



**camfic**  
societat catalana de  
medicina familiar i  
comunitària

# Guia d'atenció primària al pacient immigrant

Segona edició, abril de 2011

**Coordinació de l'edició** : Lluís Valerio

**Autors**: Maria Badenes, Anna Aguilar, Clara Massagué, Clara Carrasco, Blanca de Gispert, Jordi Fernández, Carme Roca, Sílvia Roura, Rou Sánchez, Lluís Solsona i Alexis Tena. Grup de Treball en Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

© Grup COCOOPSI de CAMFIC

ISSN: 2013-0422

## Índex de capítols

Justificació i introducció	pàg. 3
L'entrevista clínica amb el pacient immigrant	pag. 12
Examen de salut de l'immigrant adult asimptomàtic	pag. 18
Activitats preventives en immigrants viatgers	pag. 29
Mutilació genital femenina	pag. 34
Patologia cardiorespiratòria	pag. 36
Estudi de l'eosinofília	pag. 40
Estudi de la diarrea	pag. 44
Estudi de la tos crònica	pag. 48
Estudi de l'anèmia	pag. 53
Estudi de la febre	pag. 55
Estudi de les alteracions neurològiques	pag. 57
Estudi de la patologia psiquiàtrica	pag. 61

## Justificació i introducció

Lluís Solsona, coordinador de la Comissió de Cooperació i Salut Internacional – CAMFiC

Que el fenomen de la immigració es constitueixi en un benefici per a tots és un dels reptes més importants del conjunt de la societat. La sanitat no ha escapat a la necessitat d'establir unes pautes efectives i flexibles per a fer-li front. Donat que l'atenció sanitària és un dret fonamental de totes les persones, la sanitat s'ha convertit *de facto* en un espai d'integració dels nous ciutadans. No obstant, els professionals sanitaris vam haver d'assumir una evident pressió assistencial de manera no prevista i sense recursos específicament assignats. No oblidem la dificultat que comporta una correcta anamnesi considerant les diferències culturals i lingüístiques o la sospita diagnòstica de patologies que fins aleshores eren molt poc prevalents o desconegudes al nostre medi. Podem explicar amb orgull que des d'un bon començament hi va haver una *voluntat de normalització*, traduïda en nombroses iniciatives locals i demandes de formació com a reflex de la inquietud dels professionals que volíem atendre satisfactòriament els seus nous pacients immigrants.

La raó d'elaborar aquesta guia ha estat oferir als metges un instrument *on line* per a facilitar l'atenció al pacient immigrant i l'abordatge de les patologies més freqüents posant èmfasi en aquells aspectes que les diferencien d'allò habitual entre la població autòctona. A diferència de l'edició de 2006, els temes *d'activitats preventives en població immigrant* i de *dermatologia de les malalties importades* has estat exclosos degut a la seva extensió i veuran la llum en breu com a guies separades. En el propòsit de la voluntat de servei i en el convenciment de la igualtat entre les persones. *O sigui, ser metges de família.*

### **Paper de l'atenció primària**

Els principals esculls als que haurem de fer front des de les nostres consultes quan atenem a un pacient immigrant nouvingut serien:

- L'anamnesi es troba influenciada per aspectes culturals, lingüístics i religiosos que poden influir en que no sigui ni fluida ni ben entesa per ambdues parts.

- Existeixen patologies endèmiques tropicals en les que el metge no està suficientment preparat o no té experiència degut a que són rares (febre tifoïdal) o inexistent (paludisme) entre la població autòctona
- La diferent concepció del binomi salut/malaltia que tenen els pacients provinents de realitats sanitàries i culturals diferents, especialment pel que fa a les malalties cròniques. Trobarem amb certa freqüència persones que no han incorporat al seu sentit de salut el control de patologies cròniques; ens comportaran molts maldecaps en el compliment de les pautes de tractament i seguiment prescrites
- La importància de l'anomenat *dol migratori*; trastorn psicològic que té per característiques principals el ser *múltiple, parcial, recurrent, ambivalent i transgeneracional*. En un apartat de la guia es desenvoluparan amb més deteniment aquests conceptes.

Els *nens* representen aproximadament el 15% dels immigrants. Es tracta d'un grup poblacional ampli i amb peculiaritats molt diverses, en el que trobarem a més a més:

- Manca d'informes sanitaris on consti l'estat de salut previ i el calendari vacunal. A molts països no existeixen programes de control del *nen sa*.
- Una comorbiditat important per la història prèvia del nen: desatenció en famílies molt extenses i migpartides durant el procés migratori, institucionalitzacions o períodes de subnutrició en països amb alta prevalença de malalties infectocontagioses. En el país d'acolliment sovint les condicions no milloren tant intensament ni tant de pressa (habitatges en males condicions, alimentació desequilibrada, amuntegament, desarrelament familiar i de grup). Molts factors poden condicionar negativament el correcte desenvolupament físic i psíquic del nen. .
- Gran vulnerabilitat a les malalties importades en tant que sovint realitzen viatges al seu país d'origen. Se'ls hauria de considerar com *nens viatgers*, entenent que la susceptibilitat a les malalties endèmiques tropicals adquiribles al país d'origen dels seus pares és alta. Tenen el mateix risc d'emmalaltir que un autòcton turista.
- Dubtes ètics sobre la justificació de realitzar un cribratge actiu de determinades malalties que no es criben entre nens autòctons

## Concepte de salut i malaltia

Abans s'ha fet referència al concepte de salut i malaltia. Les diferents procedències, religions i cultures dels pacients immigrants influeixen en el mateix. A Occident assimilem salut a un *estat de benestar físic, psíquic i social*, però la concepció de benestar no és la mateixa que la que puguin tenir persones procedents de altres realitats culturals i sanitàries. En ocasions, alguns signes i/o símptomes viscuts amb gran alarma a la societat occidental no es perceben de la mateixa forma en altres indrets del món. Un exemple: l'hematúria deguda a la parasitació per *Schistosoma haematobium*, és considerada com un signe de "virilitat" en algunes comunitats subsaharianes. Un altre cas faria referència al període de menstruació com a dies "impurs".

La religió influeix de manera determinant en aquest concepte; és difícil que alguns immigrants compreguin la depressió igual que nosaltres. Simplement la seva forma d'entendre la vida no els ho permet. Ens podem trobar fins i tot persones que accepten i entenen el substrat psicopatològic d'alguns símptomes però que no ho poden assimilar a nivell emocional. I a d'altres que rebutgen frontalment ni tan sols plantejar aquesta possibilitat. El pensament de rel màgica forma part de la identitat cultural més profunda d'algunes societats; entre persones animistes africanes es diferencia el món del dia, real i bo, al de la nit, en el que la penombra convida a manifestacions difícilment explicables des del punt de vista lògic. El "mal d'ull", la malvolença, és un mecanisme explicatiu del patiment important en col·lectivitats d'altres cultures. A vegades, tot i que no ha de ser la nostra funció, el tractament passa per desfer-lo. És a dir, per a molts immigrants els tractaments mèdics no són unívocament occidentals. Moltes persones xineses, per exemple, han consultat la seva medicina tradicional abans de visitar el metge del sistema sanitari; consideren la medicina occidental com un *complement a la pròpia*. La formació mèdica occidental i cartesiana no dóna cap tipus de credibilitat a les "altres" medicines.

En definitiva, acceptar que hi ha persones amb un concepte diferent de salut i que hi ha altres medicines a més de la nostra és una eina que ens pot ajudar a resoldre algunes situacions que són font de malentesos entre nosaltres i els immigrants nousvinguts.

## Introducció a la Salut Internacional

Es coneix com Salut Internacional a la Salut Pública a escala mundial, on el terme *públic* fa referència al món en conjunt i en la que les prioritats es determinen des d'aquesta perspectiva global. Per al seu desenvolupament proposa un abordatge interdisciplinari de ciències com la medicina, l'antropologia, l'economia, la sociologia, les ciències polítiques i l'estadística. Els seus coneixements pertanyen tant a l'atenció primària com a l'àmbit hospitalari i, en aquest sentit, és considerada una *especialitat transversal*.

Són competències sanitàries de la Salut Internacional la *medicina geogràfica*, la *medicina tropical*, *el consell al viatger*, *la patologia del retorn* i *l'atenció a l'immigrant*.

Com a elements propis d'aquesta ciència enumerem: a) l'epidemiologia i control de les malalties infeccioses, b) la patologia associada als moviments poblacionals, c) la comparació de sistemes de salut, d) la investigació de patologies amb important morbiditat i mortalitat i, e) les malalties emergents i reemergents.

### Salut Internacional i atenció a l'immigrant: Quins factors hi influeixen?

#### 1. Relatius al país d'origen.

- Ecosistema tropical (amb les seves endèmies específiques)
- Realitat sanitària (mancances)
- Factors socioculturals

#### 2. Relatius al país d'acollida

- Pobresa
- Marginació
- Racisme i xenofòbia

#### 3. Relatius a la societat d'acolliment

La societat d'acolliment disposa de *diferents patrons culturals* per a relacionar-se amb la població nouvinguda:

- **Assimilació:** anul·lació cultural dels immigrants. Se'ls considera ciutadans de ple dret però no es permet el manteniment de la seva identitat
- **Integració:** els immigrants s'accepten i s'integren culturalment, però mantenen també la cultura pròpia.
- **Interculturalitat:** o la interacció entre diverses cultures. Seria la situació ideal, però és més aviat una utopia.
- **Multiculturalitat:** les comunitats immigrants viuen en la seva cultura però s'han d'incorporar aspectes de la cultura autòctona.
- **Segregació:** se'ls ignora.

Els diferents models exposats tenen tots pros i contres en un pla social i ètic. El darwinisme cultural entès com a la supremacia absoluta d'una comunitat sobre una altra per motius genètics o religiosos és una xacra que limita el creixement dels països que ho pateixen.

El terme d'immigrant de segona o tercera generació és èticament inacceptable: els nens nascuts al país d'acolliment dels seus pares ja no són immigrants

#### 4. Relatiu als factors de risc psicopatològic

- Edat: nens i ancians
- Sexe: dones
- Personalitat: esquizoide o paranoide
- Esdeveniments previs dolorosos
- Expectatives amb les que s'emigra i falta de compliment de les mateixes
- Esdeveniments durant el procés migratori.
- Actitud de la societat receptora
- Actitud del col·lectiu immigrant
- Aspectes generacionals: els fills dels immigrants s'han adaptat a la societat que els ha acollit.
- Analfabetisme

#### 5. Relatiu a l'accessibilitat al sistema sanitari, que depèn de:

- Les barreres intrínseques al sistema sanitari: actitud del personal del centre de salut, existència de xarxes paral·leles d'atenció, burocràcia.

- Les dificultats degudes a l'existència de determinades característiques en la població immigrant: la llengua, les qüestions culturals i religioses, les qüestions sociolaborals, la situació administrativa...

#### 6. Relatiu a l'impacte a la consulta del metge de família:

És a dir, l'augment de la demanda no reconeguda, les dificultats per a delimitar el motiu de consulta, l'entrevista clínica que requereix més temps, la incertesa sobre l'adhesió o compliment del tractament, la dificultat per a conduir activitats preventives i de promoció de la salut. Aquest sobre esforç pot ser percebut com una mena de *voluntariat sense recompenses* del que es culpa tant als gestors del sistema com als propis immigrants.

### Introducció a la cultura i religió islàmiques

S'estima que a Catalunya hi ha uns 390.000 musulmans, dels quals el 10% tenen la nacionalitat espanyola i la resta són estrangers (1). A tot l'estat hi ha més de 1.310.000 musulmans, amb la distribució per nacionalitats que es veu a la figura.1

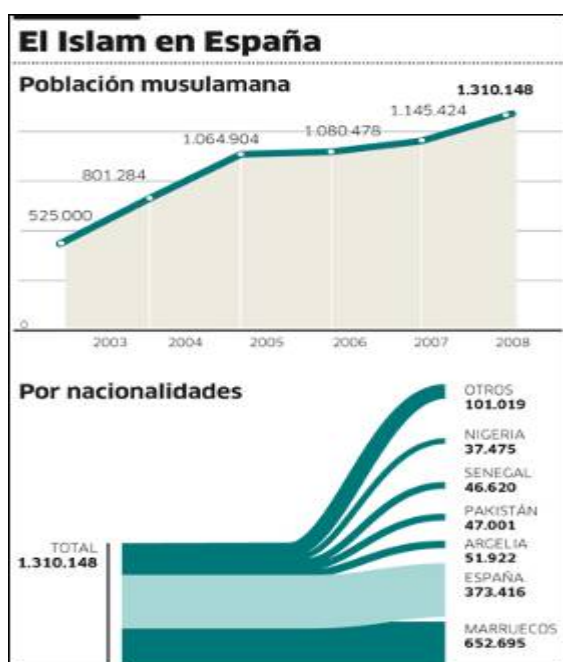


Figura 1. Font: L'Islam a Espanya. Població musulmana per nacionalitats. Cita bibliogràfica núm. 2

Hem de saber que l'Islam es fonamenta en *sis actes de fe* (creença en Al.là, en els àngels, en els llibres sagrats, en els profetes, en la vida després de la mort i en el destí) i en *cinc pilars* (confessió de la fe per la qual Al.là és l'únic Déu i Mahoma el



seu profeta, la pregària cinc vegades al dia, l'almoïna als pobres, el dejuni durant el *Ramadà* i la peregrinació a La Meca)

Per al musulmà, la salut i la religió van unides. Es considera la malaltia com una prova d'Al.là que, una vegada superada, enforteix i dota de més fe al creient. La comprensió musulmana de la malaltia incorpora un important component psicosomàtic en què la part física i la part psíquica estan estretament relacionades

### Calendari de festes musulmanes

a)- El *Ramadà* és el novè més de l'any lunar, que s'avança cada any 11 dies respecte al nostre calendari i que es va establir segons la data de l'Hègira, és a dir, el viatge de Mahoma a Medina fugint de La Meca (el 16 de juliol de 622). Comemora la revelació de l'Alcorà al profeta per part de l'àngel Gabriel.

El *Ramadà* consisteix en que els musulmans que han arribat a la pubertat han de dejunar durant un mes des de la sortida del sol (quan es fa el primer àpat o *Suhur*) fins a l'ocàs, moment en que la família es reuneix en un abundant sopar (*Iftar*). Durant les hores de dejuni no es pot menjar, beure, fumar ni mantenir relacions sexuals. Tampoc es poden prendre medicaments, tot i que aquesta interpretació varia segons les diferents escoles islamistes. El dejuni simbolitza un procés de neteja física i espiritual pel qual el repòs digestiu i l'esforç de no menjar reforça l'autoestima i es percep com un acte de solidaritat amb la fam de la humanitat.

Hi ha unes persones que tot i estar exemptes de fer dejuni després ho han de recuperar:

- Les dones amb la menstruació
- Les gestants
- Els viatgers que han recorregut més de 80 Km (norma dictada aleshores quan no existien els actuals mitjans de transport)
- Els malalts

b) *Id Al Fitr*: o festa de la fi del fi del *Ramadà*.

c)- *L'Id Al Kabir* o *Id Al Adha*: es celebra als 70 dies d' *Id Al Fitr*. Comemora el sacrifici simbòlic d'Ismael pel seu pare Abraham. Les famílies ofereixen el be a Déu, amb la intenció d'oferir-se cadascú a Al.là. És la festa més important del calendari musulmà i en termes comparatius equival a la Pasqua cristiana.

