# ctualizaciones

# Estudio básico del paciente inmigrado

#### Carme Roca Saumell

Ph. D. CAP el Clot. Barcelona. Institut Català de la Salut. Universitat de Barcelona. Comissió de Cooperació i Salut Internacional de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Correo electrónico: croca.bcn.ics@gencat.cat

#### **Puntos clave**

- La inmigración es una oportunidad para el intercambio y conocimiento de distintos valores culturales, costumbres y hábitos, para la pérdida del miedo a lo desconocido y para abrirse a la diferencia y a la diversidad.
- Dentro del concepto «inmigrante» se engloban personas muy dispares desde el punto de vista cultural y con formas de entender la salud y la enfermedad muy variadas.
- Al paciente inmigrado se le realizarán las actividades preventivas que le correspondan según edad y sexo igual que al paciente autóctono y la atención primaria de salud (APS) es el marco idóneo para su abordaje.
- Las vacunas que deben tenerse en cuenta en el inmigrante adulto son: tétano-difteria, neumococo, gripe, meningococo C, triple vírica, hepatitis B, hepatitis A y poliomielitis.
- La mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas que no aporta ningún beneficio a su salud, sólo daño. La APS es el entorno fundamental para un planteamiento preventivo.
- Se aconseja realizar tratamiento de la infección tuberculosa latente en pacientes con elevado riesgo de enfermedad

- tuberculosa y el cribado de infección tuberculosa latente a los inmigrantes procedentes de áreas de alta endemia (>50/100.000 habitantes) que han llegado durante los últimos 5 años.
- Según el área geográfica de origen se valorará el cribado de: helmintiasis intestinales, esquistosomiasis urinaria, hepatitis B, hepatitis C, VIH, lúes, malaria, enfermedad de Chagas, anemias y hemoglobinopatías.
- Las personas que viajan al país de origen para visitar a familiares y amigos (VFR) corren mayor riesgo de contraer enfermedades durante sus viajes, en comparación con las personas que viajan por otros motivos.
- La APS es el marco idóneo para la detección y/o búsqueda activa de los VFR y para asumir el consejo sanitario previo de los viajeros de bajo riesgo.
- La formación y capacitación de los médicos de familia en salud internacional son imprescindibles para ofrecer una atención de calidad a la población y para la salud pública de nuestro país.

Palabras clave: Inmigración • VFR • Examen de salud • Mutilación genital femenina • Vacunación • Enfermedades importadas.

# Introducción

Los movimientos poblacionales son una realidad inherente a la historia de la humanidad y han representado un efectivo método de ajuste económico, político y social.

La inmigración es una oportunidad para el intercambio y conocimiento de distintos valores culturales, costumbres y hábitos, para la pérdida del miedo a lo desconocido y para abrirse a la diferencia y a la diversidad.

Durante la primera década del siglo xxI, España se convirtió en un país receptor de ciudadanos procedentes de países con renta baja, que buscaban en su geografía mejorar sus condiciones de vida y ofrecer un futuro mejor a sus familiares<sup>1</sup>. Este hecho supuso un cambio demográfico trascendente en la sociedad en general y obviamente quedó reflejado en las consultas de atención primaria de salud (APS).

A partir del año 2012, debido a la crisis económica y a la precarización del mercado laboral, esta tendencia de crecimiento poblacional cambió y actualmente se vive un proceso de asentamiento de la población inmigrada y, en menor medida, de emigración.

Numerosos estudios objetivan que en general los inmigrantes son personas jóvenes y sanas<sup>2-6</sup> que no representan ningún riesgo para la salud de la comunidad receptora<sup>7</sup>.

Es importante resaltar que dentro del concepto «inmigrante» se engloban personas muy dispares desde el punto de vista cultural y con formas de entender la salud y la enfermedad muy variadas.

En este artículo se aborda el examen de salud básico al paciente inmigrado que acude por primera vez al sistema sanitario y se introduce un nuevo reto para los médicos de atención primaria: el abordaje del paciente asentado en España que realiza viajes a su país de origen para visitar a familiares y amigos.

# Paciente inmigrado que acude por primera vez a la consulta de atención primaria

### Visita de acogida de enfermería (VAE)

Desde la APS se propone, siempre que sea posible por la organización del centro, iniciar la relación sanitaria mediante la VAE<sup>8</sup>.

Los profesionales de enfermería desempeñan la importante tarea de «cuidar», entendida ésta como la realización de atenciones orientadas a la persona en todas sus dimensiones para ayudarla a adaptarse a situaciones concretas que mejoren su estado de salud o bien a modificar el entorno de la forma más óptima posible. La VAE debe ser corta, acogedora, ágil y oportunista, y debe adaptarse, en cada caso, a la situación de salud de la persona atendida. La VAE en el paciente inmigrante no será distinta a la de los pacientes autóctonos, sobre todo si se tiene en cuenta que siempre debe individualizarse y adaptarse a las necesidades que se detecten. Es importante crear un clima de confidencialidad en que la persona pueda expresar sus sufrimientos y ser escuchada.

#### Entrevista clínica

La entrevista clínica es fundamentalmente un acto de comunicación, cuyas tres funciones principales son: establecer una relación interpersonal, realizar un proceso diagnóstico y consensuar un plan terapéutico<sup>9,10</sup>.

Cuando el paciente es inmigrante, pueden surgir durante la entrevista elementos distorsionadores (problemas lingüísticos, diferencias culturales, distinta comprensión del lenguaje no verbal, interferencias emocionales, prejuicios, etc.)<sup>11</sup> que el buen médico-comunicador podrá solventar si se ayuda de<sup>12</sup>:

• Habilidades básicas, como calidez, empatía, respeto, concreción y asertividad.

- Agentes de salud comunitaria, mediadores culturales o traductores.
- Formación en competencia cultural<sup>13</sup> para ofrecer una atención médica culturalmente adecuada.

