mares que segueixen dietes excloents: semivegetarianes, ovolactovegetarianes, lactovegetarianes, vegetarianes absolutes

(vegan a Paquistan i l'Índia) o macrobiòtiques. En efecte, aquestes dietes poden comportar que la llet les mares sigui deficitària en alguns nutrients.

- En el cas que segueixin la lactància artificial, és també molt important donar els consells adients, per escrit i traduït a l'idioma de la mare si és possible (vegeu el web del Departament de Salut).
- S'ha d'informar sobre els inconvenients d'allargar la lactància quasi exclusiva fins als 18 mesos o més com és costum en algunes cultures. Això pot comportar problemes a l'hora d'introduir l'alimentació complementària, ja que el lactant no té prou sensació de gana i pren poc complement de fruita, verdura, etc., cosa que pot ser motiu d'anèmies importants.
- S'ha d'aconsejar la introducció de l'alimentació complementària a partir dels 5 mesos d'edat de l'infant (introducció progressiva fins als 24 mesos d'edat com en la resta de la població), ja que algunes mares tenen dificultat amb la introducció de nous aliments i poca voluntat per fer-ho perquè segueixen les creences d'algunes cultures d'origen.
- En els casos que estigui indicada l'administració de complements vitamínics en el primer any de vida és necessari aconsellar-ne la continuïtat perquè sovint s'abandona el tractament.

- Per a aquesta introducció progressiva de l'alimentació complementària s'han de seguir els criteris generals i recomanacions de l'ESPGHAN, tenint cura de respectar els productes que coneixen (carns, verdures, fruites i cereals propis del seu país d'origen). S'ha de recomanar que no prenguin productes integrals fins als tres anys d'edat (per exemple, el pa chapati), ja que disminueixen l'absorció del calci i ferro.
- S'han de vigilar especialment els hàbits d'algunes cultures sobre la distribució i l'associació dels diferents tipus d'aliments, i aconsellar adequadament:
 - Que prenguin cereals enriquits amb ferro des dels 4-6 mesos d'edat.
 - Que redueixin l'alt consum de sucres fins i tot abans de l'any d'edat.
 - Que prenguin els aliments rics en ferro associats amb aliments rics en vitamina C; els aliments rics en calci s'haurien de prendre en altres àpats.
 - Que comencin a introduir la carn entre els 6-9 mesos d'edat.
 - Que no prenguin llet de vaca abans dels 12 mesos d'edat i que se'n vigili la quantitat, ja que pot repercutir en el fet que no prenguin altres aliments i també en l'absorció que en fan.

2.2. Consell alimentari per a infants de 6 a 24 mesos d'edat

És molt important que proporcionem a les mares d'aquests infants la traducció de normes generals per escrit o per mitjà de pictogrames referents a la cronologia d'introducció dels aliments i mètodes d'ingesta (vegeu els models de material útil al web del Departament de Salut).

Introducció progressiva dels diferents aliments

- A partir dels 6 mesos la llet no sol ser suficient per cobrir les necessitats nutritives del lactant i per tant hem d'introduir altres aliments com les fruites, farines, verdures i proteïnes.

2.3 Consell alimentari per a totes les edats: alimentació equilibrada en la població immigrada a partir de l'any d'edat

- En infants immigrants de més de dos anys, cal explicar la piràmide de l'alimentació equilibrada gràficament, insistint en l'exclusió d'aliments superflus.
- El consum d'aliments potencialment cariògens i la prevalença de càries acostuma a ser més alta en els infants immigrants que en la resta de la nostra població. Cal donar, doncs, consells en aquest sentit.

- La prevalença de dèficit de iode, segons un estudi fet en escolars de Mataró, és tres vegades més gran en població immigrada que en autòctons. Per això, tenint en compte les conseqüències que pot tenir per al seu desenvolupament físic i mental, cal tenir-ho present en el consell alimentari, i per tant recomanar la utilització de sal iodada i peix així com el consum moderat de naps, cols i patates dolces.
- Alguns estudis assenyalen que la població immigrada consumeix pocs productes làctics i peix.
- S'ha trobat una major freqüència de raquitisme i anèmia ferropènica entre els infants immigrants que en la població autòctona, per la qual cosa s'ha d'aconsellar:
 - Que prenguin aliments rics en vitamina C (fruites i vegetals per millorar l'absorció del ferro de la dieta).
 - Que prenguin aliments rics en ferro (cereals enriquits, carn magra, aus, cereals, llegums i vegetals de fulles verdes a partir de l'any d'edat).
- També cal recordar que el ferro de la dieta procedeix principalment de la carn, cereals, llegums, i verdures fresques i cuites (el ferro dels aliments d'origen vegetal, però, és absorbit pitjor que el procedent de les carns i vísceres).

Afavoreixen l'absorció del ferro:

- Ingesta de vitamina C.
- El ferro vegetal és absorbit millor si es pren amb carn i peix pel seu contingut en cisteïna que actua com a activador.

Difículten l'absorció del ferro:

- La presència de tanins en algunes fruites, el te i el cafè.
- Els fitats de cereals integrals, cutícules de llavors i lleguminoses.
- El ferro dels vegetals, en bullir-los, passa en un 20% a l'aigua de cocció mentre que els fitats hi romanen.

Afavoreixen l'absorció del calci:

- L'aportació necessària de vitamina D.
- Quantitats moderades de greixos en la dieta.
- L'aportació suficient de proteïnes en la dieta: si és elevat es relaciona amb l'excreció renal de calci.

Difículten l'absorció del calci:

- El dèficit de vitamina D.
- L'excés de fosfats en la dieta (la relació de Ca/P recomanada és d'1/1).
- La dieta rica en substàncies quelants del calci (oxalats i fitats*).
- Excés de greixos en la dieta.

(*) **Aliments rics en oxalats:** bledes, espinacs, espàrrecs, cacau, vi i te.

Aliments rics en fitats: sègol, peles de cereals, llavors, lleguminoses, pa i galetes integrals.

Capítol IV
Prevenció i cribratge
de les malalties carencials

A causa de l'elevada prevalença dels problemes que tractem en aquest apartat i que sovint la seva presència no és aparent, creiem necessària la pràctica d'un cribratge sistemàtic per poder-los detectar i tractar al més precoçment possible. En ocasions és convenient fer directament la prevenció sistemàtica.

1. Prevenció i cribratge de la ferropènia

La ferropènia la trobem freqüentment en immigrants i en fills d'immigrants integrats a les nostres comarques, perquè, de vegades, presenta formes severes encara que "ben tolerades" i sovint acompanya altres tipus d'anèmia.

1.1. Prevenció farmacològica de la ferropènia en infants immigrants

La prevenció farmacològica ha d'anar de la mà de l'educació d'hàbits i alimentària, sense abandonar mai una actitud de respecte cap als hàbits o costums de l'altra cultura, i sense oblidar la possible presència de greus dificultats econòmiques.

Tant pel que fa a la prevenció medicamentosa com al tractament, cal tenir en compte les enormes dificultats que representa l'administració perllongada d'un medicament, malgrat l'aparent comprensió i acceptació per part de la mare o de qui es fa càrrec de la cura de l'infant.

1.1.1. A qui s'ha de fer la profilaxi medicamentosa

Les indicacions de profilaxi de ferropènia en un nen/a de família immigrada són les mateixes que en la població infantil autòctona general, tot i que en aquests col·lectius hi conflueixen sovint molts factors de risc com:

- Elevada freqüència d'alletament matern exclusiu perllongat (> 6 mesos).
- Escàs acompliment de la introducció de sòlids, rics en ferro, en el lactant i escassa ingesta en infants

més grans, que solen tenir una alimentació lactofarinàcia amb molts dolços.

- Utilització de llet de vaca sencera abans de l'any.
- Sovint, condició socioeconòmica baixa.

1.1.2. Període que ha de durar la profilaxi

En el cas que estigui indicada, la profilaxi s'ha d'administrar a partir dels 6 mesos d'edat i fins a aconseguir una alimentació amb aportació suficient de ferro.

S'ha de recomanar alletament exclusiu almenys durant 4-6 mesos i la profilaxi amb ferro cal iniciar-la a partir d'aquest moment (1 mg/kg/dia) en els infants a terme i amb pes adequat per a l'edat gestacional en néixer, i fins que l'alimentació complementària aporti quantitats suficients de ferro.

