

Carme Roca [[Buscar autor en Medline](#)]

Cocooopsi, Comissió de Cooperació i Salut Internacional de la SCMFiC



## Guía de atención clínica al paciente inmigrante

Como es conocido, la distribución geográfica mundial de las enfermedades es diversa. El inmigrante es una persona originaria de un país diferente al de acogida, con un abanico de patologías y de prevalencia de éstas también distinto. Todos estos factores actúan como condicionantes que deben tenerse en cuenta en la planificación del examen de salud del paciente inmigrante.

Como esquema general, desde la atención primaria proponemos (siempre que sea posible por la organización del centro) iniciar la relación sanitaria, mediante la visita de acogida de enfermería.

### La visita de acogida de enfermería (VAE)

Los profesionales de enfermería desempeñan la importante tarea de "cuidar", entendida como el realizar atenciones orientadas a la persona en todas sus dimensiones, ayudándola a adaptarse a situaciones concretas que mejoren su estado de salud, o bien a modificar el entorno de la forma más óptima posible. Dentro de esta concepción de cuidados se incluye la VAE.

Acoger es ofrecer un buen recibimiento (una recibida cálida), en este caso, a una persona recién llegada.

La visita de acogida de enfermería va dirigida a:

- las personas que acuden por primera vez al Centro de Atención Primaria (CAP).
- las personas que llevan más de 5 años sin visitarse en el CAP.
- a los jóvenes que eran anteriormente visitados en pediatría y que han pasado a las consultas de médicos de familia al cumplir los 15 años.
- a todas las personas que no han recibido nunca o que solicitan recibir una VAE.

Los objetivos de la VAE son:

1. Recibir y acoger adecuadamente a las personas que acuden por primera vez al centro o al sistema sanitario. También a todas las personas que cumplen los criterios de inclusión anteriores.
2. Informar de los profesionales de referencia a los que puede acudir (médico, asistente social, enfermera,...), de los circuitos del centro (medicación crónica, tiras reactivas, visitas a domicilio,...).
3. Conocer las necesidades de la persona, sus hábitos y costumbres, tanto de los aspectos saludables como de los que suponen riesgos para la salud, con la finalidad de proponer actividades de prevención y promoción de la salud.

La VAE debe ser corta, acogedora, ágil y oportunista y debe adaptarse, en cada caso, a la situación de salud de la persona atendida.

Idealmente habría de preceder temporalmente a la visita médica, suponiendo el primer contacto que tiene el paciente con un profesional sanitario del CAP. Cuando no es posible realizarla al inicio de la relación sanitaria, debería seguir a la visita médica, ya que el hecho de programarla para otro día incrementa

## bibliografía

1. López-Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Edita: PBM, SL. 2002.
2. Mapes WHO, 2001. [www.who.int/ith/diseasemaps\\_index.html](http://www.who.int/ith/diseasemaps_index.html).
3. Gellert GA. International migration and control of communicable diseases. Soc. Sci. Med 1993; 37:1489-1499.
4. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Tropical Medicine and International Health 1998; 3:936-944.
5. Camps N, Cardeñosa N, Corachán M, Domínguez A, Faixedas MT, Garrido P, Gómez J. Protocol d'actuació per al control de malalties parasitàries en immigrants. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. **Ver más**

## enlaces

No hay enlaces de interés



notablemente el riesgo de no realizarla.

La VAE en el paciente inmigrante no será distinta a la de los pacientes autóctonos, teniendo en cuenta que siempre debe individualizarse y adaptarse a las necesidades que se detecten. Es importante crear un clima de confidencialidad donde la persona pueda expresar sus sufrimientos y ser escuchada.

## **Examen de salud**

El examen de salud que realizaremos será mayoritariamente similar al del paciente autóctono, incluyendo algunas particularidades, por ejemplo, las actividades del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS) se han de adaptar a esta nueva realidad y deben incluir el cribado de enfermedades importadas.

Es importante desarrollar este apartado de una forma natural y fluida, sin caer en la precipitación de dejarlo listo en la primera visita, generando desconfianza en la persona que atendemos.

Debemos partir de la premisa que el examen de salud se engloba dentro de las actividades preventivas y que no supone una urgencia. Por tanto, el establecer una relación empática y de respeto, resolutive en relación a los problemas planteados por el paciente, será un primer paso fundamental para desarrollar una buena praxis médica.

## **El examen de salud del paciente inmigrante consta de:**

1. Anamnesis.
2. Exploración física.
3. Actividades del PAPPS.  
Adaptación del estado inmunitario del inmigrante al calendario vacunal vigente en el país de acogida.
4. Exploraciones complementarias.
  - 4.a Generales.
  - 4.b Específicas, en función del país de origen.  
Cribado de enfermedades importadas.