Es importante que el profesional muestre interés y/o aprenda a pronunciar bien el nombre y los apellidos de sus pacientes, por muy complicados que sean. Este esfuerzo revelará interés y respeto por parte del profesional. Una actitud contraria puede reforzar los problemas de identidad y soledad. El nombre está íntimamente ligado al origen, a la familia, a la tierra; en definitiva, a la identidad que se ha de reconstruir en el país de acogida.

#### **Anamnesis**

Se recogerán datos sobre:

- Identidad y filiación: nombre, edad, país de origen y región (rural o urbana), y tiempo de migración.
  - *Identidad cultural* (etnia, religión y lengua materna).
- Si ha inmigrado recientemente, se le preguntará por la ruta migratoria y las condiciones del viaje.
  - Conocimiento del idioma o idiomas del país de acogida.
  - Nivel de escolarización.
- Aspectos importantes para conocer el proceso migratorio en que se encuentra el paciente<sup>14</sup> y su abordaje psicológico son los referidos al motivo de migración (ayudar a la familia del país de origen, reagrupación familiar, etc.), la voluntad de migrar (por decisión propia o familiar), expectativas de la migración y el esfuerzo requerido<sup>15</sup>. Cuanto más preparado y consistente sea el proyecto migratorio, más fácil resultará posteriormente la elaboración del duelo migratorio 16.
- Antecedentes personales: hábitos higiénico-dietéticos, tóxicos, alergias, situación laboral previa y actual, vivienda y convivientes, y riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Deberá preguntarse por exámenes de salud previos en otras zonas del país de acogida (debe evitarse la duplicidad de exploraciones).
- · Antecedentes patológicos: enfermedades previas (agudas o crónicas), cirugías, accidentes, medicación actual, transfusiones de sangre, historia obstétrica en mujeres, planificación familiar, estado inmunitario y uso de medicinas tradicionales.
- Antecedentes familiares: genograma, enfermedades hereditarias y consanguinidad.

# Exploración física

Incluye una exploración física general (inspección, auscultación cardiorrespiratoria y palpación abdominal) y una exploración más detallada en relación con el motivo de con-

Siempre se explicará previamente la maniobra exploratoria que se va a realizar.

# **Actividades preventivas**

La APS es la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario y constituye el marco idóneo para abordar las actividades de prevención, promoción de la salud y cribado de enfermedades<sup>17</sup>. Con la premisa de que la detección precoz debe suponer un beneficio real para la vida del paciente<sup>18</sup> y siguiendo las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud<sup>19</sup>, al paciente inmigrado se le realizarán las actividades que le correspondan según edad y sexo, igual que al paciente autóctono<sup>20</sup>.

Algunas consideraciones que deben tenerse en cuenta en relación con el estado inmunitario:

1. Preguntar sobre las vacunas que ha recibido previamente y, a ser posible, comprobar los documentos sanitarios que lo acrediten. En caso de duda, se considerarán como no recibidas y se procederá a vacunar. En caso de aportar un calendario vacunal, se completarán las dosis que falten en relación con el calendario vigente en nuestro país. Debe recordarse: dosis puesta = dosis contada.

- 2. Evitar las «ocasiones perdidas», es decir, administrar el máximo número de dosis posible en el mismo acto médico.
- 3. Respetar el período mínimo entre dos dosis. Si por alguna razón una dosis se ha administrado antes de lo que le correspondía, no contará como puesta y se revacunará en el período que corresponda.
- 4. Las vacunas inactivadas pueden administrarse simultáneamente o con cualquier intervalo entre ellas.
- 5. Las vacunas atenuadas deben administrarse simultáneamente o separar sus dosis al menos 4 semanas.

Las vacunas que deben tenerse en cuenta para repasar y actualizar en el inmigrante adulto se detallan en la tabla 1.

Vacunas	Recomendaciones	
Tétanos-difteria (Td)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf	
Neumococo (VPn)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf	
Gripe (VAG)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf	
Meningococo C (MCC)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Se recomienda una dosis de vacuna MCC a los menores de 20 años no vacunados.	
Triple vírica (TV)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf  Las personas nacidas después de 1966 que no hayan padecido la enfermedad deben tener administradas 2 dosis de triple vírica. Debe investigarse el estado de vacunación de la población femenina fértil de manera sistemática, en especial a inmigrantes. En caso de falta de evidencia o dudas sobre la vacunación se procederá a ella (descartando embarazo actual y evitándolo en las 4 semanas posteriores a la vacunación). No es preciso llevar a cabo serología previa.	
Virus de la hepatitis B (VHB)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Se destacan dos de las indicaciones de la vacunación para el VHB por el riesgo que comportan: 1. Personas que viajan a países endémicos durante más de 6 meses, o menos tiempo si prevén tener relaciones sexuales 2. Grupos étnicos con elevada prevalencia y emigrantes de zonas de alta endemia (v. mapa en fig. 1).	
Virus de la hepatitis A (VHA)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Indicada en pacientes no vacunados y que no han pasado la enfermedad, originarios de países endémicos (fig. 2) cuando prevean realizar viajes al país de origen.	
Virus de la poliomielitis, vacuna inactivada (VPI)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Indicada en pacientes no vacunados y originarios de países endémicos del virus de la polio salvaje (Pakistán, Afganistán y Nigeria) ante la posibilidad de viajar de nuevo al país de origen. Si nunca han recibido la vacuna, primovacunar con tres dosis (a los 0, 1 y 6 meses). Si recibieron vacunación previa hace más de 10 años, administrar una dosis de recuerdo. Permanecer alerta ante las personas que programen viajar a zonas con brotes aislados de poliomielitis (fig. 3).	

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>21</sup>, la mayoría de la población mundial vive en países donde la prevalencia del antígeno de superficie del VHB (HBsAg) en la población general es alta (≥8%) o media (2-7%). En áreas de Norteamérica, del norte de Europa y Europa occidental, cono sur de Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda, la prevalencia de la infección crónica por el VHB es relativamente baia (<2%; fig. 1).