En els prematurs i en els infants a terme amb baix pes s'ha d'iniciar aproximadament als 2 mesos (la quantitat a administrar depèn del pes en néixer) fent la dieta que facin, ja que neixen amb reserves baixes.

1.1.3. Seguiment de la profilaxi de la ferropènia

És cabdal anotar el medicament prescrit i la dosi al carnet de salut i a la història clínica per evitar una prescripció similar per part d'un altre facultatiu.

1.2. Cribratge de la ferropènia

1.2.1. A qui s'ha de fer el cribratge

- A tots els lactants que fan alletament matern exclusiu més enllà dels 6 mesos d'edat.
- Als infants que s'alimenten amb llet o fórmula sense suplement de ferro o quan aquest és insuficient (< 0,7 mg/dl).

- Als que fan alimentació complementària pobra en ferro (carn o peix ocasionals o en molt petites quantitats, o bé que segueixen una alimentació vegetariana).
- Als que tenen com a antecedent la prematuritat en néixer i que no hagin rebut suplementes de ferro.
- Als que arriben per primera vegada al país i es detecta una ferropènia.

1.2.2. Com s'ha de fer el cribratge

Tenint en compte que l'extracció de sang és una tècnica invasiva que no sol ser rebuda de bon grat, se n'ha d'evitar tant com sigui possible la repetició; també seria desitjable fer les extraccions per micromètode.

El cribratge de la ferropènia s'ha de dur a terme entre els 8-12 mesos d'edat i procurar distanciar-lo un mínim de 15 dies després del darrer quadre infecció.

Donada la resistència i la dificultat per repetir extraccions de sang, recomanem fer sistemàticament les determinacions següents:

- Hemograma.
- Ferritina.
- Morfologia de sèrie roja i reticulòcits.

En infants de col·lectius de risc (pell fosca) cal afegir:

- Estudi de drepanocitosi (vegeu més endavant).

1.2.3. Interpretació de resultats

Quan la ferritina és baixa (amb microcitosi o sense i tant si disminueix l'hemoglobina com si no ho fa), cal tractar-se de ferropènia amb anèmia o sense mitjançant ferroteràpia: 5-6 mg/kg/dia, durant un període de 2-3 mesos.

Quan persisteixi la microcitosi un cop corregida la ferropènia, s'ha de determinar l'Hb A2 i l'Hb F per descartar betatalassèmia, prevalent a la població de la conca mediterrània i l'Àfrica (no és valorable, però, si hi ha ferropènia).

Si l'estudi de betatalassèmia és normal, cal pensar en alfatalassèmia, prevalent a l'Àfrica negra (el diagnòstic és genètic).

2. Prevenció i cribratge del raquitisme

2.1. Prevenció del raquitisme

El raquitisme carencial és una malaltia reemergent en el nostre entorn que s'observa de manera clínica o subclínica en població immigrada:

- Infants de pell fosca immigrants a la nostra latitud, entre els tres mesos i els cinc anys i aparentment ben nodrits, malgrat haver rebut prèviament una aportació profilàctica de 400 UI de colecalciferols diaris.
- Infants de pell blanca que reben poca insolació.
- Adolescents, principalment del sexe femení.

Abans de l'aparició dels canvis radiològics que defineixen la malaltia, es poden detectar alteracions biològiques que defineixen el concepte de "raquitisme subclínic".

S'ha establert una relació directa amb:

1) Baixa insolació:

- La major necessitat d'insolació de la pell fosca per a la síntesi de la vitamina D (de fet, és una hormona), per sobre de tots els altres factors.
- La permanència en l'interior dels domicilis de gestants, lactants i moltes adolescents.
- La indumentària de les embarassades i adolescents (moltes van molt tapades).

2) Alimentació deficient en vitamina D (lactant alimentat al pit d'una mare deficitària, o amb alleta-

ment matern exclusiu no suplementat més enllà dels 6 mesos).

3) Alimentació deficient en calci i/o rica en quelants del calci: oxalats (te, bledes, espinacs, espàrrecs, cacau), fitats (segó, cereals integrals, granes, lleguminoses) o fosfats.

4) Factors genètics: es relacionen amb el metabolisme de la vitamina D o amb polimorfismes del seu receptor.

2.1.1. Prevenció farmacològica en lactants

- Colecalciferol (vitamina D3) oral, 400-1.000 UI (segons el grau d'exposició solar), cada dia al domicili. Cal tenir molt en compte i transmetre amb claredat, amb una explicació senzilla i entenedora, el perill de sobrepassar les dosis prescrites o l'abandó del tractament.
- O bé: colecalciferol, 100.000 UI per via oral, en una única dosi cada 3 mesos a la consulta fins als 18-24 mesos; o dosis menors però equivalents si és cada 2 mesos.
- Reduir les dosis proporcionalment si fan alletament artificial, i a més a més:
 - Vigilar que no preparin biberons hiperconcentrats o que les farinetes no siguin excessivament riques en fòsfor (ex.: Maizena o algunes farines africanes).
 - Recomana que surtin a passejar.

2.1.2. Prevenció farmacològica en infants

- Durant tota la infància cal recomana que hi hagi prou aportació alimentària de calci i exposició al sol suficient, com a tots els nens/es.

2.1.3. Prevenció farmacològica en adolescents

- Si hi ha manca d'insolació, principalment a l'hivern, cal donar suplement diari de vitamina D calculant unes necessitats de 400 a 1.000 UI al dia o dues dosis de 100.000 UI (separades amb un interval de 2 mesos) a l'inici de l'hivern.

I a més a més:

- Estimular el consum de làctics o recomana suplement de calci calculant unes necessitats de 1.300 mg/dia fins als 18 anys.
- Recomana que és necessari disminuir les ingestes de quelants (per exemple, el te) quan es considerin excessives.
- Recomana augmentar l'exposició solar.

2.1.4. Seguiment de la profilaxi farmacològica del raquitisme

- Vigilar la possibilitat de sobredosificació, en cas de dosis diàries.
- En el cas que donem dosis altes periòdicament a la consulta, ha de quedar clarament anotat a la història i al carnet de salut.

2.2. Cribratge del raquitisme

2.2.1. A qui s'ha de fer el cribratge

- A tots els lactants de pell fosca (negres, pakistanesos, afrocaribenys, etc.).
- Als lactants de pell clara fills de mares que van molt tapades i que reben una insolació escassa.
- A les adolescents que van molt tapades i fan alimentació pobre en calci i rica en quelants.
- A tots aquells que no reben prou vitamina D o prou calci en la dieta (infants amb dietes vegetarianes, lactants alletats amb llet d'ametlles, etc.).

Es pot prescindir de realitzar el cribratge quan, tot i pertànyer a algun d'aquest grups de risc, s'ha fet la prevenció correctament (atenció als que han pres dosis diàries al seu domicili).

2.2.2. Com s'ha de fer el cribratge

Recomanem fer el cribratge de raquitisme als 8-12 mesos o abans si se sospita aquest trastorn, juntament amb el cribratge de ferropènia (i hemoglobi-nopaties si l'infant és de pell fosca). També s'ha de dur a terme aquest cribratge en els adolescents de risc:

- Determinació de calci, fòsfor, fosfatases alcalines.

2.2.3. Interpretació de resultats

- Si les fosfatases alcalines són ≥ 600 UI cal fer radiografia de canell i mà.
- Si hi ha signes de raquitisme cal fer tractament.
- Si les fosfatases alcalines són de 600-1.000 UI i la radiologia és normal, actitud expectant amb seguiment estricte del tractament profilàctic.
- Si les fosfatases alcalines són de > 1.000 UI, amb afectació o sense en la imatge radiològica i tant si hi ha símptomes clínics com si no n'hi ha, cal pensar en raquitisme i fer el tractament. No hem d'oblidar, però, la possibilitat que es tracti d'una hiperfosfatàsèmia transitòria; la determinació de 25-OH-vit. D pot ajudar a fer aquest diagnòstic.
- La presència d'un nivell normal de vitamina D en sang no sempre descarta el raquitisme.

més ràpida la curació, i no hi ha tants casos de sobredosificació, al contrari del que pot succeir quan s'utilitzen pautes de petites dosis diàries per via oral entre 3.000 i 10.000 UI en un període de 6 a 16 setmanes.

- Cal donar calci per via oral si hi ha hipocalcèmia.
- Un cop fet el tractament cal seguir amb la profilaxi de vitamina D periòdica i recomanar la ingesta de calci adequat per l'edat.

