salud pública

guía de actuación en atención primaria para población inmigrante

Castilla-La Mancha

EL GRECO 2014

guía de actuación en atención primaria para población inmigrante

EDITA

Dirección General de Salud Publica, Drogodependencias y Consumo

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

ACTUALIZACIÓN marzo de 2014

Índice

10 Demografía de la Inmigración en Castilla-La Mancha

16 Características sanitarias de la población inmigrante

20 Patologías y procesos más frecuentes

1. Enfermedades infecciosas
2. Enfermedades de base genética prevalentes en el país de origen
3. Enfermedades no diagnosticadas o no tratadas previamente
4. Enfermedades mentales, reactivas o de adaptación
5. Enfermedades asociadas a hábitos culturales. Mutilación genital femenina (MGF).

30 Atención en consulta

1. Anamnesis
2. Exploración física
3. Pruebas complementarias

44 Inmunizaciones en el inmigrante

1. Supervisión del estado vacunal
2. Características de la vacunación en los países de origen
3. Vacunación en niños y niñas procedentes de adopciones internacionales

54 Adopción internacional

1. Consulta preadopción
2. Consulta postadopción

62 Bibliografía

67 Anexos

Anexo I: curvas de crecimiento y desarrollo

Anexo II: Cuestionarios Prevacunales para Niños y Adolescentes

Anexo III: Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma

Anexo IV: Tarjeta de tratamiento

La asistencia sanitaria a la población inmigrante debe permitir la atención integral atendiendo a la diversidad cultural

Introducción

En los últimos años, fenómenos como la inmigración y las adopciones internacionales han experimentado un ostensible incremento en España. En Castilla-La Mancha ha aumentado de forma notable el número de inmigrantes procedentes principalmente del este de Europa, centro y sur de América y norte de África.

Se trata de una inmigración de tipo económico, proveniente de países deprimidos con sistemas sanitarios deficitarios, especialmente en lo referente a la salud pública. Esta situación provoca que muchos individuos abandonen su país de origen en busca de mejores condiciones de vida.

Además de la problemática derivada de la integración social y cultural de la inmigración, se plantea la necesidad de dar una adecuada asistencia sanitaria a este colectivo. Es por tanto preciso disponer de pautas de actuación uniformes que garanticen la atención integral atendiendo a la diversidad cultural.

La Atención Primaria constituye el primer eslabón del sistema sanitario, en el que recae la mayor responsabilidad y esfuerzo para la captación de este colectivo. Con el objetivo de aportar información básica para la buena práctica en consulta, se edita esta guía que contiene pautas de actuación sanitaria dirigidas a la población inmigrante y los niños y niñas procedentes de adopciones internacionales.

Los principales países de procedencia de la inmigración en Castilla-La Mancha son Rumanía, Marruecos, Colombia, Ecuador y Bulgaria

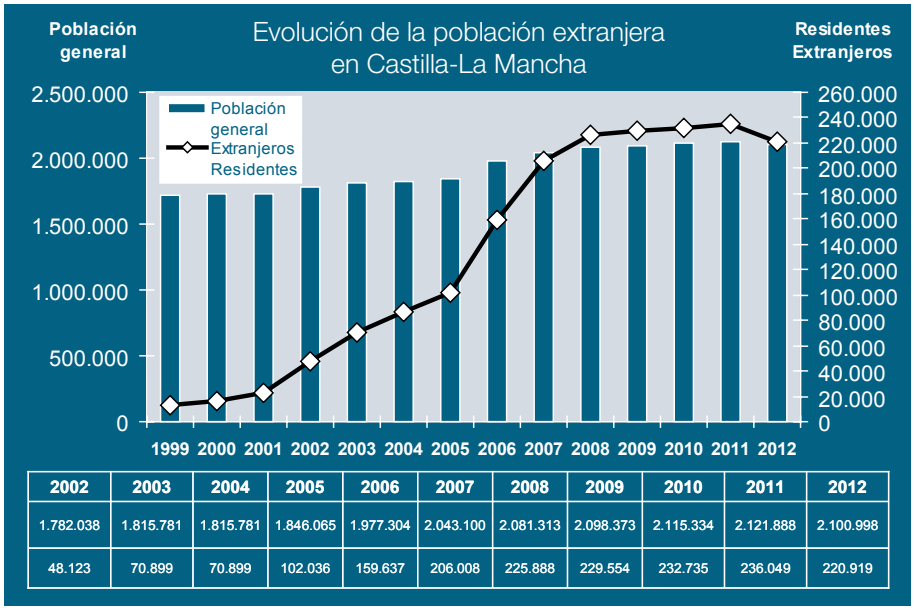
demografía
de la inmigración en Castilla-La Mancha

Según datos de explotación del Padrón publicados por el Instituto Nacional de Estadística referidos a 1 de enero de 2013, las comunidades autónomas con mayor número de inmigrantes son Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. En el conjunto del país, las mayores tasas de extranjeros corresponden a las Islas Baleares y a la Comunidad Valenciana.

Nº de extranjeros residentes en España por CC. AA.			
COMUNIDAD AUTÓNOMA	RESIDENTES EXTRANJEROS	POBLACIÓN TOTAL	% RESIDENTES EXTRANJEROS
ANDALUCIA	729.725	8.440.300	8,65
ARAGON	173.653	1.347.150	12,89
ASTURIAS	48.394	1.068.165	4,53
BALEARES	224.406	1.111.674	20,19
CANARIAS	301.234	2.118.679	14,22
CANTABRIA	38.530	591.888	6,51
CASTILLA-LA MANCHA	220.919	2.100.998	10,51
CASTILLA Y LEON	164.780	2.519.875	6,54
CATALUÑA	1.158.472	7.553.650	15,34
COM. VALENCIANA	863.891	5.113.815	16,89
EXTREMADURA	41.677	1.104.004	3,78
GALICIA	109.962	2.765.940	3,98
MADRID	960.121	6.495.551	14,78
MURCIA	231.022	1.472.049	15,69
NAVARRA	67.892	644.477	10,53
PAIS VASCO	148.877	2.191.682	6,79
LA RIOJA	44.404	322.027	13,79
CEUTA	5.668	84.180	6,73
MELILLA	12.611	83.679	15,07
TOTAL	**5.546.238**	**47.129.783**	**11,77**

Fuente: INE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2013

En Castilla-La Mancha la población extranjera se ha multiplicado en los últimos años, pasando de 12.739 extranjeros en 1999 a 0.919 en 2012 , lo que supone en la actualidad una tasa de 10,51% de extranjeros respecto a la población general. La progresión de la incorporación de inmigrantes ha sido muy rápida en los últimos años, con un incremento más acusado a partir del año 2001, siendo los años 2005 y 2006 los periodos de mayor aumento. El año 2012 es el primer periodo en que la población extranjera desciende respecto a años anteriores.



2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.782.038	1.815.781	1.815.781	1.846.065	1.977.304	2.043.100	2.081.313	2.098.373	2.115.334	2.121.888	2.100.998
48.123	70.899	70.899	102.036	159.637	206.008	225.888	229.554	232.735	236.049	220.919

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

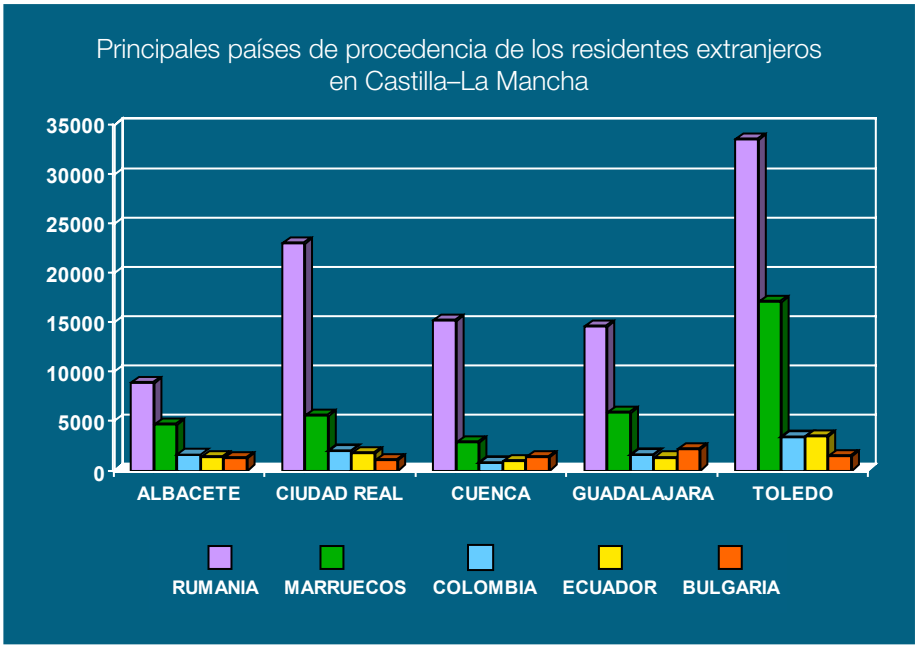
La mayor parte de los inmigrantes se concentran en la provincia de Toledo, con un total de 81.163 residentes (36,7% del total de inmigrantes en Castilla-La Mancha). Le sigue Ciudad Real, con 43.181 (19,55% del total) y Guadalajara, con 39.368 (17,82% del total). Las que menor número de inmigrantes albergan son Albacete, con 30.383 (13,75% del total) y Cuenca con 26.824 (12,14% del total).

Nº de extranjeros residentes en Castilla-La Mancha por provincia

PROVINCIA	RESIDENTES EXTRANJEROS	POBLACIÓN TOTAL	% EXTRANJEROS
ALBACETE	30.383	400.007	7,60
CIUDAD REAL	43.181	524.962	8,23
CUENCA	26.824	211.899	12,66
GUADALAJARA	39.368	257.723	15,28
TOLEDO	81.163	706.407	11,49
TOTAL	**220.919**	**2.100.998**	**10,51**

Fuente: INE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2013

Los principales países de procedencia son Rumanía, Marruecos, Colombia, Ecuador y Bulgaria.



Fuente: INE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2013

La mayor parte de los inmigrantes residentes en Castilla-La Mancha tienen entre 25 y 39 años de edad. Entre los procedentes de Latinoamérica, la representación femenina es mayor que la masculina, mientras que esta es predominante entre los extranjeros procedentes de África y Europa del Este.

En las siguientes tablas figura la distribución de extranjeros según grupo etario y sexo. La proporción de varones (53,49%) es ligeramente superior a la de mujeres (46,51%).

Extranjeros residentes en Castilla-La Mancha por grupo etario							
	0-14		15-64		> 65		
PROVINCIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	TOTAL
ALBACETE	5.214	17,16	24.650	81,13	519	1,71	**30.383**
CIUDAD REAL	7.549	17,48	35.101	81,29	531	1,23	**43.181**
CUENCA	4.360	16,25	22.162	82,62	302	1,13	**26.824**
GUADALAJARA	6.981	17,73	31.711	80,55	676	1,72	**39.368**
TOLEDO	15.223	18,76	64.638	79,64	1.302	1,60	**81.163**
TOTAL CLM	**39.327**	**17,80**	**178.262**	**80,69**	**3.330**	**1,51**	**220.919**

Fuente: INE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2013

Extranjeros residentes en Castilla-La Mancha por grupo etario y sexo							
	0-14		15-64		> 65		
PROVINCIA	H	M	H	M	H	M	TOTAL
ALBACETE	2.725	2.489	13.424	11.226	226	293	**30.383**
CIUDAD REAL	3.889	3.660	19.105	15.996	194	337	**43.181**
CUENCA	2.204	2.156	12.227	9.935	114	188	**26.824**
GUADALAJARA	3.575	3.406	17.108	14.603	265	411	**39.368**
TOLEDO	7.800	7.423	34.829	29.809	495	807	**81.163**
TOTAL CLM	**20.193**	**19.134**	**96.693**	**81.569**	**1.294**	**2.036**	**220.919**

Fuente: INE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2013

Conocer las características sociales y culturales, así como las necesidades sanitarias de la población inmigrante, es fundamental para proporcionar una asistencia médica adecuada.

características

sanitarias de la población inmigrante

La mayor parte de la inmigración en Castilla-La Mancha es de carácter económico, procedente de países en vías de desarrollo (Europa del este, América Latina, África y sudeste de Asia).

Por lo general, el inmigrante económico es un trabajador manual, joven y sano. Los determinantes de su salud se derivan de la situación que vive en el país de acogida, lo que incluye aspectos como:

- Situación irregular de residencia
- Falta de acceso a un trabajo normalizado
- Residencia en zonas de riesgo de exclusión social elevado
- Dificultad de acceso a los servicios sanitarios (por falta de información, problemas de comunicación relacionados con el idioma o las diferencias etno culturales).

Estos condicionantes pueden dar lugar a situaciones de hacinamiento, marginación, soledad, etc... que los convierte en una población vulnerable desde el punto de vista sanitario, es decir, en un grupo de riesgo para adquirir o desarrollar enfermedades transmisibles, laborales o mentales.

Por tanto, la incidencia de enfermedades es probablemente mayor en la población inmigrante debido a las condiciones sociosanitarias en las que suelen vivir. No obstante, estas condiciones no implican necesariamente que el estado de salud del inmigrante sea precario. Este colectivo no debe considerarse como un grupo de riesgo para el resto de la población, sino como individuos que han de ser integrados con normalidad en el sistema sanitario.

Conocer las características sociales y culturales así como las necesidades sanitarias de la población inmigrante es fundamental para proporcionar una asistencia médica adecuada.

Los inmigrantes tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos que establece la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley 8/2000 de de diciembre. La cobertura incluye a los inmigrantes en situación irregular o ilegal para urgencias, atención al embarazo, parto o puerperio, y asistencia total a los menores de 18 años. Para tener derecho a la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud se requiere tener la condición de asegurado, cuyos supuestos quedan reflejados en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Así, las principales características del estado colectivo de la salud de la población inmigrante pueden resumirse del modo siguiente:

- Mayor morbilidad general.
- Riesgo superior de padecer enfermedades prevalentes del país de origen, además de estar expuestos a enfermedades propias del país de acogida.
- Predisposición a sufrir enfermedades asociadas a la marginalidad, sobre todo si la inmigración se ha producido por motivos económicos.
- Indiferencia y resistencia a participar en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en gran parte debido a la falta de tradición en educación sanitaria en los países de origen.
- Desconocimiento por parte del personal sanitario de las creencias, hábitos tradicionales y religiosos de los inmigrantes.
- Escasa información sobre los antecedentes médicos. Además, en los casos en que existe alguna información clínica, ésta tiene deficiencias o está adulterada, lo que dificulta aún más la valoración médica.

La salud de la población inmigrante puede verse afectada en función de los condicionantes sociales y sanitarios que afectan a cada persona, en los siguientes aspectos:

- Durante los cinco primeros años de estancia predominan las enfermedades infecciosas. Esta etapa está condicionada por la historia de vida previa de cada persona y la prevalencia de las distintas enfermedades en los países de procedencia. El límite de cinco años corresponde al periodo de incubación de la enfermedad o de la supervivencia media del agente etiológico en el huésped fuera del ecosistema originario.
- Otros problemas de salud pueden derivarse del propio proceso migratorio, que pueden iniciarse antes de la llegada al país de acogida (en caso de tránsitos y estancias prolongadas en países intermedios) y prolongarse durante muchos años, dependiendo de las condiciones de vida en el país receptor.
- Una vez concluida la integración social del inmigrante, sus problemas de salud cada vez se aproximan más a los propios de las sociedades de acogida y vienen determinados por una parte, por la adopción de estilos de vida propios de éstas (sedentarismo, obesidad, tabaquismo) y, por otra, por el grado de acceso y utilización de los servicios sanitarios asistenciales y preventivos

Lss principales ppatologías que sufren los inmigrantes son las enfermedades infecciosas prevalentes en los países de origen, las de base genética y las adquiridas (orgánicas y psíquicas).

patologías
y procesos más frecuentes

La patología en el inmigrante puede clasificarse en:

- Enfermedades infecciosas prevalentes en los países de origen:
  - Enfermedades tropicales o exóticas, limitadas por lo general a las áreas geográficas de origen. Requieren de la presencia de vectores, huéspedes y reservorios para que su cadena de transmisión sea efectiva (ej: paludismo, filariasis, esquistosomiasis).
  - Enfermedades globales, menos exigentes desde el punto de vista ecológico para su transmisión, con distribución amplia o mundial (ej: tuberculosis, hepatitis víricas, enfermedades de transmisión sexual).
- Enfermedades de base genética prevalentes en los países de origen.
- Enfermedades no diagnosticadas o no tratadas previamente.
- Enfermedades mentales, reactivas o de adaptación.
- Enfermedades asociadas a hábitos culturales.