En los inmigrantes originarios de zonas con alta prevalencia de hepatitis B sería recomendable realizar las serologías antes de vacunar para detectar a las personas que han pasado la infección y se han curado (no necesitarían la vacuna) y a las que han quedado portadoras crónicas del virus (necesitarían estudio completo con carga viral, tratamiento y seguimiento).

La poliomielitis es una enfermedad vírica cuya transmisión por el virus salvaje ha quedado reducida a zonas concretas del planeta (fig. 3) y cuya prevalencia a nivel mundial es muy baja. A pesar de que desde los organismos internacionales de salud se trabaja firmemente para la futura erradicación de esta enfermedad a nivel mundial<sup>22</sup>, debido a la inestabilidad política y a los conflictos bélicos, van apareciendo brotes epidémicos de poliomielitis en países no endémicos. Por ello, se destaca la necesidad de repasar el estado vacunal de los inmigrantes originarios de países endémicos para que estén correctamente inmunizados en caso de realizar viajes para visitar a sus familiares y amigos, y a todas las personas que planeen viajar a estos países.

#### Prevención de la mutilación genital femenina (MGF)

La OMS define la MGF como todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas<sup>23</sup> que no aporta ningún beneficio a su salud, sólo daño.

Existen cuatro tipos de MGF:

- 1. Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris.
- 2. Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- 3. Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal, con o sin resección del clítoris.
- 4. Otros: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos externos con fines no médicos.

Según el informe de UNICEF<sup>24</sup>, se ha practicado la MGF a más de 125 millones de niñas y mujeres vivas, y 30 millones más pueden encontrarse en situación de riesgo.

Los 29 países donde esta práctica se concentra se detallan en la tabla 2.

#### TABLA 2. Los 29 países donde se practica la mutilación genital femenina

Benín	
Burkina Faso	
Camerún	
Chad	
Costa de Marfil	
Egipto	
Eritrea	
Etiopía	
Gambia	
Ghana	
Guinea	-
Guinea-Bissau	***************************************
Iraq	-
Kenia	
Liberia	
Malí	
Níger	
Nigeria	-
República Centroafricana	
República Unida de Tanzania	
Senegal	
Sierra Leona	
Somalia	
Sudán	
Togo	
Uganda	
Yemen	
Yibuti	
Según United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilatio	n/Cutting:

Según United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New York, 2013. Disponible en: http://www.childinfo.org/files/FGCM\_Lo\_res. ndf. [Consultado el 8 de abril de 2015 ]

Las causas de la MGF consisten en un conjunto de factores culturales, religiosos, sociales y comunitarios. La vinculación con la tradición depende más de la identidad étnica que del país al cual se pertenece<sup>25</sup>.

La APS, por ser el ámbito sanitario más cercano a la comunidad, es fundamental para el planteamiento preventivo de la MGF.

Kaplan et al.<sup>26</sup> proponen diez puntos para el abordaje de la MGF desde la APS, que se resumen en: formación de los profesionales; detección de las niñas en riesgo de la población asignada; aproximación a la familia para transmitir e informar con respeto y diálogo sobre las consecuencias físicas y psíquicas de esta práctica; informar sobre la legis-

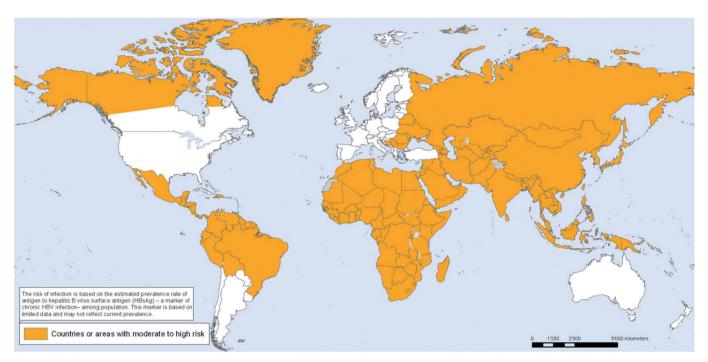


Figura 1. Países o áreas con riesgo moderado-alto de hepatitis B. El riesgo de infección está basado en la prevalencia estimada del antígeno de superficie del VHB (HBsAg) en la población. Al estar estimado según datos limitados, es posible que no refleje la prevalencia actual. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\_HepB\_ITHRiskMap.png?ua=1

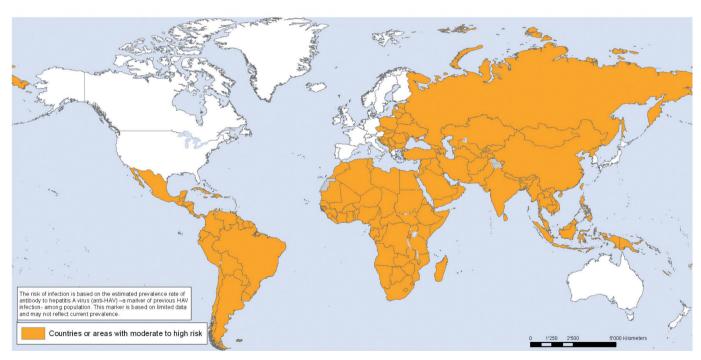


Figura 2. Países o áreas con riesgo moderado-alto de hepatitis A. El riesgo de infección está basado en la prevalencia estimada de los anticuerpos contra el VHA (AcVHA) en la población. Al estar estimado según datos limitados, es posible que no se refleje la prevalencia actual. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\_HepA\_ITHRiskMap.png?ua=1

lación vigente; estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña a África y, en caso de alto riesgo, ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial, y mediación intercultural. En las zonas con numerosa población subsaharia-

na, deben realizarse actividades divulgativas y preventivas sobre la MGF coordinadas con diversos sectores de la comunidad (escuelas, servicios sociales y asociaciones de vecinos).