3. Tractament del raquitisme

- Es pot donar una dosi única de vitamina D3 oral de 600.000 UI, que es pot fraccionar en diverses dosis al llarg d'un dia a la consulta.

Amb una dosi única es produeixen menys complicacions relacionades amb la hipocalcèmia; també és

Capítol V

Hemoglobinopaties

1. Consideracions generals

L'hemoglobinopatia de major rellevància és la drepanocitosi. És necessari el diagnòstic precoç mitjançant cribratge, a fi d'instaurar les mesures profilàctiques al més aviat possible, cosa que disminuiria la morbimortalitat que comporta la malaltia.

La drepanocitosi es dona fonamentalment en individus de raça negra, especialment de zones on hi ha paludisme endèmic, ja que aquesta hemoglobinopatia confereix una certa protecció a la multiplicació intraeritrocitària del plasmòdium.

Una aproximació a les dades d'hemoglobinopatia S en població immigrada ens mostra la següents xifres de prevalença:

- Negres africans, portadors: 20% (10-28); malalts: 1,47%.
- Afrocaribenys i altres negres, portadors: 11%; malalts: 0,56%.
- Indopakistanesos, portadors: 1%; malalts: 0,08 x 1.000 (4% Hb E).
- El cribratge neonatal dut a terme a l'Hospital de Mataró revela un percentatge de portadors de 10,98% i de malalts d'un 1,22%.

A més a més de l'hemoglobinopatia S, se'n poden trobar d'altres com:

- Hb C (oest d'Àfrica).
- Hb D (Pakistan i nord-est de l'Índia).
- Hb E (sud-est asiàtic).

Totes aquestes hemoglobinopaties poden causar drepanocitosi.

2. Cribratge de la drepanocitosi

2.1. A qui s'ha de fer el cribratge

Aquest cribratge s'ha de fer als infants dels grups racials de pell negra que presenten major prevalença de la malaltia:

- Negres africans
- Afrocaribenys
- Indopakistanesos
- Originaris de la península Aràbiga
- Originaris del Magrib sud

2.2. Quan s'ha de fer el cribratge

En cas que no s'hagi fet el cribratge neonatal de la drepanocitosi (universal o de grups de risc) al centre maternal, tal com seria desitjable, caldrà fer-lo després en les condicions següents:

- Lactants que pertanyen a grups de risc (pell negra), preferiblement en els primers mesos de vida o en el moment del cribratge de la ferropènia/raquitisme.
- Infants menors de 5 anys de grups de risc no estudiats anteriorment (novinguts, canvis de domicili), amb símptomes o sense.
- Infants de més de 5 anys que siguin de grups de risc, simptomàtics (crisi infàrtiques, infeccions, anèmia hemolítica, accident vascular cerebral, úlceres cròniques o coma).

En el cas de trobar símptomes de sospita, deriveu a un centre especialitzat.

2.3. Com s'ha de fer el cribratge

- S'ha d'obtenir una mostra de sang venosa, o de sang de cordó o capil·lar del nadó a fi de realitzar una electroforesi d'Hb en medi alcalí i en medi àcid. Hi ha altres mètodes més costosos, utilitzats en el cribratge neonatal universal, com la cromatografia líquida, l'electroforesi amb focalització isoelèctrica i l'espectrometria de masses.

A l'hora d'interpretar els resultats del cribratge s'ha de tenir en compte que en cas d'haver-hi una hemoglobinopatia S, pot sortir l'Hb A2 falsament elevada (les xifres serien exageradament elevades).

2.4. Seguiment del cribratge

- Cal anotar sempre el resultat en un lloc ben visible al carnet de salut infantil.
- Si el resultat del cribratge surt positiu:

1) Pot ser només portador heterozigot (Hb As, Hb Ac). Únicament provoca crisis en situacions d'hipòxia (pneumonitis).

2) Pot estar malalt, i en aquest cas s'ha de:

- Fer profilaxi secundària amb les mesures educatives i de prevenció necessàries (penicil·lina V, vacunes especials, etc.).
- Fer el seguiment i el tractament més adient segons el cas (hidroxiurea, transfusions, trasplantament del moll de l'os, etc.).
- Fer profilaxi primària mitjançant un estudi familiar per poder donar un consell genètic personalitzat pregestacional (en PSAD-ASSIR) en el cas que es tracti d'una parella amb aquesta alteració de l'hemoglobina.

Capítol VI
Prevenció i cribratge de les malalties
infeccioses en infants immigrants

1. Prevenció de les malalties infeccioses

1.1. Vacunacions

1.1.1. Vacunacions en infants immigrants que arriben per primera vegada al nostre país

- Cal revisar el carnet o certificat de vacunacions del país d'origen. Si no en tenen cal fer una anamnesi acurada sobre vacunacions en la mesura que sigui possible; sempre, però, que hi hagi el mínim dubte raonable, hem d'actuar com si l'infant no estigués vacunat. S'ha de tenir una cura especial amb la fiabilitat dels certificats de vacunacions d'infants procedents d'orfenats, especialment de la Xina i de l'Europa de l'Est, i de certificats emplenats incorrectament.
- És comú en molts països en vies de desenvolupament l'administració de la vacuna antixarampió abans dels 12 mesos; en aquests casos, és necessari repetir, amb la triple vírica, les dues dosis del nostre calendari. S'ha de fer el mateix amb els infants vacunats només de xarampió, ja que les dues dosis són també recomanables per l'eradicació de la rosa i les galteres.
- Cal continuar o iniciar les vacunacions sistemàtiques dels infants tot seguint les recomanacions que, per les diferents edats, consten al Manual de vacunacions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Cal vacunar de l'hepatitis A tots els infants immigrants i fills d'immigrants majors de 12 mesos (es pot fer als 12 o als 24 mesos en funció del tipus de vacuna disponible), ja que són candidats a viatjar al seu país d'origen o al dels seus pares.
- Excepte en el cas que l'anàlisi de cribratge hagi donat serologia positiva per l'hepatitis B, cal vacunar de l'hepatitis B tots els infants immigrants, independentment de la seva edat, perquè en el seu ambient familiar poden tenir un major risc d'infectar-se pel virus que la nostra població autòctona. Per la mateixa raó, també s'han de vacunar de l'hepatitis B els fills d'immigrants nascuts en el nostre país que no estiguin vacunats.

1.1.2. Vacunacions en cas de viatge a països de renda baixa

- Si es pot avançar alguna vacuna sistemàtica per l'edat de l'infant, cal fer-ho amb la finalitat que el nen/a romangui ben vacunat tant de temps com sigui possible. En el cas dels lactants entre 6 mesos i un any cal posar una dosi de vacuna triple vírica; malgrat que s'haurà de repetir quan tinguin 15 mesos, hem de procurar que els majors de 13 mesos portin dues dosis de vacuna triple vírica (el temps mínim entre la primera i la segona és d'un mes).
- Si un infant marxa a viure més de sis mesos a un país on la vacuna BCG és sistemàtica, està indicada l'administració d'aquesta vacuna.
- Ens hem d'assegurar que l'infant estigui vacunat de l'hepatitis B i també de l'hepatitis A si té més de 12 mesos.
- Cal vacunar de la febre tifoide als majors de 6 anys amb la vacuna oral. En el cas de menors de 6 anys, l'administració de la vacuna parenteral s'ha d'avaluar individualment segons el risc.
- Si són necessàries més vacunes (vegeu la taula següent), cal remetre el pacient al Centre de referència d'atenció al viatger.

Vacunacions a infants que viatgen a països de renda baixa

Vacuna	Països subdesenvolupats on pot estar indicada	Consideracions
Calendari de vacunacions sistemàtiques a Catalunya	Tots	Avançar totes les que es puguin. Considerar fer ús de pautes accelerades.
Hepatitis A	Tots	A partir dels 12 mesos (*).
BCG	Tots	Si l'estada és superior a 6 mesos.
Febre tifoide oral	Tots	En majors de 6 anys. No cal si el viatge es fa a zones en bones condicions higièniques.
Febre tifoide parenteral	Tots	Valorar l'administració només en cas d'alt risc.
Febre groga	(**)	Per a viatges a alguns països. A partir dels 9 mesos d'edat. Considerar a partir dels 4-6 mesos només en cas d'alt risc.
Meningitis meningocòccica tetravalent	Països endèmics: segons l'OMS (**)	Molt important en cas de peregrinació a la Meca (vacuna quàdruple).
Encefalitis japonesa	Rússia oriental, NE de l'Índia, Xina, SE asiàtic, Corea	Majors de 12 mesos. Només en cas de brots epidèmics o si s'ha de quedar molt de temps en zones endèmiques. Provoca un 0,5% de reaccions al·lèrgiques o retardades greus.
Ràbia	SE asiàtic, Índia, Àfrica, Amèrica llatina	Considerar individualment segons el risc.