- d)- Naixement de Mahoma.
- e)- Cap d'any

### Tradicions en el procés de la mort

Els musulmans prefereixen morir acompanyats per la família a casa enlloc d'expirar a l'hospital. Encara que existeix un cementiri musulmà, en general es prefereix la repatriació del cadàver. Els musulmans enterren els seus morts a terra, mai en nínxols.

### Concepte de salut/malaltia

En alguns casos, sobretot al començament del projecte migratori, la salut és la única propietat que té la persona, és quelcom a preservar per a poder continuar exercint les feines que poden promocionar-los socialment. Tot i això, l'obtenció de feina és la principal preocupació de l'immigrant econòmic.

La circumcisió o *Al Tathir*: normalment es realitza els primers dies de vida. S'associa a un concepte de netedat i s'argumenta que el càncer de cèrvix i de penis és menor en jueus i musulmans. No obstant, la fimosi és fisiològica als nens petits i per això els cirurgians pediàtrics no la recomanen fins als tres anys. Abans no és acceptable, i algunes persones poden recórrer a individus que s'hi dediquen en males condicions higièniques. Altres ho fan aprofitant un viatge al seu país. Les dones embarassades volen ésser ateses igual que les autòctones, a l'hospital i amb anestèsia epidural.

### Procés migratori

Podem definir unes etapes més o menys iguals per a tots els immigrants: :

- **Supervivència:** treballar per a poder menjar.
- **Consecució d'un treball** digne i instal·lació al país.
- **Agrupació familiar:** les parelles i fills venen a viure amb ells.
- **Reivindicació cultural:** Mesquites, cementiris... Hi ha un retorn cultural a l'origen, recolzat per la parabòlica (perquè la cultura és més oral i no tan escrita, com l'occidental).

## Bibliografia i webgrafia

- 1- Disponible a:  
[http://es.ucide.org/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3115:cataluna-la-comunidad-autonoma-con-mas-musulmanes&catid=3:archivo-de-prensa&Itemid=18](http://es.ucide.org/home/index.php?option=com_content&view=article&id=3115:cataluna-la-comunidad-autonoma-con-mas-musulmanes&catid=3:archivo-de-prensa&Itemid=18)
- 2- Disponible a:  
[http://es.ucide.org/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=71:espana-sumo-en-2008-165000-musulmanes&catid=3:archivo-de-prensa&Itemid=18](http://es.ucide.org/home/index.php?option=com_content&view=article&id=71:espana-sumo-en-2008-165000-musulmanes&catid=3:archivo-de-prensa&Itemid=18)
- 3- Carcenac C. L'Íslam, un veí per conèixer. Eumo editorial/Universitat de Vic. Vic, 2008.

## L'entrevista clínica amb el pacient immigrant

Carme Roca

L'entrevista clínica és fonamentalment un *acte de comunicació* i constitueix una eina bàsica de la bona praxis mèdica.

Les tres funcions principals de l'entrevista clínica són: establir una relació interpersonal, realitzar un procés diagnòstic i consensuar un pla educatiu i/o terapèutic.

Quan el pacient és immigrant, podem trobar-nos en un context diferent al que estem habituats. En aquest marc, l'entrevista clínica adquireix unes particularitats especials a les que hem d'anar adaptant-nos, per assolir una resolució satisfactòria de la consulta.

Les principals dificultats que poden aparèixer són:

- **Problemes lingüístics:** el desconeixement de l'idioma comporta dificultats en la relació metge-pacient. Pot ser útil la presència de traductors, mediadors o agents de salut comunitària.
- **Diferències culturals:** el concepte de salut i malaltia, la manera d'interpretar els símptomes, les expectatives en relació amb el nostre sistema sanitari, les creences i representacions populars en torn a la salut i la malaltia o la religió, constitueixen diferents realitats que suposen un repte en la nostra consulta diària i per això caldrà formar-nos en competència cultural; ser sensibles davant la diversitat amb acceptació i respecte.
- **Diferències en la utilització del llenguatge no verbal:** existeixen gestos i expressions que són pràcticament universals (alegria, tristesa, por,...) però altres estan modelades per la cultura de la que es procedeix.
- **Interferències emocionals:** Per part del professional poden existir emocions negatives davant una entrevista clínica amb un immigrant al percebre-la com més complexa, necessitar més temps, notar certa inseguretats a l'hora d'interpretar les demandes o el desconeixement de patologies que fins fa poc eren inexistents en el nostre medi. En l'espectre contrari, poden existir emocions positives en el professional a l'aflorar sentiments de compassió, caritat... Per part de l'immigrant pot existir una reacció negativa per sentir-se incomprès o incorrectament tractat. En

l'espectre contrari trobaríem les emocions positives de plena confiança en la tecnologia mèdica.

Tots aquests *elements de distorsió* en l'entrevista clínica poden causar sensació de fracàs o refús i interferir en la resolució del problema plantejat pel pacient. El bon metge comunicador hauria d'usar les eines que te al seu abast, a saber:

- **Habilitats bàsiques de l'entrevistador:**
  - Calidesa: proximitat afectiva amb el pacient (contacte visual inicial)
  - Empatia: capacitat per a posar-se en el lloc de l'altre, amb al intenció de comprendre la seva vivència particular.
  - Respecte: capacitat per acceptar els punts de vista propis del pacient sense considerar-los erronis malgrat que difereixin dels nostres.
  - Concreció: capacitat per delimitar els objectius mutus i compartits de l'entrevista.
  - Assertivitat: capacitat del metge per desenvolupar el seu paper amb un grau de seguretat suficient.
- Utilització de traductors, mediadors culturals o *agents de salut comunitaris*. Freqüentment el pacient immigrant ve a la consulta acompanyat per alguna persona del seu entorn que ens fa de traductor. Idealment en una entrevista clínica amb un pacient que no parla el nostre idioma hauria d'assistir-hi un agent de salut comunitari que, gràcies al seu perfil professional, a pertànyer a la mateixa cultura que l'immigrant i a la seva formació en salut, ens pot ser de gran ajuda per pal·liar les dificultats tant lingüístiques com culturals.
- **Competència cultural.** S'hauria d'oferir una atenció mèdica culturalment adequada i adquirir habilitats interpersonals de comunicació quan ens trobem amb pacients de diferent ètnia, cultura o religió.

## L' ENTREVISTA CLÍNICA. Fases:

### 1. Fase prèvia

Abans de començar la consulta s'haurien de tenir resolts els hàbits de treball que són previs a una bona entrevista:

- **Marc físic:** consulta adequada (espai, lluminositat, privacitat). Material d'exploració disponible i en bon estat. Tècniques d'evitació d'interrupcions

(minimitzar a les imprescindibles les trucades telefòniques, les visites de companys...).

- **Preparació emocional:** repassar la llista de pacients prèviament, sintonitzar amb el millor d'un mateix, tècniques de concentració.
- **Recursos de tracte i flux de pacients:** seguir unes normes iguals de tracte per tots els pacients (preferentment no tutejar a no ser que ens donin permís i el tracte sigui recíproc, o sigui d'edat inferior). Si el flux de pacients és lent, es pot informar als pacients que s'esperen (per exemple recórrer a advertir-ho per megafonia, explicant el motiu).

## 2. Fase exploratòria

Durant aquesta fase s'han d'esbrinar els problemes del pacient. És important que el professional aprengui a pronunciar bé el nom i els cognoms dels seus pacients, per molt complicats que siguin. Aquest esforç revelarà l'interès i el respecte del professional. Una actitud contrària reforça els problemes d'identitat i soledat. El nom està íntimament lligat a l'origen, a la família, a la terra, al naixement; en definitiva, a la *identitat* que s'ha de reconstruir al país d'acollida.

### **ANAMNESIS (entrevista clínica amb el pacient immigrant):**

- **DADES D'IDENTITAT I FILIACIÓ:**
  - Nom
  - Edat
  - Sexe
  - País de origen i si és possible la regió (rural, urbana)
  - Temps que porta en el país receptor i si fa poc que ha viatjat al seu país d'origen. Si acaba d'arribar, preguntar per la ruta migratòria que ha seguit i les condicions del viatge.

Tota aquesta informació ens serveix per situar el moment en que el pacient es troba en el seu procés migratori.

Altres aspectes importants per l'abordatge psicològic del pacient immigrant són els referits al motiu de la migració (ajudar a la família del país d'origen,

per reagrupació familiar), la voluntat de migrar (per decisió pròpia o familiar), expectatives de la migració, esforç requerit.

- Identitat cultural: ètnia, religió llengua materna. Coneixement de l'idioma del país d'acollida.
  - Nivell d'escolarització
- 
- MOTIU PRINCIPAL DE CONSULTA I HISTÒRIA DE LA MALALTIA ACTUAL: què li passa?, des de quan?, a què ho atribueix?, factors que alleugen o agreugen, símptomes acompanyants, alguna consulta més?.
- 
- ANTECEDENTS PERSONALS:
    - Naixement i desenvolupament.
    - Hàbits dietètics i d'higiene.
    - Hàbits tòxics.
    - Al·lèrgies medicamentoses, alimentàries o pneumoal·lèrgens.
    - Situació laboral i administrativa.
    - Vivenda i convivents (composició del nucli familiar).
- 
- ANTECEDENTS PATOLÒGICS:
    - Malalties prèvies (agudes i cròniques)
    - Medicació actual
    - Intervencions quirúrgiques, accidents
    - Història prèvia de transfusions de sang
    - Us de mètodes anticonceptius en dones. Història obstètrica. Lactància
    - Calendari de vacunacions
    - Experiències sanitàries prèvies i us de medicines tradicionals.
- 
- ANTECEDENTS FAMILIARS.
    - Arbre genealogicclínic. Malalties hereditàries.
    - Enquesta social: nucli familiar. Freqüentment la família està mutilada ja que alguns membres han quedat en el país d'origen, altres vegades ens trobem amb famílies extenses que comparteixen la mateixa vivenda en condicions precàries.
    - Preguntar per consanguinitat en la família

## **EXPLORACIÓ FÍSICA**

Inclou una exploració física general i una de més detallada en relació al motiu de consulta. Sempre s'ha d'explicar prèviament l'exploració física que anem a fer i perquè.

Si el pacient posa objeccions per ser explorat per un professional de diferent sexe al seu, és aconsellable dialogar (argumentant la nostra professionalitat amb independència del nostre sexe) amb respecte i si la situació es torna molt tensa és recomanable sol·licitar a un company/a que la porti a terme o, almenys, que hi sigui present.

## **EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES**

A l'igual que l'exploració física, s'ha d'explicar prèviament en què consistiran i el perquè de la seva indicació.

## **FASE RESOLUTIVA**

Durant aquesta fase es donen resposta als problemes que han motivat la consulta o als trobats en la fase exploratòria.

- Exposar què li passa al pacient i planificar accions futures.
- Enunciar i informar sobre la naturalesa del problema.
- Proposar un pla d'acció que haurem de negociar amb el pacient. És fonamental assegurar-se de que existeix una recepció adequada de la informació. Preguntarem al pacient què ha entès i reforçarem la informació si cal amb exemples, material traduït, dibuixos, etc.
- Explicar el tractament i l'evolució previsible. Si no es prescriu medicació, explicar el perquè. Si es prescriu tractament farmacològic caldrà assegurar-se de que el pacient amb poca fluïdesa amb l'idioma ha entès els possibles efectes secundaris.
- Comprovar la comprensió i l'acord del pacient.
- Prendre precaucions: aconsellar de que en cas d'aparició de nous símptomes o d'empitjorament dels presents, vingui de nou a la consulta.
- Proposta de seguiment i comiat.



## Bibliografia:

1. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma SA; 1989.
2. Johnson R, Roter D, Powe N, Cooper L. Patient race / ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. Am J Public Health 2004; 94:2084-9.
3. Borrell Carrió F, Prados Castillejo JA. Entrevista clínica. Conceptos generales. En: Guía de actuación en atención primaria. SEMFyC, Barcelona 2006:1605-8.
4. Coulehan JL, Bloc MR. The medical interview. Mterin skills for clinical practice. Philadelphia: FA Davis Company; 2001.
5. Sirur-Flores Bates MA, , Álvarez Herrero MC. Entrevista clínica con el inmigrante. En: Morera Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H. Guía de atención al inmigrante. 2ª edición. Madrid, Ergon 2009; 89-97.

## Examen de salut de l'immigrant adult asimptomàtic

Carme Roca

Com a esquema general, des de l'atenció primària proposem (sempre que sigui possible atenent a l'organització del centre) iniciar la relació sanitària amb una *visita d'acollida d'infermeria (VAI)*. La VAI en el pacient immigrant no serà diferent a la dels pacients autòctons, tenint en compte que sempre ha d'individualitzar-se i adaptar-se a les necessitats que es detectin. És important crear un clima de confidencialitat on la persona pugui expressar els seus sofriments i ser escoltada.

### **Examen de salut**

L'examen de salut al pacient immigrant serà similar al del pacient autòcton, incloent algunes particularitats com la inclusió dins el Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut (PAPPS) del cribratge de malalties importades i l'adaptació de l'estat immunitari al calendari vigent al país d'acollida.

#### **L'examen de salut a l'immigrant nouvingut consta de:**

- 1.- Anamnesi.
- 2.- Exploració física.
- 3.- Activitats del PAPPS.

Adaptació de l'estat immunitari de l'immigrant, al calendari vacunal vigent en el nostre país.

- 4.- Exploracions complementàries.

4.a) Generals (analítica i cribratge de la tuberculosi).

4.b) Específiques, en funció del país d'origen i cribratge de malalties importades.

## 1. Anamnesi:

- Filiació. País d'origen i ruta migratòria.
- Temps transcorregut des de l'arribada i/o antecedent de viatge recent al país d'origen.
- Exàmens de salut previs en altres zones de la nostra geografia, així com patologies diagnosticades i tractaments rebuts. S'ha d'evitar la duplicitat d'exploracions.
- Genograma familiar. Situació geogràfica dels seus referents familiars. Convivents en el nostre país. Exploració del dol migratori.
- Situació laboral i riscos existents.
- Antecedents de riscos per la salut: pràctiques de risc per Infeccions de Transmissió Sexual (ITS), antecedents de transfusions o injeccions parenterals en el país d'origen (en països on les mesures d'higiene i control no són sempre segures).
- Antecedents personals i patològics

## 2. Exploració física

### Inspecció general:

- Estat nutricional.
- Pell i mucoses: coloració, taques hipo o hipercròmiques, cicatrius de vacunacions prèvies, nòduls subcutanis, nafres, signes de rascat.

### Exploració:

- Bucodental: càries, gingivitis.
- Palpació tiroïdal.
- Ganglis a regió cervical, aixelles i engonals.
- Auscultació cardiorespiratòria.
- Palpació abdominal: hepatomegàlia, esplenomegàlia, cicatrius.
- Exploració de genitals: úlceres genitals suggestives d'ITS, antecedent de mutilació genital femenina.
- Exploració neurològica bàsica i exploració de l'aparell locomotor.

### 3. Activitats del PAPPS

- Pes, talla (IMC) i TA
- Hàbits tòxics i toxicomanies
- Exercici físic
- Revisió ginecològica en les dones, planificació familiar
- Vacunacions. Cal investigar quines vacunes ha rebut prèviament. En cas de dubte, es considerarà que no les ha rebut.

#### ADAPTACIÓ DEL CALENDARI VACUNAL EN L'IMMIGRANT ADULT:

Data	Dosis	Vacunes
Mes 0	1a. Dosi	Td <sup>1</sup> TV <sup>5</sup> Antigripal <sup>2</sup> VPI <sup>6</sup> Antipneumocòccica <sup>3</sup> Antimeningocòccica C <sup>7</sup> VHB <sup>4</sup> Varicel·la <sup>8</sup>
Mes 1	2a. Dosi	Td <sup>1</sup> VPI <sup>6</sup> VHB <sup>4</sup> Varicel·la <sup>8</sup> TV <sup>5</sup>
Mes 6	3a. Dosi	Td <sup>1</sup> VPI <sup>6</sup> VHB <sup>4</sup>

<sup>1</sup>**Td. Tètanus-diftèria.** Indicació universal i sistemàtica en nens i adults segons calendari vigent.

<sup>2</sup>**Antigripal.** Les mateixes indicacions que en els autòctons.

<sup>3</sup>**Antipneumocòccica.** Les mateixes indicacions que en els autòctons.

<sup>4</sup>**VHB.** Virus de l'hepatitis B. Les indicacions en adults són les mateixes que en els autòctons adults no vacunats prèviament. Caldrà practicar marcadors previs per descartar infecció passada o portador crònic en els originaris de zones amb alta prevalença d'aquesta malaltia (st. Àfrica subsahariana)

<sup>5</sup>**Triple Vírica.** Està indicada la TV si no hi ha evidència d'haver passat les malalties.

Es recomana investigar l'estat de vacunació de la població femenina fèrtil de manera sistemàtica, en especial a immigrants. En cas de no evidència o dubtes sobre la vacunació es procedirà a vacunar, però caldrà descartar embaràs actual i evitant-lo en les 4 setmanes posteriors a la vacunació

<sup>6</sup>**VPI**. Virus de la pòlio inactivat. Aconsellem vacunar als immigrants originaris dels països endèmics de poliomielitis (si no estan immunitzats) en què preveiem viatges de visita o retorn al seu país d'origen. Els països endèmics de pòlio, segons la OMS i a data del 2010 són: Índia, Pakistan, Afganistan i Nigèria

<sup>7</sup>**Antimeningocòccica C**. Es recomana a les cohorts nascudes posteriorment a l'1 de gener del 1985, no vacunades a la infantesa (1 dosi).

Recordar que la **Vacuna tetravalent (A+C+Y+W135)** està indicada en viatgers a països d'alta endèmia (països del cinturó meningocòccic d'Àfrica, interior del Brasil) i és obligada per a la peregrinació a La Meca.

<sup>8</sup>**Vacuna de la varicel·la**. La vacunació dels immigrants d'alt risc (dones en edat fèrtil, treballadors de la salut) podria ser recomanable.

La vacuna de la varicel·la administrada durant els 3-5 dies següents a l'exposició del virus (profilaxis post exposició), pot evitar o atenuar la malaltia.

#### 4.- Exploracions complementàries.

##### 4.a) Generals

- **Analítica sanguínia** amb: hemograma complet, glucèmia, creatinina, proves hepàtiques (ALT, AST, Falcalina i GGT), colesterol total.
- **Cribatge de la Tuberculosi**: la tuberculosi (TBC) presenta una epidemiologia complexa i representa un important problema de salut pública especialment en països de baixa renda i en bosses de pobresa o marginació de països industrialitzats.

*Algunes consideracions:*

- La infecció tuberculosa definida per la positivitat de la Prova de la Tuberculina (PT) significa contacte previ amb el bacil de la TBC i no implica contagiositat.

- La malaltia tuberculosa, sol anar acompanyada de símptomes i és la font d'infecció de nous individus.
- Els immigrants originaris de països amb elevada prevalença de malaltia TBC, presenten un percentatge major d'infecció TBC que la població autòctona.
- El desenvolupament de malaltia TBC en població immigrant característicament es presenta sobretot durant els 5 primers anys de l'arribada i es deu majoritàriament a una reactivació de la infecció latent adquirida al país d'origen.
- Alguns col·lectius d'immigrants presenten una major prevalença de TBC extrapulmonar que la població autòctona. Poden constituir un important repte diagnòstic.
- El subgrup de població immigrant presenta unes taxes de resistència farmacològica superior als autòctons, degut a que les freqüents resistències del BK en els països d'origen. Per això s'aconsella el tractament de la malaltia TBC en immigrants amb 4 fàrmacs.

El control de la TBC en immigrants no es diferencia bàsicament del de la població autòctona i es basa en:

a) Diagnòstic precoç de la malaltia TBC: s'aconsella fer cerca activa de malaltia TBC mitjançant l'anamnesi i exploració física dirigides a detectar la presència de símptomes i signes suggestius, que es confirmaran amb les exploracions complementàries pertinents.

b) Compliment del tractament mèdic amb 4 fàrmacs. S'aconsella fer antibiograma en tots els casos de cultiu positiu. En alguns casos caldrà el monitoratge del tractament o tractament directament observat (TDO)

c) Estudi de contactes es farà usant els mateixos criteris que en un pacient índex autòcton.

d) Tractament de la infecció tuberculosa latent (TITL) en persones d'alt risc. No hi ha evidència de que la pràctica de placa de tòrax i/o PT de forma universal en el primer contacte amb el sistema de salut d'una persona nouvinguda al nostre país pugui millorar el control de la TBC en aquest grup poblacional. Tampoc hi ha evidència de que el TITL en immigrants que no pertanyen a grups de risc de patir TBC pugui aportar algun benefici. Per tant, són temes controvertits on caldrà fer un abordatge individualitzat.

En canvi, s'ha demostrat que és efectiu realitzar el TITL en els pacients amb *risc elevat d'emmalaltir* (tant en immigrants com en autòctons):

1. Convivents amb un cas infectat.
2. Infectats pel VIH.
3. Pacients immunodeprimits per altres causes (trasplantaments, malalties autoimmunes) que estiguin rebent tractament immunosupressor.
4. Pacients amb lesions cicatricials a la Rx de tòrax mai tractats de TBC.
5. S'aconsella fer el cribratge de la infecció tuberculosa latent (ITL) a tots els immigrants procedents d'àrees d'alta endèmia (> 50/100.000 hab.) arribats durant els darrers 5 anys.

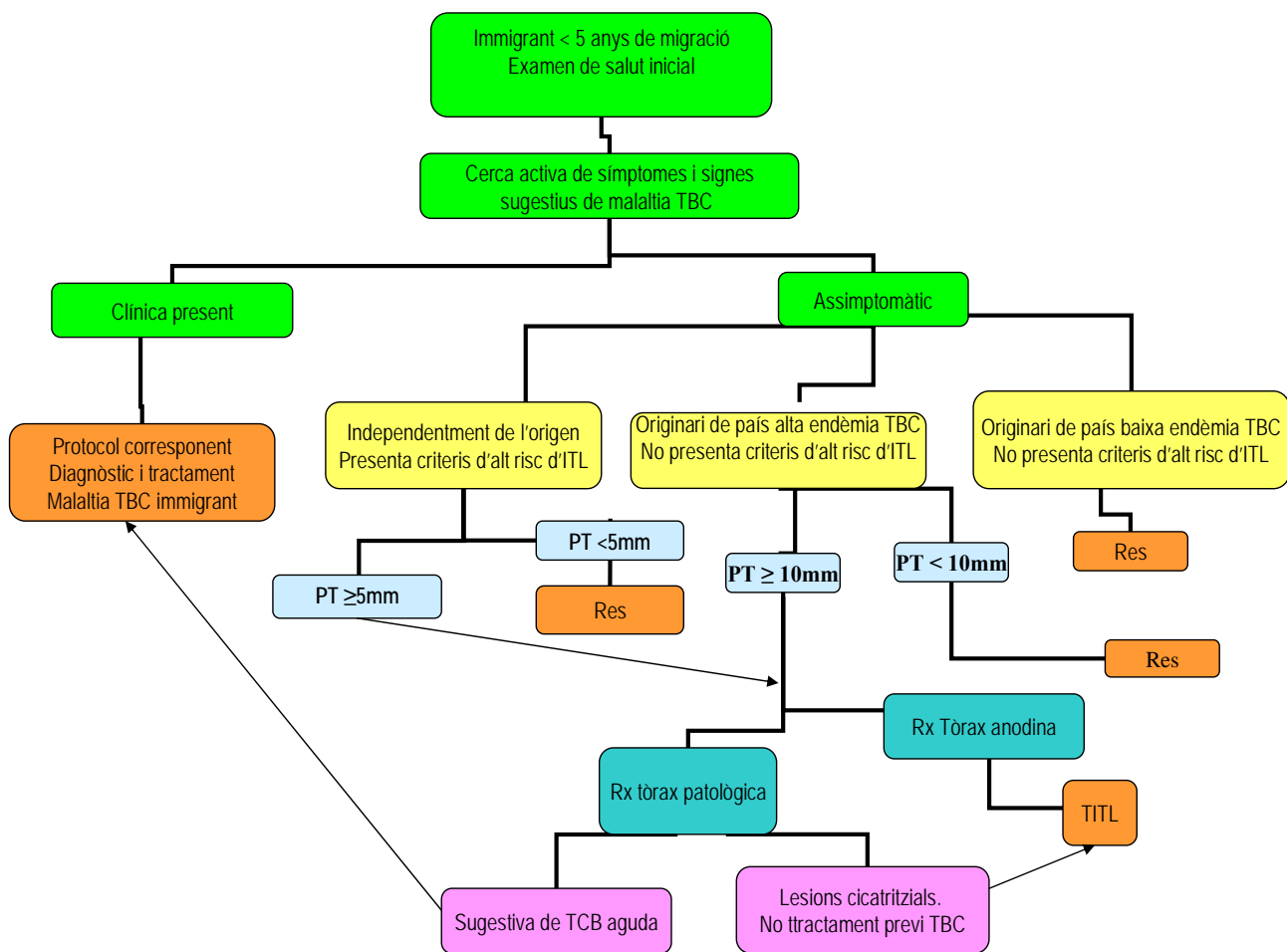
El tall per considerar positiva la PT també difereix segons diverses consideracions:

a) la prevalença de TBC en el país d'origen, b) en el país d'acollida, la vacunació prèvia amb BCG (1 ó més dosis) i, c) la prevalença d'altres micobacteris no tuberculosos en el país d'origen.

Com a guia, considerem PT positiva, quan el diàmetre transvers de la zona d'induració és:

- 5 mm, en pacients d'alt risc de patir ITL.
- $\geq 10$ mm, en immigrants procedents de països amb alta endèmia de TBC (>50/100.000hab), sense els 4 supòsits d'alt risc d'ITL i independentment d'haver estat vacunats a la infantesa amb la BCG.

**Algorisme d'abordatge del cribratge de la TBC en immigrants :**



La pauta d'elecció per al TITL és amb Isoniacida 5mg/Kg/dia (màxim 600mg/dia) durant 6-9 mesos. Hi ha altres pautes alternatives segons diferents condicionants. Aquest tractament amb isoniazida pot causar hepatotoxicitat sobretot en majors de 35 anys o si s'administra conjuntament amb altres agents hepatotòxics. L'hepatotoxicitat és reversible si el tractament s'interromp a temps, però pot arribar a ser letal si es segueix.

Entre les *contraindicacions* al TITL es destaquen les hepatitis agudes, la malaltia hepàtica crònica greu i l'alcoholisme actiu. La malaltia hepàtica crònica lleu o moderada, els antecedents d'efectes adversos no greus al tractament o l'embaràs són contraindicacions relatives al TITL.



#### 4.b) Específiques en funció del país d'origen. Cribatge de malalties importades

	Paràsits en femta <sup>1</sup>	Sediment d'orina <sup>2</sup>	VHB <sup>3</sup>	VHC <sup>4</sup>	VIH <sup>5</sup>	Lues <sup>6</sup>	Malaria <sup>7</sup>	Chagas <sup>8</sup>
Àfrica del nord	Valorar	Si	Si	Valorar	No	No	No	No
Àfrica subsahariana	Valorar	Si	Si	Si	Si	Si /Valorar	Valorar	No
Europa de l'Est	No	No	Valorar	Valorar	No	No	No	No
Àsia	Valorar	Si	Si	Valorar	No	No	No	No
Amèrica llatina	Valorar	No	Valorar	Valorar	No	No	No	Valorar

**Si** = indicació de rutina. **Valorar**= indicació de rutina en discussió. A valorar factors de risc. **No** = no indicació rutinària.

<sup>1</sup>**Estudi coproparasitològic:** es realitzarà en tres mostres de femtes recollides en dies.

- La indicació rutinària s'aconsella a tots els immigrants del continent Africà, Asiàtic i d'Amèrica llatina que han arribat al nostre país fa menys d'un any i especialment si provenen de zones rurals o han viscut en condicions de baix nivell higienicosanitari.
- Probablement indicat als que han arribat fa 1-3 anys, especialment si provenen de zones rurals o han viscut en condicions de baix nivell higienicosanitari..
- Als que porten més de tres anys aquí sense haver viatjat al seu país, no està indicat l'estudi coproparasitològic de rutina (fer-lo sempre que presentin signes o símptomes de sospita).

<sup>2</sup>**Sediment urinari:** útil per descartar la hematúria. La hematúria és un dels signes més característics de la parasitació per *Schistosoma haematobium* (helmint trematode).

<sup>3</sup>**VHB:** cal serologia per detectar els casos de portadors crònics, fer estudi de contactes i vacunar-los. També s'aconsella la vacunació als immigrants originaris de països amb alta prevalença de la infecció en cas de que hi viatgin de nou.

<sup>4</sup>**VHC:** caldrà la determinació dels anticossos antiVHC quan es detecti alteració de la funció hepàtica. També, degut a la alta prevalença, s'aconsella als originaris del subcontinent indi.

<sup>5</sup>**VIH:** La infecció per VIH és un greu problema de salut a nivell mundial. La regió del món més afectada per l'epidèmia segueix sent l'Àfrica Subsahariana, per aquest motiu s'aconsella fer el seu cribratge als que en són originaris. Cal recordar que també caldrà sol·licitar-lo sempre que hi hagi conductes o antecedents de risc.

<sup>6</sup>**Lúes:** EIA IgG+IgM si positiu, Test reagínic (VDRL o RPR) quantificat que es confirmarà amb un test treponèmic (FTA-Abs, TPHA). Elevada coinfecció amb el VIH.

<sup>7</sup>**Malària:** S'aconsella frotis i gota grossa a embarassades i nens immigrants originaris de l'Àfrica subsahariana i arribats fa menys de 3-6 mesos. Important per descartar parasitació pel *Plasmodium falciparum*, que pot ser causant de quadres greus. Hem de recordar sempre d'oferir la quimioprofilaxis antipalúdica en els viatges de retorn al país d'origen.

<sup>8</sup>**Chagas:** determinar la serologia de *Trypanosoma cruzi* a:

- totes les persones originàries de Bolívia
- a totes les dones llatinoamericanes embarassades
- a les persones amb antecedents epidemiològics suggestius (haver residit en zona chagàsica, en zona rural, en cases de toba, conèixer la malaltia de Chagas en el seu país d'origen)
- immigrants llatinoamericans immunodeprimits o candidats a tractaments immunosupressors.
- Immigrants llatinoamericans amb signes o símptomes suggerents de malaltia de Chagas: bloqueig de branca dreta a l'ECG, cardiopaties, trastorns del ritme cardíac, símptomes digestius,..
- a totes les persones que ho sol·licitin.

També s'aconsella la determinació de la **Ferritina** a dones i nens de l'Àfrica Subsahariana per l'alta taxa d'anèmies carencials. Si es determina la presència d'anèmia microcítica i ferritina normal cal un estudi d'hemoglobinopaties, sobretot en africans subsaharians i nadius del subcontinent indi.

## Bibliografia:

0. PAPPS. Recomanacions del PAPPS. Programa de l'adult 2009 <http://www.papps.org/upload/file/PREV%20ENF%20INFECIOSAS.pdf>, consultada el 13/03/2011
1. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Vacunació Td: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2011/doc11983.html>.  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/v27.pdf>.  
Vacunació antigripal: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/v12.pdf>  
Vacunació antipneumocòccica: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/v14.pdf>  
Vacunació VHB: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/v0616.pdf>  
Vacunació Triple Vírica: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/v03.pdf>  
Pàgines consultades el 14/03/2011
2. OMS, sobre la poliomielitis en el món <http://www.who.int/topics/poliomyelitis/en/index.html>, consultada el 13/03/2011
3. Valerio L, Barro S, Pérez B, Roca C, Fernández J, Solsona L, Aguilar A, Escribà JM. Seroprevalencia de marcadores de hepatitis crónica vírica en 791 inmigrantes recientes en Cataluña, España. Recomendaciones de cribado y de vacunación contra la hepatitis B. Rev Clin Esp 2008; 208:426-31.
4. Valerio L, Escribà JM, Fernández-Vázquez J, Roca C, Millozzi J, Solsona L, Molina I. Biogeographical origin and varicella risk in the adult immigration population in Catalonia, Spain (2004-2006). Euro Surveill 2009; 14: pii: 19332
5. La tuberculosi. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut. <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut/menuitem.98854c4efd5306c1bd2aa410b0c0e1a0/?vgnextoid=86f6796cd8027110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=86f6796cd8027110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default> Consultat el 06/03/2011
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/26.
7. Roca C, Aguilar A, Carrasco C. Examen de salud inicial al inmigrante adulto. AMF 2008; 4: 360-369.
8. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Plan Vasco de Inmigración. Recomendaciones para la asistencia médica al paciente inmigrante. 2ª edición. 2008

9. Jackson Y, Gétaz L, Wolff H, Holst M, Mauris A, Tardin A, Sztajzel J, Besse V, Loutan L, Gaspoz JM, Jannin J, Albajar Vinas P, Luquetti A, Chappuis F.  
Prevalence, clinical staging and risk for blood-borne transmission of Chagas disease among Latin American migrants in Geneva, Switzerland. PLoS Negl Trop Dis. 2010;4:e592.

## Activitats preventives en immigrants viatgers

Blanca de Gispert

El creixement de la població immigrada ha provocat un augment gradual dels viatges que realitza aquesta població als respectius països d'origen. Actualment podem afirmar que aquest grup de viatgers, coneguts com "*immigrants en visita a familiars i amics*" (VFA), presenten un major risc de patir malalties relacionades amb el viatge i amb l'exposició a patògens endèmics.

Existeixen dos factors principals que expliquen aquest increment en la morbiditat en relació als viatgers autòctons en viatges turístics: a) menor aplicació de mesures preventives prèvies al viatge i, b) superior exposició a reservoris i vectors de malalties transmissibles. En definitiva, els VFA acostumen a tenir una *menor percepció de risc* i més probabilitats de dur a terme viatges d'últim moment, i per tant menys planificats. A aquest fet s'hi afegeixen les barreres culturals, jurídiques, econòmiques i idiomàtiques que sovint limiten l'accés als centres d'atenció al viatger. Tot això provoca que els VFA presentin deficiències en les *pautes vacunals* i en la *profilaxi antipalúdica* (pautes incorrectes o insuficients).

D'altra banda, els VFA acostumen a realitzar viatges amb estades més llargues i més en contacte amb la població local, amb un major consum d'aliments i begudes de risc i, sovint, en condicions higièniques i de salubritat més precàries. També són més nombrosos els VFA que decideixen viatjar malgrat presentar estats de salut de major vulnerabilitat (edats extremes de la vida, gestació, patologies de base, etc.). A més, els immigrants que es desplacen dels seus països d'origen *amb el temps perden la semiimmunitat antiparasitària* (això és especialment evident, per exemple, en els immigrants originaris de zones amb malària endèmica. Aquesta semiimmunitat declina ràpidament a partir dels 2-3 anys de residència a Europa).

Per tot plegat des de les consultes d'adults i de pediatria d'AP s'ha d'estar atent a identificar la possibilitat de viatges entre la població immigrant que es visiti per altres motius. Les activitats preventives a seguir seran similars a aquelles que es recomanen als viatgers en general però amb alguns matisos:

- Caldrà insistir en la realització d'una correcta i completa profilaxi antipalúdica, especialment entre els *immigrants assentats al nostre país des de fa anys i als seus fills* –sobretot si han nascut a Europa– perquè conformen un col·lectiu d'alt risc de paludisme complicat. Alguns VFA

preferiran comprar el tractament un cop es trobin al país d'origen. En general no s'ha de recomanar aquesta pràctica perquè en alguns països la qualitat dels medicaments pot ser inadequada i, en ocasions, la pauta o l'antipalúdic poden no ser els indicats. Per altra banda, s'hauran de mantenir les recomanacions pel que fa a l'ús de repel·lents, mosquiteres i roba apropiada per tal d'evitar les picades d'insectes.

- Pel que fa a les vacunacions, caldrà assegurar-se de les immunitzacions rebudes i revisar la història de malalties prèvies. En absència de documentació que confirmi les vacunes administrades no és recomanable assumir que han estat correctament primovacunats. Per algunes malalties (rubèola, hepatitis B) es pot sol·licitar na serologia per tal de determinar si existeix nivell protector d'anticossos. Freqüentment els viatges dels VFA són en zones rurals o amb condicions higièniques deficientes i, per tant, algunes vacunes (p.e. contra la febre tifoïdal o la ràbia), poden estar especialment indicades. Finalment, cal tenir present que els immigrants poden haver rebut vacunes considerades rutinàries en el seu país d'origen que aquí es consideren només en el cas dels viatgers, com per exemple l'encefalitis japonesa.
- Quant a consells generals, s'ha de tenir en compte que sovint els VFA no podran evitar consumir aliments i begudes d'ús local. Podem insistir en algunes recomanacions més pràctiques com el rentat freqüent de mans, l'ebullició de l'aigua de consum sempre que sigui possible o l'ús d'aigua sanejada per netejar els aliments frescos. S'ha d'intentar evitar el consum d'aliments d'alt risc (poc cuinats) o aigua no tractada. Com en la resta de viatgers, en cas de diarrea es poden recomanar pautes curtes d'antibiòtic
- En aquest tipus de viatges el risc de contraure malalties de transmissió sexual i de transmissió percutània és més elevat. Es recomana la utilització de preservatius, intentant evitar-ne la compra en el país d'origen si existeixen dubtes respecte la seva qualitat. A la vegada, caldrà eludir pràctiques de risc que en general es poden posposar, com per exemple la realització de tatuatges, acupuntura, extraccions dentals, injeccions, etc...sobretot si hi pot haver dubtes pel que fa a la correcta esterilització del material.
- Altres consells per a *destins determinats* són: evitar els banys en rius i aigua estancada en zones amb esquistosomiasi (Àfrica Subsahariana) o

leptospirosi endèmiques; evitar pernoctar en cases d'adobe en zones rurals endèmiques de malaltia de Chagas (Sud-amèrica) o evitar el contacte estret amb aus de corral de països on hi ha grip aviar (Egipte i Sud-est asiàtic). La infecció tuberculosa és difícil de prevenir en els VFA però es pot proposar evitar el contacte amb persones amb símptomes respiratoris, sobretot en el cas dels nens. També caldrà recordar que el risc d'accidents de trànsit és elevat i que caldrà prendre les mesures que estiguin a l'abast per tal d'evitar-los.

**Taula 1.** Risc específic associat a algunes malalties, raons que expliquen aquest risc i recomanacions per poder reduir-lo (Font: adaptada de la pàgina web del *Centers for Disease Control and Prevention* i de l'article de Bacaner et al)

Malaltia específica	Raons del risc	Recomanacions
<b>Malalties transmissibles a través d'aigua i aliments</b> (geohelmintiasi, listeriosi, brucel·losi...)	Pressió social i cultural (ex. menjar l'àpat servit pels hostes) Menor possibilitat d'obtenir aigua potable Menor probabilitat de rebre consell previ al viatge	Rentat de mans freqüent Evitar aliments d'alt risc (productes locals, menjar poc cuinat) Simplificar pautes de tractament (ex. dosi única d'azitromicina o ciprofloxacina) Parlar sobre la preparació del menjar (ex. rentat dels vegetals)
<b>Paràsits relacionats amb el peix</b> (gnatostomiasi, anisakiasi, angyostrongilosi)	Ingesta d'aliments d'alt risc Menor probabilitat de rebre consell previ al viatge	Evitar la ingesta de peix cru o poc cuinat (tot i que pot ser insuficient en alguns casos, com la intoxicació per ciguatera)
<b>Paludisme</b>	Estades llargues Destinacions d'alt risc Menor ús de quimioprofilaxi i de protecció per les picades Creença que encara persisteix immunitat	Educació sobre la malària i de la necessitat de quimioprofilaxi Considerar el cost en cas de quimioprofilaxi Mesures per protegir-se de les picades
<b>Tuberculosi</b>	Contacte estret amb la població local i amb persones coinfectades amb VIH	Realitzar Mantoux 3-6 mesos després de la tornada si existeix història de prova negativa prèvia Educació sobre els signes i símptomes de la tuberculosi i sobre com evitar el contagi
<b>Malalties de transmissió sexual o percutània</b>	Utilització de cures locals (dental, sanitària...) Pràctiques culturals (tatuatges, mutilació genital femenina...) Transfusions sanguínies	Consells de sexualitat responsable, ús de preservatius Portar material de punció des d'Europa i evitar tractaments parenterals en la mesura del possible

	Contactes sexuals amb població local	No fer-se tatuatges
<b>Esquistosomiasi i geohelminiasi</b>	Accés limitat a aigua sanejada Ús d'aigua dolça en zones rurals per rentar o banyar-se	Evitar l'exposició a aigua dolça Advertir els nens dels banys en aigua dolça Ús de calçat tancat
<b>Patologia respiratòria</b>	Exposició a pol·lució, fonts de combustió en zones no ventilades, fum del tabac....	Auto-tractament en cas de crisi asmàtica
<b>Zoonosis (rickettsiosi, leptospirosi, febres virals, leishmaniosi)</b>	Destinacions rurals Contacte animals, rates i insectes	Evitar els animals Rentat de mans Ús de roba que protegeixi la pell Evitar dormir al terra
<b>Picades verinoses (serps, aranyes, escorpins...)</b>	Dormir al terra	Evitar dormir al terra Ús de calçat si se surt de nit
<b>Ingestió de toxines (efectes adversos de medicaments, ingestió de metalls pesats...)</b>	Adquisició de medicaments locals Ús de teràpies tradicionals Ingestió d'aliments contaminats (peixos de coralls, peix d'aigua dolça contaminada amb mercuri...)	Anticipar i adquirir els medicaments abans del viatge Evitar medicaments tradicional i aliments d'alt risc
<b>Febre groga i encefalitis japonesa</b>	Contacte accidental amb vectors (mosquits) habitualment zoòfils (piquen a micos o porcs, respectivament)	Mesures protectores per a picades de mosquit Vacunació si es considera indicat
<b>Dengue</b>	El dengue hemorràgic i la síndrome de shock per dengue tenen lloc després d'una exposició repetida a un segon serotip de dengue. Els VFA tenen més probabilitat d'haver-hi estat exposats prèviament.	Mesures protectores per a picades de mosquits Reconeixement precoç dels símptomes de gravetat

**Taula 2.** Qüestions a tenir en compte en relació a algunes vacunes (Font: adaptada de Bacaner et al).

Vacuna	Consideracions especials/recomanacions pels VFA
<b>Tètanus/diftèria Xarampió Pòlio</b>	Possibilitat de no haver rebut mai la primovacunació En el cas de la pòlio es recomana dosi de record si el destí es considera de risc
<b>Hepatitis B</b>	Risc augmentat d'adquirir la malaltia. Valorar necessitat d'immunització si les serologies mostren que no hi ha hagut infecció ni immunització depenent de cada cas i del tipus de viatge
<b>Hepatitis A</b>	Possibilitat de presentar immunitat sobretot en adults
<b>Còlera</b>	Risc relatiu augmentat però risc absolut, en general, molt baix. Considerar la necessitat real de vacunar.
<b>Febre tifoïdal</b>	Risc augmentat d'adquirir la malaltia, amb un llinar més baix pel que fa la vacunació en cas d'exposició potencial (efectivitat limitada)



### **Bibliografia:**

1. Bacaner N, Stauffer B, Boulware D, Walker P, Keystone JS. Travel medicine considerations for North American immigrants visiting friends and relatives. JAMA 2004; 291: 2856-64.
2. Valerio L, Roure S, Rubiales A, Tenas MD, Fernández-Rivas G, Martínez-Cuevas O, Moreno N. Enfermedades infecciosas importadas asociadas a los desplazamientos internacionales de inmigrantes adultos en visita a familiares y amigos. Gac Sanit 2009; 23: 86-9
3. Leder K, Tong S, Weld L, Kain KC, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, Black J, Brown GV, Torresi J. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network 2006; 43: 1185-93

## Mutilació genital femenina

Rou Sánchez

La mutilació genital femenina (MGF) és una pràctica ancestral, definida per l'OMS com l'extirpació total o parcial dels genitals externs amb una finalitat no terapèutica. Afecta entre 100 i 130 milions de dones arreu del món. Es practica en 29 països, fonamental de l'Àfrica subsahariana: Benin, Burkina Faso, Camerun, República Centreafricana, Txad, Costa d'Ivori, República Democràtica del Congo, Djibuti, Egipte, Eritrea, Etiòpia, Gàmbia, Ghana, Guinea, Guinea Bisau, Kènia, Libèria, Mali, Mauritània, Níger, Nigèria, Senegal, Sierra Leone, Somàlia, Sudan, Tanzània, Togo, Uganda i el Iemen.

Hi ha *quatre tipus* de mutilació segons el nivell d'extirpació; tipus I: clítoris, tipus II: clítoris i llavis menors, tipus III: clítoris, llavis menors i llavis majors, acompanyat o no d'infibulació o sutura de la zona extirpada.

La MGF té una *argumentació cultural* que la perpetua. Es fonamenta en una colla de creences errònies relacionades amb la higiene i la puresa, la fertilitat, la neteja i la manipulació d'aliments. Generalment està emmarcada en un *ritual de pas de la infància a la maduresa* com un element d'identitat i formació de grup.

### Prevenició

La MGF s'ha d'emmarcar en el context social concret dels països on es practica, i que ha de ser entès per a poder combatre-la eficaçment. L'objectiu principal és assolir un *canvi d'actitud individual*. La consulta del metge de família és i ha de ser el lloc adient per a abordar el problema donat que no existeixen altres espais específicament destinats a la seva prevenició dins del sistema sanitari.

### **Fases de la prevenició**

Per prevenir hem de conèixer i, per tant, iniciar la *fase indagadora*. Una vegada conegut el punt de vista del pacient, si aquest s'allunya del respecte als drets humans i als drets dels infants, hem d'iniciar la *fase educadora*.

És per tant necessari que, dins del context d'activitats preventives en la consulta d'acollida o de manera oportunista en una consulta de cita prèvia, s'identifiqui al

pacient com a part o no d'una comunitat que practica la mutilació i allò que què en pensa ell/ella personalment. Cal també registrar-ho per què aquesta informació pugui ser compartida per altres professionals.

En els pacients que presenten un discurs defensor o ambivalent de la MGF hem d'aportar arguments que contrarestin els mites que envolten aquesta pràctica: *no ho diu l'alcorà, no aporta res a la higiene, provoca problemes de fertilitat en les dones, augmenta la possibilitat de transmissió de malalties per via sexual, pot presentar complicacions greus derivades del propi acte d'extirpació, fins i tot amb el resultat de mort.* Cal enfrontar als immigrants a aquesta realitat, siguin homes o dones perquè és una pràctica innecessària i nociva que aquestes societats han de canviar.

Els metges d'atenció primària hauríem de vetllar per aquest canvi esmerçant-hi una mica més de temps en les nostres consultes i una mica més de paciència perquè aquestes persones maduressin l'argumentació rebuda. Habitualment primer arriben els homes als que segueixen la dona i els fills en uns anys: hi ha un lapse temporal més que suficient que cal aprofitar per a educar pel canvi i aportar eines perquè aquesta persona a més, es sensibilitzï i faci seu el convenciment de la nocivitat de la MGF de cara a la seva difusió entre les persones de la seva comunitat.

Pel que fa als aspectes jurídics eventualment punitius, és millor reservar-los per quan s'identifiquin nenes en entorns socials de risc. El seus pares o tutors legals han de ser advertits sobre allò que disposa la legislació vigent (seria la fase *informadora*) i, davant d'un risc imminent, cal posar-ho en coneixement de la policia.

## Bibliografia

1. Per algunes etnies la MGF és un ritual de pas de l'infantesa a l'edat adulta; Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Associació Catalana de Llevadores. 1ª Edició: Gener, 2004
2. Bewley S, Creighton S, Momoh C. Female genital mutilation. BMJ 2010 2; 340:c2728. doi: 10.1136/bmj.c2728
3. Kaplan-Marcusán A, Del Rio NF, Moreno-Navarro J, Castany-Fàbregas MJ, Nogueras MR, Muñoz-Ortiz L, Monguí-Avila E, Torán-Monserrat P. Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of immigrant families

## Patologia cardiorespiratòria

Maria Badenes

### 1. Algunes consideracions sobre patologia **cardiovascular** en pacients immigrants:

A l'abordatge de l'**HTA** s'han de tenir en compte que:

**1.1** Els pacients afroamericans (del continent americà i caribenys) presenten una alta prevalença d'HTA complicada i tenen un risc CV especialment alt. A més, en aquests pacients la resposta hipotensora a la monoteràpia amb fàrmacs que actuen sobre el sistema renina-angiotensina (IECA, ARA-II, IDR i en menor grau els blocadors beta) sol ser baixa tot i que la seva acció pot potenciar-se amb l'associació d'un diürètic tiazídic. Si es té en compte que l'angioedema induït per IECA és de dues a quatre vegades més freqüents en aquests pacients, tot plegat permet concloure que el tractament de l'HTA en afroamericans recomanat tindria com a primera línia els diürètics tiazídics i blocadors dels canals de calci i com a segona línia els blocadors alfa i els hipotensors d'acció central.

**1.2** En persones que procedeixen de països amb alta prevalença de parasitosis (sobretot d'*Schistosoma mansoni*, de *Loa loa* i de *Plasmodium malarie*), la HTA de difícil control amb hipertrofia ventricular esquerra és freqüent. Això és degut al fet que els esmentats paràsits indueixen sovint una glomerulonefritis per dipòsit d'immunocomplexos que a llarga cursa amb insuficiència renal en major o menor Grau i HTA secundària.

2. Els quadres **cardiorespiratoris** més freqüents poden tenir algunes particularitats entre la població immigrant, especialment els *immigrants recents*:

**2.1 Broncospasme:** quan s'acompanya d'*eosinofília*, cal descartar l'ascariasi (síndrome de Loëffler per pas pulmonar de larves), uncinariosi, o eosinofília pulmonar tropical.

**2.2 Hemoptisi:** per tuberculosi, paragonimosi, melioïdosi, hidatidosi o secundària a abscessos pulmonars bacterians o amèbics (en el context de un quadre agut)

**2.3 Cor pulmonale:** pot trobar-se com a expressió de *parasitosis de llarga evolució*: esquistosomosi, paragonimosi, drepanocitosi, paracoccidioidomicosi, eosinofília pulmonar tropical (generalment secundària a la presència de filàries)

3. Les malalties que afecten al **mio-pericardi** són rares, però algunes poden presentar-se amb major freqüència:

**3.1 Pericarditis restrictiva:** la causa més freqüent amb diferència és la tuberculosi.

**3.2 Fibrosi pulmonar** amb IC dreta secundària a algunes parasitosis cròniques com les filàries i *Schistosoma*.

**3.3 Carditis reumàtica** generalment com a *valvulopatia mitral* que debuta durant un embaràs. Convé tenir ben present el diagnòstic de *febre reumàtica* en nens.

**3.4 Miocardiopatia dilatada:** una de les causes més freqüents és la secundària a *tripanosomiasi americana* (malaltia de Chagas). Aquesta infecció crònica deguda al protozou *Trypanosoma cruzi* continua essent una de les causes més freqüents de miocarditis a la seva zona endèmica (sobretot a Bolívia, nord d'Argentina i Paraguai) i el seu pronòstic pot ser pitjor que el d'altres miocardiopaties. Degut a l'augment de la població immigrant sud-americana, és important tenir en compte aquesta possibilitat diagnòstica. Fins a un 20 i un 30% de les persones amb infecció per *T. cruzi* mostren una exploració cardiològica normal i no refereixen cap clínica tot i que *sovint presenten un ECG anormal*. Per tant és important realitzar proves d'afectació orgànica independentment de la presència de simptomatologia que la suggereixi.

Un ECG normal exclou la presència de disfunció greu del VE amb un valor predictiu negatiu proper al 100%. La primera via de conducció a afectar-se és la branca dreta, seguida del fascicle anterosuperior de la branca esquerra (i sovint com una troballa conjunta). L'afectació del fascicle posterior és infreqüent però és un marcador de gravetat. Altres alteracions freqüents són: bloquejos auriculoventriculares de 1r, 2n o 3r Grau, extrasístoles ventriculars aïllats o repetitius, taquicàrdia supraventricular (i ACxFA), bradicàrdia sinusal < 40 batecs per minut i presència d'ones Q o alteració difusa del ST-T



Figura 1: ECG de pacient amb infecció chagàsica asimptomàtica. S'observa bradicàrdia sinusal, BBD amb HBA i ona Q a V4.

Les característiques principals de la cardiopatia chagàsica avançada són:

- a) una *cardiopatía fibrossant* amb tendència a l'afectació segmentària del miocardi, sobretot la regió postero-inferior dels ventricles, el nòdul sinusal i el sistema de conducció infra-hisià. Això genera una afectació segmentària de la contractilitat i un gran potencial aritmogènic
- b) una *miocardiopatia dilatada* amb gran tendència a formar aneurismes, sobretot apicals, en els que sovint es presenten fenòmens tromboembòlics.

Per tant, els símptomes que ens poden orientar cap a una cardiopatia chagàsica subjacent són:

- a) símptomes secundaris a bradi-taquiarítmies: palpitations, síncope, presíncope, lipotímia.
- b) símptomes d'insuficiència cardíaca: majoritàriament d'IC dreta o congestiva (edemes mal·leolars, hepatomegàlia sensible, ingurgitació jugular ...) i més infreqüentment d'IC esquerra (dispnea d'esforç, ortopnea, dispnea paroxística nocturna).
- c) símptomes secundaris a fenòmens tromboembòlics: embòlies pulmonars, accidents cerebrovascular isquèmics
- d) símptomes secundaris a alteracions microvasculars: dolor toràcic atípic

És recomanable demanar serologia de *Trypanosoma cruzi* a tota persona originària o procedent de zones d'Amèrica Central i Sud-amèrica continentals que presenti algun dels signes o símptomes cardiovasculars descrits o també simptomatologia digestiva (com dificultat en la deglució, restrenyiment) i a dones en edat fèrtil (el paràsits pot causar malaltia congènita)

La cardiomegàlia radiològica i l'afectació greu de la fracció d'ejecció global, valorada mitjançant ecocardiografia, solen ser tardans i per tant, de baixa sensibilitat per al diagnòstic precoç; per contra, són freqüents i precoços l'afectació ecocardiogràfica segmentària de la contractilitat miocàrdica (paret postero-inferior i àpex del ventricle esquerre), del ventricle dret (a diferència d'altres cardiopaties) i de la funció diastòlica.

## Bibliografia

1. CAMFiC. Guia pràctica d'hipertensió arterial per a l'atenció primària. Quarta Edició. EdiDE. Barcelona, 2011.
2. Consejería andaluza de salud. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Rafael García Galán y cols. Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla, 2007.
3. Departament de Salut. Protocol de cribratge i diagnòstic de la malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i els seus nadons. Barcelona, 2010. Disponible a:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir125/chagasespanyol2010.pdf>
4. Roca Saumell C, Aguilar Margalejo A, Carrasco Rauret C. Examen de salud inicial al inmigrante adulto. AMF 2008; 4: 360-369.

## Estudi de l'eosinofília

Clara Carrasco

Una de les alteracions més freqüents detectades en els viatgers i els immigrants és l'eosinofília (sobretot entre immigrants procedents de l'Àfrica subsahariana i del sud-est asiàtic).

Sovint és una troballa analítica en el cribratge d'un immigrant sa i asimptomàtic.

Tot i que la majoria d'eosinofílies són degudes a una activació de la immunitat inespecífica antiparasitària, cal recordar que poden aparèixer com a l'expressió d'atòpia (rinitis, asma, dermatitis atòpica), en el curs clínic de les neoplàsies sanguínies (leucèmia mieloide o limfoide) o d'orgue sòlid, en algunes malalties endocrinològiques (malaltia d'Addison, malalties del tiroides), autoimmunitàries o com a reacció d'hipersensibilitat a fàrmacs (antibiòtics, IECA, diltiazem...)

S'anomena *eosinofília* a la presència d'un nombre o tant per cent d'eosinòfils circulants en sang perifèrica superior al de la població sana d'una àrea geogràfica concreta. El punt de tall més acceptat el de 450 eosinòfils/microL. L'*eosinofília* relativa es defineix com la presència d'un percentatge d'eosinòfils superior al 5% amb independència del seu nombre absolut.

Cal tenir en compte tres aspectes claus en estudi de l'eosinofília:

- a) És un problema freqüent. Pot presentar-se fins en un 30 % d'immigrants de l'Àfrica Subsahariana. Les eosinofílies absolutes intenses ( $> 1.000$  cels/micrL) sempre s'han d'estudiar.
- b) L'eosinofília perllongada pot donar lloc a lesions tissulars (principalment fibrosi de l'endocardi).
- c) Una eosinofília intensa té valor com a marcador d'infecció importada en immigrants recents ( $< 2$  anys de l'arribada)



Les infeccions víriques, bacterianes i fúngiques rarament són causa d'eosinofília. Tot i que és possible trobar-la en casos de tuberculosi i coccidioïdomicosi (malaltia endèmica del nord de Mèxic i estats fronterers amb els EE.UU)

Com a norma general, l'eosinofília intensa expressa la presència de parasitació per organismes *parasitaris multicel·lulars i localitzats als teixits* mentre que l'eosinofília que podem trobar associada a paràsits luminals (tènies o àscaris, per exemple) és inconstant i moderada

### **Protocol diagnòstic enfront un pacient amb eosinofília:**

A més de l'anamnesi orientat a identificar símptomes al·lèrgics i l'exploració física completa cal iniciar-lo amb la determinació de paràsits en femta recollits durant 3 dies i conservats en un medi fixador (SAF o altres). Si són negatius, es pot iniciar la bateria de proves analítiques per estudi de l'eosinofília:

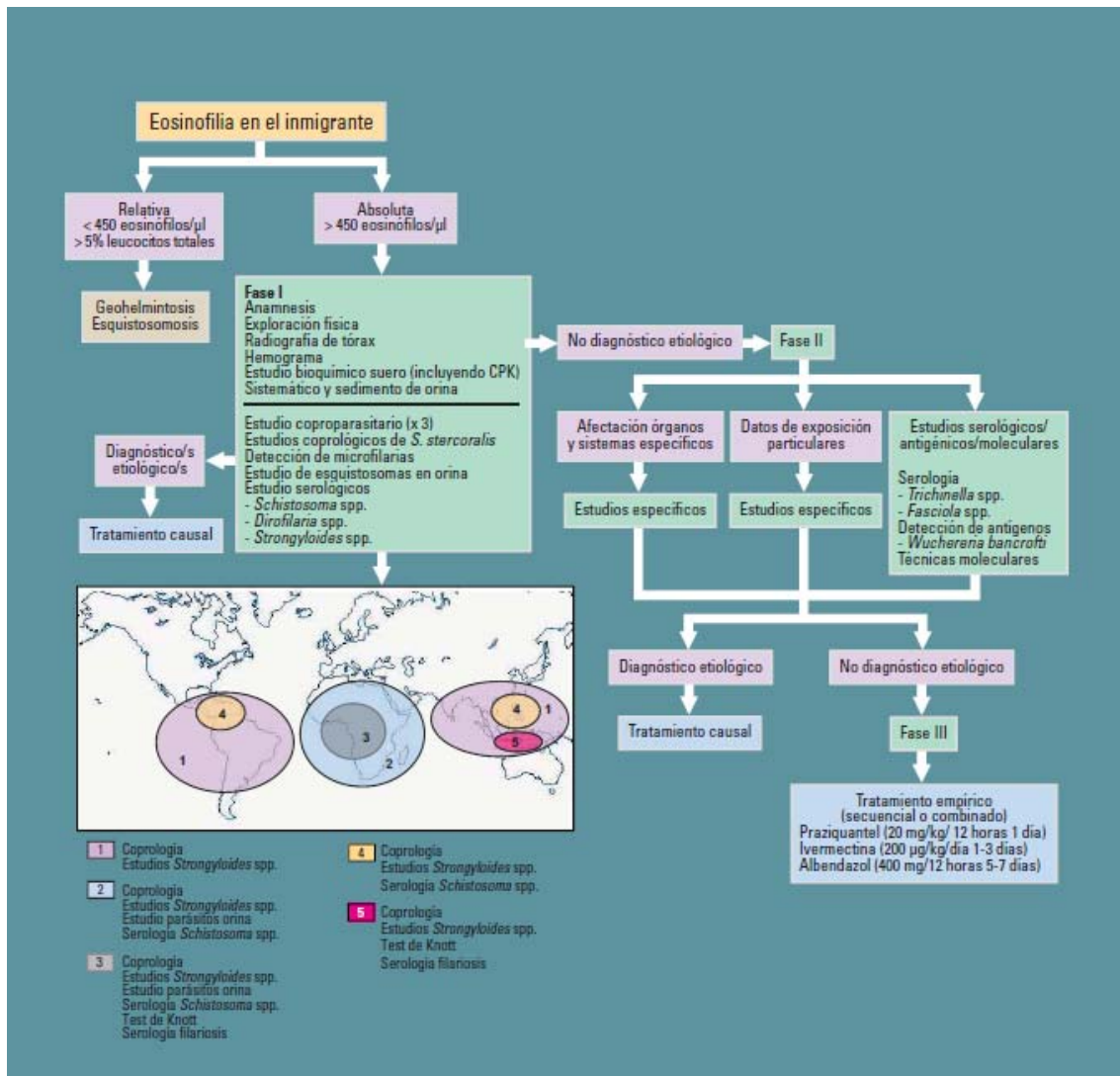
- Serologia d'*Echinococcus granulosus*, cisticercosi (*T. soleum*) i *Toxocara canis*
- Repetir els paràsits a femta (x3) a dies alterns i determinació de paràsits en orina/24h si procedeix de zona endèmica d'*Schistosoma haematobium*
- Cultiu larvari de *Strongyloides* a femta (o serologia). Les tècniques coprològiques directes tenen una sensibilitat menor al 20%.
- Gota grossa diürna o nocturna si procedeix de zones endèmiques de filàries *Loa loa* o *Wuchereria bancroftii*, respectivament.
- Biòpsia d'epidermis a la recerca de la filària tissular *Onchocerca volvulus*
- Recerca de cisticercosi i triquinosi per proves d'imatge (Rx, ecografia, TAC) si tot l'estudi anterior és negatiu

De les proves citades, algunes no són gens rutinàries i segurament hauran de ser remeses a centres especialitzats o ens haurem de posar d'acord amb els responsables de microbiologia dels nostres centres de referència. Cal tenir en compte que un mateix pacient pot presentar simultàniament diverses parasitosis.

El principal paràsit que cal descartar és *Strongyloides stercoralis*. Aquest helmint pot persistir durant dècades a la submucosa del budell i pot desenvolupar una *sd. d'hiperinfestació*, molt greu, en condicions d'immunosupressió (tractament amb corticoides o altres immunosupressors, quimioteràpia, infecció VIH)

Tot i així hi ha un tant per cent important d'eosinofílies (aprox. 40%) on no s'arriba a cap diagnòstic etiològic. En aquesta situació és raonable realitzar un tractament empíric d'ampli espectre, sobretot en els casos d'eosinofílies elevades. Els fàrmacs més usats, són l'albendazol (sospita de nematodes) 400mg/12 h x 3 dies, el praziquantel (sospita de platelmints) 40mg/Kg en dosi única i la ivermectina (sospita d'*Strongyloides*) 200 mcrg/Kg en dosi única. En eosinofílies moderades ens poden decantar per una conducta expectant amb nou control d'hemograma als 6-12 mesos (la majoria d'helmints intestinals completen un número limitat de cicles vitals i rarament la parasitació es perllonga més enllà de 2 anys)

## Algorisme diagnòstic de l'eosinofília



Font: Pardo-Iledias J, Galindo I, Perez-Arellano J.L, Muro A. Protocolo de actuación clínica en la alteraciones hematológicas importadas. Medicine.2010;10: 390-5

## Bibliografia

1. Perez Arellano JL, Pardo J, Hernandez Cabrera M, Carranza C, Angel-Moreno A, Muro A. Manejo práctico de la eosinofilia. An Med Intern 2004; 21: 244-52

## Estudi de la diarrea

Clara Massagué

En els països en vies de desenvolupament i /o amb deficiències higienicosanitàries la etiologia de la síndrome diarreica sol ser de *causa infecciosa*.

MECANISMES PATOGENÈICS		CLÍNICA
<u>ENTEROTÒXICA</u>	<i>E. Coli</i> enterotòxica Vibri còlera Virus <i>Staphylococcus</i>	<u>Diarrea aquosa</u>
<u>ENTEROINVASIVA:</u>	<i>Entamoeba histolytica</i> <i>E. Coli</i> enteroinvasiva <i>Shigella, Salmonella</i> <i>Campylobacter</i> (nens i viatgers )	<u>Diarrea disentèrica</u>
<u>MALABSORTIVA:</u>	Protozous: <i>Giardia lamblia</i> Helminths intestinals ( <i>Strongyloides stercoralis</i> ) Dany de l'epiteli intestinal post infecció (esprue)	<u>Diarrea crònica</u>
	<u>Altres:</u> malaltia de Whipple, malaltia inflamatòria Intestinal, etc...	<u>Malabsorció</u>

Segons el temps d'evolució de la diarrea podem distingir entre:

*Diarrea aguda:* Fins a 15 dies de duració (solen presentar-la els viatgers; no els immigrants)

*Diarrea crònica:* A partir de 3-4 setmanes ( més freqüentment degudes a paràsits)

El quadre diarreic s'ha de descartar distingir de la *síndrome disentèrica*; és a dir: diarrea amb múltiples deposicions i productes patològics (sang, moc o pus), dolor abdominal i tenesme rectal. Si l'etiologia de la disenteria és bacteriana sol presentar-se febre alta.

### Diarrea del viatger:

És molt freqüent persones procedents de països desenvolupats i que han realitzat pocs viatges a ecosistemes tropico-subtropicals, especialment els nens i adults joves.

L' etiologia és majoritàriament bacteriana (70%), amb *E. Coli* enterotòxica com a microorganisme més prevalent. Clínicament es tracta d'una diarrea aquosa tot i que algunes vegades pot identificar-se moc o sang (*E. coli* enteroinvasiva). El tractament és simptomàtic amb anticolinèrgics i rehidratació oral. L'autotractament amb azitromicina o rifaximina és acceptable en persones de risc o nens *En els pacients amb febre alta i diarrea procedent d'una zona endèmica de paludisme s'ha de descartar la malaltia abans de qualsevol tractament.* El còlera és una malaltia infreqüent però s'hi ha de pensar – per motius de salut pública – en cas de diarrees amb greu depleció hidroelectrolítica.

### **Proves complementàries en l'estudi de diarrea aguda**

- Analítica bàsica amb ionograma
- Coproparasitològic (X3) a dies alterns (no guardar les mostres a la nevera )
- Coprocultiu amb tipatge d'*E. Coli* si és possible (guardar a la nevera)
- Detecció d'Ags en femta de rotavirus i adenovirus en nens menors de 5 anys.
- Gota grossa i extensió en pacients febrils procedents de zona endèmica de paludisme
- Camp fosc per detectar vibrions si se sospita còlera (zona d'epidèmia)
- Detecció d'Ag d'*Entamoeba histolytica*

### **Proves complementàries en l'estudi de diarrea crònica**

- Analítica bàsica VSG, TSH, proteïnograma, ionograma, amilasúria, calcèmia, ferritina  
determinació de vitamines B12 i folat.
- Coproparasitològic (X3) a dies alterns (no guardar les mostres a la nevera)
- Coprocultiu si febre (guardar a la nevera)
- Serologies VIH, *Entamoeba histolytica*, Ac antigliadina
- Prova de Mantoux i BK en femta
- Fibrocolonoscòpia per descartar altres patologies (Malaltia inflamatòria intestinal, esprue, tumoracions)

## Principals protozous implicats en la producció de diarrea

### AMEBA:

*Entamoeba histolytica*: Distribució mundial (z. tèbies, tròpics i subtròpics) Pot ser asimptomàtica o presentar sd. Disentèrica. Pot presentar manifestacions extraintestinals: abscess hepàtic (sol·licitar ECO) i embassaments en pleura o pericardi

Tractament en dos fases: amebicida sistèmic (Metronidazol 750 mg/8h x 5 dies + quisticida luminal (Paramomicina 750 mg/8h x 8 dies)

### FLAGEL·LAT:

*Giardia Lamblia*: Distribució mundial. Contagi fecal-oral sobretot en guarderies. localitza a nivell del budell prim i dóna lloc a diarrea amb flatulència i distensió abdominal, malabsorció i pèrdua de pes.

Tractament: metronidazole 750 mg/8h x 5 dies, Paramomicina en embarassades. Restricció de làctics durant un mes si hi ha intolerància a la lactosa.

### COCCIDI:

*Cryptosporidium spp*: Diarrea crònica en immunodeprimits.

Tractament: simptomàtic i de la immunodepressió

*Cyclospora cayetanensis* (Nepal - Centreamèrica) Diarrea aquosa i crònica en VIH

Tractament: Cotrimoxazole (800/160) o Ciprofloxacina.

## Principals helmints implicats en la producció de diarrea

### NEMATODE:

*Strongyloides stercoralis*: Distribució mundial. Episodis diarreics intermitents, dóna lloc a quadres de malabsorció, pot persistir durant anys per autoinfestació

Tractament: Ivermectina 400mcgr/kg repartits en 2 dies

*Trichuris trichura*: Distribució mundial (tròpics i subtròpics) Diarrea amb Sang, anèmia, prolapse rectal, pot sobreviure 5 anys.

Tractament: Mebendazol 100 mg/12h x 3 dies

TREMATODE: *Schistosoma mansoni* Endèmic d'Àfrica, Sudamèrica, Carib, Iemen Pot ocasionar un quadre disentèric amb rectorràgia.

Tractament: Praziquantel 60 mg/kg repartits en 2 dies

## Bibliografia

1. Chiarpenello J. Actualización:Infecciones por helminto.La Biblioteca Cochrane Plus 2011. Número 1. ISSN 1745-9990
2. Perez-Arellano J.L., Hernández-Cabrera M, Pisos-Álamo E, Carranza-Rodríguez C, Castillo, De Vera M. Tratamiento de las enfermedades parasitarias (I): Protozoosis. Infor Terapeutica del S.N. Salud Vol.31. N°1/2007 (3-16)

3. Perez-Arellano J.L., Hernández-Cabrera M, Pisos-Álamo E.,Carranza-Rodríguez C, Castillo, De Vera M. Tratamiento de las enfermedades parasitarias (II): Helmintosis y ectoparasitosis Infor Terapeutica del S.N. Salud Vol.31. Nº2/2007 (55-64)
  
4. Geografía de las Infecciones Tropicales. Rogelio López Velez ed; Madrid 2007. ISBN-13:978-84-690-5141-2
  
6. Castañeda-Pomeda M, Bragulat-Baur E. Revisión: la diarrea del viajero. Emergencias 2008; 20: 260-268.

## Estudi de la tos crònica

Rou Sánchez

La patologia infecciosa respiratòria aguda més freqüent en el pacient immigrant són les virasis, refredats, bronquitis i pneumònies. En definitiva, les causes i semiologia d'aquestes malalties són les mateixes que les de la població autòctona. Hem de parlar especialment de la *tos crònica*; és a dir, aquella que persisteix o és recurrent i dura més de *tres setmanes*.

La placa de tòrax és la prova complementària inicial i principal en el procés diagnòstic. Es presenta seguidament una aproximació diagnòstica segons les possibles troballes:

### Estudi de la tos crònica segons la presència de lesions radiològiques

Tipus de lesió	Diagnòstic diferencial	Consideracions
Cavitada	TBC pulmonar	Multiresistències ( <i>M. Tuberculosis africanum</i> , <i>M. Tuberculosis</i> (Beijing))
	Fungosi	Histoplasmosi (agut). Altres més cròniques (coccidiomicosi, etc)
	Altres	Abscessos, neoplàsies, TEP, <i>Paragonimus westermanii</i>
Arrodonida	Parasitosi	Cisticercosi Equinococcosi
	Abscessos	Piògens Amebians
	Altres	Tuberculomes Limfomes
Embassament Pleural	Tuberculosi pleural	En general, l'estudi és similar que a Europa Possibilitat de vessaments eosinofílics secundaris a paràsits
	Abscessos subfrènics (Amebians)	
	Altres	



## Tuberculosi

Entre el col·lectiu d'immigrants recents, especialment els provinents de països d'alta endèmia o amb factors de risc personal, hem de descartar en primer lloc la tuberculosi, no tant per les seves repercussions clíniques particulars si no per la seva importància a efectes de Salut Pública. Els pacients immigrants amb tos crònica acostumen a consultar abans que els autòctons i, curiosament, la tuberculosi presenta menys retard diagnòstic mitjà (probablement perquè la tuberculosi s'associa mentalment de manera més immediata amb els immigrants). Segons dades de 2001, a alguns llocs de Catalunya com Barcelona ciutat, la majoria de casos de tuberculosi ja es dona entre immigrants. A més, s'identifica en aquest col·lectiu un superior incompliment del tractament, superior taxa de resistències a fàrmacs de primera fila d'ús i una major incidència de casos de malaltia extrapulmonar.

La primera prova complementària en l'estudi de la tos crònica és la *placa de tòrax* (front i perfil). Cal recordar la multiplicitat d'imatges que la tuberculosi és capaç de mostrar (masses, cavitacions, consolidacions parenquimatoses, embassaments). En general s'ha de considerar suggerent de la malaltia aquella imatge acompanyada d'*adenopaties hiliars i/o cavitació i/o embassament pleural*. En nens són freqüents les *primoinfeccions* en forma d'adenopaties sense component tissular pulmonar o del complex primari (xancre de Gohn) adenopatia hilar-granuloma el lòbul basal. Qualsevol imatge suggerent de tuberculosi implica l'obtenció de 3 mostres d'esput (de dies diferents) i un cultiu en medi específic amb eventual antibiograma per a la identificació de *Mycobacterium tuberculosis*. Un percentatge apreciable de pacients poden ser tan paucibacil·lars que presentin mostres negatives. A l'espera del cultiu, moltes vegades s'haurà d'optar per l'inici empíric del tractament o per la derivació a proves diagnòstiques invasives a nivell hospitalari.

El diagnòstic d'un cas índex, especialment si és bacil·lífer implica l'estudi dels contactes connivents (> 6h de convivència en el mateix espai al dia) per mitjà de la *prova de Mantoux*. Els criteris de positivitat són els mateixos que entre la població autòctona connivent. Entre els nens poden ser d'utilitat les proves basades en la determinació de l'alliberament d'interferon- $\gamma$ , disponibles de moment només a nivell hospitalari.