### **1. Anamnesis**

Si iniciamos nuestra relación sanitaria mediante la visita de acogida de enfermería, una parte importante de los contenidos de la anamnesis ya se habrán explorado en este primer contacto.

Destacamos como puntos importantes de recoger y explorar:

- Filiación correcta.
- País de origen y ruta migratoria. Existe la posibilidad de adquirir enfermedades durante el viaje migratorio, antes de llegar al destino y que no sean endémicas del área de origen.
- Exámenes de salud previos, en otras zonas de nuestra geografía. Patologías diagnosticadas y tratamientos recibidos. Deben evitarse la duplicidad de exploraciones.
- Genograma familiar. Situación geográfica de los referentes familiares. Conviventes en nuestro país.
- Grado de elaboración del proyecto migratorio. ¿Cómo y cuando tuvo la idea de migrar? ¿Cómo eligió el destino? ¿Qué esperaba hallar o conseguir? ¿Qué planes tenía?. Cuanto más preparado y consistente sea el proyecto migratorio, más fácil resultará posteriormente la elaboración del duelo.
- Exploración del duelo migratorio.

- Situación laboral y riesgos existentes.
- Antecedentes personales: alergias, hábitos tóxicos.
- Antecedentes patológicos. Preguntas sistemáticas por aparatos. Enfermedades previas y tratamientos recibidos. Intervenciones quirúrgicas. Transfusiones de sangre, tratamientos parenterales. Vacunas recibidas.
- En las mujeres, historia ginecológica y obstétrica. Planificación familiar.

## 2. Exploración física

Inspección general:

- Estado nutricional.
- Piel y mucosas: coloración, manchas hipo o hipercrómicas, cicatrices de vacunas previas, nódulos subcutáneos, úlceras, signos de rascado.

Exploración física:

- Bucodental: caries, gingivitis.
- Palpación tiroidea.
- Ganglios en área cervical, axilar e inguinal.
- Auscultación cardio-respiratoria.
- Palpación abdominal: masas, megalias, cicatrices.
- Exploración neurológica básica.

## 3. Actividades del PAPPS

- Peso
- Talla
- IMC
- TA
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Ejercicio físico
- Revisión ginecológica en las mujeres.
- Planificación familiar.
- Vacunaciones.

Investigar que vacunas ha recibido previamente y disponer de los documentos sanitarios que lo acrediten. En caso de duda o de no presentar ningún carnet vacunal, se considerarán como no recibidas.

Adaptación del calendario vacunal en el inmigrante adulto:

Fecha	Dosis	Vacunas
Mes 0	1a. Dosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Td</li> <li>• VHB</li> <li>• VPI</li> <li>• TV/ Rubéola en mujeres en edad fértil</li> <li>• Anti-pneumocócica</li> <li>• Anti-gripal</li> </ul>
Mes 1	2a. Dosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Td</li> <li>• VHB</li> <li>• PI</li> </ul>
Mes 6	3a. Dosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Td</li> <li>• VHB</li> <li>• VPI</li> </ul>

**1. Td. Tétanus-difteria.** Indicación universal. Después de la primovacunación con 3 dosis será necesaria una dosis de recuerdo cada 10 años.

**2. VHB. Virus de la hepatitis B.** Las indicaciones en adultos son las mismas que en los autóctonos no vacunados previamente:

- contactos íntimos o conviventes de portadores del HbsAg,
- residentes y trabajadores en instituciones de disminuidos mentales,
- reclusos y personal de instituciones penitenciarias,
- homosexuales y heterosexuales con múltiples contactos,
- personas con enfermedades de transmisión sexual de repetición y sus parejas sexuales,
- personas que viajan a países endémicos del Virus de la Hepatitis B con estancias superiores a los 6 meses o por menos tiempo si previenen mantener relaciones sexuales,
- receptores de transfusiones o hemoderivados de forma repetida,
- insuficiencia renal en fases iniciales,
- trabajadores de la salud y servicios relacionados,
- personas que practican punciones percutáneas (UDVP, tatuajes, acupuntura,...).

