



MÓDULO I

MÓDULO I

Atención al Inmigrante
en Atención Primaria
en Castilla y León:
situación actual.



ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN CASTILLA Y LEÓN

Para cuantificar la población extranjera en España se dispone de diferentes fuentes:

- El anuario estadístico de extranjería del Ministerio del Interior, en el que figuran los extranjeros residentes con permiso o tarjeta de residencia en vigor, según sean extracomunitarios o pertenecientes a la Unión Europea, respectivamente.
- El Censo de Población, se realiza cada 10 años con fines puramente estadísticos.
- El Padrón Municipal, registro administrativo de los vecinos de un municipio.

Los últimos resultados disponibles de cada una de estas fuentes, presentan diferencias significativas en el número de extranjeros registrados en cada una de ellas, aunque sus respectivas fechas de referencia solo se diferencian en un par de meses; así, el Censo de Población recoge aproximadamente un millón menos de personas que el Padrón Municipal de referencia más próxima, de los cuales cuatrocientos mil son extranjeros residentes en España (cuadro 1). Sin precisar cuales pueden ser las causas de estas diferencias, se entiende que para un extranjero resulta más interesante estar empadronado en su municipio que haber sido censado, ya que con el empadronamiento puede acceder a los servicios públicos de salud y de educación.

De las últimas cifras del Padrón Municipal se desprende que casi el 5% de la población de España es extranjera.

*Casi el 5%
de la
población
española
es extranjera.*

| Fuente de información | Fecha de referencia | Población española | Nº de extranjeros | Porcentaje de extranjeros |
|-----------------------|---------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|
| MI, AEEX | 31/12/2001 | ... | 1.109.060 | ... |
| INE, Censo | 01/11/2001 | 40.847.371 | 1.572.017 | 3,8 |
| INE, Padrón | 01/01/2001 | 41.116.842 | 1.370.657 | 3,3 |
| INE, Padrón | 01/01/2002 | 41.837.894 | 1.977.946 | 4,7 |

Cuadro 1. Número de extranjeros en España según la fuente de información.

En Castilla y León el análisis de la población extranjera tomando como fuente el Padrón Municipal de habitantes de 1 de enero de 2002 arroja unas cifras de 42.640 extranjeros que suponen el 1'7% de la población registrada en la comunidad. (Tabla 1).

Según su origen, los extranjeros residentes en la comunidad se clasifican en cinco grandes grupos:

- **Iberoamericanos**, constituidos principalmente por colombianos, ecuatorianos, dominicanos y argentinos; representan el 39%.
- **Europeos de la Unión**, constituyen el 24% de los extranjeros, siendo el 60% de origen portugués.
- **Europeos del Este**, representan el 19% del total de extranjeros predominando los búlgaros y rumanos.
- **Norteafricanos**, constituyen el 13% y proceden fundamentalmente de Marruecos.
- **Asiáticos**, con predominio de los chinos, que constituyen el 5% restante.

Del análisis de la distribución de esta población por provincias (tabla 1) se desprende que el mayor peso, respecto del total de población donde residen, lo constituyen los extranjeros residentes en la provincia de León, donde representan el 5,8% de la población, siendo los portugueses (35%) y los hispanoamericanos (33%) los grupos mas numerosos.

El 60% de la población extranjera en León se asienta en cuatro núcleos de población: León capital (2.219), Ponferrada (1.686), Villablino (1.119) y Bembibre (1.007).

| | Padron 01/01/2001 | Padron 01/01/2002 | Variación absoluta | Variación relativa | % sobre población |
|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| ÁVILA | 1.248 | 2.350 | 1.102 | 88,3% | 1,4% |
| BURGOS | 4.386 | 7.777 | 3.391 | 77,3% | 4,7% |
| LEÓN | 7.778 | 9.527 | 1.749 | 22,5% | 5,8% |
| PALENCIA | 1.177 | 1.724 | 547 | 46,5% | 1,0% |
| SALAMANCA | 3.684 | 4.867 | 1.183 | 32,1% | 2,9% |
| SEGOVIA | 2.480 | 5.335 | 2.855 | 115,1% | 3,2% |
| SORIA | 1.394 | 2.329 | 935 | 67,1% | 1,4% |
| VALLADOLID | 3.230 | 7.178 | 3.948 | 122,2% | 4,3% |
| ZAMORA | 1.195 | 1.553 | 358 | 30,0% | 0,9% |
| CASTILLA Y LEÓN | 26.572 | 42.640 | 16.068 | 60,5% | 1,7% |
| ESPAÑA | 1.370.657 | 1.977.946 | 607.289 | 44,3% | 4,7% |

Tabla 1. Padrón Municipal de Habitantes. Castilla y León. Población extranjera por provincias.

En Ávila, donde representan solo el 1,4% de la población total, la mitad de los extranjeros residen en Ávila capital, distribuyéndose el resto en municipios del sur de la provincia: Sotillo de la Adrada (146), Las Navas del Marqués (134), o Arenas de San Pedro (112). Más del 50% de la población ex-

trajera en Ávila son hispanoamericanos, siendo el segundo grupo mayoritario los europeos del Este (16%)

En Burgos, la población extranjera representa el 4,7% de la población, el 46% reside en Burgos capital (3.600) siendo los municipios de Miranda de Ebro (1.218), Aranda de Duero (910) y Briviesca (419) los que tienen una mayor concentración de habitantes extranjeros. Según el país de origen, el colectivo mayoritario lo constituyen los hispanoamericanos (49%), seguidos de los europeos del Este (17%) y de los portugueses (12%).

La población extranjera en Palencia constituye el 1% de la población, el 65% de ellos residen en cuatro núcleos: Palencia (747), Saldaña (137), Guardo (123) y Aguilar de Campoo (117) siendo los colectivos más numerosos los hispanoamericanos (49%) y los marroquíes (17%)

En Salamanca casi el 3% de la población es extranjera. Los hispanoamericanos representan el 40% de todos los extranjeros seguidos por los europeos de la unión (29%) y los marroquíes (16%). Los núcleos con mayor concentración de extranjeros son Salamanca (2.617), Fuentes de Oñoro (428), Ciudad Rodrigo (216), Santa Marta de Tormes (199), Terradillos (146), Béjar (132) y Villares de la Reina (113).

Segovia es la segunda provincia en crecimiento de extranjeros en el último año donde constituyen el 3,2% de la población. Es la provincia con mayor número de residentes europeos del este que representan la mitad de los extranjeros de la provincia seguidos de los hispanoamericanos (30%). Los municipios con mayor número de extranjeros son Segovia (2.058), Riaza (329), Cuéllar (314), El Espinar (263), Cantalejo (147), Bodeguillas (112), Turégano (104) y San Ildefonso (103).

En Soria el 1,4% de la población es extranjera. El porcentaje de africanos con respecto al total de extranjeros es el más alto de la comunidad, principalmente marroquíes (26%) aunque los más numerosos son los hispanoamericanos (52%). Más de la mitad residen en Soria capital (1.394).

En Valladolid es donde se ha registrado el mayor incremento de extranjeros en el último año, alcanzando cifras del 4,3% de la población total. Al igual que en el resto de provincias son los hispanoamericanos el colectivo más numeroso (41%), seguido de los europeos del este (31%). Las localidades que albergan un mayor número son Valladolid (4781), Medina del Campo (226), Laguna de Duero (217), Íscar (204), Mayorga (139), Simancas (134) y Peñafiel (104).

Zamora es la provincia con menor porcentaje de extranjeros, donde apenas alcanzan el 1% de la población. Destaca el elevado porcentaje de portugueses (31%) similar al de hispanoamericanos (35%). Benavente (200) y Zamora (658) son las localidades con mayor población extranjera.

Respecto al sexo, el 49% de todos los extranjeros residentes en la comunidad son varones y el 51% son mujeres. El índice de masculinidad (número de hombres por cada 100 mujeres) es de 97, tanto en el total de población

| | Iberoamericanos | Unión Europea | Europa Este | Africanos | Asiáticos |
|------------|-----------------|---------------|-------------|-----------|-----------|
| ÁVILA | 55% | 15% | 16% | 9% | 5% |
| BURGOS | 49% | 19% | 17% | 13% | 2% |
| LEÓN | 33% | 41% | 7% | 14% | 5% |
| PALENCIA | 49% | 17% | 11% | 17% | 6% |
| SALAMANCA | 40% | 29% | 9% | 16% | 6% |
| SEGOVIA | 30% | 7% | 48% | 14% | 1% |
| SORIA | 52% | 8% | 12% | 26% | 2% |
| VALLADOLID | 41% | 14% | 31% | 9% | 5% |
| ZAMORA | 35% | 41% | 13% | 9% | 2% |

Tabla 2.

residente en Castilla y León, como en el colectivo formado por los extranjeros residentes en la comunidad.

Sin embargo, el análisis de la distribución por sexo según los países de origen muestra situaciones muy dispares. Así, mientras que los extranjeros nacionales de los países de la Unión Europea, de la Europa del Este o de Asia presentan una proporción de hombres discretamente superior a la de mujeres con índices de masculinidad que oscilan entre 110 en los europeos de la unión y 131 en el caso de los europeos del este, los extranjeros procedentes de países africanos tienen ratios de una mujer por cada dos hombres (índice de masculinidad de 195).

También entre los ciudadanos procedentes de América se produce un desequilibrio por sexo pero de sentido inverso, siendo la proporción de 62 hombres por cada 100 mujeres.

En cuanto a la edad, el registro se ha obtenido de la base de datos de población protegida por el sistema regional de salud; la distribución por tramos es diferente entre la población extranjera y la española. La edad media de la población de la comunidad es 10 años superior a la media de la población extranjera que es de 31 años.

El índice de juventud de la población de Castilla y León medido como el porcentaje de población menor de 20 años con respecto a la población de 60 y más años es de 63; Sin embargo en el colectivo de extranjeros es muy superior, existiendo una relación de 6 jóvenes por cada persona mayor.

En conclusión, la población extranjera en Castilla y León es una población mayoritariamente de adultos jóvenes, actualmente equilibrada en cuanto al sexo a pesar de las diferencias según su origen, con un predominio claro de los hispanoparlantes que suponen el 39% de todos los extranjeros.

Según datos de tarjeta sanitaria, el 38% de la población extranjera adquiere su derecho a la asistencia sanitaria a través de su afiliación al régimen general de la Seguridad Social y el 17% lo hacen como beneficiarios de los anteriores. Un 33% accede a través de la vía de personas sin recursos económicos suficientes y el 4,5% lo hace al amparo de la Ley de Protección Jurídica del Menor.



ACCESO DE LOS EXTRANJEROS A LA ASISTENCIA SANITARIA

El derecho a la protección de la salud aparece recogido en el Art. 43 de la Constitución Española de 1978 como un derecho de toda la población. Esta tendencia a la universalización de la asistencia sanitaria a toda la población se hace efectiva en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que establece en su artículo 1º “el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de los ciudadanos extranjeros”, en la forma que establezcan las leyes y convenios internacionales.

Más recientemente, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (Ley de Extranjería), reformada por las L.O. 8/2000 y 14/2003 y sus reglamentos de desarrollo consideran como “extranjeros a las personas que carezcan de nacionalidad española y que no sean nacionales comunitarios, ni les sea de aplicación la legislación de la Unión Europea”. Por tanto, al referirnos al extranjero o inmigrante estaremos hablando de extranjero inmigrante no comunitario.

El derecho a la protección de la salud aparece recogido en el artículo 43 de la Constitución como un derecho de toda la población.

Pues bien, a efectos de asistencia sanitaria distinguiremos entre:

- a) Inmigrantes no comunitarios que disponen de permiso* de trabajo y que son titulares o beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
- b) Inmigrantes no comunitarios que no son titulares o beneficiarios de la Seguridad Social, es decir, que no son residentes titulares de permiso* de trabajo.

A estos últimos, en los que nos centraremos, la Ley de Extranjería les reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, concretamente en su art. 12 dice:

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Entonces, a partir de lo anteriormente reseñado, podemos contemplar diferentes situaciones:

1ª. EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA

Según el artículo 14.1. “los extranjeros residentes tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles”, lo que significa que tienen derecho a la asistencia sanitaria y pueden encuadrarse en los mismos tipos de usuarios que los españoles.

2ª. EXTRANJEROS INSCRITOS EN EL PADRÓN MUNICIPAL Y EXTRANJEROS MENORES DE 18 AÑOS (INSCRITOS O NO EN EL PADRÓN)

PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO

El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social a propuesta de las Gerencias de Atención Primaria, conforme al procedimiento establecido en el R. D. 1088/1989, de 8 de septiembre, que extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, y sus normas de desarrollo.

PARA LA EMISIÓN DE LA TARJETA SANITARIA NECESITAN

- Cumplimentar los impresos F1 (solicitud para la emisión de la tarjeta sanitaria) y F6 (solicitud de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes). Estos impresos se facilitan en todos los Centros de Salud, Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Salud de Área y se presentan en el Centro de Salud de la Zona Básica donde residan los solicitantes, con el fin de que en el mismo acto puedan ejercitar el derecho a la libre elección de médico, debiendo aportar la siguiente documentación:
- Fotocopia del pasaporte o documentación que acredite su identidad
- Justificación que acredite la insuficiencia de recursos económicos
- Declaración de no estar incluidos en ninguno de los regímenes de la Seguridad Social a efectos de asistencia sanitaria.
- Certificación de empadronamiento expedida por el Ayuntamiento en el que residan habitualmente. (Los menores sólo si están empadronados)
- Los extranjeros menores de edad deberán acreditar también que son menores de 18 años.

El “Ejemplar para el usuario” del F1, pegada la etiqueta de adscripción de facultativo, se entregará al interesado, sirviendo, desde ese mismo momento, como documento provisional acreditativo para el acceso a la asistencia sanitaria.

3ª. EXTRANJERAS EMBARAZADAS

Tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto”. Su fundamento está en la Convención de Derechos del Niño, de Naciones

Unidas, de 1989 y en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

- Duración: Desde la constatación médica del embarazo hasta seis semanas después del parto, sin perjuicio de la continuidad de la asistencia sanitaria postnatal que pudiera necesitarse una vez transcurrido dicho periodo.
- Requisitos: No se exige el requisito de inscripción en el padrón municipal ni el de menores ingresos.
- Existe un Documento identificativo (cartulina) de "asistencia sanitaria embarazada extranjera L.O. 1/96" que se le facilitará en el momento en que solicite asistencia sanitaria y que estará disponible en todos los Centros de Atención Primaria y de Atención Especializada.

4ª. ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA

Ante situaciones de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha asistencia hasta el alta médica.

No se establece ningún trámite para su reconocimiento, salvo los documentos asistenciales para el seguimiento de la enfermedad.

ADVERTENCIA: En los casos de asistencia sanitaria urgente, menores de 18 años y embarazadas se les informará del derecho a continuar recibiendo asistencia sanitaria permanente mediante su inscripción en el padrón municipal.

■ DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL DERECHO

El derecho a la asistencia sanitaria se acredita en las situaciones 1ª) y 2ª) por medio de la Tarjeta Sanitaria y en la 3ª) por medio de la cartulina de "asistencia sanitaria embarazada extranjera L.O. 1/96".

En ningún caso la renovación de las tarjetas sanitarias será automática. Se comprobarán si persisten las circunstancias que dieron origen al reconocimiento del derecho.

■ ALCANCE DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria que se reconoce a los colectivos de los apartados anteriores es la del Régimen General de la Seguridad Social y tendrá la extensión que se determina en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud:

- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Prestación farmacéutica (para mayores de 65 años es gratuita). Para las extranjeras embarazadas se utilizará el modelo de receta P.3 en la que figurará la inscripción "Asistencia Sanitaria. Ley 1/96".
- Prestaciones complementarias.
- Servicios de información y documentación sanitaria.

■ CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN SANITARIA

La atención sanitaria a los extranjeros se prestará en igualdad de condiciones que a los españoles y, consecuentemente, si existiera algún tercero obligado al pago se estará a lo previsto en el art. 83 de la Ley General de Sanidad.

LEGISLACIÓN

- Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, reformada por las Leyes Orgánicas 8/2000 y 14/2003.
- Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, que extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
- Orden de 13 de noviembre de 1989 del Ministerio de Relaciones con las Cortes y Secretaría General del Gobierno que desarrolla el anterior R.D.
- Resolución de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria de 29 de diciembre de 1989 sobre acreditación de la insuficiencia de recursos económicos.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

*Según la disposición adicional única de la L.O. 14/2003, de 20 de noviembre, de reforma de L.O. 4/2000 y 8/2000, todas las referencias al término permiso serán sustituidas por el término autorización.



MÓDULO II

MÓDULO II

Atención al Inmigrante:
Historia Clínica del adulto
y del niño

En la Consulta de Atención Primaria es fundamental una buena anamnesis y exploración física para orientar los problemas detectados y buscar soluciones. En el paciente inmigrante, la información que se obtiene de una buena historia clínica nos puede dar muchas pistas para orientar el tipo de problemática que el paciente pueda padecer.

Pero el abordaje en general de este tipo de pacientes es especial y puede presentar dificultades añadidas por varios factores:

- Barreras administrativas: a veces el desconocimiento de los trámites burocráticos o las trabas que pueden encontrar dificultan la accesibilidad al sistema sanitario, todo ello puede repercutir en la atención sanitaria o en el retraso del acceso a la misma.
- El desplazamiento continuo de los inmigrantes, muchas veces en busca de trabajo hace que no tengan un centro de salud concreto, y que cada vez que consulten por algo se les abre una nueva historia. Todo este "vaivén" de los inmigrantes "golondrina" hace que a veces se repitan pruebas innecesariamente y se pierdan muchos datos por el camino.
- El idioma puede suponer una barrera importante para la comunicación con un paciente: nos encontraremos dificultades para la recogida de información y también para explicarle los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En personas hispanohablantes también podemos encontrarnos barreras en la comunicación por diferentes expresiones. Estos problemas de comunicación pueden alterar la relación médico-paciente.
- Las diferencias culturales y de costumbres pueden variar la concepción de la sanidad: poca adherencia a programas de salud preventivos por la ausencia de dichos programas en su país, diferencias en el concepto de salud-enfermedad; dificultad para expresar problemas de ansiedad o depresión,...
- Dificultades en el diagnóstico por: diferentes patrones dentro de la normalidad (esplenomegalias, leucocitosis o eosinofilia pueden ser normales en ciertos países), dificultades en el diagnóstico de ciertas patologías tropicales por el desconocimiento general y falta de manejo de dicha patología, dificultad en la petición de ciertas pruebas a los laboratorios, que no están preparados para hacerlas.
- Dificultades en el tratamiento por falta de recursos para adquirir medicamentos, falta de adherencia a los tratamientos crónicos, dificultades en el acceso a ciertos tipos de medicamentos extranjeros...

- Dificultad en el seguimiento del paciente por los cambios frecuentes de domicilio ya comentados, escaso cumplimiento terapéutico y de las citas programadas.
- Dificultades en el control epidemiológico por las condiciones en las que conviven, es difícil determinar la capacidad de contagio y más aún establecer un estudio de contactos.

■ ACTUACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Como objetivos en el abordaje del paciente inmigrante desde la atención primaria podríamos plantearnos los siguiente puntos (R.López-Vélez):

- Educación Sanitaria.
- Vacunación.
- Nutrición y salud infantil.
- Atención al embarazo y planificación familiar.
- Salud laboral y prevención de accidentes.
- Salud Mental.
- Atención al estado de salud del individuo.
- Descartar patología tropical.
- Búsqueda activa de casos de tuberculosis.
- Detección de portadores de hepatitis virales con prevención de la transmisión.
- Detección y prevención de la transmisión de ITS y VIH.

■ ANAMNESIS

Es fundamental utilizar un vocabulario básico e ir interrogando de forma ordenada y sistematizada. La primera consulta de un paciente inmigrante debe llevar una serie de preguntas obligadas, que nos serán de mucha ayuda para el abordaje posterior.

- Datos de filiación. Legal: Situación de regularidad y posibilidades de acceso al sistema sanitario (tarjeta sanitaria)
- Situación familiar, convivientes.
- Situación laboral. Recursos económicos.
- País de origen y ruta migratoria.
- Tiempo de estancia en España y viajes posteriores a su país.
- Situación vacunal.
- Salud Mental: detección de ansiedad o depresión.
- Antecedentes personales: alergias, enfermedades importantes, preguntando activamente por el padecimiento de enfermedades infecciosas que por ser tan frecuentes allí pueden no ser relatadas como patología (ITS, Hepatitis, Parasitosis, TBC, VIH). Tratamientos previos.

- Enfermedad Actual: es frecuente que a veces nos consulten por varios problemas o nos confunda una historia profusa, es importante en ese caso establecer un listado de problemas donde queden reflejados los aspectos importantes para el abordaje global.

■ ANAMNESIS POR APARATOS

Mediante un interrogatorio dirigido intentaremos detectar síntomas que nos hagan pensar en patología tropical o de otro origen. Alguno de los siguientes síntomas podrían alertarnos y hacernos pensar en una enfermedad tropical:

- Dermatológicas: prurito cutáneo generalizado, rash cutáneo, nódulos subcutáneos, úlceras mucocutáneas, manchas hipo o hiperpigmentadas, micosis cutáneas,...
- Pérdida de peso, fiebre.
- Respiratorio: tos crónica, hemoptisis, crisis asmáticas.
- Linfático: linfadenopatías, linfangitis recidivante.
- Digestivo: colangitis recurrente, hepatomegalia, esplenomegalia, diarrea aguda o crónica.
- Neurológico: neuropatías sensitivas o motoras, crisis comiciales o estados neurológicos confusionales.
- Nefro-urológico: Hematuria.
- Hematológico: anemia, eosinofilia.

■ EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física general puede darnos muchos datos a cerca del estado de salud y nutrición del paciente inmigrante.

Sería conveniente explorar al paciente desnudo, aunque en la práctica veremos que esto va a ser difícil por el importante choque cultural y social que ello supone. Procuraremos realizar una exploración física completa que recoja:

- Peso y Talla. Estado nutricional (importante en niños).
- Piel y mucosas: manchas, lesiones ulceradas en piel y mucosas, nódulos subcutáneos, lesiones de rascado, ... Buscar adenopatías.
- Cabeza y Cuello: examen dental, fosas nasales, oídos, ojos y agudeza visual, adenopatías cervicales, palpación de tiroides.
- Tórax: descartar miocardiopatía dilatada, valvulopatía reumática.
- Abdomen: buscar hepato y esplenomegalia, ascitis.
- Genitales: descartar ITS, palpar adenopatías inguinales.
- Estudio ginecológico en la mujer.
- Extremidades: linfedema crónico.
- Osteo-articular: exploración de las articulaciones, exploración lumbar.
- Exploración neurológica básica.

■ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No hay un protocolo único para la petición de pruebas complementarias en los pacientes inmigrantes asintomáticos. Hay una serie de pruebas que pediremos de rutina a todos los pacientes independientemente de su origen y otras sin embargo serán susceptibles de estudio en pacientes que vengan de países con altas prevalencias.

En todo paciente inmigrante debemos pedir:

- Hemograma y Bioquímica.
- Orina elemental.
- PPD.

Otras pruebas sólo se deberían pedir en caso de que el paciente procediera de:

- Serología Hepatitis B y C: África Subsahariana y Asia.
- VIH: África Subsahariana.
- VDRL: África Subsahariana.
- Parásitos en heces: Norte de África, África Subsahariana, América Latina y Asia.

Ante un adulto sintomático debemos plantearnos el diagnóstico diferencial según la clínica y solicitaremos las pruebas complementarias según nuestra sospecha diagnóstica y lugar de procedencia.

| | Europa Este | Asia | África del Norte | África Subsahariana | América Latina |
|--------------------------|-------------|------|------------------|----------------------------|----------------|
| Hemograma Bioquímica (1) | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Orina | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| VHB (2) | No | Sí | No | Sí | No |
| VHC | No | No | No | Sí | No |
| VIH (3) | No | No | No | (Sí) | No |
| VDRL (4) | No | No | No | (Sí) si factores de Riesgo | No |
| PPD | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Rx Tórax (5) | (Sí) | (Sí) | (Sí) | (Sí) | (Sí) |
| Parásitos en Heces (6) | No | (Sí) | (Sí) | (Sí) | (Sí) |
| Malaria (7) | No | No | No | (Sí) | No |
| Filarias (8) | No | No | No | (Sí) | No |

Centro de exploraciones complementarias según lugar de procedencia.

Sí = Indicada de rutina.

(Sí) = Indicación discutida.

No = No indicada de rutina.

1. Leucopenia leve es normal en africanos Eosinofilia <800/mm³ es frecuente y no merece estudio. Si hay anemia microcítica con ferritina normal: estudio de Hemoglobinopatías
2. VHD en los HbsAg+ y elevación de transaminasas.
3. Con consentimiento del paciente.
4. Posible uso de otro test reaginico que se confirmará

con test treponémico.

5. Discutida su indicación de rutina, indicada siempre que PPD sea +
6. 2 ó 3 muestras recogidas en días diferentes, algunos autores aconsejan tratar con albendazol 5 días ante la sospecha clínica sin confirmación microbiológica.
7. Frotis y gota gruesa ante la mínima sospecha en recién llegados (menos de 6 meses desde su llegada).
8. Microfilarias en sangre y piel de pellizco cutáneo si eosinofilia o procedentes de zonas endémicas (África).

BIBLIOGRAFÍA

- Jansá J. M. *Inmigración Extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública*. Rev. española de Salud Pública 1998; 72: 165-168.
- Jansá J. M., Villalbí J. R. *La salud de los inmigrantes y la atención primaria*. Atención Primaria 1995; 15: 320-327. Editorial Doyma.
- Ramos M., García MR., Prieto M.A., March J.C. *Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes*. Gac Sanitaria 2001; 15: 320-326.
- López-Vélez R. *Enfermedades Infecciosas en inmigrantes*. Revista FMC, Vol. 3, números 4 y 5. Abril y Mayo 1996.
- Bada Ainsa J. L., Bada Jaime R. M. *Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España*. Revista FMC vol. 3, número 5. Mayo 1996.



MÓDULO III

MÓDULO III

Atención al niño
y al adolescente
inmigrantes



INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes suponen alrededor del 15% de la población inmigrante (20% en países de África) y un porcentaje importante de la población infantil debido a las bajas tasas de natalidad de los autóctonos.

Siguiendo las directrices de la Academia Americana de Pediatría, se entiende como niño inmigrante a todo niño procedente de otro país con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional, sin olvidar a los que se desplazan por cortos periodos de tiempo para tratamiento médico, de paso por España o en programas estatales. Los menores de 18 años tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria estén o no inscritos en el padrón municipal, en las mismas condiciones que los españoles (Ley 8/2000).

La atención a la población infantil inmigrante debe iniciarse mediante la realización de una adecuada Anamnesis, valoración psicosocial y exploración física completa, y si se considera necesario, realizar exámenes complementarios para llegar a detectar los problemas de salud existentes.

Es importante captar a todos los inmigrantes para la realización periódica de exámenes de salud dentro del Programa de revisiones del niño sano.

El estado de salud de la población infantil inmigrante se ve influenciado por las condiciones de vida en que se encuentran: alimentación deficiente, viviendas en malas condiciones, dificultad de acceso a los servicios sanitarios, hacinamiento etc., lo que conlleva en general una peor salud infantil en esta población, con una mayor tasa de hospitalización en general, mayor uso de urgencias y menos actividades preventivas entre otros datos.

Las patologías más frecuente son infecciones respiratorias y óticas, gastroenteritis, parasitosis intestinales, infecciones cutáneas, sarna, piojos, tuberculosis, malnutrición, anemia, caries, talla baja, anomalías congénitas no diagnosticadas, problemas psicológicos, retrasos del desarrollo no diagnosticados, accidentes, embarazos en adolescentes, vacunaciones inexistentes o retrasadas, ausencia de screening visual, auditivo o de enfermedades crónicas. En raras ocasiones se ven patologías inhabituales en nuestro medio (sólo supondrían entre 3-5%: malaria, amebiasis, etc.).

La atención a la población infantil inmigrante debe iniciarse mediante la realización de una adecuada Anamnesis, valoración psicosocial y exploración física completa.



- El 15% de los inmigrantes son niños y adolescentes.
- Los menores de 18 años tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria (estén o no inscritos en el padrón municipal) en las mismas condiciones que los españoles.
- Las condiciones de vida condicionan el estado de salud de los inmigrantes (Mayor morbilidad general y mayor uso de las consultas de urgencias).
- La patología más frecuente son infecciones adquiridas en el país de destino (Infecciones respiratorias y digestivas).
- Es importante captar a todos los inmigrantes para la realización periódica de exámenes de salud dentro del Programa de revisiones del niño sano.



ANAMNESIS EN PEDIATRÍA

Se debe realizar con tacto y tranquilidad. Si no dominan el idioma el niño o los padres, es útil disponer de un intérprete accesible que sirva de puente de unión entre el inmigrante y el sistema sanitario.

Se deben recoger además de los datos de Anamnesis general (descrita en el módulo anterior) los siguientes aspectos específicos:

■ DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre correcto (Es importante llamarles correctamente por su nombre).
- Fecha y lugar de nacimiento. Edad de traslado al país de acogida.
- País de origen, etnia, religión de los padres.
- Lengua materna y lengua hablada.

■ ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padres: Edad, estado de salud, posible consanguinidad
- Enfermedades en familiares: Anemias hemolíticas, déficit de lactasa, etc.
- Condiciones de la vivienda, personas que conviven en ella y grado de parentesco. Persona que cuida habitualmente del niño.
- Situación laboral y legal de los padres.