1. Enfermedades infecciosas

1.1. Enfermedades tropicales y exóticas

Las enfermedades tropicales o exóticas son poco frecuentes en España y no entrañan un gran riesgo para la salud pública ya que son difícilmente transmisibles al resto de la población del país de acogida. La posibilidad de transmisión de patógenos importados por los inmigrantes al resto de la comunidad es muy pequeña, por las propias características del problema de salud y por las condiciones sanitarias y de salud pública existentes en España. No obstante, constituyen un problema a nivel individual ya que pueden ser causa de morbilidad y mortalidad.

Los parásitos intestinales patógenos son endémicos de países tropicales y subtropicales. Es frecuente la infección subclínica en adultos. Los casos importados son muy frecuentes en los inmigrantes, en muchas ocasiones con parasitación múltiple. Generalmente no se transmiten de persona a persona, aunque puede ocurrir si las condiciones higiénicas son malas o hay hacinamiento. La prevalencia de parásitos disminuye con el tiempo de estancia. La tabla II muestra la distribución de las principales enfermedades parasitarias según el lugar de origen.

Tabla I. Principales enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes y posibilidad de ser padecidas según continente de origen

	Europa*	Asia	América**	África
Meningitis meningocócica	-	+	+	+
Cólera	-	+	+	+
Peste	0	+	-	+
Fiebres virales hemorrágicas	-	+	+	+
Lepra	-	+	+	+
Tuberculosis	+	++	++	++
Hepatitis	+	++	+	++
Enfermedades de transmisión sexual	+	+	+	++
SIDA	-	++	+	++
Parasitosis intestinal	-	+	+	++
Esquistosomiasis	0	+	-	+
Estrongyloidosis	0	+	+	+
Filariasis hemolinfáticas	0	+	-	++
Filariasis cutáneas	0	-	-	++
Malaria	0	+	+	++
Cisticercosis	+	+	++	+
Leishmaniasis	+	+	+	+
Enfermedad de Chagas	0	0	+	0
Enfermedad del sueño	0	0	0	+

* Inmigrantes procedentes de Europa del Este.
** Inmigrantes procedentes de Latinoamérica y del Caribe.
0 No existe en esa zona.
\- Posible, aunque raramente observada.
\+ Posible.
++ Muy posible.

Tabla II. Distribución geográfica de las parasitosis intestinales más frecuentes

Parasitosis	Distribución geográfica
Entamoeba histolytica	Distribución mundial Zonas de alto riesgo: México, América del Sur, Sur y Oeste de África, Sudeste de Asia, Egipto, India y Nepal
Giardia lamblia	Distribución mundial, sobre todo en países con condiciones higiénicas deficientes
Isospora belli	Países tropicales y América del Sur
Schistosoma mansoni	África y América del Sur
Schistosoma japonicum	Japón y litoral asiático del Pacífico
Taenia saginata y Taenia solium	Distribución mundial
Trichuris trichura	Distribución mundial
Enterobius vermicularis	Distribución mundial
Strongyloides stercolaris	Países tropicales
Ascaris lumbricoides	Distribución mundial
Anchylostoma duodenale	Oriente medio y países mediterráneos
Necator americanus	América Central y del Sur y África tropical

Otras enfermedades tropicales y exóticas frecuentes son el paludismo (sobre todo en inmigrantes del África subsahariana), filariasis (África occidental), cisticercosis (América del Sur, África subsahariana, India), esquistosomiasis, leishmaniasis, tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas) y africana (enfermedad del sueño).

1.2. Enfermedades globales transmisibles

Las enfermedades globales transmisibles existen en los países desarrollados, aunque su frecuencia es menor que en los países de origen de los inmigrantes. Tienen especial interés para la salud pública porque pueden transmitirse a los individuos del país de acogida por vía aérea, contacto estrecho o vía fecal-oral.

- **Hepatitis A:** Es muy prevalente en países tropicales, donde prácticamente la totalidad de la población ha estado en contacto con el virus al llegar a la adolescencia. Podría ser conveniente vacunar frente a hepatitis A a los niños y adolescentes nacidos en nuestro país de padres inmigrantes y que viajen o regresen a su país de origen.

- **Hepatitis B**: En áreas de África (tanto del norte como subsahariana), Oceanía y Sudeste asiático, la prevalencia de infección pasada por virus de hepatitis B (VHB) alcanza al 70-80% de la población general y la de portadores crónicos de HBsAg al 10-15% de la población. La principal razón de una prevalencia tan elevada es la alta efectividad de la transmisión vertical durante el parto (90% de los hijos de madres con infección activa). Es por tanto recomendable la realización de serología a los inmigrantes procedentes de zonas de alta endemicidad con el fin de adoptar medidas de prevención y seguimiento adecuadas. Debe vigilarse especialmente a las inmigrantes embarazadas con HBsAg + para asegurar que los recién nacidos reciben la inmunoprofilaxis postexposición en las primeras 12 horas de vida mediante la administración de gammaglobulina específica y la vacuna antihepatitis B.

  Es también recomendable ofertar la vacunación frente a hepatitis B a la población inmigrante susceptible, es decir, sin evidencia serológica de infección pasada, especialmente a niños y adolescentes y a aquellos de alto riesgo (cónyuges de inmigrantes con infección crónica por VHB, promiscuidad sexual, usuarios de drogas por vía parenteral) o que regresan a sus países de origen. En los portadores crónicos de HBsAg es conveniente realizar control de transaminasas y alfa fetoproteína cada 6 meses y ecografía hepática anual.

Es importante recordar que pueden existir formas atípicas de hepatitis crónicas por VHB en inmigrantes, por sobreinfección por el virus delta en portadores crónicos de VHB. La hepatitis delta es endémica en algunos países del Amazonas, Venezuela y en el África subsahariana.

- **Hepatitis C:** África y el Sudeste asiático son las zonas de mayor prevalencia (los inmigrantes ecuato-guineanos tienen tradición de tratamientos parenterales exclusivamente). La vía de infección es desconocida en la mayoría de los casos, atribuyéndose a la vía parenteral y siendo infrecuente la transmisión sexual o la vertical.

- **Tuberculosis:** La prevalencia de infección tuberculosa y la incidencia de enfermedad varían ampliamente entre los países del mundo. Se estima que 22 países son responsables de cerca del 80% de los nuevos casos anuales de tuberculosis a nivel mundial. Más concretamente, 5 países de Asia (India, China, Bangla Desh, Filipinas y Vietnam) serían responsables de más de la mitad de los nuevos casos.

  En los países desarrollados, el aumento de incidencia de tuberculosis (TB) en la última década se ha atribuido en parte a la inmigración procedente de las zonas de alta prevalencia, junto a la epidemia VIH-SIDA y al abandono de los programas de control de la enfermedad. En nuestro país, la proporción de casos de TB diagnosticados en población inmigrante es aún baja en comparación con otros países desarrollados de menor endemia tuberculosa. El menor impacto de la inmigración sobre la situación de la TB en España puede explicarse en parte por la incorporación más tardía de nuestro país al fenómeno migratorio, por el efecto de la epidemia VIH-SIDA sobre nuestra epidemia autóctona, por la elevada prevalencia de infección y por la incidencia de enfermedad tuberculosa en la población general.

  La incidencia de TB es mayor en la población inmigrante que en la autóctona. En la mayoría de los casos se trata de reactivaciones de infecciones latentes adquiridas en el país de origen que progresan a enfermedad tuberculosa activa en los primeros cinco años de estancia en el país de acogida. Tras este periodo de máximo riesgo, la incidencia disminuye progresivamente con el tiempo de residencia, para aumentar posteriormente en los inmigrantes de más edad.

  En la actualidad, la influencia de la inmigración sobre la situación epidemiológica de la TB en la población autóctona de nuestro país es poco significativa, aunque se han descrito microepidemias originadas en inmigrantes. No obstante, dada su potencial transmisibilidad, sobre todo dentro de las comunidades inmigrantes en que exista hacinamiento, hace necesaria la estrecha monitorización de su evolución.

- **Enfermedades de transmisión sexual (ETS):** Las regiones mundiales con mayor número de casos son Asia, África subsahariana y América latina. Se detectan serologías positivas a lúes en el 8,5-15% de la población subsahariana, habiendo resurgido con fuerza en los países de la antigua URSS. Con el fin de detectar casos de secundarismo o terciarismo luético es preciso realizar rutinariamente a los inmigrantes de riesgo una prueba reagínica (VDRL o RPR) que ha de confirmarse con otra treponémica (FTA-Abs, TPHA) ya que los falsos positivos de las primeras son frecuentes y producidos por otras espiroquetas como las causantes del bejel, la pinta y la frambesia, endémicas en algunos países. Todo paciente recién diagnosticado de sífilis debe realizarse la prueba de detección de VIH (y viceversa).

- **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA):** La probabilidad de que un inmigrante esté infectado por VIH depende de las conductas de riesgo para adquirir la infección que haya tenido previamente o tenga en la actualidad, más que de la prevalencia de infección en la población general de su país de procedencia. A nivel mundial, más del 90% de las infecciones por VIH se han adquirido por vía sexual, mientras que en nuestro país el mayor porcentaje de personas infectadas han adquirido la infección por el uso compartido de material de inyección de drogas parenterales.

  La prevalencia según las zonas mundiales es muy variable y oscila entre el 8,8% en el África subsahariana y el 0,6% de América latina y Europa del este. En cuatro países del África meridional (Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe) se estima que más del 30% de la población adulta está infectada por VIH.

  En los inmigrantes, al igual que en resto de la población, es necesario solicitar el consentimiento informado previo a la realización de la prueba de laboratorio. Es recomendable incluir la petición adicional de realizar una determinación de anticuerpos frente a VIH-2 en los procedentes de África occidental.

- **Lepra:** Continúa siendo uno de los graves problemas de salud en los países de África, Asia y América latina. Se sospechará ante la detección de lesiones dérmicas anestésicas, mononeuritis múltiple, pérdida de la cola de las cejas y lesiones oculares (queratitis e iridociclitis).

2. Enfermedades de base genética prevalentes en el país de origen

Debido a las tradiciones culturales de determinados países (matrimonios entre familiares, etc.) son frecuentes las enfermedades de base genética, las malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias.

- **Anemia hemolítica por déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.** Distribución geográfica similar a la del paludismo, con alta prevalencia en la franja subsahariana de África.
- **Drepanocitosis.** La prevalencia más alta del rasgo falciforme se encuentra en los países del África subsahariana, donde hasta el 40% de la población es portadora y la anemia de células falciformes afecta al 2-3% de la población.
- **Síndromes talasémicos.** Frecuentes en la población del área mediterránea, con predominio de la beta talasemia. En los inmigrantes procedentes de Oriente medio, Sudeste asiático y China predomina la alfa talasemia.
- **Déficit congénito de lactasa.** Se encuentra en más del 80% de nativos australianos, afroamericanos, africanos tropicales y del este y sur de Asia.

3. Enfermedades no diagnosticadas o no tratadas previamente

- **Enfermedades carenciales.** Retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición calórico-proteica y anemia ferropénica. Se ha encontrado una elevada incidencia de infección crónica por citomegalovirus asociada a casos de malnutrición.
- **Enfermedades por ausencia de medicina preventiva.** Caries dental, enfermedades prevenibles por vacunación, déficits sensoriales, defectos del aparato locomotor.

4. Enfermedades mentales, reactivas o de adaptación

El proceso de inmigración supone un cambio vital para el individuo, por la pérdida de lazos familiares, culturales, linguisticos, de costumbres y de estatus, entre otros. Además, en el país de acogida pertenece a un colectivo en riesgo de exclusión, lo que ocasiona problemas de inserción social y laboral. El inmigrante se ve sometido así a diversas situaciones que pueden generar problemas psicológicos y mentales:

- **Duelo migratorio.** Se debe a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, hijos, amigos, costumbres, religión, esta-tus social, pertenencia a un grupo étnico, etc. También pueden aparecer sentimientos de culpa como consecuencia del abandono, tras la marcha, de personas que requieren su presencia física: hijos de corta edad, cónyuge, ancianos.
- **Sensación de soledad.** El inmigrante, al verse alejado de cosas y personas queridas, se siente solo e intenta crear nuevas relaciones. Muchas veces éstas son difíciles de establecer y se producen problemas adaptativos.
- **Pérdida del proyecto migratorio.** Muchas personas tienen un plan o proyecto de vida que quieren desarrollar en el país de acogida. Otros vienen con información y expectativas poco realistas. El no poder llevar a cabo los objetivos del viaje es un factor de desestabilización personal muy importante.
- **Choque cultural.** Ansiedad frente al desconocimiento de lo que es adecuado en la cultura de acogida, que hace perder la orientación sobre el comportamiento y la manera correcta de actuar.
- **Estrés permanente.** Debido a los retos y dificultades del nuevo medio y la falta de capacidad adaptativa. Es causa de trastornos físicos y psicológicos.

5. Enfermedades asociadas a hábitos culturales. Mutilación genital femenina (MGF).

La MGF comprende aquellas prácticas por las que se extirpan parcial o totalmente los genitales femeninos externos por motivos culturales o cualquier otra razón no médica. Se lleva a cabo sin medidas de asepsia y bajo escasas condiciones higiénicas, sin usar anestesia. Lo más frecuente es que se realice entre los 4 y 10 años de edad. Es una práctica tradicional en los países del África subsahariana y en algunas zonas de Asia. Entre los motivos por los que se realiza cabe destacar las creencias ligadas a la tradición religiosa y social, honor familiar, razones estéticas, protección de la virginidad, aumento del placer sexual del marido, aumento de la fertilidad, etc…

Clasificación

Tipo I: extirpación del prepucio con o sin extirpación parcial o total del clítoris

Tipo II: extirpación del prepucio y clítoris junto con extirpación total o parcial de los labios menores

Tipo III: extirpación de los genitales externos parcial o totalmente, con cierre del orificio vaginal (infibulación)

Tipo IV: cualquier otro daño producido en los genitales externos no descrito anteriormente

Complicaciones

- Médicas inmediatas: hemorragia, shock, infección, retención urinaria, daño del tejido adyacente (uretra, vagina, periné, recto).
- Médicas a largo plazo: sangrado crónico que puede provocar anemia, dificultad para la micción, infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, infecciones pélvicas de repetición, infertilidad, abscesos de vulva, cicatrices queloides, quistes dermoides, neurinoma, formación de cálculos, fístulas, disfunción sexual, problemas en la menstruación, problemas en el embarazo y parto, riesgo de transmisión de VIH.
- Psicológicas y sociales: ansiedad, depresión, irritabilidad crónica, psicosis, frigidez, conflictos matrimoniales.

Aspectos jurídicos y legales

La ablación genital en niñas o jóvenes es un acto tipificado como delito en nuestro país, bien como delito de lesiones (artículos 147 a 156 del Código Penal) o bien como delito contra la libertad sexual (Título VIII del Libro II del Código Penal).

El personal sanitario que tenga conocimiento de que se haya practicado o se vaya a practicar una MGF tiene obligación legal de informar al Ministerio Fiscal o Fiscalía de Menores, al Juez de Instrucción, Juez de guardia o a la policía. Esta obligación legal se fundamenta en los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

A través de la consulta de atención primaria es posible identificar los principales problemas de salud, iniciar medidas preventivas y asegurar la administración de los tratamientos adecuados.

atención
en consulta

La primera consulta en atención primaria es muy importante por la oportunidad de captación que representa, ya que va a permitir identificar los principales problemas de salud, iniciar medidas de prevención y asegurar la administración de los tratamientos adecuados. Todo ello deberá quedar reflejado y consignado en la historia clínica del individuo. Se debe particularizar cada caso en función del país de origen y el tiempo de residencia en nuestra región.

