

Sesión 37

Aspectos microbiológicos y clínicos de las enfermedades de importación

582

PREVALENCIA DE *N. MENINGITIDIS* EN MUJERES PROSTITUTAS

S. González, N. Batista, O. Díez y L. Capote¹*Unidad de Microbiología. H.U. Ntra. Sra. de Candelaria.*¹*Servicio Epidemiología y Promoción de la Salud.**Dir. Gral. Salud Pública. S.C.S.*

Objetivo: Analizar la prevalencia de portadores de *N. meningitidis* en mujeres que ejercen la prostitución (MP), y sus características, comparándolas con la población del Área de Salud de Tenerife, así como analizar los serogrupos aislados en ambas poblaciones y compararlos con los casos invasivos en la misma área y el mismo período de tiempo.

Material y métodos: De mayo/2003 a abril/2005 se tomaron muestras faríngeas a 290 MP incluidas en un programa de prevención de ETS (Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud), así como 3116 pacientes (1307 ambulatorios y 1809 pacientes al momento de su ingreso hospitalario) (A+I), atendidos en nuestro hospital cuya población de referencia son 800.000 habitantes. Se analizó la presencia de *N. meningitidis* mediante cultivo de las muestras en medio Thayer-Martin: los aislados obtenidos se enviaron para confirmar su tipificación al ISC III (Laboratorio de Meningococos). De igual forma se analizaron muestras de LCR y Sangre en los casos invasivos.

Resultados: La edad media del grupo de MP era de 30 años, y las zonas de procedencia: Latinoamérica, 74%; África, 12% y Europa 10,9% (España, 9,5%). El 52% se hallaban en situación irregular y el 75% ejercía la prostitución en pisos y clubes. En el grupo MP se aislaron 19 meningococos (6,55%), y en el grupo A+I se aislaron 10 (0,32%). Los casos invasivos fueron 9 (8 meningitis+ 1 meningitis+ sepsis). La distribución de serogrupos fue, en el grupo MP: 6B / 2C / 1Y / 6 no serogrupables (NG); en el grupo A+I: 4B / 1C / 1Y / 4 NG; en los casos invasivos 5B / 2C / 1Y / 1 NG.

Conclusión: Se observa una prevalencia mayor en el grupo MP que en la población del Área de Salud de Tenerife. La distribución de los serogrupos se superpone entre los tres grupos con predominio del grupo B (1757). Con respecto a estudios similares realizados en Canarias antes de que se desarrollaran intervenciones de vacunación se observa una disminución de la prevalencia del grupo B, y unas cifras de prevalencia que siguen siendo bajas y similares para el grupo C.

583

DESCRIPCIÓN DE 40 CASOS DE PALUDISMO DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA

J. Ruiz-Giardín¹, J. San Martín¹, M. Alonso², N. Cabello¹, A. Barrios¹ y A. Zapatero¹¹*Medicina Interna-Infecciosas, ²Microbiología. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.*

Objetivos: Estudio descriptivo epidemiológico, analítico, clínico y terapéutico de todos los casos de paludismo diagnosticados en el primer año de apertura del Hospital de Fuenlabrada.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de casos de malaria diagnosticados en el Hospital de Fuenlabrada, recogiendo las variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, tratamiento y evolución.

Resultados: De junio 2004 a diciembre 2005, han sido diagnosticados 40 casos de paludismo, 27 (67,5%) durante el otoño. Los países en que se contrajo la infección son Guinea Ecuatorial 21 casos (52,5%), seguido de Nigeria con 16 casos. Ningún viajero español. Varones 28 casos (70%). Edad media de 30,1 años (DS 14). *P. falciparum* fue el más frecuente: 28 casos (70%). El 80% de los pacientes estuvieron menos de 90 días en zona palúdica de riesgo. Profilaxis correcta en sólo 4 casos (10%). Días en España al diagnóstico: 33 (82,5%) casos se diagnosticaron en los 30 días siguientes al regreso a España, y 37 (92,5%) antes de los dos meses. Un caso se diagnosticó a los 120 días (*P. falciparum*), y dos al año del regreso (*P. vivax* por extensión en sangre periférica, y *P. falciparum* por PCR). Días con clínica al diagnóstico: Menos de 30 días en el 95%, y menos de 10 en el 85%. Clínica: fiebre 38 (95%), cefalea 18 (45%), síntomas digestivos 20 (50%), esplenomegalia clínica en 8 casos (20%). Analítica: Sin leucocitosis en el 95% de casos, trombopenia 21 (52,5%), anemia 23 (57,5%), elevación de transaminasas 14 (35%). Proteína c reactiva elevada en 20 casos de 21 (95,2%) en los que se realizó. Elevación de lactodeshidrogenasa (LDH) en 25 casos de los 29 en los que se realizó (86,2%). Diagnóstico: Extensión sangre periférica-gota gruesa en 32 casos (80%), PCR en 2 (5%), y clínico en 6 (15%). Tratamiento: 31 (77,5%) quinina y doxiciclina, 5 quinina, 3 quinina y clindamicina, 1 proguanil atovacuona. 2 pacientes requirieron ingreso en UCI (un niño menor de 1 año de edad, y un varón de 63 años de edad (ambos extremos de edad de nuestros paciente). Todos curaron.

