

XVI Jornada de Residents

de Medicina Familiar i Comunitària

3 d'abril de 2014 a la CAMFiC



SALUD INTERNACIONAL

**SILVIA BARRO
ETHEL SEQUEIRA
MONTSE VERGARA
GRUP COCOOPSI CAMFiC**



SALUD INTERNACIONAL

- El aumento exponencial del número de personas que viajan (turistas, inmigrantes, negocios, adopciones) hace necesario que los médicos de Atención Primaria dispongan de unos conocimientos básicos sobre patologías importadas, para poder iniciar su estudio como para poder detectar su posible gravedad.

DEFINICIONES

- ENFERMEDAD IMPORTADA:

Enfermedad adquirida en un país y diagnosticada en otro.

Enfermedad propia de una zona que aparece fuera de dicha zona.

DEFINICIONES

- ENFERMEDAD emergente: aparece en zona donde NUNCA había existido.
- ENFERMEDAD re-emergente: aparece en zona donde había existido pero de donde había sido erradicada.
- ENFERMEDAD cosmopolita: presente en TODO el planeta.
- ENFERMEDAD tropical: sólo presente en países entre trópicos no existe o está erradicada en otros países.

CASO CLÍNICO 1

- Hazmat(34 años) y Nahida(36 años)
- Originarios de Pakistán
- Tienen dos hijos Saad (5años) y Sami (2años y 9 meses). Los dos han nacido en Barcelona
- Vienen el 23 de enero de 2014 para comunicarme que el 18 de febrero viajan de peregrinación a la Meca.



CASO CLÍNICO 2

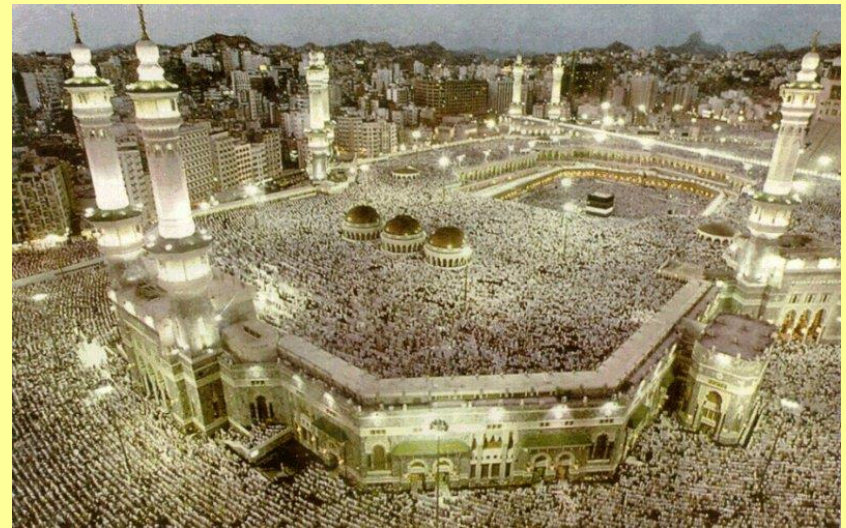
- Ethel (Barcelona) y Lancy(Anantapur-India) se marchan a India para atender la boda de un amigo
- Viajan con su hija Yamuna(Barcelona)

¿Qué tienen en común estas dos familias?

¿Qué actuaciones desde la Atención Primaria tendríamos que ofrecerles?

¿Se nos quedan pequeñas las “Actividades Preventivas”?

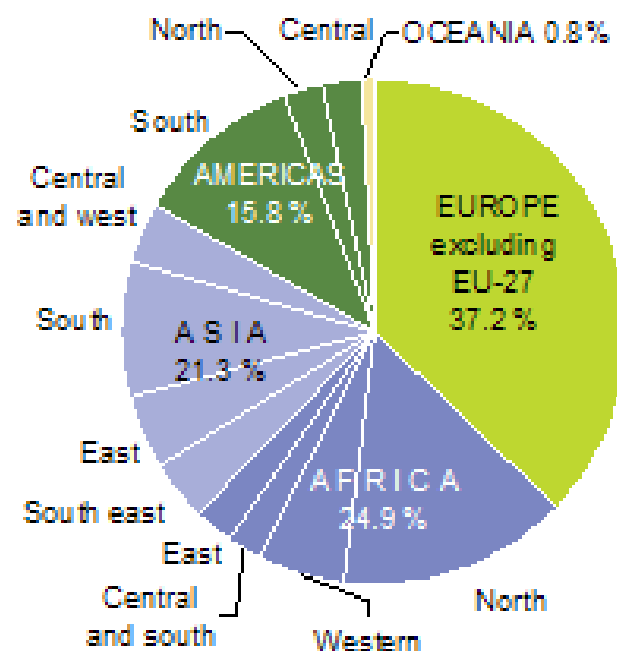
VFR



PERSONAS QUE VIAJAN PARA VISITAR A FAMILIARES Y AMIGOS

- Introducción: un poco de historia, V-VFR e I-VFR (VFR = Visiting Friends and Relatives)
- ¿Qué dice la literatura científica ?
- ¿Qué dice nuestra percepción como profesionales asistenciales en la AP ?
- Propuesta de recomendaciones y actividades preventivas desde AP

Citizens of non-member countries resident in the EU-27 by continent of origin, 2011



(1) Estimates.

Source: Eurostat (online data code: migr_pop1ctz)

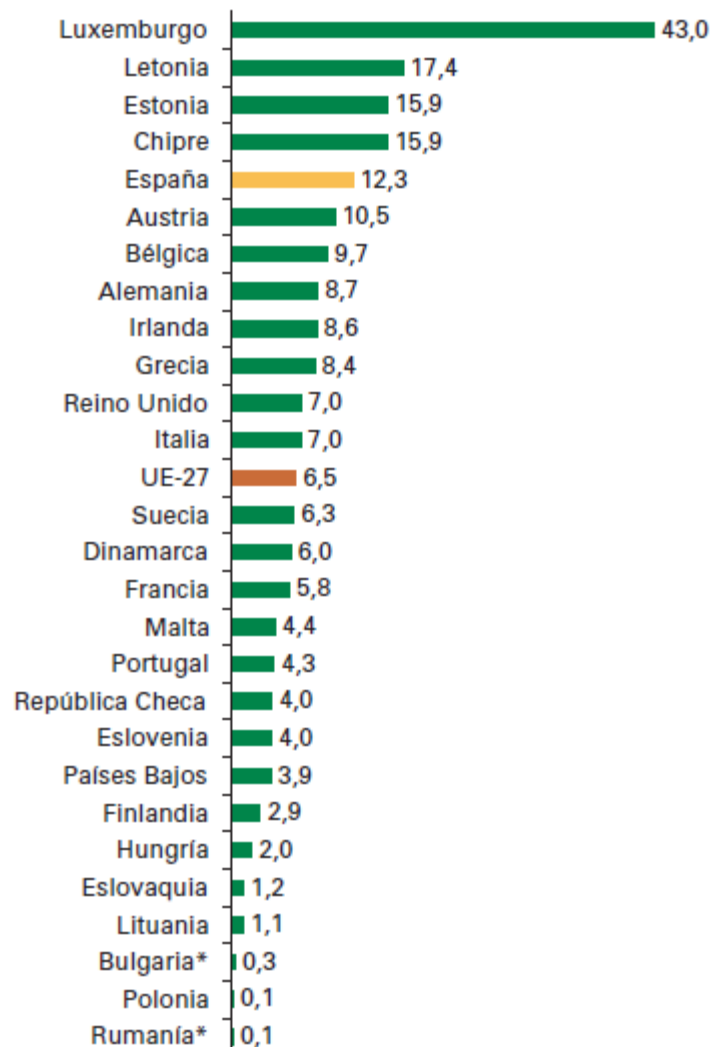
Países de la UE con más población extranjera. 2010

UE-27	32.489.000
Alemania	7.130.919
España	5.663.525
Reino Unido	4.362.006
Italia	4.235.059
Francia	3.769.016
Bélgica	1.052.844
Grecia	954.784
Austria	876.355
Países Bajos	652.188
Suecia	590.475

Fuente: Eurostat

Extranjeros en la UE-27. 2010

(% en cada país)



* Datos de 2009.