■ ANTECEDENTES VACUNALES

Revisar el calendario vacunal. En general Sudamérica tiene una mayor tasa de cobertura que África. Valorar si la vacunación fue a nivel rural o urbana. Si no hay constancia clara valorar como no vacunado. Recordar las vacunas de reciente introducción en España como Meningococo C, porque en general no están vacunados. Registrar si existe vacunación previa BCG.

■ ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo: Deseado, controlado.
- Parto: Lugar, Peso, Talla, Perímetro cefálico, necesidad de reanimación.
- Considerar screening neonatal porque muchos no lo tienen realizado (Se puede realizar hasta los 6-12 meses de edad).
- Enfermedades previas: Febriles, diarreicas, vómitos, ingresos, profilaxis malaria y tratamientos recibidos.
- Alimentación que ha seguido desde el nacimiento.
- Alergias conocidas o sospechadas.
- Proceso migratorio (País de origen, ruta migratoria, condiciones del viaje, etc.).
- Escolarización: Colegio al que asiste, curso, nivel de integración y aprendizaje
- Conductas de riesgo en "niños mayores": Alcohol, drogas, actividad sexual, malos tratos, actividad laboral

■ ANAMNESIS POR APARATOS Y SISTEMAS

- Motivo de consulta actual
- Investigar la existencia de diversos síntomas frecuentes a veces no valorados como pueden ser: Dolor abdominal, vómitos, diarreas, prurito, fiebre intermitente. Debe ser orientada por problemas prevalentes de la zona de la que vienen tanto de enfermedades infecciosas como de otro tipo (Raquitismo, hipotiroidismo congénito, Anemias hemolíticas, anemia ferropénica, Fiebre reumática etc.).
- Hacer énfasis en posibles defectos neurosensoriales (Auditivos, visuales).
- Test validados de desarrollo psicomotor y rendimiento escolar.

RESUMEN

- Debe realizarse con tacto, tranquilidad y si se puede, con un interprete o persona del entorno del inmigrante que conozca el idioma
- Recoger información sobre filiación, Antecedentes Familiares, Antecedentes Personales (Embarazo, parto, alimentación, enfermedades infecciosas previas) y proceso migratorio
- Interrogar sobre enfermedades prevalentes en su país de origen, síntomas frecuentes que a veces pasan desapercibidos (Dolor abdominal, diarrea, prurito, fiebre intermitente etc), desarrollo psicomotor, rendimiento escolar y posibles defectos neurosensoriales



VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Resulta importante por cuanto la manera en que las familias sean capaces de abordar el proceso de adaptación y/o integración, condicionará el que el niño pueda ver afectado el desarrollo de su personalidad, social y psicológicamente. Es necesario valorar:

■ LA ATENCIÓN AL NIÑO

- Dificultades en el cuidado básico del niño (Sobre todo en primíparas, sin familiares cercanos, con problemas de depresión por su situación)
- Dificultades en el seguimiento y atención del niño (no tanto por dejación como por razones de: Cambios de domicilio, dificultades horarias de las madres para acudir a las consultas, pérdida importante de información sobre la trayectoria evolutiva de los hijos por cambio frecuente de cuidadoras, o cuidadoras que comparten el cuidado de varios niños al estar las madres trabajando).

■ APARICIÓN DE DUELO MIGRATORIO.

■ EL PROCESO DE ADAPTACIÓN AL PAÍS DE ACOGIDA.

(Integración, asimilación, separación, marginación).

■ LA ESCOLARIZACIÓN

La escolarización es clave en el proceso de socialización de los niños inmigrantes. El fracaso escolar es frecuente.

Entre los problemas que se observan figuran dificultades de comunicación, menor reconocimiento de la autoridad del profesor (sobre todo en E.S.O), conflictos religiosos (más en musulmanes respecto a comidas, horarios, calendario etc), escasa escolarización anterior y poca implicación familiar en las tareas escolares.

■ OTROS FACTORES PSICOSOCIALES A VALORAR

El estrés y la angustia, las condiciones de vivienda y habitabilidad, la agrupación dentro de la vivienda, la movilidad geográfica, las condiciones laborales, las relaciones de género, el conocimiento y acceso a los recursos socio-sanitarios, la aparición de trastornos del comportamiento.

En definitiva la valoración psicosocial, se orienta a la detección de necesidades con el fin de solventarlas y promover estilos de vida saludables y autocuidados que tengan en cuenta, de una manera responsable, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también las provenientes del país de origen.

- Recabar información sobre la atención y cuidado del niño. Insistir en la necesidad del seguimiento longitudinal con inclusión en el Programa del niño sano.
- Valorar el proceso de adaptación, escolarización y posibles alteraciones psicológicas.
- Debe orientarse a la detección de necesidades con el fin de solventarlas y promover estilos de vida saludables y autocuidados que tengan en cuenta, de una manera responsable, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también las provenientes del país de origen.
- Ofrecer información sobre los recursos sociosanitarios.



EXPLORACIÓN FÍSICA

Hay que vencer la inseguridad, ansiedad y vergüenza que muchos niños y sobre todo adolescentes puedan tener. Recordar que las hindúes y árabes pueden poner objeciones a ser desvestidas o visitadas por un hombre, es necesario pedir permiso en estos casos al adulto acompañante previa explicación. Se debe realizar exploración completa y despistaje de enfermedades prevalentes.

- **Estado nutricional:** Valorar déficit nutricional (por múltiples motivos: carencias, hábitos, cultura, infecciones...).
- **Somatometría:** Peso, Talla, Perímetro cefálico, longitud o talla. Desarrollo puberal (Estadios de Tanner) Lo ideal es compararlas con gráficas de su país, lo que en ocasiones es difícil. En este caso una medida estática referida a gráficas occidentales no tiene mucho valor y siempre es más útil valorar las ganancias de peso y talla a lo largo del tiempo. Si hay desnutrición se debe producir el fenómeno del catch-up, para el peso en 3-4 meses y en 4-5 meses para la talla, si no se produce en 6-12 meses buscar otra patología.
- **Fontanela anterior.**
- **Tensión arterial.**
- **Piel y tejido celular subcutáneo:** Exploración exhaustiva en busca de escara de BCG, palidez sugerente de anemia, alteraciones en la pigmentación de la piel, lesiones propias de la lepra, úlceras, micosis, escabiosis, tiñas, pediculosis, nódulos subcutáneos (oncocercomas), linfedemas.
- **Mucosas:** Palidez en caso de anemias, sobre todo drepanocitosis y otras hemoglobinopatías.
- **Adenopatías y nódulos.**
- **Boca:** Inflamaciones, maloclusiones caries.
- **Ocular:** optotipo a partir de los 4 años para detectar alteraciones de la agudeza visual. Cover test y Hirschberg para detectar estrabismos. Valorar Conjuntivitis por Trichinela Spiralis, o Clamidia Tracomatis, coriorretinitis de oncocercosis.

- **Audición:** Exploración subjetiva con diapasón, otoscopia, exploración externa
- **Exploración cardiovascular y pulmonar:** Soplos, pulsos periféricos
- **Abdomen:** Descartar hepatomegalia, esplenomegalia (Leishmaniasis, paludismo, anemias, neoplasias etc). Valorar parasitosis como causa de dolor abdominal
- **Locomotor:** Alteraciones de la columna (escoliosis, hiperlordosis, hiperlordosis)
- **Genitales:** Ver situación de los testes, alteración del meato urinario. En niñas descartar sinequias vulvares, oxiuriasis. Valorar orquitis repetidas (filariasis). Ablación clitoris. Circuncisión.
- **Neurológico-psicológico**
 - Desarrollo psicomotor por test validado, hacerlo de forma repetida (P. Ej. Denver).
 - Valoración de escolarización.
 - Exploración neurológica completa.
 - Valoración psicológica: estrés, depresiones, ansiedad, antecedentes sugerentes de maltrato, carencias emocionales, problemas de conducta.

RESUMEN

- Recordar que puede existir reticencia a ser explorados.
- Debe ser completa y pormenorizada.
- Valorar especialmente estado nutricional, signos de enfermedades prevalentes en el país de origen, signos de enfermedades infecciosas y carenciales, desarrollo somatométrico, psicomotor, neurosensorial y psicológico.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

No existe consenso sobre cuales son las pruebas de laboratorio recomendadas de forma sistemática en niños inmigrantes asintomáticos. Tener en cuenta que la solicitud de analítica algunos la pueden vivir como una discriminación.

Los niños procedentes de adopción internacional son un grupo especial que merecen una consideración diferente (Ver página 45).

Entre las que cabría realizar están: Hemograma completo, bioquímica (glucosa, creatinina, pruebas hepáticas), hormonas tiroideas, sedimento urinario, PPD (Mantoux), serología hepatitis B, C, VIH, sífilis, parásitos en heces (3 muestras), cultivo orina CMV, Radiografía de tórax, microfilarias en sangre, cutáneas, frotis y gota gruesa para malaria.

Creemos que no se deben plantear de rutina en todo inmigrante (salvo en adopción internacional) que consulte en Atención Primaria. Debemos guiarnos en su solicitud por el país de origen, la anamnesis, exploración física, y factores de riesgo detectados.

■ NIÑO ASINTOMÁTICO

Según país de procedencia se aconseja la realización obligatoria de las siguientes pruebas:

| | SUDESTE ASIÁTICO | África SUBSAHARIANA | África DEL NORTE | SUDAMERICA | EUROPA DEL ESTE |
|------------------|------------------|---------------------|------------------|------------|-----------------|
| TUBERCULINA* | SI | SI | SI | SI | SI |
| Serología VHB** | SI | SI | NO | NO | NO |
| Serología VHC | SI | SI | NO | NO | NO |
| Serología VIH*** | SI | SI | NO | NO | NO |
| VDRL (Padres) | NO | SI | NO | NO | NO |

Tabla 1.

(Tomado de "La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante")

* En muchos casos puede contagiarse en el país de acogida porque existe alto riesgo de contagio entre las comunidades de inmigrantes. Valorar para la correcta interpretación que muchos han sido vacunados de BCG.

** Si serología VHB resulta positiva, solicitar serología virus hepatitis delta. Si serología VHB negativa vacunar igual que a la población autóctona.

*** Como alternativa se puede realizar a los padres (con consentimiento informado) y sólo si es positiva hacérsela también al niño.

Realizar también a todos los recién llegados (menos de 1 año de estancia) detección de parásitos en heces. La mayoría recomiendan tres muestras; algunos consideran válido una muestra en asintomáticos y realizar tres si la primera es positiva, hay clínica, inmunodeficiencia o enfermedad grave.

■ NIÑO SINTOMÁTICO O CON FACTORES DE RIESGO

- **Hemograma y bioquímica básica con transaminasas y orina elemental:** Si se observa en el niño malnutrición, retraso ponderal, palidez, fiebre prolongada. Si hay anemia microcítica y ferropenia se indica tratamiento con hierro y se repite la analítica; si se corrige la ferropenia pero no la anemia se debe hacer electroforesis y análisis para detectar hemoglobinas anormales. En casos seleccionados niveles de plomo en sangre.
- **Coprocultivo y parásitos en heces:** Solicitarlas en diarreas prolongadas, crónicas, recidivante, retraso ponderal, dolor abdominal, eosio-

nofilia o asma atípica. También en niños recién llegados (menos de 12 meses). Lo ideal 3 muestras días alternos.

- **Serología hepatitis B, C:** En todos los procedentes del África subsahariana y Sudeste Asiático. Sobre todo si ha sufrido técnicas invasivas: circuncisión, ablación clítoris, tatuajes, etc.
- **VIH:** Según historia clínica, factores de riesgo y sobre todo en inmigrantes subsaharianos.
- En niños con leucocituria y/o hematuria procedentes de zonas endémicas de esquistosomiasis, se recomienda realizar parásitos en orina.
- **Mantoux (PPD).** Valorar para su interpretación si han sido vacunados previamente de BCG. Considerar en general positivo por encima de 10 mm de induración (5 mm en caso de riesgo elevado, o contacto directo). Conviene recordar que el 20% de las Mycobacterias de África, Asia y Latinoamérica son resistentes a isoniacidas. Si Mantoux negativo y signos de desnutrición o parásitos repetir en dos- tres meses para descartar anergia. Si aun así es negativo pero la sospecha es alta: Rx tórax y muestras en jugo gástrico.
- **Frotis sanguíneo o gota gruesa:** Si presenta síntomas (diarrea, fiebre, tos) o se detectan alteraciones en la exploración física sugerentes de paludismo se pedirá en individuos de zonas endémicas de paludismo (si es negativo valorar repetirla coincidiendo con pico febril).
- No indicación de serología sistemática frente VHA, VHD por baja prevalencia, y tampoco CMV porque hay una alta prevalencia también en los no inmigrantes, sobre todo en guarderías.

En resumen las técnicas y exploraciones complementarias se indicarán según la sospecha clínica y el grupo étnico de origen (enfermedades prevalentes) (Ver Tabla 2).

Tener en cuenta que alteraciones leves de la analítica pueden ser normales (Leucopenia leve en África subsahariana, eosinofilia de 800 η l, etc).

| | ENFERMEDADES INFECCIOSAS | ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS |
|--|---|---|
| INDIA, PAKISTAN, BANGLADESH, SRI LANKA | Virus Hepatitis B. Parasitosis. Tuberculosis. Paludismo. | B-talasemia. Drepanocitosis. Déficit G-6-PDH. Hipotiroidismo congénito. Anemia ferropénica. Raquitismo. |
| MAGREB | Virus Hepatitis B. Parasitosis. Tuberculosis. | B-talasemia. Anemia ferropénica. Fiebre reumática. Raquitismo. |
| África/CARIBE | Virus Hepatitis B. Esquistosomiasis. Anquilostomiasis. Tuberculosis. Paludismo. VIH. Filaria al suroeste de Guinea. | Drepanocitosis. Déficit G-6-PDH. Raquitismo. |
| CHINA, FILIPINAS, VIETNAM | Virus Hepatitis B. Parasitosis. Tuberculosis. | B-talasemia. Hemoglobina de Barts. Hemoglobina H. Déficit G-6-PDH. Deficiencia de lactasa. |
| MEDITERRANEO | | B-talasemia. Déficit G-6-PDH. Raquitismo. |
| PAISES ANDINOS | Parasitosis. | Anemia ferropénica. |
| EUROPA DEL ESTE | Virus Hepatitis B. Tuberculosis. VIH. Parasitosis intestinal. | |

Tabla 2.

Enfermedades frecuentes en los países de origen.

RESUMEN

- Seleccionar pruebas según país de origen (Mantoux a todos ; parásitos en heces a los recién llegados; VHB, VHC, VIH a los procedentes África Subsahariana y Sudeste Asiático) , datos de la anamnesis y exploración física (buscando enfermedades prevalentes en su país) y factores de riesgo detectados
- Entre las que cabría realizar están: Hemograma completo, bioquímica (glucosa, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, creatinina, pruebas hepáticas) , hormonas tiroideas, sedimento urinario, PPD (Mantoux) , serología hepatitis B, C, VIH, sífilis, parásitos en heces (3 muestras), cultivo orina CMV, Radiografía de tórax, microfilarias en sangre, cutáneas, frotis y gota gruesa para malaria.



PROBLEMAS DE SALUD

De la valoración completa de la salud del niño inmigrante se pueden derivar los siguientes Problemas de salud sobre los que habría que actuar:

1. Alteración de la nutrición.
2. Deficiente salud buco-dental.
3. Déficit de cuidados básicos. Mal manejo de la fiebre. Alteración en el mantenimiento de la salud.
4. No cumplimiento del tratamiento y seguimiento programado.
5. Aislamiento social y soledad. Síndrome de estrés del traslado. Alteración de los procesos familiares relacionado con: desintegra-

ción familiar; cambios del rol familiar. Alteración de la autoestima de los padres.

6. Riesgo de abuso y maltrato. Mayor riesgo de infección, de sufrir accidentes domésticos y de sufrimiento espiritual.
7. Dificultad para el mantenimiento adecuado del hogar.

Para dar respuesta a estos problemas cobra un especial protagonismo la Educación para la salud (Ver página 47).



ENFERMEDADES EN NIÑOS INMIGRANTES

Desde el punto de vista del diagnóstico de enfermedades presentes en el niño inmigrante se pueden establecer 3 áreas de evaluación distintas:

- Enfermedades infecciosas. Recordar que solo el 3-5% de la patología del inmigrante son enfermedades tropicales. Lo más frecuente son infecciones contraídas en el país de origen.
- Enfermedades no infecciosas prevalentes en el país de origen.
- Enfermedades no diagnosticadas previamente.

■ ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Según la bibliografía revisada supone el 54-73% de los problemas detectados. Dependiendo del lugar de origen de la infección se puede clasificar en:

A) PATOLOGÍA IMPORTADA DEL PAÍS DE ORIGEN

- **Enfermedades tropicales difícilmente transmisibles (3-5%)** que supone un reto para el pediatra. Su diseminación entre la población autóctona es difícil, aunque no imposible, dado que en España hay buenas condiciones higiénicas de salud pública, faltan huéspedes intermedios y vectores apropiados para ello. El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección se desvanece con el tiempo que la persona inmigrante pasa en el país de destino.
- **Enfermedades transmisibles a la población autóctona:** De mayor importancia epidemiológica:
 - Hepatitis B, C.
 - ITS: VIH.
 - Tuberculosis.

Las patologías infecciosas más frecuentes son las parasitosis intestinales (14-60% según los trabajos consultados). Suelen ser asintomáticas. Los parásitos más frecuentemente encontrados son trichuris trichura, ascaris lumbricoides, giardía lamblia, uncinarias, entamoeba histolytica, strongyloides stercoralis, esquistosomía (por este orden de frecuencia).

Remitir al niño al hospital de referencia:

- Sospecha de paludismo.
- Padres y/o niños enfermos de tuberculosis procedentes de zonas donde abundan los microorganismos multirresistentes.
- Niño africano/asiático con fiebre de origen desconocido.
- Parasitosis intestinales, pulmonares o cutáneas cuando existan dudas sobre su tratamiento o evolución.

B) PATOLOGÍA CONTRAÍDA EN EL PAÍS DE DESTINO

Ya que están expuestos a las mismas enfermedades que la población autóctona, más incluso en ocasiones, por vivir en situación marginal con malas condiciones higiénicas, tener mala educación sanitaria con hábitos poco saludables o por no haber recibido las mismas inmunizaciones que los niños nacidos en nuestro país. Sus condiciones de vida favorecen que los procesos infecciosos en estos niños sean más frecuentes y graves, con índices más elevados de hospitalización, fundamentalmente procesos respiratorios y digestivos. En este apartado se deben incluir también enfermedades como tuberculosis, hepatitis B, VIH, I.T.S.

La patologías infecciosas más frecuentes son las parasitosis intestinales.

C) PATOLOGÍA DEL NIÑO VIAJERO

Los hijos de inmigrantes nacidos en nuestro país están más expuestos que sus padres a contraer enfermedades de alta prevalencia si se desplazan al país de origen como la hepatitis A, la fiebre tifoidea o el paludismo (para el que los nacidos en zonas endémicas tienen cierta inmunidad). Se debe insistir en las medidas preventivas en caso de viaje a su país, de forma definitiva o de vacaciones.

Una descripción detallada y completa de la patología infecciosa se puede encontrar en el módulo correspondiente de la guía.

■ ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS PREVALENTES EN EL PAÍS DE ORIGEN

Aquí se incluirán enfermedades propias de determinados países. (Ver Tabla 2)

ANEMIAS HEMOLÍTICAS

Tienen un lugar destacado en las enfermedades de base genética. Puede ser por déficit enzimático (Déficit de G6PDH) o por hemoglobinopatías (Hemoglobinopatías estructurales como la Hb S, o síndromes talasémicos). Existe una alta prevalencia de hemoglobinopatías de distribución geográfica similar a la malaria.

DEFICIENCIA DE LACTASA

Es frecuente en los nativos australianos, americanos, del África tropical y del Este y Sudeste de Asia. También es muy prevalente en los afroamericanos.

INTOLERANCIA AL GLUTEN (ENFERMEDAD CELÍACA) EN EL SAHARA.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS

Debido a algunas tradiciones culturales de determinados países los matrimonios entre familiares son frecuentes, lo cual aumenta este tipo de patología.

CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS

RAQUITISMO, HIPOTIROIDISMO

PUBERTAD PRECOZ

Que parece ser más frecuente en niños adoptados e inmigrantes que en la población autóctona

POSIBLE MAYOR INCIDENCIA DE TUMORES

(Leucemias, linfomas, tumores hepáticos) que se sugiere en un estudio en el Reino Unido.

■ ENFERMEDADES NO DIAGNOSTICADAS O TRATADAS PREVIAMENTE

ENFERMEDADES CARENCIALES

Destacan: Retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico-proteica y anemias ferropénicas y de otro tipo. Sobre todo en zonas de África subsahariana y oriental, Asia meridional y el Pacífico (Inmigrantes poco frecuentes en nuestra zona). Se atribuye a falta de alimentos durante el proceso de emigración, malos hábitos dietéticos, falta de conocimientos básicos sobre la alimentación del niño y sus necesidades, dieta poco variada, no escasa, (lo que se hacía más patente tras el destete.), infecciones de repetición. No hay una alta prevalencia de síndromes malnutritivos clásicos, pero sí signos aislados de déficit nutricional en un alto porcentaje de niños. Otro grupo especial lo forman los niños adoptados, a los que se dedica un capítulo posterior, donde se suelen usar fórmulas lácteas muy diluidas, inclusión precoz de alimentos nuevos, mantenimiento del uso del biberón, dieta poco variada y pobre nutritivamente.

La malnutrición es más importante en los menores de 5 años y puede producir: Retraso de crecimiento, alteración del aprendizaje, disminución de la actividad física y de la resistencia a la enfermedad y aumento de la morbi-mortalidad por otras patologías

Para diagnosticar malnutrición hay que buscar edemas en miembros inferiores, preguntar por la existencia de ceguera nocturna (uno de los primeros síntomas del déficit de vitamina A), buscar signos clínicos de otras deficiencias de vitaminas (pelagra, escorbuto, raquitismo, beri-beri).

Lo mejor, es considerar la relación peso/talla y compararla con la relación peso/talla estándar para la edad (Percentil 50). Aquellos que se encuentran por debajo del 70% del estándar de referencia están gravemente desnutridos, mientras que los que se encuentran entre el 70-80% están moderadamente desnutridos. En caso de niños adoptados en los que se desconozca la edad, la mejor alternativa es la relación perímetro braquial/talla, teniendo en cuen-



ta que los niños bien nutridos tienen un perímetro braquial casi constante (aproximadamente 16 cm) entre los 1-5 años y los desnutridos tienen un perímetro braquial más pequeño (unos 12 cm). Si hay dudas sobre la edad cronológica se puede recurrir a la edad ósea, desarrollo psicomotor, edad dental (obtenida por el dentista) y/o la edad de desempeño escolar y madurez social valorada por un psicopedagogo.

Conviene realizar controles periódicos de peso y talla para poder comprobar la existencia de "catch up" en estos niños. Hay que tener en cuenta que las tablas españolas no se corresponden con esta población y no siempre se dispone de las de su país de origen.

Recordar que se dará profilaxis de anemia ferropénica en todos los lactantes que siguen o han seguido lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses y se hará profilaxis del raquitismo con vitamina D en todos los lactantes.

ENFERMEDADES POR AUSENCIA DE MEDICINA PREVENTIVA PREVIA

Caries dental, enfermedades vacunables, defectos sensoriales (auditivos, visuales, que favorecen el retraso psicomotor), defectos del aparato locomotor, anomalías congénitas y enfermedades crónicas sin diagnosticar. Pueden presentar problemas de desarrollo, que se deben identificar lo más precoz posible para su tratamiento.

ENFERMEDADES MENTALES POR ACUMULACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES

Falta de identidad cultural, inseguridad en el empleo paterno, añoranza, responsabilidad, estrés, insuficiente presencia de los padres, trastorno de los roles familiares, etc. La manifestación más frecuente son problemas de ansiedad y depresión que a veces aparecen después de años de estancia (25% a los 2-5 años). Es frecuente también la somatización. La tasa de suicidio infantil es dos veces mayor en los emigrantes en varios países de Europa.



ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

La adolescencia es un proceso evolutivo crítico en el ser humano, trascurre entre la niñez y la vida adulta. Es un periodo de trastornos y conflictos con cambios físicos y psíquicos, generando estos en situaciones de riesgo. Si son menores e inmigrantes extranjeros e indocumentados, la vulnerabilidad para su salud e integridad física aumenta (exposición a abusos, traumatismos, etc...). Sabemos que los jóvenes e inmigrantes rara vez acuden a los centros sanitarios. La accesibilidad se facilita al recibir ayuda y asesoramiento acerca de sus problemas de salud sin condicionantes administrativos y con inmediatez.

■ ACTUACIÓN CLÍNICA

Como siempre será cuidadosa y respetuosa, acentuando la precaución, la reflexión y el sentido común. Pondremos en conocimiento del joven la máxima confidencialidad de los datos.

■ HISTORIA CLÍNICA

- **General:** Nombre; N.I.P ; calendario vacunal; valoración socio-familiar (autoestima, relaciones interpersonales); formación y/o escolarización; situación laboral; motivo de consulta; exploración física; pruebas complementarias (adjuntar anexo de despistaje s/p).

- **Específico:** Se debe recoger información sobre los siguientes aspectos:
 - Hábito tabáquico.
 - Consumo alcohol (Test de Crafft).
 - Consumo de otras drogas.
 - Actividad sexual.
 - Conductas de riesgo: accidentes tráfico, laborales.
 - Presencia o ausencia de malos tratos.
 - Problemas de relación, conducta, autoestima.

Se debe ofrecer información y consejo sobre:

- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, otras drogas.
- Métodos anticonceptivos. Anticoncepción postcoital. ITS, Utilización del preservativo.
- Conductas de riesgo: Accidentes tráfico, laborales (Protección al menor).
- Otros: motivación, orientación.



NIÑO PROCEDENTE DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Los principales países origen de niños procedentes de adopción internacional son: Asia (China, India), Europa del Este (Rumania, Rusia, Ucrania) y Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Perú, Guatemala, Nicaragua).

La adopción internacional es un fenómeno que está incrementándose de una manera significativa en los últimos años constituyendo un grupo de “inmigrantes de alto riesgo”. Suelen proceder de países con escaso desarrollo económico, precariedad higiénico sanitaria y falta de los derechos del menor y la mayoría son niños que han estado institucionalizados en orfanatos. Por estos y otros motivos presentan una mayor morbilidad general, enfermedades por privación física y emocional y enfermedades infecciosas agudas y crónicas.

CONSULTA PREADOPCIÓN

Se aconseja realizarla cuando tienen la asignación de un niño y reciben su expediente médico para revisar todos los datos disponibles del niño e informar sobre los problemas de salud observados con más frecuencia en niños adoptados en el extranjero. Aprovechar para informar sobre las inmunizaciones recomendadas para viajar al extranjero, sobre el maletín médico de viaje y sobre cuidados básicos a tener en cuenta durante la estancia. Respecto al maletín médico de viaje se recomienda dar instrucciones por escrito sobre la utilización de medicamentos básicos que debe contener: Antitérmico, Antibiótico, Suero fisiológico, colirio antibiótico, solución de rehidratación oral, supositorios glicerina, pomada corticoide, hidratante, permetrina 5%. No olvidar útiles para la alimentación (Fórmula adaptada unidosis, biberones, tetinas, etc.).

También útil el teléfono de un pediatra especializado del país de origen para consejos urgentes. Lo ideal sería poder mantener un nexo de unión con la familia, bien a través de un teléfono de contacto o correo electrónico, para consultas urgentes y recomendaciones sobre pautas a seguir.

CONSULTA POSTADOPCIÓN

Debería realizarse dentro de los tres primeros días desde su llegada, salvo que padezca un problema agudo que sería en las primeras 24 horas. Constituyen un grupo de alto riesgo, por lo que la evaluación debe ser rigurosa y exhaustiva. La evaluación debe incluir:

1.-Anamnesis y exploración física similar a la referida para el niño inmigrante, haciendo especial hincapié en:

- Evaluación del crecimiento (Peso, talla, perímetro cefálico), nutrición y desarrollo puberal. Para ello se debe conocer la edad cronológica, y ésta ser fiable.
- Evaluación del desarrollo psicomotor (test de Denver por debajo de los 6 años). La principal causa suele ser la falta de estímulo y afecto por lo que debe realizarse en el primer o segundo mes y repetir a los seis

meses, que tendrá un resultado más representativo (cuanto menor tiempo en el orfanato la recuperación suele ser más rápida). Si en este momento el retraso es mayor al esperado reevaluar y derivar a estimulación precoz.

- Evaluación del estado de inmunización. Ante la menor duda revacunar completamente sobre todo en niños pequeños.
- Evaluación de la visión y de la audición en los primeros seis meses.
- Evaluación de la dentición y profilaxis bucodental.
- Evaluación de la edad cronológica. Si hay dudas hay que basarse en la edad ósea, dental, desarrollo psicomotor, madurez escolar y social (Reevaluar a los 12 meses).
- Otras evaluaciones: Según antecedentes, datos de la historia clínica y hallazgos en la exploración física (cardiología, nefrología, neurólogo, psicólogo, psiquiatra infantil, etc.).