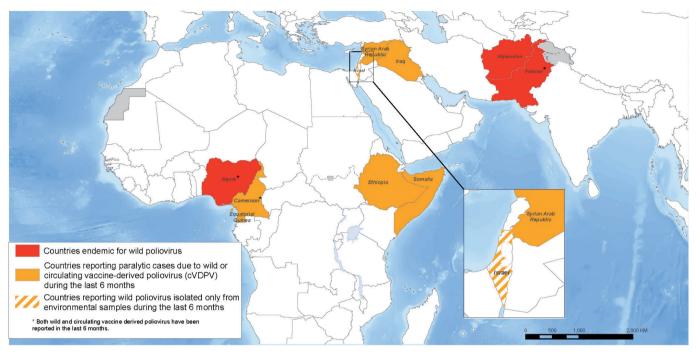


Figura 3. Países con virus de la poliomielitis. La OMS recomienda la correcta inmunización de las personas que viajan a estos países o desde ellos, a partir del 5 de mayo de 2014. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\_PolioRisk\_ITHRiskMap. png?ua=1

# **Exploraciones complementarias**

En las personas originarias de un país de renta baja debe procederse a realizar las exploraciones complementarias que se enumeran a continuación.

#### Analítica sanavínea

Debe incluir hemograma, glucemia, creatinina, pruebas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina y GGT), así como colesterol total.

#### Cribado de tuberculosis

La tuberculosis (TBC) presenta una epidemiología compleja y representa un importante problema de salud pública, especialmente en países de renta baja y en zonas de pobreza o marginación de países industrializados.

Deben tenerse en cuenta algunas consideraciones<sup>27</sup>:

• Se considera infección tuberculosa latente (ITL) cuando no presenta signos clínicos, bacteriológicos ni radiológicos de enfermedad activa. Tradicionalmente se diagnostica mediante la positividad de la prueba de la tuberculina (PT). Más recientemente han aparecido métodos de detección de infección, como los tests inmunológicos in vitro en sangre IGRA (Interferon-Gamma Release Assay).

La PT positiva significa contacto previo con el bacilo de la TBC y no implica contagiosidad.

Según la evidencia disponible, se recomienda para el diagnóstico de la ITL la realización de la PT. En los casos con PT positiva en personas que han recibido vacunación BCG (especialmente en los 15 años previos) o si la PT ha sido negativa (personas inmunodeprimidas o niños menores de 5 años), se debe considerar la realización de un test IGRA como prueba complementaria.

- La enfermedad tuberculosa suele estar acompañada por síntomas y/o signos bacteriológicos y/o radiológicos. Cuando su localización es pulmonar, es la fuente de infección de nuevos individuos.
- Los inmigrantes originarios de países con elevada prevalencia de TBC (>50/100.000 habitantes) presentan un porcentaje mayor de ITL que la población autóctona<sup>28</sup>.
- El desarrollo de la TBC en población inmigrante característicamente aparece con más frecuencia durante los 5 primeros años tras la llegada y ocurre por reactivación de la infección latente adquirida en el país de origen<sup>29</sup>.
- · Algunos colectivos de inmigrantes presentan mayor prevalencia de TBC extrapulmonar que la población autóctona<sup>30,31</sup>. Estas formas extrapulmonares pueden suponer la única manifestación de la TBC, lo que es un importante reto diagnóstico.

El control de la TBC en inmigrantes no se diferencia básicamente del control en la población autóctona y se basa en:

- Diagnóstico precoz de la TBC: se aconseja la búsqueda activa de la TBC mediante la anamnesis y la exploración física dirigidas a detectar la existencia de síntomas y signos sugestivos, que se confirmarán con las exploraciones complementarias pertinentes.
- Cumplimiento del tratamiento médico con cuatro fármacos. Es aconsejable realizar el antibiograma en todos los casos de cultivo positivo.
  - Estudio de contactos del caso índice de TBC.

- Tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) en personas de alto riesgo.

No hay evidencia de que la práctica de una radiografía de tórax y/o la PT de forma universal en el primer contacto con el sistema de salud de una persona recién llegada al país pueda mejorar el control de la TBC en este grupo poblacional. Tampoco hay evidencia de que el TITL en inmigrantes que no pertenecen a grupos de alto riesgo de TBC pueda aportar beneficios. Por tanto, son temas controvertidos, donde será necesario hacer un abordaje individualizado.

Se aconseja realizar TITL en pacientes con riesgo elevado de TBC y realizar el cribado de ITL a los inmigrantes procedentes de áreas de alta endemia (>50/100.000 habitantes) que han llegado durante los últimos 5 años<sup>27</sup> (v. mapa de distribución mundial de la TBC en fig. 4)<sup>32</sup> mediante la PT. En estos casos se considerará una PT positiva cuando el diámetro transverso de la induración sea ≥10 mm.

#### Exploraciones complementarias según el área geográfica de origen

El origen geográfico y el tiempo de residencia en un país desarrollado son dos de los factores que determinan la prevalencia de las enfermedades importadas (tabla 3)<sup>33</sup>.

Se presentan los mapas de distribución mundial de las helmintiasis (fig. 5)34, de la prevalencia de la infección por el VIH (fig. 6)<sup>35</sup>, de sífilis en mujeres en atención prenatal (fig. 7)<sup>36</sup> y de la enfermedad de Chagas (fig. 8)<sup>37</sup>.

Para evaluar los antecedentes epidemiológicos en relación con la enfermedad de Chagas, ante un paciente originario de América latina debería recogerse información sobre el país de origen (la provincia o el departamento), si ha residido en zonas rurales o ha habitado en casas de adobe a lo largo de la vida, si conoce la vinchuca (insecto hematófago vector de la enfermedad de Chagas) o la existencia de la enfermedad de Chagas en el área o áreas donde ha vivido<sup>38</sup>, o conoce a alguna persona afectada de la enfermedad de Chagas (debe preguntarse específicamente por el antecedente materno), si ha recibido alguna transfusión de sangre o ha sido receptor de trasplantes en el país de origen<sup>39</sup>.