Fuente: Eurostat

[Población](#) > [Población extranjera](#) > [Evolución](#)

Población extranjera. Evolución

[Introducción](#) | [Por edad y sexo](#) | [Por provincias](#) | [Por ámbitos](#) | [Por comarcas](#) | [Por municipios](#) | [Por continentes](#) | [Por países](#) | [En Excel](#)

Evolución de la población total y extranjera. 2000-2012 Cataluña

Población extranjera

	(1) Población	total	% sobre (1)	var. abs.	var %
2012 →	7.570.908	1.186.779	15,68	927	0,08
2011 →	7.539.618	1.185.852	15,73	-12.686	-1,06
2010 →	7.512.381	1.198.538	15,95	9.259	0,78
2009 →	7.475.420	1.189.279	15,91	85.489	7,75
2008 →	7.364.078	1.103.790	14,99	131.283	13,50
2007 →	7.210.508	972.507	13,49	58.750	6,43
2006 →	7.134.697	913.757	12,81	114.853	14,38
2005 →	6.995.206	798.904	11,42	156.058	24,28
2004 →	6.813.319	642.846	9,44	99.838	18,39
2003 →	6.704.146	543.008	8,10	160.988	42,14
2002 →	6.506.440	382.020	5,87	124.700	48,46
2001 →	6.361.365	257.320	4,05	75.730	41,70
2000 →	6.261.999	181.590	2,90	:	:

Fuente: Idescat, a partir de la explotación estadística de los padrones.

Estadística

Inici > Dades de la ciutat > Informes i documents estadístics > La població estrangera a Barcelona > Any 2013 > Perfil de la població estrangera a Barcelona

Seleccionar taula: ▾



2. Perfil dels estrangers a Barcelona segons àrees geogràfiques. Gener 2013

1. Dades generals

Àrees geogràfiques	Població estrangera		Sexe		Edat mitjana	Districtes d'implantació	
	Nombre	%	% Homes	% Dones		Districte	%
TOTAL ESTRANGERS	280.047	100,0	51,2	48,8	33	2. Eixample	17,5
						1. Ciutat Vella	15,7
						10. Sant Martí	13,1
Unió Europea (dels 27)	77.264	27,6	51,2	48,8	34	2. Eixample	22,4
						1. Ciutat Vella	16,5
						10. Sant Martí	13,0
Unió Europea (dels 15)	63.609	22,7	52,7	47,3	35	2. Eixample	24,0
						1. Ciutat Vella	17,6
						10. Sant Martí	12,3
Resta Unió Europea	13.655	4,9	44,2	55,8	32	10. Sant Martí	16,4
						2. Eixample	14,7
						3. Sants-Montjuïc	13,8
Europa central i oriental	13.382	4,8	41,4	58,6	34	10. Sant Martí	17,5
						8. Nou Barris	15,9
						2. Eixample	13,5
Resta d'Europa	1.685	0,6	49,5	50,5	36	5. Sarrià-Sant Gervasi	22,1
						2. Eixample	19,3

I – VFR = INMIGRANTES VFR

■ Definición :

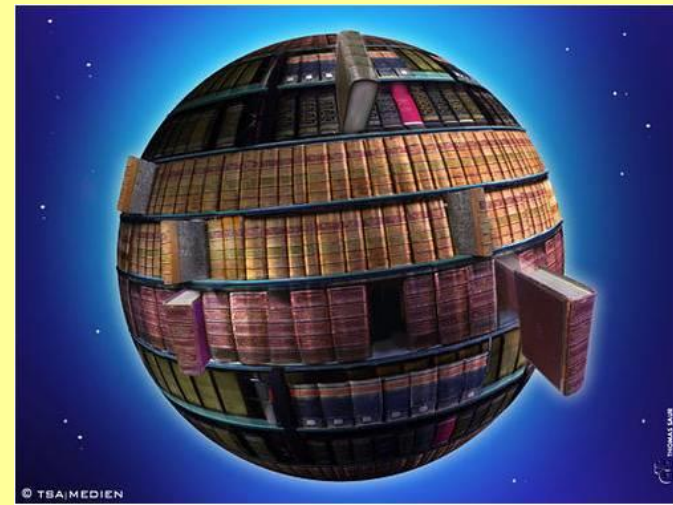
- Inmigrante que vuelve de viaje a su país de origen para visitar a familiares y amigos. El viaje es desde el país receptor (habitualmente industrializado), al país de origen (habitualmente de baja renta y con una prevalencia más elevada de enfermedades relacionadas con la pobreza).
- Se prevé que vivirá de una forma más similar a la población autóctona (del país de origen) que como lo harían otro tipo de viajeros (turistas, comerciantes...).

■ **V – VFR = VIAJEROS VFR**

■ **Definición:**

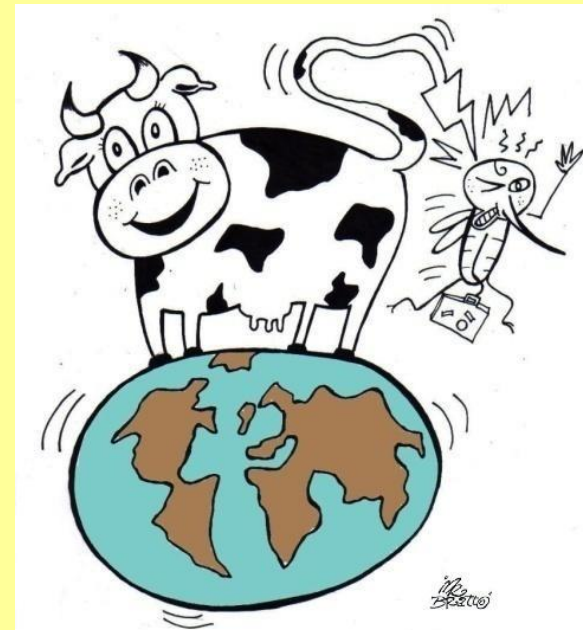
- Personas no nacidas en el extranjero que viajan para visitar a familiares y amigos en países de baja renta. Por ejemplo: hijos de inmigrantes nacidos en el país receptor, parejas de inmigrantes. Se prevé que estas personas vivirán de una forma más similar a la población autóctona (del país de destino del viaje) que como lo harían otros tipos de viajeros (turistas, comerciantes...).

- **¿Qué dice la literatura científica ?**
- **VFR presentan un mayor riesgo de adquirir enfermedades prevenibles relacionadas con el viaje, cuando se comparan con personas que viajan por otros motivos (como el turismo o los negocios)**
- **Se identifica a los VFR como una población de riesgo para la importación de enfermedades desde sus países de origen.**



- **VFR mayor riesgo, debido a :**
- **1. El destino de los viajes: zonas menos desarrolladas, con menos recursos** sanitarios, con deficiente saneamiento medioambiental, más remotas o a ambientes más rurales y con mayor carga de enfermedades prevenibles que las zonas visitadas por los turistas convencionales.
- **2. Características del viaje: Viajes libres, no organizados. De larga** duración (>30 días). A veces pueden ser viajes por motivos urgentes, por tanto, sin planificación previa.
- **3. Algunas prácticas: uso de fuentes locales de agua, consumo de comida** tradicional preparada localmente, alimentos crudos. Habitajes poco saneados.
- **4. Características de los propios VFR: edades extremas de la vida (ancianos –lactantes).** Patologías crónicas (DM, inmunodeficiencias). Gestantes. Pérdida de la semi-inmunidad antiparasitaria.