1. Anamnesis

1.1. Antecedentes personales

- **País y zona de origen. Ultima estancia, si es que ha regresado en alguna ocasión**. Puede orientar sobre enfermedades prevalentes.
- **Ruta migratoria.** Preguntar si se han atravesado otros países que puedan ser zonas endémicas de enfermedades distintas a las del país de procedencia (por ejemplo, proviene de una zona sin paludismo y llega a España atravesando países de África donde ésta enfermedad es endémica).
- **Condiciones del viaje.** El hacinamiento contribuye a aumentar el riesgo de transmisión de enfermedades como la tuberculosis.
- **Tiempo de estancia en España.** Cuanto más reciente sea la llegada, mayor es la probabilidad de que la patología desarrollada sea importada.
- **Condiciones actuales de vida.** Dónde, cómo y con quién reside (en la calle, albergue, posibilidad de hacinamiento…).
- **Antecedentes patológicos de interés:** tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades genéticas, hepatitis, etc...
- **Factores estresantes que impidan su adaptación.**
- **Posibles alergias.**
- **Actividad y situación laboral:** tipo de trabajo y riesgos laborales.
- **Calendario vacunal:** revisar vacunación frente a tétanos, difteria y hepatitis B.

a. En la mujer:

- Historia ginecológica y obstétrica. Posibles enfermedades de transmisión sexual y episodios de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Mujeres en edad fértil: vacunación frente a sarampión, rubéola, parotiditis y tétanos.

b. En el niño y niña:

- Datos del parto, peso y talla al nacimiento y si precisó o no reanimación.
- Conocer si el embarazo fue o no controlado es fundamental para valorar el riesgo de transmisión perinatal de infecciones de elevada prevalencia en determinadas zonas geográficas y en algunos colectivos de mujeres (hepatitis B en asiáticas y subsaharianas, VIH en subsaharianas, sífilis, paludismo).
- Realización de pruebas metabólicas para la detección precoz de errores congénitos (fenilcetonuria, hipotiroidismo, hiperplasia adrenal congénita) en menores de 6 meses.
- Existencia de enfermedades previas, febriles, diarrea, vómitos, etc. Tratamiento parenteral o profilaxis antimalaria.
- Alergias medicamentosas o alimentarias.
- Antecedentes familiares de anemia hemolítica o déficit de lactasa.
- Situación vacunal y actualización de pautas (ver apartado de inmunizaciones en el inmigrante). Administración de vacuna frente a la tuberculosis (BCG) en el país de origen.

1.2. Antecedentes familiares

Composición familiar, convivientes, enfermedades hereditarias.

1.3. Historia actual

La realización de la historia clínica es a veces muy dificultosa por problemas de idioma, de significado y de cultura, así como por la coexistencia de varias patologías. En ocasiones es preferible elaborar un listado de problemas. Es conveniente realizar un interrogatorio dirigido y para facilitar el mismo pueden ser de utilidad los cuestionarios que figuran en el Anexo IV, traducidos a varios idiomas.

- Consultar cuál es la patología prevalente en la zona de procedencia (tabla I). Para los procedentes de zonas donde el paludismo es endémico, recordar que la clínica varía con la edad; los cuadros febriles típicos aparecen con más frecuencia en los menores de 5 años, mientras que al poseer cierto grado de inmunidad, los más mayores suelen manifestar una clínica más leve y atípica (febrícula, diarrea y cefalea).

- Determinados síntomas pueden ser considerados por los pacientes como normales por estar habituados a ellos (prurito, dolor abdominal, fiebre intermitente, diarrea).

- Síntomas y signos de enfermedades tropicales: prurito cutáneo generalizado, rash, nódulos subcutáneos, úlceras mucocutáneas, manchas hipopigmentadas insensibles, linfadenopatías, linfangitis, hepato-esplenomegalia, fiebre recidivante, pérdida de peso inexplicada, diarrea crónica, tos crónica, neuropatías sensitivas o motoras, hematuria, anemia, eosinofilia.

- Preguntar si en la actualidad se encuentran siguiendo algún tratamiento específico o si se automedican.

- Descartar la posibilidad de padecer déficits neurosensoriales.

2. Exploración física

Es recomendable realizar una primera valoración lo antes posible desde el momento de la llegada. Si se identifican problemas de salud se concertarán nuevas fechas de revisión para el seguimiento de los mismos.

Pueden existir problemas de choque cultural para realizar la exploración física, por ejemplo en el caso de pacientes musulmanes.

a. En el niño y niña:

- Estado nutricional: es el primer signo clínico a valorar en la exploración.

- Somatometría: pesar y medir a los niños y niñas desnudos (en tallímetro horizontal hasta los 18 meses y en el vertical a partir de 2 años), midiendo el perímetro craneal hasta los dos años de edad. Valorar fontanela hasta los dos años.

- Si no se conoce la edad cronológica, intentar establecerla a través de la edad ósea, edad dental, nivel de desarrollo psicomotor y puberal, asi como el grado de madurez social que presente.

- Evaluación del crecimiento. Valorar el desarrollo del niño con gráficas de crecimiento adaptadas o las propias del país de origen. Si no es posible obtenerlas, pueden utilizarse las tablas del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Estados Unidos) recomendadas por la OMS, que se encuentran en el Anexo I. Si se detecta un retraso del desarrollo ponderoestatural o un estado de malnutrición y no se observa una recuperación a los 6 meses, hay que plantear una evaluación más detallada investigando la posible existencia

de intolerancia a alimentos. Considerar las características evolutivas de los individuos del país de procedencia con el fin de evitar diagnósticos erróneos de pubertad precoz.

- Revisión del estado de la dentición, dada la alta prevalencia de caries y problemas dentales.

- Control de la agudeza visual y auditiva, especialmente en los niños que fueron prematuros.

- En la exploración genital de los niños, descartar criptorquidia, alteraciones del meato urinario u orquitis de repetición. En las niñas descartar sinequias vulvares y vaginitis.

b. Todos los grupos de edad:

La exploración física general y por aparatos se realizará siguiendo la metodología habitual, con especial atención a determinados hallazgos característicos.

- La exploración de la piel y mucosas puede revelar:
  - Escara en la región deltoidea (vacuna BCG).
  - Presbidermia o envejecimiento prematuro de la piel en la región glútea y en las extremidades (casos avanzados de oncocercosis).
  - Nódulos subcutáneos (oncocercomas).
  - Linfedema (filariasis).
  - Manchas anestésicas, con déficit de sensibilidad (lepra).
  - Micosis.
  - Lesiones por rascado (escabiosis).

- Palpación de visceromegalias (leishmaniasis, paludismo, enfermedad de Chagas, anemias, neoplasias…).

- En el examen neurológico descartar alteraciones del sistema nervioso central producidas por algunas enfermedades infecciosas (paludismo, enfermedad del sueño, enfermedad de Chagas). En los niños con epilepsia tardía hay que descartar neurocisticercosis.

Exploración	Valoración
Estado general	• Nutrición. • Hidratación. • Coloración de piel y mucosas. • Temperatura. • Presión arterial y pulsos.
Cavidad oral	• Estado dental. • Caries. • Úlceras orales. • Orofaringe.
Adenopatías	• Buscar en todas las regiones.
Ojos	• Conjuntivas: ictericia, palidez, inflamación. • Lesiones oculares, blefaritis, infección. • Reflejos pupilares, movimientos oculares. • Agudeza visual.
Oídos	• Agudeza auditiva. • Lesiones conducto auditivo o tímpano, cuerpos extraños, infecciones.
Tórax	• Hallazgos auscultación cardiopulmonar.
Abdomen	• Visceromegalia, masas palpables. • Puntos dolorosos. • Hernias
Aparato locomotor	• Cicatriz vacunal en el deltoides (BCG). • Fuerza, movilidad y dolor. • Reflejos, marcha. • Varices, edemas, trastornos tróficos.
Aparato genitourinario	• Infecciones, infestaciones, ETS. • Testículo palpable, hernias. • Ablación clítoris, sinequias, etc...
Piel y faneras	• Presbidermia (piel de aspecto envejecido) en nalgas, muslos, tibias (oncocercosis). • Nódulos en prominencias óseas: trocánter, espina iliaca (oncocercosis). • Hipopigmentación, anestesia al pasar algodón (lepra). • Prurito generalizado. • Úlceras. • Infecciones e infestaciones en piel, pelo o uñas.

- Exploración psicológica básica: investigar el grado de stress adaptativo, ya que los estados de ansiedad permanente merman la capacidad de resolución de conflictos y producen reacciones psicológicas y trastornos mentales (tabla III).

Es conveniente tener en cuenta las experiencias negativas relacionadas con conflictos en el pasado, los trastornos de personalidad o mentales previos, así como la vinculación cultural de la terminología, interpretaciones y explicaciones que dan a este tipo de trastornos.

Tabla III. Trastornos mentales y reacciones psicológicas más frecuentes entre la población inmigrante.

Trastornos mentales	Reacciones más frecuentes
Síndrome ansioso-depresivo	• Reacción a estrés agudo. • Trastorno de ansiedad generalizada. • Trastorno fóbico social.
Trastornos de adaptación	• Reacción ansioso-depresiva. • Reacción depresiva prolongada (duelo).
Crisis de pánico	• Ansiedad paroxística episódica
Trastornos del humor	• Episodios depresivos. • Depresión. • Episodios de hipomanía y de manía.
Trastornos psicóticos	• Reacciones psicóticas agudas. • Trastornos esquizofreniformes y esquizofrénicos paranoides. • Trastornos de ideas delirantes.
Alteraciones graves de la conducta	• Agresividad. • Conductas antisociales. • Automarginación y rechazo.
Somatización del sufrimiento mental	• Reacciones hipocondríacas. • Alteraciones neurovegetativas. • Dolores persistentes: cefaleas, mialgias y dolores abdominales. • Malestar general. • Alteraciones de funciones fisiológicas y básicas.

3. Pruebas complementarias

No es necesario solicitarlas rutinariamente, solo se pedirán si la anamnesis y exploración física sugieren la existencia de alguna patología que deba ser correctamente diagnosticada.

El paciente debe ser informado sobre la naturaleza de las pruebas y el objeto de su realización, para obtener su consentimiento.

- **Hemograma.** Si existen signos de malnutrición, retraso ponderal, palidez de piel y mucosas, síndrome febril prolongado, recurrente o sin focalidad y en caso de sospecha de parasitosis (eosinofilia). Se pretende detectar anemias, hemoglobinopatías y helmintiasis.
- **Bioquímica básica.** Pruebas de función hepática, renal y glucemia.
- **Test de metabolopatías.** Para descartar hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria o hiperplasia adrenal congénita en menores de 6 meses.
- **Sistemático de orina.**
- **Coprocultivo y parásitos en heces.** En niños con diarrea prolongada o crónica, si existe eosinofilia o asma atípico. En adultos, puede seguirse la siguiente actitud:

  a. En inmigrantes procedentes de zonas de alto riesgo (países tropicales, Centroamérica, Sudamérica y Sudáfrica) con estancia menor de 1 año se puede valorar el realizar tratamiento, sin estudio de parásitos previo, con albendazol 400 mg/día durante 5 días (contraindicado en embarazadas). Si el tiempo de estancia es entre 1 y 3 años, realizar estudio de parásitos y tratamiento según resultado. En estancias mayores de 3 años, actitud similar a la población autóctona.

  b. En inmigrantes procedentes de países que no son de alto riesgo pero con otros factores (hacinamiento, contacto con enfermos y convivientes procedentes de países de riesgo): estudio de parásitos y tratamiento si procede.

  c. Inmigrantes procedentes de países que no son de alto riesgo y sin otros factores: actitud similar a la población autóctona.

- **Serología hepatitis B y C.** Recomendable para inmigrantes del África subsahariana.
- **Serología VIH.** En función de la historia clínica, la existencia de factores de riesgo y especialmente en inmigrantes procedentes del África subsahariana, previo consentimiento informado del paciente.
- **Otras.** Serología lúes, según el país de origen. Toxoplasmosis en mujeres gestantes y rubéola en mujeres en edad fértil.

Tabla IV. Marcadores serológicos de infección por el virus de hepatitis B

Marcador serológico	Significado clínico
HBs Ag (antígeno de superficie) Anti HBc (core) IgM	Infección aguda o crónica Infección reciente
Anti-HBs (anticuerpo contra el antígeno de superficie) Anti HBc (core) IgG	Inmunidad activa (tras infección)
Anti HBs (anticuerpo contra el antígeno de superficie) Anti HBc (core) negativo	Inmunidad pasiva (gammaglobulinas o vacunación)
HBs Ag (antígeno de superficie) Anti-HBs (anticuerpo contra el antígeno de superficie) negativo Anti HBc (core)	Portador crónico
HBe Ag (antígeno e)	Infecciosidad. Se encuentra junto al HBs Ag
Anti-HBe	No infecciosidad
Anti-HBc (anticuerpo contra el antígeno del core)	Contacto con VHB (infección aguda, crónica, inmunidad activa). IgM (contacto reciente)

Considerar la necesidad de realizar otras pruebas complementarias especiales en función de los datos obtenidos en la primera evaluación:

Búsqueda de parásitos en orina.

Estudio de filarias.

Estudio de hemoglobinopatías.

Niveles de plomo sérico (sobre todo en los procedentes de China y este de Europa).

Investigación de plasmodium (frotis de gota gruesa de sangre periférica). En función de la historia clínica, la existencia de factores de riesgo y especialmente en inmigrantes procedentes del África subsahariana.

- **Intradermoreacción de Mantoux (PPD).** Aunque la incidencia de tuberculosis es mayor en la población inmigrante que en la del país de acogida, los casos de enfermedad en inmigrantes no influyen de forma importante en la epidemiología de la tuberculosis en la población autóctona. No obstante, el riesgo de contacto dentro de las comunidades de inmigrantes puede ser alto, debido a las condiciones de vida y laborales (en especial el hacinamiento) y a la reticencia para acceder a los servicios de salud, lo que puede llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento, aumentando el período de transmisibilidad.

  Una vez producida la primoinfección, en el 90% de los casos la respuesta inmunitaria que se desencadena es suficiente para evitar el desarrollo de enfermedad clínica; los bacilos permanecen en estado latente en pequeños focos y la única prueba de que el sujeto está infectado es la presencia de una reacción tuberculínica positiva. En el otro 10% de casos, la infección progresa a enfermedad (el 50% dentro de los cinco años siguientes a la infección) y se producen manifestaciones clínicas. Existe una serie de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad entre los infectados, como son la diabetes, las terapias inmunosupresoras, la insuficiencia renal crónica, las neoplasias (sobre todo de cabeza y cuello), la malnutrición, el alcoholismo, la adicción a drogas por vía parenteral y especialmente la infección por VIH-SIDA que actualmente es el principal factor de riesgo conocido para el desarrollo de enfermedad tuberculosa entre los infectados.

  El diagnóstico de la infección tuberculosa latente se basa en la prueba de la tuberculina, que se realiza mediante la técnica de la intradermoreacción de Mantoux. En el caso de la población inmigrante con menos de 5 años de residencia en España, se considerará positiva la prueba de la tuberculina cuando el diámetro de la induración sea superior a 10 mm. (en no vacunados) o a 15 mm. (en vacunados previamente).

  Para descartar enfermedad tuberculosa se actuará de acuerdo al protocolo de prevención y control de la tuberculosis en Castilla-La Mancha. Si el Mantoux es positivo, se recomienda la realización de baciloscopia, cultivo y radiografía postero-anterior de tórax (en menores de 5 años, también lateral), comprobando que se cumplen los criterios de definición clínica de caso. Deberá prescribirse el tratamiento adecuado a los casos de enfermedad y supervisar el seguimiento del mismo. La infección latente también deberá ser tratada, valorando las posibles contraindicaciones.