Cal considerar sempre les contraindicacions generals i específiques de les vacunes.

(*) Es pot fer als 12 o als 24 mesos en funció del tipus de vacuna disponible.

(**) Adreces d'Internet útils per l'actualització de les recomanacions i per saber les zones epidèmiques o endèmiques: www.cdc.gov/travel/index/htm.

1.2. Mesures profilàctiques contra la malària

1.2.1. Protecció contra les picades de mosquits

Les mesures següents són efectives per reduir el risc de picades de mosquit:

- Aplicar repel·lent d'insectes (N-diethyl-m-to-luamide o dimethyl phthalate) a la pell exposada, sobretot a la tarda quan es fa fosc que és quan més piquen els mosquits. Cal repetir les aplicacions cada 3-4 hores (especialment en climes calorosos i humits), seguir estrictament les recomanacions dels prospectes i controlar acuradament les dosis perquè no es poden sobrepassar, principalment en nens/es petits.
- Estar-se, si és possible, en una casa ben construïda i dormir amb mosquiteres a les finestres i portes. Si no és possible, cal tancar-les quan es pon el sol.
- Si a les habitacions poden entrar els mosquits, cal emprar una xarxa sobre el llit amb les vores agafades sota el matalàs i assegurar-se que no hi hagi forats ni mosquits dins. Es pot augmentar la protecció impregnant les mosquiteres amb permetrina o deltamethrin.
- Utilitzar aerosols contra mosquits o insecticides que continguin piretroides, o cremar rotlles de piretroides a les habitacions al vespre.

1.2.2. Recomanacions per a grups especials

• 1.2.2.1. Dones embarassades

La malària durant l'embaràs incrementa el risc de mort materna i del fill (avortament, nounat mort).

La profilaxi es pot fer amb cloroquina si no hi ha resistències. Si el *P. falciparum* és resistent a la cloroquina es recomana cloroquina i proguanil en el primer trimestre de la gestació. En el segon i tercer trimestres de l'embaràs es pot prescriure mefloquina sempre que no hi hagi altres contraindicacions.

• 1.2.2.2. Infants

Els nens/es petits són d'especial i alt risc ja que, ràpidament, poden caure greument malalts; la malària cerebral provoca la mort.

Els lactants i nens/es petits han d'estar ben protegits dels mosquits amb mosquiteres i repel·lents, i prendre quimioprofilaxi antipalúdica (referiu-ho a un centre especialitzat).

1.2.3. Vigilància postexposició

- L'aparició de febre en un infant que torna d'una àrea endèmica ha de fer pensar en la malària fins que no es demostrï el contrari.
- És necessària la visita mèdica immediata ja que els símptomes a l'inici no són específics: quadre gripal, diarrea, etc.

1.2.4. Viatgers de llarga estada

Cal seguir les recomanacions de profilaxi els tres primers mesos d'estada; després cal demanar consell als metges de família del lloc de residència. El risc d'efectes secundaris greus per prendre quimioprofilaxi durant un temps llarg (cloroquina i proguanil) és pràcticament nul.

2. Cribatge de malalties infeccioses en infants immigrants

L'objectiu d'aquest cribatge és fer una primera aproximació a les possibles malalties infeccioses, desconegudes o no massa habituals en el nostre medi que poden patir aquests infants, sempre tenint en compte que cal un bon nivell de coordinació entre el pediatre/a i els especialistes.

2.1. Sistemàtica a seguir per al cribatge

- Anamnesi adequada (vegeu cap. II, pàg. 25).
- Exploració física completa (vegeu cap. II, pàg. 25).
- Cribatge de laboratori per a infants immigrants asimptomàtics (vegeu cap. II, pàg. 26).
- Realització de la prova de la tuberculina.

2.2. Cribatge de la tuberculosi en infants immigrants

Els immigrants per motius econòmics que arriben a Catalunya procedeixen majoritàriament de països de renda baixa on les taxes d'incidència d'infecció i de malaltia tuberculosa són altes, especialment en la població menor de 50 anys d'edat, que és la que està més en contacte amb els infants. Això fa que aquests infants siguin considerats un grup d'alt risc per tuberculosi (TBC); per aquesta raó en els nens/es immigrants i en els fills d'immigrants està indicat el cribatge sistemàtic de la infecció i la recerca activa de la malaltia.

2.2.1. La prova de la tuberculina

La metodologia de recerca de casos està basada en la prova de la tuberculina (PT) mitjançant la tècnica de Mantoux seguint les recomanacions de l'OMS.

Tècnica de Mantoux

Consisteix en la injecció intradèrmica a la cara ventral de l'avantbraç, preferentment l'esquerra, de 0,1 ml de líquid diluent (Tween 80 o bioequivalent), amb la dosi corresponent de tuberculina: 2 UT de tuberculina PPD, varietat RT, lot núm. 23.

Per al seu ús i conservació s'ha de tenir en compte que la solució de tuberculina conté un estabilitzador antiadsorbent (Tween 80), que permet utilitzar la tuberculina d'un mateix envàs fins a esgotar-lo, sempre que no se sobrepassi la data de caducitat i hagi estat conservat sempre en un frigorífic a uns 4° C, protegit de la llum del dia, de fluorescents o de llum ultraviolada.

Cal que en el moment de l'administració el temps d'exposició a la llum i a la temperatura ambient sigui el mínim possible i que es faci servir una xeringa del tipus insulina i una agulla de bisell curt, calibre 26-27, d'ús individual. Sempre s'ha d'agitar el flascó abans d'extraure la dosi de tuberculina, i no és recomanable que sobrepassi els 30 minuts entre el moment d'omplir la xeringa i d'injectar la dosi.

La tuberculina és un extracte de cultiu de bacils tuberculosos: conté els antígens del *M. tuberculosis*, però també s'hi troben alguns antígens comuns als micobacteris no tuberculosos (MNT) o ambientals i al *Mycobacterium bovis* BCG (bacil vacunal). Aquests altres antígens poden originar PT positives o significatives, encara que en general les originades per infecció TB (*Mycobacterium tuberculosis*) són d'una mida més gran o més intenses (necrosi i/o vesiculació).

Aquest fet es constata a la pràctica diària ja que la població immigrada que actualment arriba a Catalunya presenta una taxa molt alta de vacunació amb BCG i molts procedeixen de països tropicals i subtropicals on és freqüent la infecció per micobacteris ambientals no tuberculosos (MNT). Aquestes circumstàncies, tal com s'ha esmentat anteriorment, produeixen reaccions creuades en la PT que dificulten molt fer-ne una interpretació correcta.

Podem concloure, per tant, que la PT té una baixa sensibilitat i especificitat per detectar la infecció tuberculosa, però a la pràctica és l'únic recurs que actualment disposem per al diagnòstic de la infecció tuberculosa. És per això que, malgrat les dificultats, en aquest Protocol es donen pautes per a la interpretació de la PT i s'estableixen les recomanacions pràctiques aconsellables en cada situació.

Quan s'ha de fer la PT a un infant immigrant o fill d'immigrants?

- Quan acudeixi per primera vegada al sistema sanitari.
- Quan se sospiti malaltia tuberculosa.
- Quan hagi estat en contacte amb un malalt de TBC.
- Abans de vacunar-lo amb BCG.
- Almenys cada dos anys, si la PT és negativa, durant els cinc primers anys d'estada de la seva família al nostre país.
- Cada dos anys, si la PT és negativa, i indefinidament si està en contacte repetidament amb persones que provenen de països no desenvolupats.

En infants vacunats amb BCG, si la PT és negativa i es pretén fer un seguiment periòdic, s'aconsella repetir la prova al cap de set dies i abans de quatre setmanes, per tal de detectar si la primera PT ha produït el fenomen d'empenta; en aquest cas el diàmetre de la segona PT serà superior a 5 mm sense que això suposi una infecció recent (aquest diàmetre serà el de referència per al seguiment periòdic).

Interpretació de la prova de la tuberculina (PT)

La lectura de la prova de la tuberculina es fa tenint en compte la situació epidemiològica i de risc d'emmalaltir de l'individu, així com els antecedents de vacunació amb BCG.