Conclusiones: 1) Importancia de la sospecha diagnóstica en toda persona con fiebre con estancia en el Trópico en el último año. La mayor parte de nuestros pacientes son inmigrantes con viajes frecuentes a sus países de origen. 2) Importancia de una profilaxis correcta. Ésta no excluye la posibilidad de padecer malaria. 3) El paludismo no se asocia a leucocitosis. Su presencia debe hacernos sospechar otra entidad infecciosa además del paludismo. 4) Otros datos analíticos que apoyan el diagnóstico son el aumento de la proteína c reactiva y de la LDH así como la presencia de anemia y trombopenia. 5) Cuadro clínico inespecífico. 6) Mayor gravedad en edades extremas de la vida (niños y ancianos). La presencia de autoinmunidad disminuye la severidad del cuadro. 7) El paludismo debe ser conocido por todo médico con actividad clínica por el progresivo incremento de casos importados (inmigración y viajes).

584

SEROPREVALENCIA FRENTE A VIRUS TOSCANA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN DOS CORTES TEMPORALES: 1993-1994 Y 1999-2000

F. de Ory¹, J. C. Sanz², T. Minguito¹ y R. Ramírez³¹*Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, ²Laboratorio de Salud Pública, y ³Servicio de Epidemiología, Comunidad de Madrid*

Objetivo: El virus Toscana (VTOS) es un virus transmitido por flebotomos. Aunque la infección asintomática es frecuente, puede ocasionar cuadros febriles usualmente acompañados de meningitis. Se han descrito casos en varias regiones de nuestro país. El objetivo de este estudio fue valorar la prevalencia de IgG frente a VTOS en población general de la Comunidad de Madrid (CM) durante dos periodos de tiempo: 1993-1994 y 1999-2000.

Material y método: Se estudiaron sueros correspondientes a dos encuestas de serovigilancia llevadas a cabo en la CM durante los periodos 1993-1994 (2262 individuos, 1178 mujeres y 1084 varones) y 1999-2000 (1945 individuos, 995 mujeres y 950 varones). Estas muestras fueron obtenidas mediante muestreos bietápicos por conglomerados en centros públicos de atención primaria para ser representativas, en cada periodo de tiempo, de la población general de la CM de entre 2 y 60 años. Las muestras se estudiaron mediante un ensayo de ELISA indirecto, que emplea un antígeno recombinante de la nucleoproteína del virus (Enzywell Toscana virus, Diesse, Italia).

Resultados: La seroprevalencia global detectada en 1993 (7,21%) resultó significativamente mayor ($\chi^2 p < 0,05$) que la observada en 1999-2000 (5,71%). Tanto en el periodo 1993-1994 como en 1999-2000 la prevalencia aumentó significativamente en función de la edad (χ^2 tendencia lineal $p < 0,001$), pasando en ambos estudios de ser menor del 1% en menores de 5 años hasta alcanzar en mayores de 40 el 14,62% en 1993-1994 y el 12,29% en 1999-2000. En ninguno de los dos cortes temporales se evidenciaron diferencias significativas en función del sexo (7,38% en varones frente a 7,05% en mujeres durante 1993-1994 y 5,89% en varones frente a 5,53% en mujeres en 1999-2000).