  Todo paciente en el que el médico sospeche la existencia de tuberculosis de cualquier localización deberá ser declarado de forma numérica e individual a la Consejería de Sanidad. Los brotes serán declarados con carácter urgente.

En la tabla V figuran los 22 países con la mayor carga de tuberculosis, que representan aproximadamente el 80% de los casos mundiales. Es recomendable realizar el cribado tuberculínico en los inmigrantes procedentes de zonas de alta prevalencia o que hayan atravesado alguno de estos países en su ruta migratoria.

Tabla V. Países con mayor carga de tuberculosis

Continente	Países
África	Africa: Etiopía, Kenia, Mozambique, Nigeria, República Democrática del Congo, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zimbabwe.
América Latina	Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana.
Asia	Afganistán, Bangladesh, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, India, Myanmar, Pakistán, Tailandia, Vietnam.
Europa	Rusia.

Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis 2013. OMS.

Tabla VI. Resumen de pruebas complementarias recomendadas en inmigrantes según zona de procedencia

	Europa del Este	Norte de Asia	África	África Subsahariana	América Latina
Hemograma y Bioquímica [1]	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Orina elemental	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) en mayores o factores de riesgo	No
PPD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rx tórax [5]	(Sí)	(Sí)	(Sí)	(Sí)	(Sí)
Heces parásitos [6]	No	(Sí)	(Sí)	(Sí)	(Sí)
Malaria [7]	No	No	No	(Sí)	No
Filarias [8]	No	No	No	(Sí)	No

Sí = Indicada de rutina.
(Sí) = Indicación de rutina discutida.
No = No indicada de rutina.

[1] Una leucopenia leve es normal en africanos, la eosinofilia es frecuente y no merece estudio. Pedir ferritina en suero en mujeres y niños por la alta tasa de anemias carenciales. Si existe anemia microcítica con ferritina normal, realizar estudio de hemoglobinopatías, sobre todo en africanos subsaharianos y del continente indio.

[2] Virus hepatitis delta en los AgHBs+ y con elevación de transaminasas.

[3] Siempre con consentimiento del paciente y si se sospechan factores de riesgo.

[4] U otro test de sífilis que se confirmará con un treponémico.

[5] Anteroposterior de tórax (discutida su indicación de rutina, indicada siempre que PPD sea +, incluso en embarazadas en 2º y 3º trimestre). En niños, anteroposterior y lateral.

[6] 2 ó 3 muestras recogidas en días diferentes, indicada siempre en los llegados hace menos de 1 año, posiblemente indicada en los llegados entre 1-3 años. Algunos autores recomiendan (en términos de coste-beneficio) tratar a todos los inmigrantes recién llegados y de riesgo con Albendazol durante 5 días y no realizar el análisis; es muy recomendable en población pediátrica.

[7] Frotis y gota gruesa de rutina en niños y mujeres embarazadas llegados hace menos de 6 meses.

[8] Microfilarias en sangre y en piel mediante pellizcos cutáneos (skin snips) si eosinofilia o procedentes de zonas hiperendémicas (África del Oeste y Central).

Pellizco cutáneo (Skin snips)

Es una prueba de búsqueda de microfilarias en piel (oncocercosis). Se toman cuatro muestras en cintura pelviana, preferentemente en zona glútea (dos muestras de cada nalga). Si presenta presbidermia, tomar muestras de esta zona. También se pueden tomar de la piel que recubre la cresta iliaca o región escapular. No se utiliza anestesia local.

1

Una vez limpia la zona con agua oxigenada, con una mano mantener a tensión la zona de piel elegida y con la otra introducir en epidermis una aguja intramuscular, con el bisel hacia arriba.

2

Una vez introducida la aguja en la epidermis, atravesar la piel deslizando la aguja de forma paralela, con una dirección ligeramente ascendente.

3

Manteniendo la piel tensa y traccionando con la aguja, deslizar un bisturí bajo la misma, cortando la zona de piel que queda por encima de la aguja.

4

De este modo se obtiene una muestra de epidermis, evitando el sangrado que contaminaría la muestra.

5

Introducir la muestra en un bote con suero fisiológico. Guardar hasta cuatro muestras así obtenidas y enviar al laboratorio, solicitando la búsqueda de microfilariasen piel.

Desde Atención Primaria deben implementarse estrategias destinadas a aumentar la captación, procediendo a iniciar o completar la pauta vacunal de los niños, niñas y adultos inmigrantes.

inmunizaciones

en el inmigrante

Los inmigrantes proceden a menudo de comunidades socio-económicamente deprimidas, lo que conlleva una alta probabilidad de que estén insuficiente o incorrectamente vacunados y, por lo tanto, expuestos a agentes infecciosos a los que la población autóctona es inmune. Por otra parte, la precaria situación legal y laboral que frecuentemente soportan en el lugar de destino suele dificultar el acceso a los servicios de salud, lo que es causa de la obtención de bajas coberturas vacunales.

La realización de viajes a los países de procedencia constituye un riesgo específico para el padecimiento de determinadas enfermedades que pueden ser endémicas en la comunidad de origen (sarampión, hepatitis B, hepatitis A, poliomielitis). Esta circunstancia determina la indicación de vacunación, ya que además de constituir un riesgo individual comporta un mayor riesgo de importación y transmisión de agentes infecciosos que se encuentran eliminados o próximos a su eliminación en nuestro país (polio y sarampión).

Desde Atención Primaria deben implementarse estrategias destinadas a aumentar la captación, procediendo a iniciar o completar la pauta vacunal de los niños, niñas y adultos inmigrantes. Para ello es necesario:

- Facilitar la información y el acceso a los servicios de salud.
- Aprovechar la asistencia a la consulta por cualquier problema de salud para supervisar y actualizar el calendario vacunal de todos los miembros de la familia (no desaprovechar oportunidades de vacunación).
- Solicitar la documentación acreditativa o carnet vacunal del país de origen.
- Iniciar o completar el calendario vacunal ajustándose al vigente en Castilla-La Mancha, utilizando pautas aceleradas si es preciso. Especialmente en el caso de los niños y niñas, debe intentar administrarse el mayor número posible de antígenos en la primera visita. Intentar asegurar al menos la recepción de dos dosis, separadas por un mes, si existe la posibilidad de no poder volver a contactar con el niño/a.
- Registrar las dosis administradas en el módulo de vacunas del sistema informatizado de historia clínica (Turriano) .

1. Supervisión del estado vacunal

En el caso de los niños y niñas, debe comenzarse haciendo una revisión de las vacunaciones administradas en el país de origen para poder adaptar la pauta seguida al calendario sistemático infantil vigente en Castilla-La Mancha. Antes de proceder a la administración de las vacunas correspondientes, es preciso hacer una anamnesis prevacunal (Anexo II) y tener en cuenta las circunstancias existentes que pudieran contraindicar la vacunación. En función de la información disponible sobre el estado vacunal, la conducta a seguir es:

- **Si no existe constancia documental de vacunación,** se debe considerar al niño como NO VACUNADO (historia vacunal desconocida) e iniciar el calendario vacunal en función de la edad. En la tabla VII figuran las recomendaciones para actualizar el calendario vacunal en los niños y niñas en los que no existe constancia ni certeza de vacunación previa, teniendo en cuenta que son pautas orientadoras y que en última instancia siempre será el profesional sanitario quien valore cada caso particular.
- La comunicación oral de la vacunación no garantiza la certeza de la administración ni posibilita conocer el tipo de vacuna administrada. Por tanto, es recomendable establecer la pauta de vacunación basándose en la documentación escrita de dosis previas.
- No es necesario iniciar de nuevo las pautas de vacunación en los **niños incompletamente vacunados.** Solo se debe continuar la vacunación hasta completar las dosis que faltan. En la tabla VIIIa figura el número de dosis mínimas recomendadas para considerar una vacunación completa. La tabla VIIIb contiene información sobre los intervalos mínimos de tiempo que hay que respetar entre dosis.

Aunque el niño o niña hubiera sido efectivamente vacunado en su país, las dosis adicionales de vacunas de microorganismos vivos no se asocian a un mayor número de reacciones adversas, e incluso refuerzan la inmunidad. Las dosis adicionales de vacunas inactivadas inducen títulos de anticuerpos elevados, si bien pueden asociarse a una mayor reactogenicidad, generalmente de tipo local.

Los adultos deberán actualizar sus inmunizaciones frente a poliomielitis, tétanos, difteria, hepatitis B, sarampión, parotiditis y rubéola, de acuerdo a las pautas que figuran en la tabla VII y según pertenencia a grupo de riesgo.

Los inmigrantes que después de residir un tiempo en España deseen retornar a su país (incluyendo vacaciones), deberán recibir asesoramiento sobre recomendaciones de inmunización para viajeros internacionales (vacunas, profilaxis antipalúdica), especialmente en los casos de niños nacidos en España que viajan al país de origen de sus padres.

Tabla VII. Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa

	Meses contados a partir de la primera visita						
Edad	0	1	2	4	6	12	24
Menores de 24 meses	DTPa VPI Hib[1] Hepatitis B[2] Men C[3] Triple Vírica[4]		DTPa VPI Hib[1] Hepati-tis B Men C[3]	DTPa VPI Hib[1]	Hepatitis B	DTPa VPI Hib[1] Men C[3]	
24 meses a 6 años	DTPa VPI Hib[1] Hepatitis B[2] Men C Triple Vírica	DTPa VPI Hepatitis B Triple Vírica[7]	DTPa VPI		Hepatitis B	DTPa VPI [6]	dTpa[5]
7 a 18 años	Td VPI Hepatitis B[2] Men C Triple Vírica	Td VPI Hepatitis B Triple Vírica[7]			Hepatitis B	Td[8] VPI	
Mayores de 18 años	Td VPI Hepatitis B [2,9] Triple Vírica	Td VPI Hepatitis B Triple Vírica[7]			Hepatitis B	Td[8] VPI	

DTPa: Vacuna frente a Difteria, Tétanos, Tos ferina (Pertusis acelular).
dTpa: Vacuna frente a Difteria, Tétanos, Tos ferina (Pertusis acelular) de baja carga antigénica
Hepatitis B: Vacuna frente al virus de la Hepatitis B.
Hib: Vacuna frente al Haemophilus influenzae b.
Men C: Vacuna frente al Meningococo C.
Td: Vacuna frente a Tétanos y Difteria, tipo adulto.
Triple Vírica: Vacuna frente a Sarampión, Rubéola y Parotiditis.
VPI: Vacuna antipoliomielítica inactivada.

[1] Las dosis necesarias dependen de la edad a la que se comienza la vacunación:

- Menores de 7 meses: 4 dosis (3 dosis en el primer año de vida separadas entre sí por 4-8 semanas y 1 dosis de refuerzo a los 15-18 meses).
- De 7 a 11 meses: 3 dosis (2 dosis en el primer año de vida separadas entre sí por 4-8 semanas y 1 dosis de refuerzo a los 15-18 meses).
- De 12 a 14 meses: 2 dosis separadas ente sí 2 meses.
- De 15 a 59 meses: 1 dosis.
- A partir de 5 años: No es necesaria ninguna dosis.

[2] Se puede dar en régimen 0, 1 y 6 meses. Se realizarán marcadores previamente (HBsAg, antiHBs, antiHBc) a los niños y niñas provenientes de zonas endémicas (no se consideran zonas endémicas: norte y oeste de Europa, Norteamérica, Méjico, zona meridional de América del Sur, Australia y Nueva Zelanda).

[3] Las dosis necesarias dependen de la edad de comienzo de la vacunación.

- Menores de 12 meses: 2 dosis con un intervalo de separación de 4 semanas y una dosis de recuerdo a los 12 meses de edad. El intervalo mínimo de separación entre la 2ª y 3ª dosis es de 6 meses.
- Mayores de 12 meses: 1 dosis.

[4] A partir de los 12 meses (las dosis recibidas antes de los 12 meses no contabilizan).

[5] A los 12 meses de la 4ª dosis o coincidiendo con la dosis de los 6 años. Si la 4ª dosis de DTPa se administra a los 4 o más años no es necesaria la dosis de los 6 años.

[6] Si la 3ª dosis se administró antes de los 4 años de edad, es necesaria una 4ª dosis, separada por 6 meses de la anterior.

[7] La separación mínima entre dosis es de 4 semanas.

[8] La tercera dosis se puede administrar a los 6-12 meses de la segunda. Tras la primovacunación con 3 dosis, se deberán administrar 2 dosis de refuerzo con una separación de 10 años preferiblemente, aunque el intervalo mínimo entre ellas es de 1 año.

[9] Estaría indicada si pertenecen a un grupo de riesgo.

Tabla VIIIa. Número de dosis recomendadas para considerar correcta la vacunación

Edad	Triple vírica	Tétanos	Difteria	Tos ferina	H. influenzae B	Polio	Hepatitis B	Meningococo C
Menores de 24 meses	1[1]	4	4	4	1-4[2]	4	3	2[3]
24 meses a 6 años	2[4]	4-5[5]	4-5[5]	4-5[5]	1[2]	3-4[6]	3	1
7-18 años	2[4]	3[7]	3[7]			3	3	2[8]
Mayores de 18 años	2[4]	3[7]	3[7]			3	3[9]	1[10]

[1] En caso de recepción previa de vacuna antisarampión monovalente por encima de los 12 meses de edad, se administrará una dosis de triple vírica en el momento de la visita (si ha transcurrido más de un mes desde la dosis administrada) y otra a los 4 años de edad. Si recibió una dosis de vacuna antisarampión monovalente o de triple vírica antes de cumplir 12 meses, se administrará una dosis de triple vírica en el momento de la visita y otra a los 4 años de edad.

[2] Las dosis necesarias dependen de la edad a la que se comienza la vacunación:

- Menores de 7 meses: 4 dosis (3 dosis en el primer año de vida separadas entre sí por 4-8 semanas y 1 dosis de refuerzo a los 15-18 meses).
- De 7 a 11 meses: 3 dosis (2 dosis en el primer año de vida separadas entre sí por 4-8 semanas y 1 dosis de refuerzo a los 15-18 meses).
- De 12 a 14 meses: 2 dosis separadas ente sí 2 meses.
- De 15 a 59 meses: 1 dosis.
- A partir de 5 años: No es necesaria ninguna dosis.

[3] Las dosis necesarias dependen de la edad a la que se comienza la vacunación.

- Menores de 12 meses: 1 dosis en el primer año de vida (preferiblemente a los 4 meses de edad) y una segunda dosis a los 12 meses de edad. El intervalo mínimo de separación entre ldosis es de 6 meses.
- Mayores de 12 meses: 1 dosis.

[4] La separación mínima entre dosis es de 4 semanas.

[5] La 5ª dosis no es necesaria si la 4ª dosis con DTPa se administró después de los 4 años de edad.

[6] Si la 3ª dosis se administró antes de los 4 años de edad, es necesaria una 4ª dosis, separada 6 meses de la anterior.

[7] Tras la primovacunación con 3 dosis, se deberán administrar 2 dosis de refuerzo con una separación de 10 años preferiblemente, aunque el intervalo mínimo entre ellas es de 1 año.

[8] Si se administra la primera dosis a los 10 años de edad o más, no será necesaria una dosis posterior.

[9] Se administrarán tres dosis si pertenece a un grupo de riesgo.

[10] Hasta los 20 años de edad es recomendable administrar una dosis si no se ha recibido ninguna anteriormente.

Tabla VIIIb. Intervalo mínimo entre dosis

Vacuna	De 1ª a 2ª dosis	De 2ª a 3ª dosis	De 3ª a 4ª dosis	De 4ª a 5ª dosis
DTPa	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses[1]
Poliomielitis	4 semanas	4 semanas	6 meses[2]	
Hepatitis B	4 semanas	8 semanas[3]		
Meningococo C	6 meses[4]			
H. influenzae B[5]	4 semanas	4 semanas	8 semanas	
Sarampión, Rubéola, Parotiditis	4 semanas[6]			
Varicela	4 semanas[7]			
Tétanos y difteria de baja carga (Td)[8]	4 semanas	6 meses	12 meses	12 meses

[1] La 5ª dosis no es necesaria si la 4ª dosis con DTPa se administró después de los 4 años de edad.

