

SESIONES CLÍNICAS EN **APS**

Asistencia inicial
al inmigrante
en Atención Primaria

MATERIAL
PARA EL
PONENTE

SESIONES CLÍNICAS EN APS

Asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria

Dolores Idáñez Rodríguez
Oscar-Hugo Martín del Barco
José Vázquez Villegas

SOLICITADA LA ACREDITACIÓN POR EL SISTEMA
DE ACREDITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (SAAP)
Y LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

**MATERIAL
PARA EL
PONENTE**

SESIONES CLÍNICAS EN APS

Asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria

Autores:

Dolores Idáñez Rodríguez
Médico de Familia. Centro de Salud Santo Grial (Huesca)
Grupo de Atención al Inmigrante semFYC

Oscar-Hugo Martín del Barco
Médico de Familia. Centro de Salud Cuellar (Segovia)
Grupo de Atención al Inmigrante semFYC

José Vázquez Villegas
Médico de Familia. Centro de Salud La Mojonera.
Distrito Sanitario Poniente de Almería
Coordinador Grupo de Atención al Inmigrante semFYC

Coordinador del programa Sesiones Clínicas en APS:

Albert Casasa Plana. Médico de Familia.
EAP Sardenya. Barcelona

© 2007, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Coordinación y dirección editorial:

semfyc 1 ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª planta, of. 14
08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

Depósito legal:

ISBN: 978-84-96761-10-0

Índice

Presentación de la sesión	5
Objetivo general docente	5
Metodología de la sesión	5
Cronograma	5
Desarrollo de la sesión	6
Objetivos específicos	6
Instrucciones para el ponente	6
Caso clínico	7
Bibliografía	20
Evaluación de la sesión sobre Asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria	21

Presentación de la sesión

Objetivo general docente

Con la elaboración de esta sesión pretendemos ayudar a los profesionales de Atención Primaria a adquirir elementos de juicio y habilidades para el manejo del paciente inmigrante en la consulta, teniendo en cuenta, además de las enfermedades infecciosas más prevalentes según sus países de origen, otros factores que pueden influir en la salud como pueden ser la cultura, costumbres, y la realidad social en la que viven.

Metodología de la sesión

- ▶ Exposición del caso clínico con: motivo de consulta, antecedentes, exploración física, pruebas complementarias, evolución clínica y tratamiento.
- ▶ Resolución de las preguntas incluidas en el caso por parte de los asistentes. A continuación, el ponente aclarará las respuestas apoyándose en el contenido de las diapositivas.
- ▶ Aclaración de las dudas sobre el caso.
- ▶ Conclusiones.

Cronograma

- ▶ Entrega de material y explicación sencilla sobre el contenido y objetivos de la sesión: 5 minutos.
- ▶ Exposición de la historia clínica con resolución de preguntas: 45 minutos.
- ▶ Conclusiones: 5 minutos.

Desarrollo de la sesión

Objetivos específicos

- ▶ Adquirir las habilidades para el manejo inicial del paciente inmigrante en la consulta.
- ▶ Adquirir los conocimientos básicos de las enfermedades infecciosas más frecuentes en inmigrantes según los países de origen. Concepto de medicina geográfica.
- ▶ Conocer el protocolo de atención inicial al inmigrante. Indicaciones de su aplicación.
- ▶ Calendario de vacunación en el adulto.
- ▶ Conocer la patología psiquiátrica relacionada con el proceso migratorio. Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o síndrome de Ulises.

Instrucciones para el ponente

- ▶ Fomentar la participación activa de los asistentes en la sesión.
- ▶ Leer las preguntas y formulación de las cuestiones sobre datos relevantes del caso clínico y opinión de los asistentes.
- ▶ Valoración y opinión de datos favorables a las respuestas correctas.
- ▶ Destacar las enfermedades infecciosas más frecuentes en inmigrantes teniendo en cuenta el país de origen.
- ▶ Destacar las exploraciones complementarias que están indicadas en Atención Primaria.
- ▶ Calendario de vacunación en el inmigrante adulto.
- ▶ Hacer hincapié en la importancia de explorar el área psicológica ya que el proceso migratorio va acompañado de una gran carga emocional que puede influir sobre la salud.
- ▶ Síntomas de sospecha y situaciones de riesgo para presentar patología psiquiátrica relacionada con el proceso migratorio. Síndrome de Ulises.

Caso clínico

▶ VARÓN PAKISTANÍ CON EPIGASTRALGIA.

MOTIVO DE CONSULTA

▶ ACUDE A LA CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR EPIGASTRALGIA DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN QUE CALMA PARCIALMENTE CON LAS COMIDAS.

ANTECEDENTES

- ▶ VARÓN DE 34 AÑOS.
- ▶ NATURAL DE PAKISTÁN, QUE DESDE HACE 3 MESES RESIDE EN ESPAÑA.
- ▶ CASADO, CON 2 HIJOS QUE RESIDEN EN SU PAÍS DE ORIGEN.
- ▶ TRABAJA EN LA AGRICULTURA, EN SU PAÍS ERA PROFESOR UNIVERSITARIO.
- ▶ COMPARTI VIVIENDA CON OTROS COMPATRIOTAS.
- ▶ NO TOMA FÁRMACOS.
- ▶ NO TIENE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NI FAMILIARES DE INTERÉS.
- ▶ NO RECUERDA SU CALENDARIO DE VACUNACIÓN.
- ▶ NO HABLA, NI ENTIENDE, EL ESPAÑOL.

EXPLORACIÓN FÍSICA

▶ NORMAL, SALVO DOLOR EN EPIGASTRIO A LA PALPACIÓN ABDOMINAL.

¿CUÁL SERÍA LA ACTUACIÓN MÉDICA INICIAL MÁS ADECUADA EN ESTE CASO?

- A) REALIZAR UN CRIBADO SISTEMÁTICO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS PREVALENTES EN SU PAÍS DE ORIGEN.
- B) DERIVARLO A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR LA «VISITA DE ACOGIDA».
- C) REALIZAR UNA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA CUIDADOSAS DE SU MOTIVO DE CONSULTA.
- D) TODAS LAS ANTERIORES.

La respuesta correcta es la d.

Todas pueden ser válidas e incluso complementarias. En cuanto a la primera opción, debe tenerse presente que el inmigrante, en general, es una persona joven y sana, con un nivel de salud superior al existente en su país de origen. No obstante, no hay que olvidar que procede de un área geográfica distinta, con enfermedades y formas de enfermar diferentes. Los inmigrantes sólo tienen mayor riesgo de enfermedades infecciosas en las primeras etapas (de 3 a 5 años) en España. Este riesgo desaparece con el tiempo pero también empeora su nivel de salud, que es peor a los 10 años respecto a los recién llegados, por su

dificultad de acceso al sistema sanitario y los condicionantes físicos o de conducta. Por ello, sólo necesitarán una atención diferenciada en las primeras etapas, teniendo siempre en cuenta el país de origen, los países visitados y el tiempo de estancia en España.