Conclusiones: Aunque la seroprevalencia obtenida en estos estudios es inferior a la informada en otras regiones de la cuenca mediterránea, estos resultados confirman la circulación de VTOS en la CM durante los últimos años. El aumento de prevalencia edad-dependiente parece indicar un efecto cohorte relacionado con la exposición a VTOS a lo largo de la vida. El descenso en la prevalencia registrado en 1999-2000 respecto a 1993-1994 podría ser resultado de cambios ambientales y ecológicos relacionados con el vector y/o modificaciones en los hábitos de vida de la población. De acuerdo con estos datos, este virus debería considerarse en el diagnóstico diferencial de los cuadros de meningitis aséptica en nuestro medio.

585

RESULTADOS PRELIMINARES DE LAS ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS EN UN ÁREA RURAL DE MOZAMBIQUE

M. Espasa^{1,2}, C. David¹, A. Berenguera^{1,2}, I. Juma¹, J. Sacarlal¹, J. Gascón², W. Hippke⁴, A. McArthur⁴, P. Perdigão⁴, P. Alonso^{1,2} y J. González Martín³

¹Centro de Investigação em Saúde da Manhica - CISM. Mozambique. ²Centro de Salud Internacional. Institut de Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer - IDIBAPS. Hospital Clínic Barcelona, Spain. ³Departamento de Microbiología. Institut de Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer - IDIBAPS. Hospital Clínic Barcelona, Spain.

⁴Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra (PNCTL), Ministerio de Salud. Mozambique.

Introducción: La incidencia estimada de tuberculosis (TB) en Mozambique es de 457 casos nuevos /100.000hab./año (WHO Global TB Report 2005) y la seroprevalencia de VIH del 14% en adultos de 15-49 años (Relatorio del Programa Nacional VIH/SIDA Mozambique, 2002). El Hospital Distrital de Manhica (HDM) se encuentra en una zona rural en el sur de Mozambique.

Objetivos: Describir en el distrito de Manhica: 1. La implementación de la colaboración entre los Programas de TB y VIH/SIDA. 2. Datos preliminares de la incidencia de tuberculosis y su asociación con el VIH.

Diseño e intervenciones: Siguiendo las políticas nacionales del Ministerio de Salud de Mozambique y de la OMS, en Junio de 2003 se inició el consejo voluntario pre y postest para VIH a todos los pacientes tuberculosos. En Junio de 2004 se inauguró un Centro para consejo y prueba voluntaria del VIH para la población general a la vez que un Hospital de Día (HdD) para pacientes VIH+. El HdD ofrece tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas. A partir de Abril de 2005 se determina la cifra de linfocitos CD4+ y se dispone de antiretrovirales. Los datos recogidos de esta intervención se han analizado con el programa Stata Intercooled v8 @.

Resultados: Entre enero de 2003 y junio de 2005 se registraron 991 casos de TB, con una incidencia máxima de 394 casos/100.000hab./año en 2004. El 51,6% (512/991) de los pacientes aceptaron la prueba del VIH, siendo la tasa de coinfección entre éstos del 58% (297/512). Entre los pacientes coinfectados y seguidos en el HdD, un 75,4% presentaban adherencia al tratamiento profiláctico con cotrimoxazol. Un 27% (12/44) de los pacientes que iniciaron tratamiento anti-

retroviral eran tuberculosos. Desde el mes de Junio del 2004, 486 pacientes VIH+ son seguidos clínicamente en el HdD. Se sospechó TB en 74 pacientes de este grupo, confirmándose en 20 de ellos. La tasa bruta de incidencia de TB en esta cohorte fue de 4.115 casos nuevos/100.000hab. Noventa y nueve pacientes VIH+ cumplían criterios para iniciar tratamiento profiláctico con isoniazida con una adherencia del 66,6%. Dos pacientes desarrollaron una TB activa.

Conclusiones: La incidencia de TB en esta área rural es alta y más del 50% de los pacientes están coinfectados TB/VIH. La incidencia de TB entre los pacientes VIH+ es 10 veces superior que en la población general. Ha sido posible la integración de actividades entre los Programas de TB e VIH en una área rural de Mozambique. La principal limitación es la baja aceptación del test del VIH entre los pacientes tuberculosos, probablemente debido a la estigmatización.

586

TOXOCAROSIS VISCERAL IMPORTADA: ESTUDIO DE 14 CASOS

M.C. Turrientes¹, M. Barreno¹, T. Gárate², M. Rodríguez² y R. López-Vélez¹

¹Medicina Tropical. Serv. E. Infecciosas. Serv. Microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Parasitología. ISCH. Madrid.