[2] Si la 3ª dosis se administró antes de los 4 años de edad, es necesaria una 4ª dosis, separada por 6 meses de la anterior.

[3] La 3ª dosis se administrará al menos 4 meses después de la 1ª dosis y nunca antes de los 6 meses de edad.

[4] La 2ª dosis se debe administrar después de los 12 meses.

[5] Las dosis necesarias dependen de la edad a la que se comienza la vacunación:

- Menores de 7 meses: 4 dosis (3 dosis en el primer año de vida separadas entre sí por 4-8 semanas y 1 dosis de refuerzo a los 15-18 meses).
- De 7 a 11 meses: 3 dosis (2 dosis en el primer año de vida separadas entre sí por 4-8 semanas y 1 dosis de refuerzo a los 15-18 meses).
- De 12 a 14 meses: 2 dosis separadas ente sí 2 meses.
- De 15 a 59 meses: 1 dosis.
- A partir de 5 años: No es necesaria ninguna dosis.

[6] Después de los 12 meses de edad se considera correctamente vacunado si se administran 2 dosis con una separación mínima de 4 semanas.

[7] La vacuna de la varicela ha de ser administrada solamente a los niños que a los 12 años no hayan pasado la enfermedad ni hayan sido vacunados previamente. Se administrarán 2 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas.

[8] Tras la primovacunación con 3 dosis, se deberán administrar 2 dosis de refuerzo con una separación de 10 años preferiblemente, aunque el intervalo mínimo entre ellas es de 1 año.

2. Características de la vacunación en los países de origen

- Escasa fiabilidad de los documentos de registro de vacunación de ciertos países. Los expedidos en Iberoamérica, India, Corea, Vietnam y Camboya son, en principio, fiables. Los expedidos en Europa del Este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si pertenecen a niños previamente institucionalizados. Algunos datos que pueden hacer pensar en registros falsificados son, por ejemplo, la administración de una o más vacunas antes de la fecha de nacimiento, dosis puestas siempre el mismo día del mes, intervalos entre dosis muy cortos, administradas antes o después de lo que corresponde.
- En los países en vías de desarrollo, las vacunas administradas suelen estar mal conservadas (cadena del frío rota o inexistente) o caducadas. Muchas veces la dosificación o la técnica de administración es incorrecta.
- La vacuna administrada frente al sarampión a menudo es monovalente, por lo que no se está protegido contra la parotiditis ni la rubéola. Es importante tener en cuenta que suele ser administrada de forma precoz a los 8-9 meses de edad y por ello el antígeno vacunal ha sido neutralizado por anticuerpos maternos transplacentarios. En estos casos es recomendable que los niños y niñas sean revacunados con la vacuna triple vírica a partir de los 12 meses de edad.
- La vacunación neonatal frente a la hepatitis B (y la administración de inmunoglobulina anti-hepatitis B) en hijos de madres portadoras de HBsAg se realiza en muchos países pasada la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical. En estos niños se debe descartar el estado de portador crónico del virus de hepatitis B.
- La infección por virus de hepatitis B es más prevalente entre los inmigrantes del África subsahariana y países asiáticos septentrionales. La prevalencia es menor entre los procedentes de América del Sur. Debido a ello, en el caso de inmigrantes americanos es más eficiente la vacunación, mientras que en los subsaharianos y procedentes de países del norte de Asia es más eficiente efectuar el cribado serológico.
- Los inmigrantes procedentes de Europa del Este, América Latina y el Magreb han podido ser vacunados al nacer con la vacuna BCG. Es sencillo comprobar esta situación, buscando la cicatriz que deja en el deltoides. Este dato es importante para interpretar el resultado de la intradermoreacción de Mantoux.
- Los niños afectados de malnutrición, estados carenciales o infecciones intercurrentes (diarrea, paludismo, parasitosis intestinales) pueden haber tenido una pobre respuesta inmunológica a las vacunas administradas.
- Los calendarios de vacunación de los países en vías de desarrollo no incluyen las vacunas contra haemophilus influenzae tipo B y meningococo C.

- Pocos países incluyen la vacunación frente a rubéola en los calendarios sistemáticos, lo que hace que entre los inmigrantes sea alta la tasa de mujeres susceptibles en edad fértil (especialmente en las mujeres de origen sudamericano). En condiciones que favorezcan la circulación del virus es posible la aparición de casos entre los susceptibles, e incluso su diseminación a la comunidad. Por tanto, es recomendable la valoración del estado inmunitario frente a rubéola y proceder a la vacunación de las mujeres seronegativas en edad fértil y los hombres que convivan con ellas. En la actualidad, en España debe utilizarse la vacuna triple vírica. Antes de la vacunación de las mujeres se comprobará que no existe embarazo y se recomendará un método anticonceptivo para garantizar que no se produce un embarazo en los tres meses siguientes a la administración de la vacuna, por el riesgo teórico que puede suponer para el feto.

3. Vacunación en niños y niñas procedentes de adopciones internacionales

Para estos niños y niñas es necesario disponer de certificación oficial de las vacunas recibidas anteriormente. Los calendarios vacunales de todos los países se encuentran disponibles para su consulta en la dirección:

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

Los calendarios vacunales de los países de la Unión Europea también están disponibles en:

http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx

Se ha de tener presente la escasa fiabilidad de los certificados oficiales de ciertos países. Los expedidos en Iberoamérica, India, Corea, Vietnam y Camboya son, en principio, fiables. Los expedidos en Europa del Este, Rusia y China son menos fiables, sobre todo si pertenecen a niños y niñas previamente institucionalizados.

En resumen, se aplicará un calendario de vacunaciones completo cuando no exista ningún registro de las vacunas administradas, cuando la documentación o registro sea ilegible o no se identifiquen las vacunas registradas y cuando el sanitario responsable tenga dudas sobre la fiabilidad del registro y de la correcta inmunización del niño o niña. En los demás casos, se actualizará el calendario administrando las vacunas que faltan, de acuerdo con el calendario vigente en Castilla-La Mancha. Se registrarán las vacunas administradas del mismo modo que las del resto de la población infantil.

En los niños adoptados es necesario detectar los problemas físicos de salud, emocionales, de desarrollo y educativos que pudieran existir para corregirlos de forma apropiada.

adopción
internacional

En el niño adoptado es necesario detectar los problemas físicos de salud, emocionales, de desarrollo y educativos que pudieran existir para corregirlos de forma apropiada. El fracaso en la identificación e intervención precoz sobre estos problemas puede afectar la calidad de vida, el desarrollo físico, emocional e intelectual, incrementando las dificultades de adaptación a la familia adoptiva.

Es aconsejable realizar una consulta preadopción y una consulta postadopción.

1. Consulta preadopción

Es recomendable que los padres que han decidido hacer una adopción internacional realicen una consulta previa para ser debidamente informados sobre cuáles son los principales datos de interés del estado de salud del niño o niña que deberán recabar en el país de origen, ya que es necesario que sean incorporados a la historia clínica una vez el niño o niña se encuentre en nuestro país. Los padres también deberán ser informados de las medidas preventivas que han de contemplar en los viajes al país en el que van a llevar a cabo la adopción.

- **Antecedentes.** Los datos más importantes que deben conocerse son: edad gestacional, tipo de parto, peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento, lugares donde ha residido, si fue institucionalizado y a qué edad, problemas médicos antes y después de ingresar en la institución, diagnósticos establecidos, medicaciones o transfusiones de sangre recibidas, inmunizaciones, evaluaciones médicas por especialistas, estudios de laboratorio y evolución del crecimiento y desarrollo.

  Muchas veces la información clínica disponible, cuando existe, ofrece notables deficiencias o está adulterada. Esta circunstancia es más frecuente en los informes médicos de niños procedentes de China, Rusia y este de Europa.

- **Información de la madre y/o familia de procedencia.** Si es posible, es conveniente la revisión de la información sobre la madre (edad, nacionalidad, otros hijos, problemas médicos, abuso de drogas, alcohol y/o tabaco, motivo por el que el niño fue institucionalizado o por el que se retiró la patria potestad, etc.) con el fin de identificar factores de riesgo.

- **Principales problemas de salud que presentan los niños adoptados en el extranjero, según el país de origen.** Los problemas de salud están relacionados con la inexistencia de cuidados prenatales, abandono a edad temprana, maltrato físico, abuso sexual, mala alimentación, deficientes condiciones higiénico-sanitarias, enfermedades infecciosas endémicas del país de origen y falta de cuidados médicos durante la permanencia en instituciones (tabla IX).

- Recomendaciones a los padres para el viaje al país de adopción. Inmunizaciones recomendadas, identificación de riesgos y modo de evitarlos, orientación acerca de los lugares o instituciones a los que acudir en caso necesario, etc.

  En general, el riesgo de adquirir una enfermedad transmisible depende del país visitado, las condiciones del viaje, la duración de éste, la estancia en zona rural o urbana y de otros factores personales (edad, sexo, inmunizaciones previas, estado de salud actual, antecedentes de enfermedad).

  Dependiendo de dichos factores y del tiempo disponible hasta el inicio del viaje, se recomendará una pauta individualizada de vacunaciones. Las inmunizaciones recomendadas a las familias que viajan al extranjero para realizar una adopción internacional figuran en la tabla X. Los centros de vacunación internacional pueden asesorar a los viajeros en materia de vacunación y recomendaciones generales preventivas. Es preferible que esta consulta se realice entre 4 y 6 semanas antes del viaje, especialmente si es necesaria la vacunación.

Centros de Vacunación Internacional en Castilla-La Mancha

LOCALIDAD	HOSPITAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ALBACETE	Hospital General Universitario de Albacete	C/ Hermanos Falcó, 37	967 59 71 00
CIUDAD REAL	Hospital General de Ciudad Real	C/ Tomelloso, s/n	926 27 80 00
ALCAZAR DE SAN JUAN	Hospital General La Mancha Centro	Avda. Constitución, 3	926 58 05 00
CUENCA	Hospital Virgen de la Luz	C/ Hermandad Donantes de Sangre, s/n	969 17 99 00
GUADALAJARA	Hospital Universitario de Guadalajara	Avda. Donantes de Sangre, s/n	949 20 92 00
TOLEDO	Hospital Virgen de la Salud	Avda. Barber, 30	925 26 92 00
TALAVERA DE LA REINA	Hospital Nuestra Señora del Prado	Ctra. Extremadura, km 114	925 80 36 00

2. Consulta postadopción

La consulta postadopción debe realizarse en los primeros 3 días tras la llegada al hogar de los nuevos padres, salvo que el niño o niña presente una enfermedad aguda, en cuyo caso se deberá realizar en las primeras 24 horas.

La valoración en esta consulta se realizará según las pautas indicadas en el apartado "manejo de población inmigrante en la consulta de atención primaria", con algunas especificaciones:

- Si existen dudas de la edad cronológica, ésta se determinará a través de la edad ósea (radiografía de mano izquierda), la edad dental (dentograma, ortopantomografía), la edad de desarrollo psicomotor (test de Denver en menores de 6 años) y el grado de madurez social (psicopedagogo). Debe determinarse a la llegada y repetirse 12 meses después.
- La evaluación del desarrollo psicomotor (test de Denver en niños de 0 a 6 años) debe realizarse en la primera visita tras la llegada y repetirse a los 6 meses. En esta segunda evaluación, si se detecta un retraso superior al retraso transicional esperado, si tiene más de 1 año o si existe ansiedad parental, debe remitirse a un servicio de estimulación precoz.

- Evaluación de la dentición. Se debe evaluar la integridad de la dentición primaria y prevenir el daño posterior de la dentición secundaria, especialmente en niños mayores de 18 meses. Debe realizarse en los primeros 6 meses tras la llegada por el odontólogo infantil.
- Si se observa un trastorno de la conducta en los primeros meses tras la llegada, es recomendable realizar una evaluación pormenorizada por parte del psicólogo o del psiquiatra infantil.
- Otras evaluaciones: según los datos de los informes médicos del país de origen y los hallazgos médicos de la visita inicial, se debe solicitar la consulta de especialistas pediátricos (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo, etc...).
- Pruebas de laboratorio. En la tabla XI se sumarizan las pruebas de laboratorio recomendadas para un niño adoptado en el extranjero.

Tabla IX. Problemas de salud observados con mayor frecuencia en niños adoptados en el extranjero

Trastornos nutricionales	Malnutrición, Raquitismo (por deficiencia de vitamina D y calcio). Otros déficits de vitaminas Anemia ferropénica Intolerancias alimentarias
Trastornos del crecimiento y desarrollo	Retrasos del crecimiento y desarrollo, Pubertad temprana en niñas (sudeste de Asia, Iberoamérica) Retraso del desarrollo psicomotor, del lenguaje, del aprendizaje y socioemocional
Trastornos neurosensoriales	Problemas de audición Problemas de visión (estrabismo, ambliopia) Alteraciones del desarrollo neurológico relacionadas con el alcohol y síndrome alcohólico fetal
Enfermedades alérgicas	Asma, eccemas, alergias alimentarias
Trastornos endocrino metabólicos	Deficiencia de yodo e hipotiroidismo secundario (áreas rurales y montañosas de China,Mongolia y Tibet) Hipotiroidismo congénito
Problemas dentales	Retraso erupción, daños de la dentición primaria y secundaria
Trastornos dermatológicos	Escabiosis, pediculosis, impétigo, micosis
Trastornos ortopédicos	Alteraciones de la columna y extremidades inferiores
Trastornos prenatales	Anomalías congénitas
Enfermedades infecciosas	Enfermedades parasitarias intestinales (protozoos, nematodos, cestodos) y bacterianas (Salmonella, Shigella, Campylobacter): Rusia, este de Europa, China,Sudeste Asiático, India, África e Iberoamérica Infección por citomegalovirus, congénita y adquirida Tuberculosis, primoinfección y enfermedad pulmonar activa (América Latina, India, China, Filipinas, SudesteAsiático, África y este de Europa) Sífilis congénita y adquirida (Rusia, este de Europa y Sudeste de Asia) Infección por VIH (este de Europa) Infección por Hepatitis A Infección por Hepatitis B (China, Sudeste de Asia, estede Europa, Rusia, Iberoamérica y África) Coinfección Hepatitis delta Infección Hepatitis C (China, Rusia, este de Europa)Paludismo (África, India)
Miscelánea	Vacunaciones ausentes, incompletas o que no crearon inmunidad Inexactitud en la edad cronológica Intoxicación por plomo (China, este de Europa, Iberoamérica) Anemias por hemoglobinopatías

Tabla X. Vacunas recomendadas a las familias que viajan al extranjero para realizar una adopción internacional

Hepatitis B	3 dosis con pauta 0, 1, 6 meses. Se recomienda completar la inmunización antes del viaje, especialmente en viajes a China, sudeste de Asia, este de Europa, Rusia y Centroamérica.
Hepatitis A	Una dosis 1 mes antes del viaje y una segunda 6-12 meses más tarde.
Tétanos-difteria adulto	En caso de no estar completamente vacunado, administrar las dosis necesarias. Iniciar pauta básica si no está vacunado.
Polio Inyectable	3 dosis con VPI pauta 0, 1-2, 6-12 meses si no se puede confirmar que fue vacunado en la infancia.
Triple Vírica	Si no se puede confirmar que fue vacunado en la infancia, administrar 2 dosis con un intervalo mínimo de cuatro semanas. Si se acredita haber recibido una dosis en la infancia (con más de 12 meses), se administrará una dosis más.
Antigripal	En población de riesgo, según zona y época de destino: -Hemisferio norte (zonas templadas): entre diciembre y marzo. -Hemisferio sur (zonas templadas): entre abril y septiembre. -Trópicos: todo el año. Recomendada en los viajes a zonas afectadas por la gripe aviar (Asia).
Otras vacunas	Cólera, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, meningitis ACYW135, rabia, encefalitis japonesa, encefalitis centroeuropea, etc. (dependiendo de la zona de destino).

