

Enfermedades infecciosas importadas en España



Gerardo Rojo Marcos^a, Juan Cuadros González^b y Alberto Arranz Caso^{a,c}

^aServicio de Medicina Interna. ^bServicio de Microbiología y Parasitología Clínicas. ^cUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Con el crecimiento de los viajes internacionales y la inmigración, en España ha aumentado el número de pacientes con enfermedades infecciosas importadas, muchas de ellas desde zonas tropicales o subtropicales. Paralelamente también se ha multiplicado el número de publicaciones científicas de autores españoles sobre infecciones importadas causadas por parásitos, hongos, micobacterias, bacterias o virus. El riesgo que representan para la salud pública es bajo, aunque para su correcta prevención y su control es importante facilitar el acceso universal a la asistencia sanitaria y a unas condiciones socioeconómicas dignas, así como mantener una formación clínica y epidemiológica actualizada del personal sanitario. Estas medidas a escala nacional deben compaginarse con las iniciativas internacionales de control global de estas infecciones.

Palabras clave: Infecciones importadas. Viajeros. Inmigrantes. España.

Imported infectious diseases in Spain

In Spain, owing to the rise of international travels and immigration, the number of patients with imported infectious diseases has increased, many of them from tropical or subtropical areas. In parallel, there has been a multiplication in the number of scientific papers with Spanish authors about imported infections due to parasites, fungus, mycobacteria, bacteriae or viruses. The risk for public health is low, although for their correct prevention and control it is important to ease an universal access to healthcare and fair socioeconomic conditions, along with maintaining an updated clinical and epidemiological training of the health personnel. These nationwide measures must be supplemented with worldwide initiatives of global control of these infections.

Key words: Imported infections. Travelers. Immigrants. Spain.

En los últimos años los profesionales sanitarios hemos visto aumentar el número de pacientes con sospecha clínica o diagnóstico de enfermedades infecciosas que no son propias de nuestro país o que prácticamente habían desaparecido, incluidas las llamadas infecciones tropicales. Todas las especialidades médicas y quirúrgicas se ven implicadas, desde los médicos de atención primaria que estudian una eosinofilia en un inmigrante hasta los ginecólogos que controlan a embarazadas con enfermedad de Chagas. La mayoría de estas consultas se concentraban en unidades especializadas de grandes centros hospitalarios; sin embargo, actualmente se pueden atender en cualquier hospital o centro de salud de todas las comunidades autónomas.

Los colectivos de potenciales pacientes con este tipo de infecciones también se han ampliado y diversificado. En enero de 2008 el número de extranjeros empadronados en España era de 5,2 millones, el 11,3% de la población total, al que habría que añadir un amplio colectivo que no aparece en ningún registro y que se estima en más de 400.000 personas. Más de la mitad procede de países de renta baja

(PRB) de Latinoamérica, África y, en menor medida, Asia. Por otro lado, en 2006 continuó aumentando el número de españoles que viajaron por turismo o negocios a países tropicales o subtropicales hasta superar el millón, lo que ha supuesto una demanda creciente de consultas de consejos al viajero. A esta cifra hay que añadir los extranjeros residentes en España que visitan a sus familiares y amigos en sus países de origen, un colectivo con un riesgo especial de contraer infecciones, sobre todo los niños, ya que allí viven en las mismas condiciones que la población local y no suelen solicitar consejos al viajero por una baja percepción del riesgo sanitario. Por otro lado, en los últimos 5 años se ha adoptado a más de 23.000 niños en el extranjero, la mayoría de PRB, a quienes se realizan exámenes de salud al llegar a España. Otros grupos de riesgo son los refugiados, trabajadores estacionales, emigrantes españoles que regresan de vivir y trabajar en países tropicales, expatriados de organizaciones no gubernamentales o militares en misiones internacionales. Estas infecciones también pueden transmitirse por transfusiones de hemoderivados, trasplantes, jeringuillas compartidas o por la llegada de alimentos contaminados, animales infectados o insectos vectores, como en la malaria adquirida en la cercanía de aeropuertos por mosquitos *Anopheles* transportados en aviones desde países endémicos (malaria de aeropuerto).