Con el objetivo de detectar síntomas de una posible afectación cardíaca de la enfermedad de Chagas, se interrogará sobre<sup>40</sup> alteraciones del rítmo cardíaco, síntomas secundarios a insuficiencia cardíaca, fenómenos tromboembólicos venosos y sistémicos. Los síntomas y signos de la cardiopatía chagásica son los propios de las miocardiopatías en general y ninguno de ellos es patognomónico de esta enfermedad.

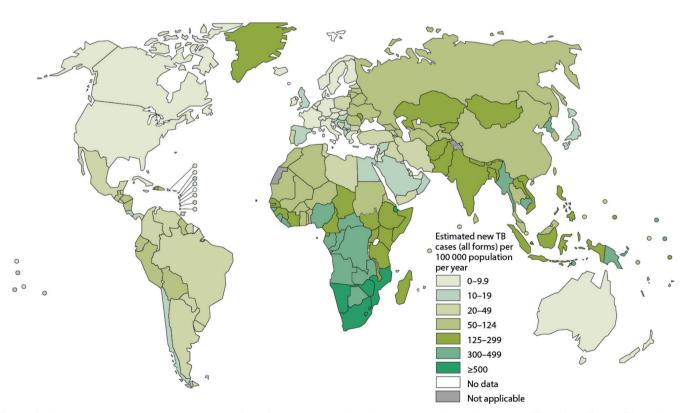
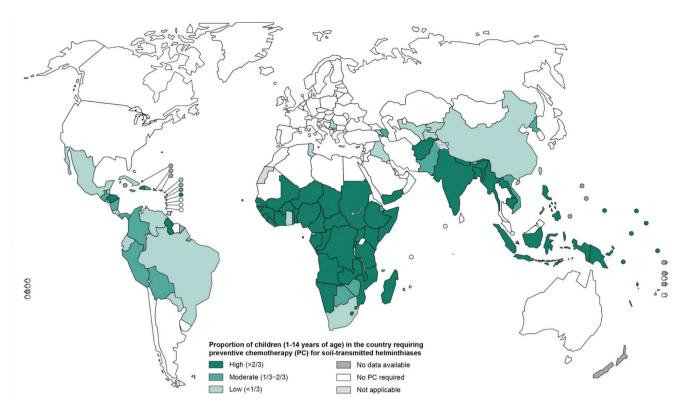


Figura 4. Incidencia estimada de tuberculosis, 2013. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\_TBincidence\_2013.png

Enfermedad importada	Estudio	Indicación
Helmintiasis intestinales	Estudio coproparasitológico	Personas originarias de África, Asia o América latina, que emigraron del país de origen hace menos de 3 años y que habían vivido en zonas rurales y/o en condiciones de bajo nivel higiénico- sanitario
Esquistosomiasis urinaria	Sedimento de orina para descartar hematuria  Si hay hematuria o alta sospecha por riesgo epidemiológico, debe solicitarse determinación de parásitos ( <i>Schistosoma haematobium</i> ) en orina	La hematuria es uno de los signos más característicos de la parasitación por <i>Schistosoma haematobium</i> .  Se distribuye por todo el continente africano (sobre todo por África subsahariana) y Oriente Medio*
Hepatitis B	Serologías	En personas procedentes de países con alta prevalencia de hepatitis B (fig. 2)
Hepatitis C	Serología	La hepatitis C es prevalente en todo el mundo. Las regiones más afectadas son Asia central y oriental, y el norte de África**
Virus de la inmunodeficiencia humana	Serología	La infección por VIH es un grave problema de salud a nivel mundial. La región del mundo más afectada es el continente africano (fig. 6)
Lúes	Serologías	Elevada coinfección con el VIH. Se aconseja estudio siempre que se detecten conductas o antecedentes de riesgo (fig. 7)
Malaria	Gota gruesa	En mujeres embarazadas y niños originarios de África subsahariana (de zonas endémicas de <i>Plasmodium</i> <i>falciparum</i> ), que han migrado hace menos de 6 meses
Enfermedad de Chagas	Serología	Enfermedad endémica de América latina, se extiende desde el sur de Estados Unidos hasta la región central de Argentina (fig. 8).  Valorar estudio en:  - Mujeres embarazadas latinoamericanas  - Inmigrantes latinoamericanos inmunodeprimidos o candidatos a tratamientos inmunosupresores  - Personas con antecedentes epidemiológicos sugestivos  - Personas con signos o síntoma sugerentes de enfermedad de Chagas
Anemias/hemoglobinopatías	Analítica con determinación de ferritina	A mujeres y niños procedentes de África subsahariana debido a la elevada tasa de anemias carenciales. Si se detecta una anemia microcítica con ferritina normal, valorar el estudio de hemoglobinopatías, sobre todo en africanos subsaharianos y del subcontinente indio

Con el objetivo de detectar síntomas de probable afectación digestiva de la enfermedad de Chagas se interrogará sobre<sup>41</sup> síntomas relacionados con alteracion esofágica (disfagia, regurgitación, odinofagia, tos nocturna, sialorrea e hipertrofia parotídea), alteración gastroduodenal (dispepsia, pirosis, distensión abdominal y epigastralgia), y alteración colónica (estreñimiento, cambio del ritmo deposicional y sensación de evacuación incompleta).



