

LA SALUD DE NIÑOS MIGRANTES INTERNACIONALES: REVISIÓN INTEGRATIVA

THE HEALTH OF INTERNATIONAL MIGRANT CHILDREN: AN INTEGRATIVE REVIEW

A SAÚDE DAS CRIANÇAS MIGRANTES INTERNACIONAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2024) 30:6

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE30-6SNMY30006>



Autor de correspondencia

María Del Pilar Ureña-Molina

Palabras clave

Revisión; Migrantes; Salud del Niño;
Infante y Niño.

Key words

Review; Migrants; Child Health;
Infant and Child.

Palavras-chave

Revisão; Migrantes; Saúde da criança;
Bebê e criança.

Fecha de recepción:

19/03/2024

Fecha de aceptación:

17/06/2024

Editora Asociada

Dra. Claudia Delgado Rizzo

María Del Pilar Ureña-Molina¹ Email: mariadelpum@ufps.edu.co

Myrna McLaughlin-Anderson² Email: myrna.mclaughlin@up.ac.pa

Yariela González-Ortega³ Email: yariela.gonzalezo@up.ac.pa

RESUMEN

Objetivo: Analizar la situación de salud de los niños migrantes internacionales reportada en publicaciones de revistas científicas durante el periodo 2014 y 2022. Material y Método: Entre junio de 2022 y febrero de 2023 se realizó una revisión integrativa, basada en la guía PRISMA. Se buscaron estudios observacionales publicados en idioma inglés y español. Resultados: De los 11 artículos seleccionados, la mayoría abordó diversas condiciones de salud física en niños migrantes internacionales y en menor proporción se encontraron estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y salud mental. Conclusiones: El reporte de la situación de salud de los niños migrantes destaca problemas comunes como deficiencias en higiene bucal, nutrición y enfermedades agudas o infecciosas, además de problemas de salud mental, especialmente en niños refugiados. Se resalta la importancia de considerar las condiciones de vida en el país de origen, el trayecto migratorio y el tiempo en el país receptor. Es fundamental abordar estos problemas desde una perspectiva de salud pública, promoviendo la colaboración interdisciplinaria y una

¹Enfermera, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta, Colombia.

²Enfermera, Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá.

³Enfermera, Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá.

atención culturalmente competente. La enfermería debe desempeñar un rol activo en liderar proyectos y estrategias que aborden los desafíos de la salud infantil a nivel global, fortaleciendo su credibilidad y su papel esencial en la promoción y el cuidado de la salud mundial.

ABSTRACT

Objective: To analyze the health status of international migrant children reported in scientific journal publications between 2014 and 2022. **Materials and Methods:** An integrative review based on the PRISMA guideline was conducted between June 2022 and February 2023. We searched for observational studies published in English and Spanish. **Results:** Of the 11 articles selected, most addressed different physical health conditions in international migrant children and a smaller proportion included studies on health-related quality of life (HRQoL) and mental health. **Conclusions:** Reporting on the health status of migrant children highlights common problems such as deficiencies in oral hygiene, nutrition, and acute or infectious diseases, as well as mental health problems, especially among refugee children. It also highlights the importance of considering the living conditions in the country of origin, the migration journey and the time spent in the host country. It is essential to address these problems from a public health perspective, promoting interdisciplinary collaboration and culturally competent care. Nursing should play an active role in leading projects and strategies that address global child health challenges, thereby strengthening its credibility and its essential role in global health promotion and care.

RESUMO

Objetivo: Analisar o estado de saúde de crianças migrantes internacionais relatado em publicações de revistas científicas entre 2014 e 2022. **Material e métodos:** Uma revisão integrativa, com base nas diretrizes PRISMA, foi realizada entre junho de 2022 e fevereiro de 2023. Foram pesquisados estudos observacionais publicados em inglês e espanhol. **Resultados:** Dos 11 artigos selecionados, a maioria abordou diferentes condições de saúde física em crianças migrantes internacionais e uma proporção menor incluiu estudos sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e saúde mental. **Conclusões:** Os relatórios sobre o estado de saúde de crianças migrantes destacam problemas comuns, como deficiências na higiene bucal, nutrição e doenças agudas ou infecciosas, bem como problemas de saúde mental, especialmente em crianças refugiadas. Também destaca a importância de considerar as condições de vida no país de origem, a rota migratória e o tempo no país anfitrião. É essencial abordar esses problemas a partir de uma perspectiva de saúde pública, promovendo a colaboração interdisciplinar e o atendimento culturalmente competente. A enfermagem deve desempenhar um papel ativo na liderança de projetos e estratégias que abordem os desafios globais da saúde infantil, fortalecendo sua credibilidade e seu papel fundamental na promoção e no cuidado da saúde global.

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos en determinadas circunstancias han tenido que abandonar el lugar de residencia por diversas razones; dentro de estas se encuentran la búsqueda de mejores oportunidades económicas, estudiantiles o familiares; asimismo, el traslado hacia otras regiones encuentra su motivo en situaciones complejas como la violencia, la vulneración de derechos humanos, los desastres naturales y las crisis económicas. A todo este movimiento de traslado se le conoce como migración, el cual puede ser de manera temporal o permanente hacia el interior del país (migrante interno) o a través de una frontera internacional (migrante internacional)⁽¹⁾. Esto, desde la globalización, se

interpreta como un fenómeno social desafiante para los sistemas políticos y socioeconómicos de los países involucrados.

Bajo este panorama, la Organización Internacional para las Migraciones⁽¹⁾ reconoció una variedad de definiciones en función de las necesidades individuales, implicaciones jurídicas y sociales como los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos, los apátridas, los migrantes regulares e irregulares, los migrantes en tránsito y migrantes internacionales. Dicho esto, y para efectos del objetivo de la presente revisión, se tomó en consideración la definición de los migrantes internacionales como aquellos que cambian su país de residencia en un tiempo corto o de manera permanente⁽¹⁾.

De acuerdo con el Informe sobre las Migraciones en el Mundo del 2022⁽²⁾, se reportó una cifra de 281 millones de migrantes internacionales para el año 2020, esto equivale al 3,6 % de la población mundial. Además, este documento señaló a la región europea como el destino principal con 87 millones de migrantes (30,9%); en segundo lugar Asia (30,5%), seguido de América del Norte (21%), África (9%), América Latina y el Caribe (5,3%) y en último lugar, Oceanía, donde vive el 3% de la población mundial total de migrantes internacionales. Además, se estableció que el 14,6% de esta población migrante eran personas menores de 20 años, mostrando una disminución importante en comparación con el año 1990, en el que este grupo equivalía al 18,9 % del total de personas migrantes⁽²⁾.

No obstante, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁽³⁾, la estimación mundial del número total de niños migrantes para 2020 estuvo representada en 31 millones de personas menores de 18 años, nacidas en un país distinto de aquel que vivían. De igual modo, el informe señaló que aproximadamente 1 de cada 8 migrantes era una persona menor de edad, teniendo como referencia a todo ser humano menor de 18 años, de acuerdo con la definición otorgada por el derecho internacional y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)⁽³⁾. Si bien el reporte informó que la mayoría eran migrantes regulares, hubo una cifra de aproximadamente 13 millones de niños refugiados, 936.000 niños solicitantes de asilo y 17 millones de menores que se desplazaron forzosamente dentro de sus países⁽⁴⁾, lo que representó un número alto de niños expuestos a situaciones de inseguridad⁽⁵⁾ y desprotección⁽⁶⁾.