2- Pruebas de cribado de laboratorio

- Hemograma completo. Estudio del metabolismo del hierro.
- Estudio de hemoglobinopatías si es preciso: (Electroforesis, G6PDH)
- Análisis de orina con examen microscópico.
- Parásitos y huevos en heces (3 muestras)(1 muestra en caso de niños asintomáticos). Si es preciso: Ag de Giardia lamblia, Ac fluorescente directo para Criptosporidium.
- Coprocultivo (1 muestra).
- Enzimas hepáticas (GOT, GPT).
- Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo).
- Plomo sérico.
- Serología sífilis (VDRL, FTA-ABS).
- Serología VIH (ELISA). Si es positivo confirmar el diagnóstico determinando PCR-VIH. Recordar no vacunar de SRP hasta conocer este resultado.
- Serología hepatitis B completa, y si es positiva serología de hepatitis D, especialmente si proceden del Mediterráneo o de Sudamérica.
- Serología hepatitis C. Si es positiva, confirmar mediante RIBA y PCR-ARN.
- Cribado metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.): en menores de 6-12 meses.
- Pruebas de función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH) en niños mayores de 6-12 meses.
- Prueba de Mantoux para tuberculosis (tuberculina PPD). Es conveniente incluso ante niños vacunados de BCG. Lectura a las 48-72 h: inducción mayor o igual a 10 mm implica realizar estudio radiológico de tórax y terapia preventiva (9 meses con isoniacida si la radiografía de

tórax es negativa). Repetir a los 6 meses para descartar la anergia debida a la malnutrición.

- Investigación de Plasmodium (frotis de gota gruesa de sangre periférica): si presentan sintomatología o proceden de África subsahariana.
- Investigación de Citomegalovirus (cultivo de orina, serología): en casos con sospecha clínica.

Es conveniente evaluar a todos los niños, incluso si las pruebas en su país fueron negativas, y repetir la serología a los 6 meses para descartar el período “ventana” o incubación.

RESUMEN

- Los niños procedentes de adopción internacional deben ser considerados inmigrantes de alto riesgo y por tanto susceptibles de una evaluación rigurosa.
- Se debe fomentar la consulta preadopción y conseguir que la consulta postadopción se realice en los tres primeros días.
- Prestar especial atención al crecimiento, nutrición, desarrollo psicomotor, defectos neurosensoriales y estado de vacunación.
- Los exámenes complementarios se realizarán siempre y deben ser exhaustivos. Incluirán como mínimo: Hemograma completo, Estudio del metabolismo del hierro, Bioquímica con transaminasas, calcio, fósforo y fosfatasas alcalinas, Sistemático de orina, Huevos y parásitos en heces y coprocultivo, Serología hepatitis B,C, VIH, sífilis, Mantoux, Hormonas tiroideas o screening metabólico en los menores de 6-12 meses.
- Se deben repetir los estudios serológicos a los seis meses para descartar el periodo ventana.



INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN INMIGRANTES

Se deben dar siempre que sea posible unas recomendaciones generales sobre cuidados de salud con respecto a los niños, informar sobre el funcionamiento de la Asistencia Primaria, y ofrecer direcciones de interés para el inmigrante.

CUIDADOS BÁSICOS DEL NIÑO

Pautas de Alimentación e Higiene.

La lactancia materna es una práctica bien valorada en todas las culturas, aunque se debe recordar que es necesaria la introducción de alimentación complementaria a partir del 5º-6º mes de vida, ya que una lactancia materna prolongada no suplementada puede producir anemia ferropénica.

Debemos resaltar la importancia de las edades a las que hay que introducir a los niños un alimento nuevo. Aconsejar y también elegir de acuerdo a alimentos que comenten.

Recalcaremos la importancia de no dar ningún medicamento, vitamina o suplemento que no haya sido aconsejado por su pediatra o enfermera/o, así como informar de que una alimentación equilibrada aporta a su hijo la cantidad suficiente de vitaminas y minerales. Se recomendará el baño diario, higiene de genitales e higiene dental.

Controles de Salud. Revisiones niño sano

1. Entregar un documento con las diferentes revisiones que deben pasar, y el profesional encargado.
2. Insistir en la importancia de acudir a las mismas.
3. Flexibilidad en las citas para facilitar su asistencia.

Vacunación

Se informará a los padres de la especial importancia de la actualización individualizada de las vacunas ya que las pautas son distintas en los diferentes países. Se debe consultar el calendario vacunal del niño inmigrante, lo que a veces no es fácil porque no es considerado como documento esencial en la inmigración. Si no aportan información vacunal considerar como no vacunados e informar de la necesidad de vacunar.

Estrategia de vacunación: Se debe explicar cual va a ser la pauta de vacunación para adaptar su situación a la del resto de la población. Se debe intentar fijar con antelación las siguientes visitas y estar pendiente de su cumplimiento, si no fuera así se debería hacer una recaptación activa. Consultar módulo de vacunaciones.

Prevención de accidentes

Incidir en la prevención de accidentes infantiles tanto domésticos como de tráfico, por la mayor incidencia detectada en estos grupos.

Fiebre

Se darán normas y consejos generales en caso de fiebre: Forma de tomar la temperatura, rangos de normalidad, medidas habituales en caso de fiebre, etc.

Escolarización

Informar de la obligatoriedad de la escolarización de todos los niños y niñas a partir de los 6 años y hasta los 16 años, lo cual favorece su integración social y su completo desarrollo.

Consejos en caso de viaje a otros países.

Son viajeros de mayor riesgo. (Mayor riesgo de accidentes de tráfico y domésticos, y mayor riesgo de enfermedades infecciosas que la población autóctona rural a la que acuden normalmente).

- Informar sobre las vacunas recomendadas para viajar al país de destino y remitir al Centro de Vacunación Internacional
- Valorar según zonas prevención antipalúdica
- Recordarles que lleven un botiquín básico (Termómetro, Antipirético y analgésico infantil solución de rehidratación oral, suero fisiológico, ga-

Se informará a los padres de la especial importancia de la actualización individualizada de las vacunas ya que las pautas son distintas en los diferentes países.

sas estériles, antiséptico tópico, repelente de insectos, crema de protección solar de factor 25 ó superior).

- Dar unas normas para la prevención de enfermedades infecciosas:
 - Utilizar siempre agua potable para beber, cocinar, limpiar utensilios cocina, lavado de dientes, hacer cubitos de hielo.
 - No consumir hielo ni helados de procedencia dudosa. No comer alimentos crudos (carne, pescado, marisco...) y las verduras frescas deben limpiarse con agua potable, y unas gotitas de lejía.
 - No comer fruta sin pelar, limpiándola bien antes de pelarla.
 - No dejar los alimentos fuera de la nevera, protegiéndolos de las moscas y otros insectos.
 - Si la leche no está esterilizada o pasteurizada, se debe hervir durante 15 minutos. Si se usa leche en polvo, utilizar agua potable.
 - Protegerse de los mosquitos con mosquiteras y repelentes de insectos.
 - Lavarse bien las manos con jabón después de orinar y defecar, y siempre antes de comer.
 - No andar descalzos. Evitar que los niños jueguen en lugares llenos de suciedad, ni con perros u otros animales no controlados.

Salud Reproductiva y Sexual

Entre la población magrebí y subsahariana, la circuncisión de los varones está considerada como un rito de paso de la edad infantil a la adulta, en este sentido tiene un carácter festivo dentro de la familia. En muchos casos se lleva a cabo en las vacaciones de verano en el país de origen. En nuestro caso podemos derivar al urólogo de referencia si la familia lo solicita.

Informar sobre la ablación de clítoris que es practicada en 28 países de África subsahariana. Suele realizarse entre los 4-8 años de edad, y el lugar habitual es su país de origen (pero a veces se realiza en España). A los padres procedentes de estos países se les debe informar tanto de las secuelas físicas como psicológica, así como de las complicaciones graves a corto y largo plazo que pueden aparecer. La labor debe ser preventiva así como de detección de casos.

Costumbres, actitudes v creencias

Preguntar sobre las actividades y trabajos de los niños en el domicilio.

Conviene preguntar por la utilización de la medicina alternativa, y productos afines, remedios caseros, costumbres etc. Algunos de ellos no interfieren el tratamiento de enfermedades o actuaciones preventivas y no debemos intentar cambiar pues forman parte de su cultura y no son ningún impedimento para el mantenimiento de la salud. En otros casos debemos buscar que se reduzca su uso o se retrase su inicio.

INFORMAR SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Se debe explicar cómo funciona nuestro sistema sanitario, calendario de visitas, horario, organización, etc. Se debe dedicar tiempo a escuchar y realizar un seguimiento de las revisiones; si falla deberemos hacer una recaptación activa.

Ofrecer direcciones de interés para el inmigrante (Ver anexo I).

RESUMEN

- Dar recomendaciones generales sobre cuidados de salud con respecto a los niños: Pautas de Alimentación e Higiene corporal, dental y ambiental; insistir en la importancia de las revisiones niño sano y las vacunaciones ; normas para Prevención de accidentes; actitud en caso de fiebre; Recordar la obligatoriedad de la escolarización. Consejos en caso de viaje a otros países. Salud Reproductiva y Sexual: Circuncisión y mutilación genital femenina
- Informar sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios
- Ofrecer direcciones de interés para el inmigrante

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo J. P., et al. *Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria*. Medicina de Familia (And) 2000;2: 162-168.
- López-Vélez R. *Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria*. Edita: PBM S.L. Madrid 2002.
- Garay J, Fernández C., García MA. *La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante*. Fundación CESM. Comunidad de Madrid. Madrid 2002
- Gomez de Terreros I. *El pediatra ante los niños de familias inmigrantes*. An Esp Pediatr 1999; 51:622-624.
- Olivan Gonzalvo G. *Adopción internacional: guía de información y evaluaciones médicas*. An Esp. Pediatr 2001; 55: 135-140.
- Vall Combelles O., García Algar O. *Atención niño inmigrante*. Bol Pediatr 2001; 41: 325-331.
- *Mesa redonda. XVI Congreso Nacional SEPEAP. El pediatra y el niño inmigrante*. Pediatr Integral 2002; 5 (Especial): 24-31.
- Vall Combelles O., García Pérez J, Puig C., García O. *La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes*. Pediatr Integral 2001; 6 (1):42-50
- *Pediatría e inmigración*. En <http://www.aepap.org/inmigrante/>.



MÓDULO IV

MÓDULO IV

Atención a la mujer
inmigrante



EPIDEMIOLOGÍA

La distribución por sexos de la población inmigrante varía según el país de origen: en general hay un discreto predominio de varones (55% frente a un 45% de mujeres), pero en la población procedente de Latinoamérica esta proporción se está invirtiendo y empiezan a predominar las mujeres (un 61% frente al 39% de varones).

El país de procedencia es importante porque cada cultura tiene sus costumbres y sus creencias, y todo ello repercute en su estado de salud y enfermedad, en su concepto de la sanidad, y sobre todo en el abordaje de temas como son la planificación familiar, la exploración ginecológica o el seguimiento del embarazo y postparto.



PROBLEMÁTICA ASOCIADA

Muchos son los factores socio-sanitarios que influyen en el abordaje de la mujer inmigrante que consulta en atención primaria:

El bajo nivel educacional (analfabetismo importante sobre todo en mujeres marroquíes y asiáticas) influye en todos los aspectos sanitarios: encontramos dificultad para la atención en la consulta, para la educación sanitaria, planificación familiar, programas de salud,... A eso le añadimos el diferente idioma y el choque cultural que conlleva la emigración desde su país, todo ello dificulta su integración en nuestra sociedad.

El desconocimiento de los recursos sanitarios y de la accesibilidad al sistema sanitario hace que muchas mujeres no acudan a su médico o vayan cuando el problema está avanzado, esto supone otra dificultad en el abordaje y tratamiento. Es por tanto, muy dificultosa la puesta en marcha de programas de prevención como el de cáncer de cérvix y de mama.

La separación de su medio y muchas veces de sus hijos, junto con la sobrecarga laboral, hace que la mujer viva situaciones de ansiedad, estrés, patología psicósomática, que acaban repercutiendo en su salud y en su situación laboral.

El desconocimiento de los recursos sanitarios y de la accesibilidad al sistema sanitario hace que muchas mujeres no acudan a su médico o vayan cuando el problema está avanzado.



Muchas mujeres vienen con la esperanza de trabajar y acaban engañadas por las redes de prostitución, con toda la problemática asociada: drogadicción, alcoholismo, ITS, embarazos no deseados, problemas de autoestima...

Violencia de género: el machismo de la cultura de los países de origen desencadena situaciones de hostigamiento, abuso sexual, agresiones físicas, probablemente más frecuentes pero menos conocidas que en nuestro país. Estas situaciones no son denunciadas por varios motivos: el machismo, el miedo, el aislamiento por la separación de sus familiares, el idioma y el desconocimiento de los recursos disponibles actualmente. En este grupo de pacientes debemos estar alerta para detectar posibles situaciones de violencia de género que podrían pasar desapercibidas.



HISTORIA CLÍNICA. HISTORIA GINECOLÓGICA

Las dificultades en el abordaje de la mujer inmigrante son diferentes según su origen.

La historia clínica de la mujer inmigrante ha de incluir, además de los aspectos generales de la anamnesis (país de procedencia, tiempo de estancia en nuestro país, antecedentes personales, vacunación,...) y exploración física; una descripción detallada de antecedentes ginecológicos y obstétricos, métodos anticonceptivos, haciendo hincapié en las ITS, abortos, embarazos y partos previos, y prácticas de riesgo.

Las dificultades en el abordaje de la mujer inmigrante son diferentes según su origen. Con las mujeres magrebies hay que ser cuidadosos a la hora de la exploración física y sobre todo la ginecológica: debido a las características de su cultura son mucho más pudorosas y es conveniente explorarlas en presencia de otra mujer u obtener el consentimiento de su esposo; en el caso de que vengan acompañadas de su esposo será mucho más difícil abordar estos temas. Si el médico es varón la dificultad será mayor, pudiendo negarse a la exploración, por lo cual podríamos contactar en estos casos con la matrona del centro de salud. Por el contrario, la mujer latinoamericana en general está más acostumbrada a las revisiones ginecológicas, a muchas de ellas ya les han realizado citologías en sus países de origen, por la alta incidencia de cáncer de cérvix.

■ HISTORIA GINECOLÓGICA

En la anamnesis ginecológica de toda mujer inmigrante debemos incluir los siguientes aspectos:

- Edad de la menarquia. Edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Contactos y parejas sexuales.
- FUR y tipo menstrual.
- Métodos anticonceptivos utilizados y el actual.
- Paridad: embarazos, abortos, distocias del parto.
- Seguimiento previo de embarazos.

- Atención preconcepcional.
- Citologías o mamografías previas.
- Interrogatorio dirigido a ITS.: sífilis, linfogranuloma, chancroide, gonorrea, VIH...
- Menopausia y síntomas climatéricos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Debido a la alta incidencia de cáncer de cérvix en Latinoamérica y en general en todos los países en vías de desarrollo (En Latinoamérica la incidencia es 10 veces mayor que en España), debemos recomendar el screening.

Aportamos las recomendaciones de la estrategia del PAPPS (Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud) y de otras organizaciones internacionales para el cáncer de cérvix en la población general:

- Búsqueda activa de las mujeres con factores de riesgo (inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, infección por virus de papiloma humano HVP, nivel socio-económico bajo).
- Mantener la periodicidad trienal de la citología, sin que parezca necesario acortarlo en las mujeres inmigrantes.
- Parece adecuado en relación al inicio del programa realizarlo a los 18 años.
- Incidir en la Educación para la salud, mediante la difusión de información sobre el uso del preservativo, hábitos sexuales saludables, campañas antibacso, haciendo especial hincapié en los grupos de población más desfavorecida o con mayor riesgo (adolescentes).
- A criterio médico, se podría aumentar variar la periodicidad en caso de factores de riesgo o citologías patológicas.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Antes de plantear la planificación familiar a la mujer inmigrante tenemos que explorar sus conocimientos, los métodos empleados hasta ahora, sus creencias, su religión y su cultura. Hay muchas diferencias según sea su país de origen o su religión: por lo general es habitual el desconocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos, y suelen ser culturas reacias a la utilización de los mismos por muy diferentes motivos, como son el machismo, la sobrevaloración de la fertilidad, la falta de experiencia en el uso de algún método.

En general y aunque el preservativo sea el método más seguro en la prevención de ITS, suele ser rechazado por algunas culturas, por ejemplo, las prostitutas africanas lo utilizan con sus clientes pero no con sus parejas. Las mujeres africanas desconocen en general los métodos, pueden que nunca hayan ido al ginecólogo y suelen ser reacias a las medidas de prevención. Las mujeres latinoamericanas conocen algunos de los métodos anticonceptivos: mé-

El preservativo suele ser rechazado por algunas culturas, por ejemplo, las prostitutas africanas lo utilizan con sus clientes pero no con sus parejas.

todos naturales, métodos de barrera, DIU ("T de cobre"), anticonceptivos orales, pero con poco seguimiento y a veces mal utilizados, sin embargo son más abordables desde la Atención Primaria.

Es muy importante detectar situaciones de riesgo e informar adecuadamente para el uso correcto o la mejora del cumplimiento. La Educación Sanitaria es un pilar importante para la planificación, así como para otros aspectos de la Atención Sanitaria. Siempre hemos de tener en cuenta que el abordaje de estos temas será a veces difícil y tendremos que ser cuidadosos.

Uno de los objetivos de la planificación será disminuir el número de embarazos no deseados tan frecuentes en esta población por el desconocimiento y falta de información, para así evitar la alta tasa de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo).



EMBARAZO

Ante una primera consulta de una mujer inmigrante embarazada tendremos que hacer una historia clínica y exploración general, así como un interrogatorio dirigido a los antecedentes previos ginecológicos y obstétrico, seguimiento de los embarazos previos, y posibles distocias del parto.

Dada la frecuencia de distocias, abortos previos, multiparidad, ITS, y mayor probabilidad de problemas durante y después del embarazo, consideraremos que se trata de un embarazo de alto riesgo. Se ha observado mayores tasas de bajo peso al nacer, partos prematuros, mortalidad peri y postnatal, anomalías congénitas, complicaciones postparto y mortalidad materna. El protocolo a seguir en una mujer embarazada inmigrante asintomática incluye:

- PPD.
- Parásitos en heces.
- Serologías: VIH, Hepatitis B, Rubéola, VDRL, Varicela y Toxoplasma.

En estos países tropicales es frecuente que no exista inmunidad frente a la varicela, al contrario que en nuestro país, por lo tanto debemos evitar los contactos en mujeres con serología negativa, igual que en el caso de la rubéola, ya que no suelen estar vacunadas.

La transmisión de la Hepatitis B suele ocurrir en el parto, por ello, ante mujeres seropositivas se ha de administrar inmunización pasiva junto con la primera dosis de vacunación en el RN.

En toda embarazada hay que descartar parasitación intestinal ya que el estrés del parto o la anestesia pueden provocar la migración del gusano adulto.

Algunas patologías tropicales pueden tener graves repercusiones durante el embarazo:

- La malaria incrementa el riesgo de abortos y partos prematuros.
- La lepra puede reactivarse y se asocia a niños de bajo peso.

- Las uncinarias provocan anemia en la embarazada que afecta al feto.
- La infección parásitos del género coccidios (*Cryptosporidium*, *Isospora*, *Giardia*) es con mayor frecuencia diseminada.
- La amebiasis es más agresiva. La infección durante el parto puede provocar una diseminación fulminante en el recién nacido.

Por todas estas complicaciones, deberemos derivar a la mujer inmigrante como embarazo de alto riesgo.

En el postparto, muchas mujeres utilizan la lactancia como método anticonceptivo además de como alimentación básica para el niño, pero hay que tener en cuenta que poseen una alimentación poco equilibrada y variada, lo que puede repercutir en el niño ya que suelen mantener varios años su propia cultura culinaria.



EDUCACIÓN SANITARIA

La mujer es el pilar básico de la familia, y muchas veces es la primera receptora de toda nuestra información y la Educación Sanitaria que desde la Atención Primaria podemos brindarle. De esta forma lograremos que todos nuestros consejos acerca de higiene, prevención de la enfermedad y salud lleguen a toda la familia a través de la mujer. Nuestra intervención puede ir dirigida al abordaje en todos los campos de la Prevención y la salud:

- Normas de higiene: lavado de manos, preparación de alimentos, es necesario transmitirles lo importante que es educar a los niños para la higiene dental...
- Alimentación y nutrición: muchas veces vienen de países donde la dieta se basa en hidratos de carbono, siendo carentes en muchas nutrientes que también son necesarios. Es importante enseñarles a preparar una dieta equilibrada que se adapte también a sus gustos y costumbres de su país.
- Planificación familiar.
- Embarazo saludable.
- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Prevención de accidentes domésticos y accidentes laborales.

Es importante informarlas de sus derechos y de cómo está la legislación actual, porque uno de los problemas fundamentales es el desconocimiento.

La mujer es el pilar básico de la familia, y muchas veces es la primera receptora de toda nuestra información y la educación sanitaria que desde la Atención Primaria podemos brindarle.



CONCLUSIONES

El abordaje desde la atención primaria de la mujer inmigrante debe incidir en los aspectos reseñados anteriormente, que podríamos resumir de la siguiente manera:

- Prevención y detección de ITS y VIH.
- Prevención rubéola congénita.
- Atención al embarazo y parto.
- Examen ginecológico básico, incluyendo detección precoz de cáncer de cérvix y mama.
- Consejos para la planificación familiar y prevención de embarazos no deseado, IVE.
- Educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- López- Vélez R. *Inmigración y Salud*.
- Farias Huanqui P. *Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante*.
- *Guía de Autocuidados para las mujeres inmigrantes (Comunidad de Madrid, Instituto de Salud Carlos III)*.
- Jansá JM. *Inmigración Extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública*. Rev española de Salud Pública 1998; 72: 165-168.
- Jansá JM, Villalbi JR. *La salud de los inmigrantes y la atención primaria*. Atención Primaria 1995; 15: 320-327.
- *Recomendaciones del PAPPs en la Atención a la Mujer*.
- SEMERGEN: *Guía de Atención al Inmigrante*.
- M. Ramos, R. García, MA Prieto, JC March. *Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes*. Gac Sanitaria 2001; 15: 320-326.
- E. Gámez et al. *La Atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*. Ed SEMFYC.



MÓDULO V

MÓDULO V

Atención al inmigrante:
Enfermedades infecciosas
y vacunación



INTRODUCCIÓN

Una de las principales dificultades a la hora de abordar la atención sanitaria al inmigrante es la creencia de que muchos de ellos padecen o son portadores de enfermedades raras o exóticas en nuestro medio para cuyo diagnóstico y tratamiento los sanitarios no poseemos los conocimientos ni habilidades necesarias. Sin embargo, esta patología foránea y en su mayor parte de origen tropical representa únicamente el 10% de la carga de enfermedad global en poblaciones que viven en el trópico y de ahí su importancia relativa. Las enfermedades infecciosas que causan mayor mortalidad y morbilidad en los trópicos son enfermedades que como la Tuberculosis, Neumonías, Diarreas, Sarampión y SIDA también se dan en nuestro medio pero que a diferencia de lo que ocurre en los países en vías de desarrollo (PVD) han sido desterradas o están bajo control gracias a medidas de Salud Pública, de Saneamiento medio-ambiental o por un mejor acceso a los servicios de Salud. De entre las enfermedades infecciosas tropicales, únicamente la malaria produce una morbilidad y mortalidad apreciables.

De entre las enfermedades infecciosas tropicales, únicamente la malaria produce una morbilidad y mortalidad apreciables.

Citando fuentes reconocidas podemos concluir que:

1. Los inmigrantes suelen padecer enfermedades comunes como infecciones respiratorias agudas y en un bajo porcentaje determinadas enfermedades tropicales que para el médico de Atención Primaria no suelen despertar mayor preocupación que su diagnóstico y tratamiento, ya que no es fácil su transmisión en España. Se trata de patologías como la malaria, la esquistosomiasis, la oncocercosis o “ceguera de los ríos” y la llamada enfermedad de Chagas. Sin embargo, pueden padecer otro tipo de enfermedades que se pueden transmitir a otros individuos en el país de acogida como son la tuberculosis, sarampión, rubeola, las hepatitis virales y enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, caso este último más vinculado a las conductas de riesgo que a la mera condición de extranjero. *(Dr Rogelio López-Vélez - responsable de la Unidad de Medicina Tropical y Parasitología clínica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid)*
2. La proporción de enfermedades importadas es aún menor en la población inmigrante ya que ésta pertenece a una selección física y económicamente más fuerte que la media de sus países de origen,

donde estas enfermedades alcanzan mayor prevalencia y tienen la consideración de endémicas y a que en nuestro medio desaparece la exposición a vectores transmisores. De ahí que las enfermedades tropicales representan en la actualidad sólo entre un 3% y un 5% de las patologías que se diagnostican a la población inmigrante en España, según las estimaciones del Dr. Juan Garay, profesor de Salud y Cooperación Internacional de la UAM.

Por eso vamos a dividir este apartado en dos grandes capítulos, dedicado el primero de ellos a aquellas enfermedades que pueden transmitirse en nuestro país y que el inmigrante puede haber adquirido en España debido a su mayor situación de riesgo. En este sentido y tomando como ejemplo el VIH/SIDA podemos decir que la mayor parte de los inmigrantes que se establecen en nuestro país vienen de zonas de baja o moderada incidencia y prevalencia (Latinoamérica, África Occidental, Magreb) siendo infrecuente que en origen padezcan la infección. Dentro del apartado incluiremos la Tuberculosis, las ITS, el VIH/SIDA y las Hepatitis B y C.

El segundo apartado se refiere a aquellas enfermedades que el inmigrante puede padecer originadas en su país de origen pero que no pueden transmitirse en nuestro país por no existir las condiciones para mantener la transmisión (no hay vectores...).

Dado que la mayoría de estas enfermedades importadas son de origen tropical titularemos este segundo apartado *enfermedades tropicales*.

No consideraremos aquellas enfermedades que puede padecer en la misma manera y proporción que cualquier ciudadano autóctono del país, como puede ser un resfriado común, una neumonía o unas otitis por poner algún ejemplo y siempre considerando que está en mayor riesgo de enfermar por ser un elemento menos favorecido de la población.

En estos casos, como en cualquier otro, a la hora de atender al inmigrante habrá que prestar atención a las peculiaridades de su cultura, habrá que vencer las dificultades idiomáticas y habrá que aplicar en suma los principios de la medicina transcultural y conocimientos de antropología.

Además, los primeros pasos en este área concreta, dentro de la atención integral al inmigrante deben ser la información facilitando en gran medida la accesibilidad a los servicios sanitarios. La organización de actividades de intervención con organismos no gubernamentales dedicados a trabajar directamente con los inmigrantes debe de tener cabida en el proyecto y ser una buena fuente de información en ambos sentidos.



ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Las enfermedades infecciosas que causan mayor mortalidad y morbilidad en los trópicos son enfermedades que como la Tuberculosis, Neumonías, Diarreas, Sarampión y SIDA también se pueden dar en nuestro medio.

- Las enfermedades tropicales representan en la actualidad sólo entre un 3% y un 5% de las patologías que se diagnostican a la población inmigrante en España.
- De entre las enfermedades infecciosas tropicales, únicamente la malaria produce una morbilidad y mortalidad apreciable en los países en vías de desarrollo.
- Entre la población inmigrante que llega a nuestro país siempre hay que considerar en el diagnóstico diferencial enfermedades como la esquistosomiasis, la oncocercosis o “ceguera de los ríos” y la llamada enfermedad de Chagas.
- La proporción de enfermedades importadas es aún menor en la población inmigrante ya que ésta pertenece a una selección física y económicamente más fuerte que la media de sus países de origen
- La tuberculosis, las hepatitis virales, las enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA son enfermedades que plantean la mayor preocupación ya que pueden transmitirse a la población española autóctona a la vez que el inmigrante está en una situación de mayor riesgo de adquirirlas.

■ TUBERCULOSIS, ITS, VIH/SIDA Y HEPATITIS

Nuestra actividad en consulta debe contener la anamnesis dirigida a:

- Tuberculosis (TB).
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- VIH (SIDA).
- Hepatitis B y C.

■ TUBERCULOSIS

Cuando utilizemos el término “Tuberculosis” (TB), nos estamos refiriendo a la enfermedad infecciosa provocada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo reservorio fundamental es el humano.

El mecanismo principal de transmisión es a partir del reservorio humano, de persona a persona (los objetos carecen de importancia), y a través de la vía aerógena (escasamente la vía cutánea y la digestiva), mediante las microgotas (núcleos goticulares de Wells) que se forman al hablar o toser. El período de incubación suele ser muy largo (incluso años). En esta transmisión intervendrán numerosos factores, que la favorecerán o impedirán que se realice:

- Forma clínica y gravedad.
- Tos.
- Virulencia de la cepa.
- Tratamiento antituberculoso.

- Concentración de mycobacterium tuberculosis en el ambiente, muy relacionada con situaciones de hacinamiento.
- Microambiente (humedad, ventilación, etc.).
- Tiempo de exposición.
- Edad.
- Estado inmunológico (comorbilidad).
- Otros factores.

PERSONAS CON RIESGO ELEVADO DE SER INFECTADAS POR EL BACILO

- Contactos y convivientes próximos de pacientes con TB activa
- Emigrantes procedentes de áreas con alta prevalencia TB (Asia, África, América Latina, Este de Europa).
- Trabajadores o residentes en Hospitales, Prisiones, Residencias de ancianos u otras comunidades cerradas, así como los refugios para emigrantes e indigentes
- Minorías marginales (étnica y/o socialmente) y personas sin hogar.
- Niños y adolescentes convivientes con adultos de alto riesgo.
- Drogadictos por vía parenteral y otros que utilizan sustancias adictivas de alto riesgo.
- Personas HIV+.

PERSONAS CON ALTO RIESGO DE PADECER LA ENFERMEDAD UNA VEZ INFECTADAS POR EL BACILO

- Personas HIV+.
- Personas recientemente infectadas con M. tuberculosis (en los 2 últimos años), principalmente lactantes y niños menores de 5 años.
- Drogadictos por vía parenteral.