El tractament s'indica d'entrada sempre amb 4 fàrmacs degut a la presència d'un 5% o més de soques del bacil amb resistència a isoniazida o rifampicina,

especialment entre pacients que han rebut tractaments inacabats i immigrants d'Europa Oriental.

#### **Altres agents infecciosos menys freqüents:**

- La *coccidiomycosi* o *paracoccidioidosi* és una malaltia fúngica pròpia de persones amb la resposta immunitària disminuïda o el parènquima pulmonar danyat. En general s'inicia com un grip. Si evoluciona cap a una pneumònia, pot seguir un curs crònic progressiu amb cavitacions i fibrosi o fins i tot una malaltia disseminada. Ho sospitarem especialment en els immigrants procedents de zona endèmica (l'ecosistema centre i sud-americà).
- L'*aspergil·losi* pulmonar o de sinus paranasals es contrau per mitjà de la inhalació d'espores del fong des d'un reservori tel·lúric cosmopolita. Tot i ser més freqüent en pacients immunodeprimits, es descriuen també casos en persones immunocompetents.
- La *histoplasmosi* també és majoritàriament sud-americana. La primoinfecció per inhalació del fong dona lloc a una pneumonitis granulomatosa generalment lleu que pot deixar imatges residuals calcificades. Pot ser molt agressiva especialment entre pacients VIH+
- La *hidatidosi pulmonar* ser una troballa casual en una placa de tòrax o ser la causa d'un quadre de tos crònica si se situa prop de la pleura o de la carina bronquial. En general, tots aquests fongs s'aïllen en cultius específics de pacients amb tinció de Ziehl negativa. No obstant, creixen molt lentament. Per tant, la sospita clínica implica la realització de proves invasives.

#### **La síndrome de Löeffler:**

Alguns helmints presenten un *cicle intern* amb pas pel parènquima pulmonar (especialment *Ascaris* i *Schistosoma*). Quan això passa, donen lloc a una reacció asmàtica per hipersensibilitat amb tos, eosinofília i infiltrats pulmonar alveolo-intersticial a la placa de tòrax. És més intensa durant les primoinfeccions i, per tant, es reconeix amb més freqüència entre nens i viatgers occidentals.

## La diftèria

És deguda a la colonització faringo-laríngia de *Corynebacterium diphtheriae*, que dóna lloc a una malaltia caracteritzada per odinofàgia amb limfadenopaties cervicals i la presència d'exsudats pseudomembranosos afectant també a l'úvula. Tot el quadre cursa amb dispnea intensa i tant el pacient com el metge tenen una sensació de "gravetat"

## Les malalties cardiorespiratòries

Les malalties que afecten al mio-pericardi poden produir tos crònica. En general són infreqüents excepte pel que respecta a la malaltia de Chagas cardíaca:

- *Miocardiopatia dilatada*: deguda sobretot a la *trypanosomiasi americana* o *malaltia de Chagas*. Molts anys abans de la dilatació cardíaca apareixen alteracions a l'ECG (típicament bloquejos de branca dreta) en pacients que poden queixar-se de palpitations o estar completament asimptomàtics. Qualsevol alteració cardíaca en pacients procedents de Sud-amèrica, especialment de Bolívia, Paraguai i nord d'Argentina, ha d'incloure en l'estudi una serologia de *Trypanosoma cruzi*.
- *Pericarditis restrictiva*: la principal causa és la tuberculosi. Algunes malalties parasitàries cròniques que cursen amb hipereosinofília (filariasi, sobretot), poden donar lloc a una *fibrosi endomiocàrdica* amb cardiopatia restrictiva severa o l'anomenat *pulmó eosinofílic tropical*.
- *Fibrosi pulmonar* amb IC dreta secundària a algunes parasitosis com les filàries i, especialment, a la parasitació crònica per *Schistosoma*. Està causada per embòlies retrògrades d'ous del paràsit a la circulació pulmonar.
- Molt probablement la *carditis reumàtica* com a valvulopatia mitral que debuta durant un embaràs és l'entitat cardiovascular que més freqüentment trobarem a l'AP després de les complicacions de la malaltia de Chagas. Convé tenir ben present el diagnòstic de febre reumàtica en nens.
- La HTA de difícil control amb hipertrofia ventricular esquerra és freqüent en persones que procedeixen de països amb parasitosis abundants (sobretot d'*Schistosoma mansoni*, de *Loa loa* i de *Plasmodium malariae*). En general, és degut a la presència de glomerulonefritis per dipòsit d'immunocomplexos i IRC en major o menor grau.

## Bibliografia

1. Anónimo. Plan Nacional de para la prevención y control de la tuberculosis en España. Arch Broncopneumol 2009; 45: 139-44. Epub 2009 Feb 28. Disponible en:

[http://www.archbronconeumol.org/bronco\\_eng/ctl\\_servlet?f=60&ident=13135440](http://www.archbronconeumol.org/bronco_eng/ctl_servlet?f=60&ident=13135440)

2. Campos LE, Pereira LF. Pulmonary eosinophilia. J Bras Pneumol 2009 J; 35: 561-73. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000600010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

## Estudi de l'anèmia

Anna Aguilar

L'origen multifactorial de les anèmies en la població immigrant sol ser molt freqüent degut a l'associació d'una elevada prevalença de malalties infeccioses/parasitàries amb dèficits nutricionals i amb malalties hematològiques hereditàries. Solen ser més freqüents en dones i en nens perquè als factors citats s'hi afegeix un augment de consum degut als embarassos i el creixement.

L'estudi diagnòstic d'un pacient immigrant amb anèmia *es basa en la mateixa metodologia que en la població autòctona. Les anèmies més freqüents són les microcítiques, principalment les ferropèniques.* Les causes poden ser diverses i entre les més freqüents s'hi compten les parasitosis digestives cròniques, els dèficits nutricionals, la malabsorció, els embarassos i lactàncies continus i les pèrdues ginecològiques o digestives. En general, abans d'indicar exploracions invasives, és convenient descartar la presència de *paràsits intestinals hematòfags (Ancylostoma duodenale o Necator americanus)* mitjançant l'estudi de paràsits femtes o cultiu larvari en cas de negativitat però sospita fundada.

En el cas de detectar una *anèmia microcítica no ferropènica*, el diagnòstic diferencial hauria d'incloure les següents malalties:

- Alteracions qualitatives de la síntesi d'hemoglobina: *talassèmies*, que cursen generalment amb un nombre d'eritròcits elevat. El diagnòstic es realitzarà mitjançant la determinació dels subtipus d'hemoglobina. Són especialment freqüents en pacients procedents de l'Àfrica subsahariana i del Sud-est Asiàtic.
- Alteracions quantitatives de la síntesi d'hemoglobina: *hemoglobinopaties*. La més prevalent és l'*hemoglobinopatia S*, la forma heterozigota de la qual és molt freqüent en algunes regions endèmiques de paludisme donat que podria conferir protecció davant d'aquesta malaltia (Àfrica subtropical i tropical, Orient Mitjà i algunes regions de la Índia). Les altres dues hemoglobinopaties que podem detectar amb més freqüència són la HbC,

freqüent en algunes regions d'Àfrica Occidental, i l'HbE, pròpia d'algunes zones del Sud-est Asiàtic; generalment són asimptomàtiques.

- Alteracions enzimàtiques, principalment el *dèficit de glucosa- 6 -fosfat deshidrogenasa* (G6PD), més freqüent en persones procedents de l'Àfrica subsahariana. Aquest dèficit també protegeix del paludisme, ja que limita la reproducció intraeritrocitària del paràsit.
- Alteracions de la membrana eritrocitària: A considerar, però són molt menys freqüents.

Davant d'una *anèmia normo o macrocítica*, el diagnòstic diferencial ha de ser el mateix que en la població autòctona. Els casos d'avitaminosis són excepcionals, excepte el dèficit de folats en les dones amb múltiples embarassos o els pacients afectes de malabsorció intestinal (especialment en el context d'esprue tropical). Cal recordar l'existència d'una parasitosi poc freqüent i específica d'immigrants nord-europeus o japonesos: la infecció per *Diphyllobothrium latum*, (botriocelosi) que es caracteritza per la megaloblastosi secundària al consum directe de VitB12 de l'helmit.

En el cas dels *viatgers*, la principal causa d'anèmia crònica adquirida és el paludisme i, molt excepcionalment, la infecció per hemoparàsits del gènere *Babesia*, relacionats amb picades de paparres-vector nord-americanes.

Per últim, si l'anèmia s'associa a dèficits d'altres sèries hemàtiques (*pancitopènia*), s'haurà de descartar en primer lloc la infecció per VIH, la leishmaniosi visceral i, altre cop, el paludisme.

## Bibliografia

1. Pardo-Lledias J, Galindo I, Pérez-Arellano J.L, Muro A. Protocolo de actuación clínica en las alteraciones hematológicas importadas. *Medicine* 2010; 10: 3690-5.
2. López-Vélez R, Sánchez- Calero J et al. La salud del inmigrante con especial referencia a la población pediàtrica. Rogelip López-Vélex ed, Madrid 2006. ISBN: 84-689-9209-2006
3. Roca Saumell C, Aguilar Margalejo A, Carrasco Rauret C. Examen de salud inicial al inmigrante adulto. *AMF* 2008; 4: 360-369

## Estudi de la febre

Sílvia Roure

La presència de *febre* pot traduir l'existència i sempre acompanya la presència de malalties potencialment letals com el *paludisme*, el *dengue*, les *febres hemorràgiques* (arenavirus, flavivirus, bunyavirus, etc.), la *febre tifoïdal complicada* i les *parasitosis invasives* (sobretot l'amebiasi visceral).

Caldrà fer-ne una valoració inicial tenint en compte el destí de procedència del viatge. Les etiologies més freqüents segons Wilson et al. 2007 són:

Malària	21%
Diarrea aguda	15%
Infeccions respiratòries	14%
Dengue	6%
Febre tifoïdal o paratifoïdal	2%
Hepatitis	1%

Si el pacient prové de zona endèmica de paludisme, especialment de llocs amb alta transmissió de la malaltia (com Àfrica subsahariana), es compleix l'aforisme més irrefutable de la medicina tropical:

**Tota febre procedent de zona endèmica palúdica és un paludisme fins a poder demostrar el contrari**

Molts dels pacients amb una síndrome febril importada hauran d'ésser derivats a centres hospitalaris o especialitzats en medicina tropical. És desaconsellable contemporitzar a l'espera de l'evolució clínica del quadre febril. Si en disposem a AP o a urgències de l'hospital, la primera prova a realitzar és una *gota grossa* o una *prova ràpida immunocromatogràfica* (ICT-Now test®, optiMAL®) per a confirmar el diagnòstic de paludisme. Cal recordar que: a) els immigrants que conserven una certa semiimmunitat al paràsit (immigrants recents amb 2-3 anys d'estada a Europa) poden presentar quadres clínicament poc manifestos, b) les proves ràpides tenen poca sensibilitat front a la presència de plasmodis no-falciparum i, c) l'estudi

ha d'incloure gotes grosses seriades i amb el pacient febril si la primera és negativa.

Un dels pilars en què es basa la orientació diagnòstica de la síndrome febril és l'estimació del *període d'incubació de la malaltia*:

Malaltia	Període d'incubació
Dengue, febre Chikungunya	7-12 dies
Diarrea del viatger	hores o pocs dies
Disenteria por <i>Entamoeba</i>	2-4 setmanes
Disenteria por <i>Shigella</i>	1-7 dies
Rickettsiosis-Borreliosis	4-20 dies
Hepatitis vírica	HA 2-4 setmanes / HB 3-6 mesos
Leptospirosi	7-15 dies
Febres hemorràgiques (febre groga i altres)	2-15 dies
Esquistosomiasis aguda	1-2 mesos
Sífilis	9-90 dies
Febre tifoïdal	2-3 setmanes

## Bibliografia

1. Jong E, Sanford C. The Travel and Tropical Medicine Manual. Fourth Edition 2008 Saunders Elsevier. ISBN: 978-1-4160-2613-6.
2. Guerrant RL, Walker DH, Weller P. Enfermedades infecciosas tropicales. Elsevier Science. ISBN 84-8174-618-5.
3. Eddleston M, Davidson R, Brent A, Wilkinson R. Oxford Handbook of Tropical Medicine. Oxford. ISBN 978-0-19-920409-0
4. Wilson M, Weld L, Boggild A, Keystone J, Kain K, von Sonnenburg F, Schwartz E. Fever in Returned Travelers: Results from the GeoSentinel Surveillance Network. Clinical Infectious Disease 2007: 44 (15 June).



# Estudi de les alteracions neurològiques

Alexis Tena

Les causes principals de malaltia neurològica entre la població immigrant no difereixen substancialment de les de la població autòctona. No obstant, en un immigrant sempre s'ha de descartar la presència de determinades malalties freqüents en els països pobres. Per a fer-ne una *aproximació diagnòstica* és important tenir present la *zona de procedència del pacient*, la *ruta migratòria*, el *temps que porta al país d'acollida* i la *realització de viatges recents*. Algunes d'aquestes malalties es presenten a continuació per ordre de incidència:

## **1. Neurocisticercosi (NCC)**

Es tracta d'una infecció a nivell del sistema nerviós central resultant de la infestació de la forma larvària de la *Taenia solium* (tènia del porc).

Epidemiologia: La NCC és una malaltia de distribució mundial, però és particularment freqüent en immigrants procedents de *l'Índia*, *l'Àfrica Subsahariana* i *l'Amèrica central i del sud*.

Manifestacions clíniques: els símptomes poden manifestar-se després d'un període d'incubació que pot anar des de setmanes fins a 10 anys o més. La clínica vindrà donada per la localització, nombre de paràsits i resposta immune de l'hoste. Podem distingir:

- NCC inactiva: no hi ha evidència del paràsit però si seqüeles d'una infecció freqüentment traduïda amb la presència de *calcificacions parenquimatoses* a la TAC.
- NCC activa:
  1. Forma parenquimatosa: és la més freqüent. Els quists larvaris se situen a zones corticals i ganglis de la base. La manifestació més freqüent és la *crisi comicial* (50-80%) parcial o generalitzada segons la localització dels quists. Sovint s'acompanya de *cefalea* hemicranial pseudomigranyosa.
  2. Forma subaracnoidal: els quists es localitzen a la cisterna supraselar i quadrigèmina o a la cissura de Silvio. Es pot manifestar en forma de *neuropaties per atrapament o hidrocefàlia*. Altres formes menys habituals de presentació són la *intraventricular* (causa d'hidrocefàlia) i la *espinal* (causa de mielitis o radiculopaties)

Diagnòstic: la eosinofília és inconstant i la serologia poc determinant. Les proves de

neuroimatge són fonamentals, amb la TAC com a tècnica de primera elecció (la RMN és inferior per a la detecció de calcificacions).

Tractament: el tractament mèdic es considera d'elecció: albendazole 15mg/Kg/dia (tres dosis durant un mínim de 3 setmanes)

## 2. Lepra

Malaltia causada per *Mycobacterium leprae* que afecta a pell i nervis perifèrics.