Por otro lado, la migración es una situación que puede mejorar o perturbar el estado de salud de las personas⁽⁶⁾. En la actualidad, se describen algunos factores que contribuyen al deterioro progresivo de la salud de los migrantes⁽⁷⁾, dentro de estos se encuentran la pobreza, la inestabilidad laboral⁽⁸⁾, la falta de acceso a servicios de salud⁽⁹⁾, las condiciones previas en el país de origen, los fenómenos de asimilación⁽¹⁰⁾ y aculturación, así como los procesos sociales de integración/exclusión, de estigma⁽¹¹⁾ y discriminación⁽¹²⁾.

Teniendo en cuenta esto, la población infantil migrante en condiciones de desigualdad socioeconómica es propensa a vivenciar maltratos físicos y psicológicos que desfavorecen su integración en las nuevas comunidades⁽¹³⁾. Por lo tanto, los niños migrantes no acompañados suelen tener escasez de alimentos, pérdidas de pertenencias, consumo de drogas, padecimiento de enfermedades y un limitado acceso a la atención médica⁽¹⁴⁾.

En consecuencia, el débil soporte emocional de los niños derivado de la edad y del estado migratorio en el que se encuentran, como el ser indocumentado, refugiado o solicitante de asilo⁽¹⁵⁾, pueden aumentar el riesgo de sufrir alteraciones de la salud, así como vulneraciones de sus derechos⁽¹⁶⁾.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud⁽¹⁷⁾ presentó una herramienta informativa y de consulta de literatura científica sobre la salud de la población migrante y en movilidad de la región de las Américas, enfocada en los sistemas, resultados y determinantes sociales de la salud. De este trabajo se rescataron algunos estudios que informaron problemas de desnutrición, sobrepeso-obesidad, baja actividad física, malos hábitos alimenticios, deficiencia de hierro y anemia, entre otros, en infantes migrantes y refugiados.

A raíz de la magnitud del fenómeno migratorio en las condiciones de vida de las personas involucradas, y en especial los niños, se revisó la literatura a nivel global con el objetivo de analizar la situación de salud de los niños migrantes internacionales del grupo etario menor de 15 años a partir de publicaciones realizadas en revistas científicas durante el periodo que va desde 2014 hasta 2022. Se seleccionó este intervalo de edad debido a las variaciones en los rangos de edad de la niñez entre países, y porque muchos estudios sobre la población infantil incluyen a menores de 18 años. Por lo tanto, las autoras optaron por limitar el rango debido a las implicaciones en el desarrollo del curso de vida, que abarca diferentes características evolutivas en cada etapa vital.

Por consiguiente, la revisión contribuye a fortalecer el conocimiento sobre las necesidades y los problemas de salud en este grupo de niños, que, por sus características propias del

desarrollo y del contexto que los rodea, pueden ser comunes y diversas; en esa medida, estas requieren ser atendidas integralmente por parte de los diferentes actores sociales. Asimismo, constituye un recurso informativo esencial para que enfermería reconozca y reflexione sobre las necesidades y problemas de salud de mayor impacto en la población infantil migrante, lo que impulsa la participación activa de la profesión en la dirección de proyectos y estrategias encaminadas a la promoción y el cuidado de la salud.

El objetivo de la presente revisión es analizar la situación de salud de los niños migrantes internacionales reportada durante el periodo 2014 y 2022.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión integrativa de la literatura, un método que sintetiza la literatura previa, tanto empírica como teórica, con el fin de obtener una comprensión más completa de un fenómeno o problema en el ámbito de la atención sanitaria⁽¹⁸⁾. Esta técnica incorpora una variedad de metodologías, lo que la convierte en una herramienta fundamental para la práctica basada en evidencia en enfermería⁽¹⁹⁾. En efecto, esta se efectúa mediante un proceso sistemático⁽²⁰⁾ y riguroso⁽²¹⁾, que incluye la evaluación de la calidad de los artículos incluidos⁽²²⁾.

La pregunta que guió esta revisión es: ¿Cuál es la situación de salud de los niños migrantes internacionales menores de 15 años, reportada durante el período 2014-2022?

La metodología utilizada se basó en las recomendaciones de la guía Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)⁽²³⁾, que describe cuatro fases para la presentación de los resultados: identificación, tamización, elección e inclusión.

1. Identificación: Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda fueron: SciELO, PubMed-Medline, Science-Direct, Lilacs, Scopus, Web of Science, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS). Para esta búsqueda se utilizaron los términos referenciados en el tesauro de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), al emplear el operador booleano "AND" con

los descriptores: "Migrantes" AND "Salud" AND "Niño" (idioma español) y "Migrants" AND "Health" AND "Child" (idioma inglés). El periodo de búsqueda seleccionado comprendió los años 2014 hasta 2022. En esta fase se identificaron en total 555 artículos. La búsqueda fue realizada por las autoras entre junio de 2022 y febrero de 2023.

2. Tamizaje: De los artículos identificados, se procedió a exportar los títulos a una base de datos del programa Excel, lo que permitió la depuración de los duplicados. De esta forma, se obtuvo un total de 130 artículos duplicados y 385 para tamizaje y aplicación de los criterios de inclusión. Para ello, se consideraron los siguientes criterios: artículo original, de tipo observacional; descripción del estado de salud con o sin alteraciones, tanto en la salud física, como mental-psicosocial; muestra representada por niños migrantes internacionales, menores de 15 años y que estuvieran publicados en el idioma español e inglés. Finalizada esta fase, se eliminaron 306 y se seleccionaron en total 79 artículos que cumplieron con los criterios establecidos.
3. Elección: Siguiendo el paso anterior, se aplicaron los criterios de exclusión previamente establecidos. Estos criterios incluyeron estudios comparativos entre nativos y migrantes; así como aquellos no disponibles en línea. Como resultado de esta fase, se descartaron 63 estudios y se seleccionaron un total de 16 artículos para proceder a la fase final.
4. Inclusión: Para la evaluación de la calidad metodológica, se tuvieron en cuenta las pautas contenidas en las herramientas de evaluación crítica para su uso en las revisiones sistemáticas del Joanna Briggs Institute (JBI)⁽²⁴⁾, al seleccionar las listas de verificación de evaluación crítica para estudios transversales analíticos y de cohortes, las cuales se pueden implementar en revisiones que requieran evaluarse de forma crítica.

En esa medida, la lista de estudios transversales contiene 8 ítems y la de estudios de cohortes 11 ítems por evaluar. Para esta revisión, las autoras incluyeron las opciones de respuesta

tipo escala Likert de 0 a 2, para cada criterio por evaluar. Esto se interpretó de la siguiente manera: 2= cumple, 1= poco claro y 0= no cumple. Por lo tanto, la lista para estudios transversales presentó un total de 16 puntos como máximo y de 0 puntos como mínimo.

De igual manera, se calculó la medición por cuartiles de acuerdo con la puntuación total obtenida para interpretar la puntuación final de cada artículo. De esta forma resultó que 5 artículos puntuaron en el cuartil 1 (estos tuvieron puntuación ≤ a 10/16 puntos totales); en consecuencia, lo anterior se interpretó como un nivel de baja calidad. Mientras que en el cuartil 2

se obtuvo un total de 6 artículos (estos marcaron puntuación entre 12 a 13 puntos/16 puntos totales), lo que se interpretó en un rango de mediana calidad. Seguidamente, el cuartil 3 (≥ 14/16 puntos totales) correspondió a 4 artículos, que estuvieron en un nivel de alta calidad. Finalmente, se tuvieron en cuenta 11 artículos, de los cuales 10 puntuaron entre el rango mediano y alto; además, se agregó un estudio de cohorte que cumplió la lista de verificación para estudios de cohortes del JBI, en un 100 % de los criterios. De esta forma, se seleccionaron 11 artículos que permitían responder la pregunta de investigación.