Condiciones clínicas asociadas a riesgo de TB: Lesiones fibróticas pulmonares detectadas radiológicamente y expresivas de una anterior TB, historia de TB no tratada o incompletamente, peso inferior al correspondiente a su estándar, Sili-cosis, Insuficiencia renal, Diabetes mellitas, Gastrectomía con pérdida de peso y mal absorción, Bypass yeyuno-ileal, Transplante cardíaco y renal, Carcinoma de cabeza y cuello, Otros cánceres (pulmón, linfoma, leucemia), Tratamiento con inmunosupresores (corticosteroides y otros...) y Alcoholismo.

FORMAS CLÍNICAS

- Primoinfección subclínica (95%).
- Gran afectación adenopática, hilar o mediastínica (inmunodeprimidos).
- Forma postprimaria pulmonar (habitual).
- Afectación extrapulmonar.

DIAGNÓSTICO

- Clínico (síntomas respiratorios, anorexia, pérdida de peso, malestar general, cansancio, tos, etc.).
- Intradermorreacción de Mantoux o prueba tuberculínica (diagnóstico de infección tuberculosa).
- Diagnóstico de confirmación mediante el estudio radiológico, microbiológico (cultivo e identificación) y pruebas serológicas.

PREVENCIÓN

Medidas básicas

- Detección activa de los sujetos infectados y diagnóstico precoz de los enfermos bacilíferos (P. Tuberculínica, Rx Tórax).
- Aislamiento inicial en domicilio con baciloscopia positiva.
- Control del cumplimiento del tratamiento.
- Declaración nominal precoz de cada caso.
- Educación sanitaria y medidas higiénico dietéticas.
- Quimioprofilaxis Primaria (P. Tuberculínica negativa y con riesgo de exposición). Mínimo de 2 meses: Isoniacida (5-10 mg/kg/día por v.o.; 300 mg/día en adultos). Se administrará hasta 2 meses después del último contacto sospechoso. Si al realizar nuevo estudio tuberculínico se ha producido seroconversión, se administrará durante 6 meses.
- Quimioprofilaxis secundaria (paciente infectado con reacción tuberculínica igual o superior a los 5 mm, y en la que se dan las circunstancias epidemiológicas que aumenten el riesgo de contraer la enfermedad). Sólo se realiza una vez en la vida de la persona propensa. Isoniazida (5-10 mg/kg/día por v.o.; 300 mg/día en adultos) asociada con 50 mg de vitamina B6 (piridoxina), en ayunas y durante un periodo de 6 meses, alargándose hasta los 9 meses en pacientes inmunodeprimidos (VIH).

TRATAMIENTO

Reposo, aislamiento respiratorio (hasta las dos semanas del tratamiento), normas higiénico-dietéticas. Eliminación de fármacos y otras sustancias hepatotóxicas.

Tratamiento farmacológico asociado. Los quimioterápicos se clasifican en tuberculostáticos de primera línea (Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomina) y los de segunda línea (Rifamicina, PAS, Etionamida, Cicloserina, etc.).

Utilización generalmente de la combinación de tres quimioterápicos (Isoniacida, Rifampicina, Etambutol) pudiendo cambiar el Etambutol por la Pirazinamida (en niños no se debe utilizar el Etambutol); se administra durante 2 me-

ses, continuando otros 6 meses con dos de ellos, la Rifampicina y la Isoniacida. Se recomienda añadir un cuarto fármaco en las zonas con resistencia elevada a los quimioterápicos. Se tomará en ayunas.

■ INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Se denominan Infecciones de Transmisión Sexual o ITS aquellas cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual. Esta forma de contagio puede ser casi exclusiva o principal en algunos casos y ocasional en otros. Las manifestaciones clínicas se localizan generalmente en la zona genital pero no de forma exclusiva. La OMS propuso en 1998 el cambio de denominación de Enfermedades de transmisión sexual (ITS) a Infecciones de transmisión sexual (ITS) para considerar y destacar no solo las manifestaciones en que existe enfermedad sino también aquellas en que existe una infección asintomática y pueden pasar inadvertidas por las personas que las padecen con la consiguiente repercusión sobre la salud pública al poder transmitirse a la pareja o a otras personas. Esto obliga a efectuar siempre un estudio y seguimiento de los contactos de la persona afectada.

En el mismo sentido y por ser la mujer quien más puede padecer las consecuencias de la enfermedad y por su lugar en el ciclo reproductivo es importante introducir una perspectiva de género en las acciones preventivas que se planteen.

Las ITS son debidas al comportamiento humano y tienen lugar en función de las denominadas prácticas de riesgo, no de la relación sexual en sí; es decir, de la utilización o no de los métodos de prevención específica y no de los protagonistas de dicha relación. En la prevención y control se introducen con frecuencia juicios morales que llevan a una culpabilización de las víctimas pudiendo aumentar la marginalidad de las personas afectadas haciendo más difícil su acceso a las medidas preventivas.

En los países desarrollados tuvo lugar una disminución de de las ITS clásicas (sífilis, gonococia, chancroide y linfogranuloma venéreo) en los años 60-70. Sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento notable de las ITS ya sea por la aparición de nuevos agentes o por un resurgimiento de las clásicas en determinadas zonas y colectivos.

En los países tropicales y en vías de desarrollo (PVD) existe una mayor prevalencia manteniendo en general el patrón de la venereología clásica, pero con una importante invasión de los agentes de la 2ª generación, cuyo ejemplo más alarmante es el VIH/SIDA. Representan un grave problema humano, socioeconómico y médico ya que, sin contar los casos de VIH/SIDA constituyen el segundo proceso en morbilidad tras las infecciones del tracto respiratorio superior.

En nuestro país, la experiencia y los escasos datos disponibles nos indican que no existe diferencia entre la afectación de la población autóctona y la población inmigrante, tanto en cuanto a las ITS se refiere como a la infección por VIH, siendo por el contrario los inmigrantes un grupo de mayor vulnerabilidad.

En nuestro país no existe diferencia entre la afectación de la población autóctona y la población inmigrante, tanto en cuanto a las ITS se refiere como a la infección por VIH.

| Agentes | Microorganismo | Enfermedad o síntomas |
|--------------------|--|--|
| Espiroquetas | Treponema Palidum | Sífilis |
| Bacterias | Gonococo. Bacilo de Ducrey. Donovannia Granulomatosis. Chlamydia Trachomatis. Gardnerella vaginalis. Mycoplasmas | Uretritis y Cervicitis. Chancroide. Granuloma inguinal. Linfogranuloma venéreo, uretritis y cervicitis. Vaginosis. Uretritis y Vaginitis. |
| Protozoos | Trichomonas vaginalis | Vaginitis |
| Hongos y levaduras | Cándida albicans. Hongos dermatofitos | Vaginitis y Balanitis. Tiña corporis. |
| Parásitos | Sarcoptes scabiei. Phthirus pubis | Escabiosis o sarna. Piojos en pubis o ladillas |
| Virus | Virus del papiloma humano (VPH). Virus del Molluscum contagioso. Citomegalovirus. Herpes virus. Virus de la hepatitis B. Virus de la hepatitis C. VIH. | Condilomas y otras. Moluscos contagiosos. Afectación fetal. Herpes genital. Hepatitis B. Hepatitis C SIDA. |

Clasificación etiológica.

CONSIDERACIONES GENERALES

- La persona diagnosticada de una ITS al haber estado en una situación de riesgo, ha estado expuesta a infectarse por cualquier otra ITS. Es preciso realizar tests diagnósticos para descartar otra posible infección y principalmente la infección por VIH/SIDA.
- Las ITS son cofactores para la transmisión del VIH. Existe asociación epidemiológica entre VIH/SIDA e ITS. Estudios de seroconvertidores de VIH han demostrado de 2 a 5 veces más riesgo en personas que padecen otra ITS. Esta asociación se ha demostrado para sífilis, chancroide, herpes simple, uretritis, cervicitis y vaginitis.
- La existencia de una ITS en la persona infectada o en la pareja sexual incrementa el riesgo de transmisión del VIH en un contacto sexual no protegido.

En los PVD, donde el acceso a medios diagnósticos es muy limitado, se ha demostrado que un adecuado abordaje sindrómico de las ITS reduce la incidencia de nuevos casos de VIH/SIDA; aunque en nuestro medio es posible la investigación del agente causal, a nivel de atención primaria donde interesa instaurar lo más pronto posible un tratamiento de la infección no siempre es posible realizar este abordaje etiológico, por lo que vamos a resumir el manejo de las ITS en función de los síndromes más frecuentes bajo los que pueden manifestarse.

ULCERA GENITAL

Las úlceras son pérdidas de continuidad de la piel o mucosas; en este caso se suelen localizar en órganos genitales o zonas adyacentes. Pueden presentar variabilidad clínica y etiológica pero casi siempre se deben a una infección de transmisión sexual, siendo las más frecuentes las producidas por el

virus del Herpes Simple (VHS) y en segundo lugar la sífilis primaria. En países tropicales puede encontrarse el chancroide y más raramente entre los inmigrantes el granuloma inguinal y el linfogranuloma venéreo.

En la evaluación de las úlceras se debe realizar primero una valoración clínica con una exploración minuciosa de las características de la úlcera, aspecto, induración, dolor, tamaño, número y presencia o ausencia de adenopatías inguinales (ver tabla), para luego recurrir al laboratorio que nos confirmará el diagnóstico:

- En primer lugar una serología para sífilis y si es posible para Herpes simple.
- Si se dispone de microscopía electrónica, el estudio del trasudado, exudado, raspado o tejido de la úlcera nos dará un diagnóstico rápido y seguro.
- Examen en microscopio de campo oscuro también del trasudado o raspado de úlceras para buscar *Treponema pallidum*.
- Cultivos para herpes simple y *Haemophilus ducreyi*.
- Biopsia para descartar proceso neoplásico.

| Enfermedad | Adenopatías inguinales | Dolor/No dolor | Características úlcera |
|------------------------|------------------------|----------------|------------------------|
| Chancroide | Uni o bilateral | Dolorosa | Dolorosa. Blanda |
| Sífilis primaria | Uni o bilateral | No dolorosa | No dolorosa. Dura |
| Herpes genital | Bilateral | Dolorosa | Dolorosa. No indurada |
| Granuloma inguinal | No existe adenopatía | | No dolorosa. Dura |
| Linfogranuloma venéreo | Uni o bilateral | Dolorosa | No induración |

Características de las úlceras.

SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL O URETRITIS

Inflamación de la uretra con emisión de material mucopurulento o purulento y ardor y/o dolor al orinar, tener relaciones sexuales o espontáneamente.

Las infecciones asintomáticas son frecuentes. Las dos bacterias que pueden producir uretritis en el hombre son *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Se recomienda la realización del test diagnóstico para ambas. Otros gérmenes causales con menos frecuencia son *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma* y más raramente *Trichomonas* o el VHS. Si el diagnóstico microbiológico no es posible, el paciente debe ser tratado empíricamente para ambas infecciones: Azitromicina 1 gramo dosis única o Doxiciclina 100mg/12h 7 días o Eritromicina en caso de alergia para *Chlamydia* y Ciprofloxacino oral 500mg o Ofloxacino 400mg o Ceftriaxona 125mg im en dosis única para el *Gonococo*.

SÍNDROME DE SECRECIÓN VAGINAL

Este síndrome puede ser causado por dos tipos de procesos:

Cervicitis. Es el equivalente de la uretritis en el varón. Se define como un exudado mucopurulento endocervical. Con gran frecuencia es asintomática o puede presentarse con signos menores de aumento de flujo y/o sangrado vaginal en el contacto sexual.

El agente causal más frecuente es la Chlamydia y con menor probabilidad N Gonorreae, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealiticum.

Aunque no se consiga aislar ningún microorganismo, al igual que en la uretritis del varón, puede que persista o recidive a pesar del tratamiento. Esto puede ser debido a resistencia a los antibióticos habituales, la existencia de otros microorganismos no aislados no sensibles al tratamiento empleado o reinfecciones por parte de la pareja no tratada.

Como complicaciones pueden ocasionar vaginitis, salpingitis, esterilidad y parto prematuro. Además y en particular Chlamydia pueden dar lugar a Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).

El tratamiento es igual que para la uretritis masculina. Debiendo igualmente hacer control y tratamiento de la pareja.

Vulvovaginitis: La vaginitis está caracterizada por uno a varios de los siguientes síntomas y signos: aumento de flujo, picor e irritación vaginal y/o vulvar y mal olor vaginal. Las tres enfermedades más frecuentemente asociadas a vulvovaginitis son: tricomoniasis, vaginosis bacteriana y candidiasis.

- **Tricomoniasis.** Causada por el protozoo tricomona vaginalis. En las mujeres puede producir mal olor, flujo amarillento, irritación vulvar. En la mujer embarazada puede producir rotura prematura de membranas con parto prematuro. El tratamiento recomendado es el Metronidazol tanto del paciente como de su pareja.
- **Vaginosis bacteriana.** Puede ser causada por un cambio o desequilibrio en la flora normal de la vagina con aumento de microorganismos anaerobios, Gardnerella vaginalis y Mycoplasma hominis. No es en sí una ITS, pero se suele asociar con la adquisición de un germen patógeno de transmisión sexual que podría ocasionar el desequilibrio.

El tratamiento en la mujer es el metronidazol oral o intravaginal o Clindamicina intravaginal. El tratamiento de la pareja sexual no aporta beneficio en la prevención de recurrencias

- **Candidiasis:** Causada generalmente por Candida albicans y ocasionalmente por Candida sp, Tolurosis sp u otras levaduras. Usualmente no se transmite en las relaciones sexuales por lo que no se puede considerar una ITS. Se incluye en estas porque con frecuencia se diagnostica en mujeres cuando se les realizan aislamientos cervico-vaginales para evaluar una posible ITS. Los síntomas y signos pueden ser: prurito vaginal, aumento de flujo blanco y espeso, eritema en el área vulvovaginal, dolor vaginal, ardor vulvar, dispareunia y disuria.

El tratamiento con alguno de los múltiples agentes antimicóticos intravaginales suele ser efectivo. Así como el tratamiento oral en dosis única de 150 mg de Fluconazol.

Al considerar que su adquisición sólo excepcionalmente puede ser en contacto sexual, únicamente está indicado tratar a la pareja si presenta síntomas. En el varón puede producir una balanopostitis con picor, enrojecimiento del glande y aparición de puntitos rojos o blancos que puede remitir espontáneamente a los 2-3 días.

Las recurrencias suelen ser múltiples.

SÍNDROMES GENERALES Y OTROS SÍNDROMES POR ITS

Con implicación fundamentalmente de *N gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* y Virus del Herpes simple.

- Epididimitis.
- Faringitis.
- Rectitis, proctitis, proctocolitis y enteritis.
- Diseminación de la infección gonocócica.
- Oftalmía neonatorum.
- Conjuntivitis gonocócica.
- Afectación neurológica y cardiovascular de la sífilis terciaria.
- Síndrome de Reiter.

VERRUGAS GENITALES O CONDILOMAS

Infección por el virus del Papiloma humano (VPH).

Alta prevalencia de infección en mujeres a nivel mundial: del 10% en países occidentales al 15% en PVD.

El carácter de vector o transmisor asintomático del hombre ha sido confirmado por varios estudios de diferentes países utilizando diversas tecnologías. La incidencia de cáncer cervical está significativamente relacionada con el índice de promiscuidad sexual de la pareja masculina.

CLÍNICA

Periodo de incubación de 1 a 8 meses, habitualmente 2-3 meses.

La mayoría son asintomáticas o subclínicas. Verrugas planas o condilomas acuminados localizados en zona genital (pene, vulva, vagina) y zona anal externa y/o interna. Asociada con displasia cervical, cáncer de cuello uterino, cáncer de ano y menos frecuente cáncer de pene. Se da la regresión espontánea en un tercio de los casos en un periodo de unos 6 meses. La persistencia de las lesiones y la evolución a lesiones cancerosas o precancerosas está relacionado con situaciones de malignidad y fundamentalmente con mujeres infectadas por el VIH.

El diagnóstico se realiza por la clínica y la confirmación histológica en casos no claros.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con los condilomas planos de la sífilis secundaria (condiloma lata).

El tratamiento consiste en la erradicación de las lesiones verrucosas por medio de láser, crioterapia, electrocirugía o escisión quirúrgica. Pueden usarse citotóxicos como resina de podofilino, podofilotoxina, 5-fluoruracilo, ácido tricloroacético, bleomicina. También moduladores de la inmunidad como interferón, imiquimod. Todos ellos son bastante irritantes y pueden producir lesiones ulcerosas. Las lesiones displásicas o neoplásicas deben ser remitidas a especialistas de cirugía ginecológica, urológica o proctológica para su erradicación.

Parejas sexuales: La mayoría de las parejas sexuales de pacientes infectados, probablemente tendrán una infección subclínica por VPH. Estas parejas pueden beneficiarse de una evaluación con un diagnóstico precoz y de otras posibles ITS. Las mujeres parejas asintomáticas de hombres diagnosticados de verrugas genitales deben ser remitidas para citología vagino-cervical.

VIH, SIDA

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Retrovirus VIH-1: Europa, Asia, África centro, sur y oriental; VIH-2: África occidental).

Se diferenciarán dos situaciones bien diferentes, una la infección del VIH en países desarrollados, con un grado de tratamiento y control bastante elevado, y la otra, en los países en vías de desarrollo, en donde la enfermedad actúa sin control alguno.

Según la OMS (2001): más de 40 millones de personas infectadas por el VIH (la mayoría en países subsaharianos, en donde más del 55% de las mujeres son portadoras). En España 2.300 nuevos diagnósticos en el 2001 (tendencia descendente desde 1995).

Vía de transmisión principal: compartir jeringas o agujas contaminadas, transmisión sexual (transmisión heterosexual 24%), transmisión vertical (embarazo, p. perinatal y lactancia).

La manifestación clínica de la infección por el VIH puede adoptar un abanico de posibilidades muy amplio. Durante la primoinfección, es normal una fase inicial asintomática, tras la que se sucede una fase avanzada en la que aparecerán un gran número de infecciones oportunistas y procesos neoplásicos (micosis, TB, Kaposi, etc.).

DIAGNÓSTICO. PRIMERAS ACTUACIONES

- Detectar precozmente a la población con prácticas de riesgo.
- Actuar sobre la población con prácticas de riesgo de forma precoz.
- Sobre los VIH positivos confirmados, complementar la información aportando apoyo eficaz. Medidas de protección de familiares y contactos, disminuyendo los riesgos de transmisión. Se investigarán los con-

Según la OMS (2001): más de 40 millones de personas infectadas por el VIH (la mayoría en países subsaharianos, en donde más del 55% de las mujeres son portadoras).

tactos previos. Es muy importante la prevención de otras enfermedades y evitar un nuevo contacto con el VIH.

- Confección de la historia clínica completa: Anamnesis, exploración clínica completa, solicitud de pruebas complementarias (analítica básica completa, pruebas coagulación, subpoblaciones linfocitarias CD4 y CD8, carga viral, serología sobre hepatitis B, C y Delta, Sífilis y otras ITS, Toxoplasma, Citomegalovirus y Leishmaniasis, Mantoux, Rx Tórax, parásitos y cultivo de heces, citología Cervico-vaginal) y derivación al nivel especializado.
- Valoración e intervención psicosocial.

PLAN TERAPÉUTICO

- Profilaxis de las enfermedades relacionadas con la infección del VIH (vacunaciones indicadas: Antineumocócica, Hepatitis B, Tétanos-Difteria, Triple vírica). Están contraindicadas la BCG, Polio oral tipo Sabin, Tifoidea Oral, Varicela-Zoster y Fiebre amarilla. Tienen contraindicación relativa las vacunas de la Gripe, Haemophilus influenzae B, Tifoidea parenteral, Hepatitis A y Polio tipo Salk por vía IM y de la Rabia. Algunas de ellas tampoco se podrán administrar a los familiares o convivientes. Quimioprofilaxis sobre la TB, infección del Pneumocystis carinii, Toxoplasmosis, Herpes simple y Zoster, Candidiasis, Cryptococcus, CMV, etc.
- Valoración psicosocial.
- Información para prevenir enfermedades oportunistas y asociadas con la infección del VIH.
- Tratamiento de la infección por VIH (Tratamiento Antiretroviral de alto grado de eficacia o TARGA). Es de manejo especializado y de apoyo y seguimiento por A.P.

HEPATITIS B

Conocida también como Hepatitis vírica B, Hepatitis por suero o Hepatitis por Ag Australia. Es de distribución Mundial, y endémica de ciertas zonas de África y Asia. En algunas regiones o países alcanza valores importantes (China prevalencia mayor del 8%).

ETIOLOGÍA

Provocada por el Virus de la hepatitis B, es un ADN virus, perteneciente a la familia Hepadnaviridae (hepatotropos). El virión maduro del VHB se le conoce como "partícula Dane". La glucoproteína predominante es la "proteína S" (HBsAg). El ADN está recubierto con una cápside de 180 unidades, conocida como "proteína C" (HBcAg). Tiene un segundo antígeno relacionado con el core, es el HBeAg.

PATOGENIA

Generalmente penetra por vía percutánea o mucosas, y por contacto con líquidos corporales de personas infectadas (semen, saliva, lágrimas). Al pasar

a la sangre se provoca una viremia, alcanzando las células hepáticas en las que se replica. No es estrictamente citopático.

La respuesta inmune del paciente infectado determinará el patrón de expresión de antígenos virales en tejido hepático así como, el curso y gravedad de la hepatitis viral aguda.

Por otro lado, es posible que la interacción del virus sobre el hepatocito cause una transformación maligna (hepatocarcinoma).

El reservorio es el hombre, principalmente el portador crónico, siendo los mecanismos de transmisión, las formas percutánea (punción con aguja), sexual (ITS) y perinatal (transmisión vertical). El riesgo de sufrir una infección los hijos de mujeres que son HBeAg+ es del 90-95%, mientras que si poseen Ac-HBe, el riesgo desciende a un 10%.

Las personas con mayor susceptibilidad a padecerla son: Homosexuales (7,2%), drogadictos (21,1%), personal sanitario (1,3%), personal de prisiones, personal de laboratorio y personas transfundidas/dializadas (3,3%).

CLÍNICA

Similar a la hepatitis A (astenia, inapetencia, intolerancia a las grasas, náuseas, vómitos, dolor en hipocondrio derecho, cefalea, diarrea, fiebre, ictericia, coluria, hipocolia), pero con tendencia a la cronicación. Frecuentemente, ictericia y manifestaciones extrahepáticas (artralgias, artritis y rash cutáneo). El periodo de incubación puede oscilar entre 30-180 días, tras el que aparece un periodo corto prodrómico (3-5 días) que da paso al periodo de estado. Tras una duración entre 2-6 semanas, desaparece la ictericia, marcando el inicio de la convalecencia.

La elevación de GOT y GPT (10-40 veces los valores normales) es mayor que para la infección por el virus de la hepatitis A. La bilirrubina, en los casos de hepatitis ictericia, aumenta (las dos fracciones). Las pruebas de coagulación se verán alteradas en los casos de hepatitis graves.

Existen otras formas clínicas: Hepatitis anictérica (66%), colestásica (ictericia, elevación de GGT y FAL), prolongada (5%), grave (afectación hepática severa), fulminante (necrosis hepática masiva, 0-5-1%).

DIAGNÓSTICO

De sospecha:

- Aumento de transaminasas (GOT, GPT).
- Aumento fosfatasa alcalina.
- Hiperbilirrubinemia mixta.
- Otros: Hipoglucemia y e hipoalbuminemia.

El periodo de incubación de la Hepatitis B puede oscilar entre 30-180 días, tras el que aparece un periodo corto prodrómico (3-5 días) que da paso al periodo de estado.

De confirmación:

- Serológico.
 - HBs Ag en suero: infección actual aguda o crónica.
 - Anti-HBs: infección anterior con evolución hacia la curación e inmunidad frente al virus.
 - HBe Ag: indica contagiosidad y posible evolución hacia la cronicidad.
 - Anti-HBe: indica evolución favorable y no contagiosidad.
 - HBc Ag: replicación vírica e infección activa.
 - Ig M anti-HBc: infección aguda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Con otras hepatitis (virus A, E, citomegalovirus, herpes simple, virus coxackie, toxoplasmosis).
- Hepatitis tóxicas por medicamentos o colestásicas.
- Hepatitis alcohólica.
- Hepatitis isquémica.
- E. de Wilson.

PROFILAXIS

- Diagnóstico y tratamiento precoz sobre enfermos y portadores.
- Declaración epidemiológica nominal.
- Medidas higiénico-sanitarias personales.
- Educación sanitaria (epidemiología y medidas preventivas).
- Inmunización activa: calendario vacunal oficial y grupos de riesgo.
- Postexposición (accidental) administrar gammaglobulina hiperinmune 5 ml a las pocas horas, valoración serológica y vacunación si procede.

TRATAMIENTO

No existe el tratamiento etiológico específico.

Sintomático (reposo, dieta). Antivíricos que inhiban la replicación vírica (arabinósido A, interferón alfa-2 recombinante, y gamma, evitando hepatotóxicos). Dada la poca frecuencia de su cronificación, no se recomienda el uso de Interferón.

HEPATITIS C**ETIOLOGÍA**

El virus de la hepatitis C (VHC) está constituido de ARN monocatenario (familia flaviviridae). Es el responsable de una gran mayoría de las hepatitis NANB postransfusionales o esporádicas. Es de distribución mundial.

PATOGENIA

Se piensa que su lesividad hepática es doble, por una actividad citopática directa o mediante mecanismos inmunológicos. Tiene una gran tendencia a la cronicación. El riesgo de inoculación accidental es bajo (0-8%). Su transmisión sexual, aunque demostrada, es menos eficaz que para el VHB, para los contagios familiares requiere largos períodos de convivencia. Para la transmisión vertical, exige madres con viremias elevadas. La drogadicción por vía parenteral y el antecedente de transfusión, los factores mayormente asociados.

CLÍNICA

La mayoría de los casos de hepatitis C son subclínicos, con una tendencia a la cronicidad elevada (75%) muy superior a la de la hepatitis B. Por ello su diagnóstico suele ser de forma fortuita en personas aparentemente sanas.

El periodo de incubación puede oscilar entre 30-180 días, tras el que aparece un periodo prodrómico largo (semanas) y a veces no aparecer que da paso al período de estado con ictericia, coluria, hipocolia, hepatomegalia y posibles adenopatías, todo este cuadro de duración variable (2/3 de los casos cursan con anicteria). La recurrencia de este cuadro entraña un elevado riesgo de pasar a la cronicidad (40-60%), con una tendencia hacia la cirrosis hepática en el 20-30% de los casos. Algunos de estos, acabarán en un carcinoma hepatocelular (75% de ellos son VHC+).

DIAGNÓSTICO

- Criterios clínicos. Poca elevación de las transaminasas (puede incluso no existir).
- Serología positiva a Ac-VHC (ELISA II) a partir de la 3ª semana indica infección actual o pasada (falsos positivos). Con la técnica ELISA II que incluya el péptido C-100, C-22 y el C-33, se puede detectar las hepatitis agudas por VHC.
- RIBA-VHC positivo indica infección actual (aguda o crónica). Se utiliza la RIBA-III.
- RNA-VHC positivo indica infección actual (aguda o crónica) con replicación viral. Es la más concluyente de infección actual (sensible y específica).

TRATAMIENTO

No existe el tratamiento etiológico específico.

Sintomático (reposo, dieta). Antiviricos que inhiban la replicación vírica (arabinósido A, interferón alfa-2 recombinante, y gamma, evitando hepatotóxicos). Los resultados obtenidos con el Interferón, según diferentes estudios, tiene una gran variabilidad.

■ ENFERMEDADES TROPICALES

Otros sinónimos utilizados son *enfermedades foráneas* o *enfermedades de etiología infecciosa importada*.

■ CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES TROPICALES

Se definen como enfermedades tropicales aquellas enfermedades endémicas en ecosistemas tropicales que precisan de condiciones climáticas y de la presencia de vectores o reservorios específicos para completar sus ciclos biológicos.

Las enfermedades infecciosas suponen la primera causa de mortalidad en los países en vías de desarrollo, representando un 45% del total de fallecimientos (el 63% en los niños). Seis enfermedades infecciosas suelen ser las responsables de la mayoría de estas muertes en todas las edades: infecciones respiratorias agudas (3,5 millones), SIDA (2,3 millones), enfermedades diarreicas (2,2 millones), tuberculosis (1,5 millones), paludismo (1,1 millones) y sarampión (0,9 millones). Como puede verse, salvo la malaria, las enfermedades propiamente tropicales causan una elevada morbilidad y sufrimiento, pero con una mortalidad relativamente baja. Se estima que en el mundo hay 1.400 millones de personas con nematodosis intestinales, 300 millones con malaria, 200 millones con esquistosomiasis, 120 millones con filariasis linfática, 40 millones con amebiasis, 40 millones con trematodosis transmitidas por alimentos, 18 millones con oncocercosis, 16 millones con enfermedad de Chagas, 12 millones con leishmaniasis y 0,3 millones con enfermedad del sueño.

TRANSMISIBILIDAD

Aunque los inmigrantes pueden traer con ellos gran variedad (y número) de patógenos tropicales, la posibilidad de su diseminación a la comunidad española es muy pequeña, debido a que en nuestro país no existen las condiciones climáticas y ambientales necesarias, faltan los hospedadores intermedios y los vectores apropiados.

En cambio, otras enfermedades de distribución mundial, pero más prevalentes en los trópicos, como tuberculosis, hepatitis virales, ITS y VIH sí pueden ser diseminadas, aunque por otro lado, se tiende a analizar el riesgo de transmisión de enfermedades desde el inmigrante hacia la población general y pocas veces se hace a la inversa, siendo esta última dirección la más frecuente.