S'ha de mesurar el **diàmetre de l'induració** (no de l'eritema) en sentit perpendicular a l'eix del braç i fent constar sempre els mm (no només si és negatiu o positiu).

PT en infants immigrants que suggereix infecció de TB

No vacunats amb BCG	
Lectura de la PT	Circumstàncies individuals
≥ 1 mm	Infectats pel VIH (o immunosupressió)
≥ 5 mm	Totes
Vesiculació o necrosi (amb qualsevol diàmetre d'induració)	Totes

Vacunats amb BCG	
Lectura de la PT	Circumstàncies individuals
Vesiculació o necrosi, o ≥ 15 mm	Totes
≥ 5 mm	Contacte amb malalt bacil·lífer i/o presència de lesions radiològiques suggerents de TB.
≥ 18 mm o bé que entre la 1a i 2a PT el diàmetre s'hagi incrementat entre 10 i 15 mm.	Vacunats amb BCG als que no s'hagi induït l'efecte empenta antigènica

No oblidem, a més, que la vacunació amb BCG protegeix contra la lepra.

La vacuna BCG no impedeix la infecció tuberculosa, per la qual cosa la PT de 5 a 14 mm d'induració pot ser induïda per la vacuna o per infecció de M. tuberculosis. Com més temps hagi transcorregut des de la vacunació o major sigui el diàmetre de la induració de la PT, major és la possibilitat que la reacció sigui causada per infecció tuberculosa.

Es cataloga com a convertor de la PT l'individu en el qual la seva PT ha virat de negativa a positiva; es considera convertor recent si això s'ha produït en els últims dos anys.

Igualment, considerem convertor l'individu vacunat amb BCG que tingui dues PT prèvies de 0 mm i es torni positiu o el que no compleixi els criteris de l'efecte empenta.

EFFECTE BOOSTER (efecte empenta)

Es considera efecte empenta el produït, per efecte immunitari, per PT repetides en un individu vacunat amb BCG o infectat per un micobacteri ambiental o pel Mycobacterium tuberculosis. En el cas dels vacunats amb BCG, es considera que es deu a l'efecte empenta si la diferència entre la primera i segona PT és inferior a 12 mm sempre que la reacció a la segona PT no sigui superior a 17 mm d'induració.

Si la prova de la tuberculina dóna resultat positiu segons els quadres anteriors:

- Primer cal descartar la malaltia TBC activa.
- Un cop descartada la malaltia activa es pot concloure que el que hi ha és una infecció de TBC la-

tent (ITL) i s'indica el tractament adient a l'infant afectat.

En tots els casos que considerem que un infant està infectat cal fer un estudi de contactes. En el cas que sapiguem que el pacient ha estat en contacte amb el focus fora del nostre país, cal recomanar que es revisin els contactes al país d'origen.

2.2.2. Estratègia a seguir per descartar la malaltia tuberculosa activa

Si hi ha signes d'afectació dels ganglis limfàtics o un altre òrgan, o en el cas que la radiografia de tòrax sigui patològica, cal continuar el procediment diagnòstic més adequat buscant el bacil causant a fi d'establir el diagnòstic de certesa. En la TB extrapulmonar l'estudi anatomopatològic i microbiològic de la peça és un procediment diagnòstic molt rendible.

En la TBC pulmonar gairebé sempre les lesions contenen pocs bacils i no estan en contacte amb l'arbre bronquial, per la qual cosa la bacteriologia de les secrecions respiratòries, i fins i tot del suc gàstric, és freqüentment negativa. Per aquest motiu el diagnòstic de la TBC primària infantil es pot basar en imatges radiològiques suggeridores que no es modifiquen amb una pauta de tractament antibiòtic, l'existència d'antecedents de contagi i d'una PT positiva (a major diàmetre major probabilitat).

En cas de radiografia patològica o exploració física suggeridora, i per al tractament de la malaltia TBC en l'infant immigrant és aconsellable derivar l'infant a un hospital pediàtric o a un especialista pediàtric en TBC. En la població immigrada aquesta derivació permet valorar millor el cas i la confirmació diagnòstica i també les possibles resistències a certs fàrmacs per part de pacients que vénen d'altres països. Un cop establert el diagnòstic i el tractament més adequat, el seguiment del pacient i de la família s'ha de fer coordinadament amb el pediatre/a d'atenció primària.

2.2.3. Estratègia a seguir en el cas d'infants amb infecció latent tuberculosa (ILT)

Tractament de la infecció tuberculosa latent (TITL)

Equival al que es coneixia com a quimioprofilaxi secundària de la TBC. Es tracta d'una eina efectiva i eficient per al control de la TBC en grups comunitaris amb baixa incidència de casos on diagnòstic i tractament dels malalts es realitzi correctament, com és el cas de Catalunya.

L'objectiu del tractament de la infecció latent és evitar l'evolució cap a la malaltia dels individus infectats (tuberculín positius). La probabilitat prevista d'emmalaltir de les persones infectades pel *M. tuberculosis* és del 10% durant tota la vida, però s'acumula majoritàriament en els cinc primers anys després de la infecció, i sobretot en el primer i segon anys. Aquest risc és molt més gran en pacients immuno-deprimits.

El TITL consisteix en l'ús de fàrmacs antituberculosos a les dosis habituals, durant el temps suficient per eliminar la majoria dels bacils existents en l'organisme de l'individu infectat. En general la població bacil·lar és baixa, per la qual cosa el tractament es pot fer amb un sol fàrmac, sense que se seleccionin bacils resistents al fàrmac.

Els antituberculosos utilitzats en el TITL són potencialment tòxics, en especial per al fetge. En general, l'hepatotoxicitat s'incrementa amb el consum d'alcohol, drogues i alguns fàrmacs i amb antecedents d'hepatopatia. També s'incrementa amb l'augment de l'edat: és molt poc freqüent per sota dels 20 anys. Per aquests motius, doncs, la indicació de TITL s'ha de fer individualitzadament, procurant tractar els individus tuberculín positius amb major risc d'emmalaltir. Si apareixen efectes tòxics s'ha de retirar el tractament.

En els infants immigrants que presentin indicis que han estat infectats per un malalt immigrant, abans d'indicar una pauta de TITL, s'ha de tenir en compte el patró de resistència existent al país d'origen o el que presenti el cas índex. Les pautes recomanades, en ordre decreixent segons l'eficiència, són:

Pautes de tractament de la infecció recent

Fàrmac	Dosi	Durada	Observacions
Rifampicina + isoniazida	10 mg/kg/dia (màx. 450 mg/dia) 5 mg/kg/dia (m àx. 300 mg/dia)	3 mesos	Tenyeixen les secrecions corporals (espatllen les lents de contacte). Redueixen l'eficàcia dels anticonceptius hormonal.
Rifampicina	10 mg/kg/dia	4 mesos	Les mateixes observacions que l'anterior. Útil si hi ha resistència a la isoniazida
Isoniazida	5 mg/kg/dia	9 mesos	No utilitzar si en el país d'origen la resistència a aquest fàrmac és alta.

Existeixen pautes intermitents, com administrar dosis més altes, però només dos o tres cops per setmana. També són eficaces, però tan sols s'han d'utilitzar en règims totalment supervisats pel pediatre/a.

L'infant sotmès al TITL s'ha de visitar cada mes per controlar la possible iatrogenia i estimular l'adherència al tractament. Igualment, cal informar molt bé la família sobre els signes i símptomes de les reaccions adverses que poden donar-se perquè si apareixen tinguin molt clar que han de suspendre el tractament i portar l'infant al pediatre/a. És imprescindible fer un control de la funció hepàtica quan s'administri isoniazida o bé isoniazida més rifampicina; s'ha de realitzar una analítica inicial i una altra al cap de 3-6 setmanes de tractament. Si aquesta analítica surt normal i no apareix simptomatologia ja no cal repetir-la.

Infants immigrants amb la PT igual o superior a 5 mm als quals s'ha d'indicar TITL

- Els no vacunats amb BCG.
- Als contactes de malalts, tant si estan vacunats amb BCG com si no ho estan.
- Als convertors de la PT (ex.: infants vacunats amb BCG amb dues PT de 0 mm).
- Als immunodeprimits (en aquest cas qualsevol mida d'induració).
- Als reactors, vacunats o no, que presentin necrosi o vesiculació en la zona de la PT, independentment de la mida que tinguin la zona de reacció.