- **5.- Falta de percepción de riesgo:**
- – Solicitan menos consejo sanitario previo
- – Menos adherencia a las recomendaciones recibidas y más mal cumplimiento de la quimioprofilaxis prescrita
- – **La familiaridad con el entorno y con las enfermedades endémicas, hace que algunas infecciones como la malaria no se perciban como potencialmente graves y por tanto disminuye el uso de medidas profilácticas.**



Y...HASTA AQUÍ... LA TEORÍA

***PERO...EN NUESTRA PRÁCTICA
CLÍNICA HABITUAL...***

TENEMOS PACIENTES QUE VIAJAN...

***CLARO QUE SÍ...
PERO.....***



¿Qué dice nuestra percepción como profesionales clínicos ?

En nuestra consulta:

- ¿Tenemos pacientes que viajan a su país de origen para visitar a familiares y amigos?
- Estos pacientes VFR, ¿nos piden consejo sanitario antes de viajar ? ¿Nos pasa a menudo ?



- Multicéntrico, **10** CAPs de Catalunya y Aragón
- **555** inmigrantes entrevistados.
- **406 (73,2%)** eran I-VFR.
- **261 (64,3%)** I-VFR no habían solicitado Consejo sanitario previo a viajar, por: considerarlo innecesario, desconocimiento, coste económico.
- **145 (35,7%)** I-VFR habían solicitado Consejo sanitario previo a viajar, a:
 - **MF 60 (41,3%),**
 - **MF + USI 31 (21,3%),**
 - Pediatra 26 (18%),
 - Pediatra + USI 2 (1,3%),
 - USI 26 (18%).




Propuesta de recomendaciones y actividades preventivas desde la APS

1.- Formación continuada en temas de Salud Internacional:

- Revistas de actualización en APS: AMF, FMC
- Jornadas, Simposios, Talleres
- Estadías de reciclaje en Unidades de SI

2.- En la consulta, en nuestra práctica clínica habitual:

- **Estar alerta en pacientes inmigrantes que nos comentan que viajarán a su país de origen (son los VFR).**
- *(Búsqueda activa ??)*
- **Sería recomendable preguntar a todo paciente inmigrante si tiene intención de viajar a su país e informarlo de los riesgos y de los recursos existentes para prevenirlos.**




3. Importancia del examen de salud inicial al inmigrante recién llegado. Estado inmunitario correcto y estudio de enfermedades importadas.

- 4. Cuando algún paciente nos comente que piensa viajar a su país para visitar a familiares y amigos... Recordar la importancia del Consejo sanitario previo al viaje y que:**
- Lo podemos hacer nosotros en Atención primaria (saber qué consejo podemos asumir y cual no).
 - Podemos derivarlo a Unidades especializadas en Salud Internacional y Consejo al viajero (recordando que no son gratuitas).

Aconsejaremos visita a una Unidad de consejo al viajero:

- Cuando se necesite un Certificado oficial (p.ej: vacuna fiebre amarilla).
- Nivel de riesgo del viaje **ALTO**:
 - Duración > 30 días
 - Estancias en áreas con malaria endémica por *Plasmodium falciparum*.
 - Estancias en áreas muy aisladas, muy rurales.
 - Viajeros < 14 años o > 65 años.
 - Viajeros trabajadores de actividades de alto riesgo para la salud (cazadores, cooperantes, misioneros ...)
 - Viajeros altamente vulnerables: embarazadas, inmunodeprimidos, con patologías crónicas que pueden agravarse.
- Cuando pensemos que no sabemos suficiente.



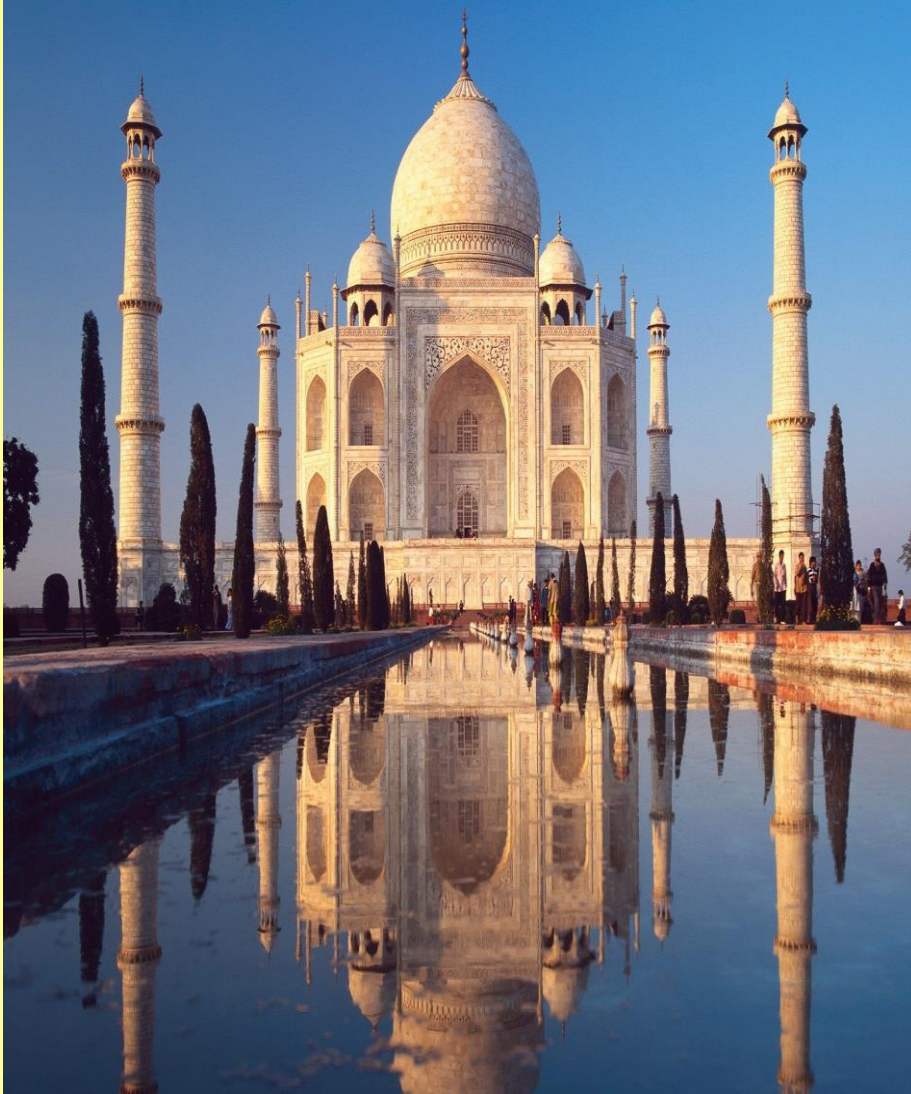
■ **Consejo sanitario previo a viajar, lo podemos hacer** nosotros desde Atención primaria dependiendo de:

- el lugar de destino
- el tipo de viaje
- el alojamiento
- la duración
- los antecedentes patológicos del viajero

Medidas generales para evitar el contagio de enfermedades

Vacunas y/o quimioprofilaxis para prevenir posibles enfermedades.

CASO CLÍNICO 3



- Pareja de 28 años que viaja en su luna de miel al N India, durante 8 días.
- De regreso en avión, con AA el marido presenta MEG, mucha astenia, dolor articular retroocular, cefalea y dolor en la muñeca D.

CASO CLÍNICO 3

- EF en consulta: REG, TA 122/74, FC 106x', FR 12, Temp 39°C
- Auscultación cardio - respiratoria N
- Neurológicamente sin focalidad
- ABD anodino
- Dolor, eritema en carpo D



CASO CLÍNICO 3



- A nivel cutáneo:
Rash generalizado con prurito, tenue, morbiliforme que al poner la mano encima desaparece.

¿¿¿ ???