El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección disminuye con el tiempo que el inmigrante pasa en el país de destino. La gran mayoría de las enfermedades parasitarias se desvanecen con el tiempo, pero algunas pueden durar años: estrombiloidosis (>40 años), esquistosomiasis y enfermedad de Chagas (>30 años), melioidosis y quiste hidatídico (>25 años), triquinosis, cisticercosis, oncocercosis (>10-15 años), amebiasis (absceso hepático amebiano) (>5 años). Otras infecciones no parasitarias pueden suponer también un riesgo potencial a largo plazo para el inmigrante pues pueden mani-

Las enfermedades infecciosas suponen la primera causa de mortalidad en los países en vías de desarrollo, representando un 45% del total de fallecimientos.



festarse muchos años después de estar residiendo en una zona no endémica, como lepra, tuberculosis, sífilis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, hepatitis virales y VIH. Además hay que tener en cuenta que ciertas enfermedades sin estar activas dejan una grave patología residual. Por supuesto que algunas de estas enfermedades pueden transmitirse en el entorno próximo al inmigrante durante algún tiempo.

FRECUENCIA

Las frecuencias de las distintas enfermedades constatadas en inmigrantes difiere según la procedencia y dónde se realice el estudio.

- Según procedencia: La posibilidad de importar una determinada enfermedad dependerá de la distribución y del grado de endemicidad de la zona de procedencia.
- Según el tipo de estudio: El tipo y la frecuencia de infecciones depende también del colectivo estudiado y la situación en que se realiza.

TENDENCIA

Además de la pobreza y de las limitaciones de los servicios de salud de los Países en Vías de Desarrollo (PVD), hay otros factores que han contribuido al resurgir de las enfermedades infecciosas: movimientos masivos de personas desplazadas de sus hogares por diversos motivos, la urbanización masiva sin estructuras adecuadas de vivienda, agua y saneamiento, el impacto del SIDA en otras enfermedades infecciosas, la progresión de las resistencias a antibióticos, el cambio climático (el aumento de temperatura aumenta las áreas de transmisión de la malaria), la deforestación, etc...

Las enfermedades tropicales incluidas en el Programa de Investigación de Enfermedades Tropicales de la OMS-PNUD (Tropical Disease Research programme, TDR) son:

- Malaria.
- Esquistosomiasis (Bilartzia).
- Tripanosomiasis africana (Enfermedad del sueño).
- Leismaniasis (Kala-azar).
- Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana).
- Filariasis linfática (Elefantiasis).
- Oncocercuiasis (Ceguera de los ríos).
- Lepra (Enfermedad de Hansen).

Las previsiones predicen que debido al crecimiento poblacional en zonas endémicas, la morbimortalidad por malaria, leismaniasis, tripanosomiasis africana y esquistosomiasis podría doblarse para el año 2010, a no ser que nuevos métodos e intervenciones de control sean desarrollados o implementados.

Se espera que las prevalencias de la lepra, la enfermedad de Chagas, la oncocercuiasis y la filariasis linfática decaigan considerablemente en la próxima

década gracias a la utilización de herramientas de control como el tratamiento combinado en la lepra, productos de control antivectorial baratos para el Chagas, la ivermectina en la oncocercosis y combinaciones de ivermectina y dietilcarbamazina en la filariasis linfática.

■ REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES TROPICALES

Las principales enfermedades tropicales que se pueden diagnosticar son:

- A. Malaria.
- B. Esquistosomiasis.
- C. Oncocercosis (ceguera de los ríos).
- D. Infecciones por parásitos intestinales.
- E. Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas).

MALARIA

También conocida como paludismo. Es la más importante de las enfermedades parasitarias que afectan a los humanos, provocando entre 1-3 millones de muertes anuales.

Enfermedad ampliamente distribuida por los trópicos y subtropicos de todo el mundo, pero especialmente prevalente en África subsahariana, paralela a la distribución de drepanocitosis, talasemia y déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD).

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La OMS actualiza periódicamente los datos sobre la situación mundial del paludismo, considerando tres zonas geográficas distintas según el riesgo de transmisión y las recomendaciones sobre quimioprofilaxis:

- **Zona A:** Centroamérica continental, Haití, Asia sudoccidental, China (algunas zonas) y Corea.

Riesgo generalmente bajo y estacional. En muchas zonas no existe riesgo, por ejemplo en zonas urbanas. El *Plasmodium falciparum* está ausente o es sensible a la cloroquina.

Profilaxis: Cloroquina o ninguna profilaxis en caso de riesgo muy bajo.

- **Zona B:** Asia del sur central (India, Pakistán, Afganistán, etc...).

Riesgo bajo en la mayor parte de zonas. La cloroquina protege contra el *Plasmodium vivax* y tomada con Proguanil confiere cierta protección contra el *P. falciparum* y puede atenuar la gravedad de la enfermedad.

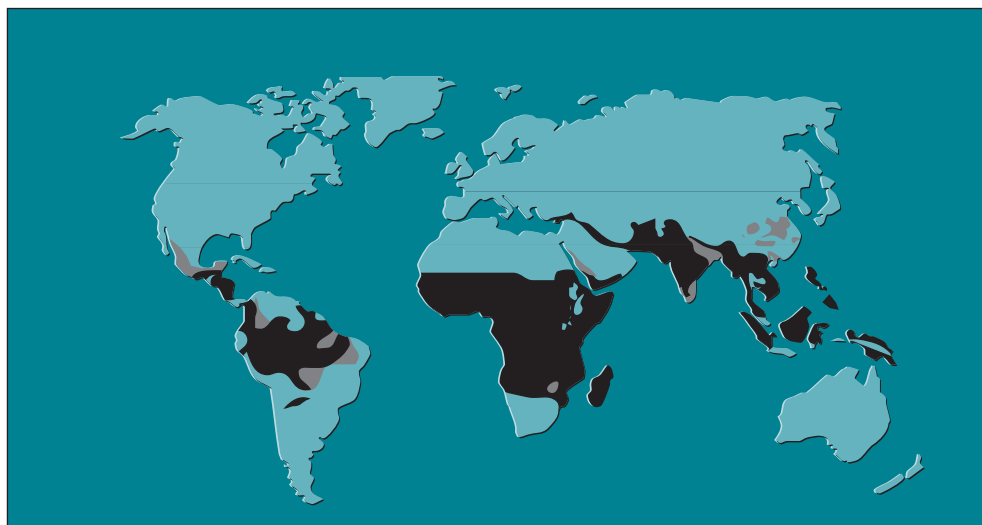
Profilaxis: Cloroquina+Proguanil o Mefloquina (Lariam[®], medicamento extranjero) como segunda elección. Ninguna en caso de riesgo muy bajo.

En España se declaran entre 300 a 400 casos de Malaria, de los cuales el 25-35% corresponden a inmigrantes.

- **Zona C:** Sudamérica tropical. África subsahariana y Asia sudoriental.

En África hay riesgo alto en la mayor parte de las regiones, salvo en algunas zonas muy altas. Riesgo bajo en la mayoría de las regiones de Asia y América, pero alto en ciertas partes de la cuenca del Amazonas. Existe resistencia a la sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar) en la zona C de Asia y variable en la zona C de África y América.

Profilaxis: de 1ª elección Mefloquina. En zonas fronterizas de Camboya, Myanmar y Tailandia: Doxiciclina. De 2ª elección: Doxiciclina. Como 3ª elección: Cloroquina+Proguanil o ninguna en caso de riesgo muy bajo.



Mapa de distribución de la Malaria. 2002

En Europa se viene produciendo un incremento de casos declarados en torno a 13.000 casos anuales. En España se vienen declarando entre 300-400 casos al año, de los que aproximadamente entre 25-35% corresponden a inmigrantes (la mayoría de África). Esto representa una incidencia menor del 1 por mil en este grupo poblacional. Pero si nos referimos únicamente a la población del África subsahariana con menos de 6 meses de residencia en nuestro país la incidencia puede aproximarse al 1 por 100. La población inmigrante más vulnerable a la malaria importada es la procedente del África subsahariana y dentro de este grupo los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas.

Datos de otros servicios muestran una prevalencia mayor, pero hay que tener en cuenta que se trata de grupos seleccionados de pacientes. Por ejemplo, el 4,2% de los inmigrantes atendidos en la Unidad de Medicina Tropical

de Cataluña y el 27% (73,5% de los niños y el 15% de los adultos) de los inmigrantes procedentes del África subsahariana atendidos en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid tenían paludismo).

AGENTE

Aunque existen unas 160 especies del protozoo del género Plasmodium, únicamente 4 de ellas: Plasmodium vivax, P malariae, P falciparum y P ovale afectan al hombre.

Las zonas de procedencia determinarán las especies de Plasmodium que con más frecuencia se diagnostiquen. En España, el importante número de inmigrantes procedentes del África subsahariana y la alta tasa de Plasmodium falciparum en esta zona hace que esta sea la especie más frecuentemente encontrada. Las parasitaciones mixtas son frecuentes, especialmente en niños.

PATOGENIA

Generalmente penetra por la picadura del mosquito Anopheles anthropophagus, que libera los esporozoítos que van a infectar las células del hígado y se convierten en esquizontes para liberar después merozoítos a la corriente sanguínea que infectarán a los hematíes destruyéndolos y determinando la invasión de otros. Esta es la explicación etiopatogénica de la fiebre intermitente en tercianas y cuartanas. En la terciana maligna o paludismo grave la rotura de los eritrocitos se produce en capilares del sistema nervioso central y del aparato cardiovascular.

CLÍNICA

El tiempo de latencia hasta la presentación de síntomas puede ser de 48 meses, pero en P falciparum suele ser de 7-18 días.

La gravedad clínica vendrá dada por la especie y por el estado inmunitario del paciente. En zonas de malaria estable las manifestaciones suelen ser de "malaria crónica", esto es cuadros bien tolerados o anemias severas progresivas más frecuentes en la población infantil. En zonas de malaria inestable, las manifestaciones suelen ser de "malaria aguda", esto es, casos de malaria severa y en todas las edades.

Generalmente el adulto presentará muy poca sintomatología y raramente se complicará. No ocurre así en niños y embarazadas en quienes la enfermedad puede tomar un curso dramático si se produce un retraso diagnóstico.

La fiebre es el síntoma principal; sin embargo, entre un tercio y la mitad de los pacientes no presentan fiebre en el momento de la consulta, aunque casi todos relatan una historia de fiebre previa. Otros síntomas son cefalea, artromialgias, diarrea líquida, visceromegalias y anemia.

Hay ciertos indicadores de mal pronóstico que se deben a complicaciones de la malaria:

- Alteración del nivel de conciencia (desorientado, bradipsiquia).
- Debilidad intensa (no puede sentarse ni caminar).

- Temperatura $>40^{\circ}\text{C}$.
- Hemorragias retinianas.
- Parasitemia $>2\%$ o $>20\%$ trofozoitos pigmentados, Br >3 mg/dl, GOT/GPT x 3 límite superior.
- >12.000 leucocitos/ml o <50.000 Plts/ml.

Una forma especialmente grave es la llamada MALARIA CEREBRAL que se caracteriza por la instauración de un coma de inicio brusco (sobre todo en niños, personas no inmunes y en el embarazo) o gradual, con o sin convulsiones.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la demostración de la forma asexuada del parásito en el frotis de sangre periférica mediante el examen microscópico de muestras de sangre (frotis y gota gruesa) y teñidas con Giemsa. La gota gruesa tiene una sensibilidad 30 veces mayor que el frotis y nos da el diagnóstico en función de la parasitemia que mide el número de hematíes parasitados por 1.000 células o por 100 leucocitos.

Otros datos que ayudan al diagnóstico son la elevación de la VSG y PCR y la aparición de trombopenia, anemia normocítica y normocrómica.

Las pruebas de detección de antígenos parasitarios (HRP-II, LDH) son fáciles de realizar, rápidas y no precisan microscopio, por lo que se podrían realizar en Atención Primaria. Recientemente se ha introducido una prueba sencilla, sensible y específica que detecta proteína 2 de *P falciparum*, rica en histidina, en muestras de sangre obtenidas por punción en la yema del dedo. No obstante y hasta la fecha solamente son útiles para infecciones anti-guas, esplenomegalia malarica hiperreactiva o estudios epidemiológicos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leptospirosis, leishmaniasis visceral, otras patología febriles con escalofríos y posibilidad de afectación del SNC, meningitis, dengue, fiebres hemorrágicas o fiebre tifoidea.

EPIDEMIOLOGÍA

Reservorio: Principalmente humano, aunque los monos también pueden albergar el plasmodium.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Mediante picadura del mosquito anopheles hembra, que pica a una persona enferma y se contamina con gametos de los protozoos. En su interior se produce el ciclo esporogónico y transmiten los esporozoitos a la persona sana, donde hay un ciclo exoeritrocitario y otro eritrocitario.

SUSCEPTIBILIDAD

Universal. No obstante las personas que proceden de zonas endémicas muestran cierta tolerancia y resistencia a la enfermedad. También las personas con drepanocitosis sufren parasitaciones menos severas.

PREVENCIÓN

Diagnóstico precoz y tratamiento de los infectados. Actuación contra el mosquito. Profilaxis con mefloquina.

PROFILAXIS

Protección contra las picaduras de mosquitos:

- Utilizar un repelente de insectos, en las partes expuestas de la piel que contenga bien deet (N,N-dietil-m-toluamida), IR3535 (ethyl éster del ácido 3-(N-n-butil-N-acetil) aminopropiónico) o Baurepel® (1-ácido piperidinacarbósilico, 2-(2-hidroxiethyl)-, 1-metilpropilester). Fundamentalmente entre el anochecer y el amanecer que es cuando pican los mosquitos. También se pueden impregnar las ropas: muñequeras, calcetines.
- Colocar una mosquitera alrededor de la cama fijándola bajo el colchón. Se puede impregnar con piretroides.
- Usar sprays, serpentinas o vaporizadores antimosquitos en las zonas interiores donde se duerma durante la noche.
- Poner telas metálicas en puertas y ventanas.

TRATAMIENTO

El tratamiento a administrar dependerá de la especie de Plasmodium, de la zona de procedencia (nivel de resistencia a los antipalúdicos) y de la gravedad del caso. En general se dará Mefloquina 15-25 mg/kg en dosis única (máximo 1500 mg). El paludismo grave por *P. falciparum* es una urgencia médica. Existen muchos antipalúdicos y en África hay muchas cepas resistentes a cloroquina que pueden ser sensibles a sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar®, SP). Si también son resistentes a ella se usan quinina + tetraciclina, doxiciclina o mefloquina. Se debe añadir fenobarbital para evitar las convulsiones y controlar la glucemia.

ESQUISTOSOMIASIS

Se conoce también como Bilharziasis o Fiebre de los caracoles. Se registran 200 casos anuales en España, la mitad en viajeros; los inmigrantes que presentan la enfermedad con más frecuencia, en su mayor parte causada por *S. haematobium*, son los procedentes de África Occidental subsahariana. Sin embargo, el limitado acceso a servicios de salud y la baja cobertura de screening de hematuria o de sospecha ante la misma, hace que posiblemente la prevalencia real sea muy superior.

DISTRIBUCIÓN

Endémico en el continente africano y en la costa atlántica de Brasil.

AGENTE

El parásito causante es un trematodo no hermafrodita de la familia Schistosomatoidea. Las principales especies que afectan al hombre son *Schistosoma mansoni*, *S. haematobium*, *S. japonicum*, *S. mekongi* y *S. intercalatum* aunque las tres primeras son las más prevalentes.

PATOGENIA

El ser humano se infecta por contacto con agua que contiene la fase infecciosa del parásito, llamada cercaria. Las cercarias liberadas de los caracoles de agua dulce, penetran a través de la piel humana intacta. A medida que maduran a esquistosomas alcanzan la vena porta en la que se aparean machos y hembras. Luego migran al mesenterio y depositan los huevos que quedan retenidos en los tejidos o son arrastrados sobre todo hacia el hígado. Las diferentes especies tienen preferencia, aunque no absoluta, por migrar a diferentes venas mesentéricas: superior (*S japonicum*), inferior (*S mansoni*) y pélvica (*S haematobium*) y de ahí la afectación preferentemente digestiva (*S japonicum* y *S mansoni*) o urinaria (*S haematobium*). Una parte de los huevos maduros son expulsados a la luz intestinal o a las vías urinarias desde donde pueden alcanzar el agua y perpetuar el ciclo vital.

CLÍNICA

La forma aguda consiste en una dermatitis que ocurre en las primeras 24 horas tras la penetración de la cercaria. Se manifiesta como un rash con pápulas, acompañado de prurito que se conoce como "prurito del nadador".

La mayoría de las infecciones serán asintomáticas (70%). Si dan clínica se manifiestan con urticaria, fiebre, anorexia, astenia, pérdida de peso, dolor abdominal, hepatoesplenomegalia, cefalea, artromialgias, diarrea, náuseas, tos. Si se cronifican pueden provocar fibrosis periportal o afectación pulmonar, intestinal o en la vejiga urinaria. En ciertas zonas geográficas se cree que el cáncer epidermoide de vejiga está relacionado con la infección por *S haematobium*, que es causa importante de morbilidad y mortalidad.

A nivel intestinal puede causar diarrea simulando una enfermedad inflamatoria intestinal, proctitis o pseudotumor intestinal, a nivel hepático causa hepatoesplenomegalia con hipertensión portal con todas sus consecuencias (ascitis, varices gastroesofágicas), y en otras localizaciones como en pulmón (cor pulmonale con hipertensión pulmonar) y SNC (encéfalo y médula espinal).

A nivel urinario comienza con hematuria (que solamente es macroscópica en un 19% de los casos) seguida de disuria y polaquiuria, para dar paso más tarde a las complicaciones como hidronefrosis, infecciones urinarias de repetición, cálculos vesicales, etc... Siempre se acompaña de eosinofilia.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza al encontrar huevos típicos en heces o en orina, aunque a veces hay que recurrir a biopsia rectal o vesical. Las técnicas de imagen son útiles para el diagnóstico, en particular la Ecografía abdominal y pélvica. La serología no es de utilidad salvo en el campo de la investigación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con otras patologías febriles y/o síndromes constitucionales, causas de hipertensión portal.

La forma aguda de la esquistosomiasis consiste en una dermatitis que ocurre en las primeras 24 horas tras la penetración de la cercaria.

EPIDEMIOLOGÍA

Reservorio: el hombre (huésped definitivo).

MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Las larvas del parásito se encuentran en el huésped intermediario, los caracoles (género *biomphalaria*, *oncomelania* y *neotricula*). Estas son liberadas y por vía cutáneo mucosa, generalmente a través del baño en aguas contaminadas penetran en piel intacta y por las mucosas en el huésped definitivo, el hombre. El parásito puede entonces liberar los huevos con las heces.

SUSCEPTIBILIDAD

Universal.

PREVENCIÓN

Baños con agua caliente o tratada con yodo o cloro. Evitar el contacto de las heces y orina de los enfermos con el agua. Tratamiento de los criaderos de caracoles. Adecuado tratamiento de las aguas residuales y aguas de bebida, educación higiénico-sanitaria, control de alimentos y otras medidas de Salud Pública.

TRATAMIENTO

Se trata con Praziquantel, 40mg/kg/d en dos tomas un solo día con los alimentos (20mg/kg/12h). Otro medicamento alternativo es el metrifonate.

C. FILARIASIS

Se estima que en el mundo hay 120 millones de personas infectadas por filarias linfáticas y 18 millones por filarias cutáneas. *Wucherechia bancrofti* se distribuye por África, Asia, Latinoamérica y Pacífico; *Brugia malayi* por el Sudeste asiático; *Loa Loa* por África central y del oeste; *Mansonella perstans* por África tropical; *Mansonella ozzardi* por América del Sur; y *Onchocerca volvulus* por África y focalmente por América latina.

Las microfilarias suelen detectarse en la sangre del paciente a los 8-12 meses tras la infección y la vida media del helminto adulto es de 8-10 años, lo que hace que esta enfermedad esté presente en inmigrantes aún muchos años después de haber abandonado su lugar de procedencia. Es una enfermedad infrecuente, salvo en los emigrantes de África occidental y central. En Guinea Ecuatorial, de donde provienen muchos inmigrantes, la incidencia de parasitación por *Loa Loa* y *Mansonella Perstans* llega hasta el 27% y 63% respectivamente. En la serie de pacientes que llegan al Ramón y Cajal, más del 30% de los africanos estaban infectados por una o más especies de filaria, siendo la oncocercosis la más frecuente y seguida a distancia de mansonelosis (con parasitaciones mixtas muy frecuentes).

Wucherechia bancrofti y Brugia malayi: La clínica inicial es de linfoadenitis, orquitis, funiculitis y epididimitis, que llevan un curso recidivante y se acompañan de fiebre y eosinofilia. Con el tiempo, se desarrollará un linfed-

ma de extremidades y escroto y un 1% de los infectados desarrollará una elefantiasis grave con discapacidad permanente.

Para el diagnóstico se buscarán las microfilarias mediante técnicas de concentración en sangre periférica extraída a medianoche.

Se tratan con dietilcarbamacina (DEC) a dosis crecientes durante 4-5 días; a partir de entonces, la dosis es de 2 mg/kg/8 horas durante 10 días. Otra opción es combinar ivermectina (microfilaricida) a dosis única de 200 microgr/kg con albendazol (macrofilaricida) dosis única de 400mg.

Loa Loa: Causa tumefacción transitoria, dolorosa y pruriginosa de cara o extremidades (que se denominan edemas de Calabar), conjuntivitis (al pasar el gusano adulto por el ojo) y eosinofilia. Para el diagnóstico se buscarán las microfilarias mediante técnicas de concentración en sangre periférica extraída a mediodía.

Se tratan con DEC a dosis crecientes durante 4-5 días partir de entonces con dosis de 2mg/kg/8 horas durante 18 días. Otra opción es ivermectina a dosis única de 200 microgr/kg

Mansonella perstans y mansonella ozzardi: Causan poca sintomatología y se acompañan de eosinofilia. El diagnóstico se realiza al encontrar las microfilarias en sangre diurna. El tratamiento se realiza con mebendazol 100mg/12h/30 días o albendazol 400mg/12h/10 días.

ONCOCERQUIASIS

A pesar de que la Oncocerquiasis ha quedado casi limitada a África Occidental, al ser de esta región y en particular de Guinea Ecuatorial de donde pueden proceder los inmigrantes en España dedicaremos un capítulo específico. Sinónimos: Oncocercosis, Ceguera de los ríos, Oncocercosis americana

DISTRIBUCIÓN

El 95% de la población expuesta está en África subsahariana. El resto reside en América Central, Yemen del Norte y Norte de Sudamérica. Es la segunda causa de ceguera infecciosa en el mundo, constituyendo un verdadero problema sanitario.

AGENTE

Onchocerca volvulus (filaria, nematodo)

PATOGENIA

Penetra por vía parenteral: los gusanos adultos se encuentran libres en el tejido celular subcutáneo o en nódulos fibrosos (oncocercomas) situados en protuberancias óseas. Afecta a piel, ojos y ganglios linfáticos. En la piel se producen cambios inflamatorios leves, pero crónicos que se traducen en pérdida de fibras elásticas, atrofia y fibrosis. Los nódulos subcutáneos están constituidos por tejido fibroso que rodea al gusano adulto a menudo con un anillo periférico de células inflamatorias. En el ojo provoca neovascularización y cicatrización corneal.

La Oncocercosis o “Ceguera de los ríos”, producida por la filaria *Onchocerca volvulus* y transmitida por una mosca del género *Simulium*, está limitada al África Occidental, por lo que es de esta zona de donde pueden proceder los inmigrantes con la enfermedad que, por otro lado, tiene una prevalencia baja.

CLÍNICA

El periodo de incubación puede llegar a ser de 18-20 meses. La afección puede ser asintomática. La sintomatología predominante es la cutánea, con aparición de nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel. En las zonas de la savana seca africana produce con más frecuencia que en otras zonas afectación ocular, con queratitis, coriorretinitis y neuritis óptica que conducen a la ceguera de forma irreversible.

DIAGNÓSTICO

La identificación se hace tras la detección de microfilarias en muestras de piel (técnica del colgajo o pellizco cutáneo) y en ocasiones mediante un test de provocación con DEC (test de Mazzoti), poco usado por los riesgos que conlleva. Para la detección en ojos se puede utilizar la lámpara de hendidura. La serología es de utilidad en los casos importados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Conjuntivitis bacterianas, conjuntivitis víricas (herpes), sífilis, lepra o toxoplasmosis.

EPIDEMIOLOGÍA

Reservorio: El hombre, primates y ocasionalmente otros mamíferos.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Por la mordedura de insectos del género *Simulium*, *S ochraceum* (América central), *S metallicum* (Sudamérica), complejo *S damnosum* y *S neavai*. Los gusanos adultos se encuentran libres en el tejido celular subcutáneo o en oncocercomas; la hembra distribuye las microfilarias debajo de la piel, donde son tomadas por un díptero del género *Simulium*, mosca jinja o mosca del búfalo, que actúa como huésped intermediario. Allí se hacen infectantes y son inyectadas por la hembra al huésped definitivo.

SUSCEPTIBILIDAD

Universal.

PREVENCIÓN

Control de los insectos, educación higiénico-sanitaria, control de alimentos y otras medidas de Salud Pública.

TRATAMIENTO

Tiene como objetivo prevenir la aparición de lesiones irreversibles y aliviar los síntomas. Extirpación quirúrgica de los nódulos localizados en la cabeza debido a la proximidad del ojo. Fármacos: ivermectina, lactona macrocíclica se-

misintética (150microgr/kg) una dosis cada 6 meses los primeros años y luego una dosis anual hasta los 10 años.

INFECCIONES POR PARASITOS INTESTINALES

POBLACIÓN EXPUESTA

Se estima que unos 3.500 millones de personas conviven con parásitos intestinales. No es posible dar datos de prevalencia o incidencia reales.

MORBILIDAD

Unos 450 millones están enfermos por estas infecciones. La mayoría de ellos son niños. Las infecciones múltiples, con diferentes parásitos intestinales, son comunes y suelen coexistir con malnutrición y déficits de micronutrientes. De estas infecciones por parásitos intestinales destacan las causadas por el Ascaris, el Trichuris y el Anquilostoma.

La tendencia es hacia el aumento. Para el año 2025 más de la mitad de la población en los países en desarrollo estará urbanizada y una alta proporción vivirá en los suburbios, donde *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura* tendrán un medio favorable a la transmisión. De ahí que un gran número de los inmigrantes recién llegados alberguen algún tipo de parásito intestinal. En nuestro medio dichas parasitosis persisten si no son tratadas y pueden transmitirse en entornos de baja higiene a lo que contribuye además el hecho de que a menudo pasen inadvertidas.

Las parasitosis múltiples son más frecuentes y los niños están parasitados con mayor frecuencia que los adultos (44% vs 22% en la serie del Ramón y Cajal). Los parásitos que con más frecuencia se encuentran son protozoos como *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica* y Helmintos como *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Uncinarias*, *Strongyloides stercoralis* y *Schistosoma sp.* La prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor y prácticamente a los tres años de estancia no se encuentran helmintos.

No existe un consenso acerca del beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos. En situaciones de llegada masiva de "refugiados" procedentes de zonas de alta prevalencia sería más económico la administración ciega de albendazol (400mg/día durante 5 días) que la realización del cribaje parasitario.

Existe poca correlación entre la presencia de síntomas y el diagnóstico de parásitos intestinales. Con frecuencia cursan de manera asintomática, y la sintomatología es muy variada: dispepsia, dolor abdominal difuso, dolor localizado en hipocondrio derecho, diarrea, estreñimiento, etc...

Los síntomas más típicos en relación con cada agente etiológico son:

- *Giardia lamblia*: diarrea crónica y un síndrome de malabsorción.
- *Entamoeba histolytica*: diarrea, colitis amebiana, amebomas y absceso hepático meses o años después del regreso.

Los parásitos que con más frecuencia se encuentran son protozoos como *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica* y Helmintos como *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Uncinarias*, *Strongyloides stercoralis* y *Schistosoma sp.*

- *Cryptosporidium parvum* y *Cyclospora cayetanensis*: diarrea prolongada.
- *Enterobius vermicularis*: prurito perianal, apendicitis y ectopias en aparato genital.
- *Ascaris lumbricoides*: obstrucción intestinal, apendicitis, colangitis y pancreatitis.
- *Trichuris trichiura*: diarrea sanguinolenta y prolapso rectal.
- *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus* (*uncinarias*): anemia ferropénica.
- *Strongyloides stercoralis*: diarrea crónica, dolor abdominal y eosinofilia en 50-80% de los infectados: puede producir un síndrome de hiperinfestación en los inmunodeprimidos que puede ser mortal, por lo que se buscará exhaustivamente e incluso se tratará sistemáticamente (con tiabendazol o albendazol o ivermectina) a todo paciente que está o será inmunodeprimido.
- *Tenia saginata* y *Taenia solium*: no suele causar patología la primera, pero la segunda puede asociarse a neurocisticercosis.
- *Schistosoma sp*: afectación intestinal y hepática, produciendo diarrea con sangre, dolor abdominal, pseudotumor intestinal, hipertensión portal (hepatomegalia, ascitis, varices gastroesofágicas) o a nivel urinario, produciendo hematuria (lo más frecuente), hidronefrosis, infecciones urinarias, calcificaciones vesicales y tumores de vejiga.

PROTOZOOS

AMEBIASIS

ETIOLOGÍA

Entamoeba histolytica. Existe en dos formas: trofozoito, forma parasitaria que habita en la luz y pared de colon, y quiste, forma infecciosa y de resistencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Su distribución geográfica es muy amplia: África del Norte, África subsahariana y África Austral. Centroamérica continental. Centroamérica (Caribe) y Sudamérica tropical. Asia Sudoriental y Asia del Sur Central. Su transmisión es fecal-oral. En países en vías de desarrollo: agua y alimentos. En países desarrollados: viajes y contagio directo homosexuales. El reservorio es el hombre.

