



Guia Clínica de Salut Internacional i Immigració

Lluís Valerio, Lluís Solsona, Saad Garroum, Carme Roca
Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI)

Salut Internacional :Què és?

És la Salut Pública a escala mundial. Proposa un abordatge interdisciplinari de diverses ciències: medicina, antropologia, economia, ciències polítiques i d'altres. Constitueix d'un *corpus* de coneixements que tant pertanyen a l'àmbit hospitalari com a l'AP i, en aquest sentit, és considerada una especialitat transversal.

Competències sanitàries de la Salut Internacional:

- Medicina geogràfica
- Medicina tropical
- Consell al viatger i patologia del retorn
- **Atenció a l'immigrant**

Elements propis de la Salut Internacional

- Transmissió i control de les malalties infeccioses
- Patologia dels moviments poblacionals
- Comparació de sistemes de salut
- Patologia amb important morbi-mortalitat
- Malalties emergents

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

1. Relatiu al país d'origen.

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

2. Relatiu al país d'acollida

- Pobresa
- Marginació
- Racisme i xenofòbia

3. Relació amb la societat d'acollida.

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

- **Assimilació:** anul.lació cultural dels immigrants (països llatins)
- **Integració:** els immigrants accepten i s'integren culturalment, però mantenen també la cultura pròpia (pròpia dels Estats Units)
- **Interculturalitat:** seria la situació ideal, però és més aviat una utopia.
- **Multiculturalitat:** viuen en la seva cultura però incorporen aspectes de la cultura autòctona (països balcànics).
- **Segregació:** se'ls ignora (països anglosaxons o germànics)

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

4. 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 immigratori.
- 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

Cal eradicar el terme **d'immigrant de segona o tercera generació**: els nens nascuts al país d'acollida dels seus pares ja no són immigrants

5. Accessibilitat al sistema sanitari, que depèn de:

- Barreres intrínseques al sistema sanitari: actitud del personal del centre de salut, existència de xarxes paral·leles d'atenció, burocràcia.
- Dificultats degudes a l'existència de determinades característiques en la població immigrant: la llengua, les qüestions culturals i religioses, les qüestions socio-laborals, la situació administrativa...

6. 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, l'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

1. Calendari de festes musulmanes

a)- El **Ramadan** 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, l'emigració de Mahoma a Medina fugint de La Meca (**el 16 de juliol de 622**).

El **Ramadan** consisteix en passar un mes de dejuni, que finalitza amb el **Id Al Fitr**.

Què simbolitza el dejuni?:

- La solidaritat amb la fam de la humanitat;
- Un repòs per a l'aparell digestiu.

Qui ha de fer dejuni?

- Tots el que han arribat a la pubertat

Hi ha unes persones que tot i estar exentes 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)- L'**Id Al Kabir** o *Id Al Adha*: es celebra després de 70 dies d' Id Al Fitr. Comemoren el sacrifici d'Ismael pel seu pare Abraham per tal d'ofereir-lo a Déu. Les famílies ofereixen el be a Déu; és una manera d'ofereir-se cadascú. És la festa més important del calendari musulmà i equival a la Pasqua cristiana.

c)- **Naixement de Mahoma**. Canvia cada any.

d)- **Cap d'any**

2. Tradicions en el procés de la mort

- a) Morir a casa o a l'hospital: es considera millor morir acompanyat per la família.
- b) Repatriació del cadàver o enterrar-lo aquí: encara que ja existeix un cementiri musulmà, en general es prefereix la repatriació del cadàver. Els musulmans enterren els seus morts a terra, mai en nínxols.

3. Concepte de salut-malaltia

Què espera l'immigrant de la salut? En el cas d'aquells que es troben en condicions adverses (sense tenir feina fixa ni S.S., manca de domicili propi, irregularitat jurídica) la salut és la única propietat que té, i volen mantenir-la per a poder continuar exercint les feines que poden promocionar-los socialment.

Les dones embarassades volen ésser ateses igual que les dones d'aquí, a l'hospital i amb anestèsia peridural si és possible.

La circumcisió o ***Al Tathir*** normalment es realitza els primers dies de vida. Donat que es poden trobar amb problemes perquè es realitzi a l'hospital (encara que cada vegada menys), molts recorren a persones que s'hi dediquen en males condicions higièniques. Altres, aprofitant un viatge al seu país. La fimosi és fisiològica als nens petits, per això els cirurgians pediàtrics no la recomanen fins als tres anys. El càncer de cèrvix i de penis és menor en jueus i musulmans; s'atribueix a la circumcisió.

4. Procés migratori

La majoria venen, en un primer moment, solters o sense família. Després podem definir unes etapes:

- **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 de la seva cultura:** Mesquites, cementiris... Hi ha un retorn cultural a l'origen, avui recolzat per la parabòlica (perquè la cultura és més oral i no tan escrita, com l'occidental).

GUIES CLÍNiques D'ESTUDI DE MALALTIES IMPORTADES EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Quan parlem d'activitats de cribatge en immigrants asimptomàtics, les primeres i les més útils, cost-eficaces, cost-eficients i cost-beneficioses són les del PAPPS. Existeixen recomanacions de cribatge específiques que, tot i que són pertinents en qualsevol immigrant, sempre hem de procurar individualitzar-les segons el pacient, la seva procedència i les seves circumstàncies. Són de clara prioritació en **nens, dones embarassades, immigrants procedents de zones rurals, cooperants, refugiats polítics o persones amb antecedents de desnodriment, amuntegament o malalties recents no determinades.**

1. Cribatge de l'immigrant ASSIMPTOMÀTIC

- Exploració clínica bàsica amb palpació de tiroide
- Hemograma i analítica bàsiques
- Ferritina en nens i dones en edat fèrtil
- Serologies d'hepatitis B (HbcAc) i Hepatitis C (HCAc)
- Serologia luètica
- Serologia rubèola en dones en edat fèrtil*
- Serologia HIV 1-2 previ consentiment informat si procedeix de països amb alta incidència de SIDA o presenta factors de risc personals.
- Paràsits a femta (1-3 mostres depenent tècnica; es recomana la recollida en MIF)
- Sediment amb paràsits d'orina si procedeix de zona endèmica de *Schistosoma haematobium*
- Prova de Mantoux (+ si > 10mm inclòs en vacunats amb BCG) o radiografia toràcica en > 35 anys
- Gota grossa i extensió en pacients precedents de zones endèmiques de paludisme o filariasi

* Des de 2004, el Departament de Salut recomana la vacunació amb una dosi de triple vírica a les dones majors de 16 anys sense necessitat de determinació prèvia d'anticossos i amb un mes de anticoncepció posterior a la vacuna.

Cribatge en funció de la zona de procedència

	Paràsits en femta	Sediment d'orina	VHB	VHC	VIH	Lues	Malària
Àfrica del nord	"Valorar"	Si	Si	"Valorar"	No	No	No
Àfrica subsahariana	"Valorar"	Si	Si	Si	Si	"Valorar"	"Valorar"
Europa de l'Est	No	No	"Valorar"	"Valorar"	No	No	No
Àsia	"Valorar"	Si	Si	"Valorar"	"Valorar"	No	No
Amèrica llatina	"Valorar"	No	"Valorar"	"Valorar"	No	No	No

Si = indicació de rutina.

"Valorar" = indicació de rutina en discussió. A valorar factors de risc.

No = no indicació rutinària.

2. Estudi de l'eosinofília

L'**eosinofília** és sovint una troballa casual, típicament en un cribratge de l'immigrant sà, en persones assintomàtiques. Tot i que la majoria de les vegades reflecteix una *activació de la immunitat inespecífica anti-parasitària*, hem de recordar que pot ser-hi present com a expressió de *base atòpica* (rinitis i asma al·lèrgics, dermatitis atòpica), com a símptoma de *neoplàsies sanguínies* (leucèmia mieloïde o limfoïde) o sòlides o com a expressió de *malalties endocrinològiques* (M. d'Addison, tiroïdopaties) o *autoimmunitàries*. Com a norma general, l'eosinofília franca expressa la presència de parasitació per **organismes multicel·lulars i hístics**, mentre que l'eosinofília que podem trobar associada a paràsits luminals (p.e. tènies o *Ascaris*) és inconstant i moderada. En la nostra experiència, eosinofílies > 1000 generalment tradueixen la presència de *Schistosoma* urinari o digestiu, de filàries o d'*Strongyloides* (helmint intestinal més agressiu que sovint envaeix la mucosa o inclòs la dermis en la seva forma larvària filariforme).

Proves analítiques per a l'estudi d'una eosinofília

- Serologia d'*E. granulossus*, cisticercosi (*T. soleum*), distomatosi (doves) i *Toxocara canis*.
- Paràsits a femta (x3) a dies alterns i d'orina si procedeix de zona endèmica de *Schistosoma haematobium*
- Cultiu de *Strongyloides* a femta
- Gota grossa diürna o nocturna si procedeix de zones endèmiques filarials.
- Biòpsia d'epidermis a la recerca d'*Onchocerca volvulus*
- Búsqueda de cisticercosi i triquinosi (Rx, ecografia, TAC) si tot l'estudi anterior es negatiu

El protocol d'avaluació de l'eosinofília serà especialment útil en aquells pacients que presentin crisis asmàtiques –que poden traduir una Sd. de Löffler secundari a pas d'helminths per la circulació pulmonar- o urticàries de tractament rebel. Sempre, abans de prescriure tractament corticoide o immunosupresor a dosis altes a un pacient immigrant, cal un estudi parasitològic per evitar una síndrome de hiperinfestació secundari que, en el cas de ser causats per *Strongyloides*, poden ser d'extrema gravetat. Finalment, cal aclarir que la realització de determinades proves no rutinàries als nostres laboratoris de referència suposa posar-se d'acord amb els responsables de microbiologia de referència o bé derivar la prova a un centre especialitzat.

Tot i així, en un percentatge important d'eosinofílies no s'arriba a cap diagnòstic etiològic. En aquesta situació ens haurem de decantar per a un tractament empíric amb Albendazol o Ivermectina (sobretot front a eosinofílies importants) o a una conducta expectant amb nou control en 6 mesos-1 any (sobretot en cas de eosinofílies moderades).

3. Estudi de la diarrea

En l'abordatge sindròmic de la diarrea, cal establir d'entrada si ens trobem davant d'una forma aguda o crònica (>15 dies d'evolució). La immensa majoria de **diarrees agudes** són degudes a causes infeccioses i, per tant, no les presenten els immigrants sinó els viatgers. Cal recordar, però, que un dels principals col·lectius que realitzen desplaçaments internacionals de risc el conformen els immigrants que retornen al seus països per motius familiars. La causa més freqüent de diarrea aguda infecciosa en viatgers immigrants o autòctons és causada per *Escherichia coli* enterotoxigènica. La **diarrea crònica** amb estat general conservat suggereix, d'entrada, una parasitosis intestinal.

El següent pas és preguntar-nos si ens trobem davant d'una **síndrome disentèrica** o no. La *sd. disentèrica* tradueix la presència d'invasió tissular en major o menor grau al còlon; és, per tant, freqüent la presència de productes patològics a la femta (sang o mucositat), meteorisme, tenesme rectal, defecació dolorosa i, en general, un nombre elevat de deposicions. Clàssicament la disenteria pot ser bacil·lar (per *Shigella spp*) o amebiana (per *Entamoeba histolytica*) tot i existir molts altres agents patològics. La presència de mal estat general, febre alta o visceromegàlies en el context d'un quadre agut obliga a la derivació per descartar un **quadre amèbic invasiu** que pot ocasionar complicacions tant greus com la formació de quists amebians al fetge, pulmó, pericardi i altres localitzacions.

En general, cal derivar una **diarrea aguda**: en cas de febre alta amb mal estat general, deshidratació, procedència de zona epidèmica de còlera o endèmica de paludisme o no poder disposar d'un laboratori equipat per al seu estudi. La **Sd. disentèrica** és de maneig hospitalari.

Estudi de la diarrea aguda

- Paràsits a femta (x3) a dies alterns
- Cultiu de femta. Si se'n disposa, demanar tipatge d'*E. coli*
- Búsqueda d'adenovirus o rotavirus per aglutinació en mostra de femta
- Serologia de *Entamoeba histolytica* (de valor relatiu en immigrants, més útil en viatgers)
- Gota grossa en pacients febrils procedents de zona endèmica de paludisme

Estudi de la diarrea crònica

- Anàlítica amb hemograma, VSG, amilassúria, TSH, proteïnograma, calcèmia
- Coprocultiu si febre
- Paràsits a femta (x3) a dies alterns
- Si se'n disposa, tinció d'auramina a femtes per identificar *Microsporidium spp*
- Prova de Mantoux i determinació de BK a femta
- Serologies VIH 1-2, *E. histolytica*, anticossos antigliadina.
- Fibrocolonoscòpia per descartar miscel·lànies: sprúe, malaltia inflamatòria intestinal, còlon irritable, tumoracions

Si tot l'estudi és negatiu cal derivar a un servei especialitzat en medicina tropical o gastroenterologia per a la valoració de causes infreqüents (capilariasi, limfoma intestinal, malaltia de Whipple, pancreatitis crònica i un llarg etcètera).

4. Estudi de l'anèmia

L'abordatge diagnòstic de l'anèmia és diferent del que fem a Europa. La presència de paràsits intestinals, en aquest cas hematòfags, fan imprescindible el seu estudi abans de sotmetre el pacient a proves diagnòstiques complexes.

S'ha de considerar que l'estudi de l'**anèmia ferropènica** sempre ha d'incloure **paràsits a femta** per a descartar la presència de hematòfags intestinals específics (*Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*) o d'altres poliparasitacions que són causa d'anèmia i/o retard de creixement en nens (infestació per *Ascaris*). En immigrants recents procedents de zones endèmiques de paludisme cal demanar **gota grossa**. Altres causes a considerar són l'**embaràs i alletament continu en dones**, el **malnodriment** i la **malabsorció intestinal** (p.ex. degut a *Giardia lamblia*). Cal igualment tenir molt en compte que les causes de ferropènia secundàries a **pèrdues cròniques** (major prevalença d'*Helicobacter pylori*) són també molt freqüents en zona tropical i han d'ésser igualment estudiades. Si les causes apuntades anteriorment no són les responsables de l'anèmia s'hauria d'estudiar la presència d'**hemoglobinopaties** (talassèmia, drepanocitosi, esferocitