

TEMA 50: ATENCIÓN AL INMIGRANTE EN CASTILLA LA MANCHA

CARMEN OCAÑA ASTILLEROS



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

ÍNDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- DEMOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN EN CASTILLA LA MANCHA
- 3.- CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE
- 4.- PATOLOGÍAS Y PROCESOS MÁS FRECUENTES
- 5.- MANEJO DE LA ATENCIÓN INMIGRANTE EN EL ÁMBITO SANITARIO

<http://www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/guiainmigrantes2ed.pdf>

1.- 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.

* 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.

2.- DEMOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN EN CLM

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

* Según datos de explotación del Padrón publicados por el Instituto Nacional de Estadística con fecha 1 de julio de 2005, las comunidades autónomas con mayor número de inmigrantes son Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía. En el conjunto del país, las mayores tasas de extranjeros corresponden a las Islas Baleares, Madrid y Comunidad Valenciana.

* En Castilla-La Mancha la población extranjera se ha multiplicado por diez en los últimos siete años, pasando de 12.739 extranjeros en 1999 a 130.444 en 2006 (base de datos de tarjeta sanitaria, mayo de 2006), lo que supone en la actualidad el 6,89% de la población adscrita al sistema sanitario público. 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.

* La mayor parte de los inmigrantes se concentran en la provincia de Toledo, le sigue Ciudad Real y Albacete. Las que menor número de inmigrantes albergan son Guadalajara y Cuenca.

2.- DEMOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN EN CLM

* La mayor parte de los inmigrantes residentes en Castilla-La Mancha tienen entre 25 y 34 años de edad. Entre los procedentes de Latinoamérica, la representación femenina es mayor que la masculina, mientras que ésta es predominante entre los extranjeros procedentes de África y Europa del Este.

* La proporción de varones es ligeramente superior a la de mujeres.

* Según datos del MTAS, mayo 2006, el 42.9% de los extranjeros afiliados a la SS en CLM trabajan en el sector de la construcción, el 16.44% en la industria manufacturera y el 11.86% en hostelería.

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

3.- CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

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



3.- 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).

∅ 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**.

3.- CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

∅ 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.

∅ 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 22 de diciembre.

∅ La cobertura incluye a los inmigrantes en situación irregular o ilegal para urgencias, atención al embarazo, parto y puerperio, y asistencia total a los menores de 18 años.

∅ Para tener derecho a la asistencia en las mismas condiciones que los españoles se requiere estar empadronado y el empadronamiento no depende de la legalidad de la estancia en nuestro país.

3.- CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

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

- mayor morbilidad,
- riesgo superior de padecer enfermedades prevalentes del país de origen y también están expuestos a las del país de acogida,
- predisposición a sufrir enfermedades asociadas a la marginalidad,
- indiferencia y resistencia a participar en los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades,
- desconocimiento del personal sanitario de creencias, hábitos tradicionales y religiosos de la inmigración,
- escasa información sobre antecedentes médicos....

3.- CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

o La salud de la población inmigrante puede verse afectada por los condicionamientos sociales y sanitarios 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.

4.- PATOLOGÍAS Y PROCESOS MÁS FRECUENTES



► 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.

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).

La **filariasis** constituye un grupo de **enfermedades parasitarias** en el **humano** y otros **animales**, y por lo general **tropicales**, causada por la infección de «filarias», **nemátodos** del orden *Spirurida*, superfamilia *Filarioidea*, que son transmitidos en forma de **larva** o **microfilaria** a los **vertebrados** por un **artrópodo**, generalmente un **mosquito** o **mosca (jején)**, luego de lo cual las larvas se localizan adecuadamente para convertirse en adultos. Hay grupo cutáneo, grupo visceral y grupo linfático.

Teniasis: **enfermedad parasitaria** intestinal causada por la forma adulta de **cestodos** del género *Taenia*. En el **ser humano** se incluyen dos especies, *Taenia solium* y *Taenia saginata*, comúnmente conocidas como "lombriz solitaria", porque, dado su gran tamaño, suele encontrarse un único individuo **parásito** en el intestino de las personas **infestadas**. Las tenias, cuyos adultos son **hermafroditas**, requieren de un **huésped intermediario** para cumplir su ciclo **biológico**: el **cerdo** y el **jabalí**, en el caso de la *Taenia solium*, y el **ganado vacuno** para la *Taenia saginata*. El ser humano puede ser también hospedero accidental del **metacestodo**, es decir la forma larvaria o intermedia de la *T. solium*, en cuyo caso se desarrolla la **enfermedad** conocida como **cisticercosis**.

La **esquistosomiasis** (antiguamente llamada **bilharziasis** o bilharziosis) es una **enfermedad** parasitaria producida por un gusano **platelminto** de la **clase trematodos** relativamente común en los países en vías de desarrollo, especialmente en **África**, llamado *Schistosoma* (o esquistosoma). Aunque su **tasa de mortalidad** es baja, la esquistosomiasis es altamente **incapacitante** debido a las **fiebres** con que se manifiestan.

La **leishmaniasis** es una **enfermedad zoonótica** causada por diferentes especies de **protozoos** del género *Leishmania*. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad, van desde **úlceras cutáneas** que cicatrizan espontáneamente hasta formas fatales en las cuales se presenta inflamación severa del **hígado** y del **bazo**. La enfermedad por su naturaleza zoonótica, afecta tanto a perros como humanos. Sin embargo, animales silvestres como **zariquieyas**, **coatis** y **osos hormigueros** entre otros, son portadores asintomáticos del parásito, por lo que son considerados como animales reservorios.

El agente se transmite al humano y a los animales a través de la picadura de hembras de los **mosquitos** chupadores de sangre pertenecientes a los **géneros Phlebotomus** del viejo mundo y *Lutzomyia* del nuevo mundo, de la familia *Psychodidae*. En Colombia este tipo de mosquito es mejor conocido como **palomilla**.

La **Leishmaniasis Visceral** es la forma clínica que cobra más vidas mundialmente; tal es el caso de India, Sudán y Brasil. Esta presentación puede ser fatal si no se trata a tiempo. Esta presentación clínica se caracteriza por la inflamación del hígado y del bazo acompañada por distensión abdominal severa, pérdida de condición corporal, desnutrición y anemia. También está la leishmaniasis cutánea, menos grave.

La **Tripanosomiasis Humana Africana**, también conocida como **enfermedad del sueño**, es una enfermedad parasitaria terminal dependiente de vector. Los parásitos involucrados son protozoos pertenecientes al género *Trypanosoma*, transmitidos a los humanos por picaduras de la **mosca Tse-tse** (género *Glossina*) las cuales se infectaron al alimentarse de humanos o animales que hospedaban los parásitos.

La **enfermedad de Chagas-Mazza**, **Mal de Chagas** o **enfermedad americana**, es una infección tropical ocasionada por un parásito **protozoo**, el *Trypanosoma cruzi*. Se transmite por medio de un insecto **hematófago**, *Triatoma infestans*, el cual transmite el parásito cuando defeca sobre la picadura que él mismo ha realizado para alimentarse. Estos insectos llevan varios nombres de acuerdo al país, entre ellos, benchuca, vinchuca, kissing bug, chipo, chupança, barbeiro y chinches.

Otras formas de transmisión menos frecuentes incluyen el ingerir comida contaminada con el **parásito**, **transfusiones de sangre** y transmisión **fetal**. Se estima que son infectadas por la enfermedad de Chagas entre 15 y 17 millones de personas cada año, de las cuales mueren unas 50.000.



Vesículas producidas por la penetración del *Schistosoma*



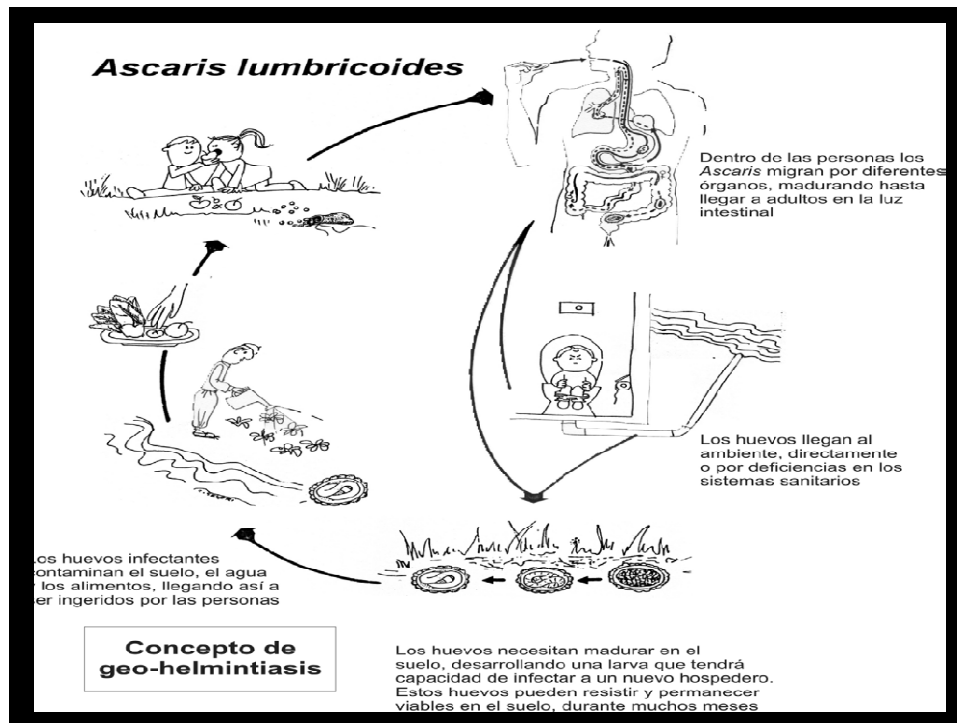
FILARIASIS OCULAR.

Loa loa, se denomina “gusano del ojo africano”

TABLA 1. Distribución geográfica, prevalencia estimada mundial y factores asociados a algunas helmintiasis importadas

Helmintos	Prevalencia	Distribución geográfica	Situación de riesgo	Clinica
Esquistosoma	200 millones		Baño en agua dulce	Forma aguda (fiebre de Katayama)
<i>S. haematobium</i>		África Subsahariana, Oriente medio		Forma crónica: genitourinaria (<i>S. haematobium</i>), intestinal (<i>S. mansoni</i> , <i>S. intercalatum</i>) y hepatoesplénica (<i>S. mansoni</i>)
<i>S. mansoni</i>		África Subsahariana, Brasil, Caribe		
<i>S. intercalatum</i>		África Subsahariana		
Tenia	ND			
<i>T. saginata</i> , <i>T. solium</i>		Cosmopolita especialmente en América Central y del Sur, China y países del Mediterráneo	Ingesta carne de vaca cruda	Asintomática, dispepsia
Cisticerco (<i>T. solium</i>)			Contaminación fecal-oral	Encefalitis, meningitis, oftálmica
<i>E. granulosus</i>			Contacto con perros	Asintomática, lesión ocupante
Filarias				
<i>Wuchereria bancrofti</i>	120 millones	África Subsahariana, América del Sur, China, Sudeste Asiático, Pacífico	Picadura mosquitos spp.	Linfangitis, linfedema, hidrocele
<i>Brugia malayi</i>				Linfangitis, linfedema, hidrocele
<i>Onchocerca volvulus</i>	18 millones	África Subsahariana (oeste), América Central y Amazonas, y Yemen	Picadura mosca <i>Simulium</i>	Dermopatía y oftalmopatía
<i>Loa-loa</i>	3-13 millones	África Subsahariana (oeste)	Picadura tábano <i>Chrysops</i>	Gusano en ojo, edema de Calabar
<i>Mansonella perstans</i>	30 millones	África Subsahariana y Suramérica	Picadura mosquito <i>Calicoïdes</i>	Inespecífica
Geohelmintos				
Uncinaria	870 millones	Amplia, trópico y subtropical	Caminar descalzo	Paucisintomática, anemia ferropénica
<i>Strongyloides stercoralis</i>	200 millones	Amplia, trópico y subtropical	Caminar descalzo	Síndrome hiperinfectación, larva <i>currentis</i> , urticaria
<i>Trichuris</i> , <i>Ascaris</i>	> 2.770 millones	Amplia, trópico y subtropical	Malas condiciones sanitarias	Paucisintomáticas
<i>Ancylostoma caninum</i> y <i>A. braziliensis</i>	ND	Amplia, trópico y subtropical	Caminar descalzo	Larva cutánea <i>migrans</i>

ND: no disponible.



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 endemidad 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 gamma globulina 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 ecuatoriano-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, Bangladesh, 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.

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. Debido a su alto potencial de transmisibilidad, sobre todo si existe hacinamiento, hace necesario un control exhaustivo de su evolución.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS):

Las regiones mundiales con mayor número de casos son Asia, África Subsahariana y América latina.

Muchas de estas enfermedades cursan de manera asintomática, grave problema de Salud Pública.

Existe en esos países mayor incidencia de ITS debido al bajo nivel de información, escasez de medios de protección y dificultades para el diagnóstico y tratamiento.

OMS, 1999, 340 MILLONES de casos nuevos de ITS curables (sífilis, gonorrea, inf. Por clamydias y tricomonas). Población 15-49 años. Mayores tasas: AFRICA SUBSAHARIANA, SUR Y ESTE ASIÁTICO Y CARIBE.

Desde el punto de la SP, la importancia de las ITS radica, no sólo en su elevada morbilidad, complicaciones y secuelas cuando no se realiza DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TTº ADECUADO, también porque aumentan el riesgo de adquirir y transmitir el VIH.

CON RESPECTO A LA INMIGRACIÓN, debe preocuparnos la situación de VULNERABILIDAD frente a las ITS por : falta de información, precariedad económica y social, desarraigo cultural y afectivo y las dificultades de acceso de forma reglada al Sistema Sanitario.

La **SÍFILIS** es una enfermedad frecuente en los países en vías de desarrollo. Se transmite verticalmente al recién nacido y causa patología tardía en casos de sífilis secundaria y terciaria. El riesgo de transmisión con un solo contacto es del 10-20%.

Personas asintomáticas pueden transmitir la enfermedad. Para detectar casos de sífilis secundaria y terciaria, se debe realizar a los inmigrantes de riesgo una prueba serológica reagínica que después debe confirmarse con una treponémica. Falsos positivos de las primeras por su inespecificidad.

Importante programas de educación sexual y de prevención de ITS en el colectivo de inmigrantes recién llegados., también serologías sistemáticas a las personas procedentes de áreas de riesgo.

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 incidencia de VIH EN España es superior a la de determinados países de Sudamérica y Norte de África, de donde procede un alto porcentaje de inmigrantes de nuestro país. Sólo un 2.9% de Sida en la población española es debida a inmigrantes. Epidemia por infección VIH es autóctona en España y no está condicionada por la inmigración.

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.

La población inmigrante es altamente vulnerable a la infección por la prostitución de bajo nivel social.

El cribado indiscriminado de VIH no está indicado, se debe realizar previo consentimiento informado y asegurando el anonimato, únicamente a los inmigrantes procedentes de países con elevada prevalencia de VIH.

En inmigrantes procedentes de África Occidental, deberá determinarse también existencia de VIH-2.

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.

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 *drepanocitosis* se caracteriza por una alteración morfológica de los glóbulos rojos, que pierden su característica forma de donut y adquieren un aspecto semilunar. Estas células anormales pierden su plasticidad, por lo que pueden obstruir los pequeños vasos sanguíneos y reducir el flujo de la sangre. La supervivencia de los glóbulos rojos está disminuida, con la consiguiente anemia (*anemia drepanocítica o de células falciformes*). La prevalencia más alta 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, lingüísticos, 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, estatus 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.

Pérdida del proyecto migratorio.

Choque cultural.

Estrés permanente. Debido a los retos y dificultades del nuevo medio y la falta de capacidad adaptativa. Es causa de trastornos físicos y psicológicos. Síndrome de Ulises.

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 realizacabe 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

5. ENFERMEDADES ASOCIADAS A HÁBITOS CULTURALES. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF).

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.

Manejo de la población inmigrante en la consulta de atención primaria

ATENCIÓN EN CONSULTA: EXAMEN DE SALUD

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.

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.

1. Anamnesis:

1.1. Antecedentes personales

País y zona de origen. Última 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. 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 rubéola 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

Dificultades con el idioma, cultura diferente.

Las enfermedades más frecuentes son las comunes entre españoles. Los recién llegados tienen más riesgo de padecer enfermedades que son frecuentes en su país de origen.

Enfermedades transmisibles, enfermedades importadas (malaria, filariasis, parásitos intestinales) no se transmiten a la población.

Hay síntomas que ven como normales porque están habituados a sufrirlos: diarrea, prurito...

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, así como el grado de madurez social que presente.
- Evaluación del crecimiento.
- 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.

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

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No es necesario solicitarlas rutinariamente.

Se debe informar al paciente y necesitamos su consentimiento.

Entre ellas están: hemograma, bioquímica, test de metabopatías, sistemático de orina, coprocultivo y parásitos en heces, serología hepatitis b, c, VIH, MANTOUX.

CRIBADOS. RECOMENDACIONES.

-HEMOGRAMA: Si signos de malnutrición, retraso ponderal, palidez piel y mucosas, síndrome febril prolongado, y si sospecha de parasitosis (eosinofilia). Se pretende detectar: anemias, hemoglobinopatias, helmintiasis.

-HEPATITIS VIRALES: CRIBADO sistemático en inmigrantes procedentes de África Subsahariana y Sudeste Asiático. Otras zonas, sólo grupos de riesgo.

-TUBERCULOSIS: 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.

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).

CRIBADOS. RECOMENDACIONES.

Cribado tuberculínico: inmigrantes procedentes los países con mayor prevalencia de TBC. TABLA 1

CONTINENTE	PAÍSES
ÁFRICA	Etiopia, Guinea Ecuatorial, Kenia, Marruecos, Nigeria, República Democrática del Congo, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zimbabwe, Mauritania, Malí, Mozambique.
AMÉRICA LATINA	Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana
ASIA	Afganistán, Bangla Desh, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, India, Myanmar, Pakistán, Tailandia, Vietnam
EUROPA	Rusia, Rumania

CRIBADOS. RECOMENDACIONES.

- **VIH:** NO SE RECOMIENDA pero es importante investigar conductas de riesgo y considerar la posibilidad de infección en inmigrantes procedentes de zonas de alta prevalencia.



CRIBADOS. RECOMENDACIONES.

-**MALARIA:** El retraso en el diagnóstico contribuye al desarrollo de complicaciones. Es más importante, probablemente, la sospecha y rápida actuación en individuos sintomáticos que el cribado de todos los inmigrantes, ya que la mayor parte de las complicaciones graves de la malaria ocurren en personas sintomáticas en las que se ha producido un retraso en el diagnóstico de la enfermedad.

-**PARASITOSIS:** Podría estar indicado en inmigrantes recién llegados o que lleven menos de 6 meses o 1 año en España, sobretodo si proceden de zonas rurales o han vivido en malas condiciones higiénico sanitarias.

-**FILARIASIS:** (Microfilarias en sangre y piel). Sobretodo en inmigrantes procedentes de África Occidental y Central, América Central y del Sur. También si eosinofilia. Las microfilarias se detectan en la piel, se debe realizar biopsia cutánea cuando existan lesiones sospechosas mediante PELLIZCO CUTÁNEO (SKIN SNIPS)

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 (envejecimiento prematuro de la piel), 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.



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.



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



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.

PELLIZCO CUTÁNEO (SKIN SNIPS)



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



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

Red Regional de Atención a Inmigrantes.

C. BIENESTAR SOCIAL

Servicio de Atención y Mediación Intercultural (SAMI).

Centro Social C/ Pozo Concejo, 6

13004 Ciudad Real

926211044 (Ext. 935 ó 946)

sami@csp.ayto-ciudadreal.es

RESUMEN ENFERMEDADES INFECCIOSAS...

- a) Los *baños en agua dulce* se asocian principalmente a esquistosomosis o a leptospirosis.
- b) Las *picaduras de artópodos* transmiten múltiples tipos de arbovirosis, rickettsiosis, malaria, tripanosomosis, leishmaniosis o borreliosis.
- c) La *ingesta de agua no purificada, alimentos crudos o poco cocinados* se asocia con infecciones bacterianas (p. ej., *Salmonella typhi*, otros serotipos de *Salmonella enteritidis*, *Shigella* spp) o parasitarias (p. ej., *Entamoeba* spp, *Ascaris* spp). La ingesta de productos de cerdo o jabalí mal cocinados puede relacionarse con la infección por *Trichinella* spp o el consumo de caracoles contaminados con la infección por *Angiostrongylus costarricensis*.
- d) El *consumo de leche no pasteurizada* se ha asociado, además de a las infecciones transmitidas por el agua no purificada, con brucelosis y tuberculosis.
- e) Las *prácticas sexuales de riesgo* pueden ocasionar enfermedades de transmisión sexual, dentro de las cuales aparece fiebre, principalmente en la infección por VIH y en las hepatitis por virus A o B.
- f) El *empleo de drogas* por vía parenteral también puede asociarse a infección aguda por VIH o a hepatitis B.
- g) El *alcoholismo* se ha asociado a la aparición de absceso amebiano.

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.

IMPORTANTE VACUNARSE CUANDO SE VIAJE.

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:

INMUNIZACIONES EN EL INMIGRANTE

- 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.
- Expedir el carnet vacunal de Castilla-La Mancha y declarar las vacunas administradas utilizando el apartado de calendarios acelerados de la hoja de declaración nominal de vacunas o registrar en el módulo de vacunas del sistema informatizado de historia clínica (Turriano) las dosis administradas y declarar mensualmente utilizando el formato de salida de esta aplicación informática.

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 y tener en cuenta las circunstancias existentes que pudieran contraindicar la vacunación.

- 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.

