



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



# TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ABORDAJE  
AL PACIENTE INMIGRANTE.**

**Alumno: Pérez Sánchez, Josefa María**

**Tutor: Cortés Castell, Ernesto.**

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria Curso:  
2017-2018**

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁG.</b>
1. Pregunta en formato PICO.....	1
2. Justificación y Antecedentes del tema.....	2-7
3. Objetivos generales y específicos.....	8
4. Aplicabilidad y utilidad del estudio.....	8
5. Diseño y Métodos:	
a) Tipo de diseño y estudio que se utilizará.....	9
b) Población a estudio.....	9
c) Método de recogida de datos.....	10
d) Variables.....	11
e) Descripción de la intervención si la hubiera.....	12
f) Descripción del seguimiento de los pacientes si lo hubiera.....	12
g) Estrategia de análisis.....	12
h) Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica.....	12-13
6. Calendario previsto para el estudio.....	13
7. Limitaciones y posibles sesgos del estudio.....	14
8. Problemas ético.....	14
9. Organización del estudio.....	15
10. Presupuesto económico.....	15
11. Bibliografía.....	16-17
12. Anexos.....	18-21

## 1.PREGUNTA EN FORMATO PICO

**¿Hacemos desde atención primaria un abordaje bio-psico-social, prevención y promoción de la salud en la población inmigrante?**

-P: pacientes inmigrantes atendidos en atención primaria.

-I/O: actuación en atención primaria.

-C: no intervención.

-O: mejora del abordaje que se realiza desde atención primaria a la población inmigrante.



## 2.JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES DEL TEMA

La emigración es un fenómeno que ha estado y está presente en la historia de la humanidad. Hay varios tipos de inmigrantes, nosotros nos vamos a centrar en los que habitualmente proceden de países en vías de desarrollo y se mueven impulsados tanto por las dificultades para llevar una vida digna en su propio país, como por las expectativas de mejorarla en el país de destino. Se desplazan básicamente por motivos económicos y/o de seguridad. Por lo tanto, dado que atendemos a una nueva situación sociodemográfica de nuestro país, y del mundo, se requiere mejorar el conocimiento del estado de salud de esta población, determinando las prioridades preventivas y asistenciales correspondientes. <sup>1</sup>

Los centros de salud, y los servicios de urgencias son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario y donde primero acuden los inmigrantes. Por ello para los profesionales que trabajan en estos servicios puede ser de interés conocer la vivencia de salud-enfermedad y la patología que tiene la población a la que atienden.<sup>1</sup>

De ahí considero de importancia el analizar cómo trabajamos desde los centros de salud con la población inmigrante y si hacemos un correcto abordaje bio-psico-social.

Según Instituto Nacional de Estadística a fecha 24 junio del 2017, la población residente en España creció en 2016 por primera vez desde 2011. El número de españoles aumentó en 81.975 personas y el de extranjeros en 6.892 (0,16%), hasta situarse en un total de 4.424.409. Este número de extranjeros respondió por un lado al aumento de la inmigración y, por otro a una disminución debido al efecto de las adquisiciones de nacionalidad española. En términos relativos, durante el año 2016 la inmigración aumentó un 21,9%. Las principales nacionalidades de los inmigrantes extranjeros fueron la marroquí (con 29.986 llegadas a España durante 2016), la rumana (con 28.859) y la colombiana (con 22.850).<sup>2</sup>

Por zonas geográficas, los más numerosos son los procedentes de la Unión Europea (38,8% del total de extranjeros) seguidos de los de África con un 22,8% del total<sup>3</sup> . En Murcia el número total de extranjeros es de 202.034, de

los cuales el 45.82% proceden del continente africano y el 23.62% de América central, Sudamérica y Caribe.

Desde el punto de vista de la salud pública preocupa más el flujo de inmigrantes procedentes de países en desarrollo: Iberoamérica, Filipinas, Guinea Ecuatorial y Marruecos, aunque también son apreciable los efectivos originarios de otros países del África Subsahariana, Pakistán y Argelia.<sup>4</sup>

La patología del inmigrante, la vamos a dividir en: enfermedades importadas, enfermedades adquiridas, enfermedades reactivas o de adaptación y enfermedades de base genética. Generalmente, el inmigrante económico procedente de países en desarrollo suele tener un nivel de salud inicialmente bueno. Pero la situación en que pueden vivir muchas veces (condiciones sociales, hacinamiento, marginación, soledad, etc.) los convierte en un grupo de riesgo de enfermedades adquiridas.

1.ENFERMEDADES IMPORTADAS. La mayoría son difícilmente transmisibles y no suelen suponer riesgo para la población, pero pueden crear dificultades en el ámbito diagnóstico y terapéutico, destacamos el cribado de:

-Parasitosis mediante estudio coproparasitológico: La indicación rutinaria se aconseja a todos los inmigrantes del continente africano, asiático y de América Latina que han llegado a nuestro país hace menos de un año, aunque no existe consenso sobre el beneficio del estudio coproparasitológico.<sup>4,5</sup>

-Sedimento urinario: útil para descartar la hematuria que es uno de los signos más característicos de la parasitación por *Schistosoma haematobium* (helminto trematodo). Es importante porque puede provocar obstrucción uretral y se le ha relacionado con el cáncer de vejiga. Indicado en procedentes de África del Norte, África Subsahariana y Asia.<sup>4,5</sup>

-VHB: hace falta serología para detectar los casos de portadores crónicos, hacer estudio de contactos y vacunarlos. Se aconseja la vacunación a los inmigrantes originarios de países con alta prevalencia de la infección. Indicado en África del Norte, África Subsahariana y Asia.<sup>4,6,10</sup>

-VHC: debido a la alta prevalencia, se aconseja a los originarios de India y también en África Subsahariana<sup>5,10</sup>

Las infecciones por los virus B (VHB) y C (VHC) de la hepatitis constituyen un problema de salud pública de alcance mundial con un gran impacto también en nuestro país, fundamentalmente debido a que en conjunto son la causa más común de cirrosis hepática y hepatocarcinoma<sup>10</sup>.

-VIH: la infección por VIH es un grave problema de salud a nivel mundial. La región del mundo más afectada por la epidemia sigue siendo África Subsahariana, por este motivo se aconseja hacer su cribaje a los que son originarios.<sup>4,5,6</sup>

-Lúes: elevada coinfección con VIH.

-Malaria: se aconseja frotis y gota gruesa en embarazadas y niños inmigrantes originarios de África Subsahariana y llegados hace menos de 3-6 meses. Importante para descartar parasitación por *Plasmodium falciparum*, que puede ser causante de cuadros graves. Hay que recordar ofrecer la quimioprofilaxis antipalúdica en los viajes de retorno al país de origen.<sup>4,5</sup>

-Chagas: es una de las patologías importadas más frecuentes en nuestro país. España es el país del mundo fuera de la considerada zona endémica, que más pacientes diagnostica y trata. Solamente en la Región de Murcia se han diagnosticado más de 2.000 casos de enfermedad de Chagas en los diez años de funcionamiento de la Unidad de Medicina Tropical. Esta enfermedad puede estar asintomática durante años, y cuando se manifiesta la clínica, ésta ser grave. Hay que determinar la serología de *Trypanosoma cruzi* en todos los pacientes procedentes de áreas endémicas de Chagas: América Latina continental, haber habitado en casas de adobe, que tengan conocimiento de la enfermedad de Chagas del lugar de origen, antecedentes maternos de la enfermedad y haber recibido transfusión de sangre en zona endémica.<sup>7,12</sup> Atención a las embarazadas, para controlar la transmisión vertical, en Murcia está protocolizado este cribado en el PIAM 2012 (Plan Integral de Atención a la Mujer). Y en 2005 en España se estableció por Ley la obligatoriedad de seleccionar en los bancos a los donantes con riesgo.

-Tuberculosis: la incidencia es mayor en la población inmigrante procedente de países con elevada prevalencia. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Siete países acaparan el 64%

de la mortalidad total: India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica.<sup>9</sup>

## 2. ENFERMEDADES DE BASE GENÉTICA

Nos referimos a las hemoglobinopatías y al déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa. El creciente flujo migratorio ha incrementado la prevalencia de estas enfermedades en España. Se estima que afectan hasta un 20% de los inmigrantes procedentes del continente africano. Sospecharemos cuando tengamos paciente de África Subsahariana con una anemia normocítica e hipocrómica y bilirrubina en orina.<sup>4,6,8</sup>

## 3. ENFERMEDADES REACTIVAS O DE ADAPTACIÓN Y LAS DE BASE SOCIAL (drogodependencia, enfermedades mentales reactivas a la nueva situación, enfermedades psicosomáticas, etc.) La migración es un factor estresante de primera magnitud: los cambios que comporta y las condiciones de vida de los inmigrantes implican un esfuerzo de adaptación muy importante, pues supone un cambio radical de cultura, familia, hábitos... De ahí la importancia del abordaje por un equipo multidisciplinar y siempre explorando todas las esferas.<sup>4,6</sup>

## 4. ENFERMEDADES ADQUIRIDAS: No difieren de la población autóctona, aunque muchas patologías si que pueden estar en relación con las condiciones de vida precarias y puestos de trabajo que ocupan.

Por lo tanto, el examen de salud al paciente inmigrante será similar al del paciente autóctono, incluyendo algunas particularidades como la inclusión dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) del cribaje de enfermedades importadas y la adaptación del estado inmunitario al calendario vigente en el país de acogida, investigando que vacunas ha recibido previamente.<sup>5,11</sup> En Murcia encontramos la última revisión en mayo de 2017 del calendario vacunal según Programa de Vacunación para Inmigrantes del Servicio Murciano de Salud y la actitud a seguir en caso de calendario vacunal previo inexistente o incompleto.<sup>13</sup>

El Servicio Murciano de Salud cuenta con el Protocolo de Atención al Niño Inmigrante y el Plan Integral de Atención a la Mujer, dónde se atienden particularidades según país de origen, pero no existe como tal un protocolo de actuación a la hora de atender a la población adulta inmigrante en nuestras consultas. Esto podría ocasionar que a la hora de atender a un paciente en la consulta no se tengan las habilidades ni el conocimiento necesario para el abordaje, y no solo hablamos de diagnosticar o tratar enfermedades infecciosas que puedan ser prevalentes en los países de origen de esta población, y que para nosotros puedan ser más desconocidas (enfermedades importadas), sino también de otros factores que van a influir en la salud, como son la cultura, las costumbres, el idioma, la religión o la realidad social en la que viven, además de la variabilidad de cada profesional a la hora de trabajar. Revisando bibliografía encontramos Guías de Actuación en Atención al Paciente Inmigrante, que nos pueden ayudar en la consulta en el día a día como son la de Fisterra.

Hay estudios sobre prevalencias de enfermedades infecciosas en dicha población, sobre los motivos de consultas más frecuentes o del acceso de éstos a los servicios de salud, pero la mayoría realizados desde el ámbito hospitalario. Encontramos escasez de estudios realizados desde Atención primaria, que se centren en cómo actúan desde nuestras consultas los profesionales de la salud, qué es lo que hacemos en el día a día, qué solicitamos y cómo hacemos la prevención y promoción de la salud en este colectivo.

El objetivo de este estudio sería observar cómo trabajamos con la población inmigrante adulta, respecto a la recogida de antecedentes personales, actualización de calendarios vacunales, serologías realizadas, registro de episodios en relación con problemas sociales y psicológicos...y en base a ello conocer el estado de la situación, analizarlo y plantear posibles bases para investigación clínica, terapéutica y preventiva.



**-Bibliografía más relevante:** brevemente comentada ( al menos tres artículos relevantes)

-Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, García-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML Immigrants' Access to health care in Spain: a review. Rev Esp Salud Publica. 2014; 88: 715-34. doi: 10.4321 / S1135-57272014000600005. Importante revisión bibliográfica que señala que a pesar de la aparente abundancia de artículos que abordan la utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante, los resultados muestran una relativa escasez de estudios que tengan en cuenta la necesidad de atención sanitaria. Además, analizan a la población inmigrante en su conjunto y pocos diferencian según su procedencia, el nivel de desagregación suele ser por continentes.

-Calderón Sandubete E, Yang Lai R, Calero Bernal ML, Martínez Rísquez MT, Calderón Baturone M, Horra Padilla C de L. Chronic Viral Hepatitis B and C in Immigrant population, Spain. Rev Esp Salud Publica. 2014; 88:811-8. doi: 10.4321/S1135-57272014000600012.

Esta revisión me ha parecido importante, porque concluye que la información disponible en España sobre prevalencia de VHB y VHC en población inmigrante es escasa, y la importancia que ello genera para evitar la transmisión de estos virus entre los miembros de las propias comunidades y la población autóctona. Incide en la importancia de los inmigrantes procedentes de áreas de alta prevalencia de hepatitis crónica B y C deberían considerarse colectivo prioritario de intervención y monitorización. Ello nos hace pensar en nuestro trabajo en el día a día como médicos de familia y puerta de entrada al sistema de salud.

-Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso A. Health and its determinants in the immigrant population of the region of Madrid. Gaceta Sanitaria; 2010; 24:136-44. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.10.007. Epub 2009 Dec 14.

Es un estudio descriptivo transversal, basado en datos de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007. Me ha parecido interesante porque concluye que hay menor adherencia a las actividades de salud pública

en la población inmigrante, y que, aunque hay mayor prevalencia de determinantes perjudiciales de salud, la salud de los inmigrantes no es tan desfavorable como se podría esperar. Nueva reflexión que nos hace plantearnos cómo ejercemos la prevención y promoción de la salud en la consulta.

Además de esta bibliografía señalada, entre otras consultada, hace pensar que quizás faltan estudios que señalen las necesidades de la población inmigrante y la de los médicos de familia.

### **3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Objetivo principal:**

-Evaluar la situación de salud de la población inmigrante de los centros de salud del Área VII de Murcia

#### **Objetivos específicos:**

-Analizar la atención inicial con la recogida de los antecedentes personales.

-Observar la solicitud de pruebas VHB, VHC, VIH, Lúes, serología tripanosoma cruzi.

-Analizar calendario vacunal en los adultos.

-Observar registro de episodios con relación a problemas sociales y psicológicos.

### **4.APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS**

Con este estudio se pretende detectar oportunidades de mejora. Es importante puesto que la población inmigrante forma parte del día a día en nuestras consultas, y es nuestra responsabilidad poder ofrecer una atención satisfactoria, atendiendo a las diferencias culturales, sociales, religiosas o lingüísticas que pueden surgir e influir en la relación médico-paciente y en la valoración de la salud, además conocer las patologías importadas y el correcto calendario vacunal. Los resultados de este estudio podrían ayudar a los profesionales en el abordaje al paciente inmigrante, pudiendo plantear elaboración de protocolos en la atención inicial al paciente inmigrante y abrir las puertas a la reflexión sobre los diferentes conceptos de salud y enfermedad que puede haber. Los pacientes se verían beneficiados de una mejor atención teniendo en cuenta todas las esferas.

## **5.DISEÑO Y MÉTODOS:**

### **a) Tipo de diseño que se utilizará**

Se trataría de un estudio epidemiológico descriptivo y transversal, que se basaría en el registro de la actividad en las consultas de Atención Primaria.

### **b) Población de estudio:**

Utilizaremos pacientes inmigrantes mayores de 14 años, hombres y mujeres, de los centros de salud y consultorios de un área básica de salud. Los pacientes en edad pediátrica se han eliminado debido a que son un porcentaje de población distinto y porque existe en Murcia el Protocolo de Atención al Niño Inmigrante.

### **-Descripción de la muestra:**

Se incluirá a toda la población de pacientes inmigrantes mayores de 14 años con tarjeta, registrados en el programa OMI AP a fecha junio 2018 de los centros de salud del Área VII de Murcia, que atiende a una población de: 199.789 hab. Hemos considerado inmigrantes a todos aquellos pacientes que, en su tarjeta individual sanitaria (TSI) figure nacido fuera de España, y vamos a incluir a los procedentes de África, América Central y Sudamérica.

### **-Criterios de Inclusión:**

- Edad > 14 años
- Inmigrantes con tarjeta individual sanitaria procedente de África, América central y Sudamérica.
- Residentes en la actualidad en el Área VII de Murcia.

### **-Criterios de Exclusión:**

- Población inmigrante en edad pediátrica
- Inmigrantes atendidos sin tarjeta en los centros de salud.
- Inmigrantes que no cumplan los criterios de inclusión.

### **- Método de muestreo:**

Los sujetos a estudio se obtendrán a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria del Servicio Murciano de Salud con criterio de búsqueda país de nacimiento (África, América central y Sudamérica) y con el programa OMI-EST (Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria) en el que seleccionaremos a los pacientes en el rango de edad indicado. Realizaremos un muestreo aleatorio estratificado por centros de salud del Área VII de Murcia.

### **-Cálculo del tamaño de la muestra:**

El total de población extranjera en Murcia es  $N= 140.274$ . Sobre una  $p=0.50$ , un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%, el tamaño muestral sería de  $n=202$ . Con una proporción esperada de pérdidas del 15%, el tamaño muestral ajustado a pérdidas sería de  $n=238$

### **- Procedencia de los sujetos:**

Los pacientes inmigrantes con tarjeta individual sanitaria del área VII del Servicio Murciano de Salud, que incluye tanto centros rurales como urbanos de la región de Murcia.

**c) Método de recogida de datos:** entrevista, examen físico, cuestionario, pruebas complementarias (se explicará y se adjuntarán en Anexos)

La población la obtendremos a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria del Servicio Murciano de Salud con criterio de búsqueda país de nacimiento y del programa OMI-EST (Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria) de donde cogeremos los pacientes con la edad indicada (mayores de 14 años), y del SELENE (Estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud, de la sección Microbiología). Observaremos si en el registro en OMI-AP hay:

-En *antecedentes personales* están completados los datos: Tiempo que lleva en país receptor (ya que cuanto más reciente sea la llegada más probable es el desarrollo de que la patología desarrollada sea importada) y si hace poco ha viajado a su país de origen. Antecedentes patológicos, alergias, y conocimiento del idioma del país receptor.

-*Calendario Vacunal*: revisar Calendario Vacunal según Programa de Vacunación para inmigrantes del SMS, revisando el número de dosis mínimas recomendadas para considerar correcta la vacunación y Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación previa (Anexo 1).

-Pacientes procedentes *de países endémicos de Chagas*: se consultará si está solicitada serología Trypanosoma cruzi en laboratorio de Microbiología (Anexo 2).

-Pacientes que tengan solicitada *serología de VHB, VHC y VIH* en laboratorio de Microbiología.

-Pacientes que tengan episodio en OMI-EST con el CIAP (Clasificación Internacional en Atención Primaria) en relación con problemas sociales (Z) y problemas psicológicos (P).

#### d) Variables

##### -Definición de las variables

**A: Antecedentes personales:** 1. Tiempo de llegada del país receptor y última visita a su país, 2. Antecedentes patológicos y alergias. 3. Conocimiento del idioma del país receptor/Barrera idiomática.

**B: Sexo:** 1- Hombre, 2- Mujer.

**C: Edad:** En años.

**D: País de procedencia:** 1. Angola, 2. Argelia, 3. Benin, 4. Burkina Faso, 5. Cabo Verde, 6. Camerún, 7. Congo, 8. Costa de Marfil... (Anexo3).

**E: Pacientes latinoamericanos :** 1. Serología Chagas sí, 2. Serología Chagas no.

**F: Serología VHB:** 1 Sí, 2.No, **G: Serología VHC:** 1 Sí, 2. No **H: Serología VIH:** 1. Sí, 2.No,

**I: CIAP** 1:(P) Psicológico. 2: (Z )Social

**j: Calendario Vacunal** 1.Completo 2.Incompleto

#### **e) Descripción y definición de la intervención si la hubiera**

Se trata de un estudio descriptivo observacional, en el que no habrá intervención.

#### **f) Descripción del seguimiento si lo hubiera**

No realizaremos seguimiento. Sacaríamos conclusiones de nuestro estudio y se podrían plantear inicio de posteriores investigaciones analíticas, en vista a posibles propuestas de mejora.

#### **g) Estrategia de análisis estadístico**

Utilizaremos el programa informático estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics 22.0) para analizar los datos de nuestro estudio.