Epidemiologia: la incidència de la malaltia es manté estable tot i que existeix un tractament eficaç. Les zones, més prevalents es situen a l'Àfrica, l'Àsia sud-oriental i el Brasil. No suposa un risc important per la població autòctona però s'han de valorar cuidadosament les persones que conviuen amb els malalts.

Manifestacions neurològiques: les conseqüències de l'afectació neurològica marcaran el pronòstic funcional del malalt. La presència de la combinació de troncs nerviosos perifèrics engruixits i palpables amb màcules hipoestèsiques discròmiques a la pell és molt suggerent de lepra. La *neuropatia hanseniana* sol ser lenta, insidiosa i de llarga evolució. Funcionalment es descriuen *trastorns sensitius* (hipoestèsies i parestèsies) i *trastorns motors* (matusseria de moviments seguida de debilitat muscular i paràlisi). Els troncs nerviosos que s'afecten més sovint a les extremitats superiors són el *cubital* i el *medià*. A les extremitats inferiors ho són el *ciàtic popliti extern* i el *tibial posterior*.

Diagnòstic: es basa en tres punts: les lesions de la pell (veure epígraf de dermatologia), demostrar la neuropatia i demostrar la presència del bacil.

## 3. HTLV-I (paraparèsia espàstica tropical)

El retrovirus HTLV 1 -2 és responsable d'una mielopatia crònica prevalent en regions tropicals endèmiques (Japó, Carib i Àfrica Subsahariana). Les principals vies de transmissió de l'HTLV-I són la vertical (mitjançant cèl·lules T infectades a la llet materna), la sexual i l'endovenosa.

Manifestacions clíniques: Només un 5% dels infectats desenvoluparan alguna malaltia. Si així és, els símptomes es manifesten entre la tercera i sisena dècada de vida, sobretot en dones. Típicament s'inicia amb una *paraparèsia espàstica*, freqüentment associada a *parestèsies*, *lumbàlgia* amb o sense irradiació a EEII i *disfunció de l'esfínter urinari*.

Diagnòstic: el diagnòstic es basa en la detecció d'anticossos contra l'HTLV amb un context clínic i epidemiològic compatible. No existeix cap tractament eficaç

#### 4. Paludisme

Les complicacions neurològiques del paludisme són degudes a *Plasmodium falciparum*. El *paludisme cerebral* té una mortalitat superior al 50%. Pot manifestar-se com a alteracions del nivell de consciència, agitació, confusió, estupor, deliri, convulsions o coma. La presència de clínica neurològica en un pacient febril procedent de zona endèmica de paludisme és un *signe d'alarma* de primer ordre: el pacient requerirà trasllat i tractament immediats a cures intensives.

#### 5. Encefalitis virals

Representen un ampli grup de malalties virals (en el nostre entorn el més freqüent és el virus de la *Febre del Nil Occidental* o *West Nile Virus*) generalment transmesos per picades de mosquit (arbovirus) i amb reservori aviar. Produeixen un quadres de *meningitis* o *meningoencefalitis* sovint en persones grans

#### 6. Tripanosomiasi africana

La tripanosomiasi humana africana o malaltia de la son és una de les és una malaltia causada pel protozou *Trypanosoma brucei gambiense* (Àfrica occidental i central, de curs més crònic) o *Trypanosoma brucei rhodesiense* (Àfrica oriental, malaltia més virulenta). Es transmet per la picada d'una mosca del gènere *Glossina* (tsé tsé).

En la infecció per *T.b. Gambiense* el període d'incubació és variable i pot durar mesos o anys. Es desenvolupa en tres fases: xancres d'inoculació, malaltia aguda (febre i limfadenopatia) i fase meningoencefàlica crònica amb progressiva disminució dels períodes de vigília. En aquesta fase, el diagnòstic es basa en la serologia, només disponible a centres molt especialitzats. La taxa de letalitat en pacients no tractats és del 100%.

#### 7. Oncocercosi

És una parasitosis causada pel nematelmint *Onchocerca volvulus*, transmès per artròpodes hematòfags (mosques simúlides)

Epidemiologia: a Àfrica tropical s'hi descriu la majoria de la càrrega de la malaltia a nivell mundial (96%). Es considera la segona causa de *ceguesa prevenible* a Àfrica.

Manifestacions clíniques: provoquen un conjunt de símptomes *cutanis* (dermatitis

pruriginosa crònica), *oculars* (queratitis, uveïtis i neuritis òptica) i *neurològiques* (epilèpsia)

Diagnòstic: s'efectua per la identificació de les microfilàries oculars i cutànies.

Tractament: es combina l'eliminació quirúrgica dels nòduls accessibles amb les tandes combinades de doxiciclina-ivermectina

## **Bibliografia**

1. Roche J Situación actual de la tripanosomiasis humana africana. *Enf Emerg* 2004; 6: 91-7
2. Quintas S, Moreno T. Paraparesia espástica tropical/mielopatía asociada a HTLV-I. Revisión bibliográfica. *Rev Neurol* 2004; 39: 1133-36
3. Gómez JR, Moll F. Lepra: enfermedad olvidada. Situación actual y trabajo sobre el terreno. *Enf Emerg* 2005; 7: 110-19
4. Imirizaldu L, Miranda L. Neurocisticercosis. Una enfermedad emergente. *An Sist Sanit Navarr* 2004; 27: 201-9

# Patologia psiquiàtrica en la població immigrant

Alexis Tena

## Introducció

La *psiquiatria transcultural* intenta entendre l'impacte de les diferències socials i culturals en la malaltia mental. El procés migratori comporta una sèrie de canvis i dificultats que signifiquen un risc per al desenvolupament de malalties mentals en tant que suposen un fenomen generador d'estrès psíquic. L'efecte que tindrà aquest estrès en l'individu dependrà de dos factors nuclears: a) posicionament de l'immigrant enfront el seu grup cultural d'origen i enfront el grup cultural d'acollida i, b) actitud del grup d'acollida.

S'estima que la taxa d'hospitalització per causa psiquiàtrica entre immigrants es situa entre 3'5-16'5% (27% trastorns psicòtics; 14% trastorns afectius; 5% abús de substàncies).

## Diagnòstic de la malaltia mental:

Les síndromes psiquiàtriques són universals, però la seva expressió clínica està determinada fonamentalment per *factors culturals*. No s'ha d'oblidar que les *similituds* en l'expressió del malestar són més freqüents i evidents que les *diferències*.

En l'abordatge diagnòstic de la patologia mental existeixen dificultats en la comunicació verbal i no verbal. Diverses fonts especialitzades recomanen la utilització d'intèrprets aliens a la família garantint al pacient la confidencialitat de tot el procés mèdic.

A més de l'idioma, cal tenir en compte la *percepció cultural* de la malaltia. La cultura pot determinar com es defineixen els símptomes, però també pot determinar si un símptoma es considera o no una entitat patològica. Això pot explicar el perquè una conducta determinada pot ser acceptable per a una societat i en canvi una altra la pot catalogar de conducta anòmala o malaltissa.

## Depressió i ansietat en l'immigrant: "Dol migratori" i "Síndrome d'Ulises"

### Dol migratori:

La migració és un canvi en l'estat de l'individu que comporta guanys i pèrdues. Presenta una sèrie de dificultats adaptatives i tensions psíquiques que s'han definit com a *dol migratori*.

El dol migratori és un problema de salut mental més que una patologia mental, però pot convertir-se en la base per a desenvolupar patologies més greus. Aquest dol té *característiques específiques* que el fan diferent d'altres dols: *parcialitat, recurrència i multiplicitat*.

- **La parcialitat:** en la migració, l'objecte del dol és el país d'origen, el qual no desapareix ja que és possible contactar-hi o retornar-hi en un sentit real o simbòlic.
- **La recurrència:** es veu facilitada perquè els vincles amb el país d'origen segueixen actius durant tota la vida i s'expressen mitjançant les "*fantasies de retorn*". La cronificació i recurrència del dol afavoreix l'aparició de trastorns depressius.
- **La multiplicitat:** fa referència a que poques situacions de la vida comporten tants canvis com la migració. Hi ha autors que defineixen almenys *set dols* en la migració: família i amics, llengua, cultura, terra, nivell social, contacte amb el grup ètnic i riscos físics relacionats de la migració.

*El dol migratori pot comportar una **regressió psicològica** com a mecanisme de defensa, és a dir, una regressió cap a una conducta infantil, la qual evita contactar amb la realitat d'una forma realista i madura. Les dues expressions més bàsiques d'aquesta conducta és la **dependència** i la **queixa**. Aquest tipus de manifestacions van dirigides freqüentment cap als serveis sanitaris i socials i poden comportar el sobrediagnòstic de patologia ansiosa-depressiva quan en realitat pot tractar-se de quadres del tipus reactiu regressiu enfront situacions estressants agudes.*

Manifestacions clíniques: solen ser múltiples, entre elles la *negació* o marcada dificultat per acceptar la pèrdua, els forts *sentiments de culpa*, de ràbia, d'abandonament; els canvis emocionals sobtats i l'aparició de quadres psicopatològics amb *simptomatologia de tipus depressiu, ansiós, somàtic*.

- **La negació:** és un dels mecanismes més utilitzats en la migració, el "*tot és igual*

*que en el meu país" o "tot és diferent però no m'afecta". Quan la negació és molt intensa pot distorsionar la percepció de la realitat i comportar confusió. Com a alternativa es pot recórrer a la *projecció*: tot allò dolent està en el costat culturalment diferent.*

- **El sentiment de culpa:** aquest sentiment depressiu, pot aparèixer com a mecanisme de defensa enfront de l'abandonament, l'adaptació, dels patrons culturals originals.

-**La somatització:** la cultura occidental considera que l'expressió de les emocions a través del cos és un trastorn. En canvi, en les cultures de molts immigrants s'expressen les emocions a través del cos sense fer-ho de forma conscient, ja que l'expressió corporal dels sentiments s'associa a l'expressió mental o emocional. Per aquest motiu, en la majoria de les cultures, la simptomatologia de tipus depressiu s'acompanya de simptomatologia somàtica, sent la més prevalent la triada *insomni-cefalea-fatiga* o *l'astènia*.

- **La depressió** el terme depressió *no existeix en el vocabulari de moltes cultures* o s'expressa de manera diferent. Cada cultura té el seu lèxic emocional així com la seva pròpia definició de malestar. En el 75% dels casos la simptomatologia de la depressió consisteix en tristor, anhedònia, ansietat, tensió física, apatia, pèrdua d'interès i de capacitat d'atenció i concentració. Són menys freqüents les idees de culpa i la ideació suïcida així com el plor.

• **Les alteracions de la son:** representen una de les queixes més persistents dels immigrants, sobretot l'insomni de conciliació associat a preocupacions recurrents en el context del dol migratori. L'insomni presenta poques diferències culturals en la seva distribució.

- **La cefalea:** afecta freqüentment a immigrants joves, fonamentalment llatinoamericans. Es tracta d'una cefalea primària, tensional, opressiva, no pulsatiu, bilateral, que no empitjora amb activitat física i sol estar associada a símptomes depressius. Pot estar relacionada amb el consum d'alcohol.

### **Síndrome d'Ulisses o l'estrès crònic múltiple**

La migració pot suposar un nivell d'estrès tant intens que arribi a superar la capacitat d'adaptació de l'immigrant. Aquestes persones poden patir la *Síndrome d'Ulisses* (l'heroi grec que va patir innumerables adversitats lluny dels seus éssers estimats). Aquesta síndrome es caracteritza perquè la persona pateix uns determinats dols i l'aparició d'un conjunt de símptomes psíquics i somàtics. Cal remarcar que *el dol és un estrès perllongat i intens*.

S'han de diferenciar tres tipus de dols des de la perspectiva de la dificultat en l'elaboració del dol i per tant en la seva potencialitat psicopatògena:

1. *Dol simple*: es dona en bones condicions i pot ser elaborat.
2. *Dol complicat*: existeixen sèries dificultats per l'elaboració del dol.
3. *Dol extrem*: és tan problemàtic que no és elaborable ja que supera les capacitats adaptatives de l'individu (o síndrome d'Ulisses)

Els símptomes que es manifesten amb més freqüència en l'àrea depressiva són:

- **Tristor**: expressa el sentiment de fracàs, d'indefensió enfront els dols extrems. És fàcilment perceptible en l'anamnesi en persones de qualsevol cultura excepte les orientals en què es considera una descortesia no somriure.
- **Plor**: molts homes han estat educats per controlar el plor. Sovint ho expressen dient que els surt aigua dels ulls o que ploren per dins. A la tradició islàmica el plor no està ben vist i el dolor s'expressa en forma de gemecs.
- **Culpa**

Entre la simptomatologia de l'àrea de l'ansietat, destacaria:

- **Tensió, nerviosisme**: és un símptoma molt freqüent que expressaria l'enorme esforç cognitiu, la lluita adaptativa constant que comporta la migració.
- **Preocupacions excessives i recurrents**: es troben relacionades amb la complexitat i dificultat de la situació en que es troben els immigrants. Aquestes preocupacions recurrents afavoreixen l'aparició de l'insomni.
- **Irritabilitat**: és menys freqüent que els anteriors. És més freqüent en nens.
- **Insomni**: la nit és el moment més dur: apareixen records, es percep la soledat més intensament, l'allunyament de la família... Es posa en marxa l'ansietat d'anticipació que afavoreix que l'immigrant que comença a tenir problemes per dormir associï el fet d'anar a dormir amb una situació de tensió i no es relaxi suficientment com per poder conciliar la son.. Es pot veure empitjorat per les condicions de l'habitatge i l'amuntegament.

Pel que fa a la simptomatologia de l'àrea de la somatització:

- **Cefalea**: és un dels símptomes més característics de la síndrome d'Ulisses. Hi ha estudis que postren prevalences de cefalea del 76% en pacients amb la síndrome. Acostumen a ser tensionals i van associades a les preocupacions recurrents.
- **Fatiga**: l'energia va lligada a la motivació i quan la persona no veu sortida a la seva situació durant un llarg període de temps, hi ha tendència a que minvin les



forces. Aquest símptoma apareix en tots els casos de síndrome d'Ulises però en menor grau en aquells que porten poc temps en el país d'acollida.

En l'*abordatge terapèutic* és fonamental destacar la importància de la relació metge-pacient, tenir en compte les diferències culturals i idiomàtiques, explicar i comprendre les seves pràctiques terapèutiques tradicionals tipus màgic i abordar les dificultats assistencials.

Els pacients immigrants, en general, accepten prendre fàrmacs quan se'ls explica correctament la seva indicació i efectes secundaris.

Les *recomanacions en l'abordatge psicofarmacològic a nivell atenció primària serien:*

1. *Dol migratori simple i estrès:* casos amb símptomes d'elaboració natural del dol sense que es compleixin criteris de trastorn depressiu, el més útil seria l'ús d'ansiolítics.

2. *Dol complicat, crònic, Síndrome d'Ulises:* antidepressius.

## **Bibliografia**

1. Moneo M, Larrea M. Patología psiquiátrica en el inmigrante: Migration and psychiatric diseases. An Sist Sanit Navar 2006; 29: 63-75

2. Achotegui J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Avances en Salud Mental Relacional/Advances in relational mental health 2008; 7: 39-53

3. Medina G, Jimenez C. Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental. Psiquiatría Pública 2000; 12: 3