La segunda opción, en la «visita de acogida» en enfermería, se logra un buen recibimiento, se le puede informar de los servicios que ofrece el centro y de su funcionamiento. Puede servir para conocer algunos aspectos del paciente que a menudo pasan desapercibidos en la entrevista médica.

Parece lógico comenzar con la tercera opción, con objeto de cumplir las expectativas del paciente respecto del alivio del dolor gástrico y, seguidamente, realizar la visita de acogida por parte de enfermería (a ser posible el primer día) para finalizar con la consulta médica programada. La realización de la historia clínica es, a veces, muy dificultosa por los problemas del idioma o por la interpretación de la demanda, ya que el inmigrante suele emplear distintas claves culturales en la exposición de los síntomas. En este caso, el paciente vino acompañado de un compatriota que entendía el español, pero no siempre es así. En las situaciones en las que no sea posible el acompañamiento por un familiar o por personas conocidas, la colaboración de un intérprete o de un mediador intercultural puede facilitar el trabajo asistencial.

EXAMEN DE SALUD

ANTE TODO, NUNCA SE DEBE OLVIDAR QUE EL MARCO DE TRABAJO ES LA ATENCIÓN PRIMARIA, Y AUNQUE MUCHOS AUTORES PROPONEN LA REALIZACIÓN DE UN CRIBADO AMPLIO, HABRÁ QUE REALIZARLO SOBRE LA BASE DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE, PRIORIZANDO LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN Y DEL TIEMPO DE RESIDENCIA EN ESPAÑA. EN PRIMER LUGAR, CONVIENE ATENDER AL MOTIVO DE CONSULTA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE.

a. Anamnesis

La realización de la historia clínica es, a veces, muy dificultosa por los problemas del idioma o por la interpretación de la demanda, ya que el inmigrante suele emplear distintas claves culturales en la exposición de los síntomas. Es conveniente recoger los siguientes datos:

País de origen (medio rural o urbano) y ruta migratoria (por la posibilidad de adquirir enfermedades durante el trayecto).

Tiempo de residencia en España.

Viajes a su país de origen.

Características de la vivienda y convivientes.

Estructura dinámica y familiar.

Actividad y situación laboral.

Religión (si es musulmán y practica el Ramadán, tenerlo en cuenta a la hora de prescribir un tratamiento).

Antecedentes patológicos de interés: hepatitis víricas, tuberculosis (TBC), enfermedades genéticas.

Estado de vacunación.

Historia ginecológica (el cáncer del cuello uterino tiene una mayor prevalencia en África y en los países del Caribe).

Exploración psicológica: estado anímico, nivel de autoestima, factores estresantes, nivel de integración y adaptación.

b. Exploración física

Presión arterial (la hipertensión arterial [HTA] maligna es más frecuente en la raza negra. Responden mal al tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina/antagonistas de los receptores de angiotensina II [IECA]/[ARA II]) y betabloqueantes.

Estado nutricional.

Piel y mucosas: úlceras, nódulos, manchas hiperpigmentadas o hipopigmentadas (explorar sensibilidad), presbidermia (piel envejecida), escara del bacilo de Calmette-Guérin [BCG], marcas tribales, etc.).

Examen bucodental.

Cuello: bocio (es endémico en muchas zonas del Trópico), adenopatías.

Auscultación cardiopulmonar.

Abdomen: hepatoesplenomegalia.

Sistema musculoesquelético (escoliosis/hiperlordosis).

Agudeza visual.

c. Exploraciones complementarias

Hay una serie de pruebas básicas comunes a todos los pacientes, mientras que otras se harán según la procedencia del inmigrante y el tiempo de estancia en España y a partir de los síntomas que presenta.

Antes de realizar las pruebas complementarias, es conveniente dar las explicaciones necesarias y requerir su consentimiento.

Debido a la gran movilidad de este colectivo, conviene preguntar si con anterioridad se le ha realizado algún tipo de prueba para evitar duplicidades y molestias al paciente.

Hemograma, sideremia, ferritina, si existe anemia microcítica con ferritina normal (sobre todo en africanos subsaharianos e hindúes) solicitar electroforesis de hemoglobina (Hb).

Bioquímica en sangre (perfil hepatorenal) y orina (anormales y sedimento).

Serologías de hepatitis B, C, lúes, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y rubéola (en mujeres en edad fértil).

Frotis y gota gruesa (sólo de forma habitual en niños y mujeres embarazadas procedentes de zonas endémicas de malaria con menos de 6 meses de estancia en España).

Análisis coproparasitológico seriado en tres muestras (en residentes de menos de 1 año de estancia en España).

Parásitos en orina (en inmigrantes procedentes del África subsahariana con hematuria en el sedimento o clínica genitourinaria, para descartar esquistosomiasis urinaria).

Prueba de Mantoux/radiografía (Rx) de tórax (en inmigrantes con menos de 5 años de estancia en España y menores de 35 años).

RESULTADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DEL CASO CLÍNICO

ANALÍTICA: BIOQUÍMICA EN SANGRE Y ORINA NORMALES, SEROLOGÍA DE HEPATITIS B (ANTI-HBc –HEPATITIS B DEL CORE– +), HEPATITIS C (-).

ESTUDIO COPROPARASITOLÓGICO SERIADO NEGATIVO.

PRUEBA DE MANTOUX A LAS 72 HORAS, 5 MM, Y RX DE TÓRAX SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS.

No existe evidencia científica sobre qué pruebas complementarias hay que realizar para descartar patología infecciosa en pacientes asintomáticos. La prueba de Mantoux está indicada en inmigrantes recientes (menos de 5 años en España) menores de 35 años, con el fin de detectar infección tuberculosa latente e iniciar el tratamiento profiláctico con isoniazida. Se considera positiva si es superior a 10 mm de diámetro. El estudio coproparasitológico se solicitó por llevar menos de 1 año fuera de su país y por la sintomatología. Las serologías de HB y HC están indicadas por presentar una alta prevalencia en Pakistán.

CON LOS RESULTADOS DE LA ANAMNESIS Y LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS HASTA EL MOMENTO, ¿QUÉ MEDIDA ES LA MÁS APROPIADA?

- A) REMITIRLO AL ESPECIALISTA DEL APARATO DIGESTIVO.
- B) CONTINUAR CON EL INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES COMO TRATAMIENTO EMPÍRICO DURANTE 1 MES Y SI NO SE RESUELVE, SOLICITAR UNA GASTROSCOPIA.
- C) SOLICITAR PRUEBAS ESPECIALES PARA DESCARTAR UNA PARASITOSIS INTESTINAL.
- D) SOLICITAR UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL.

La respuesta correcta es la b.

Siguiendo las recomendaciones ante una dispepsia, es correcto administrar un inhibidor de la bomba de protones como tratamiento sintomático durante 1 mes y si no se resuelve, solicitar una gastroscopia (bien para descartar patología gástrica o, dependiendo del país de origen, también para descartar un *Strongyloides* en duodeno, sobre todo si se ha encontrado eosinofilia).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS QUE SOLICITAR A LOS INMIGRANTES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

	EUROPA DEL ESTE	ASIA	LATINOAMÉRICA Y CARIBE	ÁFRICA DEL NORTE	ÁFRICA SUBSAHARIANA
HEMOGRAMA Y BIOQUÍMICA ¹	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
SISTEMÁTICO DE ORINA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
SEROLOGÍA VHB	No	SÍ	No	No	SÍ
SEROLOGÍA VHC	No	No	No	No	SÍ
SEROLOGÍA VIH	No	No	No	No	SÍ
SEROLOGÍA LÚES	SÍ	SÍ	SÍ	No	SÍ
MANTOUX	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
RX DE TÓRAX	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
PARÁSITOS EN HECES	No	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
PARÁSITOS EN ORINA	No	No	No	No	SÍ
MALARIA ²	No	No	No	No	SÍ
FILARIASIS ³	No	No	No	No	SÍ

¹LAS LEUCOPENIAS LEVES SON NORMALES EN AFRICANOS Y LA EOSINOFILIA (HASTA 600-700) ES FRECUENTE Y GENERALMENTE NO HAY QUE BUSCAR UNA CAUSA SALVO QUE PERSISTAN EN EL TIEMPO, AUMENTE O SE ACOMPAÑE DE ALGUNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA.

²ANTE UN CUADRO FEBRIL SIN FOCO, EN UN INMIGRANTE RECIÉN LLEGADO DE UNA ZONA ENDÉMICA DE PALUDISMO POR *PLASMODIUM FALCIPARUM*, URGE REALIZAR UNA EXTENSIÓN DE GOTA GRUESA. SI NO SE DISPONE DE LA PRUEBA, SE RECOMIENDA ENVIARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA.

³SI EXISTE EOSINOFILIA O PROCEDE DE UNA ZONA HIPERENDÉMICA (OESTE Y CENTRO DE ÁFRICA). PARA EL DIAGNÓSTICO SE REQUIEREN PRUEBAS, CUYAS MUESTRAS SE HAN DE OBTENER EN CONDICIONES ESPECIALES (MICROFILARIAS EN SANGRE Y PIEL MEDIANTE PELLIZCOS CUTÁNEOS). CONVIENE PONERSE EN CONTACTO CON EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA/PARASITOLOGÍA DE REFERENCIA.

VHB: VIRUS DE LA HEPATITIS B; VHC: VIRUS DE LA HEPATITIS C; VIH: VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA; RX: RADIOGRAFÍA.

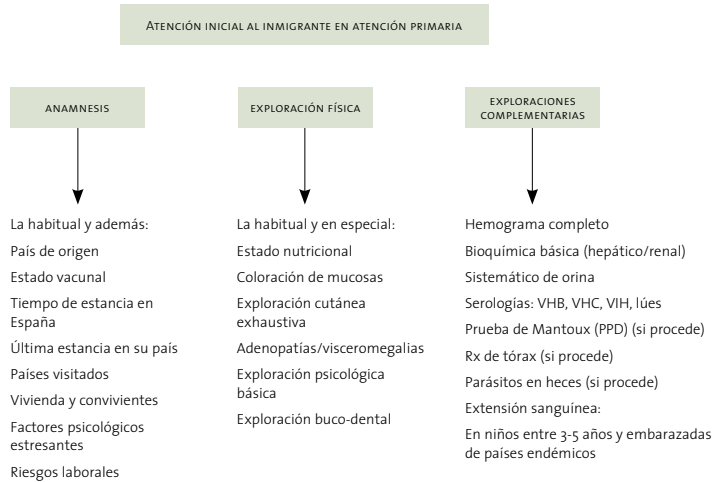
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LOS INMIGRANTES

	EUROPA DEL ESTE	ASIA	LATINOAMÉRICA Y CARIBE	ÁFRICA DEL NORTE	ÁFRICA SUBSAHARIANA
MENINGITIS					
MENINGOCÓCICA	-	+	+	+	+
CÓLERA	-	+	+	+	+
PESTE	0	+	-	0	+
F. V. HEMORRÁGICAS	-	+	+	-	+
LEPRA	-	+	+	-	+
TUBERCULOSIS	+	++	++	++	++
HEPATITIS C	-	+	-	-	+
HEPATITIS B	+	++	+	-	++
ITS	+	+	+	-	++
VIH	-	+	+	-	++
PARASITOSIS INTESTINAL	-	+	+	-	++
ESQUISTOSOMIASIS	0	+	-	-	+
ESTRONGYLOIDOSIS	-	+	+	+	+
FILARIASIS					
HEMOLINFÁTICAS	0	+	-	0	++
FILARIASIS CUTÁNEAS	0	-	-	0	++
MALARIA	0	+	+	-	++
CISCITERCOSIS	+	+	++	+	+
LEISHMANIASIS	+	+	+	+	+
ENFERMEDAD DE CHAGAS	0	0	+	0	0
ENFERMEDAD DEL SUEÑO	0	0	0	0	+

0: IMPOSIBLE; -: POSIBLE PERO RARA EN LA ZONA; +: POSIBLE; ++: MUY POSIBLE

ITS: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ATENCIÓN INICIAL AL INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA



¿CUÁLES CREE QUE SON LAS ENFERMEDADES FRECUENTES EN LOS INMIGRANTES?

- A) ENFERMEDADES ADQUIRIDAS.
- B) ENFERMEDADES REACTIVAS O DE ADAPTACIÓN.
- C) ENFERMEDADES DE BASE GENÉTICA.
- D) ENFERMEDADES IMPORTADAS: TRANSMISIBLES Y TROPICALES.

La respuesta correcta es la a.

Clasificación de las enfermedades de los inmigrantes:

Las enfermedades de los inmigrantes pueden clasificarse en:

1. Adquiridas en la comunidad.
2. Reactivas o de adaptación.
3. Genéticas.
4. Importadas-Infeciosas: TBC, hepatitis, síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedades de transmisión sexual (ETS), lepra, enfermedades tropicales: malaria, filariasis, algunas parasitosis intestinales, esquistosomiasis.

Los motivos de consulta y las enfermedades más frecuentes no difieren de los de la población española, pero existen algunas características diferenciales, por ello es más frecuente la patología adquirida en España (problemas gastrointestinales, infecciones respiratorias, dolores osteomusculares, etc.), la relacionada con su precariedad laboral (accidentes), los problemas de salud relacionados con las enfermedades reactivas o de adaptación (ansiedad, depresión) y los problemas de salud materno-infantil.

La patología común en España también es la más frecuente en los inmigrantes, pero en ellos influyen, además, su estilo de vida y condiciones laborales.

Entre las enfermedades de base genética que pueden afectar hasta el 20 % de los africanos destacan las hemoglobinopatías y el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.

EN UN PACIENTE COMO EL DEL CASO, SI ADEMÁS DE UNA ABDOMINALGIA SE HUBIERA ENCONTRADO UNA EOSINOFILIA EN LA ANALÍTICA REALIZADA, ¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA?

- A) TENIA.
- B) ASCARIOSIS.
- C) *STRONGYLOIDES*.
- D) TODAS.

La respuesta correcta es la d.

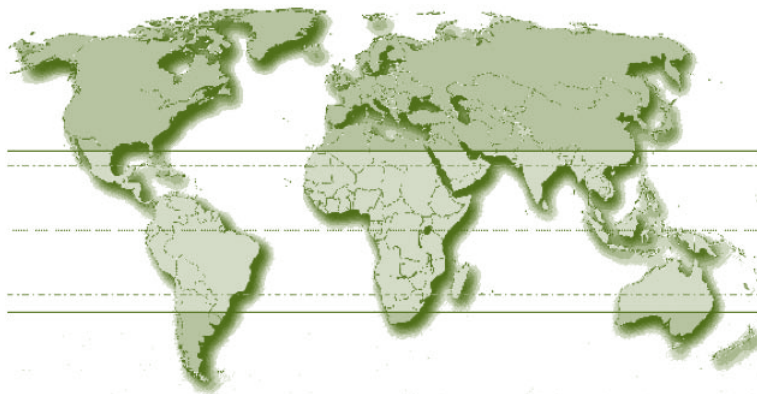
Entre las enfermedades tropicales podrían incluirse las parasitosis intestinales (aunque su distribución es mundial), la malaria, la esquistosomiasis y la filariasis. En las parasitosis, la eosinofilia es más elevada cuando se encuentran en fase tisular (p. ej., migración larvaria pulmonar), y se asocia con frecuencia a esquistosomas, filarias, *Strongyloides*, duelas, tenias, toxocarosis, ascariosis, oxiuros y otros. El cribado de parásitos intestinales es discutible en la población asintomática dado el mínimo riesgo de transmisión de persona a persona, la disminución de la prevalencia con el paso del tiempo y la cuestionable sensibilidad de los estudios de parásitos en heces. Las zonas tropicales y subtropicales están consideradas de alto riesgo.

En la malaria, de las cuatro especies de *Plasmodium* (*ovale*, *vivax*, *malariae* y *falciparum*) el más virulento es el *P. falciparum* (África subsahariana) y los síntomas se suelen desarrollar en las primeras 2 semanas, en el resto pueden manifestarse meses después. Ante toda persona con fiebre sin foco que proceda de una zona endémica hay que sospechar que tiene paludismo mientras no se demuestre lo contrario. El grupo de riesgo, por su mortalidad y complicaciones (paludismo cerebral), son los niños y las embarazadas. Para demostrar la existencia de *Plasmodium* debe realizarse una extensión sanguínea, solicitando frotis y gota gruesa de sangre periférica. Es importante la quimioprofilaxis en viajeros y en inmigrantes que retornan a sus países de origen.

La esquistosomiasis, en su forma urinaria, es endémica en África y zonas de Oriente Próximo. Se manifiesta con cuadros de hematuria y disuria, pudiendo complicarse con uropatía obstructiva e insuficiencia renal, y se asocia a carcinoma vesical escamoso. Con frecuencia, es asintomática y el diagnóstico se realiza por la presencia del parásito en la orina, en ocasiones hay que solicitarlo varias veces, mejor al mediodía o después de hacer ejercicio.

La oncocercosis o «ceguera de los ríos» es la filaria cutánea más frecuente en el oeste y centro de África. Ocasiona nódulos subcutáneos, prurito y envejecimiento prematuro de la piel (presbidermia). Las filariasis linfáticas son más frecuentes en el sudeste asiático, y causan orquitis, linfangitis y linfedema de extremidades. El diagnóstico se realiza buscando microfilarias en sangre y piel.

DISTRIBUCIÓN GLOBAL DE PARASITOSIS INTESINALES



SABIENDO QUE ESTE PACIENTE PAKISTANÍ TIENE 34 AÑOS Y LLEVA 3 MESES EN ESPAÑA, ¿QUÉ INTERPRETACIÓN HAY QUE DAR A LA PRUEBA DE MANTOUX DE 5 MM?

- A) ES NEGATIVA.
- B) INICIAR QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA.
- C) INICIAR QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA SI HA TENIDO CONTACTO RECIENTE CON UN CASO ACTIVO.
- D) ESTUDIAR A LOS CONTACTOS.

La respuesta correcta es la c.

Entre las enfermedades infecciosas, se incluyen tuberculosis, hepatitis virales, ETS, VIH y lepra.

Tuberculosis: se recomienda el cribado de tuberculosis mediante Rx de tórax y/o PPD (Mantoux) a los inmigrantes procedentes de zonas con alta prevalencia (Marruecos, continente africano, Perú, Ecuador, Rumanía, Rusia, Yugoslavia, etc.). Lo más rentable para realizar el cribado de tuberculosis es realizar la radiografía y PPD.

La prueba de Mantoux se debe realizar a personas menores de 35 años con menos de 5 años de estancia en España procedentes de zonas con riesgo de tuberculosis y a los contactos recientes con casos activos.

Según la American Thoracic Society, 2000, en la interpretación del PPD en inmigrantes se podría considerar positivo si:

≥ 5 mm: VIH positivo, inmunodeprimidos, contacto reciente con enfermo tuberculoso, Rx de tórax con tuberculosis antigua.

≥ 10 mm: inmigrantes recién llegados (5 años) procedentes de países de alta prevalencia, niños < 4 años, niños y adolescentes que conviven con adultos que pertenecen a los grupos de riesgo, adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), trabajadores sanitarios, personal de laboratorio, enfermedades que facilitan la progresión de enfermedad tuberculosa.

≥ 15 mm: inmigrantes que residan en el país por un período mayor de 5 años y el resto de población no incluida en las categorías anteriores.

El tratamiento de la infección tuberculosa latente se realiza con isoniazida durante 6 meses; existen pautas de menor duración con tratamiento directamente observado (TDO) debido a la mala adherencia terapéutica en inmigrantes.

El cribado con serologías de hepatitis B y C en los países indicados se debe realizar para el seguimiento posterior en portadores crónicos, vacunación de familiares y convivientes, junto con medidas de educación sanitaria para evitar la transmisión.

La detección de VIH en población subsahariana debe acompañarse del anonimato y la posibilidad de asistencia en un centro especializado.

La sífilis es más frecuente en el África subsahariana y resurge con fuerza en los países de la antigua Unión Soviética. Pueden encontrarse estadios secundarios y terciarios infrecuentes en España, así como entidades poco frecuentes, como el linfogranuloma y el chancroide.

CON LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS HASTA AHORA, ¿QUÉ EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA NO HARÁ FALTA PEDIR PARA ESTE PACIENTE PAKISTANÍ?

- A) SEROLOGÍA PARA HEPATITIS B.
- B) PARÁSITOS EN HECES.
- C) PPD.
- D) VIH.

La respuesta correcta es la d.

Parásitos en heces y serología para hepatitis B sí deben pedirse por la alta prevalencia; y PPD por el tiempo de estancia y la prevalencia de la enfermedad. Pero la serología frente a VIH no estaría indicada porque la prevalencia de VIH en Pakistán se sitúa sólo entre 0,1 y 0,5% de la población, inferior a la de nuestro país (0,5-1%).

¿QUÉ VACUNAS ESTARÍAN INDICADAS EN ESTE PACIENTE?

- A) TÉTANOS-DIFTERIA, TRIPLE VÍRICA Y POLIO INACTIVADO.
- B) TÉTANOS-DIFTERIA, GRIPE Y POLIO ORAL.
- C) TÉTANOS-DIFTERIA, HEPATITIS A Y TIFOIDEA.
- D) GRIPE, FIEBRE AMARILLA Y HEPATITIS A.

La respuesta correcta es la a.

Al desconocer el calendario vacunal, por su edad y por su país de procedencia están indicadas administrar una dosis de triple vírica, tres dosis de tétanos difteria y dos dosis de polio inactivado.

VACUNACIONES RECOMENDADAS EN ADULTOS EN CASO DE NO APORTAR DOCUMENTACIÓN DE VACUNACIÓN PREVIA

Edad	Meses contados a partir de la primera visita			
	0	1	6	12
7-18 años	Triple vírica	Triple vírica ¹		Td ²
	Td	Td		VPI
	VPI	VPI		
	Hepatitis B	Hepatitis B		
	Meningococo			
>18 años	Triple vírica	Td		Td
	Td	VPI		VPI
	VPI ³			

¹LA SEGUNDA DOSIS SE PUEDE ADMINISTRAR EN CUALQUIER MOMENTO TRANSCURRIDAS 4 SEMANAS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA PRIMERA DOSIS.

²LA TERCERA DOSIS SE PUEDE ADMINISTRAR EN CUALQUIER MOMENTO A LOS 6-12 MESES DE LA SEGUNDA. RECUERDO CADA 10 AÑOS.

³PARA INMIGRANTES DE PAÍSES DE RIESGO: AFGANISTÁN, INDIA, NIGERIA, PAKISTÁN Y PARA LOS QUE CONVIVAN CON ELLOS.

TD: TÉTANOS-DIFTERIA; VPI: VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA PARENTERAL DE VIRUS INACTIVADOS.

Retorno a su país de origen: con frecuencia, los inmigrantes retornan a sus países olvidando las vacunas pertinentes, y con frecuencia la quimioprofilaxis palúdica porque no saben que pierden la inmunidad (a los 2 años el recuerdo inmunitario es débil). Lo más adecuado es dirigirles a los centros de viajeros internacionales de las comunidades autónomas respectivas y manejar los mapas de distribución mundial de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es importante conocer los tipos de quimioprofilaxis frente al paludismo, sus indicaciones y efectos secundarios.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

CESE DEL DOLOR CON LA TOMA DE OMEPRAZOL, CON RECAÍDA AL SUSPENDERLO, POR LO QUE SE LE REALIZÓ UNA GASTROSCOPIA, QUE FUE NORMAL.

SE AÑADIERON OTROS SÍNTOMAS:

-SOMÁTICOS: CEFALEA, MIALGIAS GENERALIZADAS.

-EMOCIONALES: TRISTEZA, LLANTO FÁCIL, INSOMNIO, DESESPERANZA.

ANTE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE, ¿CUÁL SERÍA LA ACTITUD MÁS ADECUADA?

A) DIAGNOSTICARLO DE DISPEPSIA FUNCIONAL Y ADMINISTRARLE UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES DE FORMA CONTINUADA E INDEFINIDA.

B) REALIZAR UNA ENTREVISTA DIRIGIDA A EXPLORAR EL ÁREA EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA PARA DESCARTAR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.

C) ADMINISTRARLE ANALGÉSICOS PARA ALIVIAR SUS DOLORES.

D) NO PRESTARLE MUCHA ATENCIÓN, PORQUE POSIBLEMENTE SE TRATE DE UN PROBLEMA PASAJERO.

La respuesta correcta es la b.

No hay que olvidar, en la anamnesis, explorar el área emocional y psicológica, interrogar sobre el estado anímico, adaptación e integración al nuevo país; hay que tener en cuenta que la inmigración va unida a múltiples pérdidas. El paciente puede encontrarse «mal anímicamente» (recién llegado, lejos de su familia y de su país, con problemas para comunicarse por desconocimiento del idioma, y pérdida de su estatus social, ha pasado de ser profesor universitario en su país a trabajar en tareas agrícolas, posiblemente mejor remunerado económicamente pero socialmente peor considerado).

LA ENFERMEDAD DE ESTE PACIENTE, ¿EN QUÉ GRUPO DE ENFERMEDADES SE INCLUIRÍA?

- A) ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.
- B) ENFERMEDADES IMPORTADAS.
- C) REACTIVAS O DE ADAPTACIÓN.
- D) ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE ALTA PREVALENCIA EN SU PAÍS DE ORIGEN.

La respuesta correcta es la c.

En el grupo de enfermedades reactivas se incluyen todos los cuadros clínicos relacionados con el proceso migratorio y la adaptación al país anfitrión.

CON TODO LO COMENTADO HASTA AHORA, ¿CUÁL ES LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

- A) DISPEPSIA FUNCIONAL.
- B) PARASITOSIS INTESTINAL CON SÍNTOMAS SISTÉMICOS.
- C) ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE O SÍNDROME DE ULISES.
- D) SE TRATA DE UN RENTISTA.

La respuesta correcta es la c.

TRATAMIENTO

- APOYO EMOCIONAL CON RELACIÓN DE EMPATÍA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, CITÁNDOLO PERIÓDICAMENTE PARA SU SEGUIMIENTO.
- APRENDIZAJE DEL IDIOMA Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES DENTRO DE LA COMUNIDAD PAKISTANÍ.
- SE LE REMITIÓ AL SERVICIO DE SALUD MENTAL, DONDE SE LE REALIZÓ PSICOTERAPIA Y SE LE ADMINISTRARON ANTIDEPRESIVOS.
- TODAS ESTAS MEDIDAS AYUDARON A ALIVIAR, EN GRAN PARTE, SUS SÍNTOMAS.

SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

LA EMIGRACIÓN CONSTITUYE UNA SITUACIÓN VITAL ESTRESANTE QUE PUEDE ASOCIARSE A MALESTAR PSICOLÓGICO POR EL PROPIO HECHO MIGRATORIO Y POR LA ADAPTACIÓN AL PAÍS ANFITRIÓN. LOS CAMBIOS QUE EL PROCESO DE EMIGRACIÓN COMPORTA, LAS NUEVAS CONDICIONES DE VIDA, LA EDAD Y LA PERSONALIDAD DEL INMIGRANTE, ASÍ COMO LA MAYOR O MENOR RECEPTIVIDAD DEL PAÍS ANFITRIÓN, CONDICIONAN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN.

Las afecciones psiquiátricas que se han demostrado más frecuentes entre la población inmigrante son las siguientes:

1. Trastorno por estrés postraumático.
2. Esquizofrenia y paranoia.
3. Somatización: dentro de los diferentes tipos de patologías que pueden presentar los inmigrantes, la psicósomática tiene un gran peso específico.

Los dolores osteomusculares repetidos y sin respuesta al tratamiento, los dolores abdominales de etiología no filiada, la impotencia, los signos y síntomas mal definidos, etc., son, en muchas ocasiones, manifestaciones clínicas de esa traducción de estrés. Si todo ello no se tiene en cuenta, pueden generarse pruebas diagnósticas innecesarias y tratamientos sintomáticos repetidos, y el consiguiente rechazo a este tipo de pacientes por las demandas continuadas, sin resolución por nuestra parte.

4. Ansiedad y depresión: debidos a procesos de adaptación y a las dificultades ambientales ligadas a la inmigración.
5. Enfermedades ligadas a la cultura originaria. No bien definidas en las clasificaciones occidentales, generan, con frecuencia, errores diagnósticos.

Uno de los principales problemas con los pacientes inmigrantes es el diagnóstico psiquiátrico. Concretamente, en pacientes de raza negra, está demostrado que se tiende a sobrediagnosticar trastornos psicóticos (esquizofrenia y paranoia) y a infradiagnosticar trastornos depresivos y de ansiedad.

Por último, hay que reseñar la importancia de las diferencias culturales a la hora de establecer un tratamiento. Además, hay que tener en cuenta no sólo las diferencias genéticas entre los miembros de distintas culturas (lo que puede traducirse en diferencias farmacocinéticas, como acetiladores lentos o rápidos, diferencias en el metabolismo del alcohol, etc.), sino que las diferentes costumbres en alimentación, el empleo de medicinas alternativas, etc., pueden interferir en los resultados de los tratamientos.

Desde el punto de vista farmacológico, se ha demostrado que la población negra presenta mayores efectos secundarios ante ciertos psicofármacos como los neurolépticos (produce mayor discinesia tardía), antidepresivos tricíclicos y litio; también los asiáticos presentan mayor sensibilidad a los efectos secundarios de los neurolépticos. En estos pacientes, es bien conocido el polimorfismo de la enzima alcohol-deshidrogenasa y aldehído-deshidrogenasa. Se estima que una gran mayoría de asiáticos son acetiladores rápidos, en comparación con el 50% de los individuos de raza blanca y de los africanos, circunstancia que puede influir en el metabolismo de algunos fármacos. No parecen existir diferencias en la respuesta a psicofármacos entre latinoamericanos y blancos.

SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE O SÍNDROME DE ULISES

ES UNA ENTIDAD PROPIA DENTRO DE LOS CUADROS ANSIOSO-DEPRESIVOS DE LOS INMIGRANTES. EL PROFESOR ACHOTEGUI (2002) LO DENOMINÓ SÍNDROME DE ULISES, EN REFERENCIA A LAS INNUMERABLES DIFICULTADES Y PELIGROS, LEJOS DE LA FAMILIA, QUE TUVO QUE AFRONTAR EL HÉROE DE LA MITOLOGÍA GRIEGA.

Se caracteriza por ser:

- Crónico: dura más de 3 meses, incluso años.
- Múltiples (factores estresantes) pérdidas: de la familia y amigos, posición social, cultura y contacto con el grupo étnico, integridad física, y sensación de no ver salida a su situación.

La sintomatología abarca cuatro áreas:

- Depresiva: tristeza, llanto. Sin embargo sigue habiendo interés por hacer las cosas, y pocos sentimientos de culpa.
- Ansiedad: nerviosismo, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad, insomnio.
- Somática: cefalea, fatiga, molestias abdominales, osteoarticulares y, con menos frecuencia, torácicas.
- Disociativa: despersonalización, desrealización, confusión temporoespacial y déficit de atención y memoria.

Puede añadirse una interpretación mágica planteada desde la propia cultura de los inmigrantes.

El manejo del síndrome de Ulises es complejo y, en ocasiones, requiere la intervención del servicio de salud mental. El tratamiento consiste en administrar antidepresivos, aplicar terapia psicodinámica y/o cognitiva, cambios en los hábitos de salud e intervención psicosocial.

CONCLUSIONES

ES NECESARIO INDIVIDUALIZAR Y PERSONALIZAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE INMIGRANTE, TENIENDO EN CUENTA QUE ESTA POBLACIÓN ES HETEROGÉNEA Y CON DISTINTAS NECESIDADES. EN GENERAL, SON PERSONAS JÓVENES Y SANAS, CON UN NIVEL DE SALUD HABITUALMENTE SUPERIOR AL DE SUS COMPATRIOTAS.

UNA HISTORIA CLÍNICA QUE ABARQUE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO MIGRATORIO Y UNA EXPLORACIÓN FÍSICA CUIDADOSA SON LOS PILARES EN LOS QUE SE DEBE APOYAR LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO EN ESTOS PACIENTES.

LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES INMIGRANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA PRESENTA ALGUNAS DIFERENCIAS RESPECTO DE LOS PACIENTES AUTÓCTONOS, SOBRE TODO EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE SU LLEGADA A ESPAÑA, Y SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA EL PAÍS DE PROCEDENCIA Y EL TIEMPO DE ESTANCIA EN NUESTRO PAÍS.

EN TODOS LOS INMIGRANTES RECIENTES CON FIEBRE, PROCEDENTES DE ZONAS ENDÉMICAS DE PALUDISMO, HAY QUE DESCARTAR SIEMPRE ESTA ENFERMEDAD POR SU POTENCIAL GRAVEDAD.

ES CONVENIENTE REALIZAR UNA PRUEBA DE MANTOUX O PPD A LOS PACIENTES INMIGRANTES MENORES DE 35 AÑOS QUE LLEVEN MENOS DE 5 AÑOS EN ESPAÑA Y QUE PROCEDAN DE ZONAS DE ALTA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS.

CUALQUIER INMIGRANTE QUE VAYA A REGRESAR A SU PAÍS DE ORIGEN DEBE RECIBIR LOS CORRESPONDIENTES CONSEJOS AL VIAJERO, INCLUYENDO VACUNACIONES INTERNACIONALES Y PROFILAXIS ANTIPALÚDICA.

EN LA ANAMNESIS, ES IMPORTANTE RECOGER ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y RELIGIOSOS QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE LA SALUD.

NO DEBE OLVIDARSE EXPLORAR EL ÁREA PSICOLÓGICA, YA QUE LA INMIGRACIÓN ES UN ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE DE PRIMERA MAGNITUD QUE PUEDE ASOCIARSE A MALESTAR PSICOLÓGICO, TANTO POR EL PROPIO HECHO MIGRATORIO COMO POR LA ADAPTACIÓN AL PAÍS ANFITRIÓN, Y DERIVAR EN CUADROS PSIQUIÁTRICOS GRAVES QUE PUEDEN PROLONGARSE EN EL TIEMPO SI NO SE TOMAN LAS MEDIDAS OPORTUNAS.

Bibliografía

Achotegui Loizate J, Colom i Victoriano F, García Criado El, Goikolea Alberdi JM, Izquierdo Atienza P, López Abuin JM, et al. Depresión y ansiedad en el inmigrante. Barcelona: Ediciones Mayo; 2003.

Achotegui J. Migración y sicopatología desde la perspectiva de la A.P. *El médico* 2002;(818):54-65.

Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. Madrid: Novartis; 2003.

Gámez Gámez E, Galindo Pelayo JP, Cañada Millán JL, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Barcelona: Documentos semFYC; 2002.

García Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002;118(5):187-91.

Idáñez Rodríguez D, Cañada Millán JL, Vázquez Villegas J. Salud e inmigración. Asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria. *El médico* 2006. Formación on-line;980:31-8.

Inmigración y salud: Departamento de salud, consumo y servicios sociales del Gobierno de Aragón; 2003.

Lobato P, Regato P, Iglesias C, Vázquez J, et al. Manual de Atención Sanitaria a inmigrantes. 2 ed. Sevilla. Consejería de Salud de Andalucía, 2004.

López- Vélez R, editor. Inmigración y salud: Aproximación desde Atención Primaria. Laboratorio Yamanouchi; 2002.

Martincano Gómez JL, García Campayo J. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. *Semergen*, 2004.

Muñoz Martínez J M, Fernández Benítez RM, Moreno Muñoz F. Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria: protocolo de Actuación y Medicina de Familia (And) 2003;1:42-57.

Nogués Menéndez B, Varo Gonzalo J. El médico de familia ante el fenómeno migratorio. Atención al inmigrante en Atención Primaria. Un enfoque integral. *FMC* 2004;11(supl. 3):6-11.

Prevención y control de las tuberculosis importadas. Grupo de trabajo de los talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2003;121(14):549-62.

Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161: S221-S247.

Vázquez J, Galindo JP, Gámez E. Asistencia inicial a inmigrantes en atención primaria. *FMC* 2003;10(supl. 4):83-97.

Vázquez J, Galindo JP, Luján R, et al. Atención al paciente inmigrante en Atención Primaria. *Med Fam* 2000;1:50.

Direcciones de Internet

<http://www.who.int/inmunization-monitoring/data/en>
cualquier calendario vacunal de todos los países del mundo

<http://www.elmedicointeractivo.com>

<http://www.aepap.org/inmigrante/>

<http://www.cdc.gov/travel>

<http://www.msc.es/salud/externo/home.htm>

<http://www.medletter.com/freedocs/parasitic.pdf>

<http://www.migra-salut-mental.org/>

<http://www.who.int/>

Evaluación de la sesión sobre Asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria

El presente cuestionario le permitirá obtener la acreditación solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acreditación de Atención Primaria.

Las 20 preguntas planteadas tienen cuatro opciones de respuesta de las cuales sólo una es la correcta. Por favor, traslade las opciones elegidas a la hoja de respuestas que se le ha facilitado, leyendo detenidamente las instrucciones para su cumplimentación.

Una vez haya rellenado la hoja de respuestas, envíela a semFYC mediante el sobre con franqueo en destino adjunto.



1. EL CRIBADO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN INMIGRANTES ASINTOMÁTICOS ESTÁ INDICADO EN:

- a) Todos los extranjeros.
- b) Los inmigrantes procedentes de países en desarrollo con alta prevalencia de enfermedades infecciosas y de reciente estancia en España.
- c) Sólo en los inmigrantes procedentes de África.
- d) En los inmigrantes procedentes de países en desarrollo con alta prevalencia de enfermedades infecciosas, sin tener en cuenta el tiempo de estancia en España.

2. ¿QUÉ DATOS DE LOS SIGUIENTES INTERESA RECOGER EN LA ANAMNESIS?

- a) Ruta migratoria.
- b) Tiempo de estancia en España.
- c) Convivientes.
- d) Todas las anteriores.

3. ¿QUÉ PRUEBA COMPLEMENTARIA NO ESTÁ INDICADA HABITUALMENTE EN EL CRIBADO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN UN INMIGRANTE ASINTOMÁTICO QUE RESIDE EN ESPAÑA DESDE HACE 3 AÑOS?