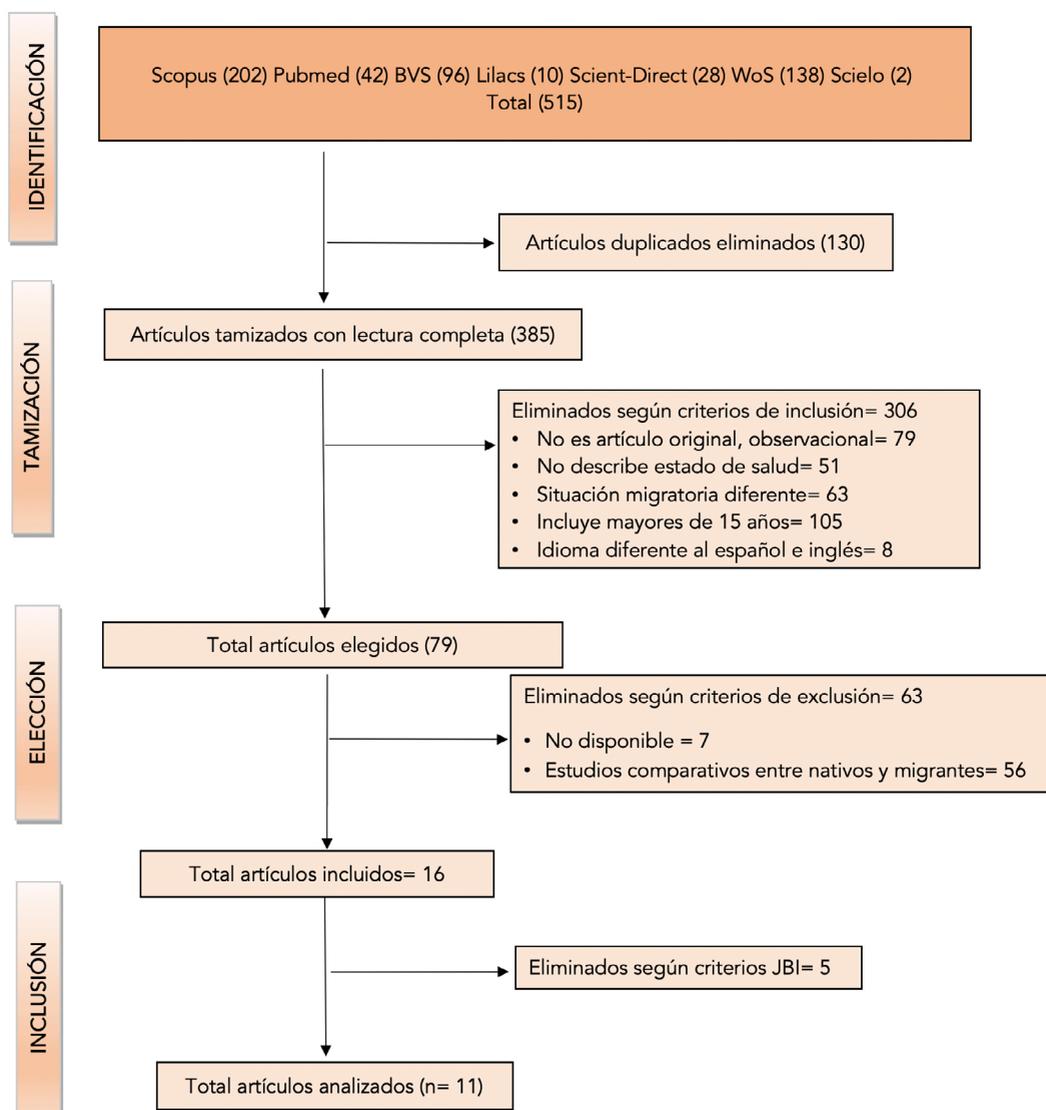


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de los artículos científicos publicados en el período 2014-2022, n=11.

Se destaca que el proceso de búsqueda y selección de los artículos fue llevado a cabo de forma simultánea y conjunta por las autoras de la revisión. Esto se hizo con el fin de llegar a un consenso en todo el proceso, asegurando así la objetividad y minimizando el sesgo de la información durante la sistematización.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los artículos seleccionados. De los 11 artículos seleccionados, 2 se publicaron en 2016^(25, 26), 3 en 2017^(27- 29), 3 en 2019^(30- 32), 1 en 2021⁽³³⁾ y 2 para 2022^(34, 35). Por otro lado, 10 artículos estaban publicados en idioma inglés^(25-30,32-35) y 1 en español⁽³¹⁾. Sobre la región del estudio, se encontraron 4 artículos realizados en el contexto europeo (Italia⁽²⁶⁾, Grecia⁽²⁷⁾, Alemania⁽²⁸⁾, Bélgica⁽³⁵⁾), 3 en la región de América del Norte (Canadá^(29, 32, 33)), 2 en Asia sudeste (Tailandia^(30, 34)), 1 en Oceanía (Australia⁽²⁵⁾) y 1 en América del sur (Perú⁽³¹⁾).

Según la nacionalidad de los niños migrantes internacionales, en la región de Europa^(26-28, 35) los estudios incluyeron niños nativos de Asia, Europa occidental, África y América Latina. De América del Norte^(29, 32, 33), los estudios mostraban el estado de salud de niños provenientes de Asia, Medio Oriente, África, Europa, Reino Unido, América del Sur y Central. En la región de Oceanía⁽²⁵⁾, los niños eran procedentes de Irán, Líbano y Pakistán. En el sudeste asiático^(30, 34), niños de Myanmar; y en América del Sur⁽³¹⁾, niños de Venezuela (Tabla 1).

Sobre el método empleado en el estudio, 6 estudios tuvieron un enfoque transversal^(25, 27, 29- 31, 35), 2 fueron con método mixto^(32, 33), uno retrospectivo⁽²⁶⁾, uno longitudinal⁽²⁸⁾ y uno de Cohorte⁽³⁴⁾. Los estudios bajo metodología del método mixto^(32, 33) se incluyeron teniendo en cuenta el componente cuantitativo con un abordaje observacional.

Al revisar la situación de salud obtenida de los artículos, se halló que la mayoría de los estudios (82%)^(25-27, 29-34) abordaron diferentes condiciones

de la salud física en los niños migrantes internacionales, y en menor proporción (18%)^(28, 35) otros estudios relacionados con la calidad de vida asociada con la salud (CVRS) y el área de la salud mental (Tabla 2).

En relación con la salud física, el reporte sobre la salud bucal en el estudio realizado en Australia⁽²⁵⁾ obtuvo presencia de caries en los niños, presentando como factor de riesgo el aumento del consumo de azúcar a las bebidas y el origen étnico asociado con algunos comportamientos de salud oral individuales. Por su parte, en Canadá se encontró que los niños refugiados tenían puntuaciones más altas, estadísticamente significativas de dientes cariados, perdidos y obturados que los niños inmigrantes, con presencia de una higiene oral regular para ambos grupos. Como resultado, para ese estudio, se encontró que el país de origen y la inflamación gingival eran determinantes significativos de la caries⁽²⁹⁾.