**Figura 5.** Proporción de niños (1-14 años) por países que requieren quimioprofilaxis para las geohelmintiasis, 2013. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/STH\_2013.png

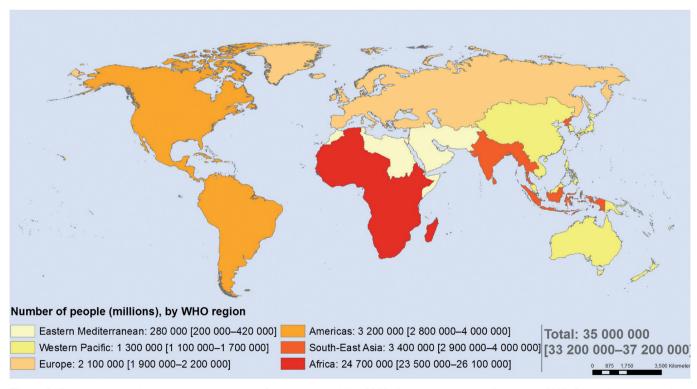


Figura 6. Estimación de adultos y niños que viven infectados por el VIH, 2013. Por regiones geográficas de la OMS. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV\_all\_2013.png

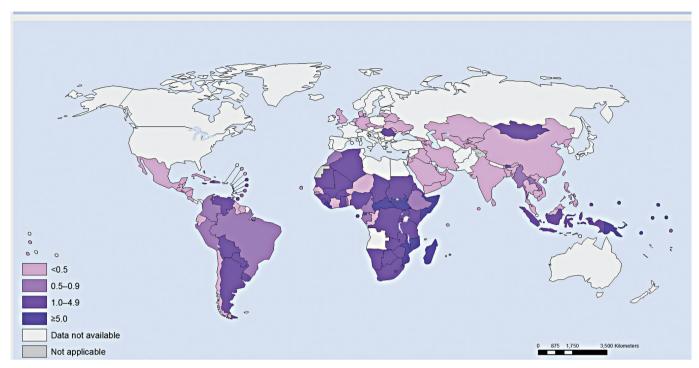


Figura 7. Porcentaje de pacientes atendidas en atención prenatal con serologías de sífilis positivas (últimos datos notificados desde el año 2005). Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho\_sti\_anc\_syphilis\_positive.png

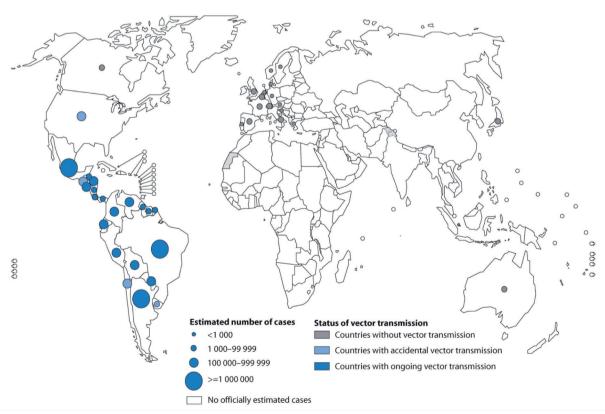


Figura 8. Distribución de los casos de infección por Trypanosoma cruzi, basados en estimaciones oficiales y en el estado del vector transmisor, en todo el mundo, 2006-2009. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\_chagas\_2009.png

# Abordaje del inmigrante que viaja a su país de origen para visitar a familiares y amigos

Una vez asentados en el país receptor, muchas personas migradas realizan viajes para visitar a sus familiares y amigos en las zonas geográficas de origen, y se los conoce como inmigrantes visiting friends and relatives (VFR). En estos viajes pueden ir acompañados por sus parejas y/o hijos nacidos en el país receptor u en otro país distinto al del inmigrante, por lo que en términos genéricos a este colectivo específico se les denomina viajeros VFR<sup>42,43</sup>.

Numerosas publicaciones alertan de que los VFR corren mayor riesgo de contraer enfermedades durante estos viajes en comparación con las personas que viajan por otros motivos<sup>44-46</sup>.

Se argumenta que fundamentalmente puede deberse a mayor exposición a agentes patógenos junto con menor percepción de riesgo para la salud<sup>47</sup>, lo que hace que soliciten menos consejo sanitario previo al viaje<sup>48</sup> y que presenten baja adherencia a las actividades preventivas recomendadas o prescritas (como la quimioprofilaxis para la malaria; tabla  $4)^{49-51}$ .

En un estudio realizado en Quebec<sup>52</sup> se objetivó que el 52,9% de casos de malaria, el 56,9% de hepatitis A y el 94,4% de fiebre tifoidea, importados durante el período de estudio, se diagnosticaron en VFR.

La mayoría de enfermedades adquiridas por los VFR son prevenibles mediante consejo sanitario previo, quimioprofilaxis o vacunación<sup>53,54</sup>.

Los niños VFR son un grupo especialmente vulnerable a las enfermedades importadas<sup>55,56</sup>.

La enfermedad importada potencialmente letal más frecuente es la malaria causada por Plasmodium falciparum procedente de África subsahariana. Los hijos nacidos en Europa de padres inmigrantes son posiblemente el colectivo de mayor riesgo en cuanto a frecuencia y morbimortalidad de la enfermedad<sup>57</sup>.

# Atención sanitaria previa al viaje

El consejo sanitario previo al viaje es un elemento clave en la prevención de las enfermedades importadas<sup>58</sup>.

A pesar de que las personas inmigradas realizan viajes a sus países de origen, no suelen solicitar consejo sanitario

	7 (6
Factores dependientes del viaje	Zonas geográficas:  – Con mayor carga de enfermedades prevenibles
	<ul> <li>Con menores tasas de vacunaciones sistemáticas infantiles</li> </ul>
	Con infraestructuras sanitarias menos desarrolladas
	– Zonas más remotas y rurales
	Los viajes suelen ser de mayor duración, a veces planificados con menor tiempo (sobre todo si la visita es a un familiar enfermo o para asistir a un funeral)
Características intrínsecas de este colectivo	Lógicamente tienen mayor contacto con la población local (familiares y amigos) Probablemente por la familiaridad con el entorno y con las enfermedades endémicas, existe una falta de percepción del riesgo de enfermar
	Conductas de riesgo:
	<ul> <li>Menor utilización de medidas de protección frente a exposiciones como las picaduras de insecto</li> <li>Uso de fuentes locales de agua</li> </ul>
	Consumo de comida tradicional o preparada localmente
	– Baños en aguas estancadas
	– Menor uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales

TABLA 5. Viajes de alto riesgo	
	Anamnesis
Se consideran viajes de alto riesgo cuando se presentan uno o más de los siguientes aspectos	Duración del viaje >30 días
	Viajeros <14 años o >65 años
	Viajeros por motivos laborales con actividades de alto riesgo para la salud (sanitarios, veterinarios, biólogos, etc.)
	Viajeros con enfermedades crónicas e inmunodeficiencias
	Viajeras embarazadas
	Áreas de destino endémicas para malaria por <i>Plasmodium falciparum</i>
	Áreas de destino rurales o remotas

previamente por considerarlo innecesario o por desconocimiento<sup>59</sup>.

