

ATENCIÓN SANITARIA A EXTRANJEROS Y MINORIAS ÉTNICAS

Adrián Artero Sivera (2004)
(A964393003@telefonica.net), (artero_adr@gva.es)

INTRODUCCIÓN

Los procesos migratorios son inherentes a la historia y han sido desde siempre vehículo de intercambio y de progreso. Desde finales del siglo XIX los movimientos de población se han incrementado de manera importante, tanto en el número de personas como en las distancias de los desplazamientos, debido a los grandes avances en los medios de comunicación y transportes.

Los estados miembros de la UE, y entre ellos España se comprometieron a alcanzar la Salud para Todos en el año 2000 que incluía el principio fundamental de la política social sanitaria de que todos los seres humanos tienen igual derecho a la salud. Este derecho se asegura si se les proporciona todas las personas iguales oportunidades para desarrollar al máximo su salud y mantenerla.

En la UE, este principio tiene dos aspectos: igualdad entre los estados e igualdad entre las personas dentro de un mismo país. Uno de los grupos de población que tiene dificultades para satisfacer este segundo aspecto de derecho a la salud es el de los inmigrantes

CONCEPTOS

Extranjero: Persona que no tiene la nacionalidad del país donde reside

Inmigrante: Persona que ha marchado de su país para establecerse en otro

Inmigrante económico: Inmigrante procedente de país en desventaja económica respecto al de acogida

Refugiado: Quien por motivos de guerra, persecución, revoluciones... vive fuera de su país. (De acuerdo con estatuto de Naciones Unidas, que recibe ayuda del Gobierno y que tienen los mismos derechos que la población que los acoge).

Atención Primaria de Salud

“Asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación “

Es el primer contacto entre individuos y Servicios Sanitarios, para lograr los complejos equilibrios que definen la Salud

Desde la instauración del Modelo de Atención Primaria de Salud, recobró importancia la orientación COMUNITARIA, como característica de la Especialidad de Medicina de Familia, manifestándose por la preocupación de Promoción de Salud y Prevención de la Enfermedad mediante identificación de problemas y planificación de intervenciones dirigidas a la Comunidad.

PROBLEMA DE SALUD: Situación de Salud real o potencial, que gravite en la Comunidad y sobre la que existe posibilidad de influencia en ella misma, en sus orígenes o en sus consecuencias

Las prioridades de abordaje se podrían definir por: (HANLON)

GRAVEDAD: Déficit que provoca en la Salud.

VULNERABILIDAD: Posibilidad que las medidas lo reduzcan o lo eliminen.

TRANSCENDENCIA: Proyección en otros planos.

COSTE: Utilización de recursos humanos y materiales.

MAGNITUD: Cantidad.

FACTIBILIDAD: ¿Se puede resolver?

CONCEPTO DE SALUD, MODELO "BIO-PSICO-SOCIAL-ADAPTATIVO":

OMS Carta Constitucional 1946 " Estado completo de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".....

TERRIS....." con capacidad de funcionamiento"...

SALLERAS....."que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad".....

Carta Conferencia Internacional para Promoción de salud OTTAWA 86....."Salud como producto de la vida cotidiana".....

GOLDBERG....."enfoque Perceptual, Funcional y ADAPTATIVO.

En su evolución aparece la creación de nuevas demandas con necesidad de nuevos recursos. Enfoque multidisciplinario, con aparición de “nuevos conceptos” a desarrollar:
Autoasistencia (Self-Care): Actividades y toma de decisiones relacionadas con la Salud en el contexto social de la vida diaria

Autoayuda (Self-help) : Medidas por no profesionales para promover, mantener o restaurar la Salud

Capacidad de adaptación (Coping): Habilidades y recursos disponibles para hacer frente a los problemas

En definitiva un planteamiento “ecológico “ de la Salud

Ecología de la Salud (Ecology of Health): Responsabilidad personal y social en materia de Salud, con una concepción positiva de la misma.

Pero , ¿corresponde esta lógica a la nueva situación del inmigrante?

O trabajamos para que existan los mayores grados de cohesión social posible o, confundiendo causas y efectos (como por desgracia ocurre a menudo), acabaremos culpando a las víctimas de sus enfermedades, dejando intocado el terreno para que éstas continúen reproduciéndose. (Oriol Romani)

De todas formas LA INMIGRACION EN SI, NO ES UN PROBLEMA, es un ACONTECIMIENTO que puede convertirse en un factor de riesgo y determinante de Salud , junto con la Economía.

España ha sido lugar de migraciones internas (incluyendo a los franceses y gitanos, nuestros principales “exóticos internos”) durante siglos. A partir del XVII fue un país de emigración a Latinoamérica y Europa ,y a partir de los años 60 turistas y viajeros van y vienen a nuestro país. En los últimos años aunque han incrementado estos grupos ha cambiado el perfil con la aparición de inmigrantes extraeuropeos que acuden a nuestro país en busca de trabajo y una vida mejor.

Las Naciones Unidas estiman que a mitad de siglo se necesitarán más de 50 millones de inmigrantes para mantener el sistema de pensiones y el “estado de bienestar” en la Unión Europea. Nuestro país debería recibir 250.000 inmigrantes al año para mantener el crecimiento económico.

Es importante destacar la diversidad de circunstancias que la rodean según localidad estudiada, por lo que trataremos de presentar unas propuestas generales que puedan servir como base, para después particularizar según situaciones específicas.

PROBLEMAS QUE PLANTEA

Racismo-Discriminación

Atención Sanitaria

Idioma

Pluridiversidad Cultural

¿QUÉ HACER? NUEVOS RETOS EN ATENCION PRIMARIA

COMPETENCIA CULTURAL

INTRODUCCION

La Competencia Cultural consiste en la capacidad de afrontar los retos de la diversidad cultural, favorecer el acceso a los Servicios y disminuir la discriminación en Salud/Asistencia Sanitaria.

Elementos necesarios:

Conocimiento de :

- Percepción de su propia cultura / status
- Percepción del control/poder
- Condicionamientos culturales de teoría y práctica médica
- Existencia de fenómenos de exclusión (racismo)
- Diferentes estructuras familiares y roles según culturas
- Factores Socio-Políticos
- "Culture Bound Syndromes"(Síndromes o enfermedades culturalmente construidos)

Cualidades en la relación Médico/Paciente:

Empatía, respeto, capacidad de inspirar confianza, comprensión, confianza, dignidad, intimidad, EMPOWERING "capacidad de establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionan esperanza y ánimo, y que permitan asumir el control de su propio proceso"

Convendría puntualizar algunas referencias:

RELATIVISMO CULTURAL: Consideración de que cualquier aspecto social o cultural ha de comprenderse o interpretarse en el contexto de la sociedad en que se encuentra.

ETNOCENTRISMO: Actitud por la que los componentes de un grupo se consideran superiores respecto a otros.

MEDICINA TRANSCULTURAL:

Conocimientos precisos para la actividad asistencial y entrevista entre sanitarios y pacientes de diferentes etnias.

Comprende : -aspectos asistenciales Psicológicos

Biológicos

Sociológicos

-aspectos científicos relativos a la Cultura

Religión

Etnicidad

En nuestra especie el concepto de raza no tiene base biológica, (los antropólogos actualmente han eliminado el taxón "raza") y destaca por el contrario la diversidad individual. Sin embargo hay semejanza biológica, conservándose todo el patrimonio genético común de la Humanidad en los africanos.

Diferentes estudios sugieren el primer hombre en Africa (región centro-oriental) al norte de Kenya y al sur de Etiopía, de donde se produjeron las migraciones a través de la Península Arábiga hacia el Asia Central.

CONCEPTOS

El hombre es una especie que se ha integrado por evolución cultural como sociedad o familia humana constituyendo la **Humanidad**.

La Cultura es el conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un período determinado.

Identidad: Construcción de la conciencia de uno mismo, definiendo el mundo moral propio.

La migración supone un desarraigo cultural que se resuelve de maneras diferentes:

-**Marginación:** Rechazo de cultura propia y receptora. Inadaptados

-**Separación:** Se mantiene íntegramente la cultura de origen negando la cultura receptora.

-**Asimilación:** Cambio del modelo cultural propio por el de la sociedad receptora

-**Integración:** Adaptación de ambas culturas dependiendo con las personas que interaccione

La comunidad también actúa con los mismos principios que el individuo teniendo como proceso resultante:

-**Segregación:** Separación de los nuevos individuos a causa de las diferencias para que no se vea afectada la cultura autóctona.

-**Aculturación:** Proceso por el que las sociedades transfieren sus rasgos culturales en situaciones de contacto (si es en detrimento de una de ellas se llama **Asimilación**)

-**Multiculturalidad:** Respto e igualdad de ambas culturas

-**Interculturalidad:** La minoría mantiene parte de su estructura y costumbres, pero modifica y comparte otros aspectos con la población autóctona.

Etnia: grupo de población que comparte una cultura

Etnocentrismo: Creencia que la propia cultura es superior a las demás

Raza: Antiguo concepto que agrupaba a los seres humanos por rasgos anatómicos y genéticos

Racismo: Creencia que hay razas humanas que presentan diferencias biológicas que justifican relaciones de dominio entre ellas

MEDICINA TRANSCULTURAL

Son los conocimientos médicos y de comunicación aplicados entre sanitario de determinado grupo étnico y un paciente de otro

Modelo del Amanecer (Madeleine Leininger 1960)

El cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentran

COMPETENCIA CULTURAL

“Habilidades de individuos y sistemas de responder respetuosa y eficazmente a las personas de todas las culturas, clases, etnias y religiones de una manera que reconoce, afirma y valora las diferencias culturales y similitudes, y el valor de los individuos, familias y comunidades, y protege y conserva la dignidad de cada uno”

(Seattle King County Dep of Public Health, 1994)

¿Por qué se necesita la Competencia Cultural?

- La salud y enfermedad varían según culturas
- Existen creencias distintas sobre bienestar, salud y sistemas de curación
- Las actitudes culturales afectan a las relaciones con médicos y profesionales
- Los pacientes buscan servicios de salud complementarios y alternativos
- Hay escasez de médicos que procedan de minorías étnicas a los que acudir
- Abundan los abandonos y faltas de adherencias a los tratamientos y planes de seguimiento.
- Aumenta la satisfacción y facilita la continuidad asistencial

¿Par qué se necesita la Competencia Cultural?

- Para responder a la tendencia de los cambios demográficos.
- Para eliminar las desigualdades en salud de grupos étnicos diversos
- Para mejorar la calidad de servicios y resultados de salud
- Para adaptarse a la legislación, planes de calidad y acreditación

Componentes de la Competencia Cultural

1 Conocimiento cultural: Poseer información precisa y educativamente legítimas de las diversas culturas

2 Habilidad cultural: Aprendizaje de cómo llevar a cabo una valoración cultural, física y psicosocial que reconozca la diversidad étnica

3 Encuentro cultural: Proceso de compromiso en interacciones transculturales con los pacientes culturalmente diversos

4 El deseo cultural : Motivación para trabajar culturalmente con pacientes de otras culturas

5 El concepto de cuidar: Calidad intrínseca del profesional que se experimenta por el paciente cuando se sienten estimados

Desarrollo de la Competencia Cultural

1 Fase cognoscitiva:

- Incompetencia cultural
- Conocimiento cultural
- Conciencia cultural

2 Fase afectiva:

- Sensibilidad cultural
- Competencia cultural
- Habilidad cultural

Sistema C.A.R.E. y preguntas A.S.K.E.D. (Josepha Campinha-Bacote 1991)

Modelo interdisciplinario que promueve la Competencia Cultural (Clinical-Administrative-Research-Education consultation)

Identifica cinco estructuras:

- Conocimiento cultural
- Identificación cultural
- Habilidad cultural
- Deseo cultural
- Contacto cultural

Autoexamen informal de evaluación ASKED

- Awareness** (conciencia) ¿Es consciente de sus prejuicios y prejuicios hacia otros grupos culturales, así como del racismo en los servicios sanitarios?
- Skill** (Habilidad) ¿Sabe realizar una valoración cultural?
- Knowledge** (conocimiento) ¿Puede describir las diferencias de grupos culturales diferentes?
- Encounter** (encuentro) ¿Procura que sus entrevistas con individuos de otros grupos culturales sean clínicamente eficientes?
- Desire** (deso) ¿Quiere realmente ser competente culturalmente?

PREPARANDO LA COMPETENCIA CULTURAL

El primer paso será investigar el origen y presencia predominante de inmigrantes en nuestro medio y en relación a ello realizaremos una búsqueda que incluya:

- País origen: Localización, geografía, economía, estructura social, forma de gobierno
- Idioma
- Religión
- Organización-vida familiar. Papel de los géneros
- Situación laboral
- Factores-conductas de alto riesgo
- Concepción salud-enfermedad. Medicina tradicional. Red sanitaria
- Características clínicas “raciales”
- Enfermedades prevalentes
- Respuesta al dolor
- Costumbres sociales
- Dieta
- Nutrición-Hábitos higiénicos
- Maternidad/Salud materno-infantil
- Concepto de muerte-costumbres funerarias

ASPECTOS MEDICOS DE LA RELACION ENTRE CULTURAS

La imposición de un modelo médico occidental en el que el Médico asume la responsabilidad de la atención sanitaria, necesita una mediatización ante diferentes culturas y experiencias de salud-enfermedad.

Cada uno aprende de sus propios fondos culturales y étnicos la salud y cómo reconocer la enfermedad .

La comunicación Médico-paciente en la entrevista clínica es la base para la toma de decisiones competentes

Modelo de las tres funciones

- Determinar naturaleza del problema
- Desarrollar la relación terapéutica
- Educación del paciente y aplicación de tratamiento

Método clínico centrado en el paciente (Balint 1970)

Integración de la comprensión de la enfermedad con la experiencia del paciente

S.E.G.U.E

(Conferencia Consenso Kalamazoo, Michigan USA 1999)

Set the stage	Iniciar y mantener la conversación
Elicit information	Obtener información
Give information	Compartir información
Understand the patient's perspective	Entender la perspectiva del paciente
End the encounter	Lograr acuerdo sobre problemas del paciente y planes de actuación

(en USA y Canadá se utiliza con fines docentes un Check-list con 20 items para evaluar estas habilidades)

4E Instituto Bayer Comunicación para la Salud

Engage (comprometerse)	Escuchar sin interrumpir durante los "críticos" primeros 60 segundos, describiendo las expectativas de demanda
Educate (educar)	Coparticipar al paciente y familia. Pronóstico
Empathize (empatizar)	Conteste a sus dudas
Enlist (alinearse con él)	Demostrar que le entiende

Modelo Borkan y Neher

Describe las etapas que acontecen en le choque cultural, para comprender y abordar el proceso de acercamiento al paciente inmigrante

- Temor: Impide cualquier intento de atención médica
- Negación: Necesita reforzar el conocimiento de las diferencias culturales por el médico
- Superioridad: Se identifican diferencias, pero se valoran desde creencias propias
- Minimización: Las diferencias se interpretan como poco importantes
- Relativismo: Se aceptan las diferencias, dejando de ser consideradas como amenazas
- Empatía: Adopción del marco de referencia del paciente
- Integración: Elevado grado de aceptación por el médico que permite involucrase en más de una cultura

Sistemática LEARN (Berlin y Fowkes)

Listen (escuchar)	Sitúa al médico en el marco cultural del paciente
Explain (explicar)	Explicación basada en la medicina occidental
Acknowledge (reconocer)	Resolución del conflicto entre los dos modelos
Recommment (recomendar)	Proponer plan de actuación incorporando los dos modelos
Negotiate (negociar)	Incorporación de conocimientos y planes del paciente y del médico

Modelo B.A.T.H.E. de Stuart y Lieberman (Examen Psico-Social)

(cada paso se completa con un “dígame más cosas sobre eso”)

Background (trasfondo)	¿Cómo le van las cosas hoy mismo?
Affect (sentimiento)	¿Cómo influye esto en vd.? ¿qué humor tiene?
Trouble (problema)	¿Qué es lo que más le preocupa?
Handling (manejo)	¿Cómo está arreglando el asunto?
Empathy (empatía)	¿ Esto debe ser difícil, no?

Declaración de Zaragoza (Grupo Comunicación y Salud)

<http://grupocys.eresmas.com/index.html>

Recoge los requisitos formales y éticos de la grabación de entrevistas clínicas con propósitos docentes y de investigación

Taller Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial

<http://www.semfy.com/atoxa2003/index.html>

Checklist entrevista médico paciente

(Essential Elements of Communication in Medical Encounters)

http://www.abms.org/Downloads/Conferences/Presentation_Complete.pdf

Indicadores calidad asistencial culturalmente competente

Modificado de US Department of Health and Human Services. Potential Measures/Indicators of Cultural Competence (HRSA home)

<http://www.hrsa.gov/OMH/cultural/attachment3.htm>

MARRUECOS VALORACION CULTURAL

País de origen y situación geográfica

País situado al Norte de Africa con extensa costa de 800 Km bañado por el Atlántico al Oeste y el Mediterráneo al Norte, limita al Este y Sureste con Argelia, y al Sur con el Sáhara Occidental y Mauritania.

Estrecha vinculación con España, culturalmente enriquecedora en la época del Califato de Córdoba que finalizó con la Reconquista. Los españoles ocuparon Ceuta 1415, Tánger 1471 y Melilla en 1497.

Desde mediados de los setenta, el punto más importante de su política es la disputa del territorio del Sáhara (República Árabe Saharawi Democrática)

Superficie 446.550 Km

Población: 30.430.000

Capital: Rabat

Gobierno: Monarquía constitucional.

Índice de natalidad: 3,8

Crecimiento anual: 1%

Esperanza de vida al nacer: 69,4

Mortalidad infantil: (menores de 5 años)56 por mil

Analfabetismo: 43,7%

Habitantes por médico: 2.325

Clima: Desértico en el Sur, Mediterráneo en el Norte

Producción agrícola: cebada, trigo, cítricos, vino, verduras y ganado

Industria: Minería de fosfatos, alimentos, cuero, telas y tejidos, construcción y turismo

Grupo étnico

El 70% son de origen Árabe, y el 30% berébere (autóctona)

Idioma: **amazigh** (derivado del Árabe) con tres variedades

Religión: Islam. El 98 % musulmanes **sunnies** (tradicionales)

Iman: Líder religioso, social y político

Shariah: Ley divina

Corán: Transcripción de las revelaciones divinas a Mahoma

Hadith: Relato autorizado de lo que el profeta dijo

- Deberes mayores: - Declaración de su fe
- Oración (**Salat**) cinco veces al día
- Caridad (**Zakat**)
- Ayuno (**Ramadán**)
- Peregrinación a la Meca(**Hají**)

Las imágenes están prohibidas

Comunicación y Saludos

Las láminas anatómicas pueden herir su sensibilidad

Sesaludan con apretón de manos , para demostrar afecto se suele poner la mano sobre el corazón después de estrechar la del otro. El contacto físico hombre-mujer está prohibido en público, así como el mirarse a los ojos excepto si es el marido.

Assalam Oualaikoum (que la paz sea contigo), **Sbah al kheir** (buenos días), **Msa al kheir** (buenas noches). **Um** (madre) **Abu** (padre)

El tiempo les corre más lento, las citas no tienen comienzo ni fin exacto, es corriente llegar algo tarde.

En la consulta la mujer irá acompañada por el marido, él hablará por ella y las preguntas irán dirigidas al marido. Hablarles directamente es una afrenta. Las mujeres son muy recatadas con su vida íntima y se sentirán más cómodas con una Médica.

Miran con recelo el registro con Historia Clínica, la solicitud de datos de filiación y sobre todo el pasaporte o DNI. Se debe negociar adecuadamente para obtener información

La familia

De tipo extendida, patriarcal de estructura muy jerárquica.

El honor de la familia es el máximo honor musulmán

Las mujeres están subordinadas a los hombres y los jóvenes a los más viejos. Aunque es la mujer quien realmente toma las decisiones, oculta bajo la figura del padre.

La violencia doméstica, física y psicológica, es usual y consentida

El divorcio existe pero está mal considerado

La poligamia es admitida por el Corán. La homosexualidad si existe estigmatiza a la familia, se considera desgracia social.

Maternidad y Salud infantil

La procreación se considera el propósito del matrimonio, la esterilidad en la mujer legitima su rechazo y divorcio

No aprueban el aborto.

No se conciben las relaciones sexuales fuera del matrimonio

Actualmente hay directrices modernas sobre la aceptación de métodos anticonceptivos reversibles. La vasectomía y ligadura de trompas están prohibidas (**haram**).

La adopción está prohibida por el Corán

La presencia del padre en el parto no es admitida.

Prefieren la lactancia natural, pero inician a los tres días para evitar el calostro que produce cólicos y deja “mudo” al niño

Calendario Vacunal (cobertura del 84%):

	Nacim.	2 mes	3 mes	4 mes	6 mes	12 mes	18 mes	5 años
BCG	+							
DTP		+	+	+			+	+
Polio O	+	+	+	+			+	
Hepatitis B	+	+				+		
Hib	+	+	+	+				
Sarampión						+		+
Vitami. A					+	+		

Conceptos de Salud y Medicina

Las enfermeras son reconocidas como “ayudantes”, no profesionales, y sus consejos no son tomados en cuenta.

Consideran al médico como una autoridad.

Las molestias y quejas digestivas centran la las quejas de salud más importantes para el árabe.

Esperan que lo alivie y le recete en la primera consulta. Suelen ser solícitos en que se les administre la medicación tan pronto como sea posible, pero suelen dejar de tomarla cuando desaparecen los síntomas y no suelen venir a consultas de control. Si no se les prescribe medicación, les gusta que se les explique por qué.

La gelatina de cápsulas está en ocasiones fabricada con derivados del cerdo por lo que son rechazadas, lo mismo que los medicamentos que contengan alcohol.

La donación de órganos está prohibida en vivos , no de cadáveres.

El Islam desaprueba la superstición, brujería y magia, pero el poder de los celos, el mal de ojo y ciertos agentes sobrenaturales como el diablo y el **jinn** (malos espíritus), son parte de la religión.

La medicina islámica tradicional se basa en la teoría de los cuatro humores (bilis negra, sangre, flema y bilis amarilla) y estados primarios de : sequedad, humedad, frío y calor; y en remedios espirituales y físicos descritos por Mahoma.

El tratamiento intentará restablecer la situación opuesta (frío-calor...) y dieta que incluye dátiles, miel, sal y aceite.

Remedios caseros:

- Reposo en cama bien tapado para mantenerlo caliente (sarampión)
- Beber líquidos-infusiones (Gripe, dolores estómago)
- Compresas baños fríos (fiebre)
- Azúcar, dulces, miel ,cítricos (dolor garganta)
- Agua mineral (cálculos)
- Tumbarse (hipotensión)
- Calentar con metal caliente (ciática, dolor estómago)
- Vendar cabeza (cefalea)
- Masaje jabonoso tibio, aceite y vendar (dolores musculares)
- Bebidas calientes (dolor espalda, bronquitis)
- Arropar con varias mantas al recién nacido para mantener derecha la columna

El retraso mental, la invalidez y la enfermedad psiquiátrica (**jenun**) se ocultan en los países árabes

La demencia senil se interpreta como estado normal de las fases de la vida que no requiere intervención

Dieta y Nutrición

De tipo Mediterránea con elevado consumo de té y dulces. **Harira** (sopa de garbanzos con trozos de carne), **kefta** (carne de cordero o vaca picada, condimentada y cocida sobre brasas), **couscoús** (sémola de trigo con verduras y cordero o pollo), **mechoui** (cordero)....Algunos sólo comen carne **halal** (de animales sacrificados según tradición islámica)

Las bebidas no se sirven hasta el final de la comida.

El Ramadán:

- Considerado como un mes de bendición y purificación a través del ayuno y la oración.
- Conmemora la primera revelación de Alá a Mahoma y el ayuno involuntario de los pobres
- Coincide con el noveno mes lunar (**swam**) según calendario que usan los árabes
- El ayuno se inicia con el alba y se extiende hasta la puesta del sol.

Morbilidad y factores de riesgo

La tuberculosis tiene una incidencia de 120/100.000

La Malaria, también puede afectar a Marruecos. Es del tipo no resistente a Cloroquina y sin riesgo de contagio en áreas urbanas. Otras parasitosis, pueden también aparecer en el medio rural.

Se han descrito frecuentes casos de Ataxia-telangiectasia y Enfermedad por almacenamiento de glucógeno con afectación Hepática (Enfermedad de Forbes, de Cori)

Desprecian uso de alcohol y drogas pero mantienen pasividad frente a los problemas de salud, tabaco, y el desprecio del uso del cinturón de seguridad.

Evidente riesgo en accidentes laborales por desconocimiento de la tecnología

Ecología biocultural

Son típicamente árabes de piel morena, pero también los hay rubios, castaños y ojos azules.

El color de la retina es más oscuro que el nuestro (no confundir con Retinitis Pigmentaria)

Los niños pueden ser portadores de mancha azulada en nalgas que desaparece en el primer año de vida, y no debe ser interpretada como patológica o maltrato

En algún caso pueden experimentar efectos adversos y niveles tóxicos con dosis usuales de antidepresivos o codeína (del 1-1,4 % son pobres metabolizadores de la debrisoquina y sustancias de similar vía metabólica: antidepresivos, beta-bloqueantes, neurolépticos y opiáceos)

Dolor, muerte y duelo

Existe un bajo umbral del dolor, que se demostrará vivamente en las consultas por lo que su alivio se espera realice de inmediato con solicitud persistente.

Los resultados adversos se atribuyen a la providencia de Dios

Creer en la recompensa del “paraíso” y en la resurrección.

Al moribundo se le coloca con la cabecera de la cama orientada hacia el templo de la Ka’ba en La Meca y se leen versos del Corán.

En caso de muerte se lavará el cuerpo tres veces por un familiar del mismo sexo, se envuelve el cuerpo con un paño o sudario y se entierran sin ataúd orientado hacia La Meca. El Islam no permite la incineración

Los familiares llevan luto tres días , y la esposa 4 meses y 10 días. Se les consuela solicitando resignación y buena fe.

Embajada de España en Marruecos

3,Zankat Madnine.B.P. 1354.Rabat-Tel 268000 (prefijo internacional 212) Fax: 707387

ambespma@mail.mae.es

Embajada del Reino de Marruecos en España

Serrano, 179, 28002 Madrid Teléf 915631090

<http://www.maec.govma/madrid/Pages/Divers/Entete.asp>

RUMANIA

1. PAÍS DE ORIGEN Y SITUACIÓN GEOGRÁFICA

Rumania (nombre oficial, România, Rumania), república situada en el sureste de Europa, limita al norte con Ucrania, al este con Moldavia, al sureste con el mar Negro, al sur con Bulgaria, al suroeste con Serbia (una parte de la Federación de Serbia y Montenegro) y al oeste con Hungría.

1.1. SUPERFICIE: 237.500 km. de los cuales el 63 % es zona agrícola..

1.2. RELIEVE FÍSICO: Rumania tiene una forma ovalada, longitud máxima de este a oeste de 740 km y de norte a sur de 475 km. Su topografía es variada, está formada por tres grupos principales y concéntricos: la meseta de Transilvania, los Cárpatos y las Tierras Bajas. La meseta de Transilvania está situada en el centro del país, rodeada de los Cárpatos al norte y al este y de los Alpes Transilvanos al sur. El río más importante es el Danubio, el cual forma la frontera sur del país, entra en el Mar Negro por un delta y su recorrido por tierras rumanas es de 1075 km. Rumania tiene numerosos lagos pequeños, los más grandes son lagunas salinas en la costa del Mar Negro.

1.3. PAISES VECINOS: Hungría, Serbia, Bulgaria, Republica Moldava y Ucrania. Su longitud fronteriza es de 3.190 km.

1.4. POBLACIÓN: la población de Rumania es de 23 millones de habitantes, con una densidad de población de 94 hab/km. El 44% de sus habitantes se considera rural.

1.5. GRUPOS ÉTNICOS: el 85% son rumanos , el 7% húngaros, el 4% gitanos y hay minorías más reducidas de alemanes, ucranianos, serbios, eslovacos, turcos, checos, griegos, hebreos, armenios, polacos, albaneses, etc. La población mayoritaria: los rumanos son descendientes de los pueblos que habitaban la Dacia en tiempos de su conquista por los romanos y la minoría más importante: los húngaros están asentados principalmente en Transilvania.

1.6 DIVISIÓN ADMINISTRATIVA: El país se divide en 40 distritos. La capital Bucarest, es la ciudad más grande (2.037000 habitantes) y también es el primer centro industrial y comercial del país.

1.7. DATOS DEMOGRÁFICOS:

- Tasa de natalidad: 10,8 nacimientos cada 1000 habitantes.
- N° de hijos por mujer: 1,5.
- Mortalidad infantil: 29 de cada 1.000.
- Expectativas de vida: hombres 66.36 años y mujeres 74.19 años.
- Tasa de alfabetismo: 97 % total, 98% hombres, 95% mujeres.

1.8. CLIMA: Tienen veranos calurosos e inviernos fríos: la Meseta de Transilvania, los Cárpatos y las tierras bajas del oeste. Y veranos más cálidos con periodos de mucho frío en invierno: las tierras bajas de Valaquia, Moldavia y Dobrududja. Las precipitaciones se concentran en la mitad del año más calurosa.

2. ASPECTOS CULTURALES

La cultura rumana es, en gran medida, derivada de la romana, con influencias culturales de eslavos, magiares (húngaros), griegos y turcos. La literatura, el arte y la música rumanas alcanzaron su madurez en el siglo XIX.

2.1. RELIGIÓN: los romanos ortodoxos, que es la organización religiosa más grande, representan el 70%, los católicos predominan entre las minorías húngaras y alemanas de Transilvania (católicos romanos un 3%, católicos uniatos un 3%), protestantes un 6% y sin definir un 18% (judíos, principalmente en Bucarest, y musulmanes entre las minorías tártaras y turcas).

2.2. LENGUA: la lengua oficial es el rumano: lengua románica hablada por más del 85% de la población. Otras lenguas que se hablan son húngaro, alemán y romaní (zúngaro).

2.3. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO: es un país con un desarrollo humano medio, ocupando el número 58. En los últimos 10 años Rumania ha sufrido un cambio de modelo económico, político y social. Pasa de un sistema comunista a otro democrático y con carácter capitalista. Participa en el comercio exterior y entra en la Unión Europea.

2.4. EDUCACIÓN: la educación primaria es gratuita y obligatoria entre los 7 y los 14 años de edad. No hay prácticamente analfabetos. El sistema educativo incide mucho en los estudios prácticos y técnicos. Rumania cuenta con 7 universidades generales y 4 politécnicas. Cabe destacar la Universidad de Bucarest, una de las más importantes en Rumania, en funcionamiento desde hace 140 años posee un sólido prestigio tanto a nivel nacional como internacional.

2.5 BIBLIOTECAS Y MUSEOS: las principales bibliotecas son la Biblioteca Central del Estado y la Biblioteca de la Academia de Rumania, ambas en Bucarest; el Museo de Arte de Rumania, en Bucarest, contiene magníficas colecciones de arte nacional, occidental y oriental. Hay varios museos de arte por todo el país.

2.6 DIETA Y NUTRICIÓN: para los rumanos cocinar es un arte, y por eso saben hacer un delicado uso de sus ingredientes, mezclándolos con ingenio para conseguir deliciosos platos. En el desayuno se consumen huevos, queso, bollos, pan y café. El almuerzo consiste principalmente en sopas, carne, patatas, verduras. Y en la cena, se toma casi lo mismo pero en menor cantidad. Disponen de una gran variedad de productos, pero con frecuencia a unos precios inalcanzables para la mayor parte de la población.

Los rumanos sostienen el tenedor con la mano izquierda el cuchillo con la derecha, durante la comida mantienen las manos sobre la mesa pero no los codos y son muy comunes los brindis.

2.7. HÁBITOS SOCIALES: los adultos se suelen saludar mediante un apretón de manos; el hombre espera a que la mujer le tienda primero la mano. En las ciudades, algunos hombres saludan a las mujeres besando su mano. Tradicionalmente, los nombres de pila sólo se utilizan para dirigirse a los amigos y parientes, así como por los adultos para llamar a los niños. Es educado emplear el título profesional de la persona

(como doctor o profesor) antes del apellido. En los días laborables, las veladas suelen prolongarse como mucho hasta las 23 horas, ya que la jornada de trabajo comienza por la mañana temprano.

2.8. ENTRETENIMIENTO FIESTAS: los rumanos juegan al fútbol y otros deportes entre los que se incluye el oina, un juego tradicional parecido al béisbol. Los atletas rumanos han alcanzado éxitos notables en competiciones internacionales, sobre todo en gimnasia, halterofilia y tenis. En el tiempo libre alternan con sus amigos y familiares, ven la televisión, dan paseos, leen y asisten al teatro. También disfrutan con las manifestaciones folclóricas de música y baile.

Actualmente, tras la caída del régimen de Nicolae Ceausesc, los rumanos pueden practicar abiertamente cualquier religión y son fiestas nacionales Navidad y Pascua. El Día Nacional de Rumania se festeja el 1 de diciembre. El Año Nuevo y el Día del Trabajo siguen siendo festivos.

2.9. MATRIMONIO Y FAMILIA: los rumanos de las áreas rurales se casan a edades tempranas y siguen las tradiciones locales y étnicas de noviazgo y matrimonio. Los jóvenes estudiantes urbanos se suelen casar en el último año lectivo, ya que es más fácil el acceso a una vivienda y a un trabajo si se está casado.

Las familias de las áreas urbanas tienden a ser más pequeñas que las rurales, por la escasez de vivienda y el alto coste de vida en las ciudades. El padre es el cabeza de familia.

Muchas mujeres trabajan fuera del hogar y además se hacen cargo de las labores domésticas y el cuidado de los hijos, ya que los hombres raramente colaboran en ello. Los abuelos suelen vivir con la familia.

3 ECONOMÍA

En la actualidad está dominada por la industria (sobre todo industria pesada). La reforma económica de 1990 supuso: la devaluación de la moneda, la supresión de subvenciones y la privatización de empresas de propiedad estatal.

Otros tipos de economía se basan en:

- Agricultura: los principales cultivos son maíz, trigo, patatas, uvas y remolacha.
- Silvicultura y Pesca: más de 1/3 del país está cubierto de bosque, que es de propiedad estatal. El Mar Negro y las regiones del Delta del Danubio son famosas por sus capturas de esturión.
- Fauna: es una de las más ricas de Europa (lobos, osos, gamas, linceos y cabras monteses).
- Minería: el principal recurso minero de Rumania es el petróleo con importantes reservas petrolíferas en el Mar Negro.

3.1. MONEDA: es el lei o leu rumano, dividido en 100 banis. En 1990 fue devaluado, y durante el periodo del 2000-2001 sigue una tendencia devaluatoria.

3.2. COMERCIO EXTERIOR: desde mediados de la década de 1940 hasta la de 1980, el comercio exterior en Rumania fue un monopolio estatal. En 2000 las exportaciones suponían 10.367 millones de dólares; las partidas principales se componían de combustibles, maquinaria, muebles, productos textiles y químicos.

3.3. TRANSPORTES: Rumania cuenta con 11.364 km de trazado ferroviario y unos 198.603 km de carreteras. Los puertos principales son Constanța, en el mar Negro, y Galați y Brăila, en el bajo Danubio; Giurgiu, que está conectada por un oleoducto con el campo petrolífero de Ploiești, es un importante puerto fluvial.

3.4. COMUNICACIONES: los servicios postales, telegráficos y telefónicos son de propiedad estatal. El país cuenta con 95 periódicos diarios y publicaciones periódicas, de las que 52 corresponden a las minorías no rumanas.

3.5. COMPOSICIÓN DEL PIB POR ACTIVIDADES (Fuente: INSSE)

SECTORES PIB	2000	2001
INDUSTRIA	25.2	25.8
AGRICULTURA, SELVICULTURA Y EXPLOTACIÓN FORESTAL	11.1	13.4
CONSTRUCCIÓN	5.0	5.0
SERVICIOS	48.4	46.4

3.6. POBLACIÓN ACTIVA Y DESEMPLEO: en el año 2000, la población activa era de 10,7 millones de personas, de los que un 70% eran miembros de organizaciones de trabajadores afiliadas a la Confederación General de Sindicatos.

4 GOBIERNO

Rumania se gobierna según una Constitución adoptada en agosto de 1965, aunque enmendada posteriormente. Tras la caída del régimen de Ceausescu en diciembre de 1989, el Consejo de Salvación Nacional, formado mayoritariamente por antiguos comunistas, ejerce el poder ejecutivo. En mayo de 1990 se celebraron elecciones presidenciales y legislativas. Una nueva Constitución aprobada por referéndum popular en diciembre de 1991 declaraba a Rumania una república presidencial multipartidista que garantizaba los derechos humanos y la economía de libre mercado.