Sobre la salud nutricional, en un estudio realizado en Tailandia⁽³⁰⁾ prevaleció el estado nutricional anormal como el retraso en el crecimiento, bajo peso y emaciación. En esa medida, algunos niños de etnias diferentes tenían más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento, al asociar la ocupación del padre en la pesca con el retraso del crecimiento de los niños. Por otro lado, el estudio realizado en Perú⁽³¹⁾ encontró la desnutrición aguda en el 6,2% de la población infantil migrante venezolana que ingresó al país; en efecto, cerca del 35% presenta desnutrición crónica, y casi el 60%, anemia; además, se reportaron otros problemas como la tos o dificultad para respirar y diarreas. En cuanto a las prácticas de alimentación, alrededor del 70% de los niños menores de 2 años recibieron lactancia el día anterior a la migración; por lo tanto, cerca de la mitad de estos menores de edad aumentaron el número de lactadas al día durante el viaje migratorio; finalmente, para la frecuencia mínima de alimentación (FMA), se obtuvo un porcentaje bajo de niños (menos 20%).

Tabla 1. Descripción general de los artículos científicos publicados en el período 2014-2022 que fueron incluidos en la revisión, n=11.

N.º Autor(es)/ año de publicación/ país	Tipo y diseño del estudio	Muestra/ edad/ nacionalidad de los niños	Instrumentos utilizados	Hallazgos principales
1 Gibbs et al./ 2016/ Australia ⁽²⁵⁾	Transversal	630 niños/ 1- 4 años/ iraquí, libanés y paquistaní.	Examen dental visual. Cuestionario autoinformado sobre demografía, etnicidad y conocimientos, comportamiento y actitudes sobre salud bucal, para padres.	El 34 % de los niños experimentaron caries (tanto no cavitadas, como cavitadas). Agregar azúcar a las bebidas fue un factor de riesgo adicional para la cavitación. El origen étnico se asoció con algunos comportamientos de salud oral individuales.
2 Bini et al./ 2016/ Italia ⁽²⁶⁾	Retrospectivo observacional	628 niños/ 0 a 14 años/ Norteafricanos, latinoamericanos, europeos del este, asiáticos y africanos subsaharianos.	Base de datos obtenidos de una farmacia de una Organización no Gubernamental (ONG).	Los medicamentos respiratorios fueron los más prescritos, seguidos de los de piel y oculares y de los gastrointestinales. Las enfermedades respiratorias y de la piel ocuparon el primer lugar, posiblemente debido a factores ambientales.
3 Pavlopoulou et al./ 2017/ Grecia ⁽²⁷⁾	Transversal, prospectivo.	300 niños (Inmigrantes:138 y Refugiados: 162)/ 1-14 años/ Asia, Europa, África.	Examen físico completo del niño. Prueba de detección de tuberculosis, radiografía de tórax. Evaluación de laboratorio: hemograma completo, niveles de ferritina sérica y marcadores serológicos contra el virus de la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC), anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG) contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs), anticuerpos contra el antígeno central de la hepatitis B, antígeno de superficie de la hepatitis B y niveles de plomo en sangre (BLL).	Los nuevos niños inmigrantes y refugiados que llegan a Grecia comúnmente carecen de registros de vacunación, tienen mala salud dental, presentan protección serológica subóptima contra la hepatitis B, pero no hay evidencia de infección crónica, niveles elevados de plomo en sangre, eosinofilia y niveles bajos de ferritina.
4 Villalonga-Olives et al./ 2017/ Alemania ⁽²⁸⁾	Longitudinal	350 niños/ 3-5 años/ Asia (Turquía), África (Ghana y Marruecos), Europa occidental y América.	Cuestionario Kiddy-KINDL (KK de Ravens-Sieberer et al., 1998). Encuesta de datos sociodemográficos. Cuestionario WET: Estado de desarrollo de niños de 3 a 6 años. Escala VBV de evaluación de la conducta para niños en edad preescolar.	Los niños de origen migrante tienden, en promedio, a permanecer estables en términos de CVRS con el paso del tiempo, probablemente debido a un efecto de aculturación. Asimismo, las diferencias de género existieron al comienzo del estudio en términos de estado de desarrollo. Por lo tanto, el género, el estado de desarrollo y el origen no afectaron el cambio en la CVRS. Los resultados sugieren que las actividades del jardín de infantes, así como el vecindario, pueden influir potencialmente en la CVRS de los niños.

Continuación Tabla 1

N.º	Autor(es)/ año de publicación/ país	Tipo y diseño del estudio	Muestra/ edad/ nacionalidad de los niños	Instrumentos utilizados	Hallazgos principales
5	Hoover-Fong et al./ 2017/ Canadá ⁽²⁹⁾	Transversal	133 niños/ 3-15 años/ Medio Oriente (Pakistán), y Sur de Asia (Birmania o Myanmar)	Examen clínico de los niños. Cuestionario de conocimientos y prácticas de salud bucal del niño para los padres.	Los niños refugiados (R) tenían puntuaciones más altas, estadísticamente significativas de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) que los niños inmigrantes (I). El índice de higiene oral (OHIS) para ambos grupos no tuvo diferencias estadísticamente significativas. Las puntuaciones medias de OHIS fueron $1,51 \pm 0,88$ y $1,57 \pm 0,99$ (Higiene oral regular) para los grupos de I y R, respectivamente. El país de origen y la inflamación gingival eran determinantes significativos de la caries.
6	Lwin et al./ 2019/ Tailandia ⁽³⁰⁾	Transversal	102 niños/ 0 a 30 meses de edad/ Myanmar (Sur de Asia) de las etnias Mon Dawei, Bamar, Rakhine o Kayin.	Medición del estado nutricional, programa informático WHO Anthro versión 3.2.2. Cuestionario estructurado de información general, conocimientos y prácticas de alimentación de la madre. Fase cualitativa: Entrevistas a madres.	Se informó retraso del crecimiento en 19,6 % de los casos, bajo peso en 10,8 % y emaciación en 7,8%. Los niños de otras etnias en lugar de Mon y Dawei tenían más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento y la ocupación del padre en la pesca se asoció significativamente con el retraso del crecimiento.
7	Vargas-Machuca et al./ 2019/ Perú ⁽³¹⁾	Descriptivo-Transversal	941 niños/ menores de 5 años/ Venezuela.	Cuestionario sobre características socioeconómicas, de alimentación y signos de morbilidad para padres. Mediciones antropométricas y dosaje de hemoglobina del niño.	La valoración efectuada en dos rondas encontró afectación del 3,2 % y 3,0 % con desnutrición aguda, 16,5 % y 17,9 %, con desnutrición crónica, 34,8 % y 25,0 % con anemia; 31,3 % y 17,6 % con tos o dificultad para respirar, y 16,6 % y 9,9 % con diarrea. Cerca de siete de cada diez niños menores de dos años lactó el día previo. Durante el viaje migratorio y para cada grupo, el 58,3 % y 47,0 % de los niños menores de dos años aumentó la frecuencia de lactadas, la frecuencia mínima de alimentación (FMA) fueron alcanzadas sólo por el 13,9 % y 18,0 %.