Infants immigrants amb la PT igual o superior a 10 mm d'induració als quals s'ha d'indicar TITL

- Els infants vacunats amb BCG, que no estiguin inclosos en l'apartat anterior, i quan no es tracti d'un efecte empenta per una PT prèvia.

Infants immigrants amb igual o més de 15 mm d'induració als quals s'ha d'indicar TITL

- Els infants vacunats amb BCG més d'una vegada i que no estiguin en alguns dels apartats anteriors.

Infants immigrants amb més de 18 mm d'induració als quals s'ha d'indicar TITL

- En tots aquests infants està indicat el tractament.

Capítol VII

Aspectes socio-sanitaris

1. Acol·lida i informació a les famílies immigrades dins la consulta de pediatria

Les famílies immigrades constitueixen un col·lectiu amb una presència creixent a Catalunya i presenten unes necessitats a les quals el personal sanitari hem d'adaptar-nos, tenint en compte, a més, que es tracta de famílies joves amb un alt índex reproductor. Igualment, hem de tenir sempre present que la migració determina unes interaccions molt particulars entre les famílies migrants i la societat d'acollida: la família migrant es troba en moltes ocasions en situacions de desigualtat social ja que, a més a més de les tasques naturals que tenen com qualsevol família (criança, educació dels fills), en té d'altres d'afegides, inherents al procés de migració: són els problemes de transmissió de la cultura d'origen juntament amb la qüestió de la lleialtat cap a la família d'origen, així com el procés d'incorporació a la societat d'acollida.

1.1. Facilitar l'intercanvi amb la societat d'acollida

La viabilitat d'una família està en funció de la seva flexibilitat i de la quantitat d'alternatives amb les que compta per assegurar-se un bon intercanvi amb l'exterior. Probablement la base de la majoria dels problemes sanitaris que tenen els infants immigrants és la situació d'aïllament i desinformació en què es troben les seves mares, les persones que en tenen cura de manera directa.

És de gran utilitat que dins del centre d'atenció primària es disposi d'informació sobre la disponibilitat de recursos que facilitin la comunicació, amb la finalitat que ajudin en casos en què aquesta és difícil, especialment en zones d'immigració recent.

En aquest sentit, doncs, cal informar les famílies sobre els recursos per a l'aprenentatge de l'idioma o es derivar-les a la treballadora social.

1.2. Facilitar l'accés als serveis sanitaris i socials

A la consulta de pediatria també s'ha d'informar els pares sobre com aconseguir la targeta sanitària o derivar-los a la treballadora social del centre d'atenció primària, per tal d'orientar-los en la seva tramitació.

Cal adoptar mesures imaginatives i eficients des del respecte a la diversitat cultural per millorar la seva informació en l'accés i el correcte ús de la xarxa sanitària, i en especial creiem fonamental facilitar el seu accés a la planificació familiar i al control de l'embaràs, del part i del puerperi.

Els objectius prioritaris han de ser la prevenció de l'anèmia ferropènica i el raquitisme fent arribar al col·lectiu la informació adequada sobre els aliments a l'abast per aconseguir una dieta equilibrada (vegeu cap. III, pàg. 29, i cap. IV, pàg. 35).

Hem d'aprofitar els contactes individuals amb el personal sanitari (i insistir en les visites de control de l'embaràs) i, a més, establir altres contactes de tipus col·lectiu per a una educació sanitària més eficaç, amb missatges simples i centrats en temes bàsics de promoció de la salut i prevenció de la malaltia. En aquest sentit, cal dur a terme tasques d'educació per a la salut, ja sigui de manera individual o en grup, segons les possibilitats del CAP, i sempre adaptades a la cultura de la població immigrada, preferiblement amb la participació de professionals de treball social, si fos possible amb visites domiciliàries.

Als pares que sàpiguen llegir, se'ls ha de facilitar informació escrita, traduïda al seu idioma si se'n disposa, sobre el Programa de seguiment del nen sa, sobre el sistema d'accés a altres serveis sanitaris del CAP, etc. (vegeu el web <http://www.gencat.net>).

1.3. Facilitar l'escolarització dels infants immigrants

A fi de promoure la integració de la població immigrada a la consulta de pediatria, cal tenir cura de dur a terme, entre d'altres, les actuacions següents:

- Cal preguntar en totes les visites sobre l'escolarització de l'infant.

- És cabdal fer entendre als pares la importància d'escolaritzar els infants a partir dels 3 anys d'edat, en el cas que no ho facin espontàniament.

2. La prevenció d'accidents en infants immigrants

Cal tenir en compte que estem davant d'un grup de risc mediambiental i per tant hem de recalcar a la consulta de l'infant sa els consells als pares segons l'edat del seu fill, havent realitzat prèviament una bona anamnesi per conèixer les condicions de la vivenda habitual del nen/a. En aquest sentit són molt importants les visites domiciliàries.

- Molts dels immigrants que atensem viuen en pisos en pèssimes condicions on es més fàcil que el forn cremi, que s'escalfin amb una estufa de butà, que no tinguin les aixetes preparades per regular l'aigua calenta, que hi hagi moltes escales, que els medicaments o els productes de la neteja no tinguin un espai assignat, instal·lacions elèctriques estiguin en mal estat, etc.
- Sovint viuen moltes persones en un mateix pis i es fàcil que ningú vigili directament els infants.
- En alguns grups de població hi ha el costum de fer-se el te en un fogonet petit a terra en lloc de fer-lo a la cuina i sovint els infants es cremen amb el foc o bé amb el líquid que s'ha escalfat.
- Quant a la seguretat viària hi ha una gran diferència entre la nostra circulació de vehicles i la de molts dels països d'on provenen la majoria d'immigrants que atensem. Per tant, quan arriben per primer cop són molt vulnerables i poden patir accidents: les famílies desconeixen molts riscos que hi ha al carrer, principalment a les ciutats i pobles grans, i no ensenyen els infants a anar pel carrer de manera segura. En aquests col·lectius comencen a anar sols pel carrer amb altres germans, fins i tot més petits, a una edat més prematura que els autòctons, cosa que també comporta un risc augmentat. Per altra banda, no veuen necessari ensenyar a nedar els infants, i encara que algunes escoles ja ho fan, hem d'insistir-hi ja que és una manera de prevenir accidents.

3. Prevenció de maltractaments infantils en els col·lectius d'immigrants

Quant a la qüestió de la prevenció dels maltractaments infantils en els col·lectius d'immigrants, s'ha d'actuar igual que amb els infants autòctons. La nostra obligació és, per tant, la de denunciar qualsevol sospita de maltractament físic o psíquic segons les pautes de seguiment habituals, el llibre d'en Pau, així com l'aplicació del Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors, de caràcter interdepartamental, promogut pel Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, Síndic de Greuges, Departament de Governació i Administracions Públiques, Departament de Salut, Departament de Justícia i Delegació del Govern a Catalunya).

Dins de les pràctiques tradicionals que poden afectar la salut de les nenes i dels nens, el matrimoni precoç i forçat és un fet que cal tenir en compte.

4. La salut mental en infants immigrants: el dol migratori

El procés de "dol migratori" depèn de les característiques de la persona que emigra i del context en què es mou. Quan els fills són adolescents, la situació es complica per la superposició de problemes propis de l'adolescència amb els inherents a la immigració; el desig de pertànyer al grup dels seus iguals és molt fort. En general, quan no se'ls integra solen tenir dificultats i si són acceptats també, ja que aquesta acceptació de vegades els suposa un conflicte amb la lleialtat cap als seus costums i la seva família d'origen.

No hi ha canvis que suposin tanta repercussió psíquica i social com el procés migratori, tenint en compte que suposa una pertorbació ja sigui dins de la família o dins del sistema social en el qual està immers (condicions precàries socioeconòmiques i/o socials, etc.).

Hem d'estar alerta i sospitar qualsevol trastorn emocional d'aquest tipus que derivi en depressió, problemes d'autoestima, d'identitat, etc., susceptibles de seguiment per l'equip de paidopsiquiatria.

5. Prevenció de la mutilació genital femenina (MGF)

S'han de seguir les pautes que recomana el Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina elaborat per la Comissió interdisciplinària d'experts integrada pels departaments de Salut, Interior, Justícia, Benestar i Família, Educació i Presidència, per mitjà de l'Institut Català de la Dona i la Secretaria per a la Immigració. El va editar el Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya el juny de 2002 (vegeu citació bibliogràfica núm. 77, pàg. 64).