5 SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

El gobierno rumano supervisa un sistema de seguridad social que engloba atención médica, vacaciones en balnearios, ayudas familiares y pensiones de jubilación. Aunque las estadísticas oficiales atribuían a Rumania un médico para cada 537 personas y una cama de hospital para cada 1996, las condiciones en los hospitales, asilos e instituciones psiquiátricas eran a menudo antihigiénicas e inadecuadas. La utilización de métodos anticonceptivos y el aborto, actividades prohibidas durante el régimen de Ceausescu interesado en incrementar la tasa de natalidad, se legalizaron después del levantamiento de diciembre de 1989.

COLOMBIA VALORACIÓN CULTURAL

(M° Dolores Segura, Rosana Castillo, Amparo Hernández)

♦ GEOGRAFÍA



Los Andes dominan la mitad occidental de Colombia, que se dividen en tres grandes cordilleras, la Occidental, Central y de Oriental. Entre las cordilleras los ríos [Magdalena](#) y [Cauca](#) fluyen hacia las llanuras bajas a lo largo de la costa caribeña. Volcanes son encontrados en las partes más altas de las cordilleras, algunos de ellos activos de vez en cuando. El punto más alto es el Pico Cristóbal Colón en la Sierra Nevada de Santa Marta con una altura de 5.775 m sobre el nivel del mar.

La parte Oriental del país se caracteriza por tierras planas, en partes densamente arborizadas y con muchos ríos como el Putumayo, el Yapura, Meta y el Guaviare que fluyen al río Orinoco o el río Amazonas. Colombia también tiene varias pequeñas islas en el océano Atlántico y Pacífico.

El clima local es caliente a lo largo de ambas costas y en las llanuras orientales, mientras que las sierras y las tierras altas pueden ser bastante frías. La ciudad más grande de Colombia es su capital Bogotá, otras ciudades principales son Medellín,

Cali, Cartagena, Barranquilla, Ibagué, Manizales, Pasto, Cúcuta, Bucaramanga, Santa Marta, etc.

◆ ECONOMÍA

La [economía](#) de Colombia reportó en 1999 su primer crecimiento negativo desde la década de los 30, rompiendo un record de crecimiento sostenido envidiado por las demás economías de la región. Esta crisis tuvo varias causas: un retroceso del consumo privado luego de años de crecimiento desaforado fruto de la liberalización de la economía, incremento sostenido del [déficit fiscal](#) resultado de las nuevas obligaciones creadas por la Constitución de 1991, un sistema de banda cambiaria que se vio afectado por la crisis asiática y rusa, la cual perdió credibilidad luego de varios intentos fallidos por defenderla por parte del Banco de la República (banco central) y un abultado déficit en cuenta corriente.

El gobierno actual (2002-2006) afronta desafíos económicos muy difíciles entre ellos reformar el sistema pensional y disminuir la tasa de desempleo. Dos de los principales productos colombianos, petróleo y café, afrontan un futuro incierto; la producción de petróleo ha venido disminuyendo en los últimos años como consecuencia del declive en los principales campos petroleros del país Caño Limón y Cusiana. Por otra parte, la producción cafetera se ha visto afectada seriamente en la última década debido a los bajos precios internacionales del café generados por el fracaso del pacto de la Organización Internacional del Café que representó la salida del mayor consumidor mundial, Estados Unidos.

◆ DEMOGRAFÍA

La diversidad étnica en Colombia es un resultado de la entremezcla de amerindios indígena, colonos españoles, y esclavos africanos, produciendo una mezcla de mestizos (el 58 %), blancos (el 20 %), mulatos (el 14 %), negros (el 4 %), y mezcla negro-amerindios (el 3 %). Hoy, sólo aproximadamente el 1 % de la gente puede ser identificada como totalmente amerindia sobre la base de lengua y aduana. La religión predominante en Colombia es el catolicismo romano.

Colombia es el tercer país más poblado en América Latina, después de Brasil y México. El movimiento de población rural a áreas urbanas ha sido fuerte. La población urbana aumentó del 57 % de la población total en 1951 a aproximadamente el 74 % hacia 1994. Treinta ciudades tienen una población de 100,000 o más. Los nueve departamentos de tierras bajas del Este, constituyendo aproximadamente el 54 % del área de Colombia, tienen menos del 3 % de la población y una densidad de menos de una persona por kilómetro cuadrado.

◆ ETNOGRAFÍA

La población colombiana se divide tradicionalmente en cuatro grupos principales:

- Los amerindios: constituyen la población nativa.
- Los españoles y europeos: grupos de colonizadores que desde el siglo XVI hasta el siglo XIX viajaron al territorio nacional en busca de prosperidad
- Los africanos (negros): comunidad traída a América por los españoles y europeos como esclavos (siglo XVII – siglo XIX)
- Los árabes: comunidades provenientes de Arabia que han inmigrado al país recientemente (siglo XIX-XX) y se han situado especialmente en la costa atlántica y en la isla de San Andrés.

La mezcla de todos estos diferentes grupos ha generado varios grupos étnicos:

- Mestizo (indígena-blanco)
- Mulato (negro-blanco)
- Zambo (indígena- negro)

◆ CULTURA

Si hubiera un "modelo de la forma de ser latinoamericana, estaría muy cerca del modelo colombiano, tanto en sus virtudes como en sus defectos. Una indicación que apoya elocuentemente lo dicho: todo el arte - tanto el arte culto como el popular - del subcontinente, se digiere y aclimata en Colombia como si fuera original de aquí.

Los colombianos son extremadamente críticos consigo mismos. Son nacionalistas a su manera, pero no tienen un gran "ego" nacional. Por el contrario,

cualquier visión negativa que usted tenga sobre las cosas locales, los colombianos la habrán confesado y magnificado antes que usted. Eso no quiere decir que estén libres de algún grado de susceptibilidad, pero no dejará usted de sorprenderse de lo conocedores que son de sus fallas y de las de sus dirigentes.

Los colombianos tienen muy desarrollados otros reflejos: son muy veloces en reaccionar, muy ágiles en debatir, muy cautos en decidir y excesivamente lentos en emprender a fondo decisiones colectivas. Son "cortoplacistas" (tal vez porque saben que antes de haber concluido una transformación planeada, ya hay en camino otras que navegan a contracorriente). Por fortuna y como reverso de la medalla, las inercias del sistema son muy fuertes y ello hace que el país sea históricamente el más estable de la región en su economía y en sus instituciones.

Los colombianos se precian de una tradición de legalidad -que no necesariamente lo es del derecho ni de la justicia, aunque frecuentemente las confunden -, en la cual afianzan un profundo apego a las formalidades de la Ley, a los gobiernos civiles, a las normas escritas. Derivan también de allí una gran distancia del militarismo, que ha sido "leit-motiv" de buena parte de la historia de sus vecinos. La experiencia democrática de Colombia es tal vez, después de los Estados Unidos, la más larga del continente. Por idénticas razones, aquí el Ejército tiene connotaciones muy distintas que en Chile, Brasil, Argentina, Perú o la misma Venezuela. Decía Bolívar que Colombia era como un convento o universidad, mientras que Venezuela -su patria - era un cuartel.

Con todo, al lado del discurso civilista existe una propensión aguda hacia las armas. De hecho, Colombia lleva más de doscientos años de conflictos declarados o sin declarar, casi ininterrumpidamente. Sin embargo, la vida civil nunca se ha cortado del todo durante esa larga sucesión de guerras, siempre localizadas en apenas una parte del territorio. Parece imposible de entender, pero es cierto: entre una y otra convulsión, el mundo cotidiano flota bastante sereno, creativo, laborioso. Hay desarrollo y se ve prosperar las gentes en todos los ámbitos, sin saltos espectaculares, pero sin detenerse. Los propios colombianos no saben bien cómo logran eso.

Un elemento clave de la comprensión del país es su escala de crecimiento. Demográficamente Colombia se estabilizó desde hace casi una década en una tasa

moderada del 1,6% anual y hoy tiene unos treinta y tres millones de habitantes (tercer lugar en Latinoamérica). Pero hasta hace diez años crecía a una velocidad inusitada. Bogotá, que a principios de siglo apenas llegaba a cien mil habitantes (cuando el país entero apenas pasaba de tres millones), sobrepasa hoy los cinco millones. (En la época de la Independencia, siendo la capital una de las cuatro sedes virreinales, no alcanzaba treinta mil almas.) Medellín con su área Metropolitana suma tres y medio millones. Cali supera dos millones y hay media docena de ciudades que bordean el millón. La población rural era a mediados de este siglo el 75% del total; hoy es menos del 32%. Esto le da a Colombia una fisonomía de país urbano, multipolar, con un desarrollo regional espacialmente mejor repartido que el de sus vecinos.

Aunque hay una clara conciencia de unidad nacional, lo que se impone al observador es una colección abrumadora de diversidades. Hay, como decíamos atrás y en razón de la geografía, gran variedad de regiones (caribe, andina, el Pacífico, el Llano, la selva), cada una de las cuales es un país distinto en lo humano, lo económico, lo cultural. Pero además, cada región comprende al interior de sí misma otras tantas diversidades, a veces extremas, como la que puede haber entre un indígena Wayúu de la Guajira y un habitante urbano de cualquier ciudad de la Costa, con los cuales convive en permanente vecindad; o entre un antioqueño y un chocoano, que comparten desde hace siglos el Golfo de Urabá. Y así, docenas de casos donde se polarizan los estilos, el color, el acento, los modales de la gente. De allí deriva una gran riqueza folclórica y artesanal.

Existen conocimientos sobre las cualidades de muchas de las plantas de la zona, curanderos y parteras las utilizan para sanar el mal de ojo, el espanto, el mal aire, para que las mujeres sean fecundadas o no.

Su cosmovisión interrelaciona lo natural y sobrenatural, que se materializa en las actitudes, representaciones, creencias y en la cotidianeidad. Su mundo espiritual, la forma de diagnóstico y cura a las enfermedades y la concepción de la muerte son aspectos que describen la cultura negra desde su esencia (Escobar 1990). Sin embargo la pérdida del espacio de reproducción social, la intromisión de la cultura occidental y la migración de los jóvenes imposibilita la conservación y desarrollo de esta cultura.

Las ánimas, la tunda, el riviel y la sirena del mar son personajes mitológicos que habitan en la tierra o el agua y que ayudan, asustan o dañan. Generalmente, para librarse o protegerse de ellas, recurren al insulto, a la astucia, o a la oración.

Las Ánimas son guardianas de los recursos naturales, pero son espíritus malos que vuelven del infierno y rondan en los esteros, el mar o la tierra y se aparecen a los campesinos/ as, pescadores/ as y concheras, que asustados /as, regresan a la casa.

La Tunda también es un personaje que cuida del manglar, puede convertirse en hombre o mujer para acechar a niños o niñas púber que no obedecen a los padres, y las seduce con manjares del mar, llevándolos/ as al monte en donde los mantiene hechizados y sin poder regresar al hogar.

El Riviel es un personaje del agua, que recorre los estuarios, canales y el mar para conducir a los pescadores hacia remolino y corrientes para que se accidenten y ahoguen. Este ser mítico es una alma en pena que no logra encontrar el camino a la eternidad.

La Sirena del mar, personaje universal, es la que atrae a los marineros con su canto mientras se peina con un peine de oro, para llevarlos al fondo del mar.

Estos personajes han sobrevivido a nuevas creencias inculcadas por las religiones católica y evangélica, cuyos representantes son Santos y Santas Patronas, Virgenes y Jesucristo a los que se invocan y reconocen con la celebración de rituales y fiestas.

Muchas de las supersticiones que determinan acciones cotidianas, tienen que ver con el mar, como creer que una pareja de enamorados no debe meterse al mar por que este se pone celoso y los puede ahogar,; que las mujeres embarazadas que pasean por la playa embravecen al mar, lo mismo que cuando una persona se ahogan en sus aguas; que nadie debe bañarse en el mar o el río en viernes santo porque se convierten en pescados o que soñar que una persona se va en un barco es señal de que el soñado, se va ha morir (Mascheto 1995)

En la población negra las relaciones familiares giran en torno a la mujer y a su relación con los humedales de donde extrae la concha y el cangrejo azul para

solventar la economía familiar. Se calcula que cada mujer tienen un promedio de 3 relaciones de pareja a lo largo de su vida reproductiva (entre 14 y 46 años), por lo que los códigos de valor occidental respecto a la responsabilidad paterna, no rigen sino mientras él, permanece en el hogar (Mera 1 999), de allí la importancia de los manglares para la reproducción cultural de los pueblos afroecuatorianos.

NIGERIA

GEOGRAFIA Y DATOS DEL PAIS

Al norte limita con Níger, al sur con el Océano Atlántico, al este con Chad y Camerún, y al oeste con Benín.

El relieve forma parte de la gran meseta continental africana, distinguiéndose tres regiones diferenciadas. La llanura meridional, constituida por la acumulación de aluviones del río Níger, en la parte mas septentrional, destaca la meseta de Jos, a 1781 m. de altitud. En el este el monte Vogel de 2040 m. Los manglares y la selva de las costas ceden paso a los bosques de hojas caducas, a la sabana y a la estepa en el norte.

Cuenta con tres cuencas hidrográficas: la de los ríos Níger y su principal afluente, el río Benue; la del lago Chad y la del golfo de Guinea.

CLIMA

Tropical. Hay dos temporadas bien diferenciadas: la temporada de lluvia desde Abril hasta Octubre(mas intensa en la costa sudeste), y la temporada de sequía, desde Noviembre hasta Marzo(mas intensa en el tercio norte)

VEGETACION

En línea con las precipitaciones, el sur mas húmedo, predominan los bosques y el norte mas seco, las sabanas.

En la sabana crecen principalmente granos, pastos, tubérculos, hortalizas y algodón.

En los bosques tropicales hay producción maderera, producción de mandioca, y plantaciones de frutales, cítricos, palmera africana, cacao y goma...

CAPITAL

Abuja

GOBIERNO

Estructura tripartita : un Gobierno Federal, 36 Gobiernos de Estado y 774 Administraciones Gubernamentales Locales.

IDIOMAS

Ingles, Hausa, Igbo, Yoruba y otras doscientas lenguas indígenas.

SUPERFICIE

923.768 Km.

POBLACION

120.911.000 (la mas numerosa del continente Africano, existe un desbalance en proporción con dominancia masculina 51%, sobre la femenina 49%)

ETNIAS

Alrededor de 470 grupos étnicos. Estos grupos no solo se diferencian por el idioma, historia y costumbres, sino por su tamaño, poder e influencia, presentando una imagen de relaciones étnicas muy desiguales . Tres de ellos, Hausa, Ibo y Yoruba, constituyen el 40% de la población.

MONEDA

Naira

DENSIDAD hab/km

130,9 hab/ km

CRECIMIENTO ANUAL

2,5%

MORTALIDAD INFANTIL

78,8 por mil

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

51,5 años

POBLACION URBANA

44,9%

PIB total

110.621 millones de dólares

CRECIMIENTO ANUAL (2002)

0,5%

PIB POR HABITANTE

850 dólares

INDICE DE INFLACION

12,9 %

GASTO EN EDUCACION

0,7% PIB

GASTO EN DEFENSA

1,2 % del PIB

DEUDA EXTERNA

31,119 millones de dólares

IMPORTACIONES

12.128 millones de dólares

EXPORTACIONES

16.890 millones de dólares

ECONOMIA Y RECURSOS

Es el mercado mas grande del África Subsahariana, con gran potencial de mano de obra, bien conectado por carretera, ferrocarril, transporte marítimo y aéreo.

Es un país dotado de recursos agrícolas, minerales, marítimos y forestales significativos. Más del 60% de la población esta involucrada en la producción de cosechas de alimentos tales como mandioca, maíz, arroz, batatas, porotos, legumbres variadas, soja sorgo, jengibre, cebollas, tomates, melones y hortalizas.

Las principales cosechas son de cocoa, algodón, cacahuete, palmera africana, y goma; que se utilizan para la exportación y la industria local: harina de cocoa y manteca, migaja de goma, aceite de hortalizas y fibra e hilo de algodón.

Explotación de los bosques tropicales para la obtención de productos madereros de especies exóticas y populares.

El aceite mineral y el gas se producen en la cuenca Níger Delta y en el mar (aguas territoriales y plataforma continental)

También disponen de yacimientos de carbón, mineral de hierro, yeso, caolín, fosfatos, piedra lija, mármol, columnita, barita y oro.

CARACTERISTICAS CULTURALES

En África persiste el modelo tradicional de familia extendida en la que conviven varias generaciones. Continúan los matrimonios pactados por las familias.

La mujer africana tiene muchos hijos. Los métodos anticonceptivos son aceptados, el mas popular es el preservativo. La esterilización es rechazada.

En algunos países africanos persiste la ablación del clítoris, como ritual de iniciación, en niñas entre los cuatro y los diez años.

Los africanos muestran cierta reticencia a contar a personas a las que no conocen (también al medico)sobre su vida o la de su familia.

ANALFABETISMO

25,4% en hombres y 41 % en mujeres

ESCOLARIZACION TERCER GRADO

4%

INTERNET

1,67 por mil habitantes

LIBROS PUBLICADOS

1.314

MATERNIDAD

En África la tasa de mortalidad materna de 640 muerte por 100.000 nacidos vivos, es la mas elevada del mundo (en zonas rurales pueden llegar a 1.000 por 100.000 nacidos vivos). La OMS señala que “los problemas de salud y de mortalidad materna han sido descuidados o considerados una fatalidad”

En el África Subsahariana los estándares sanitarios se encuentran muy lejos de las normas preconizadas por la OMS. El porcentaje de nacimientos que cuentan con ayuda de personal medico cualificado oscila entre un 22% en África Central hasta 37% en África del Este y 38% en África Occidental, comparado con 99% en países desarrollados y 52% en el mundo en desarrollo.

La mortalidad materna tiene distintas causas: gran número de embarazos, poco espaciados, falta de servicios sanitarios, falta de asepsia en instrumental y manos sucias (se producen muchas infecciones pélvicas que desencadenan esterilidad en el 15 a 20% de las mujeres africanas), estado nutricional deficiente, parásitos intestinales, paludismo, hemorragias...

Las mujeres suelen dar a luz en sus domicilios asistidas por las comadronas tradicionales, acompañando en parto en muchos casos por ritos y ceremonias: absorción de líquidos, amuletos, gestos y palabras.

Numerosas mujeres sufren de anemia por la incidencia de paludismo y por la deficiente alimentación

Empeorada por tabúes culturales que prohíben comer a las embarazadas frutas, vegetales y leche, en otras sociedades la prohibición se hace extensiva a ciertas variedades de carne y pescado, restricciones que hacen peligrar la vida de la madre y del niño por nacer.

En muchos países las mujeres y los niños acostumbran a comer después que los hombres, contentándose con lo que han dejado.

Las mujeres debilitadas por la anemia y un estado nutricional deficiente tienen más probabilidad de tener hijos de bajo peso, con déficit de yodo y con problemas nutricionales.

El aborto no es legal. Se provoca de forma clandestina sobre todo en mujeres jóvenes, entre 14 y 24 años, con graves secuelas como esterilidad, dolores ginecológicos crónicos, abortos espontáneos, y fistulas vesico-vaginales. En Nigeria el 80% de las mujeres que sufren de esta dolencia tienen entre 15 y 19 años.

RELIGION

-Religión tradicional, definida inadecuadamente como animismo, fetichismo o paganismo. Se basa en el culto a un deidad a través de la representación visible de esta por objetos animados e inanimados, tales como árboles, arroyos, pájaros, animales o imágenes construidas por el hombre en arcilla, piedra o madera.

Cada grupo posee santuarios dedicados a algunos dioses a los que regularmente les ofrecen sacrificios, rezos y libaciones. Creen que los dioses ejercen poderes protectores sobre sus fieles.

Hay gran variedad de creencias entre los distintos grupos étnicos, pero la gran mayoría reconocen la existencia de un Ser Superior, creador del universo, en el que todo era bueno y hermoso.

La religión tradicional ha dejado su impronta en el modo de vida del pueblo, en la agricultura, música, artes, artesanía, lengua y economía.

-Islamismo, en sus inicios en el país fue la religión de los soberanos y su corte y se difundió de norte a sur por los misioneros venidos de la India y Pakistán.

Existen en la actualidad millones de musulmanes de diversas sectas, entre las que destacan los Kidiriyya, los Tijaniyya, los Islamiyya, Madhiyya y Amadilla. No menos de 50.000 nigerianos realizan anualmente la peregrinación a la Meca

-Cristianismo, no se estableció de forma efectiva hasta el siglo XIX cuando Inglaterra mandó misioneros anglicanos y metodistas. Encontraron muchas dificultades por la alta mortalidad de los europeos en aquellas tierras, la dificultad y vastedad del territorio, y por la hostilidad para la propagación de una nueva religión. Hasta finales del XIX no se establecieron misiones católicas.

-Estado Secular, la Constitución Nigeriana garantiza la libertad de cultos y el derecho de profesar y difundir cualquier visión religiosa. "El Gobierno de la Federación o de un Estado no adoptará ninguna religión como religión del Estado"

SENEGAL

Médicos, *marabouts* y mediadores: problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés¹

Francisco Raga Gimeno

Universitat Jaume I

Resumen

En el presente trabajo se analizan los problemas de comunicación intercultural que se observan en las interacciones entre inmigrantes de origen senegalés y personal sanitario español. Para intentar comprender el origen de este tipo de problemas comunicativos se analizan las características del sistema sanitario senegalés en general, y en particular las de la sanidad tradicional, prestando especial atención al modelo de entrevista terapéutica entre paciente y *marabout* (curandero). Finalmente se ofrecen diversos tipos de recomendaciones dirigidas tanto a los inmigrantes como al personal sanitario, y sobre todo, a los mediadores interculturales.

Introducción

En el presente trabajo pretendemos analizar los problemas de comunicación que presenta, tanto para los pacientes como para el personal sanitario, la atención sanitaria que reciben los inmigrantes de origen senegalés² en España. En primer lugar conviene precisar qué factores comunicativos no vamos a abordar: no vamos a tratar los problemas relacionados directamente con el nivel lingüístico, ni los relacionados con el grado de conocimiento de los procedimientos administrativos-burocráticos, ni los relacionados con las diferentes concepciones culturales del funcionamiento del cuerpo humano o con las diferentes concepciones de la enfermedad (con sus implicaciones

¹ El presente trabajo se inscribe en el proyecto: “La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa y propuestas de formación”, que cuenta con una subvención del Ministerio de Educación y Ciencia (HUM2004 -03774-C02-01/FILO).

² La situación sanitaria de Senegal, tanto en el ámbito de la medicina tradicional como en el de la occidental, no difiere demasiado de la de países cercanos como Mauritania, Malí, Burkina Faso, Guinea, Costa de Marfil o Níger; o incluso algunos más alejados, como Camerún (De Rosny 1992: 18). Por tanto, los problemas de comunicación que presenten los inmigrantes procedentes de estos países no serán muy diferentes, en principio, de los que aquí vamos a tratar. De hecho, De Rosny (1992 : 47-8) señala que se podría hablar de una auténtica medicina tradicional universal, que no ha desaparecido ni siquiera en los países occidentales, en los que está experimentando un proceso de revitalización (Seppilli, 2000: 41).

biológicas, psicológicas o sociales); aunque, como veremos más adelante, estos últimos aspectos comunicativos no se pueden desligar del todo de los que vamos a tratar.

Nuestro análisis se va a centrar exclusivamente en los problemas relacionados con la dinámica de la interacción comunicativa. Para ello vamos a comparar los patrones comunicativos que se observan en la sanidad occidental y en la senegalesa (especialmente la tradicional); es decir, vamos a intentar establecer qué tipo de diferencias se observan entre ambos patrones por lo que respecta a la cortesía verbal, el paralenguaje, la distribución de los turnos de palabra o el lenguaje no verbal.

La comunicación en la atención sanitaria occidental

En las últimas décadas ha ido cobrando cada vez mayor importancia en el mundo de la medicina occidental el tema de la comunicación entre médico y paciente. Lo cual ha provocado, entre otras cosas, la aparición de numerosos manuales de “buenas prácticas comunicativas” en el ámbito sanitario, destinados especialmente a médicos y enfermeras³. Los análisis de los problemas de comunicación entre pacientes y personal sanitario suelen incidir en primer lugar en el tema del intercambio informativo. En general los pacientes occidentales se suelen quejar de que los médicos les dan muy poca información, o muy vaga, especialmente por lo que respecta al diagnóstico. La opinión del paciente respecto al médico depende en gran medida de la cantidad y tipo de información que reciba (West y Frankel, 1991: 168). Otro problema que suele destacarse es el del tipo de terminología empleada por los médicos, ininteligible en muchas ocasiones para los pacientes. Hay que tener en cuenta que hasta los nombres de enfermedades más comunes pueden significar cosas muy diferentes para paciente y médico⁴. En tercer lugar, se destaca la cuestión de la veracidad. En determinadas situaciones los médicos no son del todo sinceros sobre la gravedad de las enfermedades; muchos médicos piensan que no hay que ser sincero cuando no se está absolutamente seguro de las implicaciones de la transmisión de determinadas informaciones (West y Frankel, 1991: 170). Por último, se suele citar el tema de la distribución de los turnos de palabra, que influye de manera decisiva en las posibilidades de expresión de los pacientes. En general los médicos interrumpen mucho más que los pacientes, y aunque

³ Por ejemplo, Northouse y Northouse (1998). Según Thompson y Parrot (2002: 680-6) diversos estudios apuntan que la mayor parte de los errores médicos se deben a problemas de comunicación, y que los pacientes entrenados en habilidades comunicativas tienen más éxito en las consultas médicas.

⁴ Aunque, como señalan West y Frankel (1991: 169-70), a algunos pacientes les tranquiliza la terminología médica, aunque no la entiendan.

estas interrupciones estén justificadas por la dinámica del examen médico, es habitual que una nueva pregunta corte la anterior respuesta del paciente. Como señalan los propios pacientes, si el médico tiene derecho a preguntar, ellos tienen derecho a responder (West y Frankel, 1991: 185-6).

Cada uno de estos comportamientos comunicativos tiene sin duda una cierta justificación médica, técnica o psicológica. Por ejemplo, las interrupciones pueden entenderse en el marco del “modelo entrevista” que domina la comunicación entre médico y paciente, y la ocultación de información puede explicarse como un mecanismo atenuador de la ansiedad del paciente. Pero junto a estos “motivos prácticos” se ha venido igualmente señalando el fundamento social de las características específicas de este tipo de interacciones. La práctica médica contemporánea se apoya en una relación social asimétrica entre médico y paciente, las características especiales antes comentadas tienen por objeto, entre otras cosas, el mantenimiento de la autoridad y control del médico sobre el paciente (Heath, 1992: 235-6). Como ocurre en general en las interacciones institucionalizadas, se ha ritualizado una serie de comportamientos comunicativos especiales, que tienden a perpetuar la asimetría social entre médico y paciente.

Podríamos decir, siguiendo la propuesta de Raga (2005: 165-7), que las interacciones entre médico y paciente siguen el “modelo asimétrico”, que se corresponde con una situación de desigualdad social entre los interlocutores, y que se caracteriza por una distribución desigual de la información, por la sinceridad de una de las partes y posibilidad de insinceridad de la otra, por un registro lingüístico diferenciado entre los interlocutores (que puede derivar incluso en ininteligibilidad), por un paralenguaje diferente dependiendo del estatus, por unos turnos de palabra preestablecidos y poco equitativos, y por un lenguaje no verbal igualmente asimétrico, en el que uno de los interlocutores distribuye el espacio en general, mira más al otro, gestualiza más, toca más al otro, va vestido de una forma especial, etcétera.

Ahora bien, como señalan Giles y otros (1991), la relación entre los comportamientos comunicativos y los valores sociales no tiene por qué ser rígida o automática. Es decir, en una situación en la que se da una clara relación de desigualdad entre los interlocutores, estos pueden mantener la complementariedad y ceñirse al comportamiento comunicativo asimétrico; pero igualmente, uno de ellos puede intentar converger con el comportamiento comunicativo del otro, tendiendo a un modelo más

simétrico⁵. En general, como señala Raga (2005: 171-174), las posibilidades de negociación, los juegos de convergencia y divergencia, se dan más en situaciones de carácter coloquial, mientras que las situaciones rituales admiten poca negociación y se ciñen llamativamente al modelo asimétrico, con plena aceptación por parte de los participantes del comportamiento comunicativo esperable. A este respecto, son especialmente interesantes las situaciones institucionales, semirituales, como las que se observan en el aula o en la consulta médica. Se trata de situaciones con una marcada tendencia a la asimetría, pero que, fruto de procesos históricos y sociales, se van prestando a una cierta tendencia a la negociación, a la convergencia. Son cada vez más los médicos⁶ que intentan apartarse del patrón asimétrico de comunicación y “naturalizar” las interacciones con los pacientes, dando más información y más precisa, siendo más sinceros, con un lenguaje más coloquial y directo, con un tono de voz más cordial, permitiendo interrupciones por parte de los pacientes, y naturalizando la comunicación no verbal, especialmente el contacto físico⁷.

Problemas en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés

Como señalan Mascarella, Comelles y Aullé (2002), una de las quejas más extendidas entre el personal sanitario respecto al trato con pacientes de origen senegalés (y subsahariano en general) es su pasividad, su escasa colaboración: los pacientes no dan mucha información acerca de sus dolencias, ni esta es demasiado fiable; sus silencios provocan una mala dinámica conversacional; no colaboran demasiado activamente en la observación, no se dejan examinar físicamente con facilidad, no aceptan demasiado bien ni el contacto, ni la desnudez, ni que se inmiscuyan demasiado en sus asuntos íntimos físicos como la higiene o las relaciones sexuales.

Por su parte, los pacientes de origen senegalés, que valoran muy positivamente los medios técnicos y humanos de la sanidad española, manifiestan que tienen dificultades con el lenguaje, con la complejidad administrativa, y con el enfoque médico, deshumanizado para ellos, que se centra en el funcionamiento de sus órganos y no en las características globales, individuales y sociales, del paciente. Como hemos comentado anteriormente, en este trabajo no vamos a abordar estas problemáticas. Por otro lado, y

⁵ La divergencia se da cuando un interlocutor adopta un comportamiento opuesto al de su interlocutor, con el objetivo de distanciarse socialmente, o de contrarrestar la actitud convergente del otro interlocutor.

⁶ Siguiendo, de alguna manera, las propuestas de los tratados de “buenas prácticas comunicativas” que antes comentábamos.

esto es lo que nos interesa ahora, y casi como la otra cara de lo expresado por el personal sanitario, los inmigrantes se quejan de la falta de tacto o de respeto que demuestran estos respecto a su persona y respecto a sus asuntos más íntimos y comprometidos. En general piensan que el personal sanitario se entromete demasiado en asuntos que no debería, es demasiado directo tratando determinados temas, hace preguntas que no son adecuadas, les interrumpe, y tiene muy poco tacto a la hora de examinarles físicamente.

Este tipo de problemas puede llevar a un rechazo generalizado de la sanidad occidental por parte de amplios grupos de inmigrantes de origen africano⁸. Lo cual se traduce, por un lado, en una marcada tendencia de los inmigrantes a la automedicación y al auto cuidado, y a no acudir a los servicios médicos hasta que no se encuentran en un estado muy grave. Y por otro, en la presencia cada vez mayor en Europa de *marabouts*, curanderos provenientes de los países de origen de los inmigrantes. Actualmente en París, incluyendo el área metropolitana, se calcula que hay más de medio millar de *marabouts* trabajando a pleno rendimiento (Kuczynski 2002:59), y son cada vez más habituales en las grandes ciudades españolas.

La sanidad occidental en Senegal

Para entender qué hay detrás de estos problemas de interacción hemos de conocer cuál es el tipo de interacción en el ámbito sanitario, especialmente el tradicional, al que están acostumbrados los inmigrantes de origen senegalés⁹.

En Senegal funcionan dos tipos de sanidad, la biomédica, introducida por los europeos en la época colonial y que se ha asentado y crecido considerablemente después de la independencia; y la sanidad tradicional, que incluiría los cuidados familiares y, sobre todo, los tratamientos de los curanderos o *marabouts*.

La sanidad tradicional es más habitual en las zonas rurales, aunque tiene una gran implantación en las ciudades, y para determinadas enfermedades, especialmente las que

⁷ Aunque, como comenta (Street 1991), el grado de convergencia depende, además de la disposición del médico, de las características sociales de los pacientes.

⁸ Hay que tener en cuenta que, como comentaremos más adelante, ya en su país hay un cierto rechazo hacia la medicina occidental, que identifican con la medicina de la opresión colonial. Como indica Castiglioni (1997: 69) aún hay mucha desconfianza, por ejemplo, hacia las campañas de control de la natalidad que, piensan, pueden encubrir campañas de esterilización.

⁹ Estos datos proceden, además de las fuentes bibliográficas, de la observación directa y de las entrevistas que llevé a cabo en zonas urbanas y rurales de Senegal entre noviembre de 2003 y enero de 2004, con la inestimable ayuda de Alberto Longas, Marta Ochoa, El Hadji Amadou Ndoeye y Dolors Galcerán, a quienes expreso mi agradecimiento.

tienen mayor carga psicológica y social, como enfermedades sexuales, mentales, o contagiosas. En muchos casos se acude a una de las dos sanidades cuando ha fallado la otra, y en otros se simultanean ambos tipos de sanidad. Además, en general las relaciones entre ambos tipos de sanidad no son del todo malas, y en ocasiones colaboran, sobre todo en el tratamiento de enfermedades mentales (Kaplan 1998: 136).

Por lo que respecta a la medicina occidental, en la que no nos detendremos, hay que decir que los médicos senegaleses tienen en general fama de buena formación, no sólo dentro del África Occidental, de hecho muchos médicos senegaleses son contratados por centros sanitarios franceses. Sin embargo, el personal de enfermería en general, incluidos ayudantes o comadronas, tiene por el contrario fama de escasa profesionalidad, trato poco humano hacia los pacientes, y falta de ética. Como señalan Jaffré y Olivier de Sardan (2003), en general en los hospitales, y muy especialmente en los ambulatorios, además de la falta de medios técnicos y humanos, está muy extendida la corrupción y sobre todo el amiguismo. Además, hay que tener en cuenta que la sanidad no es gratuita, los precios de los hospitales son considerables, por lo que se acude a los ambulatorios, o directamente a las farmacias, muy poco fiables. Por el contrario, la biomedicina rural cumple en general un papel de tránsito pedagógico entre la medicina tradicional y la medicina occidental, colaborando además con los *marabouts* y con los grupos de salud comunitaria. En general podríamos decir que las quejas de los inmigrantes respecto al trato en la sanidad española se multiplican e intensifican respecto a la sanidad occidental en Senegal.

La sanidad tradicional en Senegal. Las interacciones con *marabouts*

En realidad podríamos decir que la sanidad de origen de los inmigrantes senegaleses es la de la medicina tradicional. Aunque conozcan la biomedicina de su país, los senegaleses están socializados en la medicina tradicional, en el trato con los *marabouts*.

Los y las *marabouts* son hombres o mujeres que tienen ciertos poderes espirituales, y que normalmente han heredado de alguno de sus padres ciertos conocimientos sobre herbolaria y sobre cómo tratar determinadas enfermedades, en las que se especializan (Kuczynski 2002:209). Sobre todo en zonas urbanas, y en los últimos tiempos, mezclan el animismo con creencias y ritos musulmanes¹⁰. Los *marabouts* son “personas

¹⁰ Sobre los límites, difusos, entre los curanderos animistas y los curanderos islamistas véase Seck y Sarr (1997: 261-2).

normales” en el conjunto de la sociedad, y en general gozan de gran prestigio¹¹. Se puede ir a visitar a un *marabout* a cualquier hora del día o de la noche, siempre que haga falta, normalmente acompañado por algún familiar. Se les suele pagar de acuerdo con las posibilidades económicas del paciente. En general no están en contra de la medicina occidental, y suelen derivar a hospitales (o a otros *marabouts*) a aquellos enfermos que consideran que no pueden tratar.

Por lo que respecta a las interacciones comunicativas entre *marabout* y paciente, se caracterizan en general por un marcado respeto mutuo. Los pacientes tienen una actitud reverencial hacia el *marabout*, pero este a su vez es extremadamente respetuoso con los pacientes. Este comportamiento se manifiesta en los siguientes aspectos:

- Contenido: En general en las culturas de Senegal el intercambio informativo no debe darse nunca por sentado¹², ni siquiera en situaciones como las que estamos tratando. La actitud normal del paciente es la de ser muy escaso y muy vago en su información, tiene que encontrar el equilibrio entre no contar ni ocultar demasiados datos. Normalmente le dicen al *marabout* que se encuentran mal, y dejan que sea este el que averigüe el origen del mal por medios más o menos indirectos¹³. Además, deben aceptar todo lo que se le diga, sin hacer preguntas comprometidas (Kuczynski 2002:229). Por su parte los *marabouts* apenas preguntan nada, y tampoco hacen mucho caso de las explicaciones de los pacientes: es él el que sabe de la enfermedad. El *marabout* “ve” por los rasgos externos del paciente, y mediante técnicas de adivinación (mediante el lanzamiento de las *cauris*, o la selección al azar de determinados versículos, entre otras técnicas), y garantiza siempre la máxima confidencialidad (Kuczynski 2002:227).

- Veracidad: La veracidad está fuertemente determinada por el carácter polifónico de la situación. El responsable de la veracidad es el azar adivinatorio, o las señales que interpreta el *marabout*. En el proceso de adivinación juega un papel muy importante la interacción con el paciente, su forma de estar y su forma de hablar¹⁴. Por otro lado, en el ritual curativo es muy importante la confianza plena en el *marabout* (Kuczynski, 2002:298).

¹¹ Aunque siempre pueden derivar hacia la magia negra (De Rosny 1992: 28).

¹² Señala Ndaw (1997: 99-102) que el silencio se convierte en el valor fundamental de todo comportamiento africano ético. Véase también Raga (2003: 150-1).

¹³ Castiglioni (1997:60) comenta que los pacientes de origen africano se suelen extrañar ante la cantidad de preguntas de los médicos occidentales.

¹⁴ Los *marabouts* de París inducen a veces un leve estado de hipnosis en el paciente, o provocan un tipo de conversación muy emocional, casi de tipo psicoanalítico (Kuczynski 2002:202).

- Manera: Los *marabouts* emplean en general un lenguaje de tipo coloquial, similar al de los pacientes, aunque siempre salpicado de una serie de versículos (no necesariamente del Corán) totalmente ininteligibles para estos, y a veces para los propios *marabouts*. Si los pacientes entendiesen los versículos no irían a ver al *marabout* (Kuczynski 2002:230). Por otro lado, tanto el paciente como el *marabout* son muy indirectos a la hora de hablar de temas comprometidos. Finalmente, los pacientes deben dirigirse al *marabout* empleando unas formas de tratamiento especialmente respetuosas.

- Paralenguaje: Los *marabouts* utilizan un tipo de voz muy poco enfático, con un tempo muy lento, plagado de silencios, intentando transmitir seriedad y solemnidad; tan importante como el contenido de los versículos es el tipo de recitación (Kuczynski, 2002: 202).

- Turnos: En general no se da un intercambio “normal” de turnos de palabra. La interacción está marcada por los constantes silencios. Al principio habla casi exclusivamente el paciente, aunque de forma muy poco informativa, sólo para indicar que se encuentra enfermo; no es normal que el *marabout* tome el turno de palabra para hacer preguntas, sus intervenciones se centran en el recitado de versículos y en las indicaciones acerca del tratamiento.

- Lenguaje no verbal: Se da un comportamiento distante mutuo, aunque más marcado por parte del paciente hacia el *marabout*. Los pacientes adoptan una postura de sumisión, de “bajar la cabeza” ante la autoridad, ante el maestro, unido a la vergüenza que les provoca la situación. Prácticamente no miran a los ojos del *marabout* (Kuczynski 2002:229). Por su parte, el *marabout* apenas examina físicamente al paciente¹⁵, entre otras cosas para no ofender su pudor; sin embargo sí que mira fijo a los ojos del paciente, ya que esto le proporciona mucha información, además de actuar como una especie de protección contra el mal de ojo.

Patrones comunicativos y problemas de comunicación intercultural.

En el esquema 1 pretendemos reflejar cuáles serían en líneas generales las características propias del patrón comunicativo que siguen los participantes en las interacciones comunicativas en la sanidad española y en la sanidad tradicional senegalesa.

¹⁵ Aunque en ocasiones sí les proporcionan “baños medicinales” integrales (Kuczynski 2002:238).

Obviamente, no estamos diciendo que todas las interacciones comunicativas en el ámbito de la sanidad española y senegalesa sigan este esquema al pie de la letra. Cada paciente, cada médico y cada interacción presentan unas características específicas que pueden hacer variar, en ocasiones de forma considerable, los comportamientos señalados. Lo que apuntamos es que estos son los comportamientos más habituales, y los que los propios participantes reconocerían como propios de su experiencia cultural.

Esquema 1: *Patrones comunicativos en la consulta médica*

	Médico (España)	Paciente (España)	Marabout (Senegal)	Paciente (Senegal)
Contenido	Poca información y comprometida	Mucha información y comprometida	Poca información y no comprometida	Poca información y no comprometida
Veracidad	Casos de insinceridad	Sinceridad	Azar adivinatorio	Casos de insinceridad
Manera	Lenguaje directo y a veces ininteligible	Lenguaje directo e inteligible	Lenguaje indirecto y a veces ininteligible	Lenguaje indirecto e inteligible
Paralenguaje	Ceremonial en ocasiones	Coloquial	Ceremonial	Ceremonial
Turnos de palabra	Dirige e interrumpe	Es dirigido y no interrumpe	Silencios y sin interrupciones	Silencios y sin interrupciones
Comunicación no verbal	Dirige y muy próximo	Es dirigido y distante	Distante excepto la mirada	Distante

De acuerdo con este esquema podemos prever que en una interacción entre un médico español y un paciente de origen senegalés, al médico español le chocaría la falta de información del paciente, sobre todo sobre temas comprometidos, la insinceridad sobre determinadas cuestiones, el paralenguaje ceremonial, la dificultad de manejar la dinámica conversacional, las incomodidades del paciente ante las interrupciones, y los reparos del mismo a la exploración física.

Al paciente senegalés le chocaría (casi más cuando el médico adoptase una postura convergente) que le solicitasen mucha información, sobre todo comprometida, la sinceridad convergente del médico, el lenguaje directo respecto a determinados temas¹⁶,

¹⁶ Además, el paciente tal vez no pida que le sean aclarados términos que no entiende, ya que la ininteligibilidad de determinados fragmentos es habitual en la sanidad tradicional de origen.

el paralenguaje convergente del médico, las interrupciones y el comportamiento no verbal demasiado próximo¹⁷.

Como hemos comentado, entre el personal sanitario español se está produciendo un proceso de convergencia que implicaría adoptar un comportamiento similar al del paciente por lo que respecta a los contenidos, veracidad, manera y paralenguaje, y desarrollar una práctica conversacional menos directiva, con menos interrupciones, y un comportamiento no verbal más natural. Lo que no esperan encontrarse los médicos occidentales es que la convergencia se plantee en la dirección contraria, que sea el paciente, como ocurre con los inmigrantes de origen senegalés, el que adopte el comportamiento comunicativo típico del médico¹⁸.

Nuestra propuesta es que este choque entre los modelos comunicativos (con o sin convergencia por parte de los médicos españoles) explicaría las quejas del personal sanitario ante la “pasividad” de los inmigrantes de origen senegalés y las quejas de estos ante la “falta de tacto”, de consideración, de aquellos. Es decir, los problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés se deberían, al menos en parte, a que en las interacciones entre médico y paciente en la sanidad occidental se sigue el modelo asimétrico, mientras que en las interacciones entre *marabout* y paciente en la sanidad tradicional senegalesa, se sigue el modelo simétrico, caracterizado en este caso por una relación de respeto mutuo.

El papel de la mediación

En el caso de que la solución a este tipo de interacciones problemáticas recayese sobre un mediador intercultural, ¿qué tipo de actitud debería adoptar?, ¿sobre cuál de las partes debería incidir su acción?

Respondiendo primero a esta última pregunta, la lógica nos indica que la acción comunicativa debería incidir especialmente sobre el paciente. El sistema de interacción médica basado en el respeto mutuo requiere un tipo de atención sanitaria personalizado, próximo, en el que la distancia comunicativa se vea compensada por la cercanía

¹⁷ En el caso de la sanidad occidental en Senegal, que se ha desarrollado en un marco institucional impuesto, no asumido de forma natural por la sociedad senegalesa, lo que se produce es un proceso de divergencia, forzado por la búsqueda del personal sanitario urbano de una situación asimétrica asimilable a la que se da en la sanidad occidental. El personal de la sanidad urbana occidental en Senegal adopta un comportamiento exageradamente distante, y un trato alienante hacia los pacientes. La solución a esta situación por parte de estos pasa por establecer lazos de amistad, de cercanía vivencial con el personal sanitario, por intentar restablecer el modelo de la sanidad tradicional. Véase Olivier de Sardan (2003).

¹⁸ Los datos de Valero (2002: 665-7) indican que los inmigrantes de origen marroquí adoptan una postura mucho más participativa, hacen más preguntas y negocian más que los pacientes nacionales.

personal. Como apuntábamos en el primer apartado, en la medicina tradicional las enfermedades nunca son fenómenos exclusivamente fisiológicos; no es el órgano el que está enfermo, ni siquiera el individuo, es la familia o el grupo social al que pertenece el que padece la enfermedad. Los problemas fisiológicos son la consecuencia de un mal que está siempre más allá del cuerpo, que afecta al paciente como individuo global, físico, psicológico y social. La familia y amigos, como corresponsables de la enfermedad, deben participar plenamente en el diagnóstico y en el tratamiento. El *marabout* actúa como psicólogo, sociólogo y consejero, y sus fuentes de información están compuestas por un conjunto de conocimientos contextuales, que incluyen informaciones indirectas de los vecinos y amigos. Se trata de un tipo de atención sanitaria que es prácticamente imposible en la medicina occidental, que requiere una participación activa y explícita por parte del paciente.

En cuanto a las iniciativas que debe llevar a cabo el mediador, hay que señalar que, respecto a los aspectos comunicativos aquí tratados, el mediador no puede limitarse a una simple labor de traducción, en el sentido amplio del término, de enlace comunicativo presencial; la solución no puede darse sobre la marcha a lo largo de la interacción, el mediador no puede establecerse como puente entre los dos patrones comunicativos. Los patrones comunicativos se pueden explicitar y explicar, pero no traducir. Por tanto, a este respecto la labor del mediador con los pacientes debería ser más bien de tipo pedagógico, y no durante sino antes de la consulta.

En cualquier caso, opinamos que el resultado de esta labor pedagógica sería mucho más satisfactorio si no se circunscribiese al marco de la consulta médica. Lo más recomendable sería que el propio personal sanitario recibiera formación acerca de estos aspectos problemáticos de la interacción comunicativa, y que fueran ellos y ellas los que en el transcurso de las interacciones pusieran los medios necesarios, también de manera pedagógica, para intentar atraer a los pacientes a un comportamiento comunicativo más participativo. Los excelentes resultados que a este respecto está obteniendo el personal sanitario rural en Senegal nos hace pensar que este es el procedimiento más adecuado.

Naturalmente, esto nos llevaría a replantearnos, al menos para este tipo de problemática, el papel del mediador intercultural, que pasaría a cumplir una labor más de carácter pedagógico que de enlace comunicativo presencial. De hecho, en nuestra opinión, una posible solución a la actual indefinición de la figura del mediador

intercultural y del intérprete en los servicios públicos¹⁹ pasaría por una clara delimitación de qué problemáticas de la comunicación deberían abordarse mediante la labor pedagógica y cuáles mediante la labor de enlace presencial.

Bibliografía:

CASTIGLIONI, Marta (1997) *La mediazione lingüístico-culturale (principi, strategie, esperienze)*. Milán: Franco Angeli.

De ROSNY, Eric (1992) *L'Afrique des guérisons*. París: Karthala.

GENTILE, Adolfo, OZOLINS, Uldis y VASILAKAKOS, Mary (1996) *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.

GILES, Howard, COUPLAND, Justine y COUPLAND, Nikolas (eds.) (1991) *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.

HEATH, Christian (1992) "The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation" en Drew, P. y Heritage, J. (eds.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*, pp. 235-267. Cambridge: Cambridge University Press.

JAFFRÉ, Yannick y OLIVIER de SARDAN, Jean-Pierre (2003) "Un diagnostic socio-anthropologique: des centres de santé malades..." en Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.-P. (dirs.) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp. 51-102. París: Karthala.

KAPLAN, Adriana (1998) *De Senegambia a Cataluña. Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

KUCZYNSKI, Liliana (2002) *Les marabouts africaines à Paris*. París: CNRS.

MASCARELLA, Laura, COMELLES, Josep M. y AULLÉ, Xavier (2002) "La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España." Documento en línea, en: <http://www.salutepertutti.org/> Consultado en noviembre de 2004.

NDAW, Alassane (1997) *La pensée africaine. Recherches sur les fondements de la pensée négro-africaine*. Dakar : Les Nouvelles Éditions Africaines du Sénégal.

NORTHOUSE, Peter G. y NORTHOUSE, Laurel J. (1998) *Health Communication: Strategies for health professionals*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 3ª edición.

¹⁹ Sobre la polémica acerca de los límites entre intérprete y mediador, de la legitimidad de ir más allá de la simple interpretación verbal, y cómo y cuándo hacerlo, véase Gentile y otros (1996), especialmente los capítulos 3 y 4, o Valero (2003).

OLIVIER de SARDAN, J.-P. (2003) "Pourquoi le malade anonyme est-il si mal traité? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé" en Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.-P. (dirs.) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp. 265-294. París: Karthala.

RAGA GIMENO, Francisco (2003) "Comunicación efectiva y procesos de minorización en las interacciones comunicativas con inmigrantes procedentes de Senegal" en Grupo CRIT: *Claves para la comunicación intercultural*, pp. 149-176. Castellón: Universitat Jaume I.

RAGA GIMENO, Francisco (2005) *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert.

SECK, Amadou Moctar y SARR, Doudou (1997) "Approche therapeutique de la folie au Sénégal" en D'Almeida, L. y otros : *La folie au Sénégal*, pp. 257-282. Dakar : Association des Chercheurs Sénégalais.

SEPPILLI, Tullio (2000) "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación" en Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 33-44.

STREET, Richard L. (1991) "Accommodation in medical consultations" en Giles, H., Coupland, J. y Coupland, N. (eds.) *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics*, pp. 131-156. Cambridge: Cambridge University Press.

THOMPSON, Teresa L. y PARROT, Roxane (2002) "Interpersonal communication and health care" en Knapp, M.K. y Daly, J.A. (eds.) *Handbook of interpersonal communication*, 680-725. Thousand Oaks: Sage, 3ª edición.

VALERO GARCÉS, Carmen (2002) "Talk, work and institutional order: processes of accommodation in doctor/immigrant patient interaction" *Actas del XXVI Congreso de AEDEAN*, pp. 663-670.

VALERO GARCÉS, Carmen (2003) "Traducción e interpretación en los servicios públicos. Realidad y futuro" en Ortega Arjonilla, E. (dir.) *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*, pp. 455-466. Granada: Atrio.

WEST, Candace y FRANKEL, Richard M. (1991) "Miscommunication in medicine" en Coupland, N., Giles, H. y Wiemann, J. (eds.) *Miscommunication and problematic talk*, pp. 166-194. Newbury Park: Sage.

EL SUSTO (A FOLK ILLNESS)

“Muina” (ira reprimida), “Pasma”, “Tierra”, “Pérdida de la sombra”, “Espanto”,

“Susidio”.....en México, Colombia, Perú

“Nervios” en Costa Rica rural

“Urz” de los aldeanos de Egipto (relacionado con vínculos de poder)

“Latah” en Malasia, Indonesia,

Filipinas, India, China, Taiwán, Tailandia, Rumanía....

Cuadro de apariencia similar que aparece en diferentes culturas en circunstancias similares; ante situación social estresante (intracultural-intrasocial) por incapacidad de cumplir expectativas o sobresalto.

Suele aparecer en mujeres de mediana edad (también en varones) ante circunstancia desencadenante con un “período de incubación” de inmediato a 7 años.

Responden :

-dejando caer objetos, palabras inapropiadas...

-inquietud en el sueño

-depresión, indiferencia al alimento, vestido e higiene (“piden tiempo”)

“La esencia” se separa del cuerpo

El ESTRÉS SOCIAL produce diferentes niveles de enfermedad orgánica:

ANOREXIA (Síndrome Constitucional)

TRASTORNOS MENTALES (Psicosis, Neurosis, T. Personalidad, Alt. del Sueño)

Hipotensión

Tratamiento: Hacer volver el “alma”

FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO/PACIENTE

- 1 El Lenguaje: Potenciar adquisición de nueva lengua. COMUNICACIÓN
- 2 El Tiempo: (relativo según Cultura)
- 3 Persona de toma de toma de decisiones puede ser diferente del paciente
- 4 Modelo de enfermedad y razones de la misma diferente

DETERMINANTES DE SALUD EN LA POBLACION INMIGRANTE

BIOLOGICOS: Inmunidad
Raza
Condiciones higiénico /dietéticas

ECONOMICOS: Pérdida de status
Recursos económicos
Deudas

LEGALES : Sin papeles
Itinerario burocrático

LABORALES: Condiciones laborales
Explotación
Desempleo

PRACTICAS DE SALUD: Creencias
Hábitos

ESTILOS DE VIDA: Incomunicación
Vivienda
Educación
Religión
Alimentación
Estrés
"Género"-dependiente

SOCIALES: Xenofobia
Discriminación
Exclusión social
Separación familiar

BARRERAS EN EL ACCESO A LA ASISTENCIA

Barreras propias del Sistema sanitario:

Accesibilidad: Horarios, Cita Previa, Consultas programadas

Política Sanitaria: Mala previsión de recursos secundaria a mala estimación de población inmigrante

Actitudes del personal: Se les percibe como personas sin derechos a las que se les da atención gratuitamente. (Estudio realizado por Price Waterhuse Coopers para el INSERSO en el año 1999 sobre “Cuantificación de los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España”: coste máximo estimado de cobertura sanitaria sin urgencias para 1998 sería de 7.527 millones de pesetas, mientras que las aportaciones al Tesoro Público, sólo en cuanto a cuotas de Seguridad Social superaba los 274.667 millones de pesetas.

Tarjeta Sanitaria: Dificultades: empadronamiento, miedos en ilegales, idioma.

Barreras propias de la población inmigrante

Situación administrativa irregular: conlleva a precariedad laboral, hacinamiento..

Idioma (hispanoparlante a veces no entiende a pesar de la misma lengua)

Cultura Bajo nivel, poca Educación Sanitaria, baja comprensión de instrucciones

Contexto: Posición económica de pobreza, hacinamiento, déficit alimentario e higiénico
Condiciones laborales de precariedad, temporalidad, explotación, movilidad...Situación de ilegalidad.”Duelo” migratorio

INTERACCIONES COMUNICATIVAS INTERCULTURALES ARABE/ESPAÑOL

La cultura árabe sigue un modelo comunicativo de comportamiento poco igualitario (*asimétrico*) y poco preocupado por el conflicto (*próximo*).

La cultura española sigue un modelo comunicativo de comportamiento igualitario (*simétrico*) y poco preocupado por el conflicto (*próximo*)

Cantidad:

- En la cultura árabe existen temas tabú en los espacios públicos. Sin embargo en ámbitos privados y en relaciones de igualdad se abordan los temas de una forma más explícita que entre hablantes españoles.

Cualidad:

- Tanto la cultura árabe como la española se distinguen por su sistema de “cortesía positiva” (P. Brown y S. Levison), caracterizada por reforzar la imagen social de los interlocutores.

Manera:

- Los árabes tienen una clara tendencia a emitir enunciados de carácter indirecto.
- Los españoles son más directos

Distribución temporal:

- En el árabe el saludo ocupa siempre un papel primordial, el saludo es mucho más largo y ritualizado (quien desea saber o pedir algo es quien primero saluda: **salam alikum** y la otra persona contesta **malikum salam**)
- En las dos culturas el silencio se interpreta como señal de dificultades que atraviesa la comunicación

Distribución espacial:

- Ambas culturas siguen patrón comunicativo próximo
- La sonrisa y arqueamiento de cejas indican canal comunicativo abierto
- Para un árabe es especialmente significativo el contacto entre hombres mientras se dialoga
- Los árabes necesitan frontalidad en la mirada
- Llama la atención la expresividad de los gestos manuales en los árabes

PAUTAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

- 1 No ser insistente y excesivamente directo en cuestionar datos personales que el árabe considera comprometidos en relaciones de desigualdad y en ámbitos formales
- 2 Evitar las interrupciones
- 3 Hacer la transición de los turnos un poco más lenta y evitar los solapamientos
- 4 Gesticular mucho no significa comunicar mejor
- 5 Formular preguntas indirectas

APLICACIONES GENERALES A LA PRACTICA DIARIA

RECEPCIÓN

- La iconografía humana está prohibida por el Islam integrista
- El anagrama de Cruz Roja es un símbolo cristiano utilizado en las cruzadas (en los países árabes se utiliza la Media Luna Roja)
- Los musulmanes el tratar hospitalaria y generosamente a las visitas es un mandato de Dios
- El concepto de tiempo puede tener una relatividad abismal
- La puntualidad puede no tener valor en algunas culturas (musulmanes, africanos..Pueden creer que llegar 15-20 minutos tarde es ser puntual

COMUNICACIÓN VERBAL

- Palabras iguales pueden tener distinta interpretación
- El modelo de enfermedad y las razones de la misma suponen un concepto diferente
- Debemos evitar niños-traductores
- Los Sudamericanos valoran mucho la simpatía en el trato, la actitud positiva, mostrar interés por otros aspectos de su vida, el respeto y la importancia que se e dá a la familia
- La persona responsable de la toma de decisiones puede ser distinta del paciente

- A las mujeres musulmanas, hindúes y budistas puede no estarle permitido estar a solas con un hombre
- Hablar directamente a la mujer musulmana puede ser una afrenta, suelen venir acompañadas por el marido a quien se deben dirigir las preguntas.
- La mujer musulmana suele rechazar hablar de su actividad sexual, éstas consultas serán más fáciles si el personal es femenino.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

- No hablar frente a frente, no extender la mano a una musulmana o evitar mirarse a los ojos son signos de respeto
- En Medio Oriente la mirada a los ojos entre una hombre y una mujer se considera una invitación de naturaleza sexual
- Los Marroquíes no mantienen las distancias y mientras conversan se tocan la ropa o apoyan sus manos sobre el brazo o el hombro de su interlocutor, sin embargo tocar a las personas de otro sexo debe ser evitado.
- Algunos grupos consideran que un apretón de manos cordial es una acción agresiva
- Iniciar con un saludo inapropiado puede acarreamos una mala entrevista. Se recomienda saludar con un “Hola” y una sonrisa, sin hacer ningún gesto con las manos si no es iniciativa de nuestro paciente.

FILIACIÓN Y REGISTRO

- Etnia: La Comisión for Racial Equality de UK aconseja que todo término que implique denigración debe ser evitado
Inaceptable: Paciente de color.
Desaprobado: Enfermedades en inmigrantes, importadas.
Aceptable: Grupo étnico negro (Africanos..)
Recomendable: Minoría étnica africana...
- Edad; La fecha de nacimiento no es considerada con precisión en la cultura China y Africana. Pueden no estar seguros de su fecha de nacimiento.
- El nombre de “pila” es una costumbre cristiana, dada la diversidad cultural en este aspecto, agradecerán la pregunta directa de cómo se les debe tratar
- Estado Civil: No siempre equivale esta denominación a la situación del matrimonio efectivo. Suelen utilizar símbolos diversos, que si tiene que ser retirado para una exploración habrá que explicar su necesidad, pues puede ser interpretado como mala suerte para el matrimonio o cónyuge
- Profesión: Denominar con términos occidentales salvo nombre propio en su cultura.
- Domicilio: Suelen tener cierta reticencia al dar sus datos. Los Africanos y Asiáticos no están acostumbrados a que el médico le pregunte por sus vidas y la de su familia, por lo que verán con mucha suspicacia nuestras preguntas.

ANAMNESIS

Antecedentes personales:

- Hábitos dietéticos: El Ramadán período de ayuno musulmán, coincide con el noveno mes lunar. Desde el alba hasta la puesta del sol, se abstienen de comer, beber, fumar, inyectarse, sexualidad...
Los musulmanes no comen cerdo. Ni beben alcohol
- Hábitos tóxicos: Cuando se dan las condiciones desfavorables de la inmigración se considera que están favorecidos los predisponentes al alcoholismo y otras toxicomanías por lo que nuestra atención se guiará para su prevención, detección y tratamiento.
- Higiene personal: El bidet es desconocido fuera de Europa
En Asia utilizan lavatorio con agua en vez de papel higiénico.
- Circuncisión: Extirpación total o parcial del prepucio. Practicada por judíos y musulmanes a lo más tardar a los siete años y siete días. En España se suele llevar a cabo en clínicas privadas, por expertos de la etnia o durante las vacaciones en su país. Se puede derivar al Urologo de referencia si la familia lo solicita.
- Ablación: Procedimientos de extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos o cualquier lesión de los genitales femeninos por motivos culturales, religiosos u otros que no sean terapéuticos (OMS). Se realiza como ritual de iniciación a las niñas entre 4 y 10 años antes de la menarquia originarias de algunos países Africanos. Constituye una violación de los derechos humanos y en caso de nuestro conocimiento se notificará mediante parte de lesiones correspondiente al Protocolo de Actuación ante el Maltrato Doméstico
- Actividad sexual: Considerada tabú en muchas culturas y más si se refiere a la extramatrimonial, homosexualidad o promiscuidad
- La homosexualidad es rechazada entre judíos, musulmanes, hindúes y budistas

- Comportamiento reproductivo: Los matrimonios son precoces entre las marroquíes (12-13 años), pues consideran su misión tener hijos
La mujer musulmana es “completa” cuando tiene hijos
Herencia cultural de familia extensa en musulmanes e hispanoamericanos
- Contracepción: En la cultura magrebí, sí está permitido su uso dentro del matrimonio

Métodos anticonceptivos y cultura:

Método	Chinos	Arabes	Asiáticos	Africanos	Sudamericanos
oral	Aceptado	Indiferente	Indiferente	Aceptado	Aceptado
inyectable	Aceptado	Aceptado	Aceptado	Aceptado	Aceptado
DIU	Aceptado	Indiferente	Rechazado	Común	Aceptado
diafragma	Aceptado	Prob. rechazo	Prob. rechazo	Indiferente	Aceptado
preservativo	Común	Común	Popular	Popular	Aceptado
Coitus inter.	Aceptado	Popular	Muy popular	Aceptado	Aceptado
esterilización	Rechazado	Rechazado	Rechazado	Rechazado	Indiferente
Ogino	Aceptado	Rechazado	Rechazado	Aceptado	Común

-Planificación familiar y religión tradicional (modificado Qureshi, 1994)

Religión	anticoncep	procreación	Consent. Fami	decisión	regla	aborto	Educ Sex
Cristiana	prohibida	deseada	necesario	familia	Indifer.	inaceptable	reticente
Protestante	frecuente	indiferente	No necesario	persona	Indifer.	aceptable	aceptada
Judía	Mal acept.	deseada	necesario	familia	No sexo	reticencia	reticente
Islam	Mal acept.	deseada	necesario	familia	No sexo	reticencia	prohibido
Hindú	Mal acept.	deseada	necesario	familia	No sexo	reticencia	prohibido
Sijh	Mal acept.	deseada	necesario	familia	No sexo	reticencia	prohibido
Budismo	aceptada	indiferente	necesario	familia	Indifer.	aconsejado	indiferente
Ateísmo	frecuente	indiferente	No necesario	persona	Indifer.	aceptable	aceptada

Antecedentes familiares y sociales

- Enfermedades: Las ETS, la locura y las taras genéticas son ocultadas sistemáticamente
- Estructura familiar: En Oriente, Africa y Caribe persiste la tradición de la familia extendida: conviven varias generaciones.
- Matrimonio: En Asia y Africa (Marruecos..) como los gitanos antiguamente los matrimonios son con frecuencia preparados por las familias
- Está permitido el matrimonio entre menores musulmanes, hindúes y budistas
- El divorcio está permitido entre musulmanes
- Los asuntos familiares, consejos, problemas maritales, escolaridad...recaen en los abuelos de las familias en Asia y países Arabes

RITUALES SAGRADOS-DESAFIOS ACTUALES (El ramadán)

La mayoría de estudios sobre efectos del ayuno han sido realizados en países musulmanes.

Ramadán:

Mes del ayuno

Es el 9º mes del calendario musulmán

Prohibida la ingesta de sólidos y líquidos desde amanecer al anochecer

Abstinencia sexual y tabaco desde el amanecer al anochecer

OBLIGATORIEDAD. 1 A partir de la pubertad

2 Estar "cuerdo"

3 Ser musulmán o haber recibido la "llamada"

4 Capacidad de ayuno

5 Empezado el mes

6 Saberlo

EXENCIONES 1 Menstruación

2 Parto-puerperio

3 Debilidad que pone en peligro la vida

4 Embarazo-lactancia

(pero lo deben "recuperar")

Un mes al año

Largos períodos nocturnos en vela , dedicado a la oración

Comidas durante la noche

Recuperación del sueño durante la tarde

No afecta al peso del recién nacido, ni varía cantidad de leche a no ser por deshidratación por el calor

Efectos beneficiosos:

-Efecto beneficioso general en metabolismo apolipoproteínas

-Bienestar psicológico (disminución nº de suicidios, aumento solidaridad familiar y comunitaria)

Efectos indeseables:

-Incremento gradual del cansancio

-Falta de sueño

-Consecuencias físicas del ayuno:

Fatiga-agotamiento

Reducción función cognitiva

Hipoglucemia

Deshidrataciones (Mareos, náuseas, cefaleas, taquicardia..)

Sed Hambre

Disminución ligera de peso (paradójicamente, algunos aumentan)

Aumenta sensación de frío (disminuye ritmo metabólico)

-Modifica concentración de lactosa, Na/K de la leche

-Aumenta riesgo de complicaciones (ulcus)

-Aumenta demanda servicios agudos (noche)

LA ENTREVISTA (Consejos técnicos)

CALIDEZ: -Comunicación visual
-Anticipar dificultades de la comunicación
-No gesticular
-Sonrisa
-Mirar a los ojos (excepto si los rechaza)

EMPATIA : -Ponerse en lugar del otro
-Disponibilidad
-Cordialidad

RESPETO: -Capacidad para conservar puntos de vista propios del paciente
(Esto no implica intentar modificarlo)
-Saber evaluar lo que sabe el paciente y cómo interpreta él la enfermedad
(Creencias/ Lógico-racional)

CONCRECION: Capacidad de delimitar objetivos mutuos y compartidos

ASERTIVIDAD: Capacidad del Médico de desarrollar su papel con grado de seguridad suficiente

EXPLORACIÓN

- En la mujer musulmana no hay exploración sexual posible durante la regla y es tabú la exploración vaginal por médico masculino
- La exploración abdominal/ginecológica en mujeres, a veces exige la presencia del esposo.
- Las exploraciones rectales deben ser confidenciales y con consenso previo
- Los enemas son tabú en los musulmanes.
- En las culturas orientales son tabú la exploración rectal, los enemas o supositorios y la Psiquiatría
- Es típica cierta mancha azulada en las nalgas de niños árabes, parecida a la mancha mongólica, sin correspondencia patológica
- Certificados de virginidad; El código de familia marroquí (**mudawana**) en su artículo 12:3, especifica las formalidades administrativas y jurídicas previas al matrimonio, las cuales deben presentarse para hacer el acta matrimonial y su posterior registro civil. Entre ellas incluye el dato de si la mujer es virgen. En España sólo hay obligación de realizar éste certificado si es por orden judicial

“NUEVAS” PROPUESTAS EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

En determinadas circunstancias nos encontramos además de las diferencias culturales, con desconocimiento mutuo del idioma.

Se han propuesto diferentes "figuras" para solucionarlo: Traductores, Link-Workers (trabajadores de enlace), Abogados de la salud, Intérprete Sanitario, "broker" cultural.... Lo sintetizaremos con fines didácticos, según objetivo en:

TRADUCTOR: Verter preguntas y respuestas en ambos idiomas (Interpretación lingüística)

MEDIADOR CULTURAL: Ayuda a entender factores culturales discrepantes e intenta encontrar vías de acuerdo (interpretación lingüística y cultural)

Ambos papel REACTIVO

AGENTE DE SALUD COMUNITARIA: Profesional con formación adecuada, miembro de la comunidad con la que se trabaja, que se integra dentro del Equipo de Salud y que tiene como objetivo servir de PUENTE entre los Servicios de Atención e Información Sanitaria y dicha Comunidad a la que se desea introducir mensaje "particularmente" delicado

(Programa CAP Drassanes, Barcelona)

- Eje SOCIO-CULTURAL: Traducción
 - Mediación cultural
 - Formación personal sanitario
 - Análisis del proceso estructura-servicios
 - Información Social-Laboral-Legal
- Eje SANITARIO: Explica resultados-pruebas-tratamientos-diagnósticos
 - Oferta recursos de apoyo
 - Explica proceso administrativo
 - Facilita acceso
 - Difunde información a la Comunidad
- Eje COMUNITARIO: Presenta Programas
 - Coordina recursos
 - Dinamiza iniciativas comunitarias
 - Hace partícipe a la Comunidad

Dado que a éstas propuestas no tenemos acceso actualmente en nuestro medio, hemos diseñado unas hojas de EPS, Historia de Salud y Motivos de Consulta para inmigrantes, basados en enfermedades prevalentes, con el fin de tenerlo traducido a varios idiomas y mejorar la adquisición de información en el caso de desconocimiento mutuo del idioma. Con la propuesta de incluirlo en el proyecto ABUCASIS junto con los calendarios vacunales adaptados y exploraciones complementarias según país de origen y poder utilizarlo en la Historia de Salud informatizada.

AGENTES SOCIO-SANITARIOS EN INMIGRACIÓN

Asociación de base	Autoorganización por el grupo de iguales
Traductor	<p>Persona inmigrante bilingüe integrada y adaptada socio-culturalmente</p> <p>Objetivo: Reducir las barreras lingüísticas</p> <p>Funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traducir e interpretar - Explicar aspectos culturales y de comportamiento del inmigrante con respecto a la atención sanitaria
Educador de pares	<p>Persona inmigrante, muy vinculada al grupo de referencia del país de origen</p> <p>Objetivo: Educar en salud a los miembros de su colectivo</p> <p>Cualidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación en la educación de otras personas - Capaz de promover salud - Capacidad de organizar actividades de escucha y transmisión - Mantener equilibrio entre su identidad y papel en el proyecto <p>Funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a responsabilizarse de su salud - Facilitar relación entre su comunidad e Instituciones - Asesorar en temas de salud/legislación/recursos - Derivar a los Centros de Atención Sanitaria
Mediador cultural	<p>Persona inmigrante o no, reconocida y aceptada en la comunidad de intervención</p> <p>Objetivo: Servir de puente intercultural</p> <p>Funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el acceso a los recursos - Mediar en los conflictos - Derivar hacia servicios sanitarios - Acompañar en el uso de servicios sanitarios - Ayudar y apoyar
Agente promotor de salud	<p>Persona inmigrante con formación específica en salud, integrada en el equipo de salud y conector del sistema</p> <p>Objetivo: Mejorar la atención y los cuidados en salud del colectivo inmigrante</p> <p>Funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la atención en salud - Informar sobre las buenas prácticas en salud - Realizar seguimiento de protocolos y cuidados terapéuticos - Dar apoyo social al grupo

HISTORIA DE SALUD

Premisas

Los estudios existentes de Motivos de Consulta en Atención Primaria por Inmigrantes, indican que son muy similares a los de la población autóctona en general, aunque pueden existir diferencias según localidades y Etnias

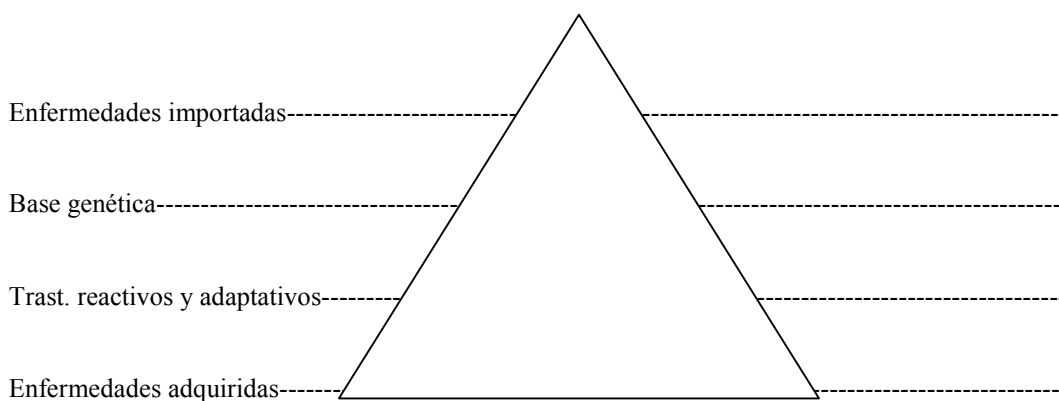
En un estudio por motivos de ingreso hospitalario realizado en la Ciudad de Valencia destaca :

- el doble mujeres que hombres
- media de edad < 30 años
- complicaciones embarazo y puerperio 37,7%
- traumatismos 12,9%
- digestivo 7,8%
- respiratorio 5,4%
- Enf infecciosas y parasitarias 4,4% (TBC 1,16%, Paludismo 0,55%, VHB 0,49%, VIH 0,49%)

Los problemas percibidos por los inmigrantes son dinero, trabajo.....ocupando la Salud el 8º lugar

La Inmigración no es un tema de enfermedades raras o transmisibles exclusivamente

Se podría estructurar la patología del inmigrante en una pirámide: En la que ocupa la base las enfermedades adquiridas y la cúspide las importadas



ENFERMEDADES ADQUIRIDAS: Dependientes de las condiciones de vida , precariedad laboral y estilos de vida en país receptor.

ENFERMEDADES REACTIVAS O DE ADAPTACION: Trastornos Psicossomáticos, T. Reactivos.; Drogodependencias, Prostitución

ENFERMEDADES BASE GENETICA: Prevalencia genética en país de origen
Anemia hemolíticas

ENFERMEDADES IMPORTADAS: -Transmisibles
-Tropicales
-Comunes
- Prevenibles con calendario vacunal
- Según prevalencia país de origen
(Hepatitis B,C , TBC, Malaria, Sífilis, VIH ,Lepra, Parasitosis)

*Pero son las enfermedades de distribución COSMOPOLITA (TBC, ETS, Parasitosis) y asociadas a situación de precariedad económica y marginación social las que se prevee supondrán un mayor riesgo de transmisión a la población del país receptor (Roca et col). En el caso de la TBC se ha visto un aumento de la incidencia entre los propios grupos de inmigrantes.

En este contexto podemos conceptualizar que al inmigrante se le debería realizar lo mismo que al autóctono, perfilando determinadas actuaciones según país de origen y teniendo en cuenta los posibles determinantes y factores de riesgo que puede conllevar la inmigración , huyendo de la discriminación tanto positiva como negativa.

Estandar de Calidad: Tener realizada la HSAP en un 90% (Estudio Bastenetxea et al)
Factores que influyen en el déficit de HSAP:

- Tiempo
- Movilidad
- Demanda por problemas agudos
- Motivos laborales

ANAMNESIS

Primera visita

-Datos de la Historia de Salud en Atención Primaria (HSAP), como al autóctono

-Interesa añadir: País de origen

Tiempo de estancia en nuestro país

Países visitados

Ultima visita a su país

Factores estresantes psicológicos

Situación laboral/riesgos

Vivienda/convivientes

Proponemos hoja para rellenar HSAP, basada en los criterios de cumplimentación de la HSAP adecuada a inmigrantes, para traducirla en varios idiomas con el fin de que la cumplimente el paciente en el caso de dificultad en el idioma. Junto con la hoja de Motivo de Consulta, basada en síntomas prevalentes en Atención primaria y adecuada a "síntomas guía" en inmigrantes y "minidiccionario "para asistencia a extranjeros (ANEXOS)

EXPLORACION CLINICA:

Primera visita

Será la habitual en el autóctono pero fijarse en:

Exploración cutánea: -Lesiones anestésicas
-Prurito
-Nódulos
-Adenopatías
-Ictericia

Visceromegalias: -Esplenomegalia
-Hepatomegalia

Visitas sucesivas

Relación de signos-síntomas que puede hacer pensar en enfermedades con mayor prevalencia en inmigrantes según país de origen

Prurito	Parasitosis Oncocercosis, filaria, Sífilis, Shistosoma...
Dolor Abdominal	Parasitosis ,Estrongiloides, TBC abdominal...
Hematuria	Schistosoma, TBC...
Esplenomegalia	Leishmaniasis, Malaria....
Fiebre+Esplenomegalia	Malaria
Lesión anestésica	Lepra
Nódulos piel	Oncocercosis, Filarias
Dolor lumbar	TBC ,Brucella...
Sind. Miccional	ETS, Schistosoma
Hepatomegalia	Hepatitis, Malaria...

EXPLORACION COMPLEMENTARIA

Primera visita

Igual que cualquier autóctono pero dirigida según prevalencia de enfermedades en país de origen, de difícil sistematización y que puede suscitar controversia respecto a utilización como cribado. Introducir variaciones según resultados estudios evidencia.

	Africa SubSahariana	Sudeste Asiático	Sud America	Magreb	Europa Este
Serología Hepatitis ¹	B y C +	B y C +	Pacífico Amazonas Caribe	B y C +	Rumanía Bulgaria Albania
Mantoux/RX	+	+	+	+	+
Gota Gruesa Malaria (< 6 meses en país)	Niños 1-4 a. Embarazadas	Niños 1-4 a. Embarazadas	Niños 1-4 a Embaraza.		
Serología Lúes	+	+	+		+
VIH	+	+			+
Centrifugado orina Schistosoma	+				
Filarias en sangre	Africa central / Oeste +				
Serología Enf Chagas			Centro/Sud América +		
Parásitos Heces ²	+	+	+	+	
Hemograma/ferritina (Electroforesis Hb si anemia)Morfología	+	+		+	
Bioquímica/Orina	+	+	+	+	

¹ Ante la positividad de VHB, solicitar serología VHD

² Parásitos: - Si menos de 1 año en país receptor (adult): Albendazol (Eskazole)400mg 1/día (5 días) o pedir parásitos en heces
- Si 1-3 años en país receptor: Pedir parásitos en heces
- Si más de 3 años en país receptor : Como autóctonos

Infecciones latentes o crónicas que pueden estar presentes en inmigrantes: TBC, Paludismo, Estrongiloidiasis, Tripanosomiasis, Esquistosomiasis y Filariasis.

Solicitud de pruebas complementarias:

Parásitos en heces	Tres muestras días alternos La negatividad no excluye el diagnóstico
Parásitos en orina	En orina de 12 horas, empezando por la mañana, previo ejercicio
Microfilarias sangre	Tubo de hemograma
Microfilarias piel	Muestra de epidermis superficial Remitir en suero salino
Frotis y gota gruesa	Tubo de hemograma. Extraer en pico febril Indicar si toma Clotrimoxazol, Sulfas o Clindamicina (falsos -)

ANEMIA POR DEFECTO GENETICO:

(Prevalencia elevada en Africa)

-Déficit G6PDH (Anemia hemolítica con factor desencadenante)

-Hemoglobinopatías: Hemoglobinopatía S (Anemia de células falciformes)

2% niños SubSaharianos

Talasemias: alfa talasemia (Asia)

Beta talasemia Mayor/Minor

(Chipre, Africa, Mediterráneo)

Laboratorio: Electroforesis Hb.

Morfología de sangre periférica

HEPATITIS

Hepatitis A : Tasa de seropositividad en niños Africanos de 5 años del 90%

Hepatitis B: (Africa SubSahariana 10-20 % portadores de VHB.)

(Sudeste Asiático, Oriente, Pacífico , Amazonas, Caribe 8-20% portadores VHB)

Se considera que un 5% de la población mundial es portador crónico VHB (2000)

Hepatitis C: Africa 5.30%, Sudeste Asiático 2,15%, América 1,70 %, Europa 1,03 %

Laboratorio: serología

LUES

(Africa SubSahariana 8.5-15%)Ultimamente ha resurgido con fuerza en la antigua URSS-Europa del Este

Riesgo de transmisión tras un solo contacto sexual con infectado, es del 20-25%

Laboratorio: serología

VIH

(Africa SubSahariana: 7/10 casos mundiales de VIH son de allí, y 9/10 en menores de 15 años). Casos en menores de 15 años: 2,7 millones (2,4 en Africa Subsahariana)

Registro nacional de casos de Sida 30-6-2002: 63.574 de los que un 2.9 % eran de otros países

En España hay entre 120.000 y 150.000 personas con infección por VIH, es decir, 3 /1.000 habitantes

Incidencia: en 2003 se diagnosticaron en España 2.190 casos : 49% ADVP

27% Heterosexual

15% Homosexuales

Laboratorio: serología

SCHISTOSOMA URINARIO

Se considera que existen uno 200 millones de infestados ya se a intestinal o urinario

Respecto al Esquistosoma urinario:

Africa SubSahariana y focos Sudamérica, Centroamérica... > 2 millones de infestados.

Asintomática en el 19% de inmigrantes SubSahariano (estudiados en Roquetes de Mar)

Tendencia a producir cáncer de vejiga

Laboratorio: Búsqueda por centrifugado de muestra orina
Serología

PARASITOSIS INTESTINAL

(Prevalencia 20-60%, Centro-SudAmérica, SudAfrica, Países tropicales)

Sólo un 11% con síntomas

El 25% es parasitación múltiple

Su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en país receptor, hasta equipararse al autóctono a los 3 años.

Laboratorio: Parásitos en heces x 3
Graham

TUBERCULOSIS

(Incidencia: Africa 272/100.000, Sudeste Asiático 241/100.000, Pacífico 130/100.000)

Recrudescimiento en Europa del Este

Tasa incidencia España: 19.64/100.000 (2000).El 25% de TBC en España corresponde a inmigrantes

Comunidad Valenciana: 19,30/100.000 (2002) 19% inmigrantes

17.01/100.000 (2003) 22% inmigrantes

(Area 02: 17.06 ; **42.6% inmigrantes**)

Los países pobres tienen una prevalencia de Infección Tuberculosa del 36-44%

XXXVII Congreso SEPAR (Madrid Junio 2004): Entre 25-34% de los casos TBC en nuestro país corresponden a inmigrantes

En el Hospital Ramón y Cajal de Madrid el 3,9% de los adultos inmigrantes atendidos por cualquier patología, padecían TBC activa.

Mantoux

RX (ojo con RX negativa, y también puede ser extrapulmonar!)

Espujo (x3)

Valoración de las estrategias de cribado de la ITL

Primer supuesto:

Tasa de PPD> o igual 10 mm en inmigrantes: 43-45% (73% en Subsaharianos)

De los infectados desarrollarán TBC: al menos 2-3% (Sobre todo en los primeros años)

Eficacia del TITL: 80%

Adherencia al Tratamiento: 40%

Necesitaríamos cribar a 277 (nns) y poner TITL a 125 (nnt) para evitar un caso de TBC

Rectificación:

Revisión exhaustiva de estudios prospectivos americanos 1949-2003 indican que la posibilidad de desarrollar TBC los infectados es del 10-20%

Con las nuevas estrategias de programas específicos se consigue una adherencia al Trat° del 70%

Necesitaríamos cribar a 26 (nns) y poner TITL a 12 (nnt) para evitar un caso de TBC

(Rogelio López-Vélez)

MALARIA

Existen de 300 á 500 millones de afectados

En los últimos años se vienen declarando en España entre 300-400 casos de malaria al año, del que el 25-35 % corresponden a inmigrantes (la mayoría de Africa)

(Zonas de alta prevalencia Africa SubSahariana, Sudamérica, Sudeste Asiático)

Se cree que no existen las condiciones epidemiológicas-ambientales para transmitirse aquí. Los casos declarados son importados.

No obstante es especialmente peligrosa en niños y embarazadas.

Se suele manifestar a los dos meses de salir de zona endémica

Laboratorio: Extensión gota gruesa y frotis

Serología (Antígenos parasitarios HRP-II,LDH)

FILARIAS

Hay 120 millones de personas infectadas por filarias linfáticas , 18 millones por filarias cutáneas (Africa SubSahariana, Sudeste Asiático, SudAmérica) y 13 millones por sanguíneas (Loa Loa) (Africa Central y Oeste)

No transmisibles en España

Vida media larga (años). Pueden ser asintomáticas

Laboratorio: Extensión sangre simple o técnicas de concentración

Biopsia/Skip-Skin (Oncocercosis)

Serología (EIA-ELISA)

Detección DNA y reacción en cadena de polimerasa(PCR)

U.M.T. y S.I. Drasanes “Cribaje microfilarias sanguíneas en población inmigrante de zonas endémicas” Rev Esp Salud pública Oct. 2004:

- N.N.S.(número necesario de screenings para detectar un caso Loa Loa): 54.6 (1,2-2,6% positivos)
- N.N.S. si Eosinofilia: 23 (16,7% positivos)

REFERENCIAS POR SÍNTOMAS-SIGNOS CLAVES

(Además de lo normal en autóctonos)

	Tener en cuenta	Pedir
Diarrea	Parásitos	Coprocultivo Parásitos en heces
Asma	Eosinofilia pulmonar tropical Sind. Loeffler (áscaris,..... toxocara,...	Serología filarias Parásitos en heces Parásitos en esputo Serología toxocara
Prurito	Sífilis, filarias, Schistosoma, oncocercosis, parasitosis Acaros, piojos, pulgas, sarna	Hemograma (eosinofilia) Serología lúes Exten sangre, biopsia (filarias) Skin Skip (oncocercosis)
Hepatomegalia	Malaria, Hepatitis...	Gota gruesa/serología
Dolor abdominal	Parásitos, TBC	Parásitos heces Hemograma y si eosinofilia: Fibrogastroscoopia (Estrongiloides duodeno)
Hematuria/Sind Miccional	En autóctono neo vesical Schistosoma (Subsahariano) Bilharziasis (Arabe) TBC (Asiático)	Mycobacterias en orina Centrifugado orina
Esplenomegalia	Leishmaniasis Malaria	Serología Gota gruesa
Fiebre+esplenomegalia+anemia (sobre todo primeros meses de salida de su país)	Malaria	Extensión gota gruesa y frotis
Lesión anestésica, hipopigmentada, parálisis postneurítica	Lepra	Bacilo de Hansen en lesión
Nódulo piel+prurito	Filaria, Oncocercosis (vida media larga)	Biopsia
Dolor lumbar	TBC columna, Brucella	RX Serología
Síndrome Miccional	ETS, Schistosoma	Exudado uretral Centrifugado orina
Anemia	Hemoglobinopatías	Electroforesis Hb
Eosinofilia (>650 en africanos: parásitos multicelulares localiz. hística)	Filarias Parasitosis intestinal, urinaria Triquinosis	Filarias sangre y piel Parásitos heces, orina Biopsia
Fiebre	Malaria, Brucella, Tifoidea.....TBC	Gota gruesa. Serología RX/Mantoux....

PRUEBA DE LA TUBERCULINA (MANTOUX)

Reactivo:

Tuberculina **PPD-RT 23**: dosis de **2 UI (0,1 ml)** (ó PPD-Estandar 5 UI (0,1 ml))

Conservar entre 4 y 8°C. No congelar ni exponer a $T^a > 20^{\circ}$

Utilizar un máximo de 10 dosis de 0,1 ml de cada frasco, desechando el resto.

Agitar el frasco antes de cargar la jeringuilla, inmediatamente antes de la realización de la prueba.

Técnica del Mantoux:

Emplear jeringuilla graduada en décimas de ml, de plástico desechable, con aguja de acero corta y biselada de calibre fino (26 ó 27)

Inyección **intradérmica** de 0,1ml de tuberculina, con aparición de **pápula isquémica** de 6-10 mm mientras se administra la dosis

Administrar en la **cara anterior del antebrazo unos 10 cm debajo de curvatura del codo** en piel libre de lesiones.

No friccionar la zona ni utilizar alcohol, emplear suero fisiológico.

Hacer un círculo alrededor del punto de inyección para delimitar la zona (4 cm)

Repetir la administración en un lugar alejado si no se produce pápula.

Indicaciones:

- Sospecha de TBC
- Contactos de TBC
- Antecedentes patológicos de riesgo para el desarrollo de TBC: VIH, ADVP, Alcoholismo, Silicosis, Inmunodepresión, Inmunodepresores, Corticoides, Desnutrición, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica y hemodiálisis.
- Marginalidad social
- Inmigrantes de países con alta prevalencia
- Internados en Instituciones Penitenciarias
- Riesgo social y epidemiológico: Personal guarderías, profesores y sanitarios

Contraindicaciones:

Únicamente las lesiones cutáneas extensas que no dejen zonas indemnes.

No está contraindicada en el embarazo.

No está contraindicada en individuos sometidos a dicha prueba en repetidas ocasiones, ya que no induce sensibilidad

Reacciones adversas:

Son poco frecuentes: Reacciones vesiculares y ulceradas, linfangitis y adenopatía cervical, síndrome febril.

No se han descrito reacciones alérgicas.

Lectura:

Hacer la lectura a las 72 horas de la inyección (válida entre 48 y 96 horas)

Valorar mediante palpación o ayuda de bolígrafo la **INDURACIÓN** en el lugar de la inyección, despreciando el eritema. Medir en **milímetros el diámetro transversal** de la induración

TÉCNICA DE SOKAL: Flexionar el codo en ángulo recto y trazar con bolígrafo una línea recta , perpendicular al eje longitudinal del antebrazo sobre el mayor diámetro transversal de la induración, comenzando 1cm más allá del borde apreciable de la induración. Mientras se traza la línea se ejerce una ligera presión sobre la piel para que cuando llegue la punta del bolígrafo al comienzo de la induración pueda apreciarse una resistencia en su borde. Entonces se deja de marcar, y se repite la misma operación en el lado opuesto. La distancia entre los extremos de ambas líneas indica la medida del diámetro transversal de la induración.

Interpretación: Se considera + y por tanto como infectado cuando:

La SEPAR considera **positivo 5 mm ó >** indistinto de autóctono o inmigrante.
(El CDC considera **positivo en inmigrantes 10 mm ó >** (recomienda RX en > 5mm),
por prevalencia de Mycobacterias atípicas en su país)

En individuos **vacunados con BCG** se considera:

5-14 mm: Reacción de probable origen vacunal

15 ó > : Sugestivo de infección tuberculosa

(5 ó > Si han estado expuestos a riesgo de contagio alto)

En **VIH** se considera positivo cualquier induración

La **vesiculación o necrosis** se considera positivo independiente del tamaño

En vacunados , con Mantoux < 5mm y no vacunados > 65 años, repetir Mantoux 7 días después y se vuelven a considerar las mismas premisas. **(Efecto booster)**

CONVERTOR: Viraje de reacción tuberculínica no significativa a significativa en los dos últimos años > 6 mmm (no vacunados paso de <5 mm á 10 mm ó más, y en los vacunados de <5 mm a 15 mm ó más)

Falsos negativos: Infecciones víricas (sarampión, varicela, VIH..)

Infecciones bacterianas (Brucella, tosferina..), Micóticas...

Vacunas virus vivos atenuados(sarampión, rubéola, parotiditis, polio..)

Tratamientos inmunosupresores (*corticoides*)

Neoplasias (linfoides).Insuficiencia renal Crónica

Recién nacidos y ancianos

Fases iniciales de TBC (primeras 10 semanas tras el contagio)

Error en la técnica, lectura o conservación

Falsos positivos: Infecciones por *Mycobacterias atípicas*

Infección local

Vacuna BCG

Hay que recordar que incluso un 10-20% de pacientes con TBC activa tienen una Prueba Tuberculínica negativa

RESPUESTAS TUBERCULINICAS INDICATIVAS DE INFECCIÓN TBC SEGÚN DIVERSAS SITUACIONES estudio de contactos (Grupo Estudio de Contactos UITB)

Situación	Infección tuberculosa
No vacunados con BCG	5 mm ó más
Vacunados con BCG, contactos íntimos o frecuentes de enfermos con baciloscopia +	5mm ó más
Vacunados con BCG, contactos esporádicos de enfermos con baciloscopia + o contactos íntimos o frecuentes de enfermos con baciloscopia -	15 mm ó más (entre 5 y 15mm: a más induración, más posibilidad de infección)
Infectados por el VIH u otros inmunodeprimidos	Cualquier induración
Virajes tuberculínicos durante el estudio de contactos	5 mm ó más

SISTEMATIZACION INTERPRETACIÓN PRUEBA TUBERCULINA
(Am J Respir Crit Care Med 2000)

5 mm ó >: positivo si hay alto riesgo de desarrollar enfermedad TBC:

VIH
Terapia inmunosupresora-corticoides
Contacto reciente TBC
TBC antigua con RX anormal

10 mm ó >: positivo si hay riesgo medio de desarrollar enfermedad TBC

Inmigrantes con < de 5 años en el país
Niños < 4 años
ADVP
Niños/adolescentes expuestos a personas alto riesgo
Empleados/residentes de albergues indigentes, correccionales
Centros Sanitarios
Personal laboratorio de mycobacterias
Enfermedades que faciliten progresión TBC:
(Silicosis, Diabetes, IRC, ICC, Malnutrición, Alcoholismo)

15 mm ó >: positivo si riesgo bajo de desarrollar TBC

Inmigrantes con > 5 años en el país
Población general

(INDEPENDIENTEMENTE DE INMUNIZACIÓN CON BCG)

“Targeted Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection”

CALENDARIO VACUNAL ADAPTADO

En general se utilizan los mismos criterios que en el autóctono, excepto algunas particularidades según país de origen, y teniendo además en cuenta los retornos eventuales a su país, que precisarán introducción de vacunas del viajero (Sanidad Exterior)

Toda persona que no acredite documentalmente su estado vacunal debe considerarse como no vacunado y se procederá a la adecuación según indicaciones

Número de dosis mínimas e intervalos mínimos recomendados para considerar correcta una vacunación:

Edad	Triple vírica	Tétanos	Difteria	Tosferina	Haemoph Influen. b	Polio	Hepatit B	Mening. C
<24 m	1 ⁽¹⁾	4 (0,2,4,12)	4 (0,2,4,12)	4 (0,2,4,12)	1-3 ⁽²⁾ (0,2,4,)	4 (0,2,4,12)	3 (0,2,4)	1-3 ⁽³⁾ (0,2,4)
24m-6a	2 (0,1)	4-5 0,1,12,24	4-5 0,1,12,24	4-5 (0,1,12,24)	1-3 ⁽²⁾ (0,2,4,)	5 0,1,2,12,24	3 (0,1,6)	1
7a-18a	2 (0,1)	3 (0,1,6)	3 (0,1,6)			3 (0,1,6)	3 (0,1,6)	1
> 18a	2 (0,1)	3 (0,1,6)	3 (0,1,6)			3 (0,1,6)		1 (<19a)

⁽¹⁾ En caso de estar vacunado frente al sarampión por encima de los 12 meses de vida, administrar TPV (una dosis) a los 6 años

⁽²⁾ Según edad de comienzo de la vacunación: < 12 meses: 3 dosis, 12-14 meses: 2 dosis, > 15 meses: 1 dosis

⁽³⁾ Según edad de comienzo de la vacunación: <6 meses: 3 dosis, 6-11 meses: 2 dosis, 12 meses-5 años: 1 dosis (dos dosis si Conjugada)

Calendario a seguir si no aporta documentación:

Edad 14-18 años	18-44 años	45-65 años	>65 años
TdPa: 0, 1, 6 mes	TdPa: 0, 1, 6 mes	TdPa: 0, 1, 6 mes	TdPa: 0, 1, 6 meses
TPV: 0, 1 mes	TPV: 0,1 mes		
Hepat B ⁽²⁾ : 0, 1, 6 m	Hepat B ⁽²⁾ : 0, 1, 6 m		
Mening C: 0 mes	Menig C (<19 a) 1 d		
Polio In : 0, 1, 6 m	⁽¹⁾ PolioIn : 0, 1, 6 m		
Hepat A: 0, 6 m			
	⁽³⁾ Varicela: 0,1 mes		Gripe: anual

⁽¹⁾ Para inmigrantes de países de riesgo Circulación “virus salvaje” (Indicación anual de la OMS)

⁽²⁾ Previa realización de marcadores

La vacuna Antineumocócica está indicada en nuestra Comunidad en personas de riesgo: (>2 años con procesos crónicos cardiovasculares o respiratorios, asplenia, VIH, implante coclear, ancianos en instituciones cerradas)

⁽³⁾ En inmigrantes provenientes de regiones tropicales y subtropicales (susceptib. 50%)

Pediatría

Edad < 24 meses	24 meses-6 años	7-14 años
DTPa : 0,2,4 ,12 mes	DTPa:0,1,12,24 mes	Td: 0,1,6 mes
Hepat B ⁽¹⁾ : 0,2,4 mes	Hepat B ⁽¹⁾ : 0,1,6 mes	Hepat B ⁽¹⁾ : 0,1,6 mes
Hib ⁽²⁾ : 0,2,4 mes	Hib: 0 mes	
Mening C ⁽³⁾ : 0,2,4	Mening C: 0 mes	Mening C: 0 mes
Polio: 0,2,4,12 mes	Polio : 0,1,2,12 ⁽⁵⁾ ,24 ⁽⁶⁾ mes	Polio In : 0,1,6
TPV ⁽⁴⁾ : 0 mes	TPV: 0,1 ⁽⁷⁾ mes	TPV: 0,1 mes

⁽¹⁾ Previa realización de marcadores. No administrar la 3ª dosis antes de los 6 meses de edad

⁽²⁾ Según edad inicio vacunación:< 12 meses 3 dosis, 12-15 meses 2 dosis, >15 meses 1 dosis

⁽³⁾Según edad inicio vacunación: 0-5 meses 3 dosis, 6-11 meses 2 dosis, 12-24 meses 1 dosis

⁽⁴⁾A partir de los 15 meses.(Las dosis antes de los 12 meses, no contabilizan)

⁽⁵⁾A los 8-12 meses de la segunda dosis

⁽⁶⁾A los 12 meses de la cuarta dosis o coincidiendo con la de primero de Educación Primaria

⁽⁷⁾La segunda dosis se puede administrar en el período entre las 4 semanas posteriores y los 6 años de edad

Vacunas en caso de retorno a país de origen (además de Calendario Oficial)

Vacuna	Africa Subsahariana	Sudeste Asiático	América Central/Sur	Magreb	Europa Este
Meningococo A,C,Y,W135	Obligatoria +			Obligatoria Arabia	
Hepatitis A	+	+	+	+	+
Fiebre Amarilla	Obligatoria +		Obligatoria Sudamérica tropical		
Encefalitis japonesa		+			
Enfermedad picadura garrapatas					Zonas rurales/forestales: Austria,Croacia,Eslovaquia ,Eslovenia,Hungría,Polonia Rep.Checa, y Suiza
Rabia (preexposición)		India Pakistán			
Fiebre Tifoidea	+	+	+	+	+

Consultar variaciones permanentemente: (Remitir a Sanidad Exterior)

Alicante: Muelle Poniente, s/n 03071 Teléf 965926588/965926554

Castellón: Muelle Serrano Lloberes, s/n 12100.GRAO DE CASTELLON. Telef:964759210

Valencia: Muelle de Aduanas Puerto Autónomo 46071 Teléf 963676513

Centros Provinciales de Vacunación Internacional: (<http://www.msc.es/salud/exterior>)

Web de la OMS: (www.who.int/ith/english/country.htm)

Unidad Medicina Tropical. Htal. General de Valencia. Avda. Tres Cruces S/N 46014 . Telf: 961972047

CALENDARIO VACUNAL INFANTIL RECOMENDADO POR EL CONSEJO INTER TERRITORIAL DEL S.N.S. 2004

0m	2m	4m	6m	12-15m	15-18m	3-6a	11-13a	13-16a
	DTPa	DTPa	DTPa		DTPa	DTPa		Td ¹
	Hib	Hib	Hib		Hib opcional			
HVB ²	HVB		HVB				HVB ³	
	VPI	VPI	VPI		VPI ⁴			
				TPV ⁵		TPV	TPV ⁶	
	MeC	MeC	MeC ⁷					

1 Revacunación cada 10 años

2 Pauta 0-2-6 meses ó 2-4-6 meses. La dosis correspondiente a la edad de 2 y 6 meses pueden adelantarse o retrasarse de una a cuatro semanas para evitar tres pinchazos en la misma sesión

3 Tres dosis en niños no vacunados previamente

4 Se puede contemplar la posibilidad de una quinta dosis que , en caso que se estime necesario, será administrada entre los 4-6 años de edad

5 En situaciones de especial riesgo una dosis a los 9 meses o antes

6 Niños no vacunados a los 3-6 años

7 Para algunas vacunas comercializadas solo se requieren dos dosis (NEIS-VAC)

DTPa: Difteria, Tétanos y Pertusis (tos ferina) “acelular”

Td: Difteria tipo adulto (dosis 12,5 veces menor que en el niño) y Tétanos

Hib: Haemophilus Influenzae tipo b

HVB: Hepatitis B

VPI: Vacuna Polio Inyectable (IM)

TPV Triple Vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)

MeC: Meningococo C

Calendario vacunal en menores infectados por VIH

0 m	2 m	4 m	6 m	7 m	12 m	13 m	15 m	4-6 a	14-16a
Hep B	DTPa Hib VPI VHB	DTPa Hib VPI	DTPa Hib VPI VHB	Gripe (anual)	TPV*	TPV*	DTPa Hib VPI	DTPa VPI	Td
	Men. C (conjugada)	Men C (conjugada)	Men C (conjugada)		Varice*		Varice*		
	Neumoco. (conjugada heptavalente)	Neumoco. (conjugada heptavalente)	Neumoco. (conjugada heptavalente)						

* La TPV y Varicela se administran si CD4 >200 (porcentaje >25%)

Recomendaciones para vacunación en Grupos Especiales (además del Cal .Oficial)

Exposición Ambiental	Vacuna
Embarazo	Td, Gripe
Residencia 3ª Edad	Gripe, Neumococo
Encarcelados /institucionalizados	Hepatitis B, Hepatitis A
> 65 a	Calendario del adulto
Cuidadores de ancianos >70 a / enf. crónicos	Gripe

Ocupación	Vacuna
Sanitarios	VHB, VHA, Tos ferina, Gripe, TPV, BCG ¹ , Varicela ²
Contacto productos hemáticos	VHB, VHA, Gripe, TPV
Servicios Esenciales Comunitarios	Gripe
Guarderías	TPV, Varicela, Tos ferina, Gripe, VHA
Residencia 3ª Edad	Gripe
Limpieza Pública	VHB, VHA, Tifoidea
Veterinarios, trabajo con animales	Antirrábica
Manipuladores de Alimentos	VHA

¹ Profesionales en contacto con enfermos TBC, con multirresistencias

² El sujeto puede padecer la enfermedad y transmitirla

Estilo de vida	Vacuna
Riesgo sexual	VHB, VHA
ADVP	Td, VHB, VHA

Enfermedad concomitante	Vacuna
Infección VIH	Gripe, Neumococo, VHB, VHA
Alteraciones del bazo	Neumococo, Hib, Meningococo
Hepatitis C	Hepatitis A, B
Diabetes	Gripe, Neumococo
Insuficiencia renal	Gripe, Neumococo, VHB
Alcoholismo, cirrosis	Gripe, VHA, VHB, Neumococo
Transplantados	Gripe, Neumococo
Neoplasias	Gripe
Hepatitis B	VHA

Contraindicaciones y precauciones de las Vacunas

Vacuna	Contraindicación	Precaución	Falsa contraindic.
Todas	Anafilaxia a dosis anterior o componentes	-Enfermedad severa o moderada -Primer trimestre embarazo	-Reacción local leve -Enfermedad leve -Convalecencia -Antibioterapia
Td, DTPe, DTPa, P, Pa	Encefalopatía en la 1ª semana DTP	-Enfermedad neuro. con predis.a convul. -Administ. repetidas tox. tetánico(Arthus) -Fiebre>40, convuls llanto >3h,hipotonía, tras DTP	-Enf. Neurológica estable -Antecedentes familiares de convulsiones
PI		Embarazo	
TPV	-Embarazo -Inmunodeficiencia -Alergia gelatina	Administración reciente INMG	-TB -Mantoux -Antibióticos -Alergia al huevo
Hib			Antec enfermedad causada por Hib
Gripe	Anafilaxia al huevo	Guillem-Barré en las 4 semanas de adm.	Embarazo
VHA	Alergia alumbre o 2-fenoxietanol(Havrix)	Embarazo	
VHB	Alergia levadura pan (sacaromices)		-Embarazo -Infección previa VHB
Tifoidea IM,Sbc,VO	T21a oral en inmunodeficientes, trat. Antibióticos y embarazo		
Varicela	-Embarazo -Inmunodeficiencia -Anafilaxia neomicina y gelatina	Evitar salicilatos hasta 6 semanas después	
BCG	-Embarazo -Inmunodeficiencia		

Vías de administración recomendadas

BCG	Intradérmica	Pertusis acelular	IM
Combinadas	IM	Polio inactivada	Sbc
Encefalitis Japonesa	Sbc	Rabia	IM
Fiebre Amarilla	Sbc	Rubeola	Sbc
Gripe	IM, Sbc	Rotavirus	Oral
Hib conjugado	IM	Sarampión	Sbc
VHA	IM	Tifoidea 21 y oral	Oral
VHB	IM	Tifoidea Vi capsular	IM
Meningococo no conjug	Sbc	Toxoide Diftérico (ads)	IM
Meningococo Conjugada	IM	Toxoide tetánico (ads)	IM
Neumococo no conjug.	IM, Sbc	TPV (triple vírica)	Sbc
Neumococo conjugada	IM	Varicela	Sbc

SALUD MENTAL

INMIGRACIÓN /SALUD MENTAL UNA APROXIMACION DESDE A.P. (Achotegui J.)

Conceptos

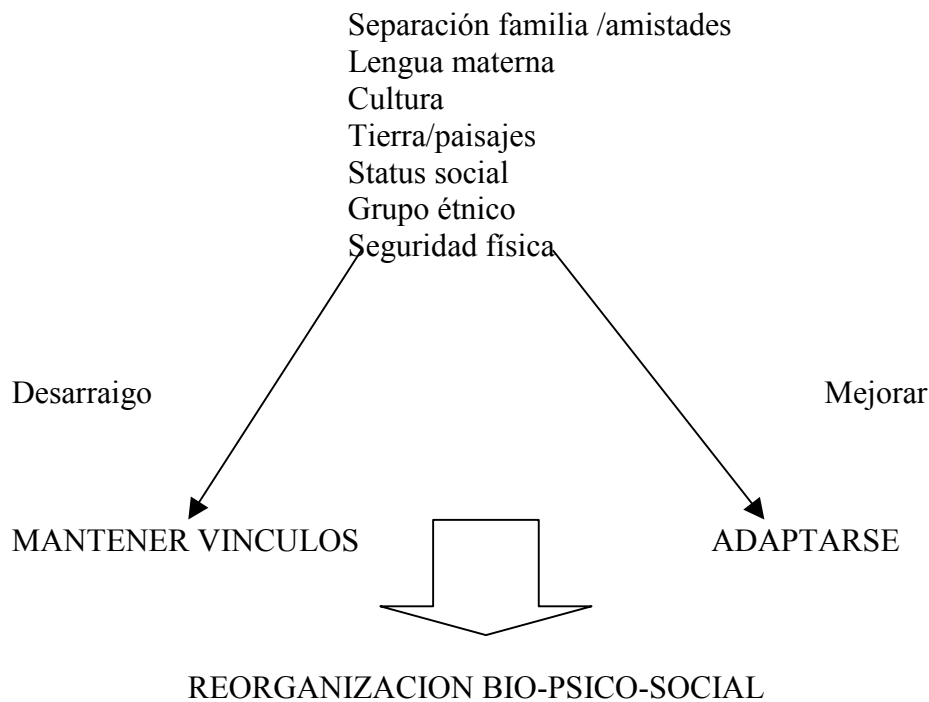
ETNOPSIQUIATRIA: Enfoque de la enfermedad desde perspectiva transcultural.

PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL: Estudio del hecho psiquiátrico en cualquier aspecto y ambiente cultural.

ACULTURACION: Cultura propia amenazada por cultura extraña.

COMUNICACIÓN SOCIAL: Proceso por el que el sujeto satisface la necesidad de sentirse como miembro en comunidad estable.

ANOMIA: estructura social incapaz para acoger y estimular a ciertos sujetos hacia el logro de sus metas.



Todo esto aumenta la Morbi-Mortalidad.

Relación estrecha del ESTRES con : Ulceras de estómago, migraña, crisis de angustia, dermatosis, trastornos del sueño, paranoia y depresión.

ESTRES ACULTURATIVO

Componentes

- 1 Sobrecarga cognitiva para actuar consciente y voluntario = **ANSIEDAD**
- 2 Esfuerzo por entender roles que existen en la nueva cultura = **T. DEPRESIVOS-PSICOSOMATICOS**
(ROL = Conductas, actitudes, emociones y pensamientos asociados)
- 3 Sentimiento de impotencia para actuar competentemente en la nueva cultura = **S. De INDEFENSION** (Sensación de que los acontecimientos ya no dependen de lo que uno haga, y por lo tanto no merece la pena poder cambiarlos)

DUELO

Forma que tienen las personas de hacer frente a las pérdidas.

Tarea psicológica: reconciliarse con una situación que no puede ser cambiada y sobre la que no se tiene ningún control.

T. ADAPTATIVOS: Malestar psicológico: hiperactividad, cambios de humor.

Malestar físico: cansancio, cefalea, palpitaciones.

Cambios forma de actuar: hipo-hiperactividad.

Problemas de relación: falta emociones, peleas, discusiones.

T. PSICOSOMATICOS: Trastornos somáticos en los que no es posible detectar patología física.

REPERCUSION EN LA SALUD MENTAL DE LOS CAMBIOS SOCIOCULTURALES

- 1 **Integración:** Mantiene la cultura de origen y es capaz de adoptar la nueva cultura.
- 2 **Asimilación:** Acoge la nueva cultura y renuncia a la que tenía.
- 3 **Segregación:** Rechazo de la cultura de adopción.
- 4 **Marginalización:** Rechazo de ambas culturas.

DUELO MIGRATORIO

Características

Es PARCIAL: Es una "separación" más que una pérdida.

Es RECURRENTE: Puede "ir y volver"

En relación a aspectos ARRAIGADOS de la personalidad.

Es MULTIPLE,: familia, amigos, lengua, cultura, tierra, status social, grupo étnico, seguridad física,,

Comporta MODIFICACION de su identidad.

Da lugar a REGRESION (más infantil: dependencia)

Fases

- 1 NEGACION
- 2 PROTESTA
- 3 INTEGRACION PSICOLOGICA

La conjunción del Duelo y del Estrés crónico y múltiple se tipifica en el “SINDROME DE ULISES” (Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple): con síntomas en. Area depresiva

Ansiedad

Alteraciones somáticas/confusionales (T. Disociativos)

ADAPTACION DE PROGRAMAS

Los inmigrantes en principio desarrollarán las mismas enfermedades que los autóctonos con ligeras diferencias, en lo que se refiere a las enfermedades típicas de nuestro medio

HTA

Mayor frecuencia en personas de piel negra

Características : Tiene escasos niveles elevados de renina

(menor efectividad de los IECA/ARA II)

Son “sal sensibles” (alta respuesta a la restricción de sal)

Alta respuesta hipotensora a diuréticos (son de 1ª elección)

Alta prevalencia de DM2, Obesidad, tabaquismo

AfroAmericanos: > mortalidad CVS (>80 % que la población general)

>cardiopatías (>50 % que la población general)

> I. R. Terminal (> 320% que la población general)

DIABETES

DM1 Sólo resaltan los Escandinavos 40/100.000/año

DM2 Prevalencia : Europea 5-7 %

Africa 0,30-1,85 %

Asia 1,30-1,84 %

América 2-5,27 %(norte)

El estudio UKPDS ha evidenciado que en DM los SUDASIATICOS (India, Pakistán, Bangla-Desh) tiene multiplicado por 5 el riesgo de evento coronario, respecto a los caucásicos.(Calculadora de RCVS en DM introduce como factor la etnia (White-Caucasian, Afro-Caribbean, Assian-Indian)

En general, las estrategias de prevención de enfermedades CVS deben ser universales.

El estudio de Albert MA en mujeres americanas en el 2004, indica que:

Las mujeres de piel negra tienen niveles elevados de PCR “de alta sensibilidad”, (predictor independiente de eventos cardiovasculares). Su tejido adiposo segrega TNF- α e IT-G que estimulan la producción hepática de PCR.

En cambio las asiáticas lo tienen disminuido.

PROPUESTAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN INMIGRANTES

A pesar de la “desnaturalización” del Modelo de Atención Primaria en el que se dió gran protagonismo a Enfermería, no debemos olvidar la importancia de su cometido como pieza clave en el desarrollo de la perspectiva “bio-psico-social-adaptativa”, proponiendo una serie de diagnósticos en los que Enfermería tendría un papel muy relevante en lo que se refiere a atención al inmigrante. En lo que se refiere a la asunción tradicional de tareas de Enfermería recobraría importancia la Educación Para la Salud en todos sus aspectos y facilitación de la comunicación , mediante traducción a varios idiomas de consejos y protocolos de los diferentes programas clásicos.

Diagnósticos de Enfermería en población inmigrante

Diagnósticos (Código NANDA) *Relacionado con*

Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Dificultades económicas Déficit de conocimientos Falta de soporte social Complejidad del sistema de cuidados de salud
Mantenimiento inefectivo de la salud	Falta de habilidades de comunicación Falta de recursos materiales
Desequilibrio nutricional por defecto	Factores económicos Factores religiosos y culturales
Riesgo de déficit volumen líquidos	Disminución en la ingesta
Diarrea	Infecciones por mala higiene alimentaria
Estreñimiento	Malos hábitos alimentarios
Deterioro del patrón de sueño	Malas condiciones vivienda Separación familiar Situación legal
Fatiga	Relacionado con el trabajo
Deterioro de la comunicación verbal	Diferencias culturales Desconocimiento del idioma
Baja autoestima situacional	Cambios del rol social del hombre Fallo y rechazo Conducta inconsciente con los valores
Interrupción de los procesos familiares	Situación de transición o crisis Modificación de las finanzas familiares
Deterioro de la interacción social	Ausencia de personas significativas Barreras de la comunicación
Deterioro parental	Traslado Falta de recursos
Patrones sexuales inefectivos	Deterioro de las relaciones con la persona significativa Déficit de conocimientos sobre métodos anticonceptivos
Ansiedad	Conflictos sobre las metas de la vida Amenaza de cambio en el rol, entorno y situación económica
Afrontamiento inefectivo	Incertidumbre Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación
Síndrome del estrés del traslado	Cambio ambiental Traslado temporal o permanente Falta de apoyo adecuado por parte del grupo o sistema
Conflicto de decisiones	Percepción de amenaza a los valores personales
Sufrimiento espiritual	Separación de los vínculos culturales y creencias Puesta a prueba del sistema de creencias y valores
Riesgo de lesión	Con medios de transporte Con medios físicos (vivienda, trabajo)
Aislamiento social	Alteración del bienestar
Retraso en crecimiento y desarrollo	Cuidados inapropiados

Una vez realizada la valoración inicial hay que identificar los diagnósticos de Enfermería y elegir conjuntamente con el paciente las intervenciones a realizar en función de los resultados esperados

Intervención en Mediación Cultural:

Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédicosocial

Propuesta de actividades:

- Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales entre el paciente y el profesional
- Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas
- Identificar con el paciente las prácticas culturales que le puedan afectar negativamente, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada
- Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar conflictos
- Conseguir, cuando no se puedan resolver los conflictos, un compromiso aceptable en función de los conocimientos actuales, del conocimiento del punto de vista del paciente y de las normas éticas
- Dar al paciente más tiempo de lo habitual, para que asimile la información y medite la toma de una decisión
- Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente
- Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos
- Disponer la “acomodación” cultural
- Incluir a la familia, cuando corresponda, en el plan para su adhesión
- Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente
- Traducir la terminología del paciente a otro lenguaje que otros profesionales puedan entender con facilidad
- Facilitar la comunicación intercultural (traductor, materiales escritos en varios idiomas..)
- Proporcionar información al paciente sobre Servicios Sanitarios
- Proporcionar a los demás profesionales información sobre la cultura del paciente
- Ayudar a los otros profesionales a entender y aceptar las razones del paciente
- Modificación de su entorno mediante la incorporación de elementos culturales adecuados
- Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente de manera culturalmente adecuada)

Intervención en manejo inefectivo del régimen terapéutico

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud

<i>Características definitorias</i>	<i>Factores relacionados</i>	<i>Intervenciones Enfermería</i>	<i>Criterios de resultado</i>
<ul style="list-style-type: none"> -Elecciones de la vida diaria ineficaces o insuficientes -Aceleración de los síntomas de enfermedad -Verbalización de no realizar régimen de tratamiento -Verbalización de no realizar acciones para disminuir factores de riesgo y secuelas -Verbalizar deseo de manejar el tratamiento y la prevención de secuelas 	<ul style="list-style-type: none"> -Régimen terapéutico complejo -Dificultades económicas -Falta de soporte social -Falta de habilidades comunicación -Déficit desconocimientos -Falta de voluntad para mantener el cambio en los hábitos de vida -Conflicto de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> -EPS (Enfermedad y factores de riesgo, manejo de fármacos, tratamiento higiénico dietético) -Intermediación cultural -Consulta telefónica -Diseñar plan de trabajo adaptando a la vida diaria el trat. -Evaluar el plan de trabajo, modificando conductas inadecuadas -Seguimiento domiciliario en determinadas ocasiones (TDO) -Introducir progresivamente el plan pactado -Elogiar logros y modificación de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> -Demostrar haber integrado en su vida diaria el tratamiento (Test Haynes/Morinsky Green) -Demostrar tener conocimientos adecuados sobre régimen terapéutico -Identificar las dificultades para seguir el tratamiento y las soluciones posibles

(Aplicación directa en Tratamientos Directamente Observados) Ver Tratº TBC

Intervención en Patrones sexuales inefectivos:

Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad

<i>Características definitorias</i>	<i>Factores relacionados</i>	<i>Intervenciones Enfermería</i>	<i>Criterios de resultado</i>
<ul style="list-style-type: none"> -Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> -Deterioro relaciones con persona significativa -Déficit conocimientos métodos anticonceptivos/ETS -Miedo a embarazo o a ETS -Falta de una persona significativa 	<ul style="list-style-type: none"> -Asesoramiento sexual -Enseñanza sexo seguro(protección durante la relación sexual) -EPS métodos anticonceptivos -Cuidados prenatales: Control embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> -Demostrar conocimientos adecuados prevención embarazo no deseado -Demostrar conocimientos sobre prevención ETS

(Trabajos Asanec/Distrito Poniente Almería y Documento Área 11 A.P. Madrid)

ENFERMEDADES DE ALTA PREVALENCIA EN INMIGRANTES

HEPATITIS VIRICAS

Las hepatitis víricas se agrupan en varias enfermedades bien definidas, similares en muchas ocasiones, pero diferentes en cuanto a etiología, características epidemiológicas, inmunológicas, clínicas y patológicas.

HEPATITIS A

Distribución: Mundial (Africa, Asia, América Centro/Sur, Europa Este)

Asociado a déficits en saneamiento

En países desarrollados el 70% de adultos (98 % en países subdesarrollados) son inmunes a los 40 años. En niños africanos la tasa de seropositividad a los 5 años es del 90%. Produce inmunidad permanente.

Agente: Virus de la Hepatitis A

Reservorio: Hombre (chimpancés y otros primates)

Virus en sangre y heces

Transmisión: Contacto de una persona a otra vía fecal/oral

Brotos en relación con agua y alimentos (leche, ensaladas, almejas...)

Incubación: 20-50 días. En general de 2 á 6 semanas

Período transmisibilidad: Hasta la primera semana de ictericia

Diagnóstico: Suele ser enfermedad aguda, sin cronificarse. Fulminante en 1%, a veces asintomática.

Clínica: Fiebre, astenia, anorexia, náuseas, molestias abdominales.....

ictericia, coluria (entonces deja de ser contagioso).

Laboratorio: Bioquímica hepática

SEROLOGIA: AntiHAV IgM (marcador de infección aguda)

Presente desde inicio enf-3/6 meses

AntiHAV IgG (positivo largo tiempo)

AntiHAV Total + Indica inmunidad

Tratamiento: No existe tratamiento específico

Prevención: EPS -Saneamiento / Higiene personal

Vacunación :Efectividad del 99% en dos dosis(0,6mes). En los países pobres el 98 % de adultos de 30 años tienen anticuerpos protectores. (Tenerlo en cuenta en los viajes de “retorno” al país de origen, sobre todo en niños/adolescentes nacidos en nuestro país)

Inmunoglobulina inespecífica (postexposición): Cobertura instantánea, eficacia del 90% y dura 6 meses

Control paciente/contactos: Precaución entérica hasta la primera semana de ictericia.

Desinfección concurrente: Eliminación sanitaria heces, orina y sangre.

Investigación de contactos (casos inadvertidos)

Quimioprofilaxis con gammaglobulina polivalente 0,02mg/Kg peso IM a convivientes < 35 años, en las 2 primeras semanas después de la exposición y Vacunación.

HEPATITIS B

Distribución: Mundial, endémica, con poca variación estacional

Muy extendida en África, Asia, Sudamérica y Europa Este

Agente: Virus Hepatitis B

Reservorio: Hombre (y posiblemente chimpancés cautivos)

Transmisión: Se ha detectado AgHBs en casi todas las secreciones, pero sólo ha demostrado ser infecciosa: sangre, semen, flujo vaginal, secreciones de heridas y saliva.

- Parenteral (Inoculación percutánea: IV, IM SC, Intradérmica)

Heridas, laceraciones, mucosas expuestas a sangre infectante....

- Vertical (perinatal)

- Sexual

Incubación: De 6 semanas a 6 meses

Período transmisibilidad: Semanas antes de aparecer síntomas

Evolución de la enfermedad

Portador crónico

Diagnóstico:

Clínica: Insidiosa, frecuente la cronificación y puede evolucionar a cirrosis y cáncer
Astenia, anorexia, molestias abdominales, náuseas, vómitos, artralgias,
erupción, ictericia infrecuente...

El 90% de casos se resuelven espontáneamente, pero un 5% en adultos y un
90% en niños pasan a Infección Crónica

Hay casos fulminantes con necrosis hepática aguda.

Laboratorio: Bioquímica hepática

Serología

Interpretación serología :

	AgHBs	AgHBe Replicación viral	AcHBe Disminución replicación	AcHBc	AcHBs Inmunidad	
Comienzo hepatitis	+	+	-	-	-	
Hepatitis aguda o crónica	+	+	-	Aguda IgM + Crónica IgM- IgG+	-	
Hepatitis final o crónica	+	-	+	IgG +	-	
Convalescente No infectante	-	-	+	IgG +	+	
Recuperado	-	-	-	+	+	Inmunidad natural
Inmune	-	-	-	-	+	Vacunado
Portador	+	-	+	+	-	

Infección Crónica: HbsAg + > 6 meses

Hepatitis Crónica Activa: Elevación HbsAg y Transaminasas

Hepatitis Crónica Persistente (más grave): HbeAg+. Tendencia a Cirrosis y Cáncer de Hígado

Tratamiento: Antivirales (Interferón alfa, lamivudine). Según estado de cronicidad, nivel de enfermedad y replicación viral.

Prevención: EPS vías de transmisión

Vacuna HB

Gammaglobulina específica (postexposición). Antes de la 48 horas

Control paciente y contactos:

Desinfección concurrente de instrumentos contaminados con sangre, saliva, semen..

Investigación de contactos: Portadores

Enfermos asintomáticos...

Inmunización de contactos: Vacuna

Gammaglobulina específica 0,06 mg/Kg (postexposición)

Consideraciones especiales:

-Embarazadas AgHBs +: Inmunoprofilaxis postexposición al recién nacido en las primeras 12 horas mediante Gammaglobulina específica 0,5 ml y Vacuna HB

-Sobreinfección con virus defectivo de la HEPATITIS DELTA en portadores crónicos VHB, puede producir brotes de hepatitis fulminante. (Endémica en Amazonas y África Subsahariana)

-Portador crónico VHB: Solicitar transaminasas y Alfafetoproteína / 6 meses y ecografía hepática anual.

HEPATITIS C

Distribución: Mundial. Pero sobre todo Africa Subsahariana y Sudeste Asiático

Agente: Virus de la Hepatitis C. Relativamente poco infeccioso.

Transmisión: Parenteral (transfusiones, hemoderivados, UDVP...)
Infrecuente la vía sexual o vertical

Incubación: De 2 semanas a 6 meses.

Diagnóstico:

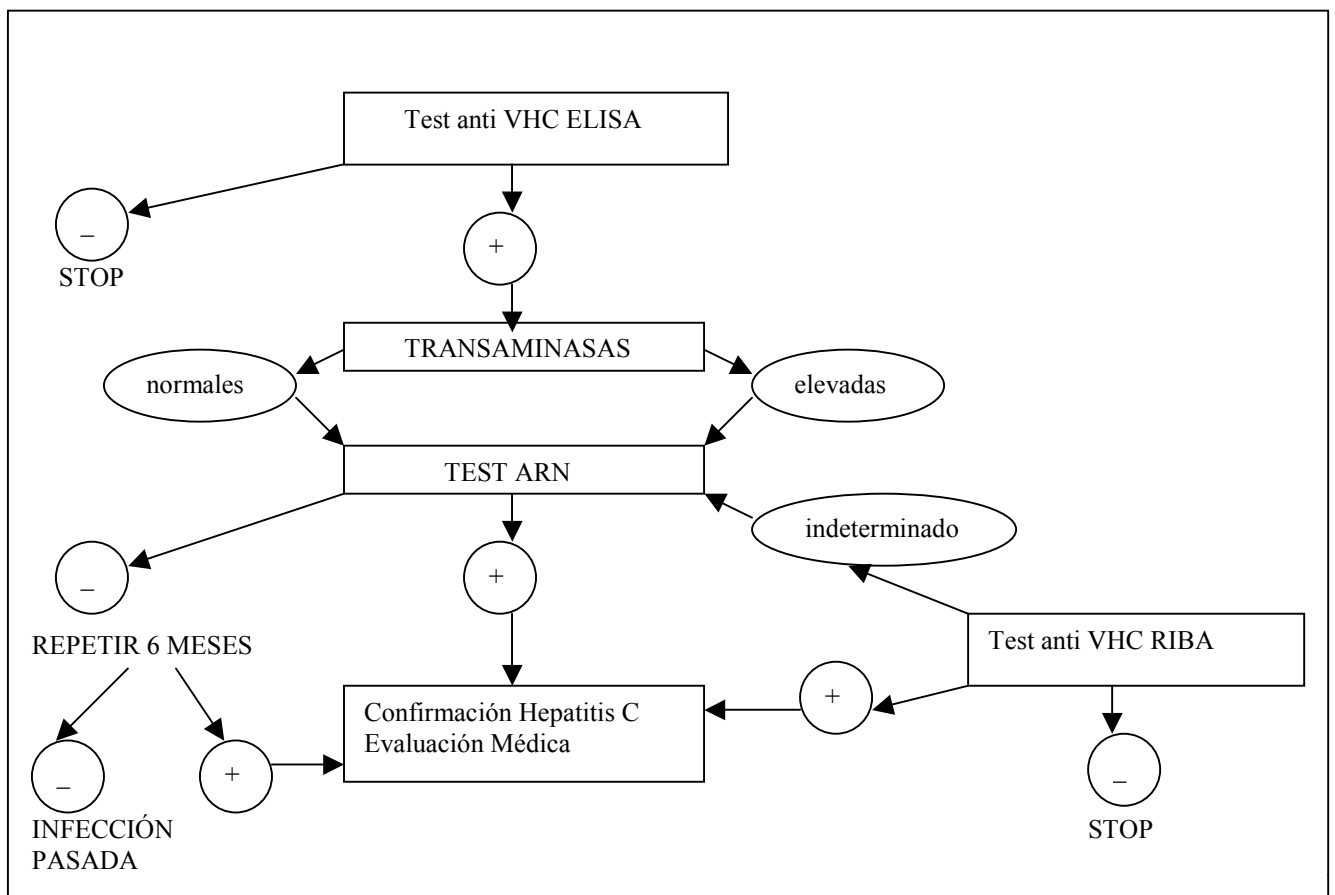
Clínica: La infección aguda suele ser asintomática. Astenia, anorexia, náuseas...

Un 50-80% evolucionan a enfermedad crónica, 20-30% a cirrosis, y un 5% desarrollarán cáncer en 20-30 años

Laboratorio: Bioquímica hepática

Serología: Ac-Anti VHC

ARN (carga viral)



(Recomendaciones semFYC Hepatitis C)

Diagnóstico de la Hepatitis por Virus C (Total HCV Antígeno):

GPT	HCV Ac	HCV Ag	INTERPRETACION
Normal	-	+	Infección en periodo ventana (o est. inmunosupresión)
Elevadas	-	+	Infección en periodo ventana (o est. inmunosupresión)
Normal	+	-	Infección resuelta o fase de no viremia
Elevadas	+	-	Infección resuelta o fase de no viremia
Normal	+	+	Infección activa
Elevadas	+	+	Infección activa

Tratamiento: La Hepatitis C aguda es de derivación Especializada para valorar tratamiento con interferón. (α -2a Interferon pegilado + Ribavirina)

El 40 % de portadores crónicos de Hepatitis C que se infectan con una hepatitis A desarrollan una hepatitis Fulminante.

Vacunar pues de VHA y VHB.

Prevención: EPS vías de transmisión

HEPATITIS D

Requiere VHB para completar su ciclo reproductivo

- Coinfección
- Superinfección (requiere VHB previo)

Infección crónica a menudo rápidamente progresiva a insuficiencia hepática

Diagnóstico:

-Detección HDAG y HDAc (IgG, IgM)

HEPATITIS E

Transmisible vía entérica. Rara en países desarrollados.

Mortalidad elevada en embarazadas.

Brotos en Africa, México, India y Asia

Diagnóstico:

-Detección HEAg y HEAc (IgG, IgM)

TUBERCULOSIS

Distribución: Mundial

Se detectan de 6-8 millones de casos nuevos anuales, de los que 3,8 millones son fuente de infección y acarrear 2 millones de casos nuevos

Agente: Mycobacteria tuberculosis,(M. Bovis y Africanum infrecuentemente)

Reservorio: Humano casi exclusivamente en la actualidad.

Transmisión:

Por exposición al bacilo en núcleos de gotillas suspendidas en el aire procedentes del esputo de las personas que padecen TBC (Más raro por ingestión de leche contaminada, por vía placentaria...)

El genotipado mediante RFLPIS6110 y spoligotyping de las cepas aisladas de la población de las Areas 1 y 11 de Madrid parece indicar que una buena parte de los casos de TBC en extranjeros, probablemente sea resultado de infecciones adquiridas en sus países de origen (cepas cuyo genotipo no sea identificado en otro caso de la población) que se reactivan como resultado de las malas condiciones de vida. Pero otra parte de la TBC en extranjeros responde a eventos de transmisión reciente (cepas con genotipo idéntico “clusters”) de la infección tras la llegada a nuestro país. Las transmisiones recientes pueden implicar a otras nacionalidades e incluso a casos autóctonos. Se han detectado casos de transmisión reciente en extranjeros ocasionados por cepas autóctonas.(Darío García de Viedma et al)

En general y en la actualidad se puede decir que existe escasa transmisión de TBC de los inmigrantes a la población general, incluso existen estudios que demuestran incluso que es más frecuente la transmisión de la población autóctona al inmigrante. Por lo que deberemos ser cautos y realizar vigilancia epidemiológica y estudios de investigación en nuestro medio para poder conocer la transmisión real en nuestro país

Incubación:

Desde el momento de la infección hasta que aparecen lesiones primarias, alrededor de 4 á 12 semanas (días-meses). Si bien el riesgo subsiguiente de tuberculosis progresiva pulmonar o extrapulmonar es mayor durante el primer y segundo año después de la infección, puede persistir durante toda la vida en forma de infección latente.

Período de transmisibilidad:

Mientras se expulsan bacilos, dependiendo el grado de transmisibilidad del número de bacilos eliminados, de la virulencia del bacilo y de las oportunidades de que se formen aerosoles al toser o estornudar. La tuberculosis extrapulmonar en ausencia de secreciones, no se transmite.

Susceptibilidad:

Proporcional a la concentración de Mycobacterias emitidas vía aérea, tamaño de espacio compartido, ventilación y duración de la exposición.

El período comprendido entre los 6 y 12 primeros meses después de la infección es el más peligroso para el desarrollo de enfermedad clínica. El riesgo de contraer enfermedad alcanza el máximo en niños menores de 4 años

Relacionada con hacinamiento, marginalidad y pobreza.

El tabaquismo es un factor de riesgo de infección, enfermedad y letalidad.

Diagnóstico:

Clínica: La infección primaria por lo común pasa inadvertida; la sensibilidad a la tuberculina aparece al cabo de unas cuantas semanas, las lesiones se curan sin dejar apenas alteraciones residuales, sin embargo puede evolucionar hacia la TBC pulmonar o por diseminación hematogena a la TBC extrapulmonar (meningitis, ganglionar, renal, ósea, piel, intestino...)

La TBCp carece de síntomas patognomónicos

Sospecha clínica TBC pulmonar:-Síntomas respiratorios(tos, expectoración) de duración > dos semanas habiendo descartado otras causas y que no ceden con tratamiento habitual

-Hemoptisis

-Anorexia, astenia, sudores nocturnos, febrícula...

- Eritema nodoso

-Adenopatías

Sospecha radiológica: Lesiones sugerentes de TBC p

Sospecha epidemiológica: Contactos/convivientes de caso TBC activa

Diagnóstico de enfermedad TBC pulmonar:

Historia clínica

Mantoux (si es negativo, se puede repetir cuanta veces se quiera)

RX torax: Es el método más sensible para detectar TBCp

Baciloscopia: Es específica y rápida

Cultivo del esputo: Da el diagnóstico de certeza, pero tarda.

El método con mejor rendimiento coste-beneficio en adultos emigrantes procedentes de países con alta prevalencia es la RX de tórax, según ha demostrado un estudio prospectivo a 20 años, ya que cumple el objetivo de diagnosticar TBC activa.

Tipificación Molecular

Compara la composición de los ácidos nucleicos de dos o más microorganismos, con lo que se puede reconocer la relación entre aislamientos vinculados epidemiológicamente y los derivados recientes de un precursor común

DIAGNOSTICO POR IMAGEN DE LA TBCP

Una Rx tórax normal tiene un alto valor predictivo negativo para descartar TBC activa en personas inmunocompetentes (1 % falsos negativos) . Aunque la Rx tórax normal no excluye enfermedad tuberculosa, sobre todo en inmunodeprimidos.(falsos negativos 7-15 % en VIH)

La aparición de alteraciones radiográficas no permite conocer el grado de actividad. Para hablar de “probable inactividad” sólo podemos basar el hecho de que los cultivos de esputo sean repetidamente negativos y estabilidad radiológica de al menos 6 meses

TBC primaria	TBC postprimaria
-Linfadenomegalias (90% niños, 43% adultos, 10 % >60 años)	-Linfadenomegalias (5%)
-Condensación parenquimatosa (53 % niños, 84% adultos)	-Condensación parenquimatosa
-Derrame pleural (29-38 % adultos)	-Derrame pleural (19 %)
-Atelectasia obstructiva e hiperinsuflación (9-30 % niños, 1-5% adultos)	-Evidencias radiológicas de enfermedad primaria (fibrosis)
	-Cavitación (40-45 %)
	-Afección endobronquial (2-4 %)

Diagnostico de Infección Tuberculosa latente (ITL):

- Mantoux: Su objetivo es identificar personas de alto riesgo para contraer la enfermedad y que se puedan beneficiar del Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL). La actividad de solicitar PPD implica la intención de instaurar un tratamiento, la disponibilidad de los medios para descartar TBC y la capacidad para hacer un seguimiento del tratamiento.

El mayor riesgo para la progresión desde Infección TBC a Enfermedad TBC son unas condiciones de vida y de trabajo insalubres y alimentación inadecuada.

(Ver interpretación en Prueba de Tuberculina)

- Diagnóstico serológico (ELISPOT) Ajit Lalvani Universidad de Oxford:

Sensibilidad 90% (Mantoux 60 %)

No falsos negativos en TBC diseminadas

Mantiene su sensibilidad en VIH e inmunodeprimidos

Diferencia ITL de BCG

Rapidez de resultado (evitaría quimioprofilaxis primaria)

El riesgo de desarrollo de la enfermedad tras la infección , según los estudios de los años 50, era del 10%, la mitad durante los primeros años y con una disminución del 10% anual. Una revisión de estudios prospectivos americanos 1949-2003, ha demostrado que el riesgo de los inmigrantes PPD+ es similar al de los convertidos recientes, un 10-20%

PREVALENCIA ITL en población Española no vacunada:

20-29 años: 12,1 %

30-39 años: 22,7 %

PREVALENCIA ITL en población inmigrante en nuestro país:

Subsahariana: 46,9-51,9 %

Marruecos: 14-50 %

América Latina: 25,3%

Europa Este: 42,7

(UIT Barcelona: Medicina Clínica 2003; 121: 549-62)

Prevalencia de ITL en personas inmigrantes del Area de Salud de Toledo:

Residencia en Europa > 3 años: 33,3 %

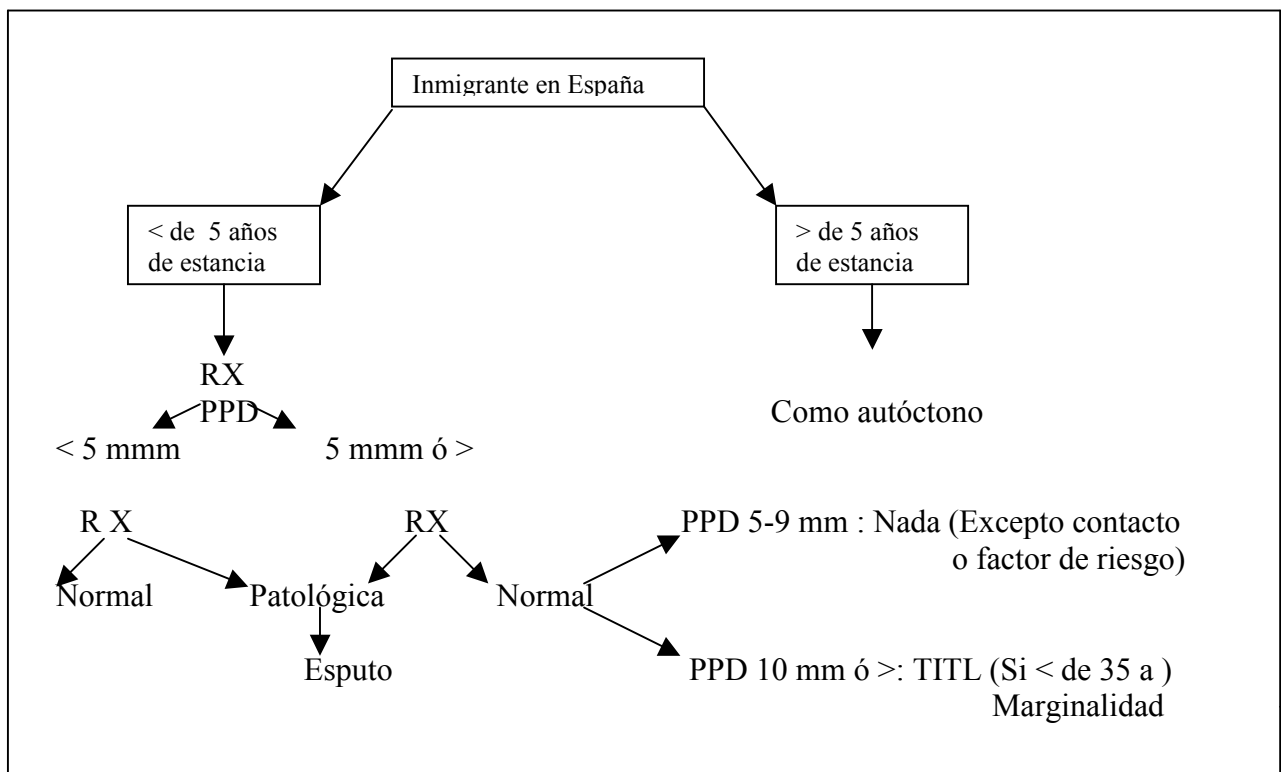
Residencia en Europa < 3 años: 24 %

(Alonso Moreno F.J., Rev Esp de Salud pública Sept-Oct 2004)

La idea de que en un país con baja incidencia general de TBC, la incidencia de TBC en inmigrantes se reduce con rapidez durante los primeros años de estancia, no es del todo cierta en determinados colectivos.

ALGORITMO INDICACIÓN Tratamiento Infección Tuberculosa Latente TITL

El inmigrante tiene el período de mayor riesgo de enfermar de TBC en los 5 primeros años de estancia en el país



TITL

Su beneficio sólo ha sido demostrado en:

- Contactos convertores recientes
- Niños < de 5 años
- TBC residual inactiva no tratada
- VIH

INH 300mg /día (5mg/Kg/día en niños) durante 6 meses (9 meses si VIH)

(Recomendación A)

Pautas cortas 4R (4 meses con Rifampicina) **(Recomendación C)**

3HR (3 meses con Rifampicina +Isoniacida)

2 RZ (2 meses con Rifampicina+Pirazinamida)

Las pautas cortas se reservan para situaciones excepcionales ya que se asocian a mayor toxicidad y no mejoran el cumplimiento

(En las pautas cortas se aconseja Tratamiento Directamente Observado)

Controles-seguimiento TITL

	0 mes	1º mes	2º mes	3º mes	4º mes	5º mes	6º mes
Control cumplimiento, interacciones, EPS abstención alcohol, drogas	+	+	+	+	+	+	+
Efectos secundarios hepáticos, neuropatía	+	+	+	+	+	+	+
Análítica hepática	+	+					

INDICACIONES DE LA TITL

- 1 Convertores sea cual sea su edad, si no muestran contraindicaciones
- 2 Personas con lesiones fibróticas y Mantoux significativo, previa comprobación de la inactividad RX y bacteriológica durante 6-12 meses, sea cual sea la edad del paciente.
- 3 Reactores a tuberculina , VIH, Fibrosis, Silicosis, ADVP (sin límite de edad)
- 4 Reactores inmigrantes < 5 años en el país, diabetes, déficit nutricional, inmunosupresores, Neo SER o hematológica, IRC, Corticoterapia prolongada, Alcoholismo, Colectivos cerrados.
- 5 Reactores personal sanitarios , guarderías, enseñanza...
- 6 Reactores sin factores de riesgo < 16 años (inmigrantes < 35 años)

REQUISITOS TITL

Descartar TBC activa

Eliminar los que recibieron tratamiento antituberculoso completo por infección o enfermedad

Excluir existencia de contraindicación (hepatopatía, alcohol, difenilhidantoínas, neuropatía...)

Riesgo hepático mayor en > 35 años

Posibilidad de control y seguimiento

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE PERSONAS EXPUESTAS A TBC

Clase 0	No hay historia de exposición a TBC, no hay evidencia de infección. PPD – <i>Descartar efecto Booster</i>
Clase 1	Exposición a TBC, no evidencia de infección. PPD – <i>Si la exposición ha ocurrido en los últimos 3 meses requiere seguimiento</i>
Clase 2	Infección tuberculosa, sin enfermedad. PPD +. Exploraciones complementarias negativas. <i>Completar con antecedente de QPF(si se realizó), y si se concluyó</i>
Clase 3	Enfermedad TBC clínicamente activa. Síntomas clínicos y exploraciones complementarias de TBC. PPD+. RX y/o Microbiología + <i>Pertenecen los enfermos TBC hasta completar el tratamiento</i>
Clase 4	Enfermedad TBC sin actividad clínica. Historia previa de TBC o lesiones RX estables.PPD +, en los que no se aísla el bacilo y no existe clínica y/o exploraciones complementarias que sugieran enfermedad activa <i>Si no completaron el tratamiento o no se realizaron pruebas para descartar actividad serán clasificadas como sospecha de TBC hasta evaluación que la incluya en Clase 3 ó Clase 4</i>
Clase 5	Sospecha de TBC. Signos o síntomas que inducen a plantear diagnóstico de TBC, pendientes de completar el estudio. <i>No deberían permanecer más de tres meses sin confirmar o descartar el diagnóstico</i>

Tratamiento:

Pauta estándar	2 meses (INH+RFP+PZ) y 4 meses(INH+RFP) Recomend A
Resistencia inicial a INH > 5%	2 meses (INH+RFP+PZ+ETH) y 4 meses (INH+RFP)

INH: 5mg/Kg/día (máx 300). RFP:10mg/Kg/día (máx 600). PZ: 25mg/Kg/dá (máx 2000).

ETH: 20mg/Kg/día . (Estudio 1995 en Castellón evidenciaba resistencia INH 5.9%)

Existen pautas intermitentes, más cortas pero que deberían utilizarse bajo TDO (Tratamiento Directamente Observado) y no deben emplearse con tuberculostáticos de segunda línea (Capreomicina, cicloserina, etionamida, Kanamicina , amikacina, PAS...)

Controles durante tratamiento:

	15 días	1 mes	2º mes	3º mes	4º mes	5º mes	6ºmes
Amannesis (Clínica, cumplimiento, yatrogenia, EPS)	+	+	+	+	+	+	+
Analítica (hepática, renal, á. úrico)		+					+
Espuito		+	+		+		

Tratamiento Directamente Observado (TDO)

Existe un abandono de la terapia en el 20-80% de los casos

La adherencia al tratamiento antituberculoso es una de las piezas claves en el control y erradicación de la TBC, por lo que se han elaborado estrategias para cumplir éste objetivo

TDO: “ Comprobar que el paciente realmente ingiere la medicación, garantizando que se ha producido la ingesta (y/o aplicando los inyectables si fuera el caso)”. Realizado por Personal Sanitario, T. Social o familiares

PREMISAS: Esto supone:

- 1 Soporte político actividades de control
- 2 Estudio de pacientes sintomáticos que consulten
- 3 Tratamiento estándar con TDO en determinados casos
- 4 Abastecimiento adecuado de fármacos
- 5 Recogida de datos incluyendo resultados del tratamiento

“CUMPLIMIENTO”: Comportamiento coincide con prescripción

“ADHERENCIA”: Enfatiza además en participación y cooperación activa del paciente

INDICACIÓN:

Indicado cuando no se alcance cumplimiento del 90%

Incumplimiento previsible o el fracaso del tratamiento representa grave impacto en la comunidad

- Indicación : Alcohólicos
 - Toxicómanos
 - Tramseuntes / Indigentes
 - Inmigrantes no regularizados
 - Enfermos mentales
 - Ancianos en soledad
 - Presos-expresos
 - Tratamientos intermitentes o Fármacos de 2ª línea
 - Multiresistencias
 - Infancia
 - Abandonos previos
 - Desestructuración familiar

OBJETIVO: Conseguir que el paciente se tome el tratamiento diariamente involucrándolo en todo el proceso mediante información, motivación y adecuada relación empática

PROCESO: Inclusión en Programa

Aspectos a tener en cuenta:

- Sanitarios (Estado de salud, Autonomía BARTHEL..)
- Sociales (Familia, vivienda, laboral, economía, legal..)
- Psicológicos (Aceptación tratº, Creencias, Cultura..)

Entrevista: - Identificar conocimientos iniciales

- Valorar la motivación
- Iniciar relación de confianza
- Programar actividades : Recogida de Información

Informar características del TDO

- Consulta Programada: - Investigar problemas que surgen con la medicación
- Reforzar razones adherencia al Tratº
 - Promocionar empatía
 - “Premiar” la adherencia

- Ideal: Perfil de Enfermería con apoyo T. Social / Agente Socio Sanitario

- Listado de pacientes:
Anotar tomas días previstos
Sistema de localización si no acuden

PAUTAS DE SEGUIMIENTO en pacientes co TBC

- 1 Autoadministrado con control clínico mensual
- 2 Añadiendo además medidas incentivas
- 3 TSS (Tratamiento Supervisado Semanal): Medicación /semanal
- 4 TDO bisemanal
- 5 TDO diario o intermitente ambulatorio
- 6 TDO diario en unidad cerrada
- 7 TDO obligatorio
(Lobo Barrero CA, et al.)

INDICADORES

- Accesibilidad: Disposición de TDO
- Cobertura: Incluidos TDO / Indicados TDO
- Resultados (Curación, Tratº completo, muerte, fracaso terapéutico, traslado, abandonos) Objetivo: Cumplimiento 90-95 %

Prevención:

- Sobre mecanismo de transmisión: condiciones sociales, hacinamiento, EPS transmisión aérea..

Las conclusiones de la 35ª Conferencia Mundial sobre salud Respiratoria insistió que la **PROMOCION Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL** constituyen un eslabón crucial ausente en el control de la TBC

Respecto al impacto de la inmigración en el problema de la TBC de los países desarrollados, el mejor camino será “intentar integrar lo mejor posible a esta población evitando la marginalidad y pobreza, que son las condiciones ideales para el desarrollo de ésta enfermedad” (José A. Caminero Luna)

- Facilidades exámenes y controles, exploraciones..
- Tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) para evitar que evolucione a enfermedad
- Vacuna BCG: Vacuna viva, derivada de cepa bovina, administrada intradérmica en región deltoidea. Deja cicatriz.

No impide la infección pero ayuda a limitar y retrasar la multiplicación de los bacilos en el foco de infección primario y previene la diseminación linfohematógena masiva

(No se demuestra que proporcione claramente una protección útil, si bien es probable que proteja frente a la TBC miliar y meningitis TBC).

Su utilización deberá adaptarse a la situación epidemiológica de cada país (países con alta prevalencia de infección)

Valorar en quienes vayan a tener contacto con enfermos.

Control del paciente-contactos:
CONTROL DEL ENFERMO CONTAGIANTE

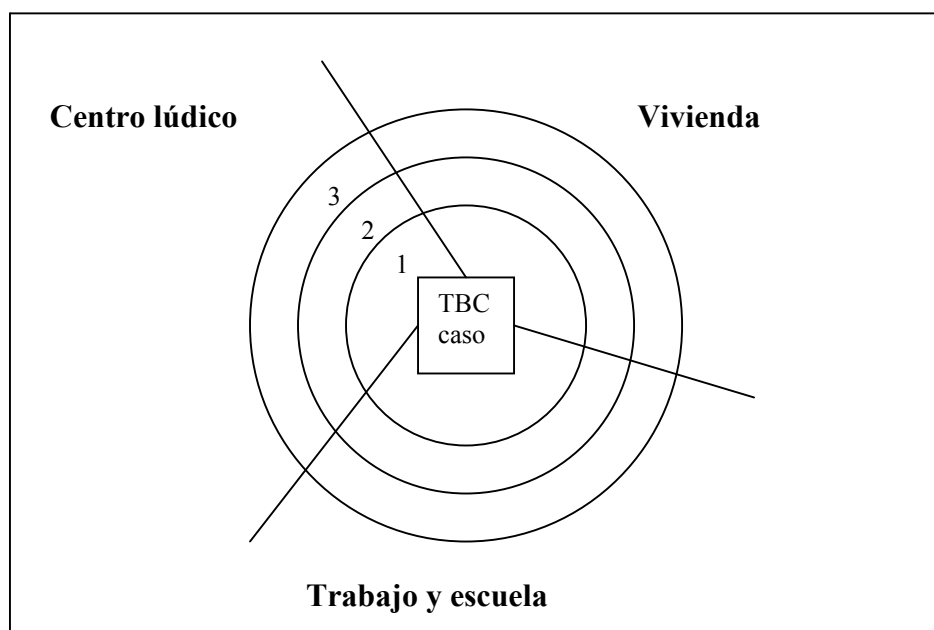
<i>Enfermo con baciloscopia positiva</i>	
1 Actuación habitual inicial: Si el tratamiento es RHZ, durante 3 semanas. En los demás tratamientos, hasta que las baciloscopias sean negativas.	Aislamiento en habitación individual soleada con puerta cerrada y ventana exterior abierta con frecuencia. Mascarillas espiratorias quirúrgicas Evitar ingresos innecesarios Inicio rápido del tratamiento correcto Educación en medidas higiénicas
2 Actuaciones más estrictas, añadir: TBC resistentes Enfermos diseminadores Pacientes con abundante BK en esputo Gabinets con técnicas de riesgo	Aislamiento en habitaciones especiales Mascarillas de alta protección (respirador personal con válvula) Tratamiento Directamente Observado (TDO)
<i>Enfermo con baciloscopia negativa</i>	
Hasta la negativización de los cultivos	Medidas higiénicas Toma regular de la medicación efectiva Reincorporación progresiva a la vida familiar, social y laboral

Como medida excepcional en casos en que la supervisión del tratamiento y el aislamiento respiratorio sólo pueda garantizarse en el medio hospitalario, se puede realizar la hospitalización terapéutica obligatoria al amparo del artículo 2 de la Ley Orgánica 3/1986 del 14 de Abril de medidas especiales en materia de <salud <pública.

ESTUDIO CONVENCIONAL DE CONTACTOS (ECC)

- Objetivos:*
- a) Descubrir casos ocultos de TBC
 - b) Diagnóstico y tratamiento de los nuevos casos de enfermedad e infección
 - c) Prevención de infección en grupos de riesgo
 - d) Prevención de enfermedad en contactos con viraje tuberculínico
 - e) Detección de microepidemias
 - f) Reconstruir la cadena de transmisión para identificar el caso índice
 - g) Cortar la cadena epidemiológica

Identificación de individuos a estudiar:



Primer círculo: contacto íntimo diario > 6 horas
 Segundo círculo; contacto frecuente, diario > 6 horas
 Tercer círculo: contacto esporádico, no diario

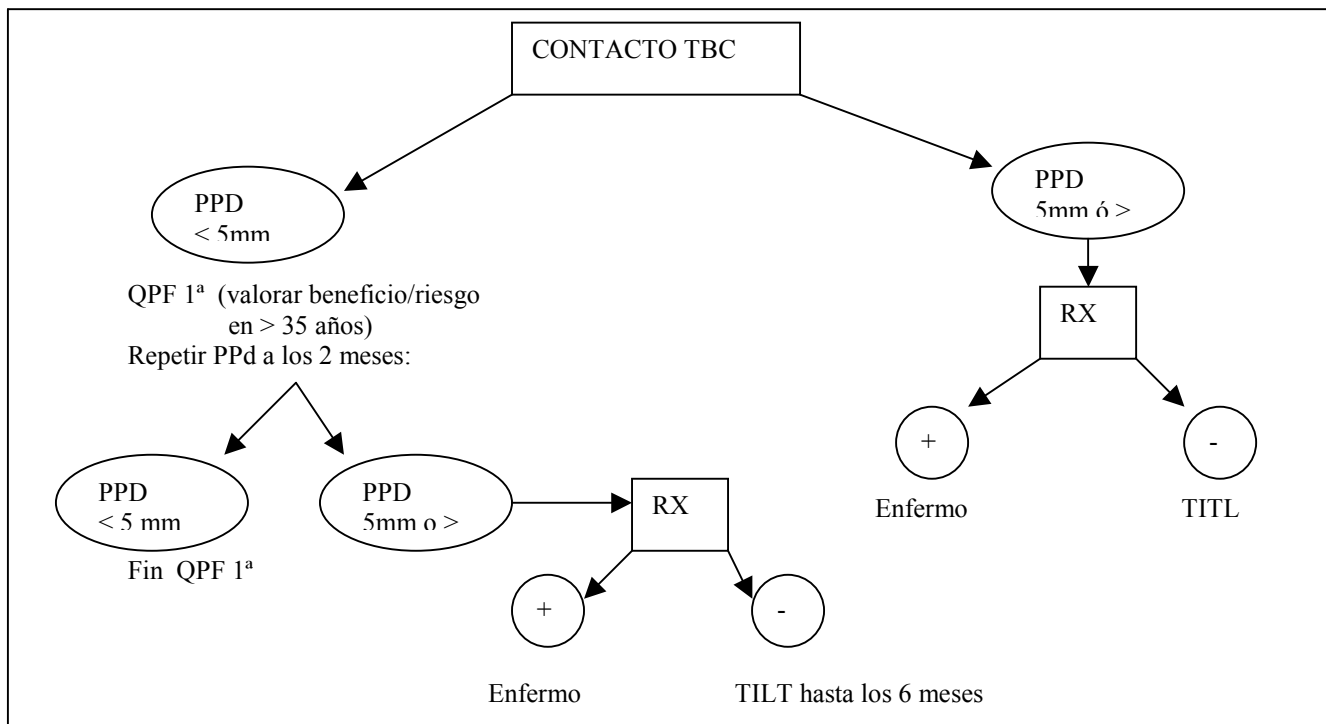
Se iniciará el estudio en el primer círculo, y si se detecta un nuevo caso bacilífero entre sus contactos debe iniciarse un nuevo estudio en círculos concéntricos.

El estudio implicará a los individuos en contacto con el caso índice durante el período sintomático o durante los 3 meses precedentes al primer esputo o cultivo positivo

1ª Fase	Características del caso índice Seleccionar los contactos	Primer día
2ª Fase	Historia de TBC e inmunosupresión Prueba Tuberculina RX Tórax	7-15 días
3ª Fase	Diagnóstico y seguimiento QPP y TITL Recuperación incumplidores	6 meses
4ª Fase	Cierre del estudio Evaluación	1-6 meses

En el ECC no es preciso investigar efecto Booster ni el antecedente vacunal, ya que las decisiones se deben basar principalmente en la reacción tuberculínica, la densidad bacteriológica del caso índice, el grado de intimidad y la situación inmunitaria de los contactos

Algoritmo decisorio Estudio de Contactos:



MICROEPIDEMIAS

(2 casos o más)

La QPF 1ª y TITL se utilizan sin límite de edad

Indicaciones de quimioprofilaxis tuberculosa

(Recomendaciones SEPAR 2002)

QPP (negativos para la tuberculina) Sin Límite de edad
Jóvenes contactos íntimos de bacilíferos Inmunodeprimidos contactos de bacilíferos Personas de cualquier edad, contactos íntimos de bacilíferos en “microepidemias”
QPS O TITL (positivos para la tuberculina)
<i>Indicaciones prioritarias (sin límite de edad)</i> Infectados por VIH Conversores tuberculínicos* Miembros de “microepidemias” de cualquier edad Silicosis Imágenes residuales fibróticas no tratadas ** Menores de 35 años contactos de enfermos bacilíferos Cualquier infectado menor de 20 años Pacientes en lista de espera de transplantes Utilización de infliximab u otros anticuerpos monoclonales anti-TNF- α
<i>Indicaciones a valorar individualmente</i> Mayores de 35 años contactos de enfermos bacilíferos Toxicomanías, incluido alcoholismo Diabéticos Neoplasias Tratamientos prolongados con corticoides o inmunosupresores Insuficiencia renal crónica. Hemodiálisis Desnutrición: Gastrectomía, síndromes de malabsorción y derivación intestinal Riesgo profesional: Docentes y guarderías, sanitarios, trabajadores con grupos de riesgo (prisiones, asilos, centros toxicómanos, etc) Riesgo social: Asilados, reclusos, albergues, psiquiátricos, etc Inmigrante de bajo nivel económico

*Personas que eran negativas para la tuberculina y han virado a positivas en menos de 2 años

**Cicatrices pulmonares de antigua TBC no tratada. Debe descartarse la actividad y los cambios evolutivos

VII

Distribución:

Mundial. Las mayores tasas de infección se concentran en países menos desarrollados (África Subsahariana y Asia)

Hasta el año 2000 se han notificado más de 1000 casos de VIH en España en inmigrantes (< 3% total de casos), lo que demostraba en su momento que la epidemia de la infección por VIH es autóctona en España y no condicionada por la inmigración

Agente:

VIH-1 (Subtipo M-B, es el predominante en Europa, subtipo M-no B en Africa), el VIH-2 identificado en inmigrantes Africanos

Transmisión:

- Vía parenteral: (sangre y derivados)
- Vía sexual: (relaciones hetero-homosexuales no protegidas con personas infectadas)
- Vía vertical: (transplacentaria)

Los mecanismos de transmisión implicados tienden a reproducir la Epidemiología del país de origen:

<i>Región</i>	<i>Principl modo de transmisión</i>
África Subsahariana	Heterosexual
Asia	Heterosexual, ADVP
América latina	Homosexual varones, ADVP, Heterosexual
Africa Norte	Heterosexual, ADVP
Europa Este	ADVP
Europa Occidental	Homosexual varones, ADVP

Diagnóstico:

Serología

El período entre la infección y la aparición de anticuerpos que se ponen de manifiesto con las pruebas específicas , es de 4- 12 semanas; en caso de sospecha de infección, hay que repetir los estudios al tercer mes

Clínica

Manifestaciones clínicas “peculiares” de los inmigrantes con VIH

Mayor frecuencia de : TBC, criptococosis, bacteriemia por Salmonella no typhi, enteritis por Isopora belli, sarcoma de Kaposi	
Síndrome de hiperinfestación po Strongyloides	
Africanos	Dermatitis papular pruriginosa Tumor de células escamosas de conjuntiva
Sudeste Asiático	Penicilosis, afectación sistémica, cutánea y pulmonar por hongo
América latina	Reactivación enfermedad de Chagas
América	Histoplasmosis

Situaciones clínicas sugestivas de infección por VIH

Adenopatías generalizadas
Candidiasis orofaríngea
Diarrea crónica persistente más de un mes
Herpes zoster recurrente
Herpes simple muco-cutáneo extenso o atípico
Sarkoma de Kaposi (nódulos rojo/violáceos en pie y/o paladar)
Neumonía de repetición (2 episodios o más en un año)
Linfopenia y/o trombopenia no filiada
Síndrome constitucional y/o fiebre prolongada sin otra causa identificada

Situaciones epidemiológicas que deben sugerir la posibilidad de infección por VIH

Consumo de drogas, fundamentalmente por vía parenteral
Relaciones sexuales no protegidas
Promiscuidad sexual
Relaciones bisexuales
Prostitución
Travestismo
ETS o en su defecto serología positiva a Sífilis y/o VHB
Transfusiones sanguíneas anteriores a 1986 (España), o cualquier fecha en países de baja renta
Procedencia de país con elevada prevalencia de VIH
Diagnóstico de TBC p y/o extrapulmonar

Características de la infección por VIH-2

Limitado geográficamente a África Occidental
Transmisión menos eficiente
Progresión más lenta, historia natural más prolongada
Manifestaciones clínicas idénticas al VIH-1
Coinfecciones frecuentes con VIH-1

Tratamiento

Terapia antiretroviral (TAR), siendo la situación clínica, la cifra de linfocitos CD4 y la carga viral plasmática los elementos básicos para establecer las decisiones terapéuticas y monitorizar la efectividad de la TAR

Infecciones oportunistas (Se manifiestan cuando los linfocitos CD4 descienden por debajo de 200/ul:

Neumocistosis: Clotrimoxazol a dosis altas 21 días

Toxoplasmosis cerebral: Sulfadiazina (4-6 g/día)+pirimetamina (50 mg/día)

TBC: Tratamiento estándar con tres fármacos

Candidiasis: Nistatina tópica o Fluconazol

Leishmaniasis: Antimoniales y últimamente Anfotericina B

Retinitis por CMV, Herpes, Linfomas, Sarcoma de Kaposi...

Medidas preventivas

EPS sobre mecanismo de transmisión

El preservativo, cuando se usa de forma consistente, tiene una efectividad del 90-95% en prevenir la transmisión del VIH, eficacia que supera a la de muchas vacunas

Consideraciones especiales

Vacunar Neumococo, VHB , VHA y Gripe

Mantoux: Se considera positivo cualquier induración

Resultado igual ó > 5 mm, se considera ALTO RIESGO de enfermedad:

TITL sin límite de edad (INH 300 mg /día durante 9 meses)

En personas infectadas por VIH que no han desarrollado inmunodeficiencia, la TBC influye fundamentalmente facilitando la replicación viral, modificando negativamente el curso de la enfermedad por VIH.

SÍFILIS

Distribución

Mundial (sobre todo en África Subsahariana y resurge con fuerza en la antigua URSS)

Agente:

Treponema pallidum (espiroqueta)

Reservorio:

Humano

Transmisión:

Contacto directo con exudados infectados (Sexual)

Trasplacentaria

Incubación.

De 10 días a 10 semanas

Período de transmisibilidad:

Variable e impreciso. Contagiosa en período primario , secundario y de latencia, pero durante el período de Sífilis tardía. La contagiosidad decrece a partir de los 2 primeros años de infectarse.. El período secundario es el más contagioso.

El riesgo de adquirir Sífilis de una persona infectada varía entre el 10 y el 60%

El tratamiento con penicilina elimina generalmente la infectividad en 24 horas.

Diagnóstico

Clinica

Sífilis primaria: Pápula en el sitio de la invasión inicial (a las tres semanas de la exposición), que se ulcera y cura en 1 mes (Chancro indoloro). Puede acompañarse de adenopatías bilaterales indoloras

Aproximadamente el 50% de los no tratados evoluciona a Sífilis Secundaria, y la otra mitad evoluciona a Sífilis Latente

Sífilis secundaria: Desde algunos meses a dos años del chancro Erupción secundaria generalizada (exantema macular no pruriginoso en tronco y extremidades, lesiones induradas palmas y plantas, condilomas planos en regiones intertriginosas), a las 4-6 semanas, acompañada de síntomas orgánicos (adenopatías, lesiones mucocutáneas, astenia, anorexia, fiebre, cefalea, adelgazamiento, anemia...

Manifestaciones secundarias desaparecen en unas semanas/meses, seguidas por estado de latencia de semanas a años

Sífilis latente: Detectada con serología en ausencia de síntomas. Si hay constancia serológica negativa en el año precedente, se denomina Sífilis Latente Precoz; el resto se denomina Sífilis Latente Tardía o de Latencia Desconocida

Si no se trata la fase latente, un tercio de pacientes progresa a Sífilis Tardía Sintomática (Terciaria)

Sífilis terciaria: Aparición de 2-4 años hasta 20 tras infección primaria

Puede presentar lesiones incapacitantes cardiovasculares, neurológicas, piel, vísceras, mucosas, huesos...

Serología (no se positivizan hasta 3 semanas del contacto)

Prueba reagínica (Ac inespecíficos, VDRL o RPR) y confirmarse con **prueba treponémica** (Ac específicos, FTA-Abs, TPHA), ya que los falsos positivos de las primeras son frecuentes por otras espiroquetas endémicas en algunos países

Los títulos de anticuerpos de las pruebas reagínicas (no treponémicas) suelen correlacionarse con la actividad de la enfermedad, siendo necesario un cambio "cuádruple" del título para demostrar diferencia sustancial entre resultados.

Tras el tratamiento las pruebas reagínicas se hacen negativas, pero las treponémicas pueden persistir años

La prueba serológica a la Sífilis es positiva a veces reflejando infección con otras Treponemosis de zonas endémicas, como el Bejel o el Pian.

El VDRL de Líquido Cefalorraquídeo ayuda al diagnóstico de enf. SNC: Indicado en caso de síntomas neurológicos, oftálmicos, fracaso terapéutico, VIH,

Identificación del Treponema en el exudado o tejido

Tratamiento

Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades (**Recomendación A**)

Dosis única en Sífilis Primaria y Latente Precoz

3 dosis (1/semana) en Sífilis Secundaria, Terciaria y Latente Tardía o de duración indeterminada. Los que presenten Neurosífilis o Sífilis Cardiovascular se tratan previamente con Peni G Sódica 12-24 millones de unidades / día, 14 días

Niños: Penicilina B benzatina 50.000u/kg

En sensibilidad a Penicilina: Doxiciclina 100mg / 12 h 14 d vo (adultos) Para Sífilis 1º ó 2ª (**Recomendación A**).

Antes de indicar tratamiento alternativo (neurosífilis o embarazo) algunos proponen desensibilización hospitalaria

En casos de sensibilidad + embarazo: Eritromicina 500mg oral 4 veces al día 28 días (**Recomendación A**)

En las 24 horas posteriores a cualquier tratamiento para la Sífilis, frecuentemente en la Sífilis precoz, puede aparecer la "reacción de Jarisch-Herxheimer", reacción febril aguda, mialgias, cefalea.... No existen medidas para prevenirla

Controles a los 3, 6 y 12 meses valorando la disminución de las titulaciones no treponémicas (cuádruple)

Prevención:

Medidas comunes a ETS (El preservativo se constituye como el mejor método para protegerse de las ETS cuando se mantienen relaciones de riesgo o que se desconoce)

PEP (Personas que Ejercen la Prostitución):

- Oferta Servicios cuidado de Salud –Mejorar bienestar personal
- Programas de acercamiento (outreach):Servicios- intervenciones en los lugares de prostitución
- Suministro de preservativos
- Educación entre “pares” (persona que ejerce o ha ejercido la prostitución)
- Mediación Cultural / Agente Comunitario de Salud
- Servicios de Salud asequibles de Diagnóstico y Tratamiento ETS (COF)
- Fortalecer la Organización de la PEP en Prevención de ETS

La proporción de mujeres inmigrantes que ejercía la prostitución en nuestro país en los años 90 era del 35%, para pasar actualmente a más del 80%. Con lo que se debería adaptar las estrategias preventivas a éste tipo de población

Control paciente/contactos:

Abstención relaciones sexuales hasta que se curen las lesiones

Investigación de contactos:

En Sífilis Primaria: contactos 3 meses antes

En Sífilis Secundaria: 6 meses antes

En Sífilis Tardía: cónyuges y los hijos de madres infectadas

En la Sífilis congénita: toda la familia

Los contactos confirmados de Sífilis, deben recibir tratamiento preventivo

PARASITOSIS INTESTINALES**Distribución:**

Endémicos de países tropicales y subtropicales, raramente ocurren en climas templados. Es frecuente la infección subclínica en adultos.

Agente:

Distribución geográfica de parásitos intestinales

Entamoeba histolytica	Mundial. Zonas de alto riesgo: Méjico, Oeste Sudamérica, Sudáfrica, Oeste África, Egipto, Sudeste Asiático, Nepal, India
Giardia Lamblia	Mundial
Isospora belli	Trópico. Sudamérica
Schistosoma mansoni	África. Sudamérica
Schistosoma Japonicum	Japón. Litoral Asiático del Pacífico
Taenia Saginata/Solium	Mundial
TrichiurisTrichura	Mundial
Enterobius Vermicularis	Mundial
Strongyloides Stercolaris	Trópico
Ascaris Lumbricoides	Mundial
Ancylostoma Duodenale	Oriente Medio.Mediterráneo
Necátor Americano	América Central y Sur . Africa Tropical

Peculiaridades:

Generalmente no se transmiten de persona a persona, aunque puede ocurrir en casos de déficit higiénico y hacinamiento.

En muchas ocasiones ocurre parasitación múltiple.

La prevalencia de parásitos en inmigrantes disminuye con el tiempo equiparándose al autóctono a los 3 años de estancia en el país.

Sólo el 11 % de inmigrantes con parásitos en heces positivo presentan sintomatología.

Strongiloides Stercolaris: Puede producir síndrome de hiperinfestación en inmunodeprimidos por lo que se **descartará su presencia en todo inmigrante que vaya a ser sometido a terapia inmunosupresora-corticoides, e incluso se tratará sistemáticamente (Tiabendazol o Albendazol) a todo paciente inmunodeprimido**

Squistosomiasis: No puede ser transmitida en los países desarrollados por falta de hospedadores intermediarios, pero la sintomatología y complicaciones pueden aparecer años después de la infestación

Tratamiento (recomendación A en Ascaridiasis)

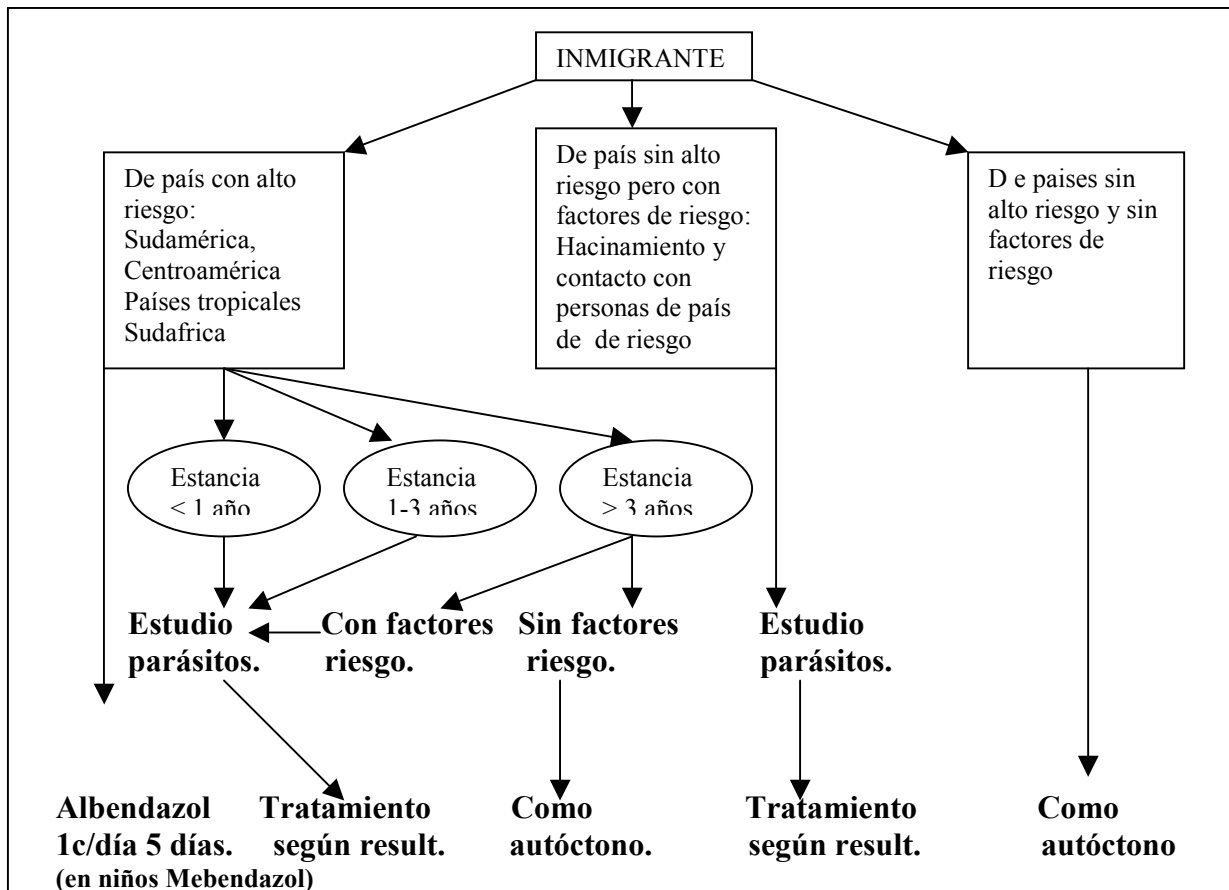
Pamoato de Pirantel 10 mg/Kg (max 1g) vo dosis única

ó Mebendazol 100mg /12 horas /3 días vo

(El Mebendazol no se puede usar en el embarazo)

PAUTA DETECCIÓN/TRATAMIENTO PARASITOS EN HECES

(Guía Básica de Atención a Inmigrantes Consejería de Salud Andalucía)



OTRAS PARASITOSIS:

Esquistosomiasis urinaria (*Schistosoma haematobium*)

Africa, y focos en Sudamérica-Centro América

Se adquiere por contacto en lagos y ríos de agua dulce (caracol huésped intermedio)

Incubación de 1-2 meses

Puede permanecer en vías urinarias durante años, a veces asintomático.

Puede ocasionar: Hematuria, calcificaciones, obstrucción uretral, hidronefrosis, infecciones genitales, infertilidad, infecciones urinarias, y se le relaciona con el cáncer de vejiga.

La hematuria en niños Egipcios debida a Esquistosomiasis vesical es tan común que se considera “normal” en el Delta del Nilo, al Norte del Cairo.

Diagnóstico : Huevos en orina

Serología

Rx, UIV, Ecog, : Calcificaciones vesicales

Tratamiento: Praziquantel (Biltricide 600)40mg/día en dos tomas un solo día (Medicación Ext)

Siguen eliminando huevos “inviabiles” varios meses

Filarias (ninguna es transmisible en España por insecto vector y hábitat)

Incubación de 9-12 meses

Filariasis cutánea (*Oncocerca volvulus*)

Hiperendémica en África Occidental y Central, focos Centro-Sudamérica y Yemen y Arabia Saudí.

La *oncocercosis* se caracteriza por nódulos cutáneos, prurito generalizado y envejecimiento de la piel. La afección ocular produce la “ceguera de los ríos”, que afecta a 18 millones de personas.

Diagnóstico: detección en sangre, biopsia cutánea,

Tratamiento hospitalario: Ivermectina 150.200 microgramos /Kg DU/6 meses y luego dosis anual durante 10 años

Filariasis hemolinfáticas (*Wuchereria bancrofti* y *Brugia Malawi*)

Distribución: Africa Subsahariana

120 millones de personas

Clínica de linfangitis, orquitis, epididimitis, que llevan curso recidivante y se acompañan de fiebre y eosinofilia. Elefantiasis. A veces asintomáticas

La vida media del parásito es de 10 años, pero puede permanecer 25-35 años

Tratamiento hospitalario. Dietilcarbamazina a dosis creciente 4-5 días , y 10 días 2mg/Kg/8 horas

Filariasis sanguínea:**Loa-Loa**(Africa Central y Oeste):

Enfermedad infecciosa crónica producida por Nematodo Loa-Loa y transmitida por mosca género *Chrysops*.

“*Edema de Calabar*”

Prurito-Rash

Fotofobia-lagrimo-edema periorbitario

Visualización de filaria en ojo

Eosinofilia

Diagnóstico: Extensión de sangre periférica (de las 11 á 13 horas), simple ó técnicas de concentración

Mansonella Perstans (Africa Tropical) y **Mansonella Ozzardi** (América Sur)

Muchas veces asintomáticas. Suelen dar eosinofilias intensas

Tratamiento hospitalario: Dietilcarbamazina

MALARIA (paludismo)**Distribución:**

Existen 300-500 millones de casos. Cada 30 minutos muere un niño por malaria

La OMS actualiza periódicamente los datos sobre la situación mundial de la enfermedad, considerando tres zonas distintas según el riesgo de transmisión y recomendaciones de QPF

Zona A: Centro América, Asia Sudoccidental, Haití, Corea

Riesgo generalmente bajo y estacional

Profilaxis con Cloroquina o ninguna si riesgo muy bajo

Zona B: Asia del Sur-Central (India, Afganistán, Pakistán..)

Riesgo generalmente bajo

Profilaxis con Cloroquina+Proguanil o ninguna si riesgo muy bajo

Zona C: Sudamérica tropical, África subsahariana y Asia Sudoriental

Riesgo alto generalmente

Profilaxis con Mefloquina

Actualmente se suele considerar: Zona resistente a Cloroquina

Zona sensible a Cloroquina

Agente:

Protozoo intracelular del género *Plasmodium* (*P. Vivax*, *P. Ovale*, *P falciparum* y *P. Malariae*)

Reservorio

Humano

Tranmisión:

- Por picadura de mosquito vector (*Anopheles hembra*), debiendo existir especificidad agente infeccioso y vector y condiciones climáticas adecuadas
- Transfusión sanguínea
- Compartir jeringas
- Madre a hijo (malaria congénita)
- Paludismo de “los aeropuertos”

En Europa el paludismo autóctono no es importante excepto en alguna zona rural de Turquía.

Incubación:

De 10-30 días (falciparum), incluso más largo según tipo (6 días –varios meses)
Recaídas de 3 –12 meses

Transmisibilidad:

La supervivencia del parásito en el ser humano puede ser de 1 a varios años

Diagnóstico:

Clínica: Crisis palúdicas (**fiebre**, escalofríos y sudoración a intervalos regulares que pueden acompañarse de náuseas , vómitos o hipotensión ortostática)

Esplenomegalia, hepatomegalia y Anemia

Paludismo “cerebral” por P. Falciparum

La infección en embarazadas puede tener consecuencias graves para el feto

Los niños pueden enfermar gravemente con mucha rapidez

Laboratorio: Evidencia del parásito en extensión sanguínea (frotis y gota gruesa)

Tratamiento:

P. vivax, P. Ovale, P. malariae y P. falciparum sensible a Cloroquina:

Cloroquina fosfato: 1g (600mg base)

500mg (300mg base) a las 6 horas, a las 24 y 48 horas

(en niños, 10mg base/kg, máx 600mg y 5mg base/kg, con la misma pauta)

Pueden tomarlo las embarazadas

En zonas de resistencia a Cloroquina se utiliza Mefloquina 250 mg, 4c día 1º, 2c día 2º
(medicación extranjera)

Deja inmunidad parcial que no dura más de 2-3 años

Prevención:

Protección contra picaduras mosquitos (Repelentes, protección,...)

QPF 1 semana antes de iniciarse el viaje, durante y 4 semanas después de haber salido de la zona palúdica

Dirigirse a Sanidad Exterior

Área sensible a Cloroquina: Cloroquina (Resochin 250 mg (150 mg de base)

Adultos 500mg una vez /semana, día fijo y detrás de la comida

(Niños: 5mg de base/KG una vez a la semana

Área resistente a Cloroquina: Mefloquina 250 mg con igual pauta (medicación extranj.)
(niños 5mg/kg)

A los inmigrantes que vuelvan a su país en condición de visita temporal, se les ha de considerar como viajeros y han de recibir las mismas consideraciones en cuanto a consejos y profilaxis que los viajeros autóctonos

Vacuna :

El español Pedro Alonso ha publicado en The Lancet el resultado del Ensayo clínico fase IIb realizado en niños de 2-4 años en Mozambique con resultados esperanzadores:

Protección del 58% en <4 años frente al falciparum (forma más grave)

Protección del 72 % en < 2 años

Control del paciente/contactos:

Control vía de transmisión sanguínea

Investigar compartimento de jeringas

Prevención de recidivas en caso P.vivax y P. Ovale con Primaquina 15mg base 15 días
(0,3mg/kg en niños)

ANEMIA POR CELULAS FALCIFORMES

(Hemoglobinopatía S)

Anemia hemolítica frecuente en África sobre todo Subsahariana

Se transmite de forma autosómica recesiva

El portador heterocigoto no suele padecer manifestaciones clínicas.

Anemia crónica con crisis agudas de dolor osteoarticular, lumbar, torácico o abdominal

Laboratorio: Anemia normocítica-normocrómica con reticulocitosis

Aumento bilirrubina indirecta y urobilinuria

Diagnóstico: Electroforesis de hemoglobina

Tratamiento: Transfusiones, analgesia, oxigenación.. en las crisis

TALASEMIAS

(Síntesis reducida de una o más cadenas de Hemoglobina)

Transmisión autosómica co-dominante

Beta talasemia menor

Es la más frecuente. África y Mediterráneo

Se manifiesta en heterocigotos

Anemia leve, microcítica, hipocroma, con Fe normal

Asintomática

Beta talasemia mayor

Se manifiesta en homocigotos

Es la forma grave transfusión dependiente

Se detecta en los primeros meses de vida con anemia intensa, déficit desarrollo, facies mongoloides y sobrecarga férrica

DÉFICIT CONGENITO DE LACTASA

Afecta a más del 80 % de los nativos australianos, americanos, África tropical y Este, y Sudeste Asiático

OTRAS ENFERMEDADES DE ALTA PREVALENCIA EN PAÍSES DE ORIGEN (no habituales en nuestro medio)

FIEBRE AMARILLA

Distribución: Endémica en Africa Central Y Sudamérica

Agente: Virus de la fiebre amarilla

Transmisión: Mosquito Aedes

Incubación: 3-6 días

Clinica:

Con frecuencia asintomática

- Fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y músculo-esquelético, náuseas y vómitos.
- Fase hemorrágica gastrointestinal, epistaxis, ictericia, insuficiencia renal y hepática (si ictericia, mortalidad del 50%)

Tratamiento:

No hay tratamiento específico. Medidas de apoyo.

Inmunidad perdurable

Prevención:

Vacunación una dosis da inmunidad al menos 10 años

DENGUE

Distribución: Países tropicales y subtropicales. (20-100 millones de afectados)

Agente: Virus

Transmisión: Mosquito *Aedes*

Incubación: 3-14 días

Dagnóstico

- Clínica: Cefalea, artralgias y mialgias, erupción máculo-papulosa, a veces asociada con hemorragias y shock sobre todo en niños y personas que ya lo han padecido
- Serología

Tratamiento La recuperación de un serotipo confiere inmunidad, pero sólo para ese serotipo

Tratamiento de apoyo

Prevención: No existe vacuna

Medidas de protección contra mosquitos

ENFERMEDAD DE CHAGAS (Tripanosomiasis americana)

Distribución : Centroamérica y Sudamérica (Brasil)

Hay de 16-18 millones de infestados. El 10-40 % tienen clínica. Hay unos 90 millones de personas expuestas

Agente : Protozoo (Trypanosima cruzi)

Transmisión

-A través de chinche de las grietas de las paredes, al frotar en herida de picadura las heces del mismo, ojos o boca.

-Congénita, sanguínea o en laboratorio

Incubación:

De 5-15 días

Diagnóstico:

Clínica :

- Suele ser una infección asintomática
- Chancro de inoculación
- Fiebre, edema de cara, infartos ganglionares
- Secuelas crónicas, cardiomiopatía, megaesófago y megacolon

Demostración parásito en sangre o biopsia

Serología

Tratamiento:

Limitado y a veces ineficaz. Benznidazole o Nifurtimox

Prevención:

Protección contra insectos

Evitar transfusiones en áreas endémicas

El Centro de Transfusiones de la Comunidad Valenciana ha incorporado en Octubre del 2004 la prueba de detección en donantes de países endémicos.

TRIPANOSOMIASIS AFRICANA(Enfermedad del sueño)

Distribución.: Endémica en Africa Subsahariana (300 mil infestados, 55 millones con riesgo)

Agente: Protozoo (Tripanosoma brucei)

Diagnóstico:

Clínica: - chancro de inoculación

- fiebre, artromialgias, cefalea, adenopatías y erupciones
- afectación SNC, patrones conducta y sueño en estadios avanzados

Demostración del parásito en chancro adenopatías o LCR

Transmisión:

-Mosca Tsé-tsé (picadura)

-Directa congénita, transfusional, sexual o por contacto directo hemático

Tratamiento:

- Suramina o Pentadina en fase hemática
- Melarsopol o difluorometilornitina si afectación SNC

Prevención:

Protección contra insectos

DERMATOLOGIA

INTRODUCCIÓN

Al llegar a nuestro país, las duras condiciones laborales de los inmigrantes, las malas condiciones de vivienda y alimentación deficiente, contribuirán a la aparición de patología infecciosa cutánea

En ocasiones serán enfermedades infecciosas importadas del país de origen o sus manifestaciones en la piel, que nos resultarán casi desconocidas. Otras veces serán enfermedades frecuentes en nuestro medio pero que tendremos dificultades diagnósticas por presentarse con características diferentes según el color de la piel

PATOLOGÍA INFECCIOSA BACTERIANA

Impétigo

Infección bacteriana primaria de la piel superficial por *Estafilococo Aureus* y/o *Streptococo Beta-Hemolítico*.

Es contagiosa

Lesión: Costras adherentes y amarillentas(melicéricas), recurrentes y que se extienden rápidamente a zonas próximas

Complicación más importante: Glomerulonefritis postestreptocócica

Diagnóstico: Clínico

Tratamiento:

- Descostrado con compresas en solución antiséptica povidona yodada al 10%
- Aplicación mupirocina o ácido fusídico en crema /8 horas. **Recomendación A**
- Evolución no favorable, lesiones extensas, adenitis o microepidemias en niños se empleará tratamiento sistémico con Cloxacilina 500 mg /6-8 horas 10 d vo, (50-100 mg /Kg/día en niños).Si alergia: Eritromicina 500 mg /6-8 horas 10 d vo, (40 mg/Kg/d en niños) **Recomendación A**

Foliculitis, forunculosis y ántrax

Reacciones inflamatorias que se desarrollan alrededor de los folículos pilosos, expresión de los tres grados de gravedad del mismo proceso la mayoría de veces producido por *Estafilococo Aureus*

Foliculitis: Pústula centrada por un pelo

Forúnculo: Nódulo inflamatorio

Ántrax: Abceso con drenaje purulento

Tratamiento:

- Lavado con agua y jabón, Clorhexidina
- Mupirocina o ácido fusídico en crema / 8 horas. **Recomendación A**
- En forúnculo y ántrax añadir Paracetamol o Ibuprofeno. **Recomendación A**
- No mejoría, lesiones resistentes, fiebre o formas extensas: Cloxacilina 7-10 días (Eritromicina si alergia) a dosis anteriores. **Recomendación A**

Erisipela

Infección de la dermis y porción superior de TCS, con participación del tejido linfático generalmente por *Streptococo Beta-hemolítico A*

Clínica:

- fiebre, cefalea, malestar general
- placa eritemato-edematosa con bordes elevados, caliente y dolorosa, con aspecto de piel de naranja. Cursa con linfangitis y adenopatías
- Complicaciones: Nefritis y septicemia

Tratamiento:

- Inmovilización y elevar la zona afecta
 - Compresas húmedas con sulfato de zinc o cobre al 1/1000
 - Fenoximetilpenicilina 250-500 mg/6 h 10-14 d vo (Eritromicina si alergia).
- Recidivas: Penicilina Benzatina 1,2 mill/4 semanas im. **Recomendación A**

Celulitis

Inflamación aguda, subaguda o crónica del TCS generalmente por *Streptococo y Estafilococo*

Clínica:

- Enrojecimiento, dolor, calor y edema de la zona
- a veces con fiebre y mal estado general linfangitis y adenopatías
- Complicaciones: Supuración, necrosis hemorrágica y gangrena

Tratamiento:

- Inmovilización y elevar zona afectada
- Compresas húmedas con sulfato de cobre o zinc al 1/1000
- En ocasiones precisa drenaje o desbridamiento
- Cloxacilina (alternativo. Amoxi-clavulánico) 8-10 días (Eritromicina si alergia)

Recomendación A

Manifestaciones dérmicas Sífilis

Sífilis primaria: Chancro sífilítico (mácula que se convierte en pápula y úlcera redondeada con bordes duros e indolora) Incubación 9-90 días

Sífilis Secundaria (entre 2-10 semanas después del chancro):

- “roseola sífilítica” (máculas y pápulas 0.5-1cm, generalizadas)
- puede simular cualquier tipo de lesión: sífilides papulosas, anulares, vasculitis, condilomas planos...

Sífilis Terciaria (excepcional):

- Gomas
- Úlceras tórpidas entre otro tipo de lesiones
- Manifestaciones viscerales

Diagnóstico.

- Clínica
- Laboratorio:

Serología (no se positivizan hasta 3 semanas del contacto)

Prueba reagínica (VDRL o RPR) y confirmarse con prueba treponémica (FTA-Abs,TPHA), ya que los falsos positivos de las primeras son frecuentes por otras espiroquetas endémicas en algunos países

Tras el tratamiento las pruebas reagínicas se hacen negativas, pero las treponémicas pueden persistir años

Identificación del Treponema en el exudado o tejido

Tratamiento:

Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades (**Recomendación A**)

Dosis única en Sífilis Primaria y Latente Precoz

3 dosis (1/semana) en Sífilis Secundaria, Terciaria y Latente Tardía o de duración indeterminada.

Niños: Penicilina B benzatina 50.000u/kg

En sensibilidad a Penicilina: Doxiciclina 100mg / 12 h 14 d vo (adultos) Para Sífilis 1° ó 2ª (**Recomendación A**).

Antes de indicar tratamiento alternativo algunos proponen desensibilización hospitalaria

En casos de sensibilidad + embarazo: Eritromicina 500mg oral 4 veces al día 28 días

(**Recomendación A**)

Controles a los 3, 6 y 12 meses valorando la disminución de las titulaciones no treponémicas

Chancro blando (Chancroide)

Enfermedad infecto-contagiosa de transmisión sexual producida por *Haemophilus Ducreyi*

Incubación 4-7 días (hasta 30)

Clínica: No da lugar a infección sistémica

- Pápula inflamatoria rodeada de halo eritematoso
- Pústula a los 2-3 días
- Úlcera dolorosa, circunscrita, no indurada, de bordes sucios e irregulares recubierta de exudado necrótico y gris amarillento
- Adenopatía inguinal, rápidamente fluctuante (bubón), se abre y fistuliza.

Diagnóstico:

- Caracteres de la lesión
- Cultivo

Tratamiento: Ceftriaxona 250 mg DU im o Azitromicina 1g DU vo (12-15 mg/Kg niños) **Recomendación A**

Gonococia

Enfermedad infecciosa de transmisión sexual producida por *Neisseria Gonorrhoeaea*

Incubación de 2-5 días

Clínica

- En el varón (uretritis con secreción amarillo-verdosa)
- En la mujer (cervicitis frecuentemente asintomáticas, uretritis, bartolinitis y EPI)

Diagnóstico:

Cultivo de la secreción

Tratamiento:

(Ceftriaxona 125 im DU, o Cefixima 400 mg DU vo, o Ciprofloxacino 500mg vo DU) + (Azitromicina 1g vo DU, o Doxiciclina 100mg/12 h/ vo 7 días). “Asociación frecuente con Chl. Tracomatis”. En caso de prueba o sospecha de T. Vaginalis, el tratamiento debe incluir Metroimidazol (2g p.o. en dosis única)

Tuberculosis/ Manifestaciones dérmicas

La TBC cutánea es una infección de la piel y mucosas causada por *Mycobacterium Tuberculosis*. El bacilo alcanza la piel por vía hematógena a partir de foco pulmonar / digestivo, por diseminación linfática (adenitis tuberculosa) o por conductos naturales TBC periorificial /perineal.

Escrofulodermia: Fistulización de adenitis TBC (cuello, supraclavicular)

Lupus vulgar: Pápulas/nódulos pequeños, amarillentos, confluyen en placa ulcerada a veces

Abcesos tuberculosos: Nódulo subcutáneo que evolucionan a abceso y se abren

Lepra

Infección por *Mycobacterium Leprae*, que afecta a piel, mucosas, sistema nerviosos y ojos.

Incubación 1-2 años. Enfermedad crónica con gran pleomorfismo. La mayoría de personas expuestas no desarrollan enfermedad.

Transmisión: contacto directo, fómites y nasorrespiratoria (secreciones)

El riesgo de transmisión a partir de un caso importado, parece mínimo.

Clínica:

- *Lepra indeterminada*: Suele ser la forma más temprana de lesión caracterizada por mácula hipopigmentada en pieles oscuras (ligeramente enrojecida en pieles claras), sin alteraciones del vello, sensibilidad, ni sudoración. Evoluciona a la curación o progresión a forma de lepra.
- *Lepra Tuberculoide*: Lesiones bien definidas con ausencia de vello, alteraciones de la sensibilidad y sudoración de la zona. (Paucibacilar)
- *Lepra Intermedia*: Dimorfa-tuberculoide, Dimorfa pura, Dimorfa –lepromatosa.
- *Lepra Lepromatosa*: Infiltra toda la piel produciendo graves deformaciones, pérdida vello (cejas), lesiones nerviosas, afectación tracto respiratorio, orquitis, vasculitis obstructiva, úlceras.... (Multibacilar)

Actitud en Primaria:

Ante paciente procedente de Latino América, Filipinas, Africa negra o India, que presente lesiones cutáneas anestésicas, **se debe remitir a Dermatología** con sospecha diagnóstico.

Diagnóstico:

- Clínico
- Frotis de piel
- biopsia cutánea
- serología

Tratamiento (OMS):

- *Lepra Paucibacilar*: Rifampicina 600mg una vez al mes+Dapsona 100 mg /día, 6 meses
- *Lepra Multibacilar*: Rifampicina 600 mg una vez al mes+Dapsona 100 mg /día, dos años.

No se interrumpe hasta que los frotis cutáneos son negativos para BAAR

PARASITOSIS

Filariasis, Oncocercosis, Loasis

Las microfilarias suelen detectarse en las sangre del paciente a los 8-12 meses tras la infección y la vida media del helminto adulto es de 8-10 años

Muchas veces asintomáticos

Oncocercosis:

- Nódulos (oncocercomas)
- Prurito, lesiones por liquenificación y rascado, discromía y atrofia cutánea
- Queratitis, corioretinitis y neuritis óptica que conducen a la ceguera

Filariasis hemolinfáticas: Elefantiasis

Diagnóstico (remitir a Microbiología):

- Filarias en sangre o piel
- Biopsia cutánea

Tratamiento por Servicio de Enfermedades Infecciosas: (Dietilcarbamazina a dosis crecientes)

Escabiosis

Infestación de la piel por el *ácaro Sarcoptes Scabiei*

Transmisión por contacto directo y prolongado

Clínica:

- Vesículas y surcos con una diminuta pápula o vesícula al final donde se encuentra el ácaro (espacios interdigitales, genitales, mamas, palmo-plantares)
- Prurito generalizado que respeta cara y cuello.
- Lesiones de rascado

Diagnóstico:

- Clínico
- Muestra por raspado para microscopio, si duda

Tratamiento:

- Lavar ropa a > 50° y secarla al aire
- Antihistamínicos orales. Dexclorfeniramina 2-6 mg /8-12 h (1-2 mg/8-12 h en niños) **Recomendación A**
- Permetrina en crema al 5% DU (12 h) (aplicable en niños y embarazadas). Repetir a la semana
Lindane al 1% DU en piel lavada y seca (neurotóxico, irritante, no utilizar en < 2 años, embarazadas y ancianos)
Recomendación A
- Tratar a convivientes

Pediculosis

Infestación de la piel por piojos (*pediculus capitis, corporis y pubis*)

Transmisión por contacto directo entre personas hacinadas, que comparten ropa y artículos personales. Sexual (*P. Pubis*)

Clínica:

- Prurito y lesiones blanquecinas en tallo de pelos (larvas), sobre todo retroauricular y occipital.
- Lesiones de rascado

Diagnóstico: Clínico

Tratamiento:

- Higiene personal, eliminar liendres con agua y ácido acético 5% cubriendo con toalla 15 minutos y peine especial
- Lavar ropa > 50 °, aspirar colchones....
- Antihistamínicos orales si prurito intenso
- Permetrina 1-1.5 % loción, gel, champú DU 10 minutos.
Lindane al 1 % DU 10 minutos (no utilizar en > 2 años, embarazadas y ancianos)

Recomendación A

(si recurrencias aplicación semanal)

- Tratar a convivientes

Leishmaniasis

Enfermedad parasitaria endémica en Asia Central, India, Países Mediterráneo, Oeste Africa, América Central y Sudamérica . Existen unos 14 millones de casos y 367 millones de expuestos

Transmisión por vector: *Flebotomus* (mosquito hembra de la arena) de basuras y madrigueras, en el Viejo Mundo y *Lutzomya* (*Pychodopygus*) en el Nuevo Mundo
Reservorio. Perro y roedores

Clínica:

Leishmaniasis cutánea (botón de oriente)

Incubación entre unas semanas y unos meses

- Pápula 3-4mm roja pruriginosa y no dolorosa en el lugar de la picadura
- Lesión húmeda: borde elevado, interior granuloso con exudado
- Lesión seca: más pequeña, cubierta por costra

Se agranda, curando por el centro, cicatriz atrófica

Suele dejar inmunidad permanente

Leishmaniasis mucosa (espundia, en América Latina)

- Lesiones en boca, nariz, faringe o laringe
- Produce deformidades e incluso la muerte por aspiración

Leishmaniasis visceral (Kalaazar "fiebre negra")

- Tras 10 días de la picadura, o incluso retrasarse años años: Fiebre alta, astenia-anorexia, distensión-molestia abdominal
- Fase avanzada: Se añade malnutrición, edema periférico, petequias, equimosis y sangrado gingival, hepato-esplenomegalia, afectación ganglionar neutropenia anemia normo-normo e hipergammaglobulinemia

Diagnóstico:

- Clínica
- Diagnóstico directo :
L. Cutánea: Raspado, frotis o biopsia de la lesión
L. Visceral: biopsia bazo o médula ósea
- Serología: (reacción cruzada con E. Chagas, Tripanosomiasis Africana, Paludismo , TB, Lepra y Esquistosomiasis) Poco importante en la cutánea
- Intradermorreacción de Montenegro (negativa si enfermedad visceral avanzada)

Tratamiento:

L. visceral

Antimonio pentavalente: 20 mg /Kg /día im o iv 28 días

L. cutánea (cura de forma espontánea dejando cicatriz)

Antimonio pentavalente (glucantine) 1-2 ml intralesional semanal 3-4 semanas (sin cicatriz). Tratar en fase de úlcera, ya ha dejado inmunidad)

PATOLOGÍA INFECCIOSA VIRICA

VIRUS HERPES	
Tipo 1	Herpes Simple Tipo I (facial, oral)
Tipo 2	Herpes Simple Tipo II (nalgas, genitales)
Tipo 3	Herpes Varicela-Zoster
Tipo 4	Citomegalovirus
Tipo 5	Virus Epstein-Barr
Tipo 6	Roseola infantil, exantema súbito
Tipo 7	Pitiriasis rosada
Tipo 8	Sarcoma de Kaposi

Virus Herpes Simple

Clínica: Eritema, vesícula, costra

Diagnóstico. En caso de duda, test de Tzanck (raspado de base vesícula y visualizar en microscopio con Giemsa)

Tratamiento:

Herpes simple tipo I:

- De elección: Soluciones secantes (sulfato de cobre o de zinc al 1/1000)
- Primoinfección muco-cutánea: Aciclovir 200 mg vo 5 veces al día , 10 días

Recomendación A

- Sobreinfección: A. Fusídico o Mupirocina Tópico /8 horas **Recomendación A**
- Profilaxis recidivas (>6/año) Aciclovir 400 mg /12 horas 4-6 meses vo

Recomendación A

Herpes simple II (genital)

- Baños suero salino / Soluciones antisépticas
- Aciclovir 200mg 5 veces al día vo ,7- 10 días o 400 mg /8 horas vo 7-10 días .

Recomendación A

- Recurrencia: Aciclovir 200 mg vo 5 veces al día 5 días o 400mg /8 horas 5 días

Recomendación A

- Profilaxis recidivas (>6/año) Aviclovir 400mg /12h vo 4-6 m

Recomendación A

Pitiriasis rosada de Gibert

Enfermedad inflamatoria aguda de probable origen vírico caracterizada por lesiones eritematosas y descamativas, de distribución simétrica en tronco (“árbol de Navidad”, cuello, y raíz de miembros. Precede una primera placa de 2-5 cm (placa heraldo) , 1-2 semanas y febrícula.

En la piel negra el color de la lesión es marrón , grisáceo o rojizo

Tratamiento:

- Informar de proceso benigno, no contagioso, de resolución espontánea 2-4 semanas.
- Jabones ácidos para el lavado y crema hidratante
- Antihistamínicos vo, Betametasona 0,1 % tópica **Recomendación C**

Molluscum contagiosum

Infección vírica por *Poxvirus*

Pápulas umbilicadas que tienden a desaparecer espontáneamente

Transmisión por contacto físico directo (niños)/ perigenital (sexual)

Tratamiento:

- curetaje con cucharilla
- crioterapia, electrocoagulación

Condilomas acuminados

Verruga blanda de aspecto carnoso (coliflor) producida por *Virus Papiloma Humano*, en zona genital.

Transmisión sexual

Regresión espontánea en 6 meses 1/3 de los casos. Recidivas elevadas. Potencial cáncer de cerviz.

Tratamiento:

- Sol. de Podofilino 10-20% , 1 aplicación de 15-60 minutos con lavado posterior /d, 8-10 días. **Recomendación A**

Sarcoma de Kaposi

Tumoración a partir de células endoteliales, relacionado con Herpes Virus tipo VIII

Clásico: lesiones nodulares en miembros inferiores de curso crónico. (2ª neoplasia en 1/3 de los casos)

Endémico Africano

- Benigna nodular
- Agresiva localizada
- Diseminada florida
- Linfadenopática

Epidémico (en VIH): Lesiones cutáneas diseminadas y viscerales rápidamente

- Máculas eritematosas, después violáceas y se sobreelevan formando pápulas o placas con descamación superficial

Actuación en Primaria:

Remitir a Dermatología ante la mínima sospecha para diagnóstico, estadiaje y tratamiento

Exantema por VIH

Erupción máculo-papular, sonrosado, generalizado y asintomático que coincide con la infección primaria (como monucleosis infecciosa)

PATOLOGÍA INFECCIOSA FUNGICA SUPERFICIALES.

Las micosis superficiales pueden estar producidas por tres tipos de hongos:

- levaduras
- mohos
- dermatofitos

TIÑAS

Las tiñas son infecciones fúngicas cutáneas producidas por Dermatofitos

Tiña del cuero cabelludo

Infección del cuero cabelludo por *Microsporum* y *Trichophyton*

Tiña capitis tonsurante:

- Areas eritematosas de alopecia, con descamación y ausencia de signos inflamatorios. Muy contagiosa. (en ocasiones una mínima descamación gris)
- Cura sin dejar alopecia residual

Tiña capitis inflamatoria (Querion de Celso)

- Pústulas foliculares confluentes con salida de pús amarillento. Prurito, dolor y adenopatías
- Poco contagiosa
- Deja cicatriz alopécica

Tiña fávica (países del Este)

- Pústulas foliculares que evolucionan a costras amarillentas cóncavas centradas por un pelo
- Cura con alopecia cicatrizal

Tiña de la barba y cara

- Lesiones eritematosas, descamativas, circinadas en la cara
- También puede aparecer simulando una foliculitis
- Conglomerado de pústulas foliculares en la barba

Tiña ungueal: Onicomycosis

Infección de la lámina ungueal por *Trichophyton* y *Epidermophyton*

Se manifiesta por: onicolisis, hiperqueratosis subungueal, cambio coloración y distrofia ungueal

Tiña de los pies

Producida por *Epidermophyton* y *Trichophyton*

Intertriginosa: Descamación, vesículas y fisuras interdigitales

Dishidrosiforme: Placas congestivas con vesículas

Hiperqueratósica: Descamación blanco grisácea sobre base eritematosa (en mocasín)

Tiña inguinal. Eccema marginado

Placa eritematosa con descamación en zonas inguinales

Tiña corporal (herpes circinado)

Una o más lesiones anulares, eritematosas, descamativas de borde más activo y sobreelevado, ligeramente pruriginosas

Tiña inflamatoria (Granuloma tricofítico de Majochi)

Forma profunda de tiña corporal en la que se produce infección de los folículos pilosos, y forma granuloma, dejando cicatriz

DIAGNOSTICO

- Clínica
- Cultivo

TRATAMIENTO

Tiña de la cabeza y de la barba

- Limpieza, descostrado y depilación de los pelos afectados, champú de sulfato de selenio, si inflamación: sulfato de cobre o cinc al 1/1000 o permanganato potásico al 1/10.000
- Terbinafina (Lamisil) 250 mg/día, 12 semanas vo, o Griseofulvina (Greosín) 12mg/Kg/día (10mg/Kg en niños) vo, 12 semanas. **Recomendación A**
Si no mejoría: Itraconazol (Sporanox) 100-200 mg/día , vo, 12 semanas.
Recomendación A

Tiña corporis , cruris, mano y pie

- Clotrimazol (Canestén) al 1% crema, loción, polvo /12 horas 4 semanas, o Miconazol al 1-2 % (Fungisdín) crema, loción, aerosol tópico/12 horas , 4-6 semanas. **Recomendación A**
- En lesiones extensas (2-3) o sin respuesta a tratamiento: Terbinafina 250mg /día vo 3-4 semanas .**Recomendación A**

Onicomycosis

- Tratamiento tópico si sólo están afectadas 1 ó 2 uñas, la matriz se encuentra libre de infección o en ancianos. Antes de aplicarlo limar la uña
- Amorolfina tópica al 5% (Odenil) 1-2 aplica/semana, 6 meses (manos) 12 meses (pies) o Terbinafina 250 mg /día vo 6 semanas (manos)12 semanas (pies).
Recomendación A
Niños: Griseofulvina 10 mg/Kg/día (máx 1g día) vo, 3-6 m. **Recomendación A**
- Si no mejoría: Itraconazol 200mg /día vo, 12 semanas (manos) 24 semanas (pies) **Recomendación A**

PARTICULARIDADES EN LA PIEL NEGRA

Las lesiones bronceadas o rojas en los caucásicos pueden aparecer en tono gris, púrpuro o negro en individuos de piel más oscura. (*cambio cromático*)

La *hiperpigmentación* se observa en muchas situaciones post-inflamatorias y reacciones de fotosensibilidad

Cabello helicoidal o espiral con lo que es más seco y quebradizo, *foliculo curvado* (mayor frecuencia de pseudofoliculitis de la barba y acné queiloideo de la nuca)

Líneas de Fitcher o de Voigt: Líneas pigmentarias bilaterales en brazos y piernas.

Hipopigmentación de la línea media (banda lineal sobre esternón) en un 40%

Hiperpigmentación gingival. Leucoedema en un 90% (placas blancas mucosa bucal no descamativas)

Estrias lineales ungueales hiperpigmentadas en un 50 % (cualquier pigmentación ungueal irregular o lesión que cambia de estructura es susceptible de biopsia)

Hiperpigmentación palmo plantar (máculas marrones “polimorfos”, a diferencia de las lesiones sifilíticas que tienden a ser “monomorfos”)

Mancha mongólica en un 40-90%

Posibilidad de *queloides* 2-19 veces superior.

Cualquier enfermedad inflamatoria puede dejar Hipo/Hiperpigmentación

Acné queiloideo de la nuca

Enfermedad inflamatoria crónica que afecta nuca y región occipital

Se produce al penetrar en la dermis el pelo curvado

Clínica: Foliculitis, pelos enclavados y queloides

Tratamiento:

- Evitar afeitado y extracción mecánica de los pelos enclavados
- Antibióticos tópicos para el componente folicular
- Cirugía, Criocirugía. Láser, corticoides intralesionales... pueden mejorar el componente queiloideo

Pseudofoliculitis de la barba

Reacción a cuerpo extraño de los pelos enclavados

Pápula dura con restos de pelo, lesiones secundarias pústulas, queloides, hiperpigmentación, infecciones...

Tratamiento:

- Dejarse barba
- Cuchilla o maquinilla especiales (1mm o >)
- Depilatorios
- Cirugía
- Antibióticos, si precisara

Acné pomada

Comedones en la zona donde se ha aplicado aceite para el pelo

Dermatosis papulosa nigra.

Afecta 35-75% de personas con piel negra

Pápulas marrón oscuro 1-5mm en región malar sobre todo. (como queratosis seborreica)

Tratamiento: Extirpación con tijeras

Celulitis disecante del cuero cabelludo

Enfermedad supurativa crónica producida por oclusión folicular y reacción granulomatosa contra la queratina

Clínica:

- Nódulos dolorosos , abscesos y tractos fistulosos, supurativos.
- Alopecia cicatrizal y queloides
- Asociación con acné conglobata e hidradenitis supurativa (triada de oclusión folicular)

Diagnóstico: Cultivo micológico (diferenciar del querion asociado con la tiña)

Tratamiento:

- Corticoides ,zinc y á. retinoico tienen efecto beneficiosos sobre queratinización folicular.
- Cirugía, radioterapia
- Antibióticos tópicos y orales

Enfermedad de Fox-Fordyce (miliaria apocrina)

Enfermedad crónica y pruriginosa causada por obstrucción del ducto apocrino

Clínica: pápulas foliculares marrones, en axilas (a veces areolas y anogenitales)

Tratamiento:

- Suele mejorar en el embarazo y con anticonceptivos orales.
- Se ha intentado corticoides intralesional, electrocoagulación, cirugía, solución clindamicina, tretinoína en crema.....

Hipomelanosis gutata idiopática (leucodermia lenticular diseminada)

Pequeñas máculas blancas en cara anterior de piernas (el vitíligo es periorificial)

Queloides

Crecimientos proliferativos del colágeno dérmico , como respuesta a un traumatismo (abrasiones, cirugía, quemaduras, picaduras, acné, infección, pendientes....)

Tratamiento:

- Corticoides intralesional, Tretinoína, bandas compresivas
- Nitrógeno líquido
- Apósitos de silicona (diario hasta 9 meses)
- Cirugía y radioterapia
- Corticoides oclusivos en queloides precoces

Liquen Nítidus

Pápulas puntiformes, brillantes 1-2mm en pecho, abdomen, brazos o genitales

Suele desaparecer espontáneamente

Tratamiento:

- Corticoides tópicos
- PUVA (psoralenos+ultravioleta A)
- Astemizol

Nevus de Ota (Melanocitosis oculodérmica)

Placa benigna gris-azulada que afecta piel del V par craneal congénita, infancia o pubertad.

Se aprecia pigmentación difusa azulada, grisácea en párpados, conjuntiva, mejillas, frente y orejas

Tratamiento: Revisión oftalmológica (melanoma conjuntival, glaucoma)
Láser

Hiper/Hipopigmentación postinflamatoria

Hiperpigmentación postinflamatoria (Acné, dermatitis atópica, de contacto, pitiriasis rosada, sífilis secundaria, liquen plano, sarcoidosis y micosis fungoide)

Hipopigmentación postinflamatoria: (Dermatitis atópica, de contacto, seborreica, pitiriasis alba, lupus eritematoso discoide, sarcoidosis, esclerodermia, sífilis secundaria, micosis fungoide)

Tratamiento:

- La hipopigmentación suele repigmentarse . Puede acelerarlo el 8-metoxipsoraleno al 0,1% seguido de dosis bajas de UVA (PUVA)
- El tretinoíno 0,1% crema, el á. azelaico y la hidroquinona pueden ayudar el tratamiento de la Hiperpigmentación

MEDICINA DE VIAJES

INTRODUCCIÓN

En los últimos año se ha producido un espectacular aumento de los desplazamientos internacionales y viajes a países exóticos o tropicales, lo que unido al fenómeno migratorio con clara tendencia en aumento nos obligará a plantearnos situaciones decisorias de prevención , diagnóstico y terapéutica poco usuales hasta ahora, como recomienda la OMS .

España es el 2º país receptor del mundo con > 50 millones de llegadas al año de turistas. De 12 á 13 millones de españoles viajan al extranjero cada año (el 9 % a áreas tropicales, 500 mil a América Central –Sur y Caribe, 300 mil a Africa, 30 mil Africa Subsahariana,, 160 mil a Asia-Pacífico).

Ningún punto de la Tierra dista de otro más de 36 horas (duración inferior al período de incubación de la mayoría de enfermedades)

Las causas de muerte es conocido que se producen en un 45 % por Enf CVS, 15% por Traumas y 2 % por Infecciones, pero en expatriados en el extranjero las tasa son mayores en Traumas e Infecciones y menor en Enf CVS.

Estudios en Unidades de Medicina del Viajero Occidentales indican que las afecciones se producen en un 45 % por Diarrea, Traumas en un 15 % e Infecciones en un 2%.

Antes de viajar al exterior, buscar asesoramiento con al menos seis semanas de antelación, e informar a su médico cualquier síntoma al volver.

(Viajes Internacionales y Salud, situación a 1 Enero 2004. Subdirección General de Sanidad Exterior. (www.msc.es))

OMS publicación en Internet “International Travel and Health” /Checklist for the Traveller (www.who-int)

Center Disease of Control –Atlanta (www.cdc.gov)

Aconsejar de forma personalizada

Consideraciones especiales en las recomendaciones
Edad del viajero
Historial de vacunaciones previas
Historial médico <ul style="list-style-type: none">- alergias- medicación actual- historia de hepatitis
Embarazo
Tipo de actividades en el viaje
Tipo de viaje <ul style="list-style-type: none">- tipo de alojamiento- formas de transporte

Indicadores de riesgo según desplazamiento
Viajes de duración > 30 días Actividades de asistencia sanitaria, catástrofes, veterinarios, zonas de epidemia Residencia en zona rural o aislada Zonas socialmente inestables Presencia de paludismo (antiguas zona B y C de la OMS)

Indicadores de riesgo según viajero
Edad < 15 años > 65 Enfermedades de base Inmunodeprimidos o imposibilidad de vacunación Niños < 5 años y embarazadas constituyen grupo de muy alto riesgo

NOCIONES DE MEDICINA GEOGRAFICA

Enfermedad *emergente*: Infección desconocida hasta el momento y que ha provocado grandes problemas de salud local, e incluso global.

Enfermedad *reemergente*: Infección ya conocida que se había convertido en rara y que vuelve a aumentar su incidencia para convertirse en problema de salud pública

Consultar los Mapas de la OMS de distribución de principales enfermedades infecciosas ya que pueden variar según distribución temporal y epidémica.