Continuación Tabla 1

N.º	Autor(es)/ año de publicación/ país	Tipo y diseño del estudio	Muestra/ edad/ nacionalidad de los niños	Instrumentos utilizados	Hallazgos principales
8	Lane et al./ 2019/ Canadá ⁽⁶²⁾	Método mixto	Fase cuantitativa: 298 niños inmigrantes y refugiados/ 3-13 años/ Medio Oriente (Irán, Iraq, Pakistán), Sur de Asia (Burma, Myanmar, India, Filipinas), África, Latinoamérica, Europa Oriental- occidental y de Estado Unidos. Fase cualitativa en padres de familia.	Valoración fisiológica: prueba de RX y exámenes de sangre. Cuestionario de la Encuesta de Salud Comunitaria Canadiense (CCHS) 2008. Cuestionario de Seguridad Alimentaria de CCHS. Cuestionario de Actividad Física Infantil de Statistics Canadá. Recordatorios alimentarios seriados de 24 h.	El 64% de los niños recién llegados tenía un estado de vitamina D deficiente y el 26% de ellos tenía contenido mineral óseo corporal total (TBBMC) más bajo de lo previsto, una buena proporción corre el riesgo de no lograr su masa ósea máxima (PBM) óptima. Es probable que los niños refugiados tengan un mayor riesgo de no lograr su PBM óptima en comparación con los niños inmigrantes debido a tasas más altas de niveles insuficientes de vitamina D en suero y menor TBBMC promedio. Las niñas de minorías étnicas pueden ser un grupo vulnerable debido a sus niveles deficientes de vitamina D.
9	Lane et al./ 2021/ Canadá ⁽⁶³⁾	Método mixto	300 niños inmigrantes y refugiados /3 a 13 años/ Asia y el Pacífico, África y Oriente Medio, Europa y Reino Unido, América del Sur y Central.	Cuestionario de actividad física (CPA).	La mayoría de los participantes de 5 años o más cumplieron con las recomendaciones de actividad física (82,9%), mientras que ninguno de los niños de 3-4 años alcanzó el nivel recomendado de actividad física. Se observó un nivel medio de actividad física significativamente mayor entre los niños inmigrantes en comparación con los refugiados y de los hombres en comparación con las mujeres. Muchos participantes también pasaron demasiado tiempo frente a la pantalla (53,4-90,0 % según el grupo); aunque no se observaron diferencias significativas entre los subgrupos, las niñas de 9 a 13 años experimentaron una disminución en la actividad física.

Continuación Tabla 1

N.º Autor(es)/ año de publicación/ país	Tipo y diseño del estudio	Muestra/ edad/ nacionalidad de los niños	Instrumentos utilizados	Hallazgos principales
10. Carroll et al./ 2022/ ⁽³⁴⁾ Tailandia	Estudio de cohorte, retrospectivo.	398 niños/ menores de 15 años/ Myanmar	Datos programáticos de rutina para niños de la Historia Clínica.	La Tuberculosis infantil (TB) representó una alta proporción (n=398). Debido a la escasez de recursos, hubo pruebas bacteriológicas limitadas y una proporción muy alta de niños se trataron empíricamente. Entre los inscritos en el tratamiento, el 90,5% completó el tratamiento con éxito. Los resultados del tratamiento sin éxito ocurrieron en el 10,6%, de los cuales 6,5% se perdieron durante el seguimiento, un fracaso del tratamiento 0,3% y 3,8% muertes. En el análisis multivariable, la TB extrapulmonar, TB confirmada bacteriológicamente y estado serológico desconocido, fueron factores de riesgo independientes para un resultado fallido.
11. Kevers et al./ 2022/ ⁽³⁵⁾ Bélgica	Descriptivo- Transversal	120 niños/ 8 a 12 años/ Siria, Somalia, Afganistán e Irak, Bélgica, España, los Países Bajos y Marruecos.	Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ). Autoinforme juvenil: escala de problemas de estrés postraumático (YSR). Escala climática: subescala Clima en la clase (CIC) y la subescala Calidad de las Relaciones Mutuas entre Pares (QMP).	Alrededor del 25 % de los participantes obtienen puntuaciones altas o muy altas en dificultades emocionales y de comportamiento (SDQ). Alrededor del 30 % puntúa en el límite o rango clínico en problemas de estrés postraumático (YSR). Hubo una evaluación relativamente conflictiva e insegura del ambiente del aula por parte de la mayoría (70 %) de los participantes.

Tabla 2. Áreas de la salud identificadas en los artículos incluidos del período 2014-2022, n=11.

Área de salud evaluada	% de artículos	Área específica
Salud física	82%	Salud bucal ^(25,29)
		Salud nutricional ^(30,31)
		Fármacos prescritos de mayor frecuencia: respiratorio y piel ⁽²⁶⁾
		Características clínicas y de laboratorio ⁽²⁷⁾
		Salud ósea ⁽³²⁾
		Actividad física ⁽³³⁾
Otros	18%	Prevalencia de tuberculosis (TB) ⁽²⁵⁾
		Calidad de vida ⁽²⁸⁾
		Perfiles de salud mental ⁽³⁵⁾

Dentro de las necesidades médicas encontradas, el estudio realizado en Italia⁽²⁶⁾, con base en registros farmacéuticos, reportó un patrón de dispensación de medicamentos para el tratamiento de las infecciones respiratorias, dermatitis, enfermedades oculares y trastornos gastrointestinales⁽²⁶⁾; de este modo, se halló que estas son las patologías más tratadas en la población del estudio. La mayor prevalencia de prescripción se observó en la primera infancia (0 a 5 años: 50,2%), luego disminuyó en niños de 6 a 11 años (31,6%) y de 12 a 14 años (18,2 %). Por otra parte, los fármacos respiratorios se prescribieron con mayor frecuencia en los grupos de edad de 0 a 5 y de 5 a 11 años, y los de enfermedades gastrointestinales en el grupo de 12 a 14 años.

Asimismo, un estudio realizado en Grecia⁽²⁷⁾, después de aplicar el examen físico y otras pruebas diagnósticas, encontró que los nuevos niños inmigrantes y refugiados que llegaban al país carecían de registros de vacunación, presentaban mala salud dental y protección serológica subóptima contra la hepatitis B, pero sin evidencia de infección crónica. Adicionalmente, se identificaron niveles elevados de plomo en sangre, eosinofilia y niveles bajos de ferritina. Dentro de los problemas de salud identificados en el examen físico, en un bajo número de niños, se hallaron los siguientes: infección respiratoria y cutánea, problemas genitourinarios o cardiológicos, enfermedad

de la tiroides, audición, anomalías esqueléticas, fractura ósea y problemas neurológicos / auditivos. En consecuencia, para dicho estudio, la mayoría de los niños eran originarios de Asia (80,7%), donde los países de nacimiento más comunes fueron Afganistán (44,6%) y Bangladesh (10,7%).

Por su parte, en el estudio efectuado en Tailandia⁽³⁴⁾ con niños migrantes procedentes de Myanmar, se evidenció una proporción de Tuberculosis (TB) infantil en 398 niños, de un total de 2.304 personas diagnosticadas con TB en una Unidad de Investigación. En esa medida, la proporción de TB fue mayor en varones (57,0 %) y en niños de 0 a 4 años (55,0 %), 99 tenían menos de 2 años, lo que resulta ser un número significativo; la mayoría de los niños tenían TB pulmonar (93,5 %) y desnutrición al momento del diagnóstico.

Otro aspecto que se evaluó en un estudio de Canadá⁽³²⁾ fue la salud ósea, con una participación diversa de diferentes nacionalidades de los niños. En ese sentido, se evidenció que el 64% de los recién llegados tenía un estado de vitamina D deficiente y 26% de ellos tenía contenido mineral óseo corporal total (TBBMC) más bajo de lo previsto, representando una buena proporción con riesgo de no lograr su masa ósea máxima (PBM) óptima. En contraste, los niños refugiados presentaron tasas más altas de niveles insuficientes de vitamina D en suero, y menor TBBMC promedio en comparación con

los migrantes. Otro dato significativo consistió en la mayor prevalencia de la deficiencia de vitamina D en las mujeres de las regiones de Oriente Medio, Asia y África.

