



PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA AL NIÑO/A INMIGRANTE. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN CANARIAS.

Trabajo de Fin de Grado.

Carmen Nieves González Verde.

**Grado en Enfermería
Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia, Sede Tenerife.**

Junio 2019

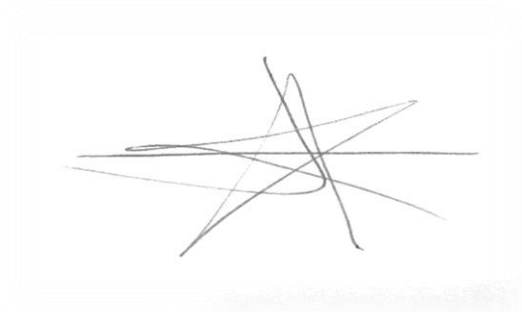
PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA AL NIÑO/A INMIGRANTE. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN CANARIAS.

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería.

Autora:

Carmen Nieves González Verde.

Firma de la alumna:



Tutora:

Margarita Hernández Pérez.

Firma de la de la tutora:



La Laguna, Junio de 2019

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA AL NIÑO/A INMIGRANTE. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN CANARIAS.

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería.

Autora: Carmen Nieves González Verde.

RESUMEN:

La globalización y la mejora de la situación económica mundial han contribuido exponencialmente en el aumento de los movimientos migratorios. España, se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, siendo Canarias uno de los principales destinos. Los niños inmigrantes constituyen uno de los colectivos más vulnerables, este fenómeno conlleva la necesidad de aplicar un protocolo que permita lograr un estado óptimo de salud para esta población. Es ahí donde la Enfermería ocupa un papel fundamental, proporcionando una Atención Sanitaria adecuada y culturalmente competente. Si este protocolo no se llevara a cabo de manera correcta, tanto la población pediátrica inmigrante como la autóctona estaría en situación de riesgo.

Por ello, el objetivo principal de este Proyecto de Investigación es “conocer de qué manera se lleva a cabo el Protocolo de Atención Sanitaria al Niño/a Inmigrante en Canarias por parte de Enfermería”, para así, en función de los resultados obtenidos establecer estrategias de mejora en aquellos aspectos que lo necesiten. Se trata de un estudio descriptivo, observacional, de carácter transversal y prospectivo. La muestra estará constituida por todas las enfermeras de Pediatría de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife. Como instrumento de medida, se utilizará un cuestionario de elaboración propia que incluye las variables: datos sociodemográficos, de cumplimiento y seguimiento del protocolo y de las barreras en la atención al niño/a inmigrante. Para el análisis de los datos se usará una estadística descriptiva (SPSS para Windows v.22).

Palabras clave: Inmigración, niños, España, Protocolo de Atención, Salud Pública.

ABSTRACT:

The globalization and the best world economic situation have contributed exponentially in the increase of the migration movements. Spain has become in a host country for immigrants, being the Canary Islands one of the main destinations. The immigrant children are one of the most vulnerable groups, this phenomenon involves the need to apply a protocol that allows achieving an optimal state of health for this collective. This is a fundamental role for nursing, providing an adequate and culturally competent health care. If this protocol weren't carried out correctly, both the immigrant pediatric population as the autochthonous population would be a risk.

Thus, the main objective of this Investigation Project is to "know how this health care protocol for the immigrant children in the Canary Islands is carried out". According to the results obtained, we can establish improvement strategies. It is a descriptive, observational, cross-sectional and prospective study. All nurses of Primary Care in Santa Cruz de Tenerife constitute the sample. As a measuring instrument, a questionnaire will be used to study variables related to the sociodemographic data, the compliance with the protocol, the protocol follow-up and the barriers in the attention to the immigrant child. For the analysis of the data, we will be used a descriptive statistic (SPSS for Windows v.22).

Keywords: Immigration, children, Spain, Protocol of Attention, Public Health.

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

BCG: Bacilo Calmette-Guérin (vacuna tuberculosis).

SNC: Sistema Nervioso Central.

PANNI: Protocolo de Atención al Niño y Niña Inmigrante.

TBC: Tuberculosis.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory (cribado sífilis).

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

DTPa: Difteria-Tétanos-Pertusis (vacuna trivalente).

HB: Hepatitis B.

Hib: Anti-*Haemophilus Influenzae* tipo B.

MCC: Meningococo C.

VPI: Vacuna Antipoliomielítica Inactivada.

SRP: Sarampión-Rubeola-Parotiditis.

Td: Tétanos-Difteria.

CAP: Centro de Atención Primaria.

AP: Atención Primaria.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.	1
1.1. NIÑO/A INMIGRANTE: DEFINICIÓN Y DERECHO A LA SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA	1
1.2. INMIGRACIÓN EN ESPAÑA Y CANARIAS	1
1.3. TIPO DE POBLACIÓN	2
1.4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL NIÑO/A INMIGRANTE EN ESPAÑA Y CANARIAS	3
1.4.1. Valoración del niño inmigrante	3
1.4.2. Anamnesis	3
1.4.3. Exploración física	4
1.4.4. Pruebas Complementarias	5
1.5. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS/AS INMIGRANTES	6
1.6. CALENDARIO VACUNAL ADAPTADO PARA NIÑOS/AS INMIGRANTES	7
1.7. COBERTURA VACUNAL EN NIÑOS/AS INMIGRANTES	9
1.8. BARRERAS EN LA ATENCIÓN AL NIÑO/A INMIGRANTE	10
1.9. ASPECTOS NUTRICIONALES EN EL NIÑO/A INMIGRANTE	11
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	15
4. MATERIAL Y MÉTODOS	16
4.1. DISEÑO DE ESTUDIO	16
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	16
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	16
4.4. VARIABLES E INSTRUMENTO DE MEDIDA	17
4.4.1. Instrumento de medida.	17
4.4.2. Variables de estudio.	17
4.5. MÉTODOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	17
4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
5. CRONOGRAMA	19
6. LOGÍSTICA	20
7. BIBLIOGRAFÍA	21
8. ANEXOS	25
- ANEXO 1	26
- ANEXO 2	28
- ANEXO 3	29
- ANEXO 4	33
- ANEXO 5	34
- ANEXO 6	35
- ANEXO 7	36

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Niño inmigrante: definición y derecho a la salud y asistencia sanitaria en España

La Asociación Americana de Pediatría, engloba en el término de “niño/a o menor inmigrante” a todo aquel menor de 18 años procedente de otro país con o sin documentación, refugiados y adoptados internacionales.¹

En España, todo niño/a inmigrante, con documentos legales o no, e independientemente de su país de procedencia, tiene derecho a la asistencia sanitaria según Ley Orgánica 4/2000, de 11 enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España.²

1.2. Inmigración en España y Canarias

La inmigración ha formado parte de nuestra historia. Las desigualdades en las condiciones de vida, los conflictos entre poblaciones y las crisis económicas han contribuido a que España haya pasado de generar emigración a ser un país receptor de inmigrantes.³

Dada la realidad de la globalización, se ha aumentado de forma extraordinaria la movilidad de las personas por todo el mundo.³

Nuestro país se ha convertido en uno de los mayores receptores de turismo. Anualmente, recibe un considerable número de visitantes y una gran cantidad de inmigrantes en comparación con otros países. La inmigración ha sido un gran causante del aumento de la población, pues los extranjeros que residen en nuestro país superan los 5 millones.³

A causa de la crisis económica, que comenzó a partir de 2008, se ha producido una desaceleración migratoria. Aun así, miles de familias que buscan mejores condiciones en sus vidas, siguen eligiendo a España como primera opción de destino.⁴

Como podemos ver, en los últimos años, hemos acogido a un gran número de inmigrantes. Actualmente, según el Observatorio Permanente de la Inmigración, el número de extranjeros a 31 de diciembre de 2018, con certificado de registro o residencia en vigor, ha ascendido a 5.424.781. Se ha producido un aumento neto de 187.071, respecto a 31 de diciembre de 2017. La población extranjera residente en España y que procede de 15 nacionalidades principales, supone el 74,3 % del total. ⁵

En Canarias, la población inmigrante también ha incrementado, se sitúa en la quinta comunidad autónoma con más inmigrantes después de Cataluña, Madrid, Andalucía y Comunitat Valenciana. A 31 de diciembre de 2018, nuestra comunidad asiste a un total de 306.640 inmigrantes, 235.626 inmigrantes en Régimen de Libre Circulación y 71.014 inmigrantes en Régimen General. ⁶

Es muy difícil conocer con exactitud el número total de niños inmigrantes en España y Canarias: ⁶

- En España, a 31 de diciembre de 2018, se registraron 664194 niños de 0 a 15 años con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor.
- En Canarias, a 31 de diciembre de 2018, se registraron 26.151 niños de 0 a 15 años con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor.

1.3. Tipo de población

España está teniendo un incremento de inmigrantes que proceden del Este, siendo su principal origen el continente europeo, seguido en orden de importancia por África (abundan los marroquíes), América (fundamentalmente de América latina) y Asia (destacan China y Pakistán). ⁶

Podemos observar un gran aumento de la población infantil inmigrante, si nos centramos solo en esta población, el orden de procedencia de niños de 0 a 15 años sería: Europa, África, Asia y Latinoamérica. ⁷ **(ANEXO 1)**

Suelen existir peculiaridades en algunas poblaciones que llegan a Canarias. Por ejemplo, entre magrebíes y latinoamericanos, por un lado, dentro del colectivo latinoamericano, suele venir primero la mujer y, por el otro, en el colectivo magrebí, es más frecuente que primero venga el hombre. Además, dentro de los asiáticos predominan las personas jóvenes frente a ancianos. ⁸

1.4. Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante en España y Canarias

El Protocolo de Atención a las Niño/a Inmigrante en España se creó con el fin de conocer el estado de salud de este colectivo, así como, prevenir, detectar y tratar enfermedades.³

A pesar de existir una base de actividades recomendadas, el protocolo se debe llevar a cabo de forma individualizada. En la evaluación del estado de salud del niño o niña inmigrante se hará, en primer lugar, una valoración inicial o anamnesis, seguido de la exploración física y, en función de los resultados obtenidos, se realizarán algunas pruebas complementarias. En la primera visita, y según el protocolo español, hay que llevar a cabo la anamnesis y la exploración física, las actividades preventivas correspondientes y realizar analítica de sangre y de heces y una prueba de la tuberculina.³

1.4.1 Valoración del niño/a inmigrante

El primer contacto con el paciente debe ser muy cuidadoso, no podemos olvidar que tenemos una serie de barreras que nos pueden impedir avanzar con la atención. Son pacientes que vienen marcados por su cultura y con los que debemos actuar con empatía, creando un ambiente de confianza donde el niño/a se encuentre lo más cómodo posible.³

Además, en algunas ocasiones, hay que añadir la barrera idiomática. En estos casos, la comprensión se ve dificultada, por ello, es recomendable la presencia de un mediador o de algún familiar o conocido que pueda hacer de traductor.³

1.4.2 Anamnesis

En primer lugar, es primordial abrir una historia de salud. En los intervalos de tiempo en los que no se disponga de la misma, hay que entregar al paciente un documento con el calendario vacunal y toda la información relevante y a tener en cuenta.^{3,9}

La anamnesis debe incluir:^{3,9}

- El motivo de la consulta y la sintomatología del niño/a en el momento de la visita.
- El país de origen y el tiempo de permanencia en España.
- Datos sobre la migración (motivo, ruta y condiciones del viaje).
- Antecedentes patológicos familiares.
- Antecedentes personales (embarazo y parto, patológicos).

- Estado vacunal.
- Consanguinidad de los padres.
- Historia actual (conocer red familiar y social, averiguar si existe alguna dificultad en la integración del niño, condiciones del domicilio actual).
- Religión.
- Encuesta sobre hábitos dietéticos y de actividad física.

1.4.3 Exploración física

Se realizará una exploración física completa, teniendo en cuenta los problemas de salud que puedan presentar. ^{3,9}

La exploración física debe incluir: ^{3,9}

- Valoración del desarrollo peso-talla, bien con curvas de la OMS o con las españolas. Muchos niños, dependiendo de sus condiciones previas, pueden presentar déficits nutricionales, en estos casos, daremos gran importancia a la velocidad de crecimiento.
- Estado de la piel y mucosas (escara de la BCG, color, lesiones, manchas, palidez, envejecimiento prematuro de la piel, sensibilidad).
- Presencia de adenopatías.
- Hepatoesplenomegalia, esa puede ser causada por leishmaniosis, paludismo, enfermedad de Chagas, anemias o neoplasias.
- Exploración bucal (dado que estos niños probablemente no hayan tenido una higiene bucodental adecuada, es importante identificar caries, maloclusiones, etc.).
- Exploración ocular.
- Valoración neurológica-psicológica. Algunos niños/as y adolescentes sufren depresiones a causa de una mala integración en su nuevo entorno. También, existen algunas enfermedades infecciosas que pueden producir alteraciones del SNC como la enfermedad de Chagas y la malaria.
- Valoración del desarrollo psicomotor (por ejemplo, los niños/as adoptados pueden presentar algún retraso psicomotor).
- Exploración de genitales externos.
- Función del aparato locomotor. Muchos niños/as de raza negra suelen tener una hiperlordosis fisiológica marcada.

1.4.4 Pruebas complementarias

Se deben individualizar según los datos encontrados en la anamnesis y en la exploración física, la edad y el lugar de procedencia.^{3,9}

- Cribado de infección tuberculosa.

Se puede realizar mediante dos tipos de pruebas: la prueba de tuberculina o el test de liberación del interferón gamma.^{3,9}

Según el PANNI en España, se debe realizar cribado de la TBC a todos los niños/as incluidos en el protocolo dada la alta prevalencia de la tuberculosis en el mundo; sin embargo, según el protocolo de Canarias, se debe realizar en niños/as con algún factor de riesgo y en aquellos con menos de 5 años de permanencia en nuestro país, o proceden de zonas de alta prevalencia de tuberculosis tales como: Latinoamérica (Perú, República Dominicana, Bolivia y Ecuador), África (Marruecos, Nigeria y Guinea Ecuatorial), Asia (China y Filipinas) y Europa (Rumania y Rusia).^{3,9}

- Hemograma y bioquímica básica (incluida ferritina).

Nos servirá para detectar posibles anemias, entre ellas, la ferropénica y eosinofilia. Según el PANNI en España: se deben de realizar a todos los niños/as incluidos en el mismo, y según el Protocolo de atención al niño/a inmigrante en Canarias: se realizará en niños/as con malnutrición, palidez, síndrome febril prolongado, retraso ponderal o sospecha de parasitosis.^{3,9}

- Parásitos en heces y coprocultivo.

Según el PANNI en España, la técnica precisa de personal entrenado y tiempo, por ello, debe realizarse de forma adecuada ya que puede influir en la validez del resultado. Se debe realizar el estudio a todos los niños/as inmigrantes. Por otro lado, según el Protocolo de atención al niño/a inmigrante en Canarias, se realizará en niños/as con diarrea prolongada o crónica y/o con eosinofilia.^{3,9}

- Serología hepatitis A, B y C.

Según el PANNI en España, se procederá a hacerla a todos los niños/as inmigrantes procedentes de países con alta prevalencia en infección por hepatitis B, y se vacunará a todos frente hepatitis A, ya que lo más probable es que viajen a su país de procedencia alguna vez. Se realizará serología de anticuerpos de la hepatitis C a aquellos niños en cuyo país de procedencia exista alta prevalencia de la enfermedad. Según el Protocolo de atención al niño/a inmigrante en Canarias, se valorará hepatitis B y C en todos los inmigrantes del África subsahariana.^{3,9}

- Orina de 24 horas.

Si existe hematuria o dolor pélvico.^{3,9}

- Estudio tiroideo.

En menores de 12 meses.^{3,9}

- Serología VIH.

Se considerará en función de la historia clínica, factores de riesgo, adolescentes sexualmente activos, hijos de madres de riesgo y en procedentes de África subsahariana.^{3,9}

En el caso de los adoptados, se recomienda VDRL además de serología VIH.^{3,9}

Además, el PANNI en España, en función de edad, lugar de procedencia y factores de riesgo, incluye:⁹

- Cribado de enfermedad de Chagas.
- Cribado de paludismo.
- Cribado de equistosomiasis urogenital.
- Cribado de enfermedades endocrino-metabólicas.
- Estudio de déficit de vitamina D.
- Cribado de hemoglobinopatías.
- Cribado de intoxicación por plomo.
- Cribado de déficit de yodo.

1.5. Enfermedades más frecuentes en los niños/as inmigrantes

Distinguiremos entre enfermedades infecciosas y no infecciosas según el origen del niño/a inmigrante.

Enfermedades infecciosas más frecuentes¹⁰

- En África son: TBC, Hepatitis, ETS, VIH, parásitos intestinales, filariasis, paludismo.
- En Latinoamérica son: TBC, hepatitis y cisticercosis.
- En Asia son: TBC, hepatitis.
- En Europa del este son: TBC, hepatitis, ITS, cisticercosis y leishmaniasis.

Enfermedades no infecciosas más frecuentes.

Podemos encontrar enfermedades autóctonas del país de procedencia como, por ejemplo, anemias hemolíticas y bajos niveles de lactasa. Además, los niños inmigrantes pueden presentar enfermedades a causa de una mala prevención de las mismas, entre ellas, encontramos las caries y otros problemas bucales. En este apartado, podemos incluir las intoxicaciones y enfermedades causadas por la exposición a radiación.¹⁰

Otros problemas del niño/a inmigrante.

- Aislamiento y/o exclusión social por su situación de inmigrante.¹¹
- Problemas relacionados con la nutrición. Existen diversas causas como, por ejemplo, los sustitutos de la lactancia materna, déficits de vitamina D, falta de conocimientos básicos sobre dietética y un mal seguimiento de las revisiones de estos niños.¹¹
- Enfermedades mentales, como consecuencia de las dificultades de adaptación, ausencia de vínculos y cambios en el entorno (desarraigo). Como pueden ser: depresión, trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad y síndrome de Ulises.¹¹
- Déficit visual y/o auditivo.¹¹

1.6. Calendario vacunal adaptado para niños/as inmigrantes en Canarias

El principal objetivo que se pretende conseguir con los calendarios de vacunación acelerados es una inmunoprotección semejante entre los niños/as inmigrantes y los autóctonos, para ello, debemos tener en cuenta la edad y la documentación aportada.^{12,13}

Ante un niño/a inmigrante con un calendario de vacunación previo, se debe comprobar la fiabilidad, el número de dosis y el intervalo mínimo entre dosis. Si está vacunado correctamente no se debe volver a vacunar, pues: "vacuna administrada vacuna contada".¹²

En el caso de no aportar ningún registro, este estar incompleto o no ser fiable, hay que aplicar el calendario acelerado de inmunizaciones sistemáticas en menores no vacunados (*Tabla 1*).¹²

CALENDARIO ACELERADO DE INMUNIZACIONES SISTEMÁTICAS EN MENORES NO VACUNADOS

Menores de 24 meses

Meses contados desde la última visita.

	0	1	2	4	6	12	24
4-23 meses	DTPa	DTPa	DTPa			DTPa	
	HB	HB			HB		
	Hib*	Hib	Hib			Hib	
	MCC**	MCC					
	VPI	VPI	VPI			VPI	
	SRP						

*Según edad de inicio de la vacunación: <12 meses: 3 dosis; 12-14 meses: 2; 15 meses –5 años: 1.

** Según edad de inicio de la vacunación: 2-12 meses: 3 dosis; <12 meses: 1 dosis.

Entre 24 meses y 6 años:

Meses contados desde la última visita.

	0	1	2	4	6	12	24
24meses-6 años	DTPa	DTPa				DTPa	DTPa
	HB	HB			HB		
	Hib						
	MCC						
	SRP	SRP					
	VPI	VPI	VPI			VPI	VPI

Entre los 7 y 18 años:

Meses contados desde la última visita.

	0	1	2	4	6 – 12	24
7 – 18 Años	Td	Td			Td	
	HB	HB			HB	
	SRP	SRP			SRP	
	VPI	VPI			VPI	

TABLA 1. Calendario acelerado de inmunizaciones sistemáticas en menores no vacunados.
Fuente: Gobiernodecanarias.org

1.7. Cobertura vacunal en niños/as inmigrantes

La metodología empleada para la realización de este apartado se ha basado en una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Scielo, Pubmed y Science Direct. Se han utilizado como palabras clave ``niño``, ``inmigración internacional``, ``vacunación``, ``cobertura vacunal``, y se han combinado con los operadores booleanos O e Y. Como criterios de inclusión se han seleccionado estudios realizados en España, en lengua española o inglesa, publicados en los últimos 5 años y con acceso a texto completo.

En España, hay entre un 3-5% de personas que no han sido vacunados o que su organismo no responde a las vacunas. A pesar de ser un pequeño porcentaje, si le sumamos la afluencia de niños/as inmigrantes incorrectamente vacunados, contribuimos al paso de agentes infecciosos y, por tanto, la aparición de epidemias y de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.¹⁴

En el año 2005, se publica un estudio llevado a cabo en un Centro de Salud de Madrid con niños inmigrantes en un intervalo de edad de 3 meses a 14 años. Este estudio mostró que solo la mitad de los niños/as inmigrantes traía documentación de sus países de procedencia sobre el estado de vacunación.¹⁵

Otro estudio realizado en un Área Básica de Salud de Barcelona (2006), tuvo como objetivo valorar el estado de las vacunaciones de la población pediátrica inmigrante recién llegada y a los doce meses. Se encontró que a su llegada resultaron estar correctamente vacunados en un 61,2% y que, a los doce meses, las dosis registradas mostraron resultados óptimos. Aun así, se hizo referencia a que era necesaria la mejora en la vacunación de la hepatitis A y B, ya que en este caso no encontraron buenos resultados.¹⁶

Posteriormente, en 2007, se realizó un estudio que pretendía evaluar el estado vacunal de una muestra de niños indígenas y otra de niños inmigrantes. Como resultados en la muestra de niños/as inmigrantes se obtuvo que el 85% estaban primovacunados de forma correcta. Además, se comparó este resultado con el porcentaje de primovacunados correctamente y con las dosis de refuerzo correspondientes administradas siendo este un 78,3%.¹⁷

Tres años más tarde, en 2010, se publicó otro estudio en Cataluña cuyo objetivo era evaluar el estado de las vacunaciones de niños/as inmigrantes y adoptados recién llegados en los CAP. De esta población, un 62,1% traen calendario de vacunación y se consideran bien vacunados el 54,1%. Entre los que aportaron el calendario, tenían una alta cobertura vacunal para las vacunas de difteria, tétanos y tosferina, debiéndose completar para el resto.¹⁸

En 2014, se publicó en el Boletín Epidemiológico Semanal un estudio que pretendía evaluar el impacto de las recomendaciones sobre la vacunación de hepatitis A, en niños/as de familias inmigrantes de países de alta endemia y residentes en Castellón. Se produjo un aumento en el número de niños/as vacunados de 33 a 263, a pesar de que la cobertura seguía siendo baja.¹⁹

En general, las investigaciones realizadas en nuestro país son escasas y, además, los datos recogidos de los diferentes estudios realizados muestran que una cantidad importante de niños que llegan a nuestro país no aporta ningún documento que registre sus vacunaciones.¹³

1.8. Barreras en la atención al niño/a inmigrante

En los últimos siglos el personal de enfermería ha tenido que hacer frente a la atención de una población compuesta por personas marcadas por un idioma y una cultura distintos, con un concepto diferente al nuestro de lo que es la salud y la enfermedad.²

La atención sanitaria al niño/a inmigrante, es similar a la del autóctono salvo por algunas peculiaridades en los primeros meses ya que requieren de una atención más específica. Las enfermeras afrontan la asistencia a los inmigrantes como un nuevo reto, pues aparte de contar con las propias barreras de este colectivo, cuentan con las limitaciones de base del sistema (agendas completas, tiempos cortos de consulta).²⁰

Una de las principales causas que dificultan la atención sanitaria es la comunicación. En determinados casos, el idioma del paciente no es el mismo que el del profesional, constituyendo una limitación a la que las enfermeras tienen que hacer frente priorizando la comunicación no verbal. También, puede ocurrir que el familiar del niño/a entienda nuestro idioma y haga de mediador. Se debe obtener las habilidades necesarias para poder lograr una asistencia sanitaria de calidad, para ello, se actuará de forma empática y cordial, creando un ambiente cálido y de confianza.²¹

Con el fin de favorecer la comunicación se han propuesto varios modelos de tareas. Si los enfocáramos al inmigrante, quizás el más adecuado sea el modelo de la comunicación centrada en el paciente de Western Ontario. Este modelo comprende las siguientes tareas: 1) explorar la enfermedad y la dolencia; 2) comprender a la persona; 3) buscar puntos comunes respecto al plan; 4) incorporar la prevención y promoción de la salud; 5) incrementar la relación médico-paciente; y 6) ser realista.²²

Las barreras culturales y emocionales suponen otro de los obstáculos en la atención. En el día a día de su profesión, el personal sanitario debe ser culturalmente competente y tener en mente la Medicina Transcultural. A la hora de tratar con los niños/as inmigrantes y con sus padres, tendremos que aplicar ciertos elementos culturales y sociales, sin establecer juicios de valor, siendo flexibles y respetuosos.^{20, 21}

No debemos olvidar que la concepción de salud y enfermedad que ellos tienen puede ser distinta de la nuestra. Por ejemplo, pueden tener alguna enfermedad similar a la de una persona autóctona pero, para ambos, tener distinto significado. Por ello, es muy importante la función que tiene la Atención Primaria en la Educación Sanitaria, así como en insistir en la asistencia a los controles de salud y repasar el calendario vacunal.²¹

En conclusión, para alcanzar una asistencia sanitaria adecuada y realizar una buena entrevista, será fundamental tener siempre en cuenta el factor emocional manteniendo una relación profesional de respeto. Por tanto, estos niños/as necesitarán más tiempo en las consultas, sobre todo, en las primeras. Correspondiendo a las enfermeras/os de los Centros de Salud el interesarse en saber más sobre la cultura y las costumbres del niño/a inmigrante.^{23, 24} **(ANEXO 2)**

1.9 Aspectos nutricionales en el niño/a inmigrante

Los niños/as inmigrantes que actualmente residen en España presentan, entre ellos mismos, notables diferencias. En general, los estudios publicados con relación al niño/a inmigrante se basan principalmente en temas como vacunación o enfermedades infecciosas. Sin embargo, no debemos dejar de lado las particularidades presentes en la alimentación de esta población, para así, acelerar el proceso de aculturación introduciéndoles hábitos nutricionales saludables (*Tabla 2*).²⁵

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DE LAS POBLACIONES EMERGENTES	
Países de Europa del Este	<ul style="list-style-type: none"> - Alto consumo de productos lácteos - Consumo de fiambres y embutidos
Marruecos	<ul style="list-style-type: none"> - Rica en cereales (trigo) y legumbres - Rica en fitatos y caninos - Carne en poca cantidad - Abundantes frutos secos - Aceite de argán - Bajo consumo de lácteos
Latinoamérica	<ul style="list-style-type: none"> - Combinación de proteínas de origen vegetal (cereales y legumbres) - Uso básico del maíz
Asia	<ul style="list-style-type: none"> - Fuente principal de calorías: arroz y trigo - Uso de soja - Consumo de germinados - Rica en proteínas de origen vegetal
Países subsaharianos	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentos básicos: arroz, cuscús, mandioca - Uso del cacahuete (harina, aceite) - Pescado ahumado

Tabla 2: Características de la alimentación de las poblaciones emergentes.

Fuente: Ferrer Lorente B, Vitoria Miñana I, Dalmau Serra J, La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Acta Pediatr Esp* [revista en internet]. 2012 [citado 2019 May 2]; 70 (4): 147-54.

Un estudio descriptivo realizado en 55 colegios de Zaragoza entre 2007 y 2010, tuvo como objetivo principal estudiar el desayuno de los niños/as inmigrantes que asistían a dichos colegios. Se obtuvieron diferencias importantes en función de la procedencia del niño, por ejemplo, se observó que los niños procedentes de Europa Occidental eran los que más incluían en su dieta el aceite de oliva.²⁶

Otro estudio llevado a cabo en Girona y publicado en el año 2013, pretendía comparar la situación nutricional entre la población infantil inmigrante y la autóctona. Entre la población inmigrante se incluyeron 71 nacionalidades distintas. Como resultados se encontró que en las nacionalidades subsahariana, india y magrebí existían bajos niveles de vitamina D a causa de la escasa exposición solar. Además, se halló que estas poblaciones presentaban déficit de hierro, hemoglobina y ferritina.²⁷

El proceso de aculturación del niño/a incluye tanto prácticas saludables como no saludables, por ello, una vez encontradas estas peculiaridades según lugar de procedencia, se identificarán cuáles son incorrectas para poder llevar a cabo un abordaje adecuado. A través de Educación Sanitaria, se introducirán aquellas medidas dietéticas preventivas que sean necesarias.²⁸

Entre dichas medidas podemos señalar una serie de recomendaciones:²⁵

- Promover el consumo de aceite de oliva, así como, de frutas y verduras y de lácteos fermentados.
- Priorizar el consumo de agua y zumos naturales frente a refrescos y bebidas azucaradas.
- En aquellos individuos que presenten déficit de vitamina D se recomendará la toma de suplementos y una exposición solar con protección.
- Sería idónea la inclusión de ciertos alimentos propios de su país en la dieta equilibrada con el fin de facilitar su cumplimiento.
- Recomendar, además, alimentos ricos en vitamina C para todos y suplementos de vitamina B12 en niños que sigan dietas vegetarianas o veganas.

2. JUSTIFICACIÓN

La inmigración es un tema de actualidad, la mayoría de los inmigrantes que llegan a nuestro país buscan mejorar su calidad de vida; sin embargo, la situación que se encuentran difiere mucho de lo que esperaban. Las desigualdades sociales afectan a la salud de la población inmigrante, los más afectados son los niños, que se encuentran en una fase de crecimiento y desarrollo y cualquier contratiempo puede afectar a su futuro.

La globalización ha contribuido exponencialmente a la transmisión de enfermedades infecciosas que afectan tanto a las personas autóctonas como a las que no lo son. Este hecho nos permite comprender por qué es tan importante el papel de la enfermería en mejorar el estado de salud y favorecer la adaptación de este colectivo, garantizando la equidad en la accesibilidad al sistema sanitario y en la prestación de servicios.

A través de este estudio y desde la perspectiva de las enfermeras de Pediatría de Atención Primaria, se pretende conocer cómo se lleva a cabo el Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante en Canarias. Para así, en función de los resultados, poder establecer estrategias de mejora en aquellos aspectos que lo necesiten.

En nuestro país existen muy pocos estudios de este tipo, y ninguno en Canarias; de ahí la importancia de conocer si se cumplen las medidas preventivas, tanto para valorar el estado de salud del niño y su situación vacunal, como para detectar enfermedades, además de investigar si una vez realizada la visita inicial, se lleva a cabo un seguimiento del niño/a inmigrante.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Conocer cómo se lleva a cabo el protocolo de atención al niño/a inmigrante en las consultas de Atención Primaria de Canarias.

Objetivos específicos:

- Conocer si los niños/as inmigrantes traen documentación sobre su estado vacunal.
- Identificar qué actividades del protocolo no se llevan a cabo o es difícil su abordaje.
- Determinar si se lleva a cabo un seguimiento del niño/a inmigrante.
- Valorar si en la Consulta de Enfermería se llevan a cabo labores de Educación Sanitaria, así como, si se establece una relación positiva entre ésta y la asistencia a controles de salud.
- Conocer si el personal de enfermería considera las barreras de los niños/as inmigrantes como un punto importante en la atención sanitaria.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño de estudio

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, observacional, de carácter transversal y prospectivo.

4.2. Población y muestra

Población diana: La población objeto de este estudio estará compuesta por todas las enfermeras/os de Pediatría de Atención Primaria que trabajan en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Muestra: La muestra de estudio corresponderá a todas las enfermeras/os de Pediatría de Atención Primaria que trabajan en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife. Hay una enfermera al menos por cada Centro de Salud, por tanto, si existen 54 zonas básicas de salud autorizadas, contaremos con un mínimo de 54 enfermeras.

4.3. Criterios de inclusión/ exclusión

Criterios de inclusión: Dado que el tamaño de la muestra no es tan extenso, teniendo en cuenta que la participación es voluntaria y que, por tanto, algunos/as se pueden negar a colaborar con la investigación, nuestra muestra englobará a la totalidad de las enfermeras/os de Pediatría de Atención Primaria que trabajan en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Criterios de exclusión: Serán criterios de exclusión aquellas enfermeras/os que lleven trabajando menos de un año en este servicio y/o que no dispongan de un cupo propio de pacientes.

4.4. Variables e instrumento de medida

4.4.1. Instrumento de medida

Como instrumento de medida de este estudio se utilizará un cuestionario de elaboración propia que previamente deberá ser validado y pasado a un grupo piloto. Con este cuestionario se pretenderá conocer, desde la visión enfermera, cómo se lleva a cabo el Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante en Canarias.

El cuestionario contiene un total de 28 preguntas distribuidas en cuatro bloques o dimensiones. **(ANEXO 3)**

4.4.2 Variables de estudio

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, años trabajados en el Servicio, poseedor o no de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Variables relacionadas con la clínica del paciente.
- Variables relacionadas con el cumplimiento del protocolo.
- Variables relacionadas con el seguimiento del protocolo.
- Variables relacionadas con las barreras en la atención al niño/a inmigrante.

4.5. Métodos de recogida de la información

En primer lugar, para llevar a cabo este proyecto de investigación, se expedirá una petición a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife **(ANEXO 4)**. Dicha petición, incluirá una breve presentación, el objetivo principal del proyecto, como se llevará a cabo y los beneficios que se obtendrán con el mismo.

Una vez aceptada esta petición, se enviará una carta informativa a la Dirección de cada Centro de Salud **(ANEXO 5)**, dónde se pedirá además de su autorización para llevar a cabo este Proyecto de Investigación, los correos electrónicos de las enfermeras/os de Pediatría. Mediante esta vía, cada una de las enfermeras recibirá un aviso con la información del proyecto **(ANEXO 6)**, el consentimiento informado que deberán firmar en caso de aceptar su participación, y el cuestionario que deberán cumplimentar y entregar en un periodo máximo de 2 meses.

4.6. Análisis estadístico

Se usará el paquete estadístico SPSS para Windows v.22. Las variables cuantitativas se expresarán como medias y desviación estándar y se compararán a través de la prueba t-Student (muestras independientes o pareadas), mientras que las cualitativas en forma de porcentajes (frecuencias absolutas y relativas) y comparándolas a través de la prueba del Ji Cuadrado (χ^2) para datos paramétricos o prueba exacta de Fisher (variables categóricas). Se consideraron diferencias significativas estadísticamente para una $p < 0,05$.

4.7. Consideraciones éticas

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se garantizará al personal, mediante un Consentimiento Informado (**ANEXO 7**), la confidencialidad de los datos personales y de los resultados obtenidos en el estudio. Así como, se informará de la voluntariedad de la participación.

5. CRONOGRAMA

MESES	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
TAREAS	2018	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2020
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA														
DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PROYECTO														
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO														
RECOGIDA DE PERMISOS Y ENVÍO DEL CUESTIONARIO.														
RECOGIDA DE DATOS.														
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.														
REDACCIÓN INFORME DEFINITIVO Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.														

TABLA 3: Planificación del Proyecto de Investigación.

6. LOGÍSTICA

Para llevar a cabo este estudio de investigación se requerirá de los siguientes recursos humanos:

RECURSOS		COSTO
HUMANOS	INVESTIGADOR PRINCIPAL	0 €
	ESTADÍSTICO	200 – 600 €
TOTAL		200 - 600 €

TABLA 4: Presupuesto del Proyecto de Investigación.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services. Health care for children of Immigrant families. 1997 [citado 2019 Feb 2]. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/100/1/153>
- (2) Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de Derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, num. 10, 12 de enero de 2000 [Última modificación: 4 de septiembre de 2018].
- (3) Zuza Santacilia I, Rodríguez Rieiro C, López Gigoso R. Salud de los viajeros e inmigrantes. En: Martínez-González M, editores. Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas. 1 ed. Elsevier España SL; 2013. p. 399-405.
- (4) R. M. Masvidal i Aliberch, D. Canadell Villaret, Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. Form Act Pediatr Aten Prim [revista en internet]. 2017 [citado 2019 Feb 10]; 10 (1): 3-15. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/actualizacion_del_protocolo_de_atencion_a_las_ninas_y_ninos_inmigrantes._revisión_2016_-_revista_fapap_34_vol10n1_-_2017.pdfhttps://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/actualizacion_del_protocolo_de_atencion_a_las_ninas_y_ninos_inmigrantes._revisión_2016_-_revista_fapap_34_vol10n1_-_2017.pdf
- (5) Observatorio Permanente de la Inmigración, Secretaría General de Inmigración y Emigración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España [Base de datos en internet]. Extranjeros residentes en España. 2018 [citado 2019 Feb 2]. Disponible en: http://extranjeros.mtramiss.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/certificado/201812/Residentes_Principales_Resultados_31122018.pdf
- (6) Observatorio Permanente de la Inmigración, Secretaría General de Inmigración y Emigración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España [Base de datos en internet]. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. 2018 [citado 2019 Feb 2]. Disponible en: http://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fextranjeros.mtramiss.gob.es%2Fes%2FEstadisticas%2Foperaciones%2Fcon-certificado%2F201812%2Fdetalle%2FDetailadosnatTNacional2018.xlsx&sa=D&sntz=1&usg=AFQjCNFzEcSwO8a1XHgJV60rxG8zah_rFQ

(7) Observatorio Permanente de la Inmigración, Secretaría General de Inmigración y Emigración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España [Base de datos en internet]. Extranjeros residentes en España. 2018 [citado 2019 Feb 20].

Disponible en:
http://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fextranjeros.mitramiss.gob.es%2Fes%2FEstadisticas%2FOperaciones%2Fcon-certificado%2F201812%2FResidentes_Tablas_PR_31122018.xlsx&sa=D&sntz=1&usg=AFQjCNHxT2KarUJMg5knty3LWIgpn5II9w

(8) Servicio Canario de Salud. Programa de Salud Infantil. Consejería de Sanidad; 2007 p. 180-186. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/fb195089-29f4-11e9-acfe-cba652c0f26c/ProgramaSaludInfantilCompleto.pdf>.

(9) Gobiernodecanarias.org [citado 1 Mar 2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/25881c81-0eff-11de-9de1-998efb13096d/ProtocoloMenoresInmigrantes.pdf>

(10) Gobiernodecanarias.org [citado 4 Mar 2019]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/51ed81b8-b57a-11dd-954a-5f407b1fae81/26_AtencionNinoInmigrante.pdf

(11) Gancedo García M C, Redondo Romero A, Peñarocha Teres J, Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchón J, Hidalgo Vicario M I et al. Manual de Atención al Paciente Inmigrante. Madrid (ES): Grupo 2 Comunicación Médica; 2009.

(12) Gobiernodecanarias.org [citado 1 Mar 2019]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/45e9ca85-b57a-11dd-954a-5f407b1fae81/24_Vacunadas.pdf

(13) Cilleruelo Ortega M J, García Sánchez N, Vacunación en niños adoptados, inmigrantes y refugiados. *Pediatr Integral* [revista en internet]. 2015 [citado 2019 Mar 15]; 19 (10): 702.e1-702.e10. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/02/Pediatrica-Integral-XIX-10_WEB.pdf#page=85

(14) Vacunasaep.org [actualizado Feb 2018; citado 15 Feb 2019]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-12>

(15) Gutiérrez Hernando R, Álvarez Pasquín M J, Sesmero Lillo M A, Martín Martín S. Vacunación de los niños inmigrantes: ¿cómo acuden a nuestras consultas?: Aceptado como póster en el II Congreso de la Asociación Española de Vacunología. *Aten Primaria* [revista en internet]. 2005 [citado 2019 Feb 18]; 35 (3): 164. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705703085>

(16) Miguel Gil B, Pérez Romero N, Masbidal Aiberch R M, de Frutos Gallego E, Raurich Bottifler F, Costa Ramoneda T. Valoración del estado vacunal de la población pediátrica inmigrante a su llegada a un área básica de salud de Barcelona y a los 12 meses. *Enferm Clin* [revista en internet]. 2006 [citado 2019 Feb 20]; 16 (6): 314-320. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S1130862106712384>

(17) Borrás E, Domínguez A, Batalla J, Torner N, Cardeñosa N, Nebot M et al. Vaccination coverage in indigenous and immigrant children under 3 years of age in Catalonia (Spain). *Vaccine* [revista en internet]. 2007 Abr 20 [citado 2019 Feb 25]; 25 (16): 3240-3243. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S0264410X0700059X>

(18) Miguel Gil B, Masbidal Aiberch R M, Cruz Rodríguez C, de Frutos Gallego E, Estabanell Buxó A, Riera Vidal D. Estado de las vacunaciones de inmigrantes recién llegados a Cataluña (España). *Rev Pediatr Aten Primaria* [revista en internet]. 2010 [citado 2019 Feb 21]; 12 (46): 239-247. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n46/original4.pdf>

(19) Mañes Flor P, Bellido Blasco J B, Romeu García A, Herrero Carot C, Limón Ramírez r, Silvestre Silvestre E et al. Impacto de las recomendaciones sobre la vacunación de hepatitis A en niños de familias inmigrantes de países de alta endemicidad residentes en Castellón. *Boletín Epidemiológico Semanal* [revista en internet]. 2014 [citado 2019 Feb 21]; 22 (3):22-28. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/860>

(20) Ibarra Mendoza T J, González J. Competencia cultural: una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enferm* [revista en internet]. 2006 [citado 2019 Mar 1]; 15 (55):44-48. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011

(21) Fuentes C, Martín Laso M A. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales Sis San Navarra* [revista en internet]. 2006 [citado 2019 Mar 1]; 29 (1): 9-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010

(22) Suarez Cuba M A. Medicina centrada en el paciente. *Rev Med La Paz* [revista en internet]. 2012 [citado 2019 Mar 1]; 18 (1): 67-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002

(23) Masvidal Aliberch R M. La atención a las niñas y a los niños inmigrantes. En: AEPap (ed). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. P. 33-43.

(24) Gómez Ayala A E. Inmigración y salud: asistencia sanitaria al niño inmigrante. Immigration and health: healthcare for immigrant children. *Medwave* [internet]. 2009 [citado 2019 May 20]; 9 (5): e3923. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/revisiones/revisiontemas/3923>

(25) Ferrer Lorente B, Vitoria Miñana I, Dalmau Serra J, La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Acta Pediatr Esp* [revista en internet]. 2012 [citado 2019 May 2]; 70 (4): 147-154. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jaime_Dalmau/publication/289007886_Feeding_of_the_immigrant_child_Risks_and_nutritional_deficiencies/links/59c16112a6fdcc69b92bc176/Feeding-of-the-immigrant-child-Risks-and-nutritional-deficiencies.pdf

(26) Menal Puey S, Fajó Pascual M, Marqués López I. Estudio descriptivo del desayuno en una población infantil inmigrante escolarizada, 2007-2010. *Rev Esp de Nutrición humana y dietética* [revista en internet]. 2011 [citado 2019 May 2]; 15 (4): 177-183. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173129211700576>

(27) Sánchez Muro J M. Estudio nutricional comparativo entre una población infantil caucásica y una inmigrante [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.

(28) Miguel Gil B, Cruz C, Masvidal Aliberch R M, de Frutos Gallego E, Estabanell Buxó A, Riera D. Alimentación en población infantil inmigrante recién llegada. *Enferm Clin* [revista en internet]. 2012 [citado 2019 May 2]; 22 (3): 118-125. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112000459>

8. ANEXOS

ANEXO 1: Principales países de origen de los extranjeros menores de 15 años con certificado o residencia en vigor en España.

RÉGIMEN GENERAL.	NIÑOS DE 0 A 15 AÑOS.
1. Marruecos:	191891
2. China:	53336
3. Pakistán:	15798
4. Ecuador:	14331
5. Argelia:	12553
6. Ucrania:	10596
7. Bolivia:	9977
8. Senegal:	8924
9. Nigeria	8349
10. Rusia	7991

TABLA 5: Principales países de origen de niños de 0 a 15 años en Régimen General.

Fuente: Observatorio Permanente de la Inmigración.

RÉGIMEN DE LIBRE CIRCULACIÓN.	NIÑOS DE 0-15 AÑOS.
1. Rumanía	121439
2. Italia	22571
3. Bulgaria	19552
4. Reino unido	16392
5. Portugal	10559
6. Francia	10161
7. Alemania	8651
8. Polonia	8595
9. Países bajos	4015
10. Marruecos	2710

TABLA 6: Principales países de origen de niños de 0 a 15 años en Régimen de Libre Circulación.

Fuente: Observatorio Permanente de la Inmigración.

ANEXO 2: Qué hacer y qué no hacer.

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
Estar abiertos a una diversidad cultural con valores y creencias distintos, pues hablamos de una población muy heterogénea.	Comprender y valorar al paciente siempre desde nuestro contexto cultural.
Adecuar nuestro lenguaje teniendo en cuenta las características culturales.	Explicar conceptos utilizando expresiones de nuestra cultura y que el paciente puede que no entienda.
Reforzar las habilidades del niño/a proporcionando el apoyo necesario y fomentando su autonomía.	Tener una actitud muy paternalista evadiendo las capacidades del paciente.
Generar un vínculo enfermera-paciente basado en el respeto, la cercanía y la confianza.	No mostrar confianza al niño/a originando una relación distante y fría.
No establecer juicios de valor.	Juzgar los valores propios del niño o niña inmigrante basándonos en nuestras propias creencias.

TABLA 7: Qué hacer y qué no hacer.

Fuente: https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf

ANEXO 3: Cuestionario.

CUESTIONARIO:

¿De qué manera se lleva a cabo el Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante?

Este cuestionario pretende conocer de qué manera se lleva a cabo el Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante. Consta de 28 preguntas divididas en cuatro apartados. En cada pregunta, se debe elegir una de las opciones de respuesta marcando con una X la casilla correspondiente.

Datos sociodemográficos:

Edad: _____ (Años)

Sexo: Masculino Femenino

Años trabajados en Atención Primaria: _____

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA CLÍNICA DEL NIÑO/A

1. ¿Suelen presentar los niños/as inmigrantes déficit nutricional u obesidad/sobrepeso?

Sí No

En caso afirmativo, especifique cual: Déficit nutricional Obesidad/sobrepeso

2. ¿Refieren tener algún tipo de problema gastrointestinal?

Sí No

3. ¿Llevan a cabo una correcta higiene bucal?

Sí No

4. ¿Llevan a cabo una correcta higiene corporal?

Sí No

5. A su llegada, ¿aportan documentación sobre su estado vacunal?

Sí No

6. En caso de sí aportarlo, ¿presenta la mayoría un nivel de inmunización correcto?

Sí No

7. ¿Objetivas diferencias en el estado de salud del niño/a inmigrante en función del lugar de procedencia?

Sí No

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO

8. ¿Se lleva a cabo una valoración inicial correcta? *(Dónde se incluya: motivo de consulta y sintomatología, país de origen y tiempo de permanencia en España, datos sobre migración, antecedentes personales y familiares, estado vacunal, consanguinidad de los padres, encuestar sobre hábitos dietéticos y de actividad física, creencias religiosas y conocer historia actual.)*

Sí No .

9. En caso negativo por no llevar a cabo alguna de estas actividades, escríbala y justifique el porqué: _____

10. ¿Se realiza una exploración física completa? *(Dónde se incluya exploración de: desarrollo peso-talla, estado de piel y mucosas, presencia de adenopatías, hepatoesplenomegalia, exploración bucal, exploración ocular, valoración neurológica-psicológica, desarrollo psicomotor, exploración de genitales externos y función del aparato locomotor.)*

Sí No

11. En caso negativo por no llevar a cabo alguna de estas actividades, indique cuál(es) y señale por qué _____

Pruebas complementarias:

12. Prueba de tuberculina.

Siempre Nunca En ocasiones.

13. Analítica completa de sangre.

Siempre Nunca En ocasiones.

14. Sangre oculta en heces.

Siempre Nunca En ocasiones.

15. Coprocultivo de heces y parásitos.

Siempre Nunca En ocasiones.

16. Sedimento de orina.

Siempre Nunca En ocasiones.

17. Inicio del calendario vacunal acelerado en aquellos que lo tengan incompleto.

Siempre Nunca En ocasiones.

18. Serología hepatitis A, B y C.

Siempre Nunca En ocasiones.

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO.

19. Una vez realizada la primera visita, ¿se concierta una nueva cita programada?

Sí No

20. En caso de periodos largos entre citas, ¿se realiza algún tipo de recordatorio?

Sí No

21. ¿Objetiva, en general, un buen seguimiento por parte de los pacientes?

Sí No

22. ¿Realiza labores de Educación Sanitaria en consulta?

Sí No

23. En caso afirmativo, ¿establece una relación positiva entre la Educación Sanitaria y el seguimiento del protocolo?

Sí No

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LAS BARRERAS EN LA ATENCIÓN AL NIÑO/A INMIGRANTE.

24. ¿Considera la diferencia de idiomas una barrera importante a la hora de comunicarse?

Sí No

25. ¿Dispone de un traductor en el centro?

Sí No

26. ¿La diferencia cultural es una barrera importante a la hora de llevar a cabo la consulta con un niño/a inmigrante?

Sí No

27. La enfermera de Pediatría de Atención Primaria desempeña una gran labor en materia de Educación Sanitaria, en estos casos, ¿se ve dificultada esta labor?

Sí No

28. Propón alguna sugerencia de mejora para disminuir las barreras en la atención al inmigrante pediátrico: _____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 4: Permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

D^a María Isabel Fuentes Galindo
Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
Calle Monteverde, 45.
38071, Santa Cruz de Tenerife

Estimado/a Sra. Fuentes Galindo.

Mi nombre es Carmen Nieves González Verde y soy alumna de 4^o de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. El objetivo de esta presente carta es la obtención de la autorización, por parte de la Gerencia de Atención Primaria de la provincia de Sta. Cruz de Tenerife, para la realización de un Proyecto de Investigación que es objeto de mi Trabajo de Fin de Grado.

Este proyecto tiene como objetivo general “*Conocer cómo se lleva a cabo el Protocolo de Atención Sanitaria al Niño/a Inmigrante en Canarias*”, y en función de los resultados obtenidos establecer estrategias de mejora en aquellos aspectos que lo necesiten. Para ello, se pasará un cuestionario a las enfermeras/os de Pediatría de Atención Primaria.

La participación en este Proyecto de Investigación es totalmente voluntaria, y los resultados obtenidos serán tratados de forma confidencial, según se recoge en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, además de usarse únicamente con fines de esta investigación.

Se le adjunta cuestionario.

Muchas gracias de antemano por su atención.

Reciba un cordial saludo.

Atentamente, **Carmen N. González Verde.**

Firma Investigador:

Firma Organismo Autorizador:

En San Cristóbal de La Laguna a _____ de _____ del _____.

ANEXO 5: Carta informativa a la Dirección de cada Centro de Salud y solicitud de autorización.

D/Doña: _____.
Director/a del Centro de Salud de _____.

Estimado/a Sr/a. _____

Mi nombre es Carmen Nieves González Verde y soy alumna de 4º de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. El objetivo de esta presente carta es informarle sobre un Proyecto de Investigación que estoy realizando como objeto de mi Trabajo de Fin de Grado, y con el que se pretende conocer cómo se lleva a cabo el Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante en Canarias. Con los resultados obtenidos podremos valorar aquellos aspectos que se ven dificultados, para así poder establecer estrategias de mejora en un futuro.

Para la realización de este estudio, necesito la participación de las enfermeras/os de Pediatría de Atención Primaria que deberán contestar las preguntas de un cuestionario. Este cuestionario se les enviará vía e-mail, la participación será voluntaria y los datos recogidos serán tratados de forma confidencial, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Ruego a la Dirección del Centro su autorización para llevar a cabo dicho Proyecto de Investigación, así como facilitarme los correos electrónicos de los/as enfermeros/as para poder contactar con ellos.

Se le adjunta cuestionario propuesto.

Muchas gracias de antemano por su atención.

Reciba un cordial saludo.
Atentamente, **Carmen N. González Verde.**

En San Cristóbal de La Laguna a _____ de _____ del _____.

ANEXO 6: E-mail informativo a las enfermeras objeto de estudio.

Estimado/a enfermero/a:

Mi nombre es Carmen Nieves González Verde, alumna de 4º de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna. A través de este e-mail, me dirijo a usted para informarle sobre un Proyecto de Investigación que estoy realizando como objeto de mi Trabajo de Fin de Grado, y que tiene como objetivo general “*Conocer cómo se lleva a cabo el Protocolo de Atención al Niño/a Inmigrante en Canarias*”. Con los resultados obtenidos, podremos valorar aquellos aspectos que se ven dificultados y establecer estrategias de mejora en un futuro.

Para poder participar deberá realizar un cuestionario. La participación es voluntaria y los datos recogidos serán totalmente confidenciales, según se recoge en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. A continuación, se le adjunta el cuestionario y el consentimiento informado que deberá entregarnos firmado en caso de aceptar su participación.

Muchas gracias de antemano.

Reciba un saludo cordial.

Atentamente: **Carmen N. González Verde**

ANEXO 7: Consentimiento informado.

El presente documento garantiza que los resultados obtenidos en este cuestionario serán totalmente confidenciales y solo podrán ser utilizados para fines de esta investigación. Por tanto, la información facilitada será tratada de manera confidencial, conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Yo, _____, con DNI _____, enfermera/o de Pediatría de Atención Primaria del Centro de Salud de _____, doy mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación titulado "Protocolo de Atención al Niño Inmigrante. Intervención enfermera en Canarias", tras haber recibido información sobre los objetivos del estudio y de su carácter voluntario.

Firma del/la participante:

Firma del informador:

En San Cristóbal de La Laguna a ____ de _____ del ____.