Objetivo: Análisis epidemiológico, clínico, diagnóstico y de evolución en inmigrantes con diagnóstico de toxocarosis visceral atendidos en una Unidad de referencia.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de 14 casos de toxocarosis visceral en inmigrantes procedentes de áreas tropicales. Período: enero 1989-diciembre 2005.

Resultados: Epidemiología: 14 pacientes (13 mujeres/1 varón); edad media 18,9 años (4-45). Procedencia: 4 Ecuador, 3 Guinea Ecuatorial, 3 República Dominicana, 2 Bolivia, 1 Nicaragua, 1 Colombia. Clínica de presentación: a) Síndrome respiratorio: 57% (8/14: 3 asma, 2 asma y tos, 1 asma y disnea, 1 disnea y neumonía eosinofílica, 1 tos); b) Síndrome dermatológico: 36% (5/14: 4 urticaria, 1 atopía cutánea); c) Síndrome abdominal: 28% (4/14: 2 dolor abdominal, 2 hepatoesplenomegalia); d) Otros síndromes: 28% (4/14: 2 astenia con eosinofilia, 1 tumefacción articular, 1 asintomático con eosinofilia). Pruebas diagnósticas: se detectó eosinofilia (≥ 500 células/ml) en el 86% (12/14) de los casos. Diagnóstico parasitológico: detección de anticuerpos anti-*Toxocara* por serología ELISA en todos los casos. Tratamiento: 5 recibieron albendazol, 3 dietilcarbamazina, 2 ivermectina, 2 albendazol + ivermectina, 1 mebendazol + ivermectina, 1 dietilcarbamazina + albendazol. Evolución y control a los 6 meses: 11/12 descenso de eosinofilia (1 sin analítica de control post-tratamiento), 10/14 reducción de títulos serológicos (4 sin segunda serología), en 13 se resolvieron todos los síntomas y 1 con gran mejoría.

Conclusiones: La toxocarosis visceral (*Larva migrans visceralis*) debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la eosinofilia en inmigrantes procedentes de áreas tropicales, tanto en niños como en adultos, especialmente en aquéllos que presenten sintomatología respiratoria o cutánea. Una clínica compatible, serología positiva y desaparición del cuadro clínico tras un tratamiento específico conducen al diagnóstico de toxocarosis visceral.

587

FIEBRE Q EN VIAJEROS INTERNACIONALES A LOS TRÓPICOS

T. Ta, Y. Meije, M. Navarro, H. Huerga, B.C. Jiménez y R. López-Vélez

Medicina Tropical. Servicio Enfermedades Infecciosas. Servicio de Microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La fiebre Q es una zoonosis producida por *Coxiella burnetii*. Su distribución es mundial sin embargo

excepcionalmente está descrita en viajeros a los trópicos. **Objetivos** Considerar el papel de *C. burnetii* como enfermedad importada en viajeros.

Pacientes y métodos: Análisis clínico-epidemiológico de los casos de FQ asociados a viajes diagnosticados en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal de Madrid en los últimos 10 años. El diagnóstico se confirmó por la presencia de IgM e IgG para los Ag fase II de *C. burnetii* mediante técnicas de IFI y FC.

Resultados: Se presentan 5 casos. Edad media 29,4 años (rango 22-33). Duración del viaje 24,4 días (rango 5-60). Países visitados: Mozambique, Filipinas, Kenia, Venezuela/República Dominicana y Costa Marfil/Burkina Faso. Motivos de turismo 4 y negocios 1. 2/5 relataban contacto con animales, ninguno ingesta de leche no pasteurizada. 5/5 fiebre, 4/5 cefalea, 5/5 trombopenia, 5/5 enzimas hepáticas elevadas, 2/5 esplenomegalia, 1/5 hepatomegalia, 2/5 hepato-esplenomegalia, 4/5 radiografía de tórax normal, 1/5 síntomas meníngeos al que se le realizó una punción lumbar (resultado normal), 1/5 taquiarritmias tratado con digitálicos, 4/5 con doxiciclina y 1/5 con ciprofloxacino. La evolución fue correcta sin complicaciones.