CLÍNICA

Se pueden dar varias situaciones:

- Excretor asintomático de quistes.
- Amebiasis intestinal sintomática: el cuadro varía desde diarrea leve hasta disentería (heces con moco, sangre y muchos trofozoitos, dolores abdominales y hepatomegalia dolorosa).

- Amebiasis hepática: hepatitis amebiana con hepatomegalia dolorosa, fiebre y leucocitosis en enfermos con colitis amebiana. Absceso hepático, localizado más frecuentemente en lóbulo derecho, generalmente único y que contiene pus achocolatado; se acompaña de picos febriles, sudoración y dolor a la palpación.
- Amebiasis pleuropulmonar: por extensión directa desde el hígado. Tos, dolor pleural, fiebre y leucocitosis.
- Lesiones extraintestinales: Pericarditis, por extensión de un absceso hepático. Peritonitis, por perforación de una úlcera del colon o rotura de un absceso hepático.

DIAGNÓSTICO

Examen de heces o tejidos afectados buscando trofozoitos en heces líquidas y quistes en heces formadas. Serología. Sigmoidoscopia. En absceso hepático: ecografía hepática, TAC, gammagrafía y biopsia de aspiración.

TRATAMIENTO

- Colonización intestinal asintomática: Elección: Yodoquinol (Yodoxin®, medicamento extranjero). Adultos: 650mg/8h, 20 días. Niños: 30-40 mg/kg/día en 3 dosis, 20 días (máx. 2gr) o Paromomicina (Humatín®): 25-35 mg/kg/día en 3 dosis, 7 días (utilizar en niños y embarazadas).
- Enfermedad intestinal leve o moderada: Elección: Metronidazol. Adultos: 500-750 mg/8h, 7-10 días o Tinidazol (Tricolam®): 2 gr/día en 3 dosis, 3 días. Niños: Metronidazol, 35-50 mg/kg/día en 3 dosis, 7-10 días o Tinidazol, 50 mg/kg/día (máx. 2gr) en 3 dosis, 3 días.
- Enfermedad intestinal severa y extraintestinal: Metronidazol. Adultos: 750 mg/8h, 7-10 días o Tinidazol (Tricolam®): 600mg/12h o 800/8h, 5 días. Niños: Metronidazol, 35-50 mg/kg/día en 3 dosis, 7-10 días o Tinidazol, 50-60 mg/kg/día (máx. 2gr), 3 días.

El tratamiento deberá ser siempre seguido de Yodoquinol o Paromomicina, tanto en la forma leve como severa para eliminar los quistes con las dosis señaladas anteriormente. La prevención consiste en medidas higiénico-sanitarias.

GIARDIASIS

ETIOLOGÍA

Giardia lamblia. Parasita el duodeno y yeyuno fijándose a la mucosa.

EPIDEMIOLOGÍA

Distribución mundial. En zonas geográficas con malas condiciones higiénicas aumenta su frecuencia. Transmisión fecal-oral. Mecanismo directo: niños en guardería y homosexuales. Mecanismo indirecto: agua y alimentos. El déficit de IgA predispone a giardiasis.

CLÍNICA

Puede presentarse de forma asintomática. Como diarrea aguda con heces blandas malolientes, astenia, flatulencia y dolor abdominal; si persiste durante tiempo puede originar cuadros de malabsorción y pérdida de peso. Brotes epidémicos de gastroenteritis en relación con agua contaminada.

DIAGNÓSTICO

Estudio de heces buscando trofozoítos y quistes. Serología. Aspirado duodenal (casos crónicos en los que el estudio de heces sea negativo).

TRATAMIENTO

De elección: Metronidazol. Adultos: 250-500 mg/8h, 5 días. Niños: 15 mg/kg/día en 3 dosis, 5 días. Alternativas: Paromomicina (útil en mujeres embarazadas): 25-35 mg/kg/día en 3 dosis, 7 días. Tinidazol: Adultos, 2 gr en dosis única. Niños, 50 mg/kg en dosis única (máx. 2 gr). Furazolidina (especialmente para niños): Adultos, 100 mg/6h, 7 días; Niños: 6 mg/kg/día en 4 dosis, 7-10 días. Albendazol: Adultos, 400 mg/6h, 5-7 días; Niños, 200 mg(<20kg)/6h, 5-7 días.

PROFILAXIS

Medidas higiénico-sanitarias. La lactancia materna protege contra la giardiasis.

HELMINTOS INTESTINALES

CICLO BIOLÓGICO

Por el mecanismo de transmisión podemos distinguir dos grandes grupos:

- Contagio oral: Transmisión fecal-oral directa, que no precisa de fase exógena para el desarrollo larvario, o indirecta, que sí lo precisa.
- Contagio cutáneo: a través de la piel.

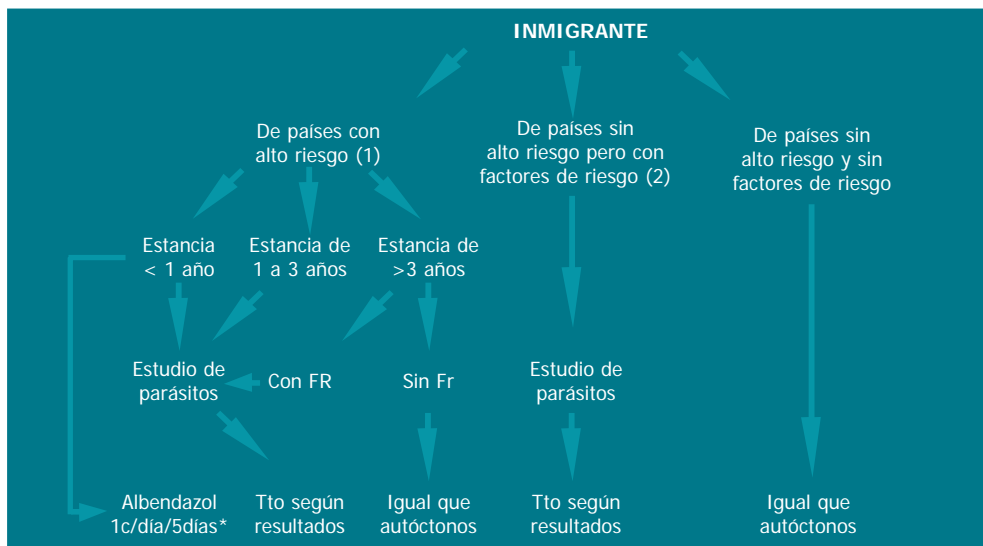
| Características | Infección por vía oral | Infección a través de la piel |
|--------------------------------------|---|--|
| Principales parásitos | Trichuris, Enterobius (infección Directa, ID), Ascaris (transf. de huevos en el suelo). | Anquilostomas, Strongyloides. |
| Localización del adulto | Ascaris: intestino delgado. Trichuris. Enterobius: ID distal y colon. Trematodos: vías biliares. | Anquilostoma: intestino delgado (ID) Strongyloides: ID y suelo. |
| Desarrollo de las larvas (helmintos) | Ascaris: ID y pulmón Enterobius: ID Trichuris: colon. | Anquilostoma y Strongyloides: suelo e ID. |

Clasificación de los parásitos según su forma de transmisión.

| Parásito | Clínica | Complicaciones | Diagnóstico |
|--|---|--|---|
| Ascaris (A. perro: <i>Toxocara</i>) | Malnutrición, dolor abdominal. Toxocara: afectación hepática y ocular. | Síndrome de Loeffler, obstrucción intestinal. | Huevos en heces. Biopsias y serología para <i>Toxocara</i> . |
| Trichuris | Retraso del crecimiento, anemia ferropénica leve. | Prolapso rectal. | Huevos en heces. |
| Anquilostoma (A. caninum y <i>braziliensis</i>) | Dolor abdominal, anemia ferropénica severa. | Sd de Loeffler, "larva migrans" cutánea. | Huevos en heces. Cultivo de larvas. Dx clínico. |
| Strongiloides | Dolor abdominal. | Síndrome de hiperinfestación. ("sepsis parasitaria") | Huevos en heces. Cultivo de larvas. |
| Enterobius | Dolor abdominal, prurito anal. | Apendicitis. | Huevos en heces, test de celofán. |

Manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos.

El diagnóstico se hará siempre observando los huevos o larvas en heces con arreglo a la siguiente pauta:



Pauta de atención para tratamiento de parásitos en heces.

(1) Sudamérica, Centroamérica, Países Tropicales y Sudáfrica.

(2) Hacinamiento y contacto con enfermos y con personas procedentes de países de riesgo.

*Eskazole 400 mg 60 comp.

En la petición de parásitos es recomendable indicar en el volante los datos clínicos y epidemiológicos más importantes, así como nuestra sospecha diagnóstica (p.ej., descartar estrongiloidosis) ya que el laboratorio podrá realizar determinadas técnicas específicas como concentración, técnica de Kato, tinciones, etc.

TRATAMIENTO

| Parásitos | Tratamiento de 1ª elección | Otros tratamientos útiles |
|---------------|----------------------------|--|
| Ascaris | Albendazol, Mebendazol | Levamisol, pamoato pirantel |
| Trichuris | Mebendazol | Albendazol |
| Anquilostoma | Albendazol | Mebendazol, levamisol, pamoato pirantel, befenium, tetracloroetileno |
| Strongiloides | Albendazol | Mebendazol, tiabendazol |
| Enterobius | Albendazol | Mebendazol, pamoato pirantel |

E. TRIPANOSOMIASIS

Por último, la tripanosomiasis americana o “enfermedad de Chagas” extendida por toda Latinoamérica, provocada por el protozoo *Tripanosoma cruzi* afecta a un cinco por ciento de los inmigrantes procedentes de Latinoamérica, y sobre todo a aquellos que provienen de zonas rurales. La mayoría son infecciones antiguas que se benefician poco del tratamiento.

DISTRIBUCIÓN

América Central y del Sur.

ETIOPATOGENIA

Agente: *Tripanosoma cruzi* (*Schizotrypanum cruzi*), protozoario.

PATOGENIA

La transmisión se produce a través de las heces de los triatómidos (vulgarmente conocidos como chinches o cochinillas). Se produce una lesión cutánea inicial en el punto de inoculación que se llama chagoma y que suele suceder en la primera década de la vida. Posteriormente el agente causal pasa al interior del organismo donde muchas veces no se elimina y se fija en la musculatura lisa afectando a la musculatura cardíaca y del aparato digestivo.

CLÍNICA

En muchas personas es asintomática. La enfermedad aguda se manifiesta por fiebre, malestar general, linfadenopatía y hepatoesplenomegalia. Puede presentarse reacción inflamatoria en el sitio de la inoculación (chagoma) y persistir hasta 8 semanas, a veces parece edema unilateral de los párpados (signo de Romaña), miocarditis y meningoencefalitis.

Tiene la peculiaridad de permanecer silente durante décadas y poder transmitirse mediante transfusiones. En un estudio llevado a cabo en inmigrantes de Nicaragua y El Salvador en Washington se demostró una serología positiva en el 4,9% de ellos y el parásito fue aislado por xenodiagnóstico en el 50% de los seropositivos. Produce afectación cardíaca (cardiopatía dilatada, trastornos de la conducción), megaesófago o megacolon.

DIAGNÓSTICO

Demostración de parásitos en sangre en fase aguda; serológico, aunque hay que intentar el cultivo y el xenodiagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras miocarditis y meningoencefalitis.

EPIDEMIOLOGÍA

Reservorio: El ser humano, animales domésticos y salvajes (perro, gato, cerdo, cobaya, murciélago, rata, zorra, zarigüeya y armadillo).

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Por picadura o inoculación por heces de insectos (chinchas) de la familia Reduviidae de las especies Triatoma, Rhodnius y Panstrongylus o por contaminación de las conjuntivas, membranas mucosas y abrasiones o heridas de la piel por las heces frescas de los insectos infectados.

SUSCEPTIBILIDAD

Universal, pero cuanto más joven, más grave.

PREVENCIÓN:

Desinsectación, educación sanitaria, uso de mosquiteros.

TRATAMIENTO

En fases avanzadas es de poca eficacia, utilizándose benznidazole o nifurtimox.

Lo fundamental en fases avanzadas es tratar las consecuencias de la insuficiencia cardíaca, del megaeosófago, del megacolon, etc...

TRIPANOSOMA BRUCEI (ENFERMEDAD DEL SUEÑO)

Sólo en África subsahariana. Enfermedad importada muy infrecuente, aunque ahora se está notando un resurgimiento. Produce una meningoencefalitis crónica. Se diagnostica al encontrar los tripanosomas en sangre o en LCR. El tratamiento es difícil, con suramina o pentamidina para la fase hemática y con melarsoprol. O difluorometilornitina si hay afectación del SNC.

■ ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

La empresa de definir el significado de “enfermedad emergente” no es fácil; sin embargo, Grmek (1993) sugiere cinco tipos de “emergencia” de una infección:

1. Enfermedades reconocidas de novo como entidades.
2. Enfermedades no notificadas hasta que cambios cuantitativos o cualitativos suceden en sus manifestaciones.
3. Enfermedades que no existían previamente en una región en particular.
4. Enfermedades que existían previamente en animales pero no en humanos.
5. Enfermedades completamente nuevas.

Esta clasificación debe tomarse con reservas puesto que en muchos casos las enfermedades emergentes tienen elementos de varias de estas categorías (cólera 2,3; HIV 1,2,3,5 y probablemente 4). Según la OMS más de 30 enfermedades han emergido en los últimos 25 años.

“Enfermedades re-emergentes” son aquellas en las que se ha observado un aumento de sus tasas de incidencia, de prevalencia, de morbilidad o de letalidad así como una extensión geográfica inusitada, tras períodos en los que estos indicadores se han mantenido más o menos estables.

Desde principios de los años 90 hemos visto re-emergir enfermedades casi controladas como la peste, difteria, fiebre amarilla, dengue, meningitis, nuevas gripes y el cólera.

El aumento de desplazamiento de poblaciones, el crecimiento masivo de los viajes internacionales y el transporte de animales vivos y productos animales han contribuido a extender enfermedades a áreas donde no eran conocidas o estaban controladas. En otros casos, los cambios ambientales -como la deforestación- han acercado a las poblaciones con animales o vectores portadores de enfermedades.

En la última década, el origen de más de dos tercios de las enfermedades emergentes estaba en animales, tanto salvajes como domésticos. El contacto entre personas susceptibles y los animales reservorio o sus vectores puede deberse a cambios de hábitat de personas o animales por cambios climáticos o deforestación (Ej.: Hantavirus), cambios en la producción de alimentos (Salmonella, E coli).

Actualmente hay otras enfermedades re-emergentes ante las que hay que estar alerta: VIH/SIDA (pandemia desde los 80), primer problema de salud en África subsahariana, la fiebre hemorrágica de Ebola, la fiebre de Lassa, el virus de Marburg, una nueva forma de gripe animal en humanos, la legionelosis y una variante de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob.

En general, las enfermedades epidémicas más frecuentes en los últimos cinco años han sido el cólera, las enfermedades meningocócicas (Enfermedad meningocócica epidémica -EME-), las enfermedades entéricas (Disenteria epidémica por Shigella) y las fiebres hemorrágicas agudas (Dengue hemorrágico).

Desde principios de los años 90 hemos visto re-emergir enfermedades casi controladas como la peste, difteria, fiebre amarilla, dengue, meningitis, nuevas gripes y el cólera.

En estos casos habrá que incluir en el diagnóstico diferencial de todo proceso diarreico al cólera y a la disentería teniendo siempre en cuenta las particularidades de la diarrea:

Cólera: Tras un periodo de incubación de 14-72 horas comienza un cuadro de diarrea acuosa profusa, inicialmente con material fecal y posteriormente con escaso material sólido, mucho moco ("en agua de arroz") y olor a pescado, sin dolor, que a menudo, se sigue de vómitos, ausencia de fiebre y pérdida de peso. Posteriormente calambres musculares, por trastornos electro-líticos y deshidratación. Si no se reponen los líquidos y electrolitos, el enfermo sufre shock hipovolémico y fallece.

Disentería bacilar o epidémica: Puede presentarse fundamentalmente en una de las tres formas siguientes:

1. Forma disentérica: después de una incubación de 1-4 días se produce fiebre, dolores abdominales, náuseas, vómitos, gran astenia y diarrea líquida y abundante; tras 2 días de diarrea va perdiendo el carácter acuoso, se hace más escasa, aumenta el número de deposiciones y presenta sangre, pus y moco (típico aspecto disentérico). Si no se reponen líquidos aparece deshidratación y acidosis. Puede haber tenesmo y producirse prolapso rectal.
2. Forma de diarrea acuosa o de intestino delgado: comienzo brusco con fiebre alta y heces acuosas, lo que provoca una pérdida copiosa de líquidos y electrolitos (se cree que esta forma se debe al predominio de la enterotoxina en su patogenia).
3. Forma de diarrea simple: el cuadro comienza de forma larvada, caracterizándose por diarrea suave, vómitos no copiosos y febrícula que se distinguen de otras por la presencia de moco en heces.

Y el diagnóstico se llevará siempre a cabo por medio del coprocultivo o visualización en heces de los gérmenes.

Del mismo modo en el diagnóstico diferencial de cualquier fiebre hemorrágica tendremos en cuenta al Dengue y en el caso de un síndrome febril con síntomas o signos neurológicos tendremos en cuenta una posible meningitis.

■ SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS) O NEUMONÍA ASIÁTICA

Un caso de enfermedad emergente reciente ha sido el de una nueva enfermedad, el llamado Síndrome respiratorio agudo severo o Neumonía asiática por su origen. Los casos se iniciaron a mediados de febrero de 2003 extendiéndose a China, Hong Kong, Taiwan y Canadá a tal velocidad y con tan alta letalidad que la Organización Mundial de la Salud decretó el 16 de marzo una alerta mundial, como medida de precaución.

Aunque el brote cesó y se logró identificar el agente y el reservorio, la posibilidad de que se produzcan nuevos casos obliga a que tengamos en cuenta ante un cuadro respiratorio grave este síndrome en el diagnóstico diferencial.

Sospecharemos un caso de SRAS ante una persona que presente (definición de caso según OMS de mayo 2002):

- Fiebre alta (más de 38° C).
- Tos o dificultad respiratoria.

y uno o más de los siguientes factores en los diez días previos a la fecha de comisión de los síntomas:

- Haber tenido un contacto estrecho con una persona que haya sido diagnosticada como caso sospechoso o probable de SRAS.
- Haber viajado a un área en la que se haya señalado transmisión local de SRAS.
- Residir en un área en la que se haya señalado transmisión local de SRAS.

Y ante la sospecha seguiremos las siguientes recomendaciones para la atención ambulatoria y la derivación del paciente sospechoso según las normas que dictó la autoridad competente en su momento:

Ante la sospecha de un caso sospechoso o probable de SRAS (existencia de síntomas sospechosos y antecedentes de estancia en un área afectada) en una consulta de atención primaria o extrahospitalaria, el paciente debe ser inmediatamente derivado a un centro hospitalario, siguiendo las recomendaciones de la OMS para evitar el contagio del personal sanitario y de otros pacientes.

- Aislar en la medida de lo posible al caso sospechoso/probable de SRAS del resto de los pacientes en el centro sanitario y proporcionarle una mascarilla quirúrgica que filtre el aire espirado (todos los Equipos de Atención Primaria dispondrán de ellas).
- El personal sanitario también utilizará de forma inmediata la mascarilla de protección.
- No realizar pruebas complementarias para el diagnóstico en el medio ambulatorio.
- Llamar al 112 para su evacuación inmediata al centro hospitalario de referencia.
- Notificar el caso sospechoso de SRAS a las autoridades de Salud Pública.



SÍNDROMES CLÍNICOS

■ APROXIMACION SINDROMICA. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En este apartado se incluyen una serie de diagnósticos probables (A), menos probables (B) y raro (C) que causan los distintos síndromes en inmigrantes. Las enfermedades comunes y universales no se incluyen.

Tener siempre en cuenta:

- Siempre se ha de pensar en tuberculosis e infección por VIH cuando aparezca un marcado síndrome constitucional acompañante.
- La aproximación sindrómica se debe de hacer teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales: la zona de procedencia del paciente y el tiempo que lleva en el país de acogida. Además se debe interrogar sobre la realización de viajes recientes.

La zona de procedencia es primordial para la sospecha de ciertas enfermedades, ya que como se ha descrito con anterioridad sólo se encuentran en determinadas partes del mundo. La frecuencia de diagnóstico de ciertas enfermedades como la malaria por *Plasmodium falciparum* o las parasitosis intestinales disminuye con el tiempo de estancia en el país y por lo tanto serán de baja sospecha en inmigrantes que lleven tiempo en el país. Sin embargo otras como las filarías pueden persistir muchos años después de la salida de la zona endémica.

SÍNDROMES

1. Síndrome constitucional
2. Síndrome febril
3. Síndromes cutáneos
4. Patología respiratoria en el inmigrante
5. Cuadros hematológicos: Anemia y Eosinofilia
6. Diarrea
7. Síndromes urinarios. Hematuria.
8. Visceromegalia. Esplenomegalia
9. Síndromes neurológicos.
10. Patología cardiovascular
11. Adenopatías.
12. Patología oftalmológica.

1. SÍNDROME CONSTITUCIONAL

| Enfermedad | Pistas diagnósticas. |
|--|---|
| Tuberculosis. | Son frecuentes las extrapulmonares, clínica, VSG, PPD. |
| SIDA. | Clínica. Serología. |
| Leishmaniasis (Kala-azar). | Pancitopenia, fiebre, adenopatías, serología, punción esplénica o de médula ósea. |
| Esprue tropical. | Diarrea esteatótica, malabsorción, mejoría con tetraciclina más fólido. |
| LOE hepática (absceso hepático amebiano, hepatocarcinoma). | Clínica, ecografía. |

2. SÍNDROME FEBRIL

Factores de riesgo en nuestro medio para los procesos febriles en población inmigrante:

1. Inmunidad no preparada frente a antígenos de microorganismos presentes en nuestro medio (estado del calendario vacunal, especialmente en adultos, antecedentes de vacunación en niños).
2. Hacinamiento y condiciones higiénicas.
3. Climatología.

Es necesario recordar que la existencia de fiebre en personas inmigrantes, en la mayoría de los casos está relacionada con enfermedades propias de nuestro medio adquiridas tras la llegada desde el área de origen.

CAUSAS

- (A) Paludismo, fiebre entérica (tifoidea), tuberculosis, absceso hepático amebiano y VIH/SIDA.
- (B) Brucelosis, rickettsiosis, fiebre recurrente, leishmaniosis visceral, triquinosis, toxocarosis, fiebres virales (dengue), micosis profundas (histoplasmosis), filariasis linfática (al inicio), toxoplasmosis, esquistosomiasis aguda, sífilis secundaria.
- (C) Tripanosomiasis, leptospirosis, peste, tularemia y melioidosis.

PARA TENER EN CUENTA

- En pacientes recién llegados considerar siempre la posibilidad de malaria, incluso ante cuadros respiratorios o digestivos de apariencia viral.
- Especial atención al niño que vuelve o incluso va por primera vez a su pueblo por vacaciones (malaria, ...).
- Considerar siempre tuberculosis por su elevada frecuencia; recordar la mayor incidencia de cuadros extrapulmonares.

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|--|--|
| Malaria. | Urgente descartarlo en embarazadas, niños recién llegados y adultos tras volver de vacaciones de sus países ya que tras 2-3 años se pierde inmunidad. En el resto de casos pensar en ella en casos atípicos o prolongados. Puede cursar con síntomas respiratorios o digestivos. Esplenomegalia. Pedir gota gruesa y frotis. |
| Tuberculosis. | Son frecuentes las extrapulmonares, clínica, VSG, PPD. |
| Absceso hepático amebiano (Entamoeba histolytica). | Dolor hipocondrio derecho irradiado a hombro, fiebre, leucocitosis, hepatomegalia dolorosa, -VSG y transaminasas, ecografía. NO suele haber diarrea. |
| Leishmaniasis (Kala-azar). | Pancitopenia, fiebre, adenopatías, serología, punción esplénica o de médula ósea. |
| Brucelosis, fiebre tifoidea, hepatitis aguda, rickettsiosis, leptospirosis, borreliosis. Enfermedades exantémicas (sarampión, rubeola) | Pensarlo en recién llegados según períodos de incubación, clínica, serología, hemocultivo. |

3. SÍNDROMES CUTÁNEOS

Factores de riesgo en nuestro medio para procesos dermatológicos en población inmigrante:

1. Climatología y humedad.
2. Acceso a medicamentos tópicos.
3. Inmunidad no preparada para alérgenos de nuestro medio (incluidos productos de limpieza e higiene).
4. Cambios en los hábitos alimentarios.
5. Somatización frente a situaciones sociales deletéreas.
6. Hacinamiento, condiciones higiénicas y de habitabilidad deficientes.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Los cambios de coloración de individuos de piel oscura son más fáciles de detectar en mucosas.
- Individuos de raza negra tienen una predisposición genética a desarrollar cicatrices hipertróficas y queloides. Esta tendencia es utilizada por muchas tribus para identificar a sus miembros mediante marcas tribales.
- Lo más habitual es que los procesos a los que nos enfrentamos sean de muy larga evolución y que hayan recibido previamente distintos tratamientos (considerar incluso tratamientos tradicionales) por lo que se ha de comenzar por un interrogatorio exhaustivo acerca de la historia de la lesión.

CAUSAS

- (A) Escabiosis, micosis superficiales, infecciones bacterianas, dermatitis de contacto, tumores de piel, o urticaria crónica secundaria, filarosis (oncocercosis, loasis) y lepra.
- (B) Otras ectoparasitosis (tungiosis, miasis cutánea), nematodos migrantes por la piel (larva cutánea migrans), úlcera tropical, micobacterias cutáneas, piomiositis tropical, leishmaniasis cutánea o mucocutánea, filarisis linfáticas (linfedema), cisticercosis, eritema nodoso (leproso, tuberculosis...), sarcoma de Kaposi endémico, rinoescleroma y amebiasis cutánea.
- (C) Treponematosi cutáneas, úlcera de Buruli, bartonelosis, cromomycosis, maduromycosis, lobomycosis, histoplasmosis africana.

Rash y fiebre: enfermedades virales exantemáticas (sarampión, rubéola, varicela), fiebre tifoidea, rickettsiosis, esquistosomiasis, fiebre recurrente y fiebres virales hemorrágicas.

Prurito: escabiosis, filarisis, micosis superficiales y VIH/SIDA.

PARA TENER EN CUENTA

- Ante alteraciones cutáneas en subsaharianos (sobre todo si vienen de África Occidental) valorar siempre la posibilidad de Oncocercosis.
- Pacientes procedentes de África Occidental, buscar la Oncocercosis: alteraciones cutáneas y oncocercomas en prominencias óseas.
- En pacientes procedentes de zonas endémicas de lepra se ha de explorar siempre la sensibilidad de las lesiones cutáneas. Recordar que las manifestaciones cutáneas de la lepra pueden ser de lo más variado y que solamente la lepra lepromatosa, que es la que tiene el cuadro más florido es la que puede respetar la afectación de la sensibilidad.
- Lesiones ulcerosas de evolución tórpida se deben biopsiar.
- Cuadros recurrentes o migratorios pensar siempre en parásitos.

PRURITO

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|---------------------------------------|---|
| Ectoparásitos (sarna, piojos, pulgas) | Exploración correcta, clínica. |
| Oncocercosis | Nódulos subcutáneos en rebordes óseos, zonas hipopigmentadas, filarias en piel (biopsia cutánea). |
| Filarisis | Búsqueda de microfilarias en sangre. |
| Larva currens | En tronco y nalgas, avance en horas. Búsqueda de larvas de Strongiloides stercoralis en heces. |
| Larva migrans cutánea | En pies en recién llegados. Dura meses y avanza lentamente. |

DERMATITIS

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|--|--|
| Lesiones hipopigmentadas | Descartar lepra (explorar sensibilidad de lesiones), micosis cutáneas, oncocercosis (filarias en piel por biopsia cutánea). |
| Úlceras cutáneas | Úlcera tropical (hacer curas húmedas diarias y penicilina), leishmaniasis cutánea y mucocutánea (dermatólogo), úlcera de Buruli (micobacterias en borde de lesión), ITS (sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, etc...). |
| Edema subcutáneo migratorio recurrente | Lola loa; solicitar microfilarias en sangre, en ocasiones puede verse el paso de la filaria a nivel subconjuntival. |

PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN POBLACIÓN INMIGRANTE

Riesgos en España:

1. Por la patología importada específica de zonas endémicas.
2. Inmunidad no adaptada a la patología del lugar de destino.
3. Condiciones de vivienda (hacinamiento, humedades), medioambiente (climas diferentes, contaminación ambiental), alimentación deficiente, y en ocasiones, ropa; que predisponen a contraer infecciones respiratorias habituales en nuestro medio, con mayor frecuencia.
4. Reacción a alérgenos no conocidos: mayor incidencia de reacciones asmáticas.
5. Exposición frecuente a tóxicos como el tabaco (más vulnerables a la publicidad no saludable).

SÍNDROMES:

Neumonía, Neumonía crónica y Asma bronquial (Síndrome de Loëffler y Eosinofilia pulmonar tropical -EPT-).

La patología del aparato respiratorio superior es muy frecuente (sinusitis, otitis media y externa, etc.) así como las infecciones del tracto respiratorio inferior (bronquitis, neumonías, ...).

CAUSAS

- (A) Tuberculosis, migración pulmonar de nematodos, eosinofilia pulmonar tropical y paludismo.
- (B) Toxocarosis (larva migratoria visceral), hidatidosis.
- (C) Micosis profundas (histoplasmosis y otras), esquistosomiasis, amebiasis (rotura a pleura), melioidosis, paragonomiasis y peste.