Tabla XI. Pruebas de laboratorio recomendadas en niños adoptados en el extranjero

Hemograma completo	Serie roja, blanca y plaquetas Hierro sérico
Estudio de hemoglobinopatías	Electroforesis de hemoglobina (talasemia, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías) Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa
Orina	Análisis de orina con examen microscópico
Heces	Parásitos y huevos en heces (3 muestras) Coprocultivo (1 muestra) para Salmonella, Shigella, Yersinia…
Enzimas hepáticas	GOT, GPT, GGT
Cribado de raquitismo	Fosfatasa alcalina, calcio, fósforo
Saturnismo	Plomo sérico
Serología	Sífilis (VDRL, FTA –ABS) Serología VIH 1 y 2 (ELISA. Si la serología es positiva, confirmar con PCR-VIH) Serología hepatitis B (si la serología es positiva determinar anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe y hepatitis delta) Serología hepatitis C (si la serología es positiva, confirmar el diagnostico con RIBA y PCR-ARN)
Cribado metabólico	En lactantes menores de 6 meses (TSH, fenilalanina, etc.) Pruebas de función tiroidea en niños mayores de 6 meses
Prueba de Mantoux	En niños procedentes de países con alta prevalencia de tuberculosis
Investigación de Plasmodium	Si presenta sintomatología
Investigación de Citomegalovirus	En caso de sospecha clínica

bibliografía

Weekers J, Siem H. Is compulsory overseas medical screening of migrants justifiable? Public Health Rep 1997; 112: 396-402.

CDC Recommendations for the prevention and control of tuberculosis among foreign born persons. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47(RR6): 1-29.

Schwartzman K, Menzies D. Tuberculosis screening of inmigrants to low-prevalence countries. A cost effectiveness analysis. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 780-789.

American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Disease. Red Book, 25° Ed Esp, 2000.

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson, Tratado de Pediatría. McGraw-Hill. Interamericana, 2000.

Vázquez Villegas J et al. Atención inicial al paciente en atención primaria. Med Fam (And) 2000; 2:162-168.

Oliván Gonzalo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. An Esp Pediatr 2001;55:135-140.

Moya M y cols. Integración de los inmigrantes en nuestro sistema de salud. An Esp Pediatr 2001;56:274.

Farias Huanqui P. Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante. Madrid, 2001.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria. Barcelona: SEMFYC 2001.

López Vélez R y Huerga H. Inmigración y salud; aproximación desde Atención Primaria. Madrid. Editorial PBM, 2002.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de trabajo. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos SEMFYC nº 17. 2002.

Clara i Vila I y cols. Indicadores de salud en una población inmigrante en edad pediátrica. An Esp Pediatr 2002; 56(supl 5): 202.

General Recommendations of Inmunization. MMWR 2002/51(RR02); 1-36.

Mellado Peña MJ. Patología emergente en enfermedades infecciosas pediátricas. An Esp Pediatr 2002;56 (supl 6):423-429.

Martín Fontelos P y cols. Niños adoptados y patología importada. An Esp Pediatr 2002;56 (supl 5):8.

Orejón de Luna G. Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de atención primaria. En: AEPap ed. Curso de actualización en pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003: 33-43.

Hernández Cabrera M, Carballo Rastrilla S, Carranza Rodríguez C y Pérez Arellano JL. Infecciones en el niño inmigrante en España, escenarios de actuación. An Esp Pediatr 2003;58 (supl 4):431-436.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de vacunaciones para inmigrantes. Valencia 2003.

Real Rodríguez B, Cortés Rico O y Montón Álvarez JL. Manejo del niño inmigrante desde la consulta de Atención Primaria [En línea] [Fecha de acceso 7 de julio de 2003]. URL disponible en http:// www.aepap.org/inmigrante/protocolo-madrid.htm

Álvarez MJ, Sesmero MA, Gómez J. Vacunas en inmigrantes. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de Atención al Inmigrante. Madrid: ERGON Ediciones 2003: 133-151.

Huerga H, López-Vélez R. Examen de salud. En: Alonso A, Huerga H, Morera

J. Guía de Atención al Inmigrante. Madrid: ERGON Ediciones 2003: 73-90.

Gargantilla Madera P. Manual de Atención a Inmigrantes. Madrid: ERGON Ediciones. 2003.

Inmigración y Salud. Servicio Aragonés de Salud 2003.

Lobato Astorga P, Regato Pajares P, Iglesias Arrabal C, Vázquez Villegas J. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. 2ª Edición. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2004.

http://www.fisterra.com/guias-clinicas/adopcion-internacional.

http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidadyasuntossociales.

Información sobre adopción internacional. Dirección General de Familia, Menores y Promoción social. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.

http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidadyasuntossociales/estructura/dgsspdc/actuacionesorganismo.

Actuaciones de la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Información sobre viajes internacionales.

http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-cooperacion-inmigracion-y-adopcion/grupo-de-inmigracion.

Sección de la web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria dedicada a niños inmigrantes. Reúne noticias, foros y controversias, legislación, estudios y protocolos de actuación ante niños y adolescentes inmigrantes de distintas procedencias.

http://www.semfyc.es. Grupo de trabajo de inmigración y salud de la SEMFyC.

http://www.who.int/es. Organización Mundial de la Salud.

http://www.vacunas.org. Asociación Española de Vacunología.

http://www.foroaps.org.

Comunidad APS. Comunidad de Atención Primaria de la Salud para educación y consulta.

http://www.aeped.es. Asociación Española de Pediatría.

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules.

Calendarios vacunales por países. Organización Mundial de la Salud.

http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx.

Calendarios vacunales de los países de Europa. European centre for disease prevention and control.

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/programa/vacunaciones.htm.

Enlaces a calendarios vacunales de las Comunidades y Ciudades Autónomas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El Plan Regional de Integración Social (P.R.I.S.), elaborado y gestionado por la Consejería de Bienestar Social, contempla las medidas adoptadas con respecto a la atención a la población extranjera inmigrante con dificultades idiomáticas y culturales. El sistema integral de atención a población inmigrante comprende los siguientes dispositivos:

- Servicio de Información y Atención al Inmigrante (S.I.A.I.)
- Servicio de asesoramiento jurídico
- Alojamiento especializado
- Mediación social intercultural y acompañamiento
- Ayudas de emergencia social

Los recursos que integran el dispositivo conforman la Red Regional de Atención a Inmigrantes. Toda la información referente a la Red y sus recursos, que sin duda puede ser de gran utilidad para el profesional sanitario, puede descargarse de la siguiente dirección en internet:

www.castillalamancha.es

anexos

Todos los cuestionarios y documentos clínicos pueden descargarse de la página web

www.castillalamancha.es

Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

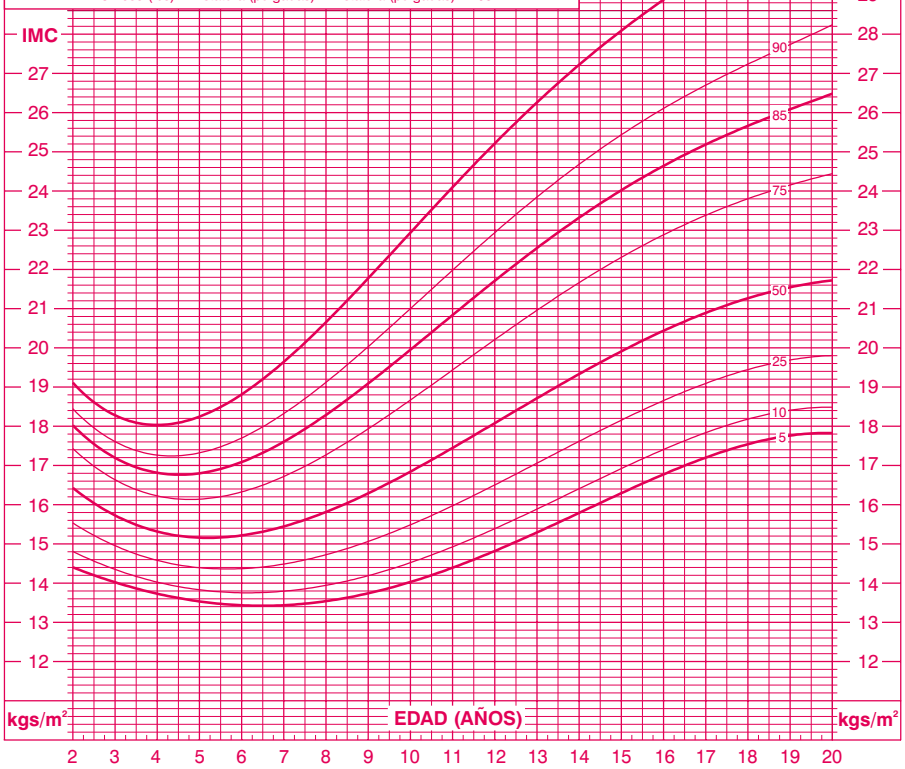
2 a 20 años: Niñas
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____

de Archivo _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*	Comentarios

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000
o Peso (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

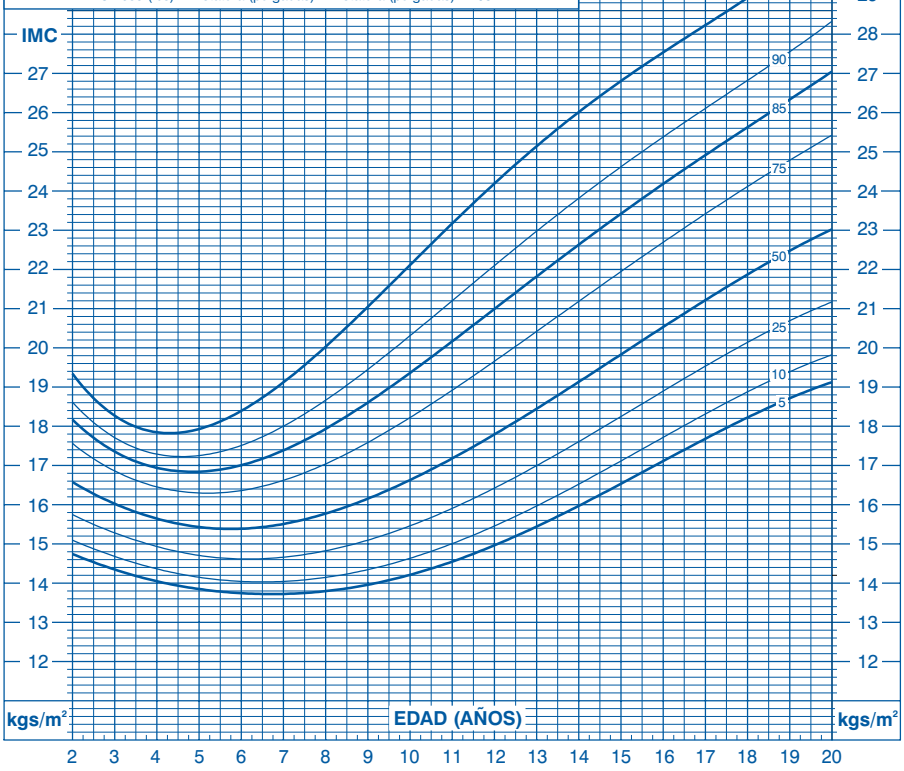
2 a 20 años: Niños
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____

de Archivo _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*	Comentarios

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000
o Peso (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

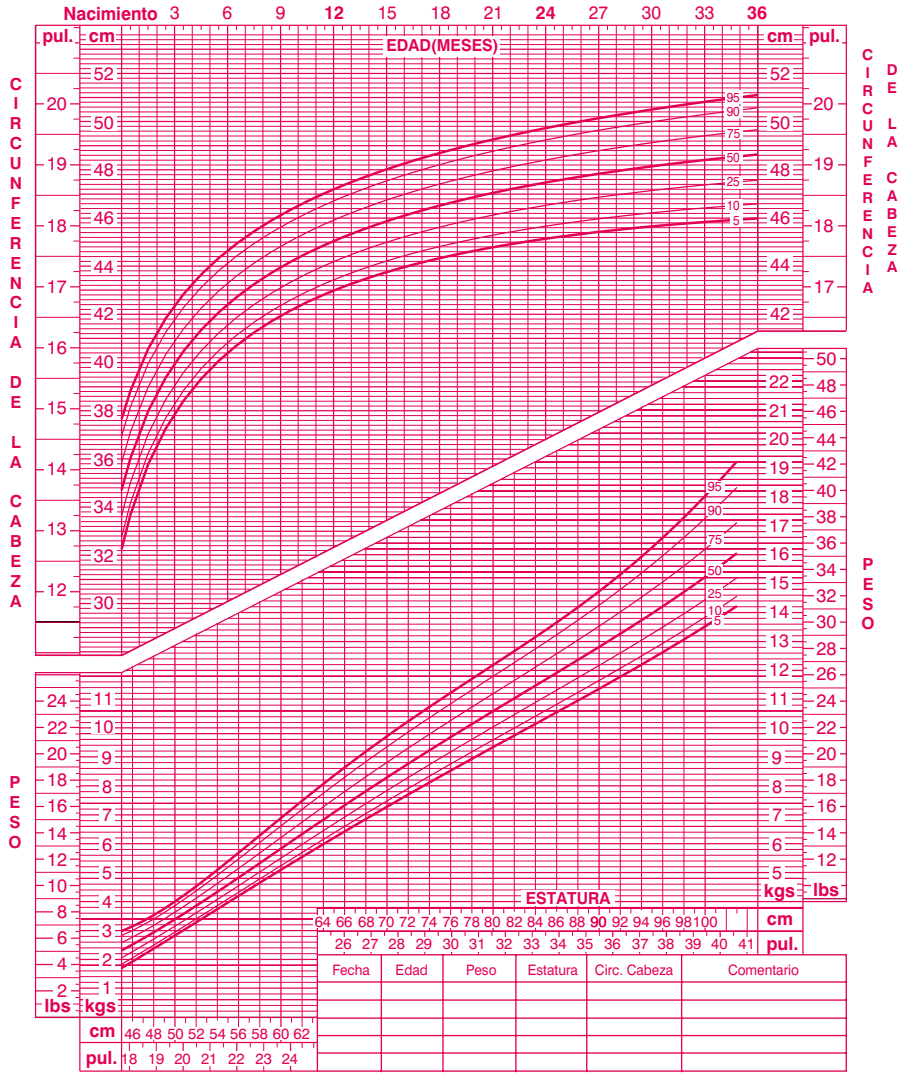
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Percentiles del Índice de Perímetro Cefálico por edad

Nacimiento a 36 meses: Niñas
Percentiles de circunferencia de la cabeza por edad y Peso por estatura