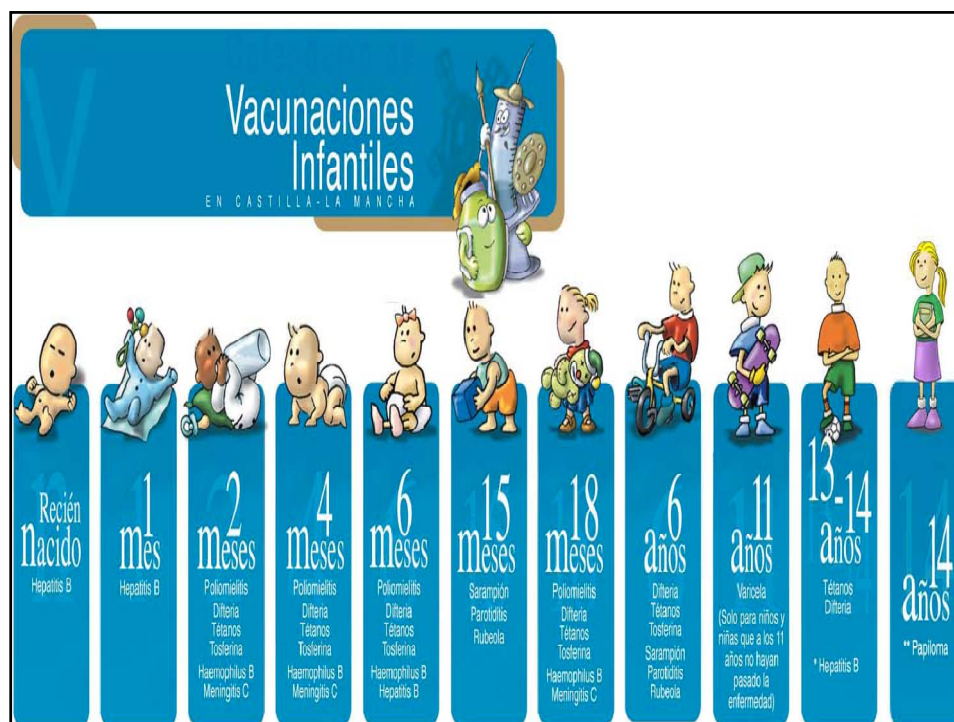
En la **tabla VII** (de la guía de AP) figuran las recomendaciones para actualizar el calendario vacunal en los niños y niñas en los que no existe constancia ni certeza de vacunación previa, teniendo en cuenta que son pautas orientadoras y que en última instancia siempre será el profesional sanitario quien valore cada caso particular. Al objeto de facilitar el cumplimiento se pueden espaciar las vacunas previstas para una sola sesión en varios días.

- 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 basándose en la documentación escrita de dosis previas.

- No es necesario iniciar de nuevo las pautas en los niños y niñas incompletamente vacunados. Sólo se debe continuar la vacunación hasta completar las dosis que faltan. En la **tabla VIII** (de la guía de AP) figura el número de dosis mínimas recomendadas para considerar una vacunación completa.

- Las dudas sobre el estado vacunal pueden resolverse investigando el estado inmunológico mediante serología. Si no es posible o adecuado, se procederá a considerar al inmigrante como no vacunado y administrar la totalidad de las vacunas propias de la edad. Es recomendable aplicar el calendario vacunal mediante pautas aceleradas (calendario acelerado).

- Es recomendable administrar la vacuna frente a la hepatitis A a aquellos niños y niñas nacidos en Castilla-La Mancha que sean hijos de padres inmigrantes procedentes de un país endémico para esta enfermedad, previamente a la realización de un viaje al país de origen paterno.



- 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.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNACIÓN EN LOS PAÍSES DE ORIGEN.

-ESCASA FIABILIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE REGISTRO. Los más fiables son los expedidos en Iberoamérica, India, Corea, Camboya y Vietnan. Menos fiables los expedidos en Europa del Este, Rusia y China.

-Mal conservación de las vacunas. En ocasiones, caducadas o técnica incorrecta.

-La vacuna del sarampión es frecuentemente monovalente, no se está protegiendo frente a parotiditis ni rubéola.

-La vacunación neonatal frente a la HB (y la admón de inmunoglobulina anti-HB) en hijos de madres portadoras, se realiza pasada la 1ª semana de vida, no asegurando la prevención de la transmisión vertical.

-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**. **Cicatriz en deltoides**. Importante para interpretar 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**.

- Vacunación de mujeres seronegativas frente a la rubeola, en edad fértil, y a los hombres que convivan con ellas. Vacuna TV. Antes asegurarse no embarazo y recomendar método anticonceptivo para garantizar no embarazo en los 3 meses siguientes a la admón de la vacuna.

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.

Se ha de tener presente la escasa fiabilidad de los certificados oficiales de ciertos países.

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 expedirá un carnet de vacunaciones y se declararán las vacunas administradas del mismo modo que las del resto de la población infantil.

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**.

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.

CONSULTA PREADOPCIÓN

- **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.

- **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.

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:

CONSULTA POSTADOPCIÓN

- 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 pruebas según necesidades específicas.