ASMA

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|--|---|
| Síndrome de Löeffler (Ascariasis, uncinarias, estrongiloidosis, toxocariasis). | Clinica asmática de 1-3 semanas, eosinofilia, parásitos en heces (-), parásitos en esputos (+), Rx tórax con infiltrados intersticiales cambiantes, serología toxocara. |
| Eosinofilia pulmonar tropical (EPT). | Clinica asmática prolongada de predominio nocturno, gran eosinofilia, serología <i>Wucheria bancrofti</i> (+). |
| Patología laboral. | Clinica y contexto epidemiológico. |

TOS

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|----------------------------|--|
| Tuberculosis | Tos de más de 2 semanas de duración, fiebre, pérdida de peso, -VSG, Rx tórax, baciloscopia, Lowenstein |
| Malaria | Especialmente en niños, gota gruesa y frotis. |
| Helminfos con fase tisular | Eosinofilia, Rx tórax con infiltrados, parásitos en heces al mes. |

CUADROS HEMATOLÓGICOS

ANEMIA

- (A) Ferropénica, Paludismo y hemoglobinopatías (drepanocitosis, talasemias).
- (B) Déficit de G6PDH, linfoma de Burkitt, esplenomegalia con hiperesplenismo y uncinariasis (*Ancylostoma, necator*).

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|---|---|
| Malaria | Fiebre o febrícula, gota gruesa y frotis, monocitosis, trombopenia, esplenomegalia. |
| Ferropenia | Microcitosis e hipocromía, baja sideremia, baja ferritina, baja saturación de transferrina, parásitos en heces. |
| Talasemia | Microcitosis e hipocromía sin ferropenia, electroforesis hemoglobina. |
| Drepanocitosis | Clinica en crisis con dolor y anemia, electroforesis hemoglobina. |
| Déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa | Crisis hemolíticas tras toma de fármacos oxidativos, habas o infecciones severas. |
| Hiperesplenismo (ver Esplenomegalia) | Exploración. |

EOSINOFILIA

- (A) Filariasis (hemolinfáticas y oncocercosis), esquistosomiasis, nematodos intestinales (sobre todo Strongyloides) y reacciones alérgicas.
- (B) Cisticercosis, hidatidosis, fasciolosis, toxocarosis (larva migratoria visceral) y triquinosis.

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|--|--|
| Parásitos intestinales | Parásitos en heces |
| Oncocercosis | Nódulos subcutáneos en rebordes óseos, zonas hipopigmentadas, filarias en piel (biopsia cutánea) |
| Filariasis | Búsqueda de microfilarias en sangre |
| Esquistosomiasis intestinal (<i>S mansoni</i> o <i>intercalatum</i>) o urinaria (<i>S haematobium</i>) | Parásitos en heces u orina, serología |

Nota: antes de inmunosuprimir o tratar con corticoides a un paciente procedente de África subsahariana deberemos descartar estrongiloidosis intestinal solicitando parásitos en heces con técnicas de concentración. Ante resultado negativo pero eosinofilia se tratará pese a todo empíricamente para evitar un cuadro de hiperinfección

DIARREA

- (A) Bacterias enteropatógenas habituales, giardiasis, amebiasis, estrongiloidosis (se acompaña de dolor abdominal, epigastralgias y eosinofilia) y VIH/SIDA.
- (B) Criptosporidiosis, esquistosomiasis, esprue tropical, tuberculosis intestinal (peritonitis, obstrucción intestinal), pancreatitis crónica calcificante, déficit de lactasa, déficit de Ig A (asociado a Giardia).
- (B) Otros helmintos (*Fasciolopsis buski*), *Caphillaria philliphinensis*, *Isospora belli*).

DIARREA AGUDA

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|---|--|
| Acuosa | Viral o bacteriana no invasiva, clínica. |
| Acuosa masiva "en agua de arroz" sin fiebre | Pensar en cólera en recién llegados (declaración obligatoria urgente ante sospecha diagnóstica). |
| Disenteriforme con fiebre | Coprocultivos (<i>Shigella</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , etc.). |
| Disenteriforme sin fiebre | Parásitos en heces recién llegados (búsqueda de trofozoitos de <i>Entamoeba histolytica</i>). |

DIARREA CRÓNICA

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|---|---|
| Protozoos (giardiasis, amebiasis, balantidiasis, etc.). | Parásitos en heces. |
| Helminfos (estrongiloidiasis, trichuriasis). | Parásitos en heces. |
| Déficit de lactasa. | Muy frecuente que sea primaria pero también secundaria a diarrea aguda, abstinencia de lácteos. |
| Esprue tropical. | Diarrea esteatótica, malabsorción, mejoría con tetraciclina más fólico. |

SÍNDROMES URINARIOS. HEMATURIA

- (A) ITS, tuberculosis génito-urinaria y esquistosomiasis (hematuria, síndrome nefrótico, hidronefrosis, calcificaciones, infertilidad, cáncer vesical)
- (B) Quiluria en filariasis, glomerulonefritis postestreptocócica, amiloidosis renal secundaria (tuberculosis, lepra...), malaria (síndrome nefrótico en *P. malariae*), insuficiencia renal aguda (malaria, fiebre viral con síndrome renal, hantaviriosis, necrosis tubular secundaria a hemólisis en hemoglobinopatías), amebiasis genital, leishmaniosis mucocutánea genital, enfermedad de Chagas con afectación seminal y blastomicosis.

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|---|--|
| Tuberculosis. | Lowenstein en orina, piuria ácida con urocultivos (-), urografía intravenosa, ecografía. |
| Esquistosomiasis (<i>Esquistosoma haematobium</i>). | Parásitos en orina. |
| Drepanocitosis. | Electroforesis hemoglobina. |
| Glomerulonefritis. | Biopsia renal. |

VISCEROMEGALIA, ESPLENOMEGALIA

- (A) Malaria, síndrome de esplenomegalia malárica reactiva, hepatitis virales crónicas con cirrosis o hipertensión portal, absceso hepático amebiano, anemias hemolíticas crónicas, fiebre tifoidea, brucelosis y tuberculosis diseminada.
- (B) Esquistosomiasis, leishmaniosis visceral, toxocarosis, hidatidosis, fasciolosis.
- (C) Clonorquiosis, tripanosomiasis africana, tumores, siderosis, enfermedad de Wilson, enfermedad venooclusiva (Budd-Chiari), siderosis Bantú, cirrosis infantil de la India, fiebre recurrente, micosis profundas (histoplasmosis, paracoccidioidomicosis), granulomatosis hepática (tuberculosis, fiebre Q, brucelosis, lues, lepra, leishmaniosis visceral, esquistosomiasis, toxocarosis, micosis) y abscesos bacterianos secundarios (*Ascaris*, *Opistorchis*, *Fasciola*, *Schistosoma*, colangiocarcinoma).

ESPLENOMEGALIA

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|--|---|
| Malaria. | Fiebre o febrícula, gota gruesa y frotis, monocitosis, trombopenia, esplenomegalia. |
| Esplenomegalia tropical. | Gota gruesa negativa, pancitopenia, ---IgM, --- Ac antipalúdicos. |
| Esquistosomiasis intestinal (Esquistosoma Mansonii). | Clinica, parásitos en heces, ecografía abdominal, serología. |
| Leismaniasis (Kala-azar). | Pancitopenia, fiebre, adenopatías, serología, punción esplénica o de médula ósea. |
| Cirrosis hepática. | Clinica, ecografía, biopsia hepática. |
| Fiebre tifoidea. | Clinica, ecografía, hemocultivos. |

SÍNDROMES NEUROLÓGICOS

- (A) Cisticercosis, meningitis bacteriana, lepra.
- (B) HTLV-1 (paraparesia espástica tropical), paludismo, toxoplasmosis en VIH+, criptococosis (en VIH+), encefalitis virales, hidatidosis (cerebral y medular), neurosífilis y secuelas de poliomielitis.
- (C) Tuberculosis, tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño), esquistosomiasis (mielitis), meningoencefalitis en tripanosomiasis americana, absceso cerebral amebiano, paragonomiasis, rabia, meningitis por fiebre recurrente, enfermedad de Lyme, tífus, bartonelosis, meningoencefalitis eosinofílica (Angiotrongylosis cantonensis, Loa loa, Gnathostoma spinigerum, cisticercosis), latirismo, Beri-beri e intoxicación por plomo.

NEUROPATÍA PERIFÉRICA

| Enfermedad | Pistas diagnósticas |
|------------|---|
| Lepra | Explorar sensibilidad de zonas hipocrómicas, buscar nódulos en trayectos nerviosos. |

CARDIOVASCULAR

La población inmigrante está expuesta a ciertos factores de riesgo que predisponen a padecer patología cardiovascular:

- El estado de ansiedad derivado de la situación de vulnerabilidad socioeconómica y legal, a menudo condiciona arritmias, en especial taquicardias supraventriculares y desequilibrios de la tensión arterial.
- La falta de recursos o lugares para cocinar o la ausencia de alimentos a los que están acostumbrados, llevan a menudo a dietas poco saludables con efectos metabólicos y eventualmente cardiovasculares por dislipemias.

Entre los riesgos epidemiológicos de origen debemos considerar la Fiebre reumática, que con frecuencia se manifiesta con la secuelas de patología valvular, la Fibrosis endomiocárdica relacionada con condiciones de eosinofilia aumentada y las miocardiopatías propias de la tripanosomiasis y esquistosomiasis.

- (A) Hipertensión arterial, pericarditis tuberculosa, miocardiopatía dilatada y cardiopatía reumática.
- (B) Enfermedad de Chagas, pericarditis infecciosa (estafileocócica, neumocócica...), miocarditis infecciosa en el seno de la fiebre tifoidea, pericarditis amebiana, endomiocardiofibrosis (miocardiopatía restrictiva), cor pulmonale secundaria a esquistosomiasis, leishmaniasis visceral, toxoplasmosis, sífilis, rickettsiosis, enterovirus.
- (C) Miocarditis en la enfermedad del sueño, micosis sistémicas (histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomicosis), difteria, tularemia, melioidosis, leptospirosis. Fiebres virales hemorrágicas.

ADENOPATÍAS

- (A) Tuberculosis (cervicales, axilares, y mediastínicas), VIH/SIDA (generalizadas), filariasis (inguinales, ingles colgantes), ITS (inguinales) y linfomas.
- (B) Esquistosomiasis aguda, leishmaniasis visceral, fiebre recurrente, brucelosis, toxoplasmosis, mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, rubeola, sífilis secundaria, micosis profundas (histoplasmosis, paracoccidioidomicosis, coccidioidomicosis).
- (C) Tripanosomiasis africana (en triángulo cervical posterior), peste, tularemia, melioidosis y fiebres virales (Chikungunya, viruela de los monos).

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA

- (A) Conjuntivitis virales y bacterianas, oncocercosis, loasis, pterigium y cicatrices corneales residuales.
- (B) Tracoma, cisticercosis, toxoplasmosis, sarampión, avitaminosis A, oftalmía neonatorum, tuberculosis ocular, neuritis óptica nutricional, retinitis tóxica por fármacos (cloroquina), lepra, amebiasis corneal, enfermedad de Chagas (signo de Romaña) y micosis profundas.
- (C) Gnathostomosis, esparganosis, thellazosis, pentastomosis.



VACUNACION EN INMIGRANTES

■ ESTADO VACUNAL DE LOS INMIGRANTES

El estado vacunal de los inmigrantes es muy heterogéneo. En general no están vacunados o la vacunación ha sido incompleta o deficitaria. La escasez de recursos económicos en los países de origen limita los calendarios al mínimo, no estando incluidas algunas vacunas utilizadas en la vacunación sistemática de nuestra comunidad como VHB, HiB TV y Meningococo C conjugada. Incluyen únicamente las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la OMS (BCG, Polio Oral, DTP, Sarampión, Fiebre Amarilla). Además las coberturas en algunas zonas son muy bajas.

Por otra parte, los certificados oficiales de vacunación tienen una fiabilidad variable según la zona de procedencia. Así, los emitidos en países americanos, India, Corea tienen una fiabilidad alta mientras que los emitidos en países de Europa del Este y China son menos fiables.

Otra cuestión a tener en cuenta es la validez de algunas vacunas. La vacuna del sarampión ha podido administrarse en forma monovalente (no produce protección frente a rubéola y parotiditis) y, con frecuencia, en dosis única y precoz (pudiendo haber sido inactivada por los anticuerpos maternos transplacentarios). La vacunación neonatal frente a la hepatitis B no siempre se hace en la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad.

■ SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES VACUNABLES Y VACUNACIÓN EN LOS PAÍSES CON ALTA EMIGRACIÓN.

Los calendarios vacunales varían de forma importante en los distintos países así como su cobertura vacunal lo que hace que la situación epidemiológica de las enfermedades vacunables varíen de unas zonas geográficas a otras. Conocer el calendario vacunal del lugar de origen del inmigrante puede ayudarnos a hacer una protección inmunológica adecuada. La situación de distintas enfermedades vacunables según países es:

DIFTERIA

En los países del Este de Europa se ha producido en la década de los 90 una epidemia de cepas toxigénicas de *Corynebacterium diphtheriae* con un importante número de muertes debido a las bajas coberturas vacunales. Otras zonas geográficas con mayor riesgo de exposición a cepas toxigénicas son África subsahariana, Sudeste asiático y algunos países americanos como Brasil, Rep. Dominicana, Ecuador y Haití.

RUBÉOLA

En países como EE.UU, Méjico, Japón, Rusia y Filipinas se han producido múltiples brotes de rubéola en la década de los 90. En nuestro país recientemente

Los certificados oficiales de vacunación emitidos en países americanos, India, Corea tienen una fiabilidad alta mientras que los emitidos en países de Europa del Este y China son menos fiables.



te se han detectado algunos brotes en población inmigrante afectando a mujeres en edad fértil. Hay que tener en cuenta que tanto en África como en la mayoría de los países asiáticos no se vacuna frente a la rubéola. Además, en los países sudamericanos no introdujeron la vacunación frente a la rubéola hasta 2001.

SARAMPIÓN

El sarampión es objetivo prioritario del programa ampliado de Inmunizaciones ya que es la enfermedad inmunoprevenible de mayor mortalidad en la infancia.

Actualmente las zonas con mayor incidencia de sarampión se encuentran en África, Asia y Este de Europa, así como, algunas zonas de América del Sur. Del mismo modo, son estas regiones las que presentan menor cobertura de vacunación infantil.

En Europa. España y en Castilla y León, estamos en proceso de eliminación de esta enfermedad por lo que es preciso identificar los casos de sarampión con urgencia para evitar el riesgo de transmisión en nuestro medio. Aunque es difícil que se produzca un brote epidémico en nuestra comunidad por la alta cobertura de vacunación con 1 o 2 dosis de los últimos años, la población inmigrante procedente de Marruecos y países del Este de Europa fundamentalmente, han producido brotes epidémicos en varias Comunidades Autónomas, alguno de ellos limitados a la población inmigrante y otros transmitidos a la comunidad de acogida causando casos en individuos susceptibles (menores de 15 meses no vacunados y población adulta).

Respecto a la validez de la vacunación, en muchas zonas de alta incidencia se realiza antes de los 12 meses, lo que no confiere inmunidad permanente ya que son eliminados por los anticuerpos maternos por lo que ha efectos de calendario no puede contabilizarse.

Ante un inmigrante adulto del que desconocemos las vacunaciones previas el calendario a seguir será:

POLIOMIELITIS

Se están realizando importantes esfuerzos para conseguir la erradicación de la poliomielitis a nivel mundial. Esta se ha visto demorada por la dificultad de control de la enfermedad en los países subsaharianos. Las regiones de la OMS que se consideran libre de polio son la región de las Américas desde 1994, la Región del Pacífico Occidental desde 2000 y la Región Europea desde 2002.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE

La vacunación infantil contra Haemophilus influenzae en menores de 5 años se ha incorporado recientemente en el calendario vacunal en la mayoría de los países de América, Europa occidental y Australia. No ocurre lo mismo en los niños que provienen de África subsahariana, norte de África, Europa del Este y Asia donde la vacunación no está garantizada.

HEPATITIS B

Existen amplias zonas geográficas donde la hepatitis B es endémica, las zonas consideradas no endémicas son Europa occidental, Norteamérica, Sur de Suramérica, Australia y Nueva Zelanda. La vacunación contra VHB en el recién nacido está incorporada solo en algunos países de Asia, América, Oceanía y Europa. Se estima una cobertura global en la infancia del 20%.

■ ASPECTOS ESPECIALES DE LA VACUNACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La vacunación de la población inmigrante pretende conseguir un nivel de protección frente a enfermedades vacunales similar al de la población de acogida. Se debe utilizar como referencia el calendario vacunal vigente cuando no se tengan antecedentes de vacunación objetivos o la vacunación esté incompleta.

Para la elaboración de una pauta de vacunación en un inmigrante se tendrán en cuenta los antecedentes vacunales, la fiabilidad de estos y algunos aspectos específicos en función del lugar de origen.

Otro aspecto a considerar es la movilidad de estas personas y la posibilidad de viajar hacia sus países de origen donde son endémicas enfermedades como el sarampión, polio, hepatitis A, hepatitis B, por lo que habrá que establecer indicaciones de vacunación que protejan individualmente y además evitar la importación de enfermedades que en nuestro país están en vías de eliminación y/o control (polio, sarampión, rubéola).

Especial interés tienen los hijos de inmigrantes que con frecuencia viajan al país de origen de sus padres donde son endémicas enfermedades frente a las que no están inmunizados como son la hepatitis A, fiebre amarilla,... Dada la vinculación que tienen con su país no consideran necesaria una protección especial, a diferencia del resto de la población cuando decide realizar un viaje internacional, lo que les hace especialmente susceptibles de enfermar. Será necesario recomendar cuando viajen a sus países de origen la vacunación frente a determinadas enfermedades en los hijos de inmigrantes.

■ CALENDARIOS DE VACUNACIÓN

El calendario de vacunación infantil debe aplicarse a todo niño inmigrante haciendo los ajustes necesarios en función de los antecedentes vacunales y de la edad del niño. Es importante tener en cuenta la fiabilidad de las cartillas vacunales que aporten. Algunas consideraciones a tener en cuenta son:

- Posibilidad de haber recibido la vacuna de sarampión de forma aislada y antes de los 12 meses de edad.
- Realización de serología de VHB previa a la vacunación si vienen de países endémicos.
- Valorar la vacunación frente VHA si van a viajar al país de origen de sus padres.

| Recién nacido | 2 meses | 4 meses | 6 meses | 15 meses | 18 meses | 6 años | 11 años | 12 años | 14 años |
|---------------|---|---|---|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|-------------|---------------------|
| HEPATITIS B | HEPATITIS B | | HEPATITIS B | | | | | HEPATITIS B | |
| | MENINGOCOCO-C | MENINGOCOCO-C | MENINGOCOCO-C | | | | | | |
| | TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILIUS influenzae-b POLIO inactiva | TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILIUS influenzae-b POLIO inactiva | TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILIUS influenzae-b POLIO inactiva | | TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILIUS influenzae-b POLIO inactiva | TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular | | | TETANOS DIFTERIA |
| | | | | SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS | | SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS | SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS | | |

Calendario de Vacunación Infantil 2004.

En el inmigrante adulto las vacunaciones recomendadas según la edad son:

| 15-35 años | 36-64 años | >65 años |
|---|--------------------|--------------------|
| TÉTANOS - DIFTERIA | TÉTANOS - DIFTERIA | TÉTANOS - DIFTERIA |
| SARAMPIÓN - RUBEOLA PAROTIDITIS (Mujeres 15-45 años) | | GRIFE |
| | | NEUMOCOCO |

Calendario de vacunación del adulto 2004.

- **Tétanos- Difteria:** La primovacunación en adultos no vacunados es de 3 dosis con un intervalo de 1-2 meses entre la primera y la segunda dosis y de 6 a 12 meses entre la segunda y tercera dosis. Si se ha administrado alguna dosis previamente se completará la pauta vacunal sin reiniciar independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis.
- **Triple vírica:** Los inmigrantes proceden en muchos casos de países endémicos y con deficiencias en su vacunación por lo que son susceptibles de enfermar y producir brotes de estas enfermedades en países donde la eliminación está próxima y la protección de la población que acoge es alta. Por lo tanto, se recomienda la vacunación con triple vírica de los adolescentes con dos dosis con un intervalo mínimo de cuatro semanas y en los adultos 1 dosis. Especial interés presenta la vacunación con triple vírica en mujeres en edad fértil para prevenir la rubéola congénita.

- **Hepatitis B:** Se vacunará a los adolescentes de forma sistemática y a los adultos que pertenezcan a grupos de riesgo. Se recomienda hacer serología de hepatitis B a los inmigrantes que provienen de zonas endémicas.
- **Antipoliomielítica:** No se recomienda la vacunación a la población en general, solo se recomienda la vacunación de los inmigrantes y de los convivientes que provienen de países donde todavía circulan cepas de virus salvaje (Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bulgaria, Cabo Verde, Chad, Congo, Costa de Marfil, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, India, Indonesia, Irán, Iraq, Mauritania, Myanmar, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tailandia y Yemen).

La vacunación correcta comprende tres dosis: dos con un intervalo mínimo de cuatro semanas y la tercera a los 6- 12 meses.

- **Gripe, Neumococo:** tiene las mismas indicaciones que la población general en función de la edad y patología asociada.

■ ACTUALIZACIÓN DE CALENDARIO

En la actualización del calendario vacunal debemos tener en cuenta los antecedentes vacunales, solo se consideran dosis válidas aquellas que estén oportunamente documentadas.

Nº DE DOSIS MÍNIMA RECOMENDADA

Para considerar una vacunación correcta se establece un número mínimo de dosis en cada vacuna que dependerá de la edad a la que la ha recibido. Estas dosis se recogen en el siguiente cuadro.

| Edad | Triple vírica | Tétanos | Difteria | Tos ferina | Haemophilus influenzae tipo b | Polio | Hepatitis B | Meningococo C |
|----------------|---------------|---------|----------|------------|-------------------------------|-------|-------------|---------------|
| <24 m. | 1* | 4 | 4 | 4 | 1-4** | 4 | 3 | 1-3*** |
| 24 m. a 6 años | 2* | 4-5 | 4-5 | 4-5 | 1-4** | 4 | 3 | 1-3*** |
| 7-18 a. | 2 | 3 | 3 | | | 3 | 3 | |
| >18 a. | 1 | 3 | 3 | | | | | |

Nº de dosis mínimas para considerar correcta la vacunación.

* En caso de vacunación previa de sarampión exclusiva por encima de los 12 meses de vida o con TV o antitarampión con menos de 12 meses, se administrará una dosis de TV en el momento de la visita y otra a los 6 años de edad.

** Según edad de comienzo de vacunación: 0-5 m: 4 dosis; 6-11 m: 3 dosis; 12-14 m: 2 dosis; >15 m: 1 dosis.

*** Según edad de comienzo de vacunación: 0-5 m: 3 dosis; 6-11 m: 2 dosis; >12 m-5 a: 1 dosis.

PAUTAS CORRECTORAS

El calendario de vacunación infantil recomendado en el caso de no tener antecedentes de vacunación es:

| Edad | Meses a partir de la primera visita | | | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | 12 | 24 |
| < 24 meses | Hepatitis B ⁽¹⁾ | | Hepatitis B | Hepatitis B | | | |
| | Meningoc. C ⁽²⁾ | | Meningoc. C | Meningoc. C | | | |
| | DTPa Hib ⁽³⁾ | | DTPa Hib | DTPa Hib | | DTPa Hib | |
| | VP | | VP | VP | | VP | |
| | Triple Virica ⁽⁴⁾ | | | | | | |
| 24 meses a 6 años | Hepatitis B ⁽¹⁾ | Hepatitis B | | | Hepatitis B | | |
| | Meningoc. C | | | | | | |
| | DTPa Hib | | DTPa | | | DTPa ⁽⁵⁾ | DTPa ⁽⁶⁾ |
| | VP | | VP | | | VP ⁽⁷⁾ | VP ⁽⁷⁾ |
| | Triple Virica | Triple Virica ⁽⁸⁾ | | | | | |
| 7 - 14 años | Hepatitis B ⁽¹⁾ | Hepatitis B | | | Hepatitis B | | |
| | Td | Td | | | Td ⁽⁹⁾ | | |
| | VP | VP | | | VP | | |
| | Triple Virica | Triple Virica ⁽¹⁰⁾ | | | | | |

Ante un Inmigrante adulto no vacunado o con vacunación desconocida el calendario a seguir será:

| Edad | Meses a partir de la primera visita | | | |
|------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------|----|
| | 0 | 1 | 6 | 12 |
| 15-18 años | Hepatitis B ⁽¹⁾ | Hepatitis B | Hepatitis B | |
| | Td | Td | Td ⁽⁹⁾ | |
| | VP | VP | VP | |
| | Triple Virica | Triple Virica ⁽¹⁰⁾ | | |
| > 18 años | Td | Td | Td ⁽⁹⁾ | |
| | Triple Virica | | | |

- (1) Previa realización de marcadores (AgSHB, antiHBs, antiHBc), si provienen de zonas endémicas (todos aquellos no pertenecientes al Norte y Oeste de Europa, Norteamérica, Méjico, sur de Suramérica, Australia y Nueva Zelanda).
- (2) Según la edad de comienzo de la vacunación: 0-5m: 3 dosis; 6-11m: 2 dosis; >12m: 1 dosis.
- (3) Según la edad de inicio de la vacunación: 0-5m: 4 dosis; 6-11 m.: 3 dosis; 12-14 m.: 2 dosis; >15m.: 1 dosis.
- (4) A partir de los 12-15 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no contabilizan).
- (5) A los 8-12 meses de la segunda dosis.

- (6) A los 12 meses de la tercera dosis o coincidiendo con la de 1° de Educación Primaria. Aunque lo recomendable sería administrar un total de 5 dosis, es probable que, aunque los inmigrantes no aporten ningún documento, ya hayan recibido una/s dosis en sus países de origen, por lo que para facilitar la aceptación, se podría plantear un régimen de 4 dosis con el que pueden quedar bien protegidos frente a las tres enfermedades. Si la cuarta dosis se administra a los 4 o más años, no es necesaria la dosis de 1° de Educación Primaria.
- (7) Valorar una 4ª dosis, 12 meses después de la 3ª. No es necesaria en régimen exclusivo de VPI cuando la 3ª dosis se ha administrado en mayores de 4 años. En cualquier régimen mixto se necesita siempre 4 dosis.
- (8) La segunda dosis se puede administrar en el período comprendido entre las 4 semanas posteriores a la recepción de la primera dosis y los seis años de edad.
- (9) La tercera dosis se puede administrar indistintamente a los 6-12 meses de la segunda.
- (10) La segunda dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas cuatro semanas desde la recepción de la primera dosis.

■ VACUNACIÓN ANTE VIAJES INTERNACIONALES

Es frecuente que los inmigrantes regresen de forma periódica a su país de origen. Esta práctica puede suponer importantes riesgos tanto para la persona como para la comunidad donde reside.

El inmigrante tras llevar un tiempo asentado en otro país, adquiere la inmunidad propia de la zona (esto suele ocurrir a los 2 años de residencia), al volver a su país tienen riesgo de adquirir enfermedades prevalentes para las que no están inmunizados. Especial riesgo corren los hijos de estos inmigrantes donde la inmunización frente a estas enfermedades no se ha producido en su medio.

Los inmigrantes en su mayoría no son conscientes de este riesgo por lo que no toman las precauciones debidas. Es importante informar a esta población de los riesgos y de las medidas a tomar según el país de origen.

En la Sección de Epidemiología de los Servicios Territoriales de cada provincia se ofrece información al viajero de precauciones a tomar en el viaje, profilaxis y medicación necesaria, así como las vacunas oportunas según la característica del viaje. La mayoría de las vacunas se administrarán, como al resto de la población, por su médico en su Centro de Salud de Atención Primaria.

Las principales vacunas recomendadas según el país de origen son:

FIEBRE AMARILLA

Es obligatoria la vacunación frente a la fiebre amarilla si se viaja a países del África subsahariana, América central y Sudamérica (excepto Chile, Argentina, Uruguay y Paraguay). Esta vacuna se administra en los centros de vacunación internacional.

MENINGITIS

Se recomienda la vacuna frente a meningitis cuando viajen a países del cinturón subsahariano. Para ir a Arabia Saudí (peregrinación a la Meca) es obligatoria la vacuna antimeningocócica A, C, Y, W135.

El inmigrante adquiere la inmunidad propia de la zona a los 2 años de residencia. Al volver a su país tienen riesgo de adquirir enfermedades prevalentes para las que no están inmunizados.

HEPATITIS A

Se aconseja su aplicación cuando se viaje a cualquier país donde las condiciones higiénico- sanitarias son deficitarias. En los adultos se vacunarán si pertenecen a un grupo de riesgo. Se aconseja hacer serología previa para descartar inmunidad. La pauta recomendada es de dos dosis con un intervalo de seis meses.

TÉTANOS - DIFTERIA

Se recomienda especialmente estar correctamente vacunado con tétanos-difteria a toda persona que vaya a realizar un viaje.

FIEBRE TIFOIDEA

Se recomienda la vacunación cuando se viaje a países con malas condiciones higiénicas sobre todo si la estancia es prolongada.

RABIA

La vacunación pre-exposición está indicada cuando se viaje a zonas con alta enzootia (Sudoeste Asiático, India, Pakistán), por un tiempo prolongado, con actividades de riesgo (contacto animales, montañismo...) o difícil acceso a la atención sanitaria.