Pruebas complementarias

■ Analítica:

Hemograma con leucos de 1.200 y plaquetas
en el límite bajo

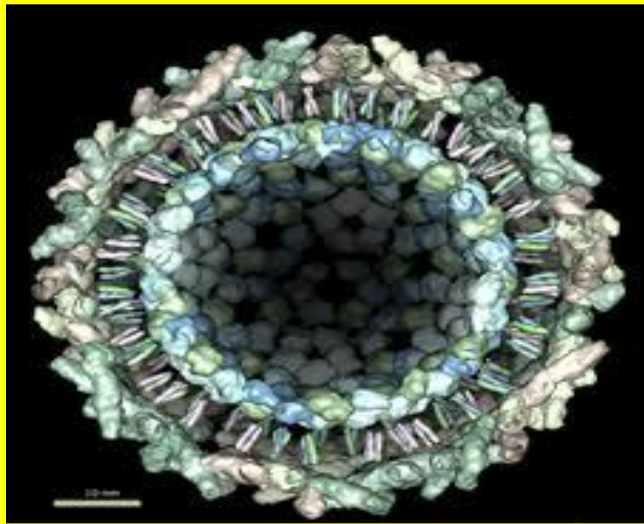
■ Rx tórax:

Sin alteraciones

Diagnostico Diferencial: fiebre, rash, leucopenia

- VIH
- Mononucleosis tratada con amoxicilina
- Arbovirus: Dengue, Chikungunya
- Fiebre tifoidea
- Sarampión

Diagnóstico: Virus Chikungunya





**FIEBRE
PROCEDEN
TE DEL
TRÓPICO**

¿Cuál es el papel de la Atención Primaria...

... en la fiebre importada?



INTRODUCCIÓN

- Entre la patología importada, el síndrome febril es muy importante, ya que en pocas horas puede hacer peligrar la vida de una persona.
- El riesgo de adquirir una enfermedad febril durante un viaje depende tanto del país visitado como de la duración del viaje, de las actividades realizadas, de la alimentación y del grado de protección (quimioprofilaxis).
- En el servicio de Medicina tropical del Clínic el síndrome febril representa un 15% de las consultas, y de estos en un 30% la fiebre se autolimita y no se llega al diagnóstico.



Fiebre procedente del trópico

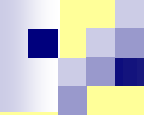
- Las infecciones son responsables del 2-3% de la mortalidad durante los viajes. Son la primera causa de morbilidad. Hay muchas posibles causas de fiebre en el viajero pero sólo unas pocas son responsables del 80% de los casos.
- Un 10-25% de los casos se queda sin diagnóstico definitivo. Casi siempre se trata de infecciones leves y autolimitadas. Gran parte de los procesos febriles en viajeros procedentes de zonas tropicales están producidos por patógenos habituales.
- Aproximación inicial: anamnesis con conocimientos epidemiológicos y con el periodo de incubación de los distintos procesos, para que la larga lista de causas quede reducida a unas pocas posibilidades.

Fiebre procedente del trópico

- La *fiebre* puede traducir la existencia y siempre acompaña enfermedades potencialmente letales como el *paludismo*, el *dengue*, las *fiebres hemorrágicas*, la *fiebre tifoidea complicada* y las *parasitosis invasivas*.
 - Si el paciente proviene de zona endémica de paludismo, especialmente de lugares con alta transmisión de la enfermedad (como África subsahariana), se cumple el aforismo más irrefutable de la medicina tropical:

Toda fiebre procedente de zona endémica palúdica es un paludismo hasta poder demostrar lo contrario



- 
- Se realizan viajes intercontinentales por motivos de turismo, negocios, cooperación, ... La otra cara de los viajes es la de la inmigración y de los inmigrantes asentados que visitan a sus familiares en el trópico. Ha aumentado significativamente el número de personas con riesgo de padecer una enfermedad importada.
 - Después de la diarrea, la fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los viajeros procedentes de regiones tropicales, (11-19%). Estudios llevados a cabo en dos unidades españolas de referencia de medicina tropical refieren a la fiebre como motivo de consulta en el 20-22% de los viajeros.
 - La fiebre suele presentarse antes de dos semanas tras el retorno en el 70% de los casos, pero en un 10% es después de seis meses.



Severe Imported *Plasmodium falciparum* Malaria, France, 1996–2003

Elise Seringe, Marc Thellier, Arnaud Fontanet, Fabrice Legros, Olivier Bouchaud, Thierry Ancelle, Eric Kendjo, Sandrine Houze, Jacques Le Bras, Martin Danis, and Rémy Durand, for the French National Reference Center for Imported Malaria Study Group¹

21,888 casos de malaria por *P. falciparum* en Francia
832 casos de malaria complicada
Identificar factores asociados a la gravedad de malaria

Emerg Infect Dis May 2011

Table 5. Factors independently associated with severe malaria among patients treated for *Plasmodium falciparum* malaria in hospitals, France, 1996–2003*

Variables	Odds ratio (95% confidence interval)	p value
Age group, y		
≤15	1	<0.0001
16–30	0.9 (0.7–1.2)	
31–45	1.06 (0.8–1.3)	
46–60	1.8 (1.4–2.3)	
>60	2.7 (2.0–3.6)	
Origin and residence		
African travelers	1	<0.0001
African residents	1.5 (1.1–1.9)	
European travelers	3.2 (2.6–3.8)	
European expatriates	3.7 (2.9–4.9)	
Others	1.9 (1.5–2.6)	



Chemoprophylaxis

Appropriate drug† 1 0.001

No chemoprophylaxis 1.3 (1.1–1.5)

Inappropriate drugs‡ 1.5 (1.2–1.9)

Place of first visit

Hospital 1

General practitioner 1.4 (1.2–1.7) <0.0001

Time between onset and diagnosis, d

≤1 1 <0.0001


2–3 0.9 (0.8–1.2)

4–6 1.6 (1.3–1.9)

7–12 1.5 (1.1–1.8)

>12 0.7 (0.5–0.9)





Harefuah. 2010 Sep;149(9):568-71, 621, 620.

[The awareness of malaria in primary care medicine].

Sabbag A, Schwartz E.

Department of Internal Medicine C, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.
avisabbag@gmail.com

BACKGROUND:

Malaria is still one of the most prevalent infectious diseases worldwide. It is the most common specific cause of fever in returning travelers. Western countries, Israel amongst them, are no longer endemic for the disease. Nonetheless, morbidity is increasing due to the importation of malaria by travelers to endemic regions.

METHODS:

In this study the authors observed the diagnostic process that 22 malaria patients underwent prior to their hospitalization at the Sheba Medical Center.

RESULTS AND CONCLUSIONS:

The results of the study were disturbing and showed **underdiagnosis of malaria at a rate of 78% by primary care physicians and 28% by physicians in the emergency rooms**. These rates are comparable to reports from other western countries and may be the result of a variety of reasons. The **major reasons are the non-specific presentation of the disease, lack of awareness of the possibility of malaria and misinterpretation of laboratory results**

Nationwide survey of the role of travel medicine in primary care in Germany.

[Ropers G](#), [Krause G](#), [Tiemann F](#), [Du Ry van Beest Holle M](#), [Stark K](#).

Department of Infectious Disease Epidemiology, Robert Koch Institute, Berlin, Germany.

BACKGROUND:

With more persons traveling to (sub)tropical destinations, travel medicine is an increasing challenge for the health care system in many countries. This study investigated the role and scope of travel medicine provided by general practitioners (GPs) in primary health care, assessed the determinants of specific prophylactic recommendations, and identified the needs of GPs regarding training and cooperation in travel medicine.

METHODS:

A national survey was conducted among randomly selected GPs in Germany. Information on the type and extent of activities in travel medicine, the number and characteristics of patients, the use of specific information systems, and training and cooperation, was obtained with a standardized postal questionnaire. Representativeness was assessed by a computer-assisted telephone survey among nonrespondents. Univariate and multivariate statistical analysis was performed.