Discusión: A pesar de la distribución mundial de *C. burnetii*, la fiebre Q no es una infección corriente en viajeros, con no más de una treintena de casos descritos en los últimos 30 años. El rango de edad de estos pacientes refleja el perfil del viajero. De los países visitados por los pacientes sólo en Costa de Marfil y en Burkina Faso esta enfermedad es endémica (estudios de seroprevalencia del 3,4% y 12,8% respectivamente). El 50% relataban contacto con animales, porcentaje muy similar en los no viajeros. Cuadro clínico típico, sin ningún caso de afectación respiratoria y un caso de miocarditis aguda, tratado con digitálicos. La aparición de fiebre sin foco, cefalea, elevación de las enzimas hepáticas y trombopenia también pueden sugerir malaria, dengue o fiebre entérica en un viajero al regreso de los trópicos.

Conclusión: En viajeros a los trópicos con fiebre prolongada sin foco, cefalea, elevación de transaminasas y trombopenia la fiebre Q debería ser considerada. La ausencia de riesgos epidemiológicos no descarta la posibilidad de una infección por fiebre Q.

588

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MORBILIDAD EN LOS INMIGRANTES QUE VIAJAN A SUS PAÍSES DE ORIGEN ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DE REFERENCIA

M. Navarro, H. Huerga, B.C. Jiménez, T. Ta, P. Llàcer y R. López-Vélez

Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Servicio microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los inmigrantes que viajan a su país de origen (VFR, visiting friends and relatives) representan un grupo especial y de mayor riesgo para padecer enfermedades infecciosas que otros viajeros.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y la morbilidad en este grupo de viajeros.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado a partir de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Tropical del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, entre 1990 y 2005.

Resultados: Se describen 114 pacientes, 59 (51,7%) eran hombres. La edad media fue 34,5 años (rango 2-73). El tiempo medio en acudir a la consulta tras el regreso fue 4,3 meses. La estancia media de viaje fue 1,8 meses. Respecto al origen y zona visitada, 89 (78%) eran africanos (53 de ellos de Guinea Ecuatorial), 21 (18,4%) de Latinoamérica y 4 (3,5%) de Asia. En 64 pacientes se recogió información sobre profilaxis antipalúdica: 37 (58%) no la realizaron y 27 (42%) sí la realizaron (52% de manera correcta y 48% incorrecta). Los

síntomas más frecuentes en el momento de la consulta fueron: en 79 (69,3%) fiebre, en 26 (22,8%) síntomas cutáneos, en 26 (22,8%) síntomas gastrointestinales, en 13 (11,4%) síntomas genitourinarios, y en 9 (7,9%) síntomas respiratorios. Cuatro (3,5%) pacientes estaban asintomáticos y acudieron a la consulta para revisión tras el viaje. Los diagnósticos se analizaron por zona de origen. De los 89 casos procedentes de África, 47 (52,8%) fueron diagnosticados de malaria, 11 (12,4%) de patología infecciosa no parasitaria, 10 (11,2%) de enfermedad parasitaria, 4 (4,5%) de diarrea del viajero, y 13 (14,7%) presentaron algún proceso autolimitado sin filiar. De los 21 casos procedentes de Latinoamérica, 7 (33,3%) fueron diagnosticados de patología infecciosa no parasitaria, 5 (23,8%) de dengue, 3 (14,3%) de malaria, y 2 (9,5%) presentaron patología autolimitada sin filiar. Los diagnósticos en los 4 casos procedentes de Asia fueron: malaria, dengue, tuberculosis pulmonar, y enfermedad parasitaria.

Conclusiones: El diagnóstico más frecuente en los inmigrantes que viajan a África es la malaria. En aquellos que viajan a Latinoamérica el dengue es un diagnóstico frecuente.