ENCEFALITIS JAPONESA

El riesgo para el viajero es bajo. La vacunación se aconseja a quienes viajen a áreas rurales y agrícolas de los países del Sudeste asiático (Filipinas, Indonesia, Japón, Queensland (Australia), Isla Sajalin (Rusia)).

ENF. POR PICADURA DE GARRAPATAS

Se aconseja especialmente a las personas que viajen durante el periodo entre abril a agosto y a zonas agrícolas y forestales de países como Alemania, Austria, Croacia, Eslovaquia, Hungría, Polonia, República Checa y Suiza.

Los Centros de Vacunación Internacional de la comunidad son:

- **Burgos:** Servicio territorial de sanidad. Paseo Sierra de Atapuerca 4. Tfo. 947 280107, 947 280137.
- **León:** Servicio territorial de Sanidad. Av. Peregrinos s/n. 2º planta. Tfo. 987 296255, 987 296941.
- **Salamanca:** Servicio de Sanidad exterior. Av. Portugal 83-89. Tfo. 923 296030, 923 296022.
- **Valladolid:** Servicio Territorial de Sanidad. c/ Ramón y Cajal nº6. Tfo. 983 413760, 983 413783.

BIBLIOGRAFÍA

- *Guía básica de salud Pública para Inmigrantes. Convenio de Salud pública para Inmigrantes.* Junta de Andalucía y Fundación Progreso y Salud.
- J Garay, C Fernández y MA García (coordinadores). *La Atención primaria de Salud ante la población inmigrante.* Fundación CESM. Madrid 2002.
- *Manual para el control de las Enfermedades transmisibles.* Organización panamericana de la Salud. Décimosexta edición. 1997.
- Dr Rogelio López-Vélez. *Inmigración y salud.* Yamanouchi. Madrid 2002.
- José Manuel López Abuín y Juan Ramón García Cepeda (coordinadores). *Manual de Atención AL INMIGRANTE. ENFERMEDADES FORANEAS.* Semergén. CD
- A Alonso H Huerga J Morera. *Guía de Atención al inmigrante.* Novartis 2003
- *STI training for Clinicians. National Aids/STD control programme.* The United Republic of Tanzania. Ministry of Health. Second English edition 2001.
- José Manuel López Abuín, Juan Ramón García Cepeda. *Manual de atención al inmigrante. Enfermedades foráneas.* DRUG FARMA, S.L.
- Paloma Merino Amador. *Medicina tropical, viajeros e inmigrantes.* Ergon, 2003. Madrid.
- Vacunación en inmigrantes. Manual de vacunaciones del adulto. [Internet]. 2004. [Fecha de consulta 15 de marzo de 2004]. Disponible en <http://www.fisterra.com/Vacunas/inmigrante.htm>
- Navarro Alonso J.A. *Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles.* Vacunas Invest Pract 2001;3:110-117.
- Navarro Alonso J.A. *Actualización del calendario vacunal en población inmigrante. Iº Congreso de la Asociación Española de Vacunología.* Cádiz 2001.
- Barranco D. *Calendario vacunal para inmigrantes. IIº Symposium Nacional de avances en vacunas.* Mayo202.
- Rodríguez Recio, MJ. *Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. VI Reunión de la Red de Médicos Centinela de Castilla y León.* La Granja (Segovia) Octubre 2002.
- Guía de vacunaciones para inmigrantes. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana 2003.
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. *Calendario de vacunación para inmigrante 2004* [Internet]. 2004. [Fecha de consulta 15 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=40525&idsec=85>.
- *Calendario de vacunación para inmigrantes 2002. Guía básica de Atención Sanitaria.* Junta de Andalucía.
- *Inmigración y Salud* . Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón.
- *Vacunación en niños inmigrantes.* Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [Internet]. 2004. [Fecha de consulta 15 de marzo de 2004]. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/vacunas.htm>.
- J.J. Gómez Marco. *Oportunidades de mejora para la vacunación: Bolsa de susceptibles en atención Primaria. 2º Congreso de la Asociación Española de Vacunología.* Las Palmas. Noviembre 2003.
- *Patologías del Mundo.* www.viajartranquilo.com. Menarini



MÓDULO VI

MÓDULO VI

Atención al inmigrante:
Salud Mental



INTRODUCCIÓN

En Castilla y León, el número de inmigrantes que se atienden desde los servicios públicos ha crecido en los últimos años, siendo las previsiones de crecimiento.

El objetivo de este capítulo es dar una serie de pautas sobre como enfocar el trabajo en salud mental con el inmigrante, desde la consulta en Atención Primaria; así como resaltar las patologías más prevalentes, en este grupo poblacional.

El Médico de Atención Primaria debe tener presente que esta población no ha sido socializada en nuestro ámbito cultural que tiene diferentes formas de entender la enfermedad y la salud así como diferentes códigos de comunicación verbal y no verbal.

El médico de familia, como profesional que atiende directamente a los inmigrantes, tiene una labor difícil por la cantidad de variables que entran a formar parte de su campo de atención. La salud mental es una de estas variables; vamos a intentar esbozar algunas ideas a tener en cuenta a la hora de trabajar con esta población, partiendo del supuesto de las diferencias transculturales existentes y de la posible existencia de factores biográficos críticos (guerras, persecución política o situaciones económicas extremas) que pueden haber marcado decisivamente la vida de estas personas.

El inmigrante además de hacer frente a las dificultades "normales" de la vida, sufre una tensión producida al enfrentarse a una nueva cultura, que puede manifestarse mediante problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación con el entorno.

Cuando una persona viene de otro país, a su llegada tiene que actuar permanentemente de forma consciente ya que ningún hábito está automatizado, pues no conoce las claves que rigen el nuevo entorno, de forma que, aún siendo un adulto, afronta situaciones habituales como si fuesen nuevas. A todo ello, se une el esfuerzo que supone en muchos casos, el tener que adoptar una nueva lengua, el sentimiento de impotencia ante la incapacidad de actuar de forma competente en su nuevo entorno y las dificultades para la inserción; por ello pueden surgir manifestaciones de irritabilidad, insatisfacción, fracaso de los mecanismos de adaptación que desembocan en la pérdida de autoestima y afectación de su funcionamiento global.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de los inmigrantes tienen un sentimiento de pérdida; la pérdida del amor, de los amigos, del estatus, de su entorno familiar y ambiental, es decir, de todo aquello que daba sentido a su vida. Para el trabajo en salud mental es importante recordar que las pérdidas generalmente han deshecho planes y esperanzas en el futuro y cuando surja el tema del duelo se abordará teniendo presente que no existe un único modo correcto de afrontar una pérdida, cada uno reaccionará de manera distinta y todas pueden ser válidas. Sin embargo nuestra idiosincrasia puede hacernos juzgar un comportamiento como inapropiado. Es muy importante prestar atención a como esa persona se enfrenta a la pérdida y actuar en consecuencia.



ATENCIÓN AL INMIGRANTE DESDE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Equipo de Atención Primaria constituye en la mayor parte de los casos el primer nivel de contacto entre el inmigrante y los sistemas de salud.

El abordaje de la atención debe de ser integral abarcando la dimensión biopsicosocial de la persona, lo cual implica la intervención de todos los miembros del equipo a través del trabajo interdisciplinar, para aportar una visión global del problema (físico, mental, relacional).

La Atención Sanitaria se fundamenta en unos principios generales comunes básicos (universalidad, integralidad, accesibilidad...) que se adaptan a las características concretas y a las peculiaridades de cada grupo poblacional (personas mayores, discapacitados, inmigrantes, etc.)

La Atención al Inmigrante debe integrar las siguientes actuaciones generales:

- Promoción de la acogida social (cultura receptora), el agrupamiento familiar, la creación y la utilización de grupos de apoyo.
- Mejora de la situación sociolaboral: vivienda, trabajo, situación administrativa ("papeles"), actividades de ocio, etc.
- Participación del paciente (inmigrante) y sus familiares en las distintas etapas de los cuidados, asegurando de esta manera el mejor cumplimiento del plan terapéutico integral (tratamiento médico, cuidados de enfermería y apoyo social).
- Uso de los recursos comunitarios existentes: servicios sociales, ONGs, sindicatos, etc.
- Facilitación del aprendizaje del idioma y el conocimiento de la cultura receptora.
- Facilitar el acceso a los servicios sanitarios y el conocimiento de los mismos, su funcionamiento y la cultura sanitaria existente.
- Estudio de las necesidades reales de los inmigrantes y revisión de los objetivos institucionales.

- Descentralización de las decisiones y promoción de una acción global.

■ ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es el instrumento principal en la Atención a los problemas de Salud Mental. Establecer una buena relación interpersonal está en relación directa con la obtención de la información para establecer un diagnóstico clínico y conocer la situación vital del paciente y su entorno. Es fundamental establecer una relación médico-paciente adecuada.

FASE DE CONTACTO

- Establecer un clima de seguridad y confianza.
- Mantener una actitud respetuosa, teniendo en cuenta las creencias culturales y religiosas, costumbres, hábitos de cuidados y síndromes vinculados a las culturas.
- Mostrar interés sincero y auténtico.
- Evitar preguntas rígidas, permitir al paciente que se exprese libremente.
- Devolver al paciente las deducciones que pueden ser útiles en el manejo del problema.
- No intentar convencer al paciente del significado psicológico de sus síntomas en la primera entrevista, sino en las sucesivas aprovechando el establecimiento de la relación terapéutica y la posible mejoría.

FASE DE EVALUACIÓN

- Realizar exploración física y psicológica básica.
- Tener en cuenta los factores estresantes en el proceso de adaptación en la inmigración (aislamiento, sentimientos de soledad y culpa, comunicación lingüística, hostigamiento y rechazo, etc.).
- Aceptar las explicaciones y el significado cultural de los síntomas.
- Realizar una breve etnobiografía:
 - Creencias socio-culturales.
 - El significado (cultural) del síntoma para el paciente.
 - Soluciones buscadas anteriormente: tratamientos tradicionales, curanderos, etc.
 - Grado de conocimientos: estudios y nivel de los mismos, analfabetismo, etc.
 - Creencias religiosas.
 - Hábitos y costumbres de cuidados e higiene (en su cultura).
 - Grado de conocimiento del idioma y de la cultura de la sociedad de acogida.
 - Breve historia de las interacciones anteriores y actuales y los grupos de apoyo.

FASE DE APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

- El diagnóstico psiquiátrico se estructura en el desarrollo de la entrevista.
- Es preciso valorar la gravedad, el curso evolutivo y la asociación con factores estresantes de los síntomas identificativos.
- Descartar la existencia de condiciones médicas especiales y/o uso de medicamentos o tóxicos que puedan ser causantes del cuadro.
- Elaboración de un pronóstico evolutivo y del establecimiento de un plan terapéutico.
- Iniciar tratamiento sintomático cuando el cuadro esté ya estructurado como trastorno: trastorno de ansiedad, depresiones, trastornos psicóticos, etc. y en las revisiones valorar la posibilidad de otro tipo de abordaje.

Es importante el desarrollo de una relación interpersonal médico-paciente adecuada que permita llevar a cabo estas actividades. En el caso de la Atención Primaria esta relación puede existir con anterioridad fruto de las múltiples visitas del paciente y de su familia por otros problemas.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Se llama "crisis" a un estado agudo de desequilibrio psíquico en el que la persona se siente incapaz de afrontar la realidad de un modo razonable (Dietrich, 1986).

- Ayudarle a enfrentar la crisis: facilitarle que hable de sus miedos, manifieste su angustia, afligirse e incluso llorar.
- Fomentar el apoyo y la comprensión de los acompañantes.
- Ayudarle a descubrir y conocer la realidad de los hechos.
- Tener en cuenta las limitaciones comunicacionales tanto verbales y no verbales.
- Tener paciencia y transmitir la sensación de "no hay prisa" facilitando así el desarrollo de una relación de confianza.
- Adoptar un enfoque pragmático, favoreciendo la solución de desafíos vitales inmediatos, reconociendo las causas y necesidades que hay en el origen de la crisis actual, evitando así la discrepancia entre necesidades y soluciones.
- Tener en cuenta el contexto cultural en el que se encuentra inmerso el paciente.



TRASTORNOS MENTALES Y REACCIONES MÁS FRECUENTES ENTRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La inmigración constituye un importante factor de riesgo para la salud mental, debido al enorme esfuerzo y estrés generado en el proceso de adapta-

ción a la nueva situación, la ruptura de los lazos socio-familiares, el desarrollo de multitudelos y las frecuentes situaciones críticas a lo largo de todo el proceso.

Entre los Trastornos mentales más frecuentes observados en la población inmigrante nos encontramos:

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Reacción a estrés agudo.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Trastornos fóbicos sociales.
- Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- Reacción ansioso/depresiva.
- Reacción depresiva prolongada (duelo)

TRASTORNOS AFECTIVOS

- Episodios depresivos.
- Episodios de hipomanía y de manía.

TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN

- Reacciones hipocondríacas.
- Dolores persistentes: cefaleas, mialgias y dolores abdominales.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

TRASTORNOS PSICÓTICOS

- Reacciones psicóticas agudas.
- Trastornos esquizofreniformes y esquizofrénicos paranoides.
- Trastornos de ideas delirantes.

TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA:

- Agresividad.
- Conductas antisociales.
- Automarginación y rechazo.
- Consumo de tóxicos.

SÍNDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA

DUELO

El proceso de duelo es la forma que tienen las personas de hacer frente a las pérdidas. Este proceso de afrontamiento supone una tarea psicológica: reconciliarse con una situación que no puede ser cambiada y sobre la que se tiene poco (o ningún) control. Las reacciones de duelo pueden incluir manifestaciones:

- Emocionales: tristeza, ansiedad, sentimientos de frustración...
- Cognitivas: no aceptación de la pérdida, imágenes intrusivas, no aceptación de la pérdida, confusión...
- Conductuales: problemas de sueño, cambios de apetito, conductas de búsqueda, hiperactividad...

Es muy importante tener en cuenta las diferencias transculturales a la hora de manifestar emociones. Las emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, etc.) se manifiestan de forma bastante similar en todas las culturas. Sin embargo no ocurre lo mismo con la forma de expresión verbal, la forma de regularlas (momento y situación en que afloran) y las técnicas de afrontamiento.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Los periodos de transición cultural que implican cambios de costumbres y nueva definición de roles, pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a sufrir estrés vital, y desarrollar trastornos adaptativos.

Los pacientes se encuentran sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las nuevas circunstancias. Con frecuencia las dificultades de adaptación están relacionadas con características biográficas o de la personalidad del paciente, lo cual denota una vulnerabilidad o predisposición pero siempre bajo la presencia de un desencadenante o estresor.

El trastorno adaptativo se caracteriza por:

- Síntomas Psicológicos: la persona se enfada con facilidad, llora incontroladamente, experimenta rápidos cambios de humor, le cuesta concentrarse, su pensamiento es "rumiativo", vive en un estado de hiperactividad.
- Síntomas Físicos: dolor de cabeza, tensión muscular, palpitaciones o taquicardias, sensación de falta de aire, falta de apetito, náuseas, dolores abdominales, etc.
- Cambios en la forma de actuar: disminución de la actividad, hiperactividad, abuso de drogas, problemas de insomnio etc.
- Problemas de relación con otros. Falta de emociones, peleas, discusiones, excesiva dependencia de los demás, etc.
- Deterioro significativo de la actividad social o laboral del paciente.

Con frecuencia las dificultades de adaptación están relacionadas con características biográficas o de la personalidad del paciente.

CLASIFICACIÓN

- Con estado de ánimo deprimido:
 - Ánimo depresivo.
 - Llanto.
 - Desesperanza.
- Con ansiedad.
 - Nerviosismo.
 - Preocupación.
 - Inquietud
- Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
- Con trastorno del comportamiento.
 - Conductas disruptivas: peleas, vagabundeo, violencia
 - Incumplimiento de responsabilidades legales.
- Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
- No especificado.

TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN

Los pacientes refieren quejas somáticas en las que no es posible, o es muy difícil, detectar una patología física. Presentan una gran variabilidad de síntomas, vagos e imprecisos.

Los síntomas pueden ser la manifestación de problemas personales o sociales subyacentes de los que a la persona le cuesta hablar. Es preciso tener en cuenta que algunas culturas consideran el sufrimiento físico como vergonzoso o maligno, "dándole salida" en forma de sintomatología física, que no responde a ninguna alteración orgánica concreta.

Es posible, que para la persona esta sea la forma de establecer un primer contacto con los servicios de salud, puesto que culturalmente han aprendido que el médico trata los problemas "físicos". Dentro de este grupo de trastornos los más frecuentes son:

- Trastorno hipocondríaco.
- Trastorno por dolor.

SÍNDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA

Se han descrito diversos síndromes psicóticos relacionados con la cultura. En general se ajustan a los diagnósticos de la CIE-10 o del DSM IV, incluidos en el T. Psicótico no especificado.

Muchos de ellos cursan con un importante componente de ansiedad (angustia, miedos, alteraciones neurovegetativas...), sintomatología disociativa (agitación, despersonalización, desrealización...) y manifestaciones psicósomáticas (afectaciones neurovegetativas principalmente).

A continuación mencionamos algunos de estos síndromes. (Tabla extraída de Sinopsis de Psiquiatría. H. Kaplan, B. Sadock):

- **Amok.** Sudeste de Asia, Malasia: comportamiento violento repentino que puede llegar al homicidio, suicidio
- **Agotamiento cerebral.** África Subsahariana, dolor de cabeza, fatiga crónica, dificultades visuales, ansiedad.
- **Cólera.** Indios malayos (Guatemala), rabieta, arrebatos violentos, alucinaciones, ideas delirantes.
- **Koro.** Asia, temor a que el pene penetre dentro del abdomen provocando la muerte.
- **Latah.** (Sudeste de Asia, Malasia, Japón) reacción de obediencia automática con ecopraxia y ecolalia.
- **Susto, espanto.** Cursa con somatizaciones crónicas: falta de apetito, fiebre, diarrea, ansiedad, tristeza e insomnio. Se da en Latinoamérica.
- **Ataque de nervios.** Es frecuente entre los latinos tanto en el mediterráneo como en América. Se manifiesta con sintomatología disociativa y ansiosa: bochornos, inquietud, agitación, agresividad y pérdida del conocimiento.
- **Mal de ojo.** Cursa con manifestaciones psicósomáticas: cefaleas, fiebre, vómitos, diarreas y mal estar general. Se da en la cuenca mediterránea.
- **Vudú (Voodoo).** Es el miedo a la muerte súbita propia o de familiares, asociado a la creencia de que puede acontecer por la ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería. Los síntomas más frecuentes son: gran angustia, intenso miedo, alteraciones neurovegetativas, sintomatología delirante-alucinatoria y confusiones. Se da en África, Sudamérica, Australia y las Islas del Pacífico.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL NIVEL ESPECIALIZADO

La comunicación entre los niveles asistenciales a través de la interconsulta favorece la atención y el seguimiento del paciente.

El médico de Atención Primaria podría plantearse la derivación a Salud Mental en los siguientes casos, siguiendo los criterios de Tizón, como para el resto de la población:

- Psicosis.
- Trastorno depresivo severo o resistente al tratamiento.
- Trastorno de personalidad.
- Conductas peligrosas para el propio paciente o para los demás.
- Intento de suicidio o ideas suicidas.

- Estados emocionales intensos que incapacitan al paciente para actividades simples.
- Conductas disfuncionales que requieren cambios caracterológicos y conductuales.
- Peritajes jurídico-legales.
- Necesidad de tratamientos reservados al especialista.
- Necesidad de ayuda diagnóstica y terapéutica del especialista.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Alonso, H. Huerga, J. Morera. *Guía de Atención al Inmigrante*. Madrid 2003.
- Clifford G. *La Interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa 1988.
- Grinberg L., Grinberg R.: *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid, Alianza 1984
- Harold Kaplan, Benjamín Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Panamericana. Madrid 1999.
- Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Tizón García J. L.: *Atención Primaria en salud mental y salud mental en Atención Primaria*, Barcelona Doyma 1992.

ANEXO I

RECURSOS SOCIOSANITARIOS

En todas las Provincias existen asociaciones y organizaciones, que además de los Servicios de las Administraciones Públicas, y con mas o menos nivel de recursos pueden aportar soporte y ayuda a personas emigrantes con problemas de salud.

Os señalamos las organizaciones mas relevantes con el fin de que, en caso de precisar apoyos, tengais al menos algunas referencias.

En primer término señalamos las que son de ámbito regional y tienen sedes en casi todas las ciudades importantes e incluso en sitios pequeños. Posteriormente figuran algunas organizaciones específicas que actúan en ambitos provinciales o locales pero que son de relevancia.

| CIUDAD | ORGANIZACIÓN | DIRECCIÓN | CP | TELÉFONO | TIPO DE SERVICIOS |
|---|--|-------------------------------|---------------------------|------------|--|
| Todos los núcleos de población tienen uno de referencia | Centros de Acción Social de los ayuntamientos y diputaciones: CEAS | | | | Asesoramiento, información sobre recursos de acogida, alojamiento, formación, inserción laboral, asesoría jurídica, etc... |
| Avila | CÁRITAS | San Juan de la Cruz, 8 | 05001 | 920 221847 | Primera acogida, información, orientación, asesoramiento sociolaboral, apoyo en tramitaciones, atención social, jurídica y laboral, pisos de acogida, ayuda de alimentos, etc. |
| Burgos | | C/ Jerez 10 | 09006 | | |
| León | | C/ Ancha, 7 | 24003 | 987 218617 | |
| León | | C/ Hermanos La Salle, nº 2 | 24700 | 987 616796 | |
| Ponferrada | | C/ Real, 63 | 24400 | 987 410324 | |
| Palencia | | Pza. de las Carmelitas, 2 | 34005 | 979 743035 | |
| Salamanca | | Corrales de Monroy, 2 bajo | 37001 | 923 269698 | |
| Segovia | | C/ San Agustín, 4 | 40001 | 921 462820 | |
| Soria | | | | | |
| Valladolid | | C/ Simón Aranda, 15 | 47002 | 983 397930 | |
| Zamora | | Plaza Viriato, 1 | 49001 | 980 509994 | |
| Benavente | | Avda. Federico Silva, 34 bajo | 49600 | 980 635150 | |
| Toro (Zamora) | | Avda. Rodríguez Miguel, 18 | 49800 | 980 693177 | |
| Avila | | CRUZ ROJA | Plaza de San Francisco, 3 | 05005 | |
| Burgos | C/ Aranda de Duero 3 bajo | | 09002 | | |
| León | c/ Alcalde Miguel Castaño, 108 | | 24005 | 987 252528 | |
| Ponferrada | IV Avda. Poblado de Compostilla | | 24400 | 987 427013 | |
| Palencia | c/ Santo Domingo de Guzman, 5 | | 34005 | 979 700507 | |
| Salamanca | C/ Cruz Roja, nº 1 | | 37005 | 923 221032 | |
| Segovia | c/ Altos de la Piedad s/n | | 40002 | 921 440202 | |
| Soria | c/ San Benito, 19 | | 42001 | | |
| Valladolid | Antonio Lorenzo Hurtado nº 5 | | 47014 | 983132853 | |
| Zamora | c/ Hernán Cortés, 42 | | 49021 | 980 523300 | |

| CIUDAD | ORGANIZACIÓN | DIRECCIÓN | CP | TELÉFONO | TIPO DE SERVICIO |
|---|---|--------------------------------|-------|-------------------------------|--|
| En todas las Capitales de Provincia y algunas de las grandes ciudades | "SINDICATOS AGRARIOS,CC.OO. UGT" | | | | Programas de orientación e inserción laboral, derechos laborales, asesoramiento en accidentes de trabajo, bajas, proceso de regularización... |
| Avila | ASOCIACIÓN CULTURAL EURO AMERICANA | c/ Bajada de D. Alonso, 1 | 05003 | | Subvencionada por la Gerencia de Servicios Sociales. |
| Burgos | ASOCIACIÓN BURGOS ACOGE | Avda. Castilla y León, 34-bajo | 09006 | 947 224632 | |
| Burgos | ASOCIACIÓN DE INMIGRANTES MARROQUÍES EN BURGOS AL-AMAL | Avda. Castilla y León, 34-bajo | 09006 | 630 504882 | |
| Burgos | ASOCIACIÓN DE LATINOS | C/ Segovia 3 bajo | 09004 | 947 240376 | |
| Burgos | CENTRO ARGENTINO | C/ Mérida 9, 3º B | 09007 | | |
| León | ASOCIACIÓN MOVIMIENTO POR LA PAZ EL DESARME Y LA LIBERTAD | c/ Julio del Campo, 4 | | 987 876144 | Programa: Información y asesoramiento jurídico. |
| Ponferrada | CENTRO DE DÍA UROGALLO | Avda. de la Libertad, 31 | 24400 | 987 427500 | Programa de Inmigrantes: Proporcionar servicios de acogida y orientación. Asesorar en materia de documentación. Orientar y asesorar para la inserción laboral. |
| Palencia | S.O.S. Racismo | c/ Obispo Manuel González, 4 | 34005 | 979 750617 | Información y gestión de denuncias frente al racismo. Asesoramiento a inmigrantes y sensibilización social frente a la xenofobia y la discriminación. |
| Palencia | CONGREGACIÓN RELIGIOSA "MARÍA REINA INMACULADA" | c/ Higinio Aparicio, 1 | 34005 | 979 749743 | Primera acogida, y alojamiento puntual con orientación al empleo en servicio doméstico y otras áreas. |
| S. Morales (Salamanca) | ASOCIACIÓN "PUENTE VIDA" | c/ San Bartolomé, 1 | 37340 | 923 183096 | Programa casa de acogida. Formación ocupacional. |
| Segovia | ASOC. CULTURAL DE INMIGRANTES ÁRABES "SALAM" | c/ Santa teresa de Jesús, 30 | 40004 | 616 124697 | Información y orientación a inmigrantes. |
| Segovia | ASOC. SEGOVIANA DE EXTRANJEROS | Avda. Fernández Ladreda, 31 | 40002 | 921 428250 | Información y orientación a inmigrantes. |
| Segovia | INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA INMIGRANTES DE UGT | Avda. Fernández Ladreda, 31 | 40002 | 921 424850 | Programa de Integración social. |
| Segovia | CONGREGACIÓN RELIGIOSA "MARÍA INMACULADA" | c/ San Francisco, 58 | 40001 | 921 428816 | Acogida información y orientación a mujeres inmigrantes. |
| Valladolid | "(DESOD)DESARROLLO Y SOLIDARIDAD " | Pasión 13, 5ª planta | 47001 | 983 378810 Fax: 983 378806 | "Acogida - Asesoría jurídica social y laboral.Alojamiento. Formación-Prelaboral." |

| CIUDAD | ORGANIZACIÓN | DIRECCIÓN | CP | TELÉFONO | TIPO DE SERVICIO |
|------------|---|----------------------------|-------|--|--|
| Valladolid | PROCOMAR-VALLADOLID ACOGE | c/ Fray Luis de León, 14 | 47002 | 983 309915 Fax: 983 395732 | "Acogida - Asesoría jurídica social y laboral. Alojamiento. Formación. Investigación social. Sensibilización." |
| Valladolid | ASOC. FAMILIAR RONDILLA | C/ Nebrija, 19 | 47010 | 983 251454 983 251090 Fax: 983251913 | "Acogida - Asesoría jurídica social y laboral. Formación. Varios (acceso gratuito a internet, asociacionismo, multiculturalidad)." |
| Valladolid | ASOC. EUROLATINA DE INTEGRACIÓN | c/ Lope de Vega, 15 Bis | 47010 | 983 310205 Fax: 983 262364 | Acogida - Asesoría jurídica social y laboral |
| Zamora | ASOCIACIÓN ZAMORANA DE AMIGOS DEL PUEBLO SAHARAUI | C/ Ronda Santa Ana, 5-1º D | | 980 535956 | Atención general a familias residentes en Zamora y transeúntes saharauis. |

ANEXO II

MEDICAMENTOS EXTRANJEROS

| Principio activo | Nombre Comercial | Laboratorio | Presentación |
|------------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| Atovaquone | Melpron® | GSK | |
| Atovaquone/proguanil | Malarone® | GSK | |
| Benznidazole | Radanil® | Roche | 100comp. de 100 mg |
| Bithionol | Bitín® | Tanabe | |
| Estibogluconato Sódico | Pentostan® | GSK | Vial 100 ml; 100mg/ml. |
| Halofantrine | Halfan® | GSK | |
| Ivermectina | Mectizan® | MSD | 4 comp. de 3 mg |
| Mefloquina | Lariam® | Roche | 8 comp. de 250 mg |
| Miltefosine | | Asta Médica | |
| Niclosamida | Yomesan® | Bayer | 4 comp. de 500 mg |
| Nifurtimox | Lampit® | Bayer | |
| Oxamniquine | Vansil® | Pfizer | |
| Praziquantel | Biltricide® | Bayer | 6 comp. de 600 mg |
| Primaquina | Primaquine | Astra Zéneca | 100 comp. de 7,5 mg |
| Proguanil | Paludrine® | Astra Zéneca | 100 comp. de 100 mg |
| Quinina | Quinina Lafran® | Pharma Internacional | 20 comp. de 500 mg |
| Triclabendazol | Fasinex® | Novartis Agribusiness | |
| Yodoquinol | Yodoxin® | Pharma Internacional | |

Guía de Atención al Inmigrante. A. Alonso, H. Huerga, J. Morera. Ed: Ergon. Madrid, 2003.

La solicitud de medicamentos extranjeros precisa:

- Cumplimentar los impresos A-2 y A-3 (incluir sello y firma).
- Cumplimentar una receta al paciente con el fármaco.
- Informe del especialista o alta hospitalaria en el que se justifica la petición (en ocasiones es válido el informe del médico de familia).
- Con la documentación anteriormente comentada, el paciente o familiar acudirá al centro correspondiente según el Área, para recoger la medicación.