La actividad física, como parte de un estilo de vida saludable, se exploró en el estudio realizado en Canadá⁽³³⁾, donde la mayoría de los participantes de 5 años o más cumplieron con las recomendaciones la actividad física (82,9%), mientras que ninguno de los niños de 3-4 años alcanzó el nivel recomendado. En esa medida, los niños inmigrantes en comparación con los refugiados y los hombres en comparación con las mujeres presentaron un nivel medio de actividad física significativamente mayor.

Por último, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual incluyó participantes de diferentes regiones residentes en Alemania, halló que los niños de origen migrante, en promedio, fueron propensos a permanecer estables en términos de CVRS con el paso del tiempo, esto se debe probablemente a un efecto de aculturación, como también a las actividades del jardín de infantes y del vecindario⁽²⁸⁾. Aunado a esto, el estudio efectuado en Bélgica⁽³⁵⁾ exploró el perfil de salud mental en el contexto de la escuela primaria de niños refugiados e inmigrantes procedentes de Asia, Europa y África; encontrando un porcentaje apreciativo (25%) con puntuaciones altas o muy altas en dificultades emocionales y de comportamiento, puntuaciones en rango clínico de problemas de estrés postraumático (30%) y una evaluación relativamente conflictiva e insegura del ambiente del aula por parte de la mayoría (70%) de los participantes.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos de nacionalidad de los niños en los estudios revisados, se apreció una correspondencia con la tendencia de movimiento migratorio hacia los países de destino, reportados en el Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022 de la OIM⁽²⁾, donde Europa, Asia y Norteamérica son las principales regiones receptoras de los migrantes internacionales⁽²⁾. Asimismo, los hallazgos de los problemas de salud identificados en estos

estudios guardan relación con los resultados de una revisión narrativa realizada en niños de diferentes condiciones de migración en Europa⁽³⁶⁾. En efecto, lo anterior indicó que estos presentan necesidades específicas y heterogéneas, dependientes de las condiciones del país de origen, el proceso del viaje; posterior a su llegada al país de destino. No obstante, estos también comparten ciertas necesidades y riesgos para la salud, entre las regiones con entornos de ingresos altos, medios y bajos⁽³⁶⁾.

Asimismo, dentro de los principales hallazgos de la revisión y sobre los cuales se centró la discusión, se encontraron los reportes sobre la salud oral y nutricional. En ese sentido, las alteraciones en la salud bucal en los niños migrantes fue un aspecto identificado en dos estudios revisados^(30, 31); de tal modo que se resaltó la influencia del origen étnico y las prácticas alimentarias. En conformidad con Bordoni y Squassi⁽³⁷⁾, las caries dentales, como enfermedad, son el resultado de las interacciones entre factores biológicos, socioculturales, familiares y comunitarios.

Por otro lado, los reportes sobre las prácticas deficientes encontradas en los estudios revisados son contrastados con los datos obtenidos en una revisión sistemática sobre el estado de salud bucodental en los inmigrantes residentes en Europa, el cual incluyó una población de todas las edades; esta informó una mayor prevalencia de caries dentales entre los niños migrantes, comportamientos de salud bucodental deficientes y un mayor uso de servicios de atención dental de emergencia en comparación con la población receptora⁽³⁸⁾.

Asimismo, en Italia un estudio encontró que la prevalencia de caries y el índice de necesidades de tratamiento restaurador insatisfechas entre los niños migrantes fueron más altos que los no migrantes⁽³⁹⁾. Aunado a esto, en los Países Bajos se llevó a cabo una investigación con población infantil descendiente de los grupos étnicos más comunes en este país. En consecuencia, se halló influencia del origen étnico en la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los niños⁽⁴⁰⁾.

Según el informe presentado por la OMS en el año 2022⁽²⁾, las enfermedades bucodentales afectaron a cerca de 3.500 millones de personas

en el mundo, en su mayoría pertenecientes a países de ingresos medio-bajos. Mientras que 2.000 millones de personas padecían caries en dientes permanentes, 514 millones de niños las presentaron en los dientes de leche. De este modo, se resaltó que estas afecciones, además de las consecuencias para la salud de las personas, acarrearán un costo elevado para su tratamiento y por lo general, estas no son cubiertas por los sistemas sanitarios. De igual modo, estas pueden ser prevenibles en su mayoría y sujetas a tratarse en sus etapas iniciales⁽²⁾.

Por otro lado, dos estudios analizados en esta revisión describieron las alteraciones nutricionales de bajo peso y desnutrición de los niños migrantes que vivían en dos regiones diferentes, Suramérica y Sudeste asiático^(30, 31). Según la OMS⁽⁶⁾ a nivel mundial, todos los países se ven afectados por una o más formas de malnutrición, lo que se torna un reto para los sistemas sanitarios. De acuerdo con el informe del Estado Mundial de la Infancia del año 2019⁽³⁾, al menos 1 de cada 3 niños menores de 5 años estaba desnutrido o tenía sobrepeso (este último, con tendencia al aumento) y 1 de cada 2 presentaba hambre oculta. Por consiguiente, este informe destacó que la triple carga de la malnutrición (la desnutrición, el hambre oculta y el sobrepeso) amenaza el desarrollo de los niños y de las naciones⁽³⁾.

En este orden, una revisión sistemática sobre la situación nutricional de niños con edad inferior a 5 años, realizada a nivel internacional, evidenció una alta prevalencia de deficiencias nutricionales y de retraso del crecimiento en los reportes examinados, con porcentajes menores de sobrepeso y obesidad. A esto se asociaron algunos factores de riesgo como el nivel socioeconómico, condiciones maternas de alimentación y de control médico, el nivel educativo y de conocimientos sobre nutrición infantil de los padres⁽⁴¹⁾.

En conformidad con la evidencia, otros factores determinantes de los cambios de los comportamientos alimentarios en las personas migrantes incluyen el contexto, el lugar de nacimiento y el tiempo de permanencia en el país de acogida. En contraste, se indicó que el proceso de aculturación de los migrantes se asocia con el sobrepeso y la obesidad⁽⁴²⁾.

Para el caso de los niños⁽⁴³⁾, se ha observado mayor prevalencia de estos problemas entre los migrantes de segunda generación que entre los de primera generación⁽⁴⁴⁾. Igualmente, aquellos niños que mantienen redes migrantes dentro de su círculo familiar, pero que permanecen en su país de origen, tienen un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad⁽⁴⁵⁾.

La presente revisión evidenció otros problemas de la salud física, tales como infecciones respiratorias, dermatitis, enfermedades oculares, trastornos gastrointestinales^(26, 27), serología subóptima contra la hepatitis B, niveles elevados de plomo en sangre, eosinofilia, niveles bajos de ferritina⁽²⁷⁾, prevalencia de Tuberculosis (TB) infantil⁽³⁴⁾ anemia⁽³¹⁾ y déficit de vitamina D⁽³²⁾. Estas alteraciones coinciden con los datos de salud reportados en la región de las Américas⁽¹⁷⁾ y la región Europea⁽³⁶⁾.

Finalmente, el abordaje de la salud mental expuesto en la revisión divisó cambios negativos en el comportamiento y la presencia de manifestación de estrés postraumático con mayor afectación en los niños refugiados. Sobre este marco de resultados, Díaz⁽⁴⁶⁾ planteó una revisión del impacto psicológico de la migración, producto del desplazamiento forzoso en los niños refugiados, donde se indicó que los niños con una crianza bajo entornos de conflictos presentaban altos niveles de ansiedad, angustia y problemas psicosomáticos, así como situaciones de maltrato y vulneración de los derechos sobre todo en los menores migrantes no acompañados, víctimas de trata, explotación laboral y sexual; tales problemas son condicionados por factores individuales (biopsicosociales), frecuencia e intensidad de acontecimientos vividos, y la existencia o no, del apoyo social y familiar⁽⁴⁶⁾.