La importación de estas enfermedades simplemente refleja la existencia de 3 factores principales: en primer lugar, la gran diferencia de desarrollo económico y sanitario entre los PRB y los países más industrializados; en segundo lugar, la diferencia climática, que permite la existencia de vectores eficientes y condiciones ambientales adecuadas para su transmisión, y por último, los grandes movimientos de población, junto a la rapidez y el volumen creciente de los medios de transporte que caracterizan esta época de globalización¹. Las enfermedades tropicales importadas ya fueron motivo de una excelente revisión en esta Revista el año 2002², por lo que intentaremos dar una visión actualizada y práctica centrándonos en la experiencia publicada por los profesionales sanitarios españoles. No podemos ser exhaustivos en el repaso de todas las enfermedades, por lo que incidiremos en enfermedades infecciosas importadas que no existen en España (como la malaria y la histoplasmosis) o son muy raras (p. ej., la lepra y la strongiloidiasis), infecciones que pueden representar un riesgo actual o potencial para la salud pública (como la tuberculosis multirresistente y las fiebres hemorrágicas) e infecciones cosmopolitas que pueden presentar características especiales al importarse (p. ej., las bacterias enteropatógenas resistentes a quinolonas).

Diagnóstico y tratamiento

Para dirigir mejor el proceso diagnóstico resulta básica la formación en enfermedades infecciosas, incluidas las tropicales, el conocimiento de la geografía sanitaria y la actualización permanente sobre los brotes epidémicos o los cambios epidemiológicos que suceden en otras zonas del mundo. En internet hay páginas muy útiles con esta infor-

Correspondencia: Dr. G. Rojo Marcos.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Príncipe de Asturias.
Ctra. de Meco, s/n. 28805 Alcalá de Henares. Madrid. España.
Correo electrónico: grojo.hupa@salud.madrid.org

Recibido el 4-3-2008; aceptado para su publicación el 9-4-2008.

mación (tabla 1). La mayoría de los procesos infecciosos en viajeros e inmigrantes son similares a los que encontramos en nuestro medio, especialmente en las consultas de medicina general de atención primaria o urgencias donde los pacientes no están seleccionados, mientras que las denominadas enfermedades infecciosas tropicales sólo representan un pequeño porcentaje. Las enfermedades infecciosas suelen ser las mismas en viajeros e inmigrantes recién llegados, aunque algunas son de más difícil adquisición en viajes de corta estancia o son endémicas sólo de ciertas zonas, como la oncocercosis o la enfermedad de Chagas. Los inmigrantes pueden presentar cuadros más leves, crónicos o asintomáticos, por lo que en estos pacientes son importantes los estudios de cribado. La probabilidad de presentar determinadas infecciones varía según el origen geográfico de los pacientes^{3,4} (tablas 2 y 3), el tiempo de incubación (tabla 4) y el cuadro clínico⁵. Otros factores importantes son la edad, los antecedentes médicos, las vacunaciones y la profilaxis, además de las características, las actividades, el recorrido, la época del año y la duración de la estancia en el extranjero. En las consultas especializadas de medicina tropical y del viajero, la mayoría de los pacientes presenta fiebre, diarrea, clínica respiratoria o dermatológica³, y un estudio limitado suele ser suficiente para el diagnóstico. Hasta en uno de cada 4 pacientes no llega a descubrirse la etiología del cuadro infeccioso, aunque en estos casos el pronóstico suele ser favorable⁶. Es importante contar con un servicio de microbiología experimentado y con centros de referencia especializados para realizar técnicas diagnósticas no habituales. Respecto a los tratamientos, no hay mucha experiencia en el uso de medicaciones antiparasitarias y pueden presentarse dificultades de suministro por la burocracia y la centralización de los medicamentos extranjeros. Es necesario contar con un remanente en las farmacias hospitalarias, como en el caso de la quinina intravenosa para el tratamiento urgente de la malaria grave.

