

El niño africano: primera aproximación diagnóstica

G. Navarro Legarda, A. Salvador Sanz, M. García Hortelano, J. Villota Arrieta, M.T. García Ascaso, R. Piñeiro Pérez, P. Martín Fontelos
Servicio de Pediatría. Hospital «Carlos III». Madrid

Resumen

La consulta de un niño procedente de una zona tropical es una situación cada día más habitual en nuestro país. Ante el aumento casi exponencial de la población inmigrante, es necesario tener en cuenta las patologías no endémicas en nuestro medio.

En este artículo se pretende enumerar las enfermedades infecciosas y tropicales propias de los niños africanos y ofrecer una primera aproximación diagnóstica de éstas en función de su sintomatología.

Palabras clave

Población inmigrante, África, patología infecciosa

Abstract

Title: The African child: an initial diagnostic approach

Children from tropical zones are being brought to Spanish outpatient clinics with increasing frequency. Given the nearly exponential increase in the immigrant population, it is necessary to take into consideration diseases that are not endemic in our geographical region.

The purpose of this article is to specify the infectious and tropical diseases most widely detected in African children and provide an initial diagnostic approach for each on the basis of the symptomatology.

Key words

Immigrant population, África, infectious pathology

Situación actual en España

La población inmigrante en España asciende a 4.519.554 personas, lo que supone aproximadamente un 10% del total. Esto representa un incremento de algo más del 16% respecto a 2006. Es importante destacar que la cifra de extranjeros en nuestro país se ha multiplicado por 7 en los últimos 10 años. A estas cifras habría que añadir el número de extranjeros en situación ilegal, difícilmente cuantificables. Los niños inmigrantes suponen un 14% del total de inmigrantes, cifra que asciende al 19% si incluimos a los menores de 20 años. El 16% del total de inmigrantes son de origen africano (737.400 habitantes censados). La gran mayoría proceden de países saharianos (principalmente Marruecos). Estas cifras suponen un incremento superior a 5 veces el número de habitantes procedentes de estas regiones en los últimos 10 años.

Atención sanitaria en niños procedentes de África

Estos pacientes van a precisar una atención sanitaria especial debido a las características propias del país de origen, entre las que se incluyen las siguientes:

- Deficiente situación sanitaria: precisarán una evaluación completa, como se indica más adelante.

- Ausencia de programas preventivos. A su llegada a nuestro país es necesario evaluar su situación vacunal, y se deben administrar todas las dosis necesarias hasta conseguir una inmunización completa para su edad.
- Diferencias culturales. Pueden no percibir alteraciones de la salud y restarles importancia. Es frecuente el mal cumplimiento terapéutico.
- Presentan una movilidad geográfica importante, lo que dificulta su control y seguimiento.
- La atención de estos niños debe incluir una valoración de su estado psicológico.

Valoración del paciente de origen africano

Estos niños presentan una serie de patologías que se deben descartar sistemáticamente. Es preciso realizar una anamnesis detallada, una exploración física completa y unas pruebas complementarias (tablas 1-3).

Problemas de salud en el niño de origen africano

La patología infecciosa es la más frecuente en estos pacientes, al igual que en el resto de los niños, lo que llega a representar la causa de hasta casi el 75% de sus problemas de salud. Las infecciones epidémicas adquiridas en nuestro medio son el motivo de consulta más habitual en la práctica clínica.

TABLA 1

Anamnesis del paciente**Antecedentes personales**

País y zona de origen: rural/urbana, costa, selva, montaña
 Tiempo transcurrido desde la llegada/última visita del país de origen
 Embarazo y parto, tipo de lactancia
 Condiciones de vivienda: agua corriente, materiales, animales
 Enfermedades padecidas, cirugías, hospitalizaciones, tratamientos, transfusiones
 Alergias
 Documentación vacunal
 Vivienda actual, número de convivientes y su estado de salud

Antecedentes familiares

Estado de salud de los padres y hermanos
 Consanguinidad
 Anemias familiares y otras enfermedades

TABLA 2

Exploración física del paciente africano**Antropometría:**

Peso, talla, perímetro craneal, índice nutricional

Piel, anejos y mucosas:

Coloración y estado de piel y pelo, coloración de mucosas oral y ocular, lesiones cutáneas, cicatriz de BCG, otras cicatrices

Adenopatías y edemas**Valoración cardiopulmonar:**

Dificultad respiratoria, auscultación cardiopulmonar, palpación de pulsos periféricos

Valoración abdominal:

Auscultación, palpación cuidadosa buscando megalias, hernias

Examen genitourinario:

Visualización de clítoris y vulva, palpación de testículos y visualización del meato uretral. Desarrollo puberal si lo hubiera iniciado

Examen neurológico:

Exploración neurológica completa
 Valoración de las funciones auditiva y visual, y del desarrollo psicomotor

Examen otorrinolaringológico:

Exploración de la cavidad oral, con atención a las piezas dentarias
 Otoscopia bilateral

Infecciones importadas**Tuberculosis**

Es importante realizar un cribado de esta patología con la prueba de la tuberculina a todos estos pacientes a su llegada a nuestro país, independientemente de si han recibido vacunación con BCG y/o de su historia de contactos; si ésta fuera negativa, hay que repetirla a los 6 meses de estancia.

Hepatitis virales

Hepatitis A. Enfermedad de curso benigno en la infancia, por lo que a pesar de su alta prevalencia no precisa cribado, salvo en caso de sospecha clínica en el niño.

TABLA 3

Pruebas complementarias básicas en el paciente africano

Hemograma
 Perfil hepático, renal, iones, estudio del hierro
 Sedimento y bioquímica urinaria
 PPD
 Serología de los virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C, y sífilis
 Gota gruesa
 Parásitos en heces (3 muestras en días alternos)

Hepatitis B. Un 7-20% de los niños es portador de este virus, por lo que es necesario valorar su situación serológica. Hay que considerar la vacunación en caso necesario.

Hepatitis C. El 2% presenta marcadores frente al virus de la hepatitis C positivos.

Hepatitis D. Precisa la replicación activa del virus de la hepatitis B y, a pesar de ser poco frecuente, su prevalencia es mayor en África, al igual que en Europa oriental, América del Sur y Oriente Medio.

Virus de la inmunodeficiencia humana

Especialmente frecuente en África subsahariana. En caso de sospecha (antecedente de transfusión, uso de material no desechable...), hay que realizar una serología del virus de la inmunodeficiencia humana (tipos 1 y 2) en los mayores de 18 meses, o un estudio completo (reacción en cadena de la polimerasa-ARN, cultivo) en un centro especializado, en los menores de esta edad.

Sífilis

Es necesario llevar a cabo un cribado serológico con pruebas reagínicas y la confirmación posterior con treponémicas. Si se confirma la sospecha, deben investigarse los signos de sífilis congénita (incluida la radiografía de huesos largos y VDRL en el líquido cefalorraquídeo).

Malaria

El 85% de los casos de malaria importada en nuestro país proceden de África y la mayoría se deben a *Plasmodium falciparum*. Debe sospecharse en estos pacientes si presentan fiebre, tos, dolor abdominal, diarrea, con frecuencia asociado a la anemia y/o la hepatosplenomegalia. Hay que tener siempre presente el mayor riesgo de evolución grave a corto plazo, como en el caso de una malaria cerebral, y la posibilidad de presentaciones atípicas en estos niños originarios de zonas endémicas, donde es frecuente el desarrollo de semiinmunidad tras repetidas exposiciones al parásito. En ellos, se pueden encontrar cuadros de paludismo con poca sintomatología y baja parasitemia. Es recomendable descartar siempre la malaria en todo niño procedente de África.

Parasitosis intestinales

Es la patología importada más frecuente (14-60%). Generalmente son niños asintomáticos, por lo que se deben investigar en

todos los pacientes con al menos tres muestras de heces tomadas en días alternos que, por orden de frecuencia, serían las siguientes: *Giardia lamblia*, *Trichuris trichura*, *Ascaris lumbricoides*, uncinarias, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis* y esquistosoma. No suelen transmitirse de persona a persona y la prevalencia disminuye con los años de estancia en el país receptor (a los 3 años prácticamente no se encuentran helmintos). Todo lo contrario sucede con la *Taenia solium* (puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo del infectado, excretando huevos), la esquistosomiasis (posibilidad de que aparezcan complicaciones años después, incluso en ausencia de adultos viables) y *S. stercoralis* (ciclo autoinfectivo, que puede durar años).

Patología dermatológica

La escabiosis, la pediculosis y la tiña son enfermedades frecuentes en la población africana y precisan una exploración exhaustiva. Los nódulos subcutáneos, principalmente en la cresta iliaca y meseta tibial, debe hacernos sospechar filaria *Oncocerca volvulus*. Las lesiones lineales, serpinginosas, son propias de larva *migrans* y el prurito, y las lesiones de rascado son sospechosas de filariasis.

Otras patologías

La leishmaniasis cutánea y visceral, la filariasis, la toxocarías, las fiebres hemorrágicas y la tripanosomiasis africana son enfermedades propias del continente africano y se deben sospechar según la sintomatología clínica del niño (tabla 4).

Aproximación sindrómica en el paciente africano

La aproximación sindrómica nos permite enfocar el diagnóstico en estos niños, habiendo descartado las enfermedades comunes y universales, que suelen ser las más frecuentes.

Es importante para este acercamiento tener en cuenta la zona de procedencia, el tiempo de estancia en el país de acogida y la realización de viajes recientes (tabla 4).

Situaciones especiales

Niño viajero

Es posible que los inmigrantes africanos, y sus hijos, regresen a su país de origen en sus vacaciones a visitar a sus familiares y amigos. Son conocidos en la bibliografía internacional como *Visiting Friends and Relatives* (VFR) y tienen un riesgo muy elevado de adquirir enfermedades, ya que no suelen acudir a las consultas del viajero y, cuando lo hacen, son menos rigurosos en el cumplimiento de las recomendaciones. Además, estos niños inmigrantes africanos, tras un periodo largo en nuestro país, han perdido su inmunidad frente a la malaria, y al volver a visitar su país de origen precisan una quimioprofilaxis específica frente a la malaria, que no siempre realizan.

Niños procedentes de adopción internacional

En los últimos años estamos viviendo un incremento de las adopciones procedentes de África. Éste es un colectivo consi-

derado de «alto riesgo», debido a las condiciones en que han vivido antes de la adopción, que favorecen el desarrollo de enfermedades infecciosas agudas y crónicas junto con una patología por carencias físicas y emocionales. Sin embargo, a diferencia de muchos inmigrantes, los niños adoptados viven o van a vivir en familias muy sensibilizadas por su problemática, volcadas en la atención de todas sus necesidades afectivas, sanitarias y educativas (en ocasiones incluso excesivas).

Vacunas en el niño inmigrante africano

Se trata del grupo de inmigrantes con menor cobertura vacunal. Es necesario comprobar la existencia y la validez del calendario vacunal del niño antes de iniciar el plan de inmunización, que siempre ha de ser individualizado. Es relativamente frecuente su ausencia y poca fiabilidad en los países de África subsahariana, a excepción de Marruecos. Es de vital importancia informar y sensibilizar a la población procedente de estas regiones sobre la necesidad de actualizar el calendario vacunal de sus hijos.

Criterios de derivación a unidades especializadas en infectología infantil e inmigración

- Sospecha de paludismo.
- Síntomas inespecíficos, como pérdida de peso, tos prolongada, diarrea prolongada, hematuria, anemia resistente al tratamiento habitual, eosinofilia mantenida o fiebre de origen desconocido.
- Linfadenopatías locales o generalizadas y/o hepatosplenomegalías.
- Sospecha de tuberculosis multirresistente.
- Parasitosis intestinales, pulmonares o cutáneas, si hay dudas sobre su tratamiento o evolución.
- Neuropatía sensitiva o motora, crisis comiciales y trastornos confusionales.
- Necesidad de pruebas más específicas (estudio de filarias, esquistosoma) o tratamientos especiales.
- Situaciones que considere necesarias su pediatra.

Comentario final

A pesar de la breve descripción que hemos realizado de las enfermedades que deberíamos descartar ante un niño inmigrante africano, con antecedentes personales y de embarazo y parto desconocidos, la realidad es que la mayoría de niños que llegan a nuestro país están sanos, y sus problemas más frecuentes son la presencia de parásitos intestinales, malaria, lesiones cutáneas y la necesidad de regular el calendario vacunal. La transmisión de enfermedades tropicales en nuestro medio es prácticamente imposible debido a las condiciones medioambientales y a la falta de vectores específicos necesarios para la transmisión. La enfermedad de más fácil contagio personal es la tuberculosis, pero los niños son poco bacilíferos

TABLA 4

Signos clínicos orientativos para el diagnóstico del niño africano**Fiebre**

Malaria, tuberculosis, sida

Fiebre y síndrome constitucional

Tuberculosis, leishmaniasis, sida, esprúe tropical

Fiebre y diarrea

Bacterias enteropatógenas, amebiasis, giardiasis, estrongiloidiasis

Fiebre y esplenomegalia

Malaria, esquistosomiasis, toxocariasis, leishmaniasis, fiebre tifoidea

Fiebre y hepatomegalia

Esquistosomiasis, malaria, absceso hepático amebiano, hepatitis, tuberculosis, brucelosis, toxocariasis

Fiebre y exantema

Meningococemia, sarampión, rickettsiosis, rubéola, dengue

Diarrea

Vírca, amebiana, esquistosomiasis, otros parásitos intestinales, bacteriana, malaria, cólera

Hemoptisis

Tuberculosis, paragonomiasis

Síndrome de Loeffler*Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Ancylostoma duodenale*, *Toxocara canis***Adenopatías**

Viriasis, tuberculosis, filariasis, tripanosomiasis africana, enfermedad de Burkitt, sida, esquistosomiasis, leishmaniasis, hongos (histoplasmosis)

EsplenomegaliaViriasis, malaria, tripanosomiasis africana, leishmaniasis visceral, hepatitis, esquistosomiasis, fiebre tifoidea, *Brucella*, drepanocitosis/talasemia, esplenomegalia tropical**Anemia**

Malaria, drepanocitosis, parasitosis intestinal

Eosinofilia

Filarias

Parásitos intestinales

Eosinofilia y edemas y/o alteraciones oculares

Filariasis

Eosinofilia y eritema migratorio

A. braziliensis y otros nematodos

Eosinofilia y edema y nódulos subcutáneos

Oncocercosis

Eosinofilia y clínica digestiva

Parasitosis intestinal: *Toxocara* spp., *Strongyloides stercoralis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichiuris trichiura*, *Taenia* spp., hidatidosis**Edemas**

Filariasis

Afectación cutáneaLeishmaniasis, micosis cutáneas, filariasis, lepra, escabiosis, pediculosis, oncocercosis, úlcera de Buruli, larva *migrans* cutánea, miasis**Sintomatología urinaria**

Infecciones del tracto urinario bacterianas, esquistosomiasis, tuberculosis, fiebres hemorrágicas

Patología oftalmológica

Conjuntivitis víricas y bacterianas, loasis, oncocercosis

y, por tanto, poco contagiosos, aunque son muy susceptibles a recibirla de los adultos.

No obstante, es preciso desarrollar programas específicos de atención sanitaria para esta población y facilitar la formación en estas materias de los profesionales encargados de atenderles. ■

Bibliografía

De Aranzabal M. El niño inmigrante desde el punto de vista sanitario. Disponible en: <http://www.avpap.org/gtinmigración/ninoimmigranteysalud.pdf>
Huerga H, López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante. Rev Pediatr Aten Primaria. 2002; 4(13).

Instituto Nacional de Estadística. Datos demográficos. Disponible en: www.ine.es

Martín Ruano A, Martín Ruano J. Problemas de salud del niño inmigrante. Bol Pediatr. 2006; 46: 367-378.

Martín Ruano A. Problemática del niño inmigrante. Bol Pediatr. 2006; 46: 319-327.

Mellado M, García Hortelano M. Parasitosis. An Pediatr Continuada. 2005; 3: 229-238.

Poch J, Montesdeoca A, Hernández Borges A, Aparicio JL, Herranz M, López Almaraz R, et al. Valoración del niño inmigrante. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 Supl 1.

Ramos JM, Pastor C, Masía MM. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por VIH y sífilis. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003; 21: 540-542.

El Dr. F. J. de Nobrega, miembro del Consejo Editorial Internacional de *Acta Pediátrica Española*, ha sido elegido Presidente de la Academia Brasileña de Pediatría. Tomará posesión del cargo en el próximo mes de octubre.