589

CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LA PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS TRAS VACUNACIÓN FRENTE A FIEBRE AMARILLA

C. Domingo¹, H. G. Bae², F. de Ory¹, F. Molero¹, C. L. Bohorquez³, A. Doblaz³, J. Muñoz⁴, M. García⁵, N. Reyes¹, M. Niedrig², J. Gascón³ y A. Tenorio¹

¹Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ²Robert Koch Institute, Berlin. ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁴Centro de Salud Internacional, Hospital Clínic, Barcelona. ⁵Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: La vacunación frente a fiebre amarilla es necesaria en viajeros a zonas endémicas. Debido al aumento en la frecuencia de viajes al trópico se ha incrementado el número de pacientes que reciben esta vacunación. La vacuna actualmente administrada (Stamaril Pasteur®) es una vacuna viva atenuada de demostrada seguridad. Sin embargo, recientemente se ha asociado a la aparición de síndromes viscerotrópicos (SVV) o neurotrópicos (SNV) posvacunales, evidenciando la necesidad de una mayor vigilancia y control sobre los individuos vacunados. En España se han confirmado tres casos de efectos adversos tras vacunación por fiebre amarilla en un breve periodo de tiempo. Dos pacientes presentaron un SVV, causando la muerte en uno de ellos, mientras que un tercer caso presentó un SNV. El estudio microbiológico de estos casos confirmó la implicación del virus vacunal de la fiebre amarilla en la patología.

Materiales y métodos: La presencia y cuantificación de carga viral se realizó mediante PCR en tiempo real. El análisis de la respuesta inmune serológica se determinó mediante ensayos de inmunofluorescencia indirecta frente al antígeno vacunal, y por ensayos de neutralización frente a la cepa vacunal YF17D. La presencia de antígeno viral en tejidos procedentes de necropsias se estudió mediante inmunohistoquímica.

Resultados: La presencia de genoma viral en suero se confirmó en los dos pacientes con SVV, detectándose también en plasma, hígado y riñón en el caso de mayor gravedad. No se detectó genoma viral en el caso de SNV. En todos los casos se encontraron títulos altos de anticuerpos neutralizantes en suero a los pocos días tras la vacunación, detectándose la presencia de anticuerpos neutralizantes en LCR en el caso de SNV. La presencia de antígeno viral en hígado, riñón y corazón, así como alteraciones histopatológicas compatibles con infección por fiebre amarilla fueron confirmadas necropsias del caso mortal de SVV.

Conclusiones: Se han confirmado tres casos de efectos adversos tras vacunación frente a fiebre amarilla. La presencia de títulos altos de anticuerpos, así como la presencia de genoma o antígeno viral en las muestras estudiadas demostró

la implicación del virus vacunal en la patología del paciente. La detección de casos con efectos adversos tras vacunación frente a fiebre amarilla señala la necesidad de una mayor vigilancia en los pacientes vacunados.

590

ESTUDIO DE MORBILIDAD EN INMIGRANTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DE REFERENCIA

H. Huerga, M. Navarro, B.C. Jiménez y R. López-Vélez
Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los inmigrantes representan en la actualidad el 8% de la población española. Suelen padecer un exceso de enfermedades infecciosas a su llegada.

Objetivo: Conocer las características clínico-epidemiológicas de las enfermedades infecciosas en inmigrantes atendidos en una Unidad de referencia.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de inmigrantes atendidos en el Hospital Ramón y Cajal entre 1990 y 2005.

Resultados: Se describen 1611 inmigrantes, 847 (53%) varones; 219 (14%) niños < 15 años (em 8 años, rango 1-14) y 1392 (86%) adultos (em 33 años, rango 15-82). Las zonas de procedencia fueron: 1131 (70,2%) África subsahariana (541 Guinea Ecuatorial), 383 (23,8%) América Latina, 43 (2,7%) África del Norte, 42 (2,6%) Asia, 13 (0,8%) Europa del Este. Tiempo medio en acudir a consulta: 2 años. Motivos de consulta más frecuentes: 482 (30%) fiebre, 439 (27%) síntomas cutáneos, 369 (23%) síntomas gastrointestinales, 282 (18%) síntomas respiratorios, 191 (12%) síntomas genitourinarios, 184 (11,4%) asintomáticos, 224 (14%) presentaron algún proceso autolimitado sin filiar o estaban sanos. Los diagnósticos se analizaron por zona de procedencia. África subsahariana: 315 (27,9%) filariasis, 289 (25,6%) infección tuberculosa latente, 186 (16,4%) malaria, 140 (12,4%) parasitosis intestinal, 77 (6,8%) hepatitis B crónica, 74 (6,5%) hepatitis C, 51 (4,5%) enfermedades de transmisión sexual, 42 (3,7%) VIH, y 28 (2,5%) tuberculosis activa. América Latina: 73 (19,1%) infección tuberculosa latente, 45 (11,7%) parásitos intestinales, 44 (11,5%) infecciones no parasitarias, 28 (7,3%) tuberculosis activa, 25 (6,5%) enfermedad de Chagas, 15 (3,9%) malaria, 5 (1,3%) VIH. África del Norte: 19 (44,2%) infección tuberculosa latente, 4 (9,3%) tuberculosis activa. Asia: 9 (21,4%) infección tuberculosa latente, 9 (21,4%) parasitosis intestinales, 6 (14,3%) malaria, 3 (7,1%) tuberculosis activa, 2 (4,8%) hepatitis B crónica, 2 (4,8%) hepatitis C, 1 (2,4%) VIH. Europa del Este: 3 (23,1%) tuberculosis activa, 2 (15,4%) infección tuberculosa latente.