Cabe considerar que otro aspecto consiste en el tiempo de permanencia en el país receptor. De acuerdo con el estudio canadiense en mayores de 15 años, se encontró que los inmigrantes con menos de 5 años de residencia expresaron una mejor salud mental autopercibida; sin embargo, dicho efecto desapareció con el tiempo desde la inmigración⁽⁴⁷⁾. Efecto que, de manera semejante, guarda relación con los datos obtenidos en el estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en Alemania, donde los niños de origen migrante, en promedio, fueron propensos

a permanecer estables en términos de CVRS con el paso del tiempo, considerando que el contexto social al que se exponen (jardines infantiles) puede ejercer una fuerte influencia⁽²⁸⁾.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se precisa que la revisión excluyó publicaciones científicas donde la muestra de los estudios incluyeran población mayor de 15 años debido a las características propias de cada etapa de desarrollo. De igual modo, no se tuvieron en cuenta estudios que centraran su objetivo en describir los determinantes de la salud o factores asociados a la salud/enfermedad. En ese sentido, la búsqueda estuvo dirigida a estudios originales de estudios observacionales, excluyendo literatura gris, reportes científico-técnicos, y tesis. Por último, las limitaciones en el idioma también pueden tener implicaciones sobre la generalización de los hallazgos.

CONCLUSIONES

La producción científica en torno a la salud de los niños migrantes es muy amplia; en esa medida, abarca una diversidad de enfoques relacionados con la salud de los niños en el contexto de la migración. De acuerdo con lo registrado, la mayor parte de esta producción incluye niños, considerando una edad menor a 18 años, aspecto sobre el cual se debe reflexionar dado que en cada grupo etario de la infancia (lactantes-infantes-adolescentes) subyacen características particulares del desarrollo y, por ende, no sería prudente generalizarlas a todo este gran grupo.

Sobre el reporte de la situación de salud, se resaltaron las necesidades y los problemas comunes en cuanto al estado de higiene bucal y nutricional. En esa medida, se identificaron importantes deficiencias y diversidad de factores asociados a estas. Asimismo, se identificaron otras alteraciones de la salud de naturaleza aguda o infecciosa, tales como problemas respiratorios, enfermedades de la piel, anemia, deficiencia de vitamina D, tuberculosis y protección subóptima de Hepatitis B. Algunos aspectos para destacar en el análisis de estos estudios consistieron en las condiciones de vida en el país de origen, el trayecto migratorio y el tiempo posterior de la llegada al país receptor, los cuales desempeñan un rol marcador en el mantenimiento de la salud

de los niños en migración internacional.

Por otro lado, la salud mental se documentó con problemas de comportamiento y niveles de estrés postraumático, sobre todo en los niños en condiciones de refugiados o migrantes en desventaja socioeconómica respecto de los nativos. Por tal motivo, es necesario continuar explorando esta área de la salud y el impacto migratorio, teniendo en cuenta que la cifra de niños migrantes internacionales en condiciones de desprotección como refugiados, menores no acompañados y solicitantes de asilo, sigue en aumento a nivel mundial.

Finalmente, los resultados evidencian la necesidad de abordar los problemas de salud desde una perspectiva de salud pública, priorizando su promoción y la prevención de enfermedades de manera integral y culturalmente competente, donde se reconozcan las particularidades de cada situación migratoria de los/as niños/as. Por tanto, es crucial que la enfermería amplíe sus conocimientos y desarrolle habilidades en la atención holística de la salud y la enfermedad, integrando el contexto sociocultural de la población infantil migrante y sus familias. Además, es fundamental trabajar en colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud y organizaciones comunitarias para garantizar una atención culturalmente competente y completa.

Financiamiento: Estudio autofinanciado.

Conflicto de intereses: No presenta.

Responsabilidad de los Autores

María del Pilar Ureña Molina: Concepción y diseño del trabajo, Recolección/obtención de datos, Análisis e interpretación de los resultados, Redacción del manuscrito, Revisión crítica del manuscrito, Aprobación de su versión final, Asesoría técnica y metodológica.

Myrna McLaughlin Anderson: Concepción y diseño del trabajo, Análisis e interpretación de los resultados, Redacción del manuscrito, Revisión crítica del manuscrito, Aprobación de su versión final.

Yariela González Ortega: Concepción y diseño del trabajo, Análisis e interpretación de los resultados, Redacción del manuscrito, Revisión crítica del manuscrito, Aprobación de su versión final.

REFERENCIAS

1. International Organization for Migration. Glossary on Migration [Internet]. Suiza: International organization for Migration; 2019 [citado 7 jun 2024]. 248 p. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf.
2. ONU Migración. Informe sobre las migraciones en el mundo 2022 [Internet]. Suiza: Organización Internacional para las Migraciones; 2022 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación [Internet]. Estados Unidos: Unicef; 2019 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>
4. Bhabha J, Abel G. Los niños y la migración insegura. En: Migration IOF. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020. International Organization for Migration; 2020. p. 251-281.
5. Portal de Datos Mundiales sobre la Migración. Niños y jóvenes migrantes [Internet]. Alemania: Global Migration Data Analysis Centre; 2021 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/ninos-migrantes>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de los refugiados y migrantes [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
7. Fennelly K. The "healthy migrant" effect. *Minn Med* [Internet]. 2007 [citado 7 jun 2024]; 90(3): 51-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17432759/>
8. Norredam M, Agyemang C, Hoejbjerg O, Petersen J, Byberg S, Krasnik A, et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2014 [citado 7 jun 2024]; 19(8): 958-967. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tmi.12340>
9. Abbas M, Aloudat T, Bartolomei J, Carballo M, Durieux-Paillard S, Gabus L, et al. Migrant and refugee populations: a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 2018 [citado 7 jun 2024]; 7:113. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0403-4>
10. Alarcón R. Crisis migratoria mundial: Perspectivas peruanas y latinoamericanas. *Rev Neuropsiquiatr*. [Internet]. 2015 [citado 7 jun 2024]; 78(4). Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v78i4.2648>.
11. Villaseñor-Bayardo S, Alarcón R, Rohlof H. Declaración sobre la Crisis Migratoria Mundial. *Rev Fac Med* [Internet]. 2016 [citado 7 jun 2024]; 64(1): 79-82. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.55376>
12. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev chil pediatr* [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 88(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>
13. Abarca G, Carreño M. Inmigración y salud mental infanto-juvenil: análisis de los artículos publicados en revistas nacionales de Psicología durante el periodo 2003-2013. *Summa Psicológica UST* [Internet]. 2014 [citado 7 jun 2024]; 11(2). Disponible en: <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.190>
14. Cabrera M, Valdez G. Vulnerabilidad social de la niñez migrante no acompañada: una mirada desde el área urbana de Altar, Sonora, México. *MIG* [Internet]. 2016 [citado 7 jun 2024]; (39): 97-121. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/mig.i39.y2016.004>
15. Olivera J. Estándares internacionales para la protección del niño migrante [Internet]. Perú: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica de Perú; 2012 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2014/06/Olivera-Estandares-internacionales-para-la-protección-del-niño-migrante.pdf>
16. Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos. Derechos humanos de la niñez migrante Migración y Derechos Humanos [Internet]. Argentina: Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR; 2016 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2018/08/IPPDH-MERCOSUR-Derechos-Humanos-de-la-Ninez-Migrante.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mapeo de literatura científica en salud y migración en la región de las América [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/migracion-salud-americas/salud-migracion-americas-plataforma-informativa#LiteraturaCientifica>
18. Whittemore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [citado 7 jun 2024]; 52(5): 546-553. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
19. Manterola C, Rivadeneira J, Delgado H, Sotelo C, Otzen T. ¿Cuántos Tipos de Revisiones de la Literatura Existen? Enumeración, Descripción y Clasificación. *Revisión Cualitativa. Int J Morphol* [Internet].