Infecciones por parásitos

Malaria

La malaria es la parasitosis importada más relevante en España por su incidencia, morbilidad y potencial mortalidad⁷. Desde su erradicación oficial en 1964, la gran mayoría de los casos son infecciones causadas por *Plasmodium falciparum* adquiridas en África Central y Occidental⁷⁻¹¹, aunque también se han descrito casos de transmisión parenteral por plasmáfesis¹² e infecciones asociadas a la inyección de heroína con jeringuillas infectadas¹³ y, recientemente, a un trasplante de hígado¹⁴. Por otro lado, se han publicado casos de pacientes con malaria de aeropuerto¹⁵ e infecciones autóctonas de origen incierto¹⁶, aunque la posibilidad de rein-

roducción de la enfermedad es baja debido al estado de desarrollo socioeconómico y sanitario de nuestro país¹⁷. En el período 1999-2002 hubo 2.044 ingresos por malaria en España (incidencia de 1,3 casos por 100.000/habitantes/año), de los que el 20,6% correspondió a niños menores de 15 años⁸. Sin embargo, en la actualidad esta incidencia podría ser muy superior en las zonas donde se concentran inmigrantes procedentes de países endémicos¹⁰. En un hospital general de un área de Madrid con un alto índice de inmigración, los pacientes con malaria eran generalmente de origen africano y acudieron al servicio de urgencias al regresar de una visita a familiares y amigos en sus países de origen, sobre todo en Guinea Ecuatorial, Nigeria y otros países del África Occidental y Central. La gran mayoría no había realizado profilaxis y el cuadro clínico más habitual consistió en fiebre y cefalea; el índice de complicaciones graves fue bajo (un 7%, por anemia grave e insuficiencia renal) y no hubo ningún caso mortal⁷. No obstante, en los centros especializados donde se atiende a viajeros no inmunes (turistas, cooperantes u hombres y mujeres de negocios de origen europeo) se han descrito índices más altos de complicaciones y cuadros más graves, como malaria cerebral, edema pulmonar y coagulación intravascular diseminada¹⁰. El pronóstico de la malaria depende sobre todo de la rapidez con que se establece el diagnóstico y se inicia el tratamiento. En los últimos años se han incorporado nuevas técnicas diagnósticas en la práctica clínica. Aunque la gota gruesa continúa siendo el test diagnóstico de referencia, es una prueba subjetiva que requiere microscopistas expertos y no está disponible en todos los centros, sobre todo en los hospitales generales sin unidades especializadas. Los tests de diagnóstico rápido, particularmente los basados en la detección de proteína rica en histidina (HRP-II, antígeno específico de *P. falciparum*) y aldolasa (una enzima común a las 4 especies), son un complemento idóneo de la gota gruesa y permiten descartar o confirmar el diagnóstico por *P. falciparum* en 15 min sin necesidad de microscopistas expertos ni equipamiento¹⁸. Su sensibilidad puede ser inferior en la detección de otras especies¹⁹ y no son adecuados para controlar la parasitemia ni el resultado del tratamiento, porque pueden continuar siendo positivos hasta 3-4 semanas después de un tratamiento eficaz¹⁸. En la práctica clínica, las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) son útiles para confirmar el diagnóstico microscópico de especie y detectar las parasitemias mixtas y las infecciones en pacientes asintomáticos o con parasitemias muy bajas²⁰, aunque su complejidad técnica y su coste limitan su uso, por ahora, al diagnóstico retrospectivo en laboratorios de referencia. La quinina asociada a doxiciclina, clindamicina y sulfadoxina-pirimetamina, o la atovacuona-proguanil son los tratamientos que más se utilizan en Europa para la malaria no complicada²¹. Los tratamientos combinados con artemisinina que recomienda la

TABLA 1

Direcciones de internet con información relevante en salud internacional y medicina del viajero

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)	http://ecdc.europa.eu/
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	http://wwwn.cdc.gov/travel/
Organización Mundial de la Salud (OMS)	http://www.who.int/es/
European Network on Imported Infectious Disease Surveillance (TropNet/Europ)	http://tropnet.net/
Eurosurveillance (boletín de vigilancia y control epidemiológico europeo)	http://www.eurosurveillance.org/
Global Monitoring Emerging Infectious Diseases (Promed)	http://www.promedmail.org
Consejos al viajero, página del Ministerio de Asuntos Exteriores de España	http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/
Consejos al viajero, página patrocinada por la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI)	http://www.viajarsano.com/
Consejos al viajero, página de la Agencia de Protección de la Salud de Escocia (HPS)-Fitfortravel	http://www.fitfortravel.scot.nhs.uk/

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3801243>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3801243>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)