Nombre _____

de Archivo _____

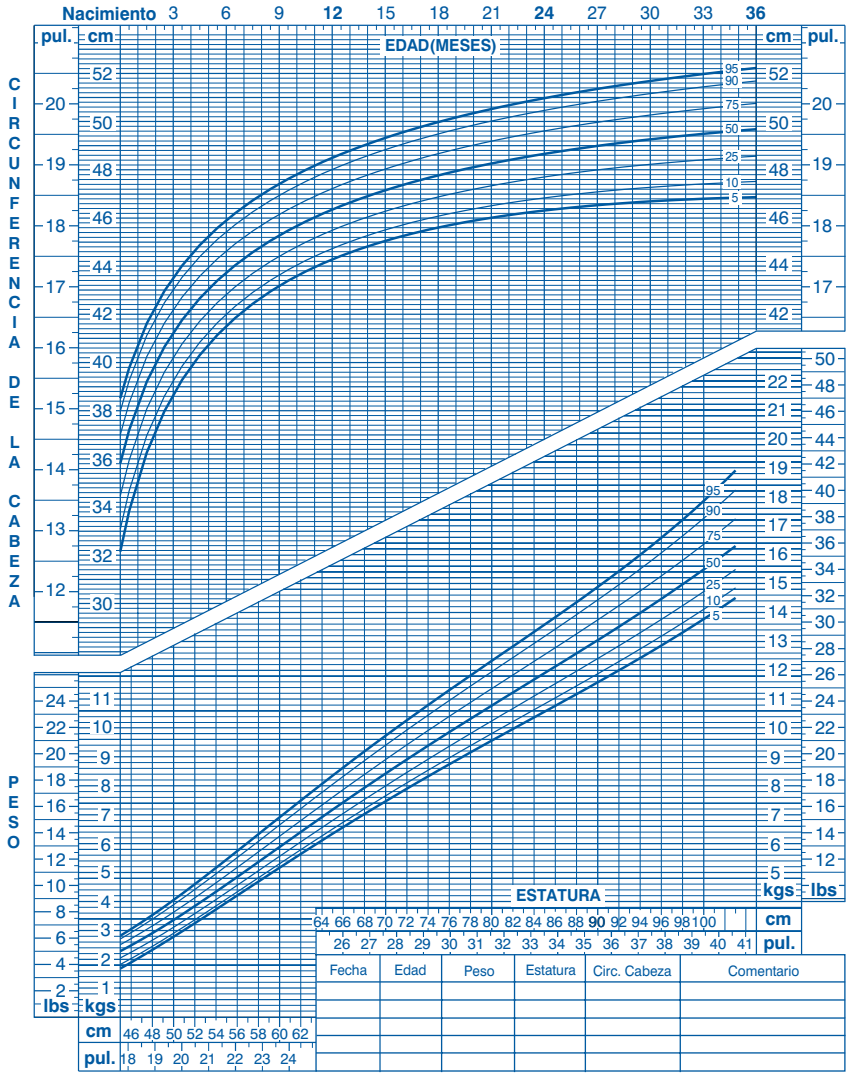


Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

Nacimiento a 36 meses: Niños
Percentiles de circunferencia de la cabeza por edad y Peso por estatura

Nombre _____

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

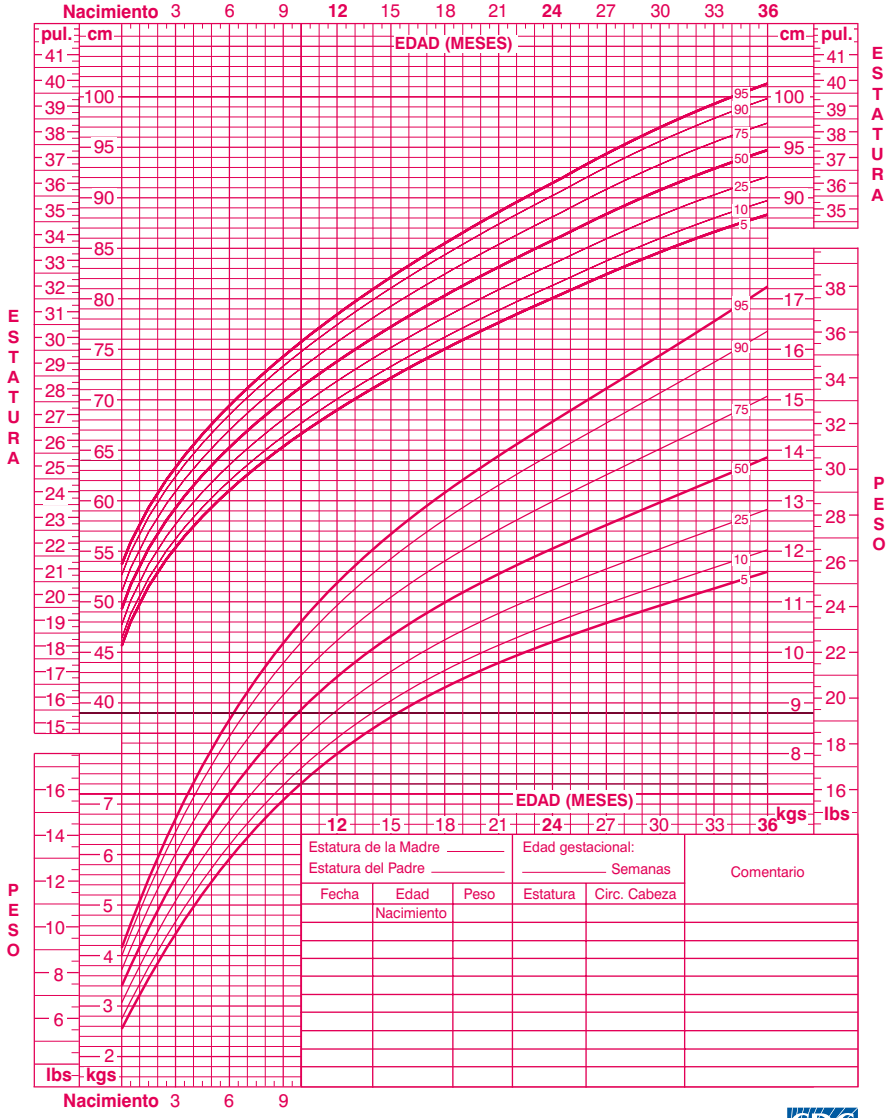
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Percentiles del Índice de Peso/Talla por edad (menores de 36 meses)

Nacimiento a 36 meses: Niñas
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre _____

de Archivo _____



Estatura de la Madre _____
Estatura del Padre _____

Edad gestacional:
_____ Semanas

Fecha	Edad	Peso	Estatura	Circ. Cabeza	Comentario
	Nacimiento				

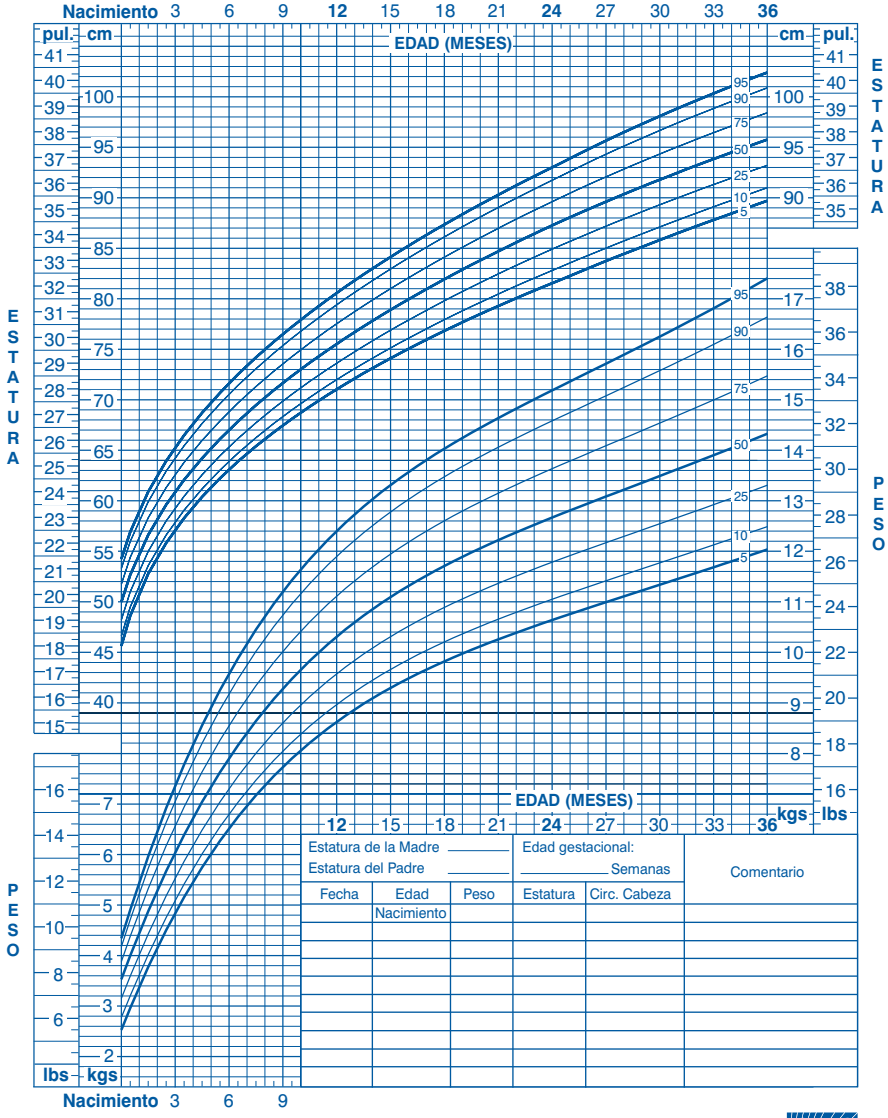
Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoció de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Nacimiento a 36 meses: Niños
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre _____

de Archivo _____



Estatura de la Madre _____			Edad gestacional: _____ Semanas		Comentario
Estatura del Padre _____					
Fecha	Edad	Peso	Estatura	Circ. Cabeza	
	Nacimiento				

Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoció de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Percentiles del Índice de Peso/Talla por edad (2 a 20 años)

2 a 20 años: Niñas
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

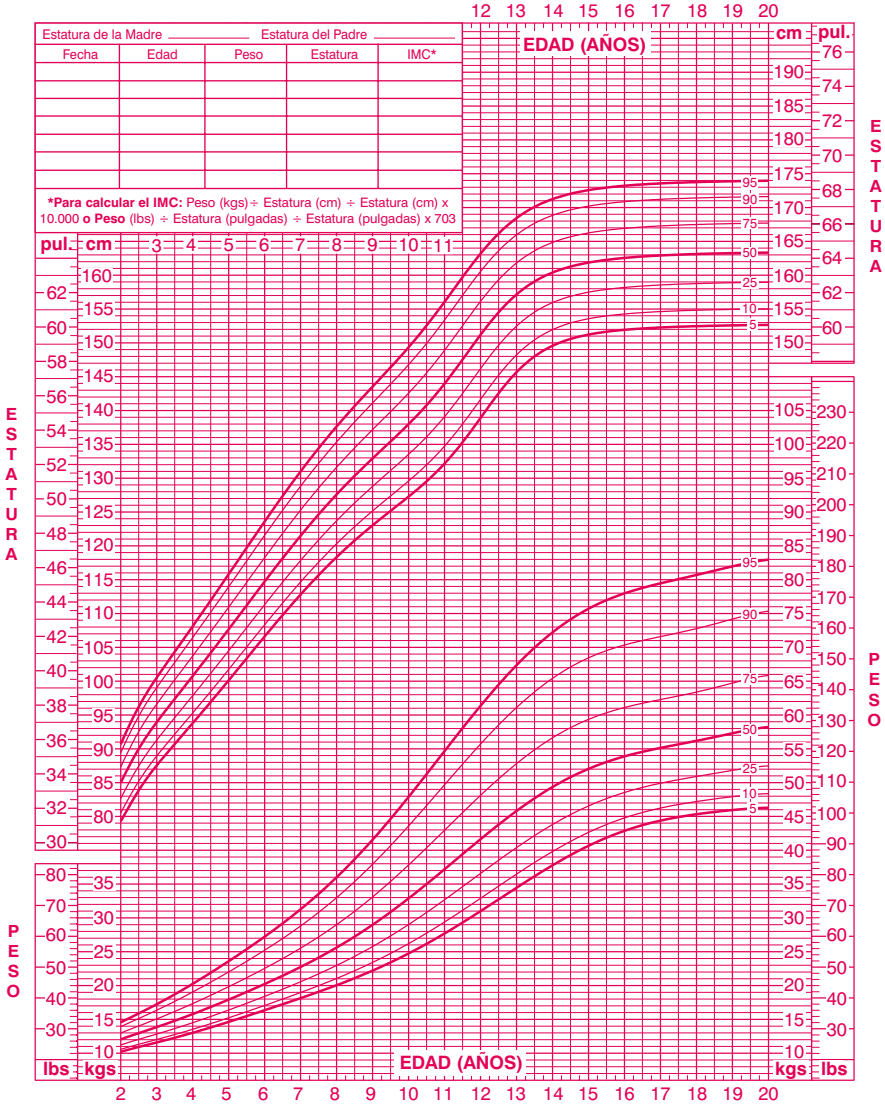
Nombre _____

de Archivo _____

Estatura de la Madre _____ Estatura del Padre _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000 **o Peso** (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



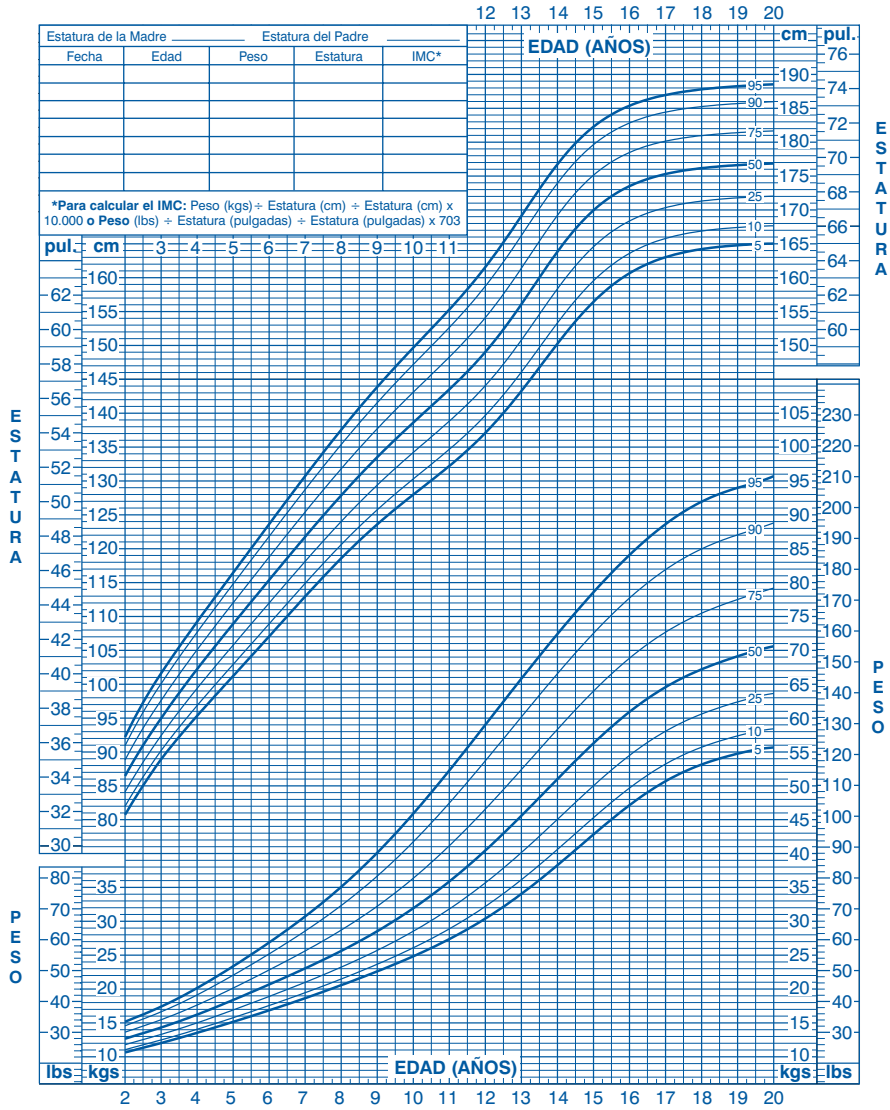
Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

2 a 20 años: Niños
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre _____

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Anexo II: Cuestionarios Prevacunales para Niños y Adolescentes

Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber qué vacunas pueden administrarse. Si alguna pregunta no está clara, por favor consulte con la enfermera o el médico y se la explicará.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. ¿Está enfermo el niño hoy?			
2. ¿Es alérgico el niño a medicamentos, a alimentos o a alguna vacuna?			
3. ¿Ha tenido el niño previamente una reacción importante a alguna vacuna?			
4. ¿Ha tenido el niño convulsiones o algún problema cerebral?			
5. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?			
6. ¿Ha tomado el niño corticoides, medicamentos anticancerosos o tratamiento con radioterapia en los últimos tres meses?			
7. En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión sanguínea o de productos hemáticos, o ha recibido inmunoglobulinas?			
8. ¿Ha recibido el niño en las últimas 4 semanas alguna vacuna?			
9. En el caso de que se vaya a vacunar una adolescente ¿está embarazada o existe la posibilidad de que se pueda quedar embarazada en las próximas 4 semanas?			