- 2023 [citado 7 jun 2024]; 41(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022023000401240>
20. Souza M, Silva M, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (Sao Paulo) [Internet]. 2010 [citado 7 jun 2024]; 8(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
 21. Guirao S. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene [Internet]. 2015 [citado 7 jun 2024]; 9(2). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
 22. Valencia-Contrera M. Methodological update of integrative reviews: an emphasis on the quality of the results. Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]. 2022 [citado 7 jun 2024]; 2: 171. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022171>
 23. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010 [citado 7 jun 2024]; 135(11): 507-511. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
 24. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools [Internet]. Australia: Faculty of Health and Medical Sciences The University of Adelaide [citado 7 jun 2024]. Disponible en: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
 25. Gibbs L, de Silva A, Christian B, Gold L, Gussy M, Moore L, et al. Child oral health in migrant families: A cross-sectional study of caries in 1-4 year old children from migrant backgrounds residing in Melbourne, Australia. Community Dent Health [Internet]. 2016 [citado 7 jun 2024]; 33(2): 100-106. Disponible en: https://doi.org/10.1922/CDH_3698Gibbs07
 26. Bini S, Clavenna A, Rigamonti A, Sartorio A, Marazzi N, Fiorini G, et al. Drugs Delivery by Charities: A Possible Epidemiologic Indicator in Children of Undocumented Migrants. J Immigr Minor Health [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 19: 1379-1385. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0471-6>
 27. Pavlopoulou I, Tanaka M, Dikalioti S, Samoli E, Nisianakis P, Boleti O, et al. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. BMC Pediatr [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 17(132). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>
 28. Villalonga-Olives E, Kawachi I, Almansa J, von Steinbüchel N. Longitudinal changes in health related quality of life in children with migrant backgrounds. PLoS One [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 12(2): e0170891. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170891>
 29. Hoover-Fong J, McGready J, Schulze K, Alade A, Scott C. A height-for-age growth reference for children with achondroplasia: expanded applications and comparison with original reference data. Am J Med Genet Part A [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 173A: 1226-1230. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.38150>
 30. Lwin S, Geater A. Ethnic Groups and Father's Job Influencing Nutritional Status of Children (0-30 months) from Myanmar Migrant Community in Southern Thailand. J Racial Ethn Health Disparities [Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 6: 944-952. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00595-8>
 31. Vargas-Machuca R, Rojas-Dávila C, Jiménez M, Piscocoya-Magallanes C, Razuri H, Ugaz M. Situación nutricional de los niños migrantes venezolanos a su ingreso al Perú y las acciones emprendidas para proteger su salud y nutrición. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 36(3): 504-510. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4676>
 32. Lane G, Nisbet C, Whiting S, Vatanparast H. Canadian newcomer children's bone health and vitamin D status. Appl Physiol Nutr Metab [Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 44(7): 796-803. Disponible en: <https://doi.org/10.1139/apnm-2018-0705>
 33. Lane G, Nisbet C, Johnson S, Candow D, Chilibeck P, Vatanparast H. Barriers and facilitators to meeting recommended physical activity levels among new immigrant and refugee children in Saskatchewan, Canada. Appl Physiol Nutr Metab [Internet]. 2021 [citado 7 jun 2024]; 46(7): 797-807. Disponible en: <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0666>
 34. Carroll A, Maung B, Pa W, Watthanaworawit W, Vincenti-Delmas M, Smith C, et al. High burden of childhood tuberculosis in migrants: a retrospective cohort study from the Thailand-Myanmar border. BMC Infect Dis [Internet]. 2022 [citado 2024 jun 7]; 22(608). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07569-y>
 35. Kevers R, Spaas C, Colpin H, Van den Noortgate W, De Smet S, Derluyn I, et al. Mental health problems in refugee and immigrant primary school children in Flanders, Belgium. Clin Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 7 jun 2024]; 27(4): 938-952. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/13591045221105199>
 36. Kadir A, Battersby A, Spencer N, Hjern A. Children on the move in Europe: a narrative review of the evidence on the health risks, health needs and health policy for asylum seeking, refugee and undocumented children. BMJ Paediatr Open [Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 3: e000364. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000364>
 37. Bordoni N, Squassi A. Caries dental: una mirada actual para una vieja problemática. Univ Odontol [Internet]. 2013 [citado 7 jun 2024]; 32(68): 81-97. Disponible

- en: <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231240433009.pdf>
38. Pabbla A, Duijster D, Grasveld A, Sekundo C, Agyemang C, Van der Heijden G. Oral Health Status, Oral Health Behaviours and Oral Health Care Utilisation Among Migrants Residing in Europe: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2021 [citado 7 jun 2024]; 23: 373-388. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01056-9>
 39. Ferrazzano G, Cantile T, Sangianantoni G, Ingenito A, Rengo S, Alcidi B, et al. Oral health status and Unmet Restorative Treatment Needs (UTN) in disadvantaged migrant and not migrant children in Italy. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 20(1): 10-14. Disponible en: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2019.20.01.02>
 40. Van Meijeren-Van Lunteren A, Wolvius E, Raat H, Jaddoe V, Kragt L. Ethnic background and children's oral health-related quality of life. *Qual Life Res*[Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 28: 1783-1791. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02159-z>
 41. Pinos-Calle M, Mesa-Cano I, Ramírez-Coronel A, Aguirre M. Estado nutricional en niños menores de 5 años: revisión sistemática. *Prosciences* [Internet]. 2021 [citado 7 jun 2024]; 5(40): 411-425. Disponible en: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss40.2021pp411-425>
 42. Alidu L, Grunfeld E. A systematic review of acculturation, obesity and health behaviours among migrants to high-income countries. *Psychol Health* [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 33(6): 724-745. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1398327>
 43. Hun N, Urzúa A. Comportamiento alimentario en inmigrantes, aportes desde la evidencia. *Rev chil nutr* [Internet]. 2019 [citado 7 jun 2024]; 46(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182019000200190>
 44. Escartín L, Mayor EA, Samper MP, Labayen I, Álvarez ML, Moreno LA, et al. Inmigración y riesgo de sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar. *Acta Pediatr Esp* [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 75(3-4): 36-42. Disponible en: file:///D:/descargas/Nutricion_Inmigracion_y_riesgo_de_sobrepeso.pdf
 45. Vilar-Compte M, Bustamante A, López-Olmedo N, Gaitán-Rossi P, Torres J, Peterson K, et al. La migración como determinante de la obesidad infantil en Estados Unidos y Latinoamérica. *Obes Rev* [Internet]. 2021 [citado 7 jun 2024]; 22(S5): e13351. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.13351>
 46. Díaz M. Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental. *Apunt Psic* [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 35(2): 83-92. Disponible en: <https://doi.org/10.55414/ap.v35i2.662>
 47. Salami B, Yaskina M, Hegadoren K, Díaz E, Meherali S, Rammohan ABSY. Migration and social determinants of mental health: results from the Canadian Health Measures Survey. *Can J Public Health* [Internet]. 2017 [citado 7 jun 2024]; 108: 362-367. Disponible en: <https://doi.org/10.17269/cjph.108.6105>