RESULTS:


Of all GPs (n=1,320), 95% provided medical pretravel advice or post-travel counseling (13.2 patients/month). The most common topics in pretravel consultation were immunizations (95%), malaria chemoprophylaxis (94%), advice on exposure prophylaxis (41%), and advice on protection from sexually transmitted infections (STIs) (43%). GPs frequently advised certain patient groups (e.g., cardiovascular patients 68%, pregnant women 20%). Travelers' diarrhea was the most common topic in post-travel consultation (89%), followed by fever (38%). Of the GPs, 25% cooperated regularly with institutions with special expertise in travel medicine or tropical diseases. Sixty-four percent had received some training in travel medicine, and 86% stated a need for additional training. In the multivariate analysis, independent determinants for advice on exposure prophylaxis and STI risks included special training in travel medicine, use of country-specific information sources, and location of the practice in the former West Germany and urban areas.

CONCLUSIONS:

Travel medicine is of importance in primary health care in Germany. There is a need for improved counseling on exposure and STI prophylaxis. GPs' training in travel medicine and cooperation with institutions such as institutes, clinics and laboratories for tropical medicine should be improved.

Algunos pensamientos al respecto:

- Se han de **reforzar las recomendaciones de prevención de la malaria** teniendo en cuenta estos datos (edad avanzada, no-inmunes...).
- Se debe **aumentar la “conciencia” de los profesionales sanitarios respecto a la malaria**: siempre preguntar por el antecedente de viaje a un paciente con fiebre, y si existe riesgo de malaria se debe realizar diagnóstico urgente.
- Se debe **facilitar el contacto entre primaria y especializada**.



La malaria en población no inmune puede evolucionar de forma muy rápida, de ahí la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoz.

En viajeros no inmunes, está descrito un 0,2-4% de mortalidad, pero ES EVITABLE.

FIEBRE

- Muchos de los pacientes con un síndrome febril importado deberán ser derivados a centros hospitalarios o especializados en medicina tropical. Se desaconseja contemporar a la espera de la evolución clínica del cuadro febril. Si disponemos en AP o en urgencias del hospital, *la primera prueba a realizar es una gota gruesa o una prueba rápida inmunocromatográfica (ICT-Now test©, optiMAL©) para confirmar el diagnóstico de paludismo.*
- Recordar que: a) los inmigrantes que conservan una cierta semiinmunidad al parásito (inmigrantes recientes con 2-3 años de estancia en Europa) pueden presentar cuadros clínicamente poco manifiestos, b) las pruebas rápidas tienen poca sensibilidad frente a la presencia de plasmodios no-falciparum y, c) el estudio tiene que incluir gotas gruesas seriadas y con el paciente febril si la primera es negativa.

ACTITUD TERAPÉUTICA FRENTE A UN SÍNDROME FEBRIL



- Todo síndrome febril sin foco en paciente con viaje reciente al trópico, se recomienda que sea avaluado por un especialista en medicina tropical.
- Se tiene que tener en cuenta que las enfermedades cosmopolitas, también existen en el trópico.
- Según el contexto personal del paciente se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la patología no infecciosa.
- La evolución natural de una patología puede estar alterada por fármacos que hayan tomado previamente los pacientes.
- Los inmigrantes de áreas tropicales con varios años de estancia en nuestro país que viajan de nuevo a su país de origen, tienen el mismo riesgo que los viajeros que hacen turismo de contraer enfermedades por pérdida de inmunidad adquirida

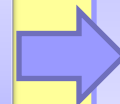
Historia clínica y epidemiológica
Viaje: duración y características
¿Viene de una zona con malaria?
¿Ha hecho profilaxis antipalúdica?
¿Cuándo ha tomado la última dosis?



Tenemos que pedir:
Gota gruesa, hemograma, bioquímica y hemocultivos



Según sospecha clínica:
Serologías específicas, repetir gota gruesa en pico febril, Rx tórax, coprocultivo/parásitos en heces, urocultivo.



No tenemos diagnóstico:
Derivación a
unidad de
medicina tropical

CASO CLÍNICO 4



- Mujer de 43 años sin AMC ni hábitos tóxicos. Madre fallecida por muerte súbita. Natural de Colombia vivió desde los 6 años en Venezuela en área rural. Reside en España desde 2005 y no ha vuelto a su país. Trabaja como cuidadora de una anciana con la que convive.
- **AP:** Epigastralgia no investigada en tto con IBP. Dos episodios de dengue clásico (dx clínico)

CASO CLÍNICO 4

- Consulta por palpitaciones y mareos sin pérdida de conciencia de 6 meses de evolución. Presentó 2 episodios de dolor centrotorácico opresivo en contexto ansioso
- EF: NC y NH, eupneica, afebril, TA 100/75mmHg, FC 70x'. ACR: rítmico sin soplos, MVC, ausencia de edemas bimalleolares
- **¿Qué hacemos?**

¿Qué hacemos?

- EF normal, ansiolítico y control en 1 semana
- Pruebas complementarias: Rx tórax y ECG
- Derivo a cardiología

Pgm 308GA
12SLtm v86

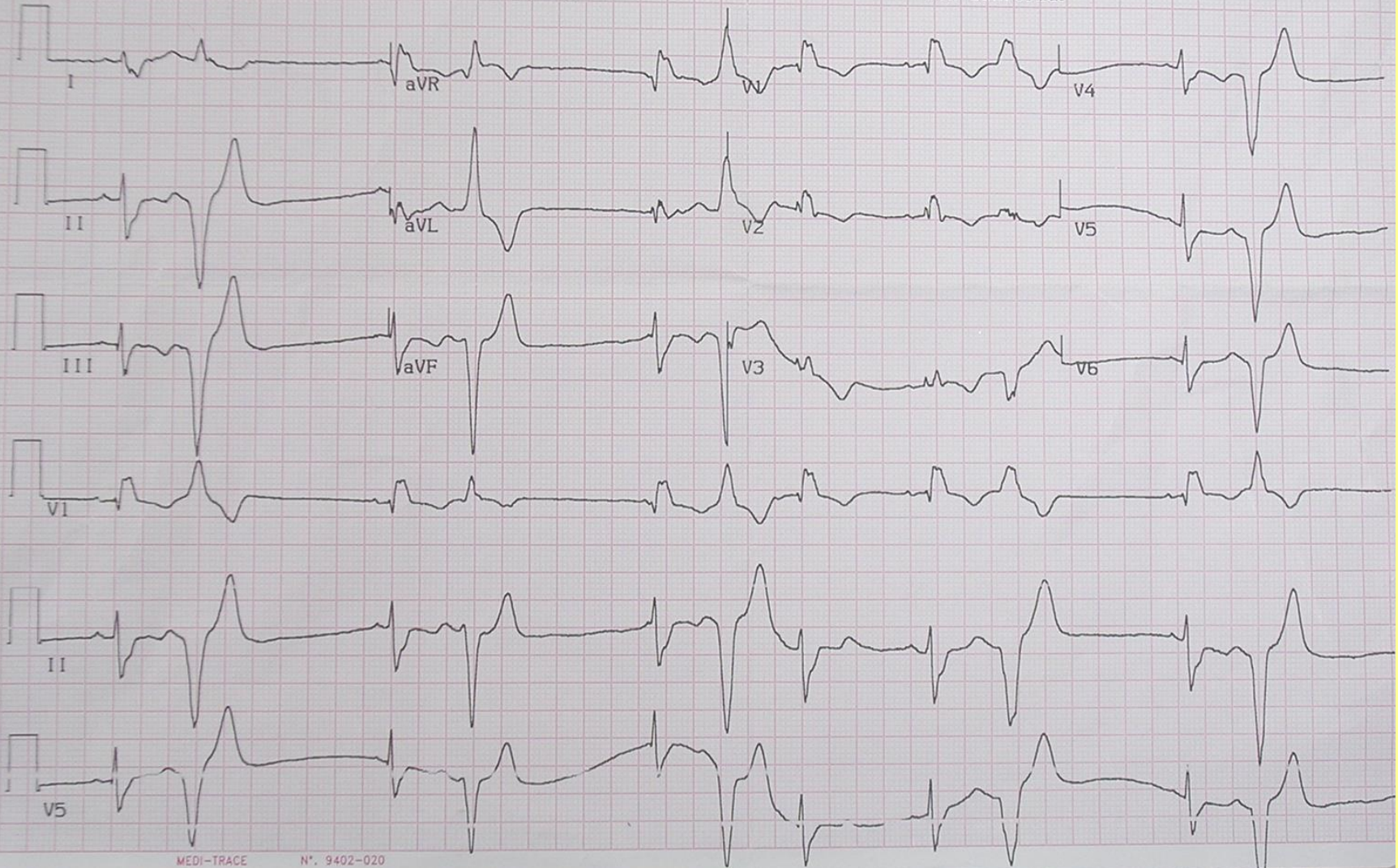
Loc: 0 Hab:

DEQUEO VE LA VISTA DERECHA
ECG ANORMAL

Frec. vent. 71 LPM
Intervalo PR 155 ms
Duración QRS 168 ms
QT/QTc 540/585 ms
Ejes P-R-T * 256 -5

Enviado por:

Sin confirmar





CASO CLÍNICO 4

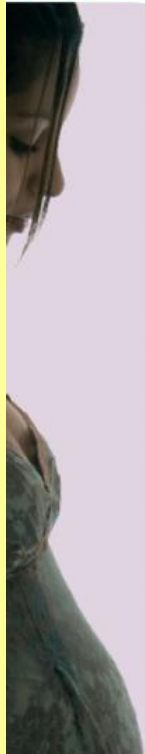
Rx tórax normal

Solicitar ecocardiograma

Reinterrogar y pedir serología específica

CASO CLÍNICO 4

- Serología T. Cruzi: positiva (2 ELISA, PCR negativa)
- Analítica: normal excepto eosinofilia (14'3%, 1300 absolutos)
- Parásitos en heces: strongyloides stercoralis, trichiuris trichiura
- Ecocordio: VI no dilatado, motilidad global ligeramente reducida con hipoquinesia difusa y movimiento anormal del septo, mínima IM secundaria, asincronía ventricular

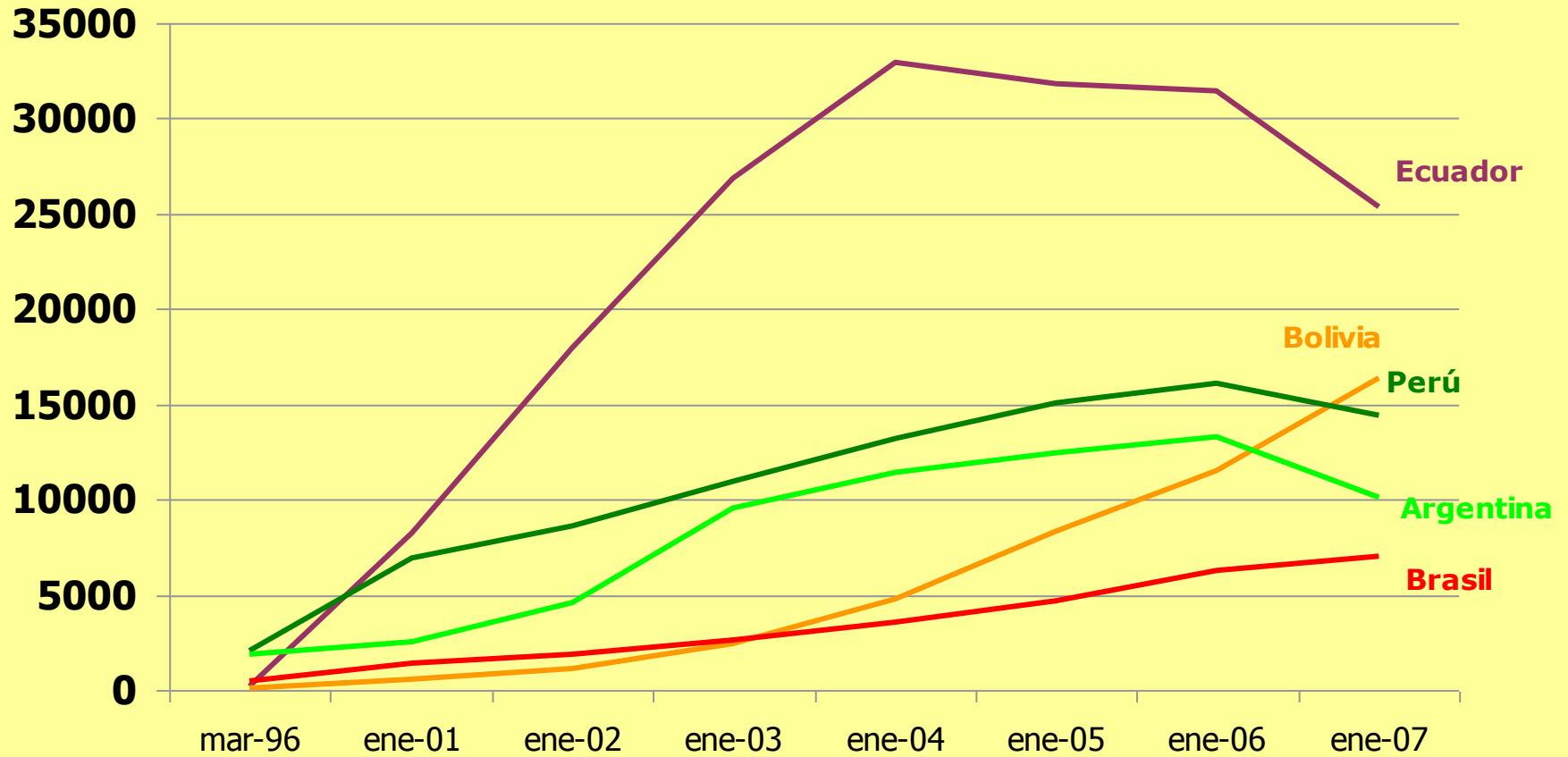


Protocol de cribratge i
diagnòstic de malaltia
de Chagas en dones
embarassades
llatinoamericanes
i en els seus nadons

Objetivos del cribaje:

- Diagnóstico precoz y tratamiento de la infección congénita
- Estudio de hijos anteriores de las embarazadas con serología positiva

Datos población inmigrante Barcelona 1996-2007



Fuente: Departamento de estadística .Ayuntamiento de Barcelona

Estudio de prevalencia de enfermedad de Chagas en Maternidades de Barcelona

PAIS	N (total: 1236)	POSITIVAS (%)
BOLIVIA	152	42 (28%)
ARGENTINA	95	2 (2%)
PERU	221	1 (0.58%)
ECUADOR	465	1 (0.2%)
COLOMBIA	158	0
CHILE	37	0
URUGUAY	33	0
PARAGUAY	33	0
VENEZUELA	33	0

TOTAL

1350

46 (3.75%)

3 Positivos NN



Transmisión 7,3%

Enfermedad de Chagas

TRIPANOSOMIASIS AMERICANA

- *Trypanosoma cruzi*
- Ligada a vector (vinchuca)