Se deberán practicar serologías previas para descartar infección pasada o estado de portador crónico, a los inmigrantes procedentes de zonas con alta prevalencia de esta infección. Según la Organización Mundial de la Salud ([http://www.who.int/ith/chapter05\\_04.html#hepatitisb](http://www.who.int/ith/chapter05_04.html#hepatitisb)), las áreas con moderado o alto riesgo de infección (datos del 2002) las zonas con moderado o alto riesgo de infección por VHB, son:

- Centroamérica y Caribe (excepto Cuba y Jamaica).
- Sudamérica (excepto Argentina, Chile y Uruguay).
- Norte de Canadá y Groenlandia.
- Continente africano.
- Continente asiático (excepto Turquía y Japón)
- Países de Europa del este como Bosnia-Herzegovina, república de Serbia y Montenegro, Bulgaria, Rumania, Moldavia, Ucrania y Bielorrusia.

**3. VPI. Virus de la polio inactivado.** En pacientes no vacunados y originarios de los países donde circula el virus de la polio salvaje. Según datos de la OMS [http://www.who.int/ith/chapter06\\_07.html](http://www.who.int/ith/chapter06_07.html) del 2002 son: Nigeria, Níger, Egipto, Somalia, Afganistán, Pakistán e India.

Link de interés: [http://www.who.int/health\\_topics/poliomyelitis/es/](http://www.who.int/health_topics/poliomyelitis/es/)

**4. TV/Rubeola.** Esta indicada la vacunación con TV si no hay evidencia de haber pasado las enfermedades. Se necesita serología previa para conocer la inmunidad al virus de la rubéola, en mujeres en edad fértil.

Recordar que es una vacuna de virus vivos por lo que debe asegurarse la anticoncepción durante y 3 meses posteriores a la vacuna. Se recomienda obtener el consentimiento informado mediante documento escrito.

Links de interés:

- [http://www.who.int/health\\_topics/measles/es/](http://www.who.int/health_topics/measles/es/)
- [http://www.who.int/measles/front/pages/dsp\\_presentations.cfm](http://www.who.int/measles/front/pages/dsp_presentations.cfm)
- [http://www.who.int/health\\_topics/rubella/es/](http://www.who.int/health_topics/rubella/es/)
- <http://www.who.int/health-topics/rubella.htm>
- <http://www.who.int/vaccines/en/mumps.shtml>

**5. Anti-pneumocócica.** Indicaciones idénticas que en los pacientes autóctonos:

- patología cardiovascular, pulmonar o metabólica de evolución crónica,
  - insuficiencia renal,
  - cirrosis hepática,
  - diabetes mellitus,
  - alcoholismo,
  - fístulas de líquido cefalorraquídeo,
  - esplenectomizados,
  - drepanocitosis
  - > 65 años.
- <http://www.papps.org/recomendaciones/2001/infecciosas.pdf>

**6. Anti-gripal.** Indicaciones idénticas que en los pacientes autóctonos:

- patología cardiovascular, pulmonar o metabólica de evolución crónica,
  - personal de servicios públicos, personal sanitario, de residencias geriátricas y de hospitales de pacientes crónicos,
  - cuidadores o convivents con personas de riesgo,
  - esplenectomizados,
  - drepanocitosis
  - > 65 años.
- <http://www.papps.org/recomendaciones/2001/infecciosas.pdf>

#### 4. Exploraciones complementarias

##### 4.A. Generales

-Analítica sanguínea con: hemograma completo, glucemia, creatinina, pruebas de funcionalismos hepático (ALT, AST, F.Alcalina y GGT), colesterol total.  
En mujeres en edad fértil serología del virus de la rubéola.

-PPD en < de 35 años.

-Rx tórax en > 35 años.

Se considera un PPD positivo un diámetro de induración mayor o igual a 10 mm, independientemente de haber recibido la BCG con anterioridad.

4.B. Específicas en función del país de origen. cribado de enfermedades importadas

Parásitos en heces<sup>1</sup> Sedimento de orina<sup>2</sup> VHB<sup>3</sup> VHC<sup>4</sup> VIH<sup>5</sup> Lues<sup>6</sup>  
Malaria<sup>7</sup>

África del norte "Valorar" Si Si "Valorar" No No No  
África subsahariana "Valorar" Si Si Si Si "Valorar" "Valorar"  
Europa del Este No No "Valorar" "Valorar" No No No  
Asia "Valorar" Si Si "Valorar" "Valorar" No No  
Latino America "Valorar" No "Valorar" "Valorar" No No No

Si = indicación de rutina.

"Valorar"= indicación de rutina en discusión. A valorar factores de riesgo.

No = no indicación rutinaria.

1. Estudi coproparasitológico: tres muestras de heces recogidas en días diferentes, habiendo seguido las

siguientes recomendaciones dietéticas:

Tres días antes de recoger la muestra no comer: fresas, higos, peras, manzanas, tomates, legumbres secas o verdes, pan con semillas (salvado, sésamo,....). No deben tomarse fármacos a base de caolín, carbon vegetal, sales de magnesio, aceites laxantes o supositorios.