Análisis descriptivo de cada variable: para variables cualitativas se emplearán frecuencias absolutas y relativas. Para las cuantitativas, la media aritmética y su desviación estándar. Se realizará dicho análisis descriptivo en el total de la muestra y por grupos de estudio.

Para evaluar la asociación entre dos variables cualitativas se utilizará la Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) con la corrección de Yates en caso de ser necesario. Tras contrastar la normalidad de las variables continuas con el test de Kolmogorov-Smirnoff, usaremos test paramétricos en caso de normalidad (t-student) y no paramétricos en el caso contrario (U-Mann Whitney). Se considerará nivel de significación para  $p < 0.05$ .

#### **h) Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica**

Para la realización de la revisión bibliográfica hemos consultado

-Principales Bases de datos Internacionales: PUBMED, IME, Cochrane,

-Revistas científicas: “ Medicina Clínica”, “ Atención Primaria”, “ Salud Pública”, y diversas publicaciones relacionadas con nuestro tema.

-Guías de práctica clínica como la de Fistera, “Asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria sesiones clínicas en APS, semFYC”, “Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes de la Junta de Andalucía”

-Datos de la Organización Mundial de la Salud, Plataforma digital del Servicio Murciano de Saludo, del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

Hemos tenido que seleccionar información desde los últimos 15 años, ya que no encontramos mayoría de estudios de inmigración desde atención primaria, hay más desde enfermería y desde hospitalaria.

Los descriptores utilizados han sido: "Emigrants and Immigrants", "Delivery of Health Care", "Primary Health Care" , "Care plans" en las bases de datos y recursos no españoles, y su traducción en español en las bases nacionales.

### 6.CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

MESES	R	PI	P	S	RD	AD	R
Febrero 2018							
Marzo 2018							
Abril 2018							
Mayo 2018							
Junio 2018							
Julio 2018							
Agosto 2018							
Septiembre 2018							
Octubre 2018							
Noviembre 2018							
Diciembre 2018							
Enero 2019							
Febrero 2019							

LEYENDA:

R: Revisión bibliográfica, PI: elaboración protocolo de Investigación, P: presentación del protocolo , S: selección de pacientes , RD: Recogida de datos, AD: análisis estadístico y codificación de los datos, R: Resultados. Conclusiones.

## **7.LIMITACIONES Y POSIBLES SEGOS DEL ESTUDIO**

Como posibles limitaciones de nuestro estudio hay que destacar que existen inmigrantes que nunca han asistido a la consulta o falta su seguimiento por un número escaso de visitas.

Y como sesgos cabe destacar los derivados de la falta de información por ausencia de registro en OMI, las posibles pérdidas por movilidad del paciente, que cambien de lugar de residencia durante el proceso de recogida de datos, o que no acudan a realizarse las pruebas solicitadas. Por último también hay que tener en cuenta las pérdidas de pacientes por que las pruebas solicitadas lo sean desde el ámbito hospitalario.

## **8. PROBLEMAS ÉTICOS**

Habrà confidencialidad de todos los datos revisados, utilizándose los mismos de forma anónima no filiable.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos de nuestro estudio, se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica 15/1999, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos estadísticos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, etc. El acceso a la información personal quedará restringido al médico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio. Siempre manteniendo la confidencialidad de estos, de acuerdo a la legislación nombrada anteriormente. El acceso a la historia clínica será sólo para los fines del estudio.

El Promotor del presente estudio es el investigador principal, siendo este responsable del fichero de los datos. Los resultados obtenidos serán comunicados en Congresos científicos de interés y publicados en revistas



científicas. El investigador no recibe ninguna remuneración especial por la realización del estudio. No hay conflicto de intereses por parte del investigador

## **9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio se llevará a cabo por la investigadora principal, Josefa María Pérez Sánchez, médica de familia de atención primaria del Servicio Murciano de Salud.

Este Proyecto se presentará al Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud VII Hospital Reina Sofía para su aprobación. Los datos e información necesaria de las variables del estudio se obtendrán de la Tarjeta Sanitaria Región de Murcia, del soporte informático OMI-EST y SELENE. Para el estudio será necesario material de oficina y ordenador. El investigador correrá con los gastos de desplazamientos y medios técnicos. Se solicitara beca a la fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS)

## **10.PRESUPUESTO ECONÓMICO**

Ni el investigador principal ni el equipo de investigación, ni los centros de salud colaboradores, recibirán pago alguno por realizarlo. No se declaran conflictos de interés.

Como los resultados que se pretende publicar los datos que se obtengan, se calculan los gastos de difundirlos en revistas y congresos:

- Presupuesto para publicar el artículo en open Access: 1.500 euros
- Traducción al inglés de los resultados para poder publicar en revistas de factor de impacto: 400 euros
- Difusión de resultados en congresos nacionales e internacionales: 4.000 euros
- Material de oficina: 30 euros.

Total del presupuesto serían 5.930 euros

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Fuertes C, Martín Laso MA. The immigrant in primary care consultations. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Suppl 1:9-25. PMID:16721414
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Migraciones 2016. 29 de junio de 2017. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/cp\\_2017\\_p.pdf](http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf)
- INE. Cifras de población y censos demográficos. INEBASE. Madrid 2010.
3. La Región, tercera comunidad con mayor porcentaje de población extranjera. La verdad [Internet] 26 abril de 2017 [consultado: 1/1/2018]; Disponible en: <http://www.laverdad.es/murcia/201704/26/region-tercera-comunidad-mayor-20170426123524.html>
4. Vázquez Villegas J, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Med Fam (And) 2000; 2:162-168.
5. Grupo de trabajo en Cooperación y Salud Internacional. Guía de atención primaria al paciente inmigrante. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y comunitaria, 2ª ed. abril de 2011: 1-24. Disponible en: [http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsT treball/Docs/Cocoopsi/C AST\\_quiapacientinmigrant.pdf](http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsT treball/Docs/Cocoopsi/C AST_quiapacientinmigrant.pdf)
6. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales Junta de Comunidades Castilla-La Mancha. Guía de actuación en atención primaria para población inmigrante. Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo. Marzo 2014: 1-50
7. Iglesias IM, Cortés R, Villasante M. Enfermedades Importadas. AMF [Internet]. 2016 [citado 1 marzo 2018];12(4):184-196. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1536](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1536)
8. Baraza Cano, Mª Pilar et al. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2007. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/bibliografia%20tfm/guias/manualatencioninmigrantes%20andalucia.pdf>

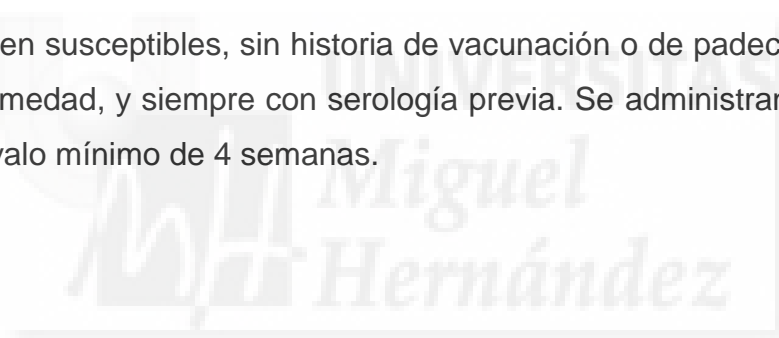
9. Organización Mundial de la salud. Informe Mundial de la tuberculosis 2017.
10. Calderón Sandubete E, Yang Lai R, Calero Bernal ML, Martínez Rísquez MT, Calderón Baturone M, Horra Padilla C de L. Chronic Viral Hepatitis B and C in Immigrant population, Spain. Rev Esp Salud Publica. 2014 Nov-Dec;88(6):811-8. doi: 10.4321/S1135-57272014000600012.
11. Muñoz Martínez JM, et al. Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria: Protocolo de Actuación. Medicina de Familia (And) 2003; 1: 42-57
12. Roca Saumell C, et al. Grupo de consenso Chagas-APS. Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en atención primaria de salud de áreas no endémicas. Atención Primaria. Volumen 47, Issue 5, May 2015, Pages 308-317
13. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Calendario de vacunación para inmigrantes. [Internet]. 2017. [Fecha de consulta 21 de marzo de 2018]. Disponible en:  
<https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=40525&idsec=824>

**ANEXO 1. CALENDARIO VACUNAL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.**  
**Calendario a seguir en caso de no aportar documentación de vacunación**  
**previa**

EDAD	Meses (contados a partir de la primera visita)						
	0	1	2	4	6	12	24
7 a 18 años	Triple vírica	Triple vírica <sup>(9)</sup>					
	Td	Td			Td <sup>(10)</sup>		
	VPI <sup>(11)</sup>	VPI <sup>(11)</sup>			VPI <sup>(11)</sup>		
	Hepatitis B <sup>(1)</sup>	Hepatitis B			Hepatitis B		
	Meningococo C <sup>(13)</sup>						
	Varicela <sup>(12)</sup>	Varicela					
	VPH <sup>(13)</sup>	VPH			VPH		
>18 años	Triple vírica						
	Td	Td			Td <sup>(10)</sup>		
	VPI <sup>(11)</sup>	VPI <sup>(11)</sup>			VPI <sup>(11)</sup>		
	Hepatitis B <sup>(1,14)</sup>	Hepatitis B			Hepatitis B		
	Meningococo C <sup>(14)</sup>						
	Varicela <sup>(15)</sup>	Varicela					

1. Previa realización de marcadores (AgsHB, antiHBs, antiHBc), en provenientes de zonas endémicas (todos aquellos no pertenecientes al Norte y Oeste de Europa, Norteamérica, Méjico, sur de Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda).
10. Td: vacuna tétanos-difteria. La tercera dosis se puede administrar indistintamente a los 6-12 meses de la segunda. Al año se administraría un primer recuerdo y un año más tarde un segundo recuerdo (5 dosis en total). Si la vacunación se inicia antes de los 14 años, el segundo recuerdo puede hacerse coincidir con la vacunación de Td de esa edad.

11. VPI: vacuna parenteral de virus inactivados frente a la poliomielitis. Para los que provengan de: Afganistán, Nigeria y Pakistán, y para los que convivan con ellos. Valorar con el Programa de Vacunaciones\*, para los que provengan de los siguientes países: Camerún, Kenia, Etiopía, Somalia y Siria. La tercera dosis se administrará a los 6-12 meses de la segunda.
12. Se vacunará entre los 11 y los 18 años a aquellos sin antecedentes de vacunación o padecimiento previo. En mayores de 14 años se realizará serología previa..
13. VPH: vacuna del virus del papiloma humano. Sólo las niñas con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. Aplicar pauta de 2 ó 3 dosis según edad siguiendo las indicaciones explicitadas en las fichas técnicas.
14. Los nacidos a partir de 1984.
15. Solo en susceptibles, sin historia de vacunación o de padecimiento de la enfermedad, y siempre con serología previa. Se administran 2 dosis con intervalo mínimo de 4 semanas.



**ANEXO2: Países endémicos de Enfermedad de Chagas según OMS:**  
Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia,  
Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana francesa, Guatemala, Guyana,  
Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y  
Venezuela (República Bolivariana de).



ANEXO 3: **VARIABLE PAÍS DE PROCEDENCIA:** 1. Angola, 2. Argelia, 3. Benin, 4. Burkina Faso, 5. Cabo Verde, 6. Camerún, 7. Congo, 8. Costa de Marfil, 9. Egipto, 10. Etiopía, 11. Gambia, 12. Ghana, 13. Guinea, 14. Guinea Ecuatorial, 15. Guinea-Bissau, 16. Kenia, 17. Liberia, 18. Mali, 19. Marruecos, 20. Mauritania, 21. Nigeria, 22. República Democrática del Congo, 23. Senegal, 24. Sierra Leona, 25. Sudáfrica, 26. Togo, 27. Túnez, 28. Resto de África. 29. Costa Rica, 30. Cuba, 31. Dominica, 32. El Salvador, 33. Guatemala, 34. Honduras, 35. Nicaragua, 36. Panamá, 37. República Dominicana, 38. Resto de América central y Caribe, 39. Argentina, 40. Bolivia, 41. Brasil, 42. Chile, 43. Colombia, 44. Ecuador, 45. Paraguay, 46. Perú, 47. Uruguay, 48. Venezuela, 49. Resto de América del Sur.