Este cuestionario ha sido contestado por: _____

Fecha: _____

¿Tiene algún documento que acredite haber recibido vacunas con anterioridad?
SI ☐ NO ☐

Anexo II: Pre-Vacunation form for Children and Teenagers inmunization

For parents/guardians: The following questions will help us to determine which vaccines may be given. If a question is not clear, please ask the nurse or doctor to explain it.

QUESTIONS	YES	NO	DON'T KNOW
1. Is the child sick today?			
2. Does the child have allergies to medications, food or any vaccine?			
3. Has the child had a serious reaction to vaccine in the past?			
4. Has the child had a seizure or a brain problem?			
5. Does the child have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?			
6. Has the child taken cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had x-ray treatments in the past 3 months?			
7. Has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year?			
8. Has the child received any vaccinations in the past 4 weeks?			
9. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant in the next 4 weeks?			

Form completed by: _____

Date: _____

Do you have any documents proving vaccines received before? YES ☐ NO ☐

Anexo II: Questionnaire de Pre-vaccination pour Enfants et Adolescents

Pour les parents/tuteurs: Les questions suivantes nous aideront à savoir quels vaccins peuvent éter administers. Si vous ne comprenez pas quelque question, demandez à l'infirmière ou au médecin. Ils vous les expliqueront.

QUESTIONS	OUI	NON	NE SAIT PAS
1. L'enfant est-il malade aujourd'hui?			
2. Est-il allergique à certains médicaments, aliments ou vaccin?			
3. L'enfant a-t-il deja eu une reaction importante à une vaccin?			
4. L'enfant a-t-il deja eu des convulsions ou un probleme cérébral?			
5. L'enfant a-t-il un cancer, une leucémie, le SIDA ou tout outre problème du sustème immunologique?			
6. L'enfant a-t-il pris, au cours des tríos derniers mois, des médicaments contre le cancer ou a-t-il reçu un traitement par radiothérapie?			
7. L'enfant a-t-il reçu, au cours de la dernière année, une transfusión de sang ou de produits hématiques, ou des immunoglobulines?			
8. L'enfant a-til été vacciné dans les quatre derniéres semanines?			
9. En cas de vaccination d'une adolescente, est-elle enceinte ou existe-t-il la possibilité qu'elle le soit dans les quatre prochaines semaines?			

Questionnaire
rempli par: _____

Date: _____

A-t-il un document attestant avoir reçu vaccins antérieurement? OUI ☐ NON ☐

Anexo III: Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma

БЛАНКА ЗА АНАМНЕЗА НА ЧУЖДЕНЦИ СЪС ЗАТРУДНЕНИЯ В ЕЗИКА (búlgaro)

NOMBRE / ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ _____

PAÍS DE ORIGEN / ДЪРЖАВА – ГРАЖДАНСТВО _____

EDAD_____ Años / ВЪЗРАСТ_____Навършени години

FECHA / ДАТА _____

ANTECEDENTES
ПРЕДКЛИНИЧНА ИСТОРИЯ

1 ¿Cuánto tiempo lleva en España?
1 Колко време пребивавате в Испания?

1.1 Menos de 6 meses
1.1 По-малко от 6 месеца
1.2 Menos de 1 año
1.2 По-малко от 1 година
1.3 Más de 1 año
1.3 Повече от 1 година
1.4 Más de 3 años
1.4 Повече от 3 години

2 ¿Cuándo estuvo en su país por última vez?
2 Кога сте бил/а в своята родина за последен път?

2.1 Menos de 6 meses
2.1 Преди по-малко от 6 месеца
2.2 Menos de 1 año
2.2 Преди по-малко от 1 година
2.3 Más de 1 año
2.3 Преди повече от 1 година
2.4 Más de 3 años
2.4 Преди повече от 3 години

3 ¿En qué trabaja?
3. Къде работите?

3.1 Agricultura
3.1. Селско стопанство
3.2 Invernadero
3.2 Оранжерии
3.3 Construcción
3.3. Строителство
3.4 Otro
3.4 Друго

4 ¿Con quien vive?
4. С кого живеете?

4.1 Solo
4.1 Сам/а
4.2 Con familia
4.2 Със семейството
4.3 Con compañeros
4.3 С приятели

5 ¿Es usted diabético? SI NO
5 Диабетик ли сте? ДА НЕ

6 ¿Es usted hipertenso? SI NO
6 Имате ли високо кръвно налягане? ДА НЕ

7 ¿Ha tenido o tiene problemas en los pulmones? SI NO
7Имали ли сте или имате ли проблеми с белите дробове? ДА НЕ

8 ¿Ha tenido o tiene problemas de corazón? SI NO
8 Имали ли сте или имате ли проблеми със сърцето? ДА НЕ

9 ¿Ha tenido o tiene problemas de riñón? SI NO
9 Имали ли сте или имате ли проблеми с бъбреците? ДА НЕ

10 ¿Ha tenido o tiene problemas de estomago? SI NO
10 Имали ли сте или имате ли проблеми със стомаха? ДА НЕ

11 ¿Ha sido diagnosticado previamente de alguna otra enfermedad? SI NO ¿Cuál?
11 Поставяна ли Ви е преди диагноза за друго заболяване? ДА НЕ Кое?

12 ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO
12 Алергичен/а ли сте към някое лекарство или храна? ДА НЕ

13 ¿A cuáles?
13 Към кои?

14 ¿Esta tomando ahora algún medicamento? SI NO
14 Приемате ли някакво лекарство? ДА НЕ

15 ¿Cuáles?
15 Кои?

16 ¿Fuma usted? SI NO
16 Пушите ли? ДА НЕ

17 Nº de cigarrillos / día
17 Nº цигари дневно

18 ¿Es bebedor? SI NO
18 Пиете ли алкохол? ДА НЕ

19 ¿Toma alguna otra droga?
19 Приемате ли нещо друго?

20 ¿Cuál?
20 Какво?

21 ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? SI NO
21 Били ли сте настанен/а в болница досега? ДА НЕ

22 ¿Ha sido intervenido alguna vez quirúrgicamente? SI NO
22 Правили ли за Ви досега някаква хирургична операция? ДА НЕ

23 ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI NO
23 Правили ли са Ви някога кръвопреливане? ДА НЕ

24 ¿Tiene puesta alguna vacuna? SI NO
24 Поставена ли Ви е някаква ваксина? ДА НЕ

En caso afirmativo aporte la documentación que lo acredite
Ако е така, приложете документацията,която го доказва

MUJER
ЖЕНА

25 ¿Está usted embarazada? SI NO
25 Бременна ли сте? ДА НЕ

26 ¿Está dando el pecho? SI NO
26 Кърмите ли? ДА НЕ

27 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? SI NO
27 Ползвате ли някакво противозачатъчно средство? ДА НЕ

28 ¿Cuál?
28 Кое?

29 ¿Cuándo tuvo la última menstruación?
_____
29 Кога е била последната менструация?_____

ANAMNESIS
АНАМНЕЗА
DOLOR EN GENERAL
БОЛКА – ОБОБЩЕНО

30 Señálese dónde le duele
30 Покажете къде Ви боли

31 Señálese si el dolor le va hacia otra parte
31 Покажете дали болката отива нанякъде

32 ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor?
32 От колко време Ви боли?

33 Desde hace _____horas _____días _____ semanas _____meses
33 От _____часа _____дни _____седмици _____месеци

34 ¿El dolor ha aparecido de pronto? SI NO
34 Болката внезапно ли се появи? ДА НЕ

35 ¿El dolor ha aparecido poco a poco? SI NO
35 Болката постепенно ли се появи? ДА НЕ

36 ¿Ha tenido otras veces el mismo dolor? SI NO
36 Имали ли сте и друг път същата болка? ДА НЕ

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE
ПОСТОЯННО ГЛАВОБОЛИЕ

37 ¿El dolor le dura todo el día? SI NO
37 Болката продължава ли през целия ден? ДА НЕ

38 ¿Le calma el dolor con analgésicos? SI NO
38 Успокоява ли се болката от обезболяващи лекарства? ДА НЕ

39 ¿Le despierta el dolor por la noche? SI NO
39 Събуждате ли се от болка нощем? ДА НЕ

Anexo III: Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma
БЛАНКА ЗА АНАМНЕЗА НА ЧУЖДЕНЦИ СЪС ЗАТРУДНЕНИЯ В ЕЗИКА (búlgaro)

40 ¿Vomita con el dolor? SI NO
40 Повръщате ли, когато Ви боли?
ДА НЕ

41 ¿Tiene fiebre? SI NO
41 Имате ли повишена температура?
ДА НЕ

DOLOR DE HUESOS Y ARTICULACIONES
БОЛКА НА КОСТИТЕ И СТАВИТЕ

42 ¿Mejora el dolor con el reposo? SI NO
42 Намалява ли болката при покой?
ДА НЕ

43 ¿Duele más cuando se mueve? SI NO
43 Боли ли повече при движение?
ДА НЕ

44 ¿Ha tenido algún golpe en el lugar donde le duele? SI NO
44 Удряли ли сте се на мястото, където Ви боли? ДА НЕ

45 ¿Le dura el dolor todo el día? SI NO
45 Продължава ли болката през целия ден? ДА НЕ

46 ¿Ha tenido fiebre? SI NO
46 Имали ли сте температура? ДА НЕ

DOLOR DE PECHO
ГРЪДНА БОЛКА

47 ¿Cuando apareció el dolor estaba en reposo? SI NO
47 Когато болката се появи в покой ли се намирахте? ДА НЕ

48 ¿o haciendo algún esfuerzo? SI NO
48 или правехте някакво физическо усилие? ДА НЕ

49 ¿Aumenta el dolor al toser / respirar / moverse? SI NO
49 Увеличава ли се болката при кашлица/дишане/движение? ДА НЕ

50 ¿Le disminuye el dolor de alguna manera? SI NO
50 Намалява ли болката по някакъв начин? ДА НЕ

51 ¿Cuando le da el dolor tiene vómitos o sudor frío? SI NO
51 Когато Ви боли има ли и повръщане и студено изпотяване? ДА НЕ

DOLOR ABDOMINAL
КОРЕМНА БОЛКА

52 ¿Hay algo que le aumente el dolor? SI NO
52 Има ли нещо, което да увеличава болката? ДА НЕ

53 ¿El dolor aumenta o disminuye con las comidas?
53 Болката се увеличава или намалява след хранене?

Aumenta____ Disminuye____
Увеличава____ Намалява____

54 ¿Tiene también vómitos? SI NO
54 Имате ли и повръщане? ДА НЕ

55 ¿diarrea? SI NO
55 диария? ДА НЕ

56 ¿estreñimiento? SI NO
56 запек? ДА НЕ

57 ¿Sangre en heces? SI NO
57 Кръв в изпражненията? ДА НЕ

TOS
КАШЛИЦА

58 ¿fiebre? SI NO
58 температура? ДА НЕ

59 ¿Cuánto tiempo lleva con la tos?
59 Откога имате кашлица?

____ Días ____ semanas ____meses
____ Дни ____седмици ____месеци

60 ¿Cuando tose más?
60 Кога кашляте повече?

Por la mañana ___noche ___todo el día ___
Сутрин ____вечер ____през целия ден ___

61 ¿Cuando tose, expulsa mocos? SI NO
61 Когато кашляте, имате ли храчки? ДА НЕ

62 ¿Espesos? SI NO
62 Гъсти? ДА НЕ

63 ¿Con sangre? SI NO
63 С кръв? ДА НЕ

Anexo III: Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma

БЛАНКА ЗА АНАМНЕЗА НА ЧУЖДЕНЦИ СЪС ЗАТРУДНЕНИЯ В ЕЗИКА (búlgaro)

UROGENITAL
ПИКОЧО-ПОЛОВА СИСТЕМА

64 ¿Le quema al orinar? SI NO
64 Пари ли при уриниране? ДА НЕ

65 ¿Orina muchas veces? SI NO
65 Уринирате ли често? ДА НЕ

66 Color: ___claro ___oscuro ___sangre
66 Цвят ___бистро ___тъмно ___кръв

67 ¿Le pican los genitales? SI NO
67 Сърбят ли Ви гениталиите? ДА НЕ

68 ¿Le duelen los genitales? Pene, uretra, labios, vagina SI NO
68 Болят ли Ви гениталиите? Пенис, уретра, срамни устни, влагалище ДА НЕ

69 ¿Le sale algún líquido por los genitales? SI NO
69 Имате ли течение от гениталиите? ДА НЕ

OBSTETRICIA
АКУШЕРСТВО

70 ¿Tiene hijos? SI NO
70 Имате ли деца? ДА НЕ

Cuantos _____
Колко _____

71 ¿Ha abortado alguna vez? SI NO
71 Абортирали ли сте някога? ДА НЕ

72 Número de abortos _____
72 Брой аборти _____

73 ¿Está sangrando? SI NO
73 Кървите ли? ДА НЕ

74 ¿Desde cuándo? _____
74От кога? _____

GENERAL
ОБЩО

75 ¿Está mareado? SI NO
75 Замаяни ли сте? ДА НЕ

76 ¿Ha perdido el conocimiento? SI NO
76 Губили ли сте съзнание? ДА НЕ

77 ¿Ve bien? SI NO
77 Виждате ли добре? ДА НЕ

78 ¿Oye bien? SI NO
78 Чувате ли добре? ДА НЕ

79 ¿Tiene apetito? SI NO
79 Имате ли апетит? ДА НЕ

80 ¿Se encuentra demasiado cansado? SI NO
80 Чувствате ли се много изморен? ДА НЕ

81 ¿Duerme bien? SI NO
81 Спите ли добре? ДА НЕ

82 ¿Tiene ganas de llorar? SI NO
82 Плаче ли Ви се? ДА НЕ

INDICACIONES
ИНДИКАЦИИ

83 Le vamos a hacer un análisis de orina
83 Ще направим изследване на урина

84 Le vamos a hacer un análisis de sangre
84 Ще направим изследване на кръвта

85 Le vamos a hacer una radiografía
85 Ще направим рентгенова снимка

86 Le vamos a hacer un electrocardiograma
86 Ще направим електрокардиограма

87 Le vamos a poner una inyección
87 Ще направим една инжекция

88 Tiene que ir al hospital
88 Трябва да отидете в болницата

89 Tiene que ir a admisión
89 Трябва да отидете в приемно отделение

90 Tiene que ir a enfermería
90 Трябва да отидете при медицинските сестри

91 Tiene que ir a la trabajadora social
91 Трябва да отидете при социалната работничка.

TARJETA DE TRATAMIENTO

CARTE DE TRAITMENT

CARD OF TREATMENT

بـطـاقـة ا لعلاج

المـريض إسـم / Nom et prénom de patient

Nombre del paciente / Patient's name :

الـتـاريخ / Date: Fecha / Date :

Por favor tome la medicación tal como se indica.
Please take your medicine as indicated.
المدة و الجرعة) ه أعلا مشار هو كما العلاج تـناول الرجاء .
S´il vous plait, prenez votre médicament comme est-il indiqué.

Revision dentro de:
Dias:
Semanas
Meses

ل خلا المراجعة
أيام
أسـابيع
أشهر

Next appointment in:
Days:
Weeks:
Months:

Rendez-vous prochaine dans:
Jours:
Semaines:
Mois:

Si tiene dudas consulte con el médico o la enfermera.
If you have any doubt please ask to your physician or nurse.
الممرضة أو الطبيب إستشارة الرجاء شك أي حالة في
Si vous avez quelque doute consultez votre médecin ou infirmière.

sescam
Gerencia de Atención Primaria de Albacete

Castilla-La Mancha

Nombre del medicamento Name of medicine							اسم الدواء Nom de médicament
Desayuno Breakfast							الفطور Le petit déjeuner
Almuerzo Lunch							الغداء Le déjeuner
Cena Dinner							العشاء Le dîner
Días de tratamiento Days of treatment							أيام العلاج Jours de traitement
Antes de comer Before eating							قبل الأكل Avant les repas
Después de comer After eating							بعد الأكل Après les repas

Castilla-La Mancha

ELGRECO2014