Conclusión: Las enfermedades infecciosas transmisibles, como la tuberculosis, son frecuentes en los inmigrantes independientemente de su procedencia, mientras que las enfermedades infecciosas típicamente tropicales son más frecuentes en inmigrantes de África subsahariana. Abogamos por un cribado sistemático de enfermedades infecciosas en el colectivo de inmigrantes recién llegados.

591

ENFERMEDAD DE CHAGAS, UNA PATOLOGÍA EMERGENTE EN INMIGRANTES BOLIVIANOS

M. Navarro¹, B.C. Jiménez¹, H. Huerga¹, M. Mercadillo¹, M.D. Flores², C. Cañavate² y R. López-Vélez¹

Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Microbiología. Hospital Ramón y Cajal¹. Servicio de Parasitología, ISCIII². Madrid.

Introducción: En los últimos años se ha producido un incremento de inmigrantes procedentes de Bolivia, que en Madrid supera la cifra de 27000 (5% del total de inmigrantes en la CAM). Bolivia encabeza la lista de infectados por *Trypa-*

nosoma cruzi en el Cono Sur americano: 8,3% en donantes de sangre y hasta el 50% en gestantes de ciertas áreas rurales. **Objetivos:** conocer las características clínico-epidemiológicas de esta enfermedad en pacientes atendidos en una unidad de referencia.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de inmigrantes procedentes de Bolivia atendidos en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal entre 2003 y 2005. Se aplicó un protocolo de diagnóstico de infección mediante serología (IFI y ELISA) y amplificación del genoma del parásito por PCR en sangre, y de afectación visceral por radiografía de tórax, EKG, ecocardiograma, enema opaco, manometría esofágica, esofagograma y electromiograma.

Resultados: se describen 27 pacientes, 19 mujeres (70,4%), edad media 28,7 años (rango 24-69). Tiempo medio en acudir a la consulta tras su llegada a España: 29,5 meses. 24 (89%) estaban infectados, la mayoría procedentes del Departamento de Cochabamba. 12 (50%) habían sido diagnosticados ya en su país. 18 (75%) recordaba contacto con los vectores en el hogar, y 3 (12,5%) habían recibido alguna transfusión. La serología resultó positiva en todos y en 9 (37,5%) se amplificó el genoma. 10 (41,7%) presentaron síntomas de insuficiencia cardíaca (disnea/ortopnea, edema en extremidades inferiores), 7 (29,2%) síntomas sugestivos de afectación esofágica, 6 (25%) estreñimiento, 2 (8,3%) palpitaciones, 2 (8,3%) parestesias, y 1 (4,2%) dolor torácico; pero sólo se pudo demostrar afectación visceral en 6 (25%) de ellos, todos con afectación cardíaca (6 arritmia y 3 miocardiopatía dilatada) y ninguno con afectación de otro órgano. No se encontró correlación entre la afectación visceral y la positividad de la PCR. 5 (20,8%) recibieron benznidazol (5 mg/kg/día) durante 60 días.

Conclusiones: Consideramos necesario el cribado de esta enfermedad a todo inmigrante procedente de Bolivia, incluso en los asintomáticos. Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública por su transmisión vertical, transfusional y en transplante de órganos.

592

ESTUDIO ETIOLÓGICO DE DIARREA EN VIAJEROS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL

R. de Julián*, M.M. Lago*, S. Puente*, M. Baquero** y J. González-Lahoz

**Servicio Enf. Infecciosas, Unidad Medicina Tropical. **Servicio Microbiología y Parasitología. H. Carlos III. Madrid.*

Introducción: El número de viajes internacionales desde países desarrollados a países en vías de desarrollo está en continuo incremento. En el último año 12 millones de españoles viajaron al extranjero; de ellos 900.000 fueron a países tropicales. Un 10% de ellos tuvo que acudir al médico al regreso. La diarrea es el motivo de consulta más frecuente (aprox. 40% la van a desarrollar).