- a) Bioquímica en sangre y orina.
- b) Análisis coproparasitológico seriado.
- c) Rx de tórax.
- d) Prueba de Mantoux.

4. ¿QUÉ ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO EXISTEN EN PAKISTÁN?

- a) TBC.
- b) Hepatitis.
- c) Esquistosomiasis urinaria.
- d) Parasitosis intestinales.

5. EL DUELO MIGRATORIO ESTÁ CONDICIONADO POR LA PÉRDIDA O SEPARACIÓN DE:

- a) La familia y los amigos.
- b) La cultura y el contacto con el grupo étnico.
- c) La posición social.
- d) Todas las anteriores.

6. ¿QUÉ SINTOMATOLOGÍA NO ES HABITUAL EN EL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE?

- a) Depresiva.
- b) Ansiedad.
- c) Somática.
- d) Psicótica.

7. EL SÍNDROME DE ULISES SE CARACTERIZA POR:

- a) Una enfermedad que afecta a los originarios de Itaca.
- b) Típicos síntomas psicóticos.
- c) Síntomas depresivos, ansiosos, somáticos y disociativos.
- d) No precisar psicoterapia.

8. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS NO ES CARACTERÍSTICO DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE?

- a) Tristeza.
- b) Llanto.
- c) Dolores osteoarticulares.
- d) Desinterés por hacer las cosas.

9. ¿QUÉ ENFERMEDADES SON MÁS FRECUENTES EN LOS INMIGRANTES?

- a) Adquiridas en la comunidad.
- b) Enfermedades importadas.
- c) Genéticas.
- d) Reactivas o de adaptación.

- 10. ¿CUÁL SERÍA LA ACTITUD MÁS ADECUADA EN EL SIGUIENTE CASO?
MUJER DE 27 AÑOS PROCEDENTE DE NIGERIA, EMBARAZADA DE 4 MESES,
QUE ACUDE A LA CONSULTA POR FIEBRE, ARTROMIALGIAS Y MALESTAR
GENERAL, RESIDENTE EN ESPAÑA DESDE HACE 2 SEMANAS.**
- a) Administrarle un antitérmico y ver cómo evoluciona.
 - b) Administrar un antibiótico «a ciegas».
 - c) Solicitar una analítica en sangre y orina y una radiografía de tórax.
 - d) Remitirla al servicio de urgencias para la realización de la técnica de la gota gruesa, con el fin de descartar paludismo.
- 11. EN UN INMIGRANTE ASINTOMÁTICO PROCEDENTE DEL ÁFRICA
SUBSAHARIANA QUE RESIDE EN ESPAÑA DESDE HACE 6 AÑOS,
¿QUÉ PRUEBA COMPLEMENTARIA SOLICITARÍA?**
- a) Radiografía de tórax.
 - b) Análisis coproparasitológico en tres muestras.
 - c) Gota gruesa.
 - d) Serología de hepatitis B.
- 12. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA ES MÁS FRECUENTE
EN INMIGRANTES QUE PROCEDEN DE:**
- a) América Latina.
 - b) Oriente Próximo.
 - c) África subsahariana.
 - d) Países del Este.
- 13. ¿QUÉ CONDICIÓN NO FAVORECE LA REACTIVACIÓN DE LA TBC?**
- a) Hacinamiento.
 - b) Pobreza.
 - c) Falta de higiene.
 - d) Convivencia con otras personas de otras etnias.
- 14. ¿QUÉ ACTITUD SERÍA INADECUADA EN LA ATENCIÓN A UN INMIGRANTE
QUE ACUDE A LA CONSULTA POR PRIMERA VEZ?**
- a) Atender, en primer lugar, a su motivo de consulta.
 - b) Realizar una anamnesis y exploración física cuidadosas.
 - c) Citarlo a consulta de enfermería y medicina para completar datos de la historia clínica, actualizar el calendario vacunal y darle los resultados de las pruebas complementarias realizadas.
 - d) No atenderle, si se desconoce en qué situación legal se encuentra.

15. EN UN INMIGRANTE PROCEDENTE DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA CON HEMATURIA, ¿QUÉ ENFERMEDAD HAY QUE SOSPECHAR?

- a) Enfermedad de Chagas.
- b) Esquistosomiasis.
- c) Enfermedad del sueño.
- d) Malaria.

16. A LA HORA DE REALIZAR EL CRIBADO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CONVIENE:

- a) Dar las explicaciones necesarias y solicitar el consentimiento informado, si procede.
- b) Investigar si se le han realizado previamente, para evitar duplicidad de la pruebas y molestias al paciente.
- c) Solicitar las pruebas teniendo en cuenta el país de origen y el tiempo de estancia en España.
- d) Todas las anteriores.

17. EN UN INMIGRANTE PROCEDENTE DE ECUADOR QUE RESIDE EN ESPAÑA DESDE HACE 1 AÑO Y CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL, ¿QUÉ DIAGNÓSTICO PARECE PROBABLE?

- a) Somatización.
- b) Parasitosis intestinal.
- c) Estreñimiento.
- d) Todas pueden ser ciertas.

18. EN UN PACIENTE DE NIGERIA, QUE DESDE HACE 1 AÑO REFIERE PRURITO GENERALIZADO Y PRESENTA NÓDULOS SUBCUTÁNEOS EN CRESTAS ILÍACAS, ¿QUÉ PATOLOGÍA SOSPECHARÍA?

- a) Filariasis linfática.
- b) Tuberculosis ganglionar.
- c) Oncocercosis.
- d) Leishmaniasis.

19. ANTE UN PACIENTE DE GAMBIA CON FIEBRE DE 39,5°C, MALESTAR GENERAL Y CEFALEA INTENSA DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS, ¿QUÉ ACTITUD ADOPTARÍA?

- a) Antitérmicos y observación.
- b) Solicitar análisis sistemático de sangre y bioquímica urgente.
- c) Reinterrogar sobre viajes anteriores.
- d) Solicitar una prueba de Mantoux.

20. EN UN PACIENTE INMIGRANTE QUE RESIDE EN ESPAÑA DESDE HACE MENOS DE 5 AÑOS, ¿CUÁL SERÍA EL PUNTO DE CORTE EN LA PRUEBA DE MANTOUX PARA INDICAR QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA SI NO REFIERE ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS Y LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ES NORMAL?

- a) 5 mm.
- b) 10 mm.
- c) 15 mm.
- d) Depende del tiempo de estancia.

Notas

Notas

Notas