Riesgos más importantes y frecuentes según área geográfica:

Europa Septentrional

- Encefalitis transmitidas por garrapatas. Paludismo en Armenia, Azerbaiyán, Georgia y Turkuremistan
- Enf. Lyme
- VHA. Pequeños focos de tifus en Siberia
- Difteria. VHB. Rabia en zonas rurales del Norte

Europa meridional:

- Leishmaniasis cutánea y visceral
- Brucellosis, Hepatitis A, Salmonellosis
- Hepatitis B (Albania, Bulgaria y Rumanía)

Pacífico Occidental (Melanesia y Polinesia)

- Paludismo, filariasis, Dengue
- Tifoidea, helmintiasis. VHA
- Hepatitis B, Tuberculosis

Australia y Nueva Zelanda

- Poliartrosis transmitida por mosquitos, brotes ocasionales de Dengue
- Celentéreos

América del Norte

- Fiebre Montañas rocosas, Lyme

Centroamérica

- Paludismo, Leishmaniasis, Dengue. Filarias. Chagas
- Disentería bacilar, amebiana, tifus, Hepatitis A. Colera. Esquistosomiasis
- Rabia. VHB

Caribe

- Dengue, Paludismo en Haití y regiones República Dominicana, filariasis
- Disentería amebiana y bacilar, Hepatitis A, Tifoidea
- Hepatitis C, Esquistosomiasis. Rabia
- Serpientes

Sudamérica tropical

- Paludismo, Tripanosomiasis americana (Chagas), leishmaniasis, fiebre amarilla, dengue, filariasis...Peste
- Amebiasis, Hepatitis A, Brucelosis, Esquistosomiasis. Colera
- Hepatitis B y C y D, Tuberculosis, Rabia

Sudamérica templada

- Enf Chagas
- Hepatitis A, Salmonellosis
- Carbunco

Asia del Sur Central (India)

- Paludismo, filariasis, leishmaniasis, rickettsiosis, dengue, encefalitis japonesa. Peste
- Disentería amebiana y bacilar, tifoidea, helmintiasis, hepatitis A y E, giardiasis, brucelosis, hidatidosis, Colera, Esquistosomiasis
- Hepatitis B y C, VIH, polio en Afganistán, Pakistán e India, brotes meningitis meningocócica en India y Nepal, TBC, Rabia

Asia Sudoccidental

- Paludismo en zonas rurales de Arabia Saudí y Emiratos Arabes, Leishmaniasis, Oncocercosis
- Fiebre tifo-paratifoidea, Hepatitis A, Brucelosis, Colera
- Hepatitis B, Enf Meningocócica (pergrinación a la Meca)

Asia Oriental

- Paludismo, leishmaniasis, dengue, encefalitis japonesa, Filarias, Peste
- Diarreas, Hepatitis A, Colera, Esquistosoma
- Hepatitis B y C, TBC, SARS en Pekín y regiones de China, Vietnam y Taiwán
Rabia

Africa del Norte

- paludismo en algunas zonas, leishmaniasis, fiebre recurrente
- Disentería, Hepatitis A y E, Tifo-paratif, helmintiasis, brucelosis, giardiasis
- Hepatitis C y TBC, Esquistosomiasis (Egipto)

Africa Austral

- Tripanosomiasis en Botswana y Namibia
- Amebiasis, tifoidea, esquistosomiasis, VHA
- Hepatitis B y C, TBC

Africa Subsahariana

- Paludismo (excepto Reunión y Seychelles), fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, Tripanosomiasis africana, rickettsiosis, filariasis...
- Helmintiasis, tifoidea-paratifoidea, disentería bacilar y amebiana, Hepatitis A y E, hidatidosis...Esquistosomiasis, Colera
- Hepatitis B y C, VIH, Meningitis meningocócica (cinturón de meningitis), TBC
Rabia

PATOLOGÍA DEL VIAJERO

“Mareo Del viajero”

Mareo cinético : producido por el movimiento

(Estudio Sociológico del Mareo en España. Grupo Uriach Junio 2004):

Lo padecen un 14% de españoles

Factores que influyen en su presentación

- el movimiento del transporte (92%)
- mala ventilación del habitáculo (60%)
- dolor de cabeza (36 %)
- sensación de enclaustramiento (36%)
- estrés, ansiedad (30 %)
- cansancio físico (29%)
- somnolencia (21%)
- alteraciones tensionales (14%)
- enfermedades otológicas (7%)

Sintomatología

- palidez, mal color de cara
- vómitos
- sudor frío
- debilidad, pérdida del equilibrio
- pérdida apetito

Una vez establecido es muy difícil actuar, por lo que su abordaje se apoya en la prevención (consejos sanitarios generales)

Jet-lag (Discronismo circadiano)

Consecuencia de vuelos rápidos a través de varias zonas horarias

Produce: fatiga, pérdida de concentración e insomnio de inicio, dolor de cabeza y trastornos gastrintestinales

Tratamiento: - Melatonina 5 mg 3-4 días

- Benzodiazepinas

Trombosis Venosa Profunda (Síndrome Clase Turista)

Se presenta en personas que permanezcan sentadas varias horas.

Riesgo en personas de edad avanzada, obesos, embarazadas, trombosis previas, fumadores, toma de anticonceptivos

Prevención (consejos sanitarios generales)

Diarrea del viajero

Concepto : Tres o más deposiciones líquidas o pastosas por día

Suele durar 3-4 días

Es el problema de salud más frecuente en viajeros internacionales (20-80 % según estudios).

Se adquiere por ingestión de agua contaminada o alimentos

Zonas de muy alto riesgo: Magreb y Próximo Oriente

Microorganismos implicados por orden de frecuencia: Escheriquia Coli, Shigella, Campylobacter Jejuni, Giardia Lamblia , Entamoeba Histolytica y Rotavirus.

Situaciones predisponentes y agravantes: Inmunodeficiencia, gastrectomía, Antiácidos, Diabetes, Enf, Inflammatoria Intestinal y edades extremas

Tratamiento:

- Hidratación y dieta astringente
- Loperamida (contraindicado si diarrea grave, disentería o productos patológicos en heces) **Recomendación A**
- Metoclopramida (si náuseas y vómitos) **Recomendación A**
- Antibiótico si grave peligro para la salud (Ciprofloxacino 250 mg /12 horas hasta coprocultivo)**Recomendación A**. Cotrimoxazol en niños. **Recomend. C**

Quimioprofilaxis: En discusión (quinolonas). Indicado en enfermedades crónicas

CONSEJOS SANITARIOS GENERALES

Mareo del viajero (cinético)

Consejos para evitar el mareo

- hacer comida ligera y no beber alcohol (hidratos de carbono, carne, queso, y fruta). No viajar en ayunas (hipoglucemia)
- ropa ligera y cómoda
- dormir bien antes de iniciar el viaje
- colocarse delante en los coches, en medio en los barcos y a la altura de las alas en los aviones
- mirar adelante y no realizar actividades que fijen la vista. En los barcos apartar la vista de las olas y objetos móviles
- evitar humo, olores y poca ventilación
- sentarse semirreclinado y cabeza inmóvil, en los lugares de menos movimiento
- descansar cada dos horas (centro del barco, alas del avión)
- participar en actividades amenas
- realizar inspiraciones profundas para aliviar la sensación de náuseas
- medicación preventiva Biodramina (dura 4-6 horas)

Jet-lag

- Reducir al mínimo las horas de Jet-lag
- Aliviar los síntomas en cuanto aparecen
- Procurar adaptar el ritmo del cuerpo a los nuevos horarios
- Dormir dos o tres noches enteras antes de emprender viaje
- Intentar dormir en las horas nocturnas locales
- Siesta de > 1 hora mientras se adaptan
- Reducir el consumo de alcohol

Exposición solar

Riesgos: quemaduras, queratitis, insolación, deshidratación, golpe de calor, fotosensibilidad

Recomendaciones:

- Evitar exposición al mediodía
- Usar protección con ropa adecuada. Gafas de protección ultravioleta
- Cremas con Factor de Protección : (según fototipos humanos)
 - VI Piel negra FP 2-6
 - V Árabe- Amerindio-Hispano FP 8-12
 - IV Mediterráneo FP 8-15
 - III Europeo FP 15-25
 - II Rubios, ojos azules FP 35-45
 - I Albinos-Pelirrojos, pecas FP 65-90
- Ingesta de líquidos y sal adecuada
- Informar si alguna de sus medicaciones le puede provocar fotosensibilidad

Consumo de líquidos

- Consumir agua o bebida embotelladas
- Evitar cubitos de hielo con agua poco segura
- Potabilización del agua: El mejor método es hervirla durante 1 minuto (3 minutos por encima de los 2.000 metros)
Alternativas: 3 gotas de Lejía 12 % / litro agua
10 gotas de Tintura de Yodo /litro
1 pastilla de Cloro / litro
Filtro + Desinfectante (resina yodada)

Alimentos

- Evitar alimentos crudos o cocinados con varias horas de antelación y los expuestos al aire libre o vendidos en lugares callejeros.
- Evitar fruta pelada o con piel no íntegra
- Evitar helados de origen poco seguro
- Pedir consejo sobre consumo de pescados y marisco en países con riesgo de biotoxinas (pueden persistir a pesar de haber sido cocinadas).
- Hervir la leche no pasteurizada y evitar productos lácteos de origen poco seguro

Baños

- No bañarse ni lavarse en agua dulce de lugares endémicos de esquistosoma (excepto piscinas cloradas)
- Informarse de los animales acuáticos de la zona

Picaduras y mordeduras

Artrópodos-insectos:

- Barreras físicas: (mosquiteras con poro 1,2-1,5 mm con solución de Permetrina al 13,3 %)
- Insecticidas
- Repelentes: DEET(NN-dietil-3metil-benzamina al 30-35 %)
Picaridina (Bayrepel) “Aután-Activo” al 10 %, 20%

Impregnar ropa con Permetrina al 0.5 % aerosol ó 13,3 % solución

Animales:

- Evitar contacto con animales domésticos, salvajes y cautivos en zonas de rabia

Serpientes ,arácnidos y escorpiones:

- Asesorarse sobre existencia de especies venenosas de la zona
- Utilizar calzado cerrado
- Examinar ropa y calzado antes de ponérselo
- En caso de mordedura: Trasladar al enfermo al Hospital, tranquilizarle (no hay veneno que produzca la muerte inmediata y el fallecimiento antes de 5 horas es excepcional) , dar Paracetamol (no AAS), limpiar herida (no succionar ni aplicar torniquete o incisión), inmovilizar con vendaje toda la extremidad.

Síndrome de la “clase turista” (trombosis venosa profunda)

- Levantarse del asiento periódicamente o mover las piernas cada hora
- No dormir con piernas cruzadas
- Beber líquidos
- No ingerir inductores del sueño
- Media elástica en pacientes con problemas venoso

Prevención ETS

- Evitar conductas sexuales de riesgo
- Usar preservativo
- No compartir jeringas, agujas, cuchillas afeitar, cepillos dientes, tatuajes...
- Agresiones sexuales : Ceftriaxona 250 mg im DU+Doxiciclina 100mg/12 horas 7 días v.o. **Recomendación A.**(Tomar cultivos y serología)

Alergia (Azitromicina 1g+Metronidazol 2g DU v.o.) **Recomendación A**

Embarazo (Ceftriaxona 250mg im+Azitromicina 1g+Metronidazol 2g DU v.o.) **R.A**

Alternativo: norfloxacino 800mg v.o. DU+ Eitromicina 500mg/6h 7 días v.o.

Calzado

- No caminar nunca descalzo, ni siquiera en la playa, y evitar el contacto con el suelo y el barro

Botiquín

Material básico	Medicamentos básicos
Repelentes de insectos	Analgésicos (Paracetamol)
Material de cura	Sale de rehidratación oral
Jeringas y agujas desechables	Antidiarreicos
Termómetro	Antihistamínicos
Crema de protección solar	Quimioprofilaxis antipalúdica
Preservativos	Antibiótico de amplio espectro
Desinfectantes del agua	

Situaciones especiales

Viajar a gran altitud ,> 2.500m (La Paz 3.640m, Quito 2760, México 2.235m)

Prevención del mal agudo de altura:

- Dar tiempo suficiente para la aclimatación (300m/día)
- Si no es posible: Acetazolamida 250 mg /12 horas desde el día antes.
(si contraindicación, se puede utilizar Dexametasona)

VACUNACIONES

Las vacunas no tienen un efecto inmediato y precisan de tiempo variable para que el sistema inmunitario desarrolle los niveles protectores adecuados.

Una aceptable inmunización antes del viaje exige vacunar como mínimo un mes antes de la salida

La recomendación debe ser individual, valorando:

- Riesgos a que va a ser sometido dependiendo del destino
- Historia previa de vacunaciones. Calendario Vacunal actualizado.
- Reacciones y alergias a administraciones anteriores
- Estado de salud actual

Ponerse al día en el calendario de vacunaciones

Vacunas de interés para el viajero (OMS)

<i>Vacunas obligatorias</i>	<i>Vacunas rutinarias</i>	<i>Vacunas según destino</i>
Fiebre amarilla Meningitis	DTP/Td Hepatitis B Sarampión	Fiebre amarilla Hepatitis A Gripe Rabia Fiebre tifoidea Meningitis Poliomielitis Encefalitis japonesa Encefalitis por garrapata Tuberculosis

Contraindicaciones de las vacunas (OMS)

<i>Vacuna</i>	<i>Contraindicaciones</i>
Todas	Reacción grave (anafilaxia) Enfermedad grave en curso
Vivas atenuadas: - Fiebre amarilla - Triple vírica - BCG	Embarazo Inmunosupresión (por medicación o enfermedad)
Gripe Fiebre amarilla	Alergia grave a ovoalbúmina

PD: La Triple Vírica y Varicela se pueden administrar en VIH si CD4 > 200 , y Fiebre amarilla si CD4 > 500

Vacuna Fiebre amarilla

Indicación: Africa Subsahariana y América Tropical. Información actualizada países que exigen certificado y de recomendación :

OMS: (www.who.int), CDC: (www.cdc.gov)

Virus vivos atenuados

Dosis única por vía subcutánea. Respuesta protectora a los 10 días del 100% y persiste más de 30 años

No debe administrarse en niños antes de los 9 meses

Contraindicada en inmunodeprimidos VIH /no VIH

Contraindicada en el embarazo, si el riesgo es muy elevado podría vacunarse a partir del 6º mes de gestación.

Sólo autorizados para su administración centros acreditados por Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es).

Revacunación cada 10 años según Reglamento Sanitario Internacional

Meningitis Meningocócica

Cinturón de meningitis: Africa Subsahariana, de Senegal a Etiopía. (Sobre todo estación seca, de Diciembre a Junio) Serotipo A,C,W-135 y Y

No hay vacuna del sergrupo B

La OMS publica cada año la vacuna adecuada para la peregrinación a La Meca

Dosis única. Protección 3-4 años

Poliomielitis

La OMS espera su erradicación en el 2005

Actualmente es endémica en : Afganistán, Pakistán, India, Egipto, Níger y Nigeria.

Se recomienda dosis de recuerdo si la vacunación fue de hace más de 10 años en los viajes de riesgo

Polio oral contraindicada en embarazo

Hepatitis A

Zonas con malas condiciones higiénico sanitarias

En los países pobres más del 98% de adultos de 30 años tienen anticuerpos protectores. (90% niños 5 años africanos son seropositivos). Inmunidad permanente.

Ofertar vacunación a menores de 35 años susceptibles en zonas de riesgo

Dosis única. Protección 6-12 meses. Dosis posterior protección 10 años

Protección a las 4 semanas, si se administra < de dos semanas antes, se puede administrar simultáneamente gammaglobulina.

(Havrix, combinada A y B: Twinrix, combinada con fiebre tifoidea: Hepatrix)

Gripe

Se recomienda especialmente en viajes colectivos y cruceros, niños y enfermos crónicos de riesgo.

Vacunar antes del inicio de la temporada de la gripe según zona de destino y con la composición que se ajuste al lugar.

Rabia

Distribución mundial excepto Gran Bretaña y Japón

Virus inactivados

Indicada en zonas endémicas con riesgo de exposición alto

Dosis 0, 7, y 21 día vía IM (no en el glúteo), induce respuesta inmunógena del 100% durante 24 meses.

Dosis de recuerdo cada 2-3 años si persiste el riesgo

Profilaxis postexposición:

- lavado con agua y jabón
- alcohol o yodo al 70%
- Considerar medidas antibacterianas y antitetánicas
- Vacuna (régimen estándar de **Essen**): 0,3,7,14 y 28 días , hasta 12 meses postexposición
- Inmunoglobulina Humana Antirrábica (según protocolo local)
- En vacunados dosis de vacuna de recuerdo días 0 y 3

Fiebre tifoidea

Incubación 1-3 semanas

Zonas con deficientes condiciones higiénico sanitarias

Vacuna oral atenuada (se inactiva con toma simultánea de antibióticos y antipalúdicos desde 24 horas antes a 7 días después). Conservar en nevera.

Tres dosis: 0, 2, 4 día, preferiblemente a partir de los 6 años. Contraindicada en inmunodeprimidos VIH/noVIH y embarazo, (existe una vacuna inactivada IM o Sbc a dosis única, utilizable a partir de los 2 años de edad y valorar riesgo/beneficio en embarazo) Eficacia no demostrada en menores de 2 años

Si persiste el riesgo, revacunar a los 3 años

Tuberculosis

- Vacuna BCG: Vacuna viva, derivada de cepa bovina, administrada intradérmica en región deltoidea. Deja cicatriz.
No impide la infección pero ayuda a limitar y retrasar la multiplicación de los bacilos en el foco de infección primario y previene la diseminación linfohematógena masiva

(No se demuestra que proporcione claramente una protección útil, si bien es probable que proteja frente a la TBC miliar y meningitis TBC).

Su utilización deberá adaptarse a la situación epidemiológica de cada país (países con alta prevalencia de infección)

Valorar en quienes vayan a tener contacto con enfermos

Generalmente la vacuna BCG no está indicada en el viajero a excepción de condiciones especiales (contacto con enfermos TBC...)

Contraindicada en inmunodeprimidos VIH/noVIH y embarazo

Es aconsejable una prueba de tuberculina antes y después de un viaje con alto riesgo o estancia prolongada en país de alta endemia.

Encefalitis japonesa

Infección grave por arborvirus transmitida por mosquitos

Endémica en Sudeste Asiático y Subcontinente Indio

Vacuna inactivada. Tres dosis: 0, 1, 3 semana. Si exposición continúa, recuerdo cada 3 años.

Recomendada en viajeros > 1 mes en áreas rurales endémicas

Enfermedad de Lyme

Producida por espiroquetas (*borrelia*) y transmitida por picadura de garrapata

Regiones boscosas de Norteamérica

Indicada en viajero de área endémica que realice actividades de acampada.

Tres dosis: 0, 1 y 12 meses

Encefalitis transmitida por garrapatas

Infección vírica de Centroeuropa y Europa Este en primavera –verano

Indicada en viajero a zona endémica y zonas de acampada

Dos dosis, 1 y 3 mes, confieren 12 meses de protección. Dosis de recuerdo si persisten condiciones

Colera

Incidencia elevada en Sudamérica, África y Asia

Incubación: pocos días

Vacunas orales:

- CVD 103 HgR (atenuada). 1 dosis bebida. Inicia protección a los 8 días y dura 6 meses. Eficacia 62-100%
- WC-rBS: Subunidad –B (atenuada): 2 dosis bebidas separadas 2-6 semanas. Inicia protección a los 7 días y dura 1 año. Eficacia del 85 %

Indicado en situaciones de catástrofe o trabajadores humanitarios durante un brote

PREVENCIÓN DEL PALUDISMO

Mueren un 2% de viajeros por Malaria

Producido por un protozoo, *Plasmodium* (*vivax*, *ovale*, *malariae* y *falciparum*), que infecta los hematíes y se transmite de persona a persona por la picadura del mosquito *Anopheles*

Importancia por:

- Amplia distribución en países de clima tropical y templado, sobre todo: África Subsahariana, Oceanía, Haití y subcontinente indio
- Gravedad en personas no inmunes (*falciparum*): viajeros, niños menores de 5 años de áreas endémicas y mujeres embarazadas
- Resistencia en determinadas áreas geográficas a la mayoría de fármacos
- No existe vacuna eficaz pero el riesgo puede reducirse mediante utilización de medidas preventivas eficaces.

Medidas de protección contra el mosquito

Extremar medidas entre el anochecer y el alba (hábitos alimentarios del mosquito)

- Reducir áreas de piel expuestas con ropa de colores claros
- Aplicar repelentes de insectos en piel y ropa (Bayrepel) (Permetrina)
- Pulverizar con insecticida en aerosol las habitaciones
- Proteger con antimosquiteras con por de 1,2-1,5 mm impregnadas con permetrina
- Si se tiene aire acondicionado se pueden obviar las medidas anteriores

Quimioprofilaxis del paludismo

Dirigida a prevenir la muerte y enfermedad grave, no impide la infección.

Dependerá de.

- La zona donde se viaje
- Condiciones del viajero: Niño, embarazo, tratamientos crónicos, enfermedad de base

La OMS y CDC actualmente dividen las pautas profilácticas en:

- Zonas con *P.falciparum* resistente a Cloroquina
- Zonas con *P.Falciparum* sensible a Cloroquina

Cercionarse pues antes de pautar, listado actualizado de países y resistencias según la OMS

Empezar una semana antes y continuar cuatro semanas después de salir de la zona palúdica

Zonas sensible a Cloroquina: Cloroquina (Resochin 250, equivale a 150mg de base)
2 comprimidos /semana

Niños 5mg de base/Kg/semana

(Contraindicada en psoriasis, ulcus activo y epilepsia)

Zonas resistentes a Cloroquina: Mefloquina 250 mg /semanal(medicación extranjera)

Niños 5 mg/Kg/seman

(Contraindicada en <15 Kg, embarazo, psiquiátricos y epilepsia ,arritmias y beta bloqueantes)

Alternativas: Doxiciclina 100 mg (Vibracina) /día (contraindicada en embarazo y < 8 a)

Autotratamiento de emergencia (si asistencia médica inviable)

- viajeros en áreas de malaria que no requieren quimioprofilaxis
- viajeros con exposición a área de malaria breve
- quimioprofilaxis insuficiente o nula

SITUACIONES ESPECIALES

Los viajeros afectados de enfermedades crónicas deberían tener en cuenta una serie de principios:

- Realizar una buena planificación del viaje y revisión médica previa
- Llevar identificación visible, con los datos personales y enfermedad que padece
- Llevar documento en idioma internacional en el que conste enfermedades, tratamiento (nombre genérico) y posibles complicaciones
- Transportar medicación necesaria con informe que lo justifique
- Notificar si precisa dieta especial

Diabetes

(insulinodependientes)

- Llevar zumos, galletas, fruta y tabletas de glucosa o caramelos
- En el avión inyectarse cuando el alimento ya está en el pasillo
- Ajustar la insulina dependiendo de los usos horarios
- Prevenir y tratar con énfasis la diarrea del viajero

Tromboembolismo previo

- Medidas de prevención (ver medidas generales)
- Tomar AAS, si no hay contraindicación antes de iniciar un vuelo

Cardiovascular

- Arritmias o angor inestable posponer viaje hasta estabilización 3 meses
- Infarto, no viajar en avión hasta pasados 1-3 meses según gravedad
- Marcapasos, indicarlo al tener que pasar por detector de metales, llevando nota informativa de las características del mismo y EKG reciente
- ACV <3 semanas contraindica avión
- Insuficiencia cardíaca, hipertensión y arritmias sin controlar contraindican los viajes en avión

Enfermedad Pulmonar Crónica

- Avión contraindicado si: broncoespasmo, cianosis, hipertensión pulmonar y disnea de reposo o medianos esfuerzos, bullas o quistes, o embolia pulmonar reciente, neumotórax en 10 días, necesidad de oxígeno para la vida diaria, infecciones respiratorias activas, cirugía torácica en 3 semanas.
- Advertir al personal del avión antes de iniciar el vuelo (pulsimetría <92 % indicación de oxigenoterapia)
- Si utiliza oxigenoterapia domiciliaria avisar a la compañía y aumentar 1.5-2 veces el flujo de Oxígeno

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui J. Depresión y Ansiedad en el Inmigrante.. Edit MAYO SA 2003
- Achotegui J. Trastornos depresivos en inmigrantes: Influencia de los factores culturales. Jano suplemento: Temas candentes 2001
- Albert MA et Al. PC- Reactive Protein Levels among women of various ethnic groups living in the United States (from the Women's Health Study J. Am j. Cardiol.2004 93: 1.238-1242)
- Allet Gómez M.N. et al. Tabaquismo y TBC otro dúo maldito. Prevención del tabaquismo Vol 6 N° 3 Julio-Sept 2004: 113-124
- Alonso A. , H. Huerga, J. Morera. Guía de Atención al Inmigrante.SMMFyC Madrid 2003
- Alonso Moreno F.J. Prevalencia de Infección Tuberculosa en personas inmigrantes del Area de Salud de Toledo. Rev Esp de Salud Pública 2004, 78: 593-600
- Altet Gómez , Neus. Historia de la vacuna BCG. VIII Taller Internacional sobre TBC. UITB-2004 Enf Emergentes Vol 6 Núm 4 Oct-Dic 2004. NEXUS Médica
- Andrew J. Pollard y David Murdoch. Medicina de Viajes. J & C Ediciones Médicas S.L. 2001
- Aparicio, Pilar y col. Atención Sanitaria al paciente inmigrante y con enfermedades importadas. Control Calidad SEIMC. (www.seimc.org)
- Arruabarrena Sánchez et col. Diagnóstico por imagen de la TBC pulmonar. Formación Médica Continuada en A. P. VOL10. Núm 9 :611-622
- Barbero González A et Al. Seguimiento desde la farmacia comunitaria de la vacunación y quimioprofilaxis de los viajeros internacionales. Estudio VINTAF. Atención Primaria Vol. 32 Núm.5: 276-281
- Bastenetxea Oiarzábal J. Programa de Garantía de Calidad de las Historias Clínicas. SEMERGEN 2001:27: 227-40
- Bayer-Fezer Conference. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement (http://www.degam.de/es_2/acad-med2.pdf)
- Berlin EA, Fowkes WC, Jr. A teaching framework for cross-cultural health care Application in family practice, in cross-cultural Medicine. WestJ Med 1983, 12: 139, 93-98
- Bokan JM, Neher JO. A developmental model of ethnosensitivity in family practice training. Fam Med 1991; 23: 212-17
- Bordujo Martínez J., Olmos Carrasco O. Patología Dermatológica en el Inmigrante para el Médico de Atención Primaria. ISBN: 84-607-8827-X.DL: M-41218-2003
- Borrell I Carrió F. Manual de Entrevista Clínica.Barcelona: DOYMA; 1989
- Borrell I Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. SemFYC 2004.
- CAAPS III. Curs Autoformatiu en L'atenció Primaria de Salut. Inmigración en L'atenció Primaria. scmfic
- Calendrio Vacunal del Adulto 2004 CAVA. Grupo de Vacunas SVMFYC(www.svmfyc.org)
- Caminero Luna, José A. Tratamiento de la Infección Tuberculosa en Inmigrantes. Posición en contra. VIII Taller Internacional sobre Tuberculosis.UITB-2004. Enf. Emergentes Vol 6 Núm 4 Oct-Dic 2004 NEXUS Médica
- Campinha Bacote, J.; A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education; Thorofare; May 1999

- Campinha Bacote, J., A Culturally Competent Model of Care Transcultural. CARE Associates(<http://www.Transculturalcare.net>)
- Carrillo Casas Esther et al. Cribaje de Microfilarias sanguíneas (LOA-LOA) en la población inmigrante de zonas endémicas. Rev Esp. De Salud pública 2004, 78: 623-630
- Clavel Parrilla A. et Al. Información Sanitaria para viajeros. Lab-Manarini Barcelona.
- Coll Pere. La Epidemiología molecular de las Enfermedades Infecciosas.. VIII Taller Internacional sobre TBC, UITB-2004. Emergentes Vol 6. Núm 4. Oct-Dic 2004 NEXUS Médica
- Congreso XV SVMFyC Peñíscola 22-5-2003 “Mesa redonda: Salud e inmigración. Retos y Oportunidades para Atención Primaria” (Vázquez Villegas, Olga Herreros; J. Edison Ospina, Joseba Achotegui, Xavier Allué)
- Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Direcció General de Salut. Información referida frente al Meningococo en la Comunidad Valenciana.
- Coyle Connolly, D-O. y Oseph Bikowski, MD. Atlas Dermatológico de la piel negra. J&C Ediciones Médicas S.L.
- Díaz J. Estudio parasitismo intestinal en inmigrantes de la Comarca de la Safor. Med. Clínica 2002. Vol 119. Nº 01 p. 36
- Documento de Consenso sobre el Estudio de contactos. Grupo de estudio de Contactos de la UITB. Med Clín (Barc) 1999; 112: 151-156
- Documento de Consenso sobre la prevención y control de la TBC en España. UITB/SEPAR/GESIDA/SEIMC. Med Clínica (Br) 1999; 113: 710-715
- Documento de consenso sobre TDO. UITB. Med Clín. (Barc) 2000; 115: 749-757
- Documento semFyc. La atención al inmigrante: Del aluvión a la solución razonable (<http://www.semfyc.es>)
- Evidencia Clínica (Edición 2002) BMJ. Centro Cochrane Iberoamericano. Legis
- Farias Huanqui P. Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante. i. Jarpio Editores. Madrid 2003
- Fernández Velásquez, J. Enfermedades crónicas y viajes. JANO 2-8 Julio 2004: 82-85
- Gailly Antoine “El acceso de los inmigrantes a la sanidad en Bélgica. Observaciones y buenas prácticas”, Informe para el proyecto “Sanidad para todos 2000”.
- Gallo Vallejo F. J. y Col: “Manual del residente MFyC” (SeMFyC)
- García Campayo J.. Salud mental en inmigrantes: El nuevo desafío. Medicina Clínica(Barc)2002;118(5):187-191
- García de Viedma, Darío et al. TBC en inmigrantes: ¿Es importada?. VIII Taller Internacional sobre TBC. UITB-2004. Enf. Emergentes VOL 6 Núm 4 Oct-Dic 2004 NEXUS Médica
- García Jiménez Jesús Javier. Adherencia al Tratamiento en el Medio Penitenciario. VIII Taller Internacional sobre TBC. UITB-2004. Enf. Emergentes Vol 6 Núm 4 Oct-Dic 2004. NEXUS Médica
- Grupo Comunicación y Salud. Declaración de Zaragoza.(<http://grupocys.eresmas.com>)
- Grupo de Consenso de Atención Primaria (SEMERGEN, CESM, SEMFyC). Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de A. P. (<http://www.semfyc.es/nueva/noticias/inmigrantescompleto.htm>)
- Guerrero Espejo A. Población Inmigrante y Enfs Infecciosas. Rev Esp. Salud Pública 2004, 78: 565-570
- Guerrero Hernández, C. Consejos sanitarios Generales. JANO 2-8 Julio 2004 : 52-61
- Guía de actuación: Vacunas e Inmigrantes. Grupo de Vacunas SVMFyC (www.svmfyc.org)

- Guías de Actuación Clínica. Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Consellería de Sanidad 2003.
- Guía Básica de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud Andalucía 2003.
- Guía Terapéutica Antimicrobiana SANFORD. Versión Española Edición 2003
- Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. semFYC 2003
- Guía de Vacunaciones para Inmigrantes. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat 2003
- Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes. El Médico. Formación Acreditada On-line Octubre 2003-Octubre 2004 (<http://www.elmedicointeractivo.com>)
- Lacalle M. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. Atención Primaria 2000. Vol. 25 N° 9 p. 78-86
- Lalvani, Ajit. Diagnosing Tuberculosis Infection in the 21 st Century. VIII Taller Internacional de TBC. UITB-2004. Enf. Emergentes Vol 6 Núm 4 Oct-Dic 2004. NEXUS Médica
- Llorens Morales, M.J.. Prevención del paludismo. JANO 2-8 Julio 2004: 68-74
- López Albuin J.M. El Médico de Familia ante el abordaje socio-sanitario del inmigrante . FMC 2002; 9 (7): 492-7
- López Albuin M. /J. Ramón García Cepeda: Manual de atención al Inmigrante y Enfermedades Foráneas. SEMERGEN 2002
- López Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Edit. PBM, SL 2002
- López Vélez R. Viajes al Trópico y prevención de las Enfermedades. Mayo 2003. MARCO GRAFICO S.L.
- López Vélez R. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tuberculosa Latente como estrategia para el control de la TBC en inmigrantes. VIII Taller Internacional de TBC. UITB 204. Enf. Emergentes Vol 6 Núm 4 Oct-Dic 2004 NEXUS Médica
- Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud Andalucía. 2003
- Manual de Hepatitis Virales. ORTHO Clinical Diagnostic. Tablas de diagnóstico serológico de Hepatitis
- Marticano López, José Luis .Manual de Medicina Transcultural. SEMERGEN
- Medical Letter. On Drugs and Therapeutics. August 2004. www.medicalletter.org
- Merino Amador P. Medicina Tropical. Viajeros e Inmigrantes. Ergon 2003. (Madrid)
- Morató Agustí, M.L. Vacunaciones recomendadas. JANO 2-8 Julio 2004: 62-66
- Moreno R. Y col. Resistencia de Mycobacterium Tbc en la provincia de Casrellón. Archivos de Bronconeumología VOL 32 NUM 3, 1996: 118-121
- Navarro Alonso JÁ. Actualización del calendario vacunal del inmigrante. 1er Congreso de la AEV
- OMS (<http://www.who.int/vaccines>)
- OMS. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Organización Panamericana de la Salud/OMS
- Oriol Romaní. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. FMC 2002; 9 (7): 498-504
- Otharón E. La Medicina y los Viajes.. 2003 Ediciones MAYO (Barcelona)
- Pachón del Amo J. Calendario de Vacunación Infantil y Recomendaciones de Vacunación en Adultos. Información Terapéutica SNS- Vol 28 N° 4 2004: 81-88
- Pareja Bezares A. , Toran Mateos, M. Protocolos 2003. Formación Médica Continuada. semFYC

- Patología de Importación. Jano. Educación Médica Continuada en Atención Primaria Vol. LXIV Nº 1.463 Febrero 2003 Nº 6
- Pollard A.J, Murdoch D. Medicina de Viajes.. Edición Española. Primera Edición 2001. J & C Ediciones Médicas S. L. (Barcelona)
- Pfizer Laboratorios. Desktop Atención Primaria 2003. Anamnesis para Inmigrantes.
- Pulido, Federico. ¿La TBC acelera el curso de infección por VIH?. VIII Taller Internacional sobre TBC. UITB 2004. Enfer. Emergentes Vol6 Núm 4 Oct-Dic 2004.NEXUS Médica
- Quaderns de la Bona Praxi Nº 10. Els Inmigrants i la seva salut. Octubre 2003. Consell de Collegis de Metges de Catalunya.
- Ramos J:M. Y col Tuberculosis en Inmigrantes: diferencias clinicoepidemiológicas con la población autóctona (1999-2002). Enf. Infecciosas. Microbiología Clínica 2004; 22(6): 315-318
- Recomendaciones para la atención al inmigrante en la consulta. semFYC. (<http://www.semfyces>)
- Recomendaciones semFYC Hepatitis C.(semFYC). EdiDe. Barcelona 2003
- Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre prevención de TBC. Volumen 38-Nº 09 p. 441-451.Septiembre 2002.Archivos de Bronconeumología-
- Redondo Sánchez j. Y col. Manejo de Enfermedades Emergentes: Aspectos prácticos del abordaje de la tuberculosis. El Médico 10/10/2003 Formación Acreditada On Line: 37-64
- Roca C.y col. “Enfermedades importadas en inmigrantes Africanos”. Medicina Clínica NOV 2002 , Nº 16 pag 616-619.
- Romea Lecumberri S. Situación inmunológica de la Hepatitis B en inmigrantes, estrategias de vacunación.Med. Clín 1997. Vol 109; Nº 17 p 656-660
- Rubel Arthur J. et al. SUSTO, a folk illness. University of California Press. Berkeley 1984. Fondo de Cultura Económico SA de CU. México DF 1989
- Salazar A. Et al. Diagnóstico de alta Hospitalaria de las personas inmigrantes en la Comunidad Valenciana 2001-2002. Rev Esp. Salud Pública 2003; 77: 713-723
- Salud Pública e Higiene 1999.Sociedad Española de Medicina Preventiva.
- Saravanja M. y cola. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. Med. Clín. 1999 Vol 112 Nº 9 p.359
- Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Area de Epidemiología. Informe de TBC Comunidad Valenciana. Direcció General de Salut Pública . Consellería de Sanitat.
- Site Días Médicos. Suplemento Especial Julio 2004. Patologías Emergentes y Olvidadas. 2004. Ediciones MAYO S.L.
- Solsona Díaz L. Nociones de Medicina Geográfica. JANO 2-8 Julio 2004: 42-51
- Sonego M. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. Medicina Clínica (Barc) 2002, 119 (13): 489-491
- Torres Díaz Mª Gracia. Guía de Conversación Básica para personal sanitario y pacientes en 16 lenguas. Universidad de Málaga. Imagraf Impresiones 2000
- UIT Barcelona. Prevención y Control de la TBC importada. Med. Clínica (Brna) 2003; 121: 549-62
- Valerio L. Et A.. Los inmigrantes viajeros. Atención Primaria Vol. 32 Núm 6: 330-337
- Vallés X. y cola. Tuberculosis importada . Med Clini 2002; 118 nº 10 p. 376-378
- Vázquez Villegas J. y col. “Asistencia inicial al paciente inmigrante en Atención Primaria”. Medicina de Familia Vol 1 Nº 2 NOV 2000.
- Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: legislación . FMC 2002; 9 (7): 505-8
- Zulaika Aristi et al- “El resurgir de las Enfermedades de Transmisión sexual” Jano Tema Monográfico. Vol LXVII Nº 1.544 3/9 Diciembre 2004 Nº 40.