Material y método: Se estudian 37 pacientes que acuden a la consulta de Medicina Tropical de nuestro hospital entre octubre de 2005 y enero de 2006, presentando como síntoma principal diarrea tras un viaje al trópico. De ellos 20 (54%) fueron mujeres y 17 (46%) varones. Los destinos del viaje según continentes fueron de 22 (59,4%) a África, 8 (21,6%) a Asia, y 7 (18,9%) a América Latina. De todos ellos se recogen 3 muestras de heces, de distinta deposición, haciendo estudio microbiológico: bacteriológico y parasitológico.

Resultados: El 100% presentaba diarrea a la consulta, de una duración de < 7 días en 8 casos (21,6%, duración media 4,75 días), de entre 7-30 días en 14 casos (37,8%, duración media 15,37 días) y > 30 días en 15 casos (40,5%, duración media 46,45 días). Del último grupo en 3 casos la diarrea se prolonga en el tiempo más de 300 días. El inicio de la diarrea desde el primer día del viaje fue de < 7 días en 10 casos (27,02%), entre 7-15 días en 15 casos (40,5%) y > 15 días en 12 casos (32,4%). Presentaron diarrea no invasiva 20 casos (54%) y diarrea invasiva 17 casos (46%). Presentaron como síntoma aso-

ciado fiebre 14 casos (37,8%) y dolor abdominal 27 casos (72,9%). Diagnóstico microbiológico: se obtuvo cultivo puro bacteriano en 28 casos (75,6%), 27 casos *Escherichia coli* (72,9%) y 1 caso *Shigella flexneri* (2,7%). En el estudio parasitológico se obtuvo *Giardia intestinalis* en 3 casos, *Entamoeba histolytica* en 2 casos, *Cyclospora cayetanensis* en 2 casos, *Cryptosporidium parvum* en 1 caso, *Blastocystis hominis* en 5 casos, *Endolimax nana* en 1 caso. En 2 casos los diagnósticos fueron Dengue agudo y rickettsiosis (por *Rickettsia conorii*).

Conclusiones: Confirmamos como en otros estudios que la etiología más frecuente en la diarrea del viajero es *Escherichia coli*. Se debería realizar estudio microbiológico de las heces de todos los viajeros con diarrea procedentes del trópico para descartar etiología bacteriana y parasitaria potencialmente tratables. En este estudio no podemos concluir que las diarreas crónicas sean de etiología parasitaria.

593

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *T. CRUZI* EN INMIGRANTES DE AMÉRICA LATINA

N. Portocarrero, A. Amor, M. Baquero y M. Gutiérrez
Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Carlos III, Madrid.

Introducción: El mal de Chagas es una enfermedad parasitaria de curso crónico causada por el *Trypanosoma cruzi*, endémica en latinoamérica, poco conocida hasta hace algunos años en España, empieza a adquirir relevancia debido a la llegada masiva de inmigrantes latinoamericanos.

Objetivo: Determinar la presencia de anticuerpos frente a *T. cruzi* en inmigrantes latinoamericanos atendidos en nuestro servicio.

Material y métodos: Se analizaron 270 muestras recogidas durante 2005 mediante un EIA (Biokit, Barcelona) que detecta la presencia de anticuerpos específicos frente a *T. cruzi*.

Resultados: La distribución geográfica de las muestras es la siguiente: 192 Ecuador (71,1%), 44 Colombia (16,3%), 10 Bolivia (3,7%), 8 Brasil (3%) y 16 de otros países de Latinoamérica (5,9%). Un 1,1% (3/270) presentaron anticuerpos frente a *T. cruzi*; dos provenientes de Bolivia (20%) y uno proveniente de Ecuador (1,92%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro trabajo 1,1% de la población estudiada es llamativo y pone de manifiesto la necesidad de realizar cribado serológico en inmigrantes latinoamericanos, no solo para evitar la transmisión transfusional y congénita, que podrían convertirse en un problema de Salud Pública, sino también para ofrecerles alternativas de tratamiento.