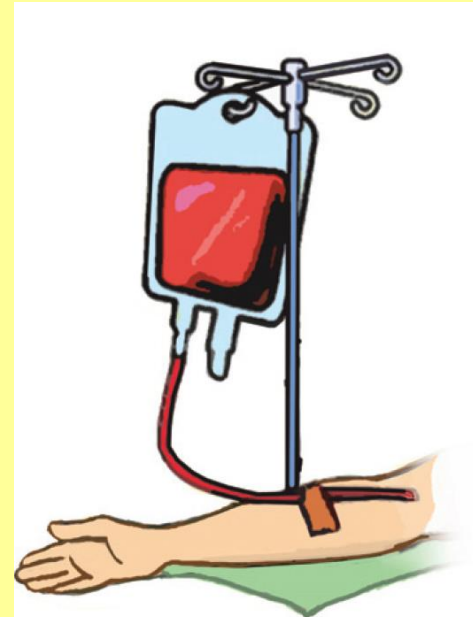


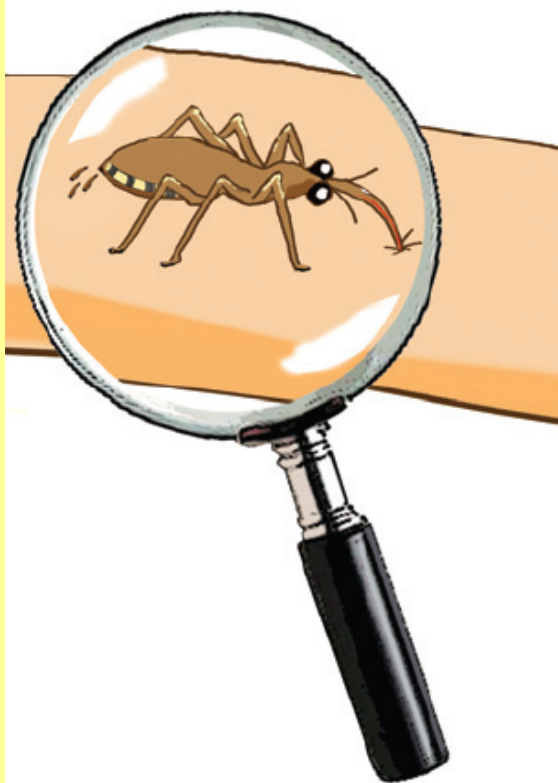
50.000 muertes/año.



¿Cómo se transmite?

- Vectorial
- Sangre y hemoderivados
- Transplante de órganos
- Transmisión vertical
- Oral. Brotes por consumo de zumos tropicales
- Accidentes de laboratorio





A través de un insecto llamado (vinchuca, barbeiro, chinche, chipo, pito).

Cuando el insecto pica a la persona para alimentarse con su sangre, defeca. En las heces que deposita sobre la piel se encuentra el parásito, que pasa a la sangre cuando la persona se rasca.



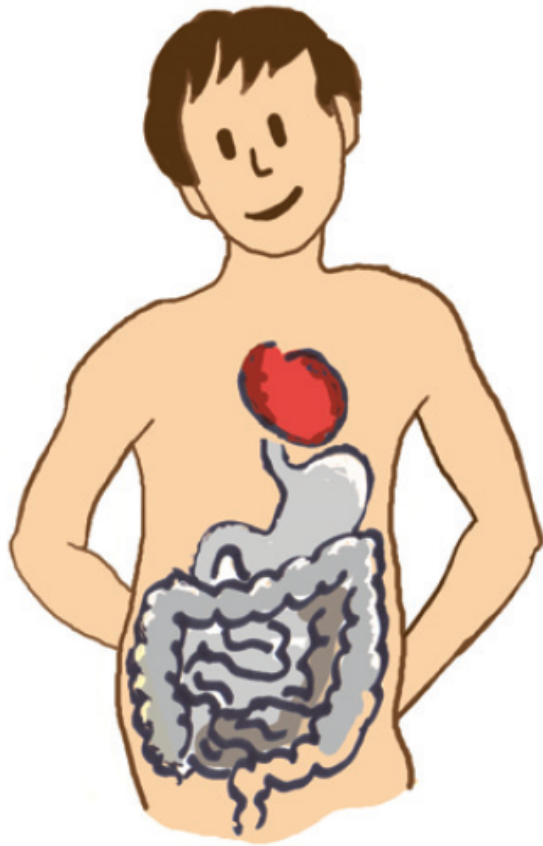
- Cómo **NO** se transmite

- Relaciones sexuales
- Saliva
- Contacto con piel





La mayor parte de los niños y adultos con enfermedad de Chagas, no saben cuando se infectaron y durante toda su vida pueden convivir con el parásito sintiéndose bien.



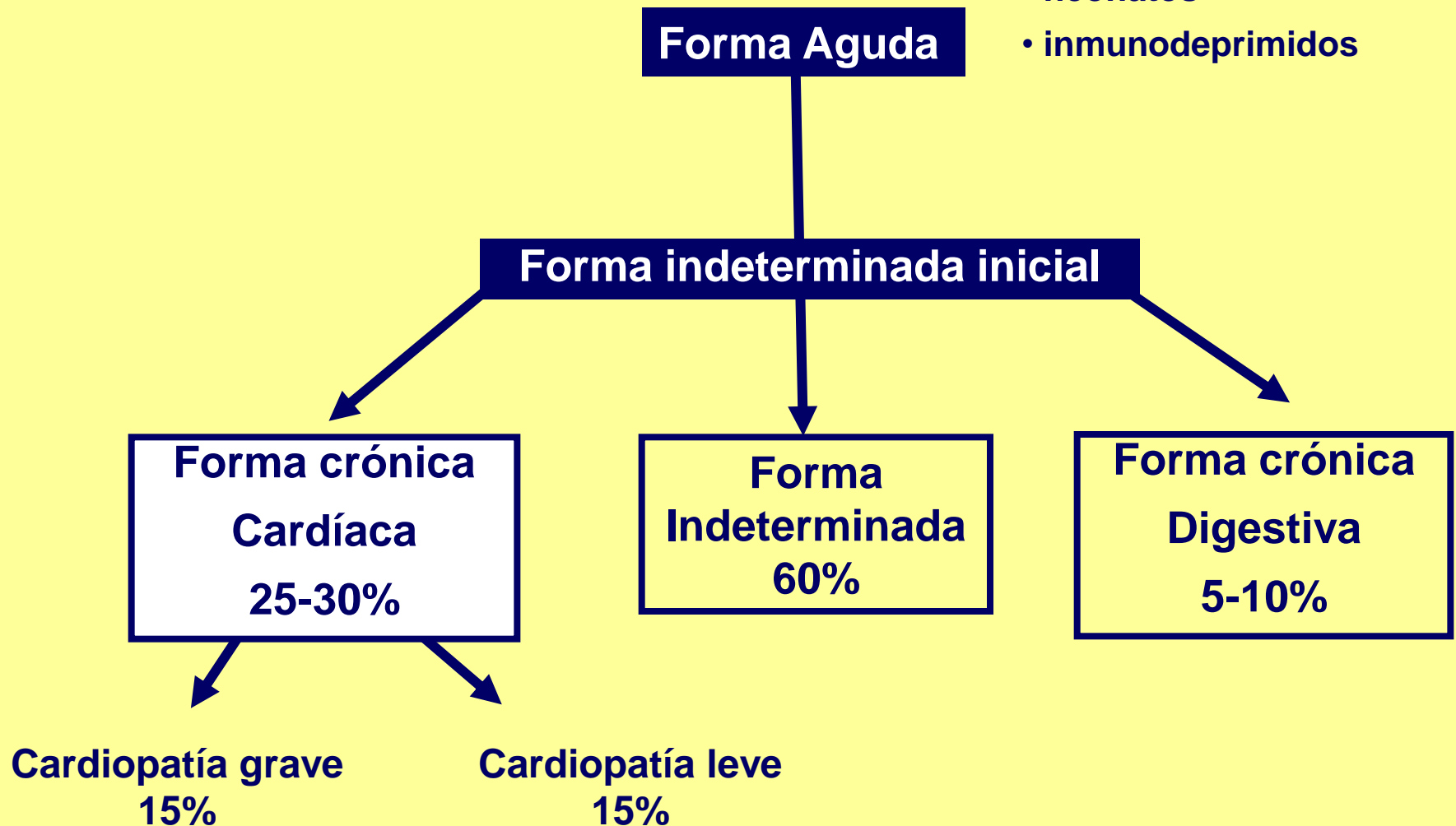
Aproximadamente 30 de cada 100 personas con Chagas pueden presentar problemas de corazón y 15 de cada 100 pueden tener problemas del aparato digestivo.

Si hay afectación del corazón o del aparato digestivo puedes tener mareo, desmayos, palpitaciones y dolor en el pecho, fatiga, estreñimiento y dificultad para tragar.