La indicación rutinaria se aconseja a todos los inmigrantes del continente Africano, Asiático y de América latina que han emigrado hace menos de un año. Probablemente indicado (valoración individual) a los que llevan entre 1 y 3 años de migración. Los inmigrantes con tres o más años de residencia en el país de acogida, que no han viajado a su país de origen, no está indicado el estudio coparásitológico de rutina (debe solicitarse siempre que presenten signos o síntomas de sospecha).

Link de interés: <http://www.who.int/ctd/intpara/index.html>

2. Sedimento de orina: útil para descartar hematuria. La hematuria es uno de los signos más característicos de la parasitación por *Schistosoma haematobium* y *Schistosoma intercalatum*. Ambos son helmintos trematodos.

La distribución geográfica del *Schistosoma haematobium* es en el continente africano, Oriente Medio y un foco en la India (Gimvi).

La distribución geográfica del *Schistosoma intercalatum* es en Camerún, Gabón República Centroafricana, Sao Tomé e Príncipe, Guinea Ecuatorial, Mali, Zaire y el Chad.

Links de interés: [http://www.who.int/health\\_topics/schistosomiasis/es/](http://www.who.int/health_topics/schistosomiasis/es/)  
<http://www.who.int/health-topics/schisto.htm>

3. VHB: la serología descartará los casos de portadores crónicos y los pacientes que han pasado y se han curado de esta infección. También será útil en el estudio de contactos previamente a su vacunación. Recordamos que se recomienda la vacunación a los inmigrantes originarios de países con alta prevalencia de esta infección si tienen previsto viajar de nuevo a ellos.

Links de interés: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact204.html>  
[http://www.who.int/ith/chapter05\\_04.html#hepatitisb](http://www.who.int/ith/chapter05_04.html#hepatitisb)  
[http://www.who.int/ith/chapter05\\_m04\\_hepatitisb.html](http://www.who.int/ith/chapter05_m04_hepatitisb.html)

4. VHC: según datos de la OMS del 2002, países con prevalencia de la infección por VHC > 10% son: Bolivia, Mongolia, Egipto, Camerún y Guinea Conackry. Países con prevalencia entre el 2.5% y 10%: Brasil, Surinam, Libia, numerosos países del África subsahariana, Yemen, China, Tailandia, Filipinas, Malaysia, Rumania y i Moldavia.

Links de interés: [http://www.who.int/ith/chapter05\\_04.html#hepatitisb](http://www.who.int/ith/chapter05_04.html#hepatitisb)  
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>  
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>

5. VIH: solicitar el consentimiento informado del paciente. Valorar los factores de riesgo en los

inmigrantes originarios del Sudesteasiático (cifras de prevalencia e incidencia de la infección al alza anualmente). Será necesario su despistaje siempre que haya antecedentes de riesgo.

Links de interés: [http://www.who.int/ith/chapter05\\_m06\\_hiv.html](http://www.who.int/ith/chapter05_m06_hiv.html)  
[http://www.who.int/health\\_topics/hiv\\_infections/es/](http://www.who.int/health_topics/hiv_infections/es/)  
<http://www.unaids.org/>

6. Lues: Test reagínico (VDRL o RPR), que en caso de ser positivo se confirmará con un test treponémico (FTA-Abs, TPHA).

Link de interés: <http://www.who.int/health-topics/std.htm>  
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact186.html>

7. Malaria: Se aconseja frotis y gota gruesa a todos los inmigrantes originarios de África subsahariana que lleven < de 6 meses de migración (teniendo especial atención con las mujeres embarazadas y los niños). Importante para descartar parasitación por Plasmodium falciparum, que puede ser causante de cuadros graves.

Links de interés: [http://www.who.int/health\\_topics/malaria/es/](http://www.who.int/health_topics/malaria/es/)  
[http://mosquito.who.int/cgi-bin/rbm/dhome\\_rbm.jsp?ts=3232394597&service=rbm&com=gen&lang=enn](http://mosquito.who.int/cgi-bin/rbm/dhome_rbm.jsp?ts=3232394597&service=rbm&com=gen&lang=enn)

También se recomienda la determinación de Ferritina a mujeres y niños por la alta tasa de anemias carenciales. Si se detecta anemia microcítica con ferritina normal es aconsejable realizar estudio de hemoglobinopatías, sobre todo en africanos subsaharianos y en originarios del subcontinente indio.