5.1. Situacions de risc que el professional sanitari ha de valorar

- Pertànyer a una ètnia que practiqui la MGF: la majoria de noies i dones que han patit la mutilació genital són originàries –elles o els seus familiars– d'algun dels països africans on es practica).
- Pertànyer a una família on la mare i/o les germanes més grans l'hagin patida.
- Pertànyer a un grup familiar que té molt present el mite del retorn al país d'origen.
- Proximitat d'un viatge o vacances que pugui fer la menor al país d'origen.

5.2. Indicadors de sospita

Són indicadors clars de sospita d'haver-se produït recentment una mutilació genital femenina, la tristesa i la manca d'interès que expressi la nena, els canvis de caràcter, caminar amb les cames juntes o molt separades, l'actitud a l'hora d'asseure's, no fer exercicis físics o no voler participar en jocs que impliquin activitat. També es pot percebre pal·lidesa cutània mucosa i símptomes d'anèmia subaguda.

5.3. Recomanacions generals

- Cal donar a conèixer als professionals i a les famílies provinents de països on es practica l'ablació les conseqüències físiques, psicològiques i legals que aquesta pràctica té al nostre país. Per tant, cal dur a terme accions d'educació a la comunitat immigrant i als professionals que treballen hi més directament.
- Les intervencions adreçades a aquestes famílies s'han d'enfocar globalment, per a tot el nucli familiar; per tant, s'ha de treballar tant amb l'home com amb la dona.
- Per prevenir aquesta pràctica cal informació. Aquesta informació ha d'utilitzar arguments que puguin ser compresos per les comunitats mateixes. Per això, és important el treball de conscienciació amb la participació de les associacions de lluita contra les mutilacions.
- Cal seguir el circuit: la col·laboració amb totes les institucions i persones que poden intervenir en el procés de detecció de la MGF és indispensable.

Bibliografia

RAQUITISME

1. BHIMMA, R.; PETTIFOR, J. M.; COOVADIA, H. M.; MOODLEY, M.; ADHIKARI, M. *Rickets in black children beyond infancy in Natal*. S Afr Med J 1995; 85(7):668-672.
2. BINET, A.; KOOH, S. W. *Persistence of Vitamin D-deficiency rickets in Toronto in the 1990s*. Can J Public Health 1996; 87(4):227-230.
3. BRUNVAND, L.; NORDSHUS, T. *Nutritional rickets: an old disease with new relevance*. Nord Med 1996; 111(7):219-221.
4. CLEMEN, T. L.; HENDERSON, S. L.; ADAMS, J. S.; HOLICK, M. F. *Increased skin pigmentation reduces the capacity of skin to synthesise vitamin D3*. The Lancet, January 9, 1982; 74-76.
5. DAABOUL, J.; SANDERSON, S.; KRISTENSEN, K.; KITSON, H. *Vitamin D deficiency in pregnant and breast-feeding women and their infants*. J Perinatol 1997; 17(1):10-14.
6. EKANEM, E. E.; BASSEY, D. E.; EYONG, M. *Nutritional rickets in Calabar, Nigeria*. Ann Trop Paediatr 1995; 15(4):303-306.
7. FOMON, S. J.; ZIEGLER E. E. *Vitamina D. Nutrición del lactante*. Mosby/Doyma Libros 1995; 317-331.
8. HAG, El A. I.; KARRAR, Z. A. *Nutritional vitamin D deficiency rickets in Sudanese children*. Ann Trop Paediatr 1995; 15(1):69-76.
9. HARTMAN, J. J. *Vitamin D deficiency rickets in children: prevalence and need for community education*. Orthop Nurs 2000; 19(1):63-67.
10. JOINER, T. A.; FOSLER, C.; SHOPE, T. *The many faces of vitamin D deficiency rickets*. Pediatr Rev 2000; 21(9):296-302.
11. KARRAR, Z. A. *Vitamin D deficiency rickets in developing countries*. Ann Trop Paedr 1998; 18 Suppl: S89-92.
12. KRUSE, K. *Pathophysiology of calcium metabolism in children with vitamin D-deficiency rickets*. J Pediatr 1995; 126:736-741.
13. LAWSON, M.; THOMAS, M. *Vitamin D concentrations in Asian children aged 2 years living in England: population survey*. BMJ 1999; 318-328.
14. LOVINGER, R. D. *Raquitismo*. Pediatrics (ed. esp.) 1980; 10:222-228.
15. OGinni, L. M.; WORSFOLD, M.; OYELAMI, O. A.; SHARP, C. A.; POWELL, D. E.; DAVIE, M. W. J. *Etiology of rickets in Nigerian children*. J Pediatr 1996; 128:692-694.
16. OLIVERI, B.; CASSINELLI, H.; MAUTALEN, C.; AYALA, M. *Vitamin D prophylaxis in children with a single dose of 150000 IU of vitamin D*. Eur J Clin Nutr 1996; 50(12):807-810.
17. PAL, B. R.; SHAW, N. J. *Rickets resurgence in the United Kingdom: Improving antenatal management in Asians (letter)*. J Pediatr 2001; 139(2): 337-338.
18. PETTIFOR, J. M.; ISDALE, J. M.; SAHAKIAN, J.; HANSEN, J. D. *Diagnosis of subclinical rickets*. Arch Dis Child 1980; 55(2):155-157.
19. PETTIFOR, J. M.; MOODLEY, G. P.; HOUGH, F. S.; KOCH, H.; CHEN, T.; LU, Z.; HOLICK, M. F. *The effect of season and latitude on in vitro vitamin D formation by sunlight in South Africa*. S Afr Med J 1996; 86:1270-1272.
20. PILLOW, J. J.; FORREST, P. J.; RODDA, C. P. *Vitamin D deficiency in infants and young children born to immigrants parents*. J Paediatr Child Health 1995; 31(3):180-184.
21. RAMAVAT, L. G. *Vitamin D deficiency rickets at birth in Kuwait*. Indian J Pediatr 1999; 66(1): 37-43.
22. SHAH, B. R.; FINBERG, L. *Single day therapy for nutritional vitamin D-deficiency rickets: A preferred method*. J Pediatr 1994; 125:487-490.
23. SPECKER, B. L.; HO, M. L.; OESTREICH, A.; YIN, T. Y.; SHUI, Q.; CHEN, X.; TSANG, R. C. *Prospective study of Vitamin D supplementation and rickets in China*. J Pediatr 1992; 120:733-739.
24. SPECKER, B. L.; VALANIS, B.; HERTZBERG, V.; EDWARDS, N.; TSANG, R. C. *Sunshine exposure and serum 25-*

hydroxyvitamin D concentrations in exclusively breast-fed infants. J Pediatr 1985; 107(3):372-376.

25. SPECKER, B. L. *Do North American women need supplemental vitamin D during pregnancy or lactation?* Am Clin Nutr 1994; 59(2 suppl):484S-490S; discussion 490S-491S.
26. SPECKER, B. L.; TSANG, R. C.; HOLLS, B. W. *Effect on Race and Diet on Human-Milk Vitamin D and 25-Hydroxyvitamin D.* AJDC 1985; 139:1134-1137.
27. THACHER, T. D.; FISHER, P. R.; PETTIFOR, J. M.; LAWSON, J. O.; ISICHEI, C. O.; READING, B. C.; CHAN, G. M. *A comparison of calcium, Vitamin D, or both, for nutritional rickets in Nigerian Children.* N Eng J Med 1999; 341:563-568.
28. YESTE, D.; ALBISU, M. A.; CARRASCOSA, A. *Metabolismo fosfo-cálcico III Vitamina D.* Tratado de endocrinología 1999, cap. 47.
29. ZEGHOUD, F.; BEN-MEKHBI, H.; DJEGHRI, N.; GAVABEDIAN, M. *Vitamin D prophylaxis during infancy: comparison of the longterm effects of the three intermittent doses (15, 5 or 2.5 mg) on 25-hydroxyvitamin D concentrations.* Am J Nutr 1994; 60:393-396.

FERROPÈNIA

30. OSKI, F. A. *Iron deficiency in childhood.* N Engl J Med 1993; 329:190-193.
31. DEWEY, K. *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Conferencia Inaugural. I Congreso Español de Lactancia Materna.* Valencia 3, 4 y 5 de febrero 2000.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The optimal duration of exclusive breastfeeding.* Note 2001-07. [Nota de premsa de l'organització que ha sortit publicada a la seva pàgina web].
33. AUKETT, M. A.; PARKS, Y. A.; SCOTT, P. H.; WHARTON, B. A. *El tratamiento con hierro aumenta la ganancia de peso y el desarrollo psicomotor.* Arch Dis Child 1986; 61:849-857.
34. CALVO, E. B.; GALINDO, A. C.; ASPRES, N. B. *Estado del hierro en lactantes alimentados exclusivamente*

con leche materna. Pediatrics (ed. esp.) 1992; 34:132-135.

35. DURÁ TRAVÉ, T.; DÍAZ VÉLAZ, L. *Prevalencia de la deficiencia de hierro en lactantes sanos de 12 meses de edad.* An Esp Pediatr 2002; 57(3): 209-214.
36. LAFUENTE, P.; OJEMBARRENA, E.; SASIETA, M.; PIÑAN, M. A.; URRETA, M. J.; LOMBARDEO, J. L. *Anemia y deplección de depósitos de hierro en lactantes sanos de 12 meses de edad.* An Esp Pediatr 1992; 37:24-28.
37. OSKI, F. A. *Deficiencia de hierro durante la infancia y la niñez.* N Engl J Med 1993; 329: 190-193.
38. ROLLÁN ROLLÁN, A.; BONILLA MIERA, A.; GONZÁLEZ DE ALEDO LINOS, A. *Suplemento férrico y ferropenia a los 13 meses.* Acta Pediatr Esp 1993; 51:91-93.

DREPANOCITOSI

39. CABOT, A. *Problemes de salut en fills d'immigrants africans. Població negra d'origen centre-africà.* Pediatr Catalana 1996; 56:6-10.
40. CABOT, A.; CASADO, M.; BARBERAN, J.; ROQUETA, M.; MARTORELL, Q.; BOSCH, A.; ROVIRA, J. M. *Screening neonatal de drepanocitosis en el Consorci Sanitari de Mataró. Justificación primeros resultados.* An Esp Pediatr 1998; 49:157-160.
41. CAO, A.; ROSATELLI, M. C.; GALANELLO R. *Prevención y control de las hemoglobinopatías.* Anales Nestlé 1998; 56:80-89.
42. COMMITTEE ON GENETICS AAP. *Supervisión de la salud para niños con drepanocitosis y sus familias.* Pediatrics (ed. esp.) 1996; 42:207-213.
43. DAVIES, S. C.; CRONIN, E.; GILL, M.; GREENGROSS, P.; HICKMAN, M.; NORMAND, C. *Screening for Sickle cell disease and Thalassemia: a systematic review with supplementary research.* Health Technology Assessment 2000; 4 (3).
44. DUCROCQ, R.; BENKERROU, M.; BRAHIMI, L.; BELLOY, M.; BRIARD, M. L.; VILMER, E.; ELION, J. *Dépistage néonatal ciblé de la drépanocytose: bilan de cinq années d'expérience dans le nord-francilien.* Arch Pédiatr 2001; 8:474-480.

45. GALANELLO, R. *Talasemias*. Anales Nestlé 1998; 56:47-56.
46. GENTILINI, M. *Les anémies tropicales*. Médecine Tropicale 1995. Ed Flammarion.
47. LANE, P. A. *Sickle Cell Disease*. Ped Hemat 1996; 43:639-663.
48. LEE, A.; THOMAS, P.; CUPIDORE, L.; SERJEANT, B.; SERJEANT, B. *Improved survival in homozygous sickle cell disease: lessons from a cohort study*. BMJ 1995; 311:1600-1602.
49. *Mortality among children with Sickle cell disease identifies by Newborn screening during 1990-1994*. California, Illinois and New York. Centers for Disease Control and Prevention 1998; 47(9):169-172.
50. SAMUELS-REID, J. H. *Common Problems in Sickle Cell Disease*. Am Fam Phys 1994; 49:1477-1486.
51. SCOTT, T. M.; SLEEPER, L. A.; PEGELOW, C. H.; ENOS, L. E.; WANG, W. C.; WEINER, S. J.; WHETHERS, D. L.; SMITH, D. L.; KINNEY, T. R. *Prediction of adverse outcomes in children with sickle cell disease*. N Engl J Med 2000; 342:83-89.
52. SELEKMAN, J. *Update: new guidelines for the treatment of infants with sickle cell disease*. Agency and Research. Pediatr Nurs 1993; 19(6):600-605.
53. SERJEANT, G. R. *Enfermedad de células falciformes*. Anales Nestlé 1998; 56:70-78.
54. STEINGART, R. *Management of patients with sickle cell disease*. Med Clin North Am 1992; 76:669-682.
55. SCHULPEN, T. W. *Migration and child health: the Dutch experience*. Eur J Pediatr 1996; 155:351-356.
56. HENDRICK, K. M. *"Nutritional assessment"*. A: Manual of pediatric nutrition. 2a ed. Toronto: BC Decker Inc 1990: 1-58.
57. HOSTETTER, M. K. *"Infectious Diseases in Internationally Adopted Children: Findings in Children from China, Russia, and Eastern Europe"*. A: Advances in Pediatric Infectious Diseases. Ed. Mosby, 1999, vol. 14: 147-161.
58. McCRAKEN, G. H. JR. *Pediatric Infectious Disease Journal newsletter*. Pediatr Infect Dis J 14: 926A, 1995.
59. STOLZFUS, R. J.; DREYFUSS, M. L. *Guides for the use of Iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia*. INACG/WHO/UNICEF Ed. ILSI Press, 1998.
60. ERHARDT, L. *Sickle Cell Disease. Diagnosis, management, education and research*. Saint Louis: CV Mosby, 1973.
61. HOSTETTER, M. K.; IVERSON, S.; THOMAS, W. E.; ET AL. *Prospective medical evaluation of internationally adopted children*. N Engl J Med 325:479-485, 1991.
62. MAHONEY, F. B. *Hepatitis B virus, in Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds): Principles and Practice of pediatric Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone, 1997, p. 1197.
63. ANTAL, G. M. *Present status of therapy and serodiagnosis of syphilis*. WHO document WHO/VDT/Res 1979; 70:359.
64. MALDONADO, Y. A. *Epidemiology of HIV infection in children and adolescents, in Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds): Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone, 1997, p. 739.
65. DOLIN, P. J.; RACIGLIONE, M. C.; KOCHI, A. *Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000*. Bull WHO 1994; 72:213-220.
66. STARKE, J. R.; CORREA, A. G. *Management of mycobacterial infection and disease in children*. Pediatr Infect Dis J 1995; 14:455-470.
67. NELSON, J. D. 1996-1997 *Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins, 1997, p. 67.

MALATIES INFECCIOSES

VACUNACIONS

68. LÓPEZ VÉLEZ, R. *Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante*. Rev. Esp. Pediatr. 1998; 54(2):149-161.
69. STUDEMEISTER, A. *Travel Medicine for the Primary Care Physician*. West J Med 1991 Apr; 154:418-422.
70. ROTIVEL, Y.; GOUDAL, M.; WIRTH, S.; TSIANG, H. *Risque de rage chez l'enfant qui voyage*. Arch. Fr. Pediatr. 1998; 5: 561-567.
71. CUBELLS RIERÓ, J. *Vacunación del niño inmuno-deprimido en 1997*. Barcelona: JR Prous, SA, 1997, p. 129-141.
72. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. COMITÉ ASESOR DE VACUNAS. *Manual de vacunas en Pediatría*. Madrid: EGRAF, SA, 1996.
73. WOLFE, M .S. *Vacunas para los viajes al extranjero*. Clin. Pediatr. Nort. 1990; 3:805-818.
74. BARNETT E. D., CHEN R. *Children and international travel: immunizations*. Pediatr. Infect. Dis J 1995; 14:982-992.
75. REINERT, PH. *La vaccination des enfants voyageurs*. Pédiatrie 1993; 7/8, 515-517.
76. HILL, D. R.; PEARSON, R. D. *Health Advice for International Travel*. Annals of Internal Medicine 1988; 108:839-852.

ASPECTES SOCIO SANITARIS

77. COMISSIÓ INTERDISCIPLINÀRIA D'EXPERTS. *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Secretaria per a la Immigració. Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2002.
http://www.gencat.net/benestar/immigracio/guia_ab/index.html



www.gencat.net/salut

ISBN 84-393-6854-2