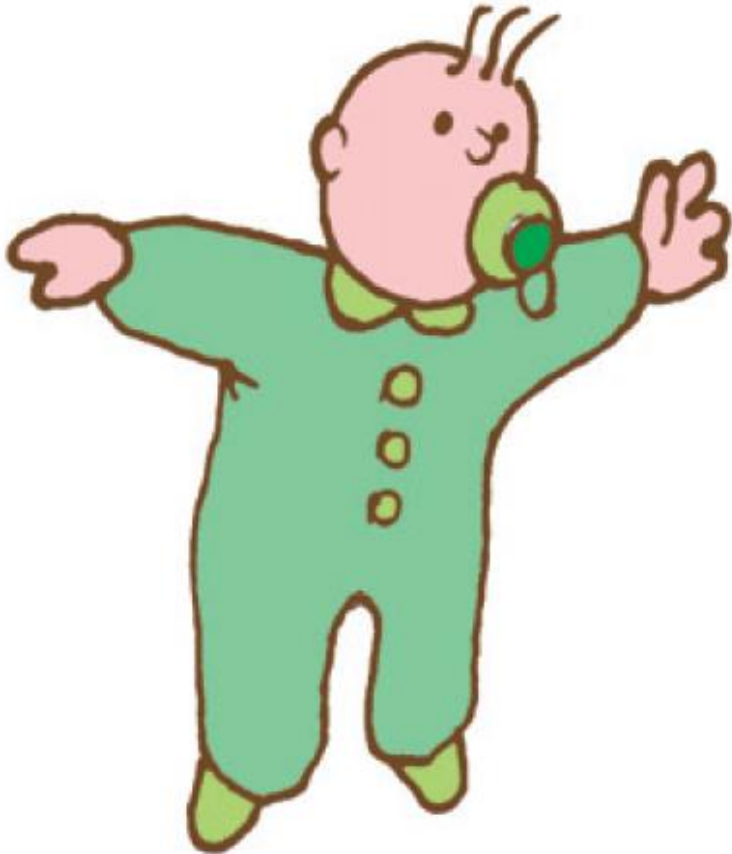


Formas Clínicas

- neonatos
- inmunodeprimidos



Tratamiento

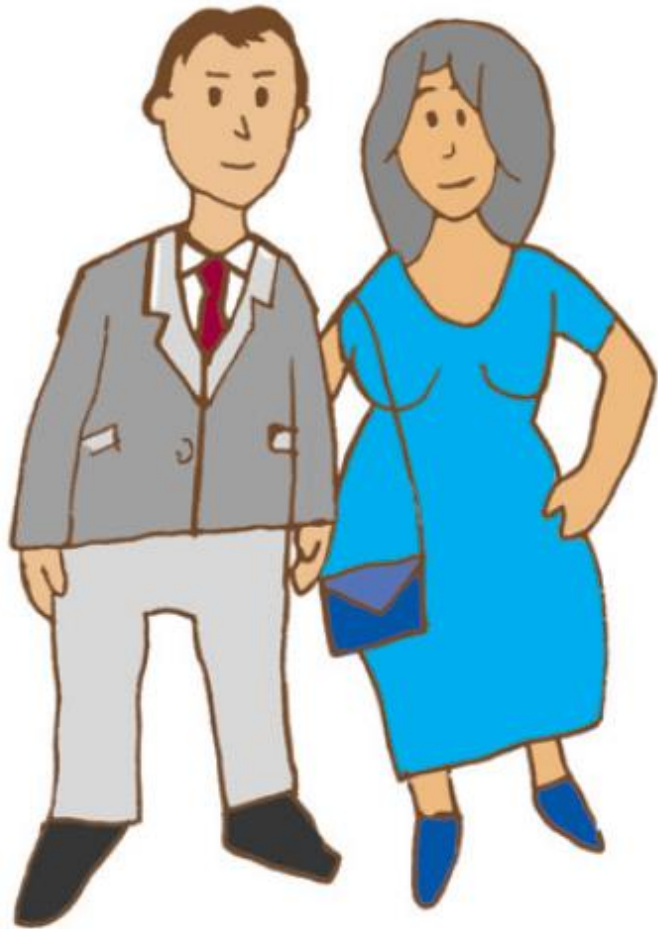


En menores de 1 año el tratamiento consigue una curación completa.



En jóvenes
el tratamiento
consigue buenos
resultados.





En adultos
el tratamiento puede
evitar la progresión
de la enfermedad
(complicaciones
cardíacas).



¿A quien tratar?

❖ Siempre

- Niños < 18 años
(Fase aguda y fase crónica inicial)

❖ Discutible

- Adultos



Tratamiento

1. Benznidazol: 60 días (+ utilizado)
2. Nifurtimox



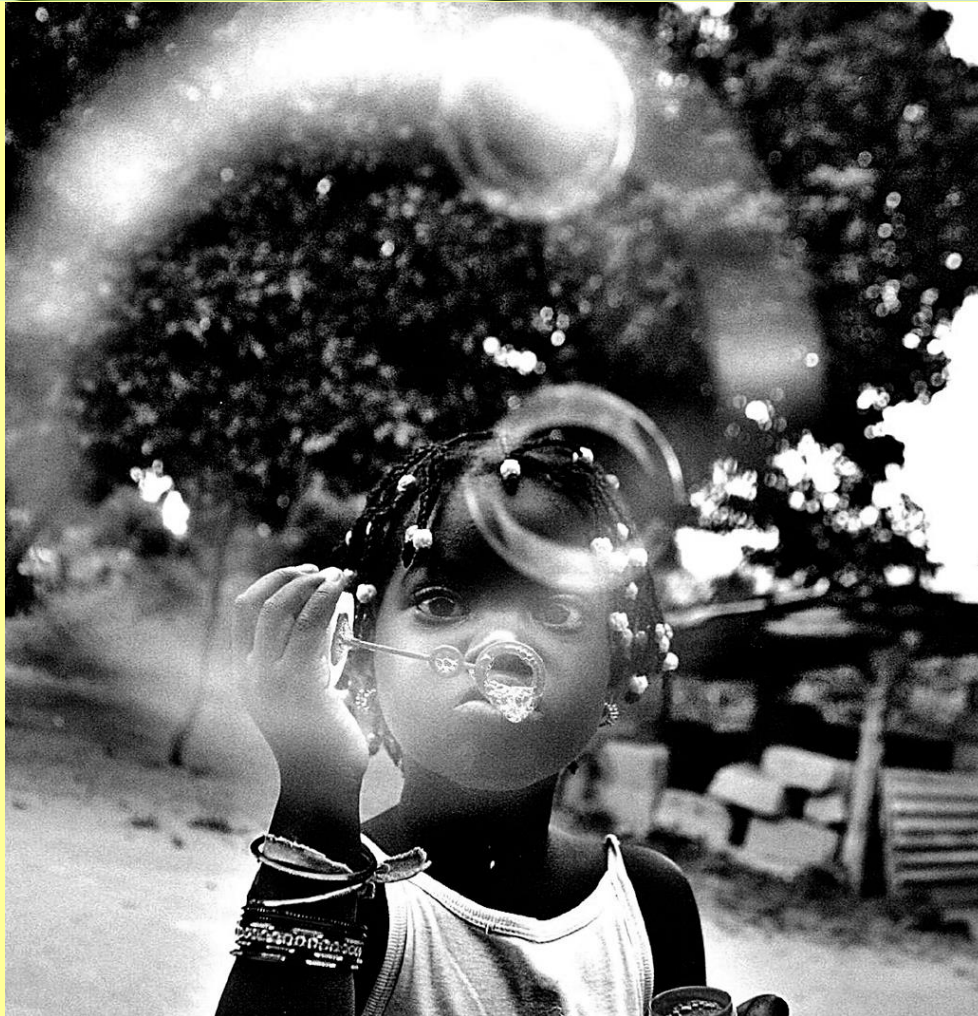
MEJOR TOLERANCIA EN NIÑOS



XVI Jornada de Residents

de Medicina Familiar i Comunitària

3 d'abril de 2014 a la CAMFiC



**MUCHAS
GRACIAS**