La APS es el marco idóneo para la detección y/o búsqueda activa de los VFR para asumir las actividades preventivas de los viajeros de bajo riesgo<sup>60</sup> y reorientar hacia unidades de salud internacional a los viajeros de alto riesgo (tabla 5) o aquellos que requieran vacunas de certificación de la OMS.

La formación y capacitación de los médicos de familia en salud internacional y en competencias culturales son imprescindibles para ofrecer una atención de calidad a la población y para la salud pública del país.

#### **Bibliografía**

- 1. Balanzó X. Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. Aten Primaria. 1991;8:527-9.
- 2. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Supl 1: 9-25.
- 3. Roca C, de Balanzó X. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. An Sist Sanit Navar. 2006;29:139-44.
- 4. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gac Sanit. 2015;29:15-20.
- 5. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the "healthy immigrant effect" CMAJ. 2007;176:1439-40.
- 6. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'healthy migrant effect'-not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. Int J Epidemiol. 2000;29:191-2.
- 7. Roca C, de Balanzó X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascón J, et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. Med Clin (Barc). 2002;119:616-9.
- 8. Solé C, Besora I, Salvador A, Barrachina M, Oriach RM, Vázquez C, et al. La visita de acogida. Enf Clin. 2002;12:238-42.
- 9. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- 10. Borrell Carrió F, Prados Castillejo JA. Entrevista clínica. Conceptos generales. En: SEMFyC. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: SEMFyC; 2006. p. 1605-8.
- 11. Johnson R, Roter D, Powe N, Cooper L. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician comunication during medical visits. Am J Public Health. 2004;94:2084-9.
- 12. Sirur-Flores Bates MA, Álvarez Herrero MC. Entrevista clínica con el inmigrante. En: Morera Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Guía de atención al inmigrante, 2.ª edición. Madrid: Ergon, 2009; p. 89-97. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\_49951\_FICHERO\_NOTICIA\_41735.pdf. [Consultado el 30 de marzo de 2015.1
- 13. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:127-47.
- 14. Sayed-Ahmad Beiruti N. Procés migratori, diversitat sociocultural i impacte sobre la salut mental. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa. 2013;54:87-101. Disponible en: http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/267195/354753. [Consultado el 30 de marzo de 2015.]
- 15. Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Vertex. 2005;16:105-13.
- 16. Alda M, García-Campayo J. El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. Revista de actualidad sociosanitaria. RAS. 2003;3:14-6. Disponible en: http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf. [Consultado el 30 de marzo de 2015.]
- 17. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Disponible en: http:// www.who.int/whr/2008/es/index.html. [Consultado el 30 de marzo de 2015.]
- 18. Losilla Domínguez M, Altisent Trota R. Ética de la prevención: ¿es mejor prevenir que curar? AMF. 2010;6:498-504.
- 19. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://www.papps.es/ [Consultado el 30 de marzo de 2015.]

- 20. PAPPS. Actualización 2014. Atenc Prim. 2014;46 Extraordinario IV:1-120. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/PAPPS\_2014.pdf [Consultado el 30 de marzo de 2015.]
- 21. World Health Organization. Vaccine-preventable diseases and vaccines. Chapter 6. International Travel and Health. 20012. http://www.who.int/ith/ITH\_chapter\_6.pdf?ua=1 [Consultado el 7 de abril de 2015.]
- 22. World Health Organization. Polio eradication and endgame strategic plan 2013-2018. Disponible en: http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Strategyandwork.aspx [Consultado el 7 de abril de 2015.]
- 23. WHO. Mutilación genital femenina. Febrero 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/ [Consultado el 8 de abril de 2015.]
- 24. United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New York, 2013. Disponible en: http://www.childinfo.org/files/FGCM\_Lo\_res.pdf [Consultado el 8 de abril de 2015.]
- 25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (mgf). Sistema Nacional de Salud 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo\_MGF\_vers-5feb2015.pdf [Consultado el 8 de abril de 2015.]
- 26. Kaplan Marcusan A, Torán Monserrat P, Bedoya Muriel MH, Bermúdez Anderson K, Moreno Navarro J, Bolíbar Ribas B. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Aten Primaria. 2006;38:122-6.
- 27. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AA-TRM Nº 2007/26. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/index.html [Consultada el 13 de abril de 2015.]
- 28. Molina Rueda MJ, Martín-Vivaldi Jiménez A, Molina Rueda F. Tuberculosis e inmigración: un reto pendiente de salud pública. Gac Sanit. 2013;27:186-9
- 29. Vázquez Torres MC, Otero Puime A. Tuberculosis en inmigrantes: intervalo desde la llegada a España hasta el diagnóstico de la infección. Med Clin (Barc). 2004;122:796.
- 30. Sánchez F, Osorio D, López-Colomés JL, Sanz M, Orcau A, García de Olalla P, et al. Epidemiología de la tuberculosis importada en un área urbana de alta endemia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2004;22:26.
- 31. Forssbohm M, Zwahlen M, Loddenkemper R, Rieder HL. Demographics characteristics of patients with extrapulmonary tuberculosis in Germany. Eur Respir J. 2008;31:99-105.
- 32. WHO. Estimated TB incidence rates, 2013. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\_TBincidence\_2013. png [Consultado el 13 de abril de 2015.]
- 33. Bocanegra C, Salvador F, Sulleiro E, Sánchez-Montalvà A, Phissa A, Molina I. Screening for imported diseases in an immigrant population: experience from a teaching hospital in Barcelona, Spain. Am J Trop Med Hyg. 2014;91:1277-81.
- 34. WHO. Proportion of children (1-14 years of age) in the country requiring preventive chemotherapy (PC) for soil-transmitted helminthiases, worldwide, 2013. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/STH\_2013.png. [Consultado el 18 de abril de 2015.]
- 35. WHO. Adults and children estimated to be living with HIV, 2013. Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV\_ all\_2013.png. [Consultado el 18 de abril de 2015.]
- 36. WHO. Percentage of antenatal care attendees positive for syphilis (latest reported data since 2005). Disponible en: http://gamapserver.who. int/mapLibrary/Files/Maps/gho\_sti\_anc\_syphilis\_positive.png. [Consultado el 18 de abril de 2015.]
- 37. WHO. Distribution of cases of Trypanosoma cruzi infection, based on official estimated and status of vector transmission, worldwide, 2006-Disponible en: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/ Maps/Global\_chagas\_2009.png. [Consultado el 18 de abril de 2015.]
- 38. Matinero E, Roca C, Escribà JM, Bayó J, de la Fuente S y Grupo de estudio Chagas-Clot. Conocimiento de la existencia de la enfermedad de Chagas por inmigrantes originarios de centro y suramérica continental. Enf Emerg. 2010;12:145-9.
- 39. Roca Saumell C, Soriano-Arandes A, Solsona Díaz L, Gascón Brustenga J. Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de

- Chagas en atención primaria de salud de áreas no endémicas. Aten Primaria. 2015. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j. aprim.2015.01.002.
- 40. Gascón J, Albajar P, Cañas E, Flores M, Gómez i Prat J, Herrera RN, et al. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por Trypanosoma cruzi no es endémica. Rev Esp Cardiol. 2007;60:285-93.
- 41. Pinazo MJ, Cañas E, Elizalde JI, García M, Gascón J, Gimeno F, et al. Diagnosis, management and treatment of chronic Chagas' gastrointestinal disease in areas where Trypanosoma cruzi infection is not endemic. Gastroenterol Hepatol. 2010;33:191-200.
- 42. Matteelli A, Stauffer WM, Barnett ED, MacPherson DW, Loutan L, Hatz ChF, et al. Is a new definition required for travelers who visit friends and relatives? J Travel Med. 2010;17:430-1.
- 43. Barnett ED, MacPherson DW, Stauffer WM, Loutan L, Hatz CF, Matteelli A, et al. The visiting friends or relatives traveler in the 21st century: Time for a new definition. J Travel Med. 2010;17:163-70.
- 44. Hagmann S, Reddy N, Neugebauer R, Purseani M, Leder K. Identifying Future VFR travelers among immigrant families in the Bronx. New York J Travel Med. 2010;17:193-6.
- 45. LaRocque RC, Deshpande BR, Rao SR, Brunette GW, Sotir MJ, Jentes ES, et al. Pre-travel health care of immigrants returning home to visit friends and relatives. Am J Trop Med Hyg. 2013;88:376-80.
- 46. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Estrategia básica de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- 47. Scolari C, Tedoldi S, Casalini C, Scarcella C, Matteelli A, Csari S, et al. Knowledge, attitudes, and practices on malaria peventive measures of migrants attending a public health clinic in Northern Italy. J Travel Med. 2002;9:160-2.
- 48. Van Herck K, Castelli F, Zuckerman J, Nothdurft H, Van Damme P, Dahlegren A-L, et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases. The European Airport-Survey. J Travel Med. 2004;11:3-8.
- 49. Angell SY, Cetron MS. Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. Am Intern Med. 2005;142:67-72.

- 50. Baggett HC, Grahm S, Kozarsy PE, Gallagher N, Blumensaadt S, Bateman J, et al. Pretravel health preparation among US residents traveling to India to VFRs: Importance of ethnicity in defining VFRs. J Travel Med. 2009:16:112-8.
- 51. Fenner L, Weber R, Steffen R, Schlagenhuf P. Imported infectious disease and purpose of travel, Switzerland. Emerg Infect Dis. 2007:13:217-22
- 52. Bui YG, Trépanier S, Milord F, Blackburn M, Provost S, Gagnon S. Cases of malaria, hepatits A, and typhoid fever among VFRs, Quebec (Canada). J Travel Med. 2011;18:373-8.
- 53. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- 54. Leder K, Torresi J, Libman MD, Cramer JP, Castelli F, Schlagenhauf P, et al. Geosentinel surveillance of illness in returned travelers, 2007-2011. Ann Intern Med. 2013;158:456-68.
- Valerio L, Roure S, Sabrià M, de Balanzó X, Moreno N, Martínez-Cuevas O, Peguero C. Epidemiologic and biogeographic analysis of 542 VFR traveling children in Catalonia (Spain). A rising new population with specific needs. J Travel Med. 2011;18:304-9.
- 56. Calavia Garsaball O, Otero Romero S, Campins Martí M, Martínez-Gómez X, Rodrigo Pendas JA, Armadans Gil L. Viajeros atendidos en un centro de vacunación internacional. ¿Está aumentando el riesgo en el viajero pediátrico? An Pediatr (Barcel). 2013;79:142-8.
- 57. Valerio L, Roure S, Rubiales A, Tenas MD, Fernández-Rivas G, Martínez-Cuevas O, et al. Enfermedades infecciosas importadas asociadas a los desplazamientos internacionales de inmigrantes adultos en visita a familiares y amigos. Gac Sanit. 2009;23:86-9.
- 58. Shagenhauf P, Santos-O'Conor F, Parola P. The practice of travel medicine in Europe. Clin Microbiol Infect. 2010;16:203-8.
- 59. Roca C, Aguilar A, Valerio L, Solsona L, Carrasco C, Gimeno-Feliu LA. Consejo sanitario previo a inmigrantes que viajan para visitar a familiares y amigos. Aten Primaria. 2014;46:198-203.
- Valerio L, Martínez O, Sabrià M, Esteve M, Urbiztondo L, Roca C. High risk travel abroad overtook low-risk travel from 1999 to 2004: characterization and trends in 2622 Spanish travelers. J Travel Med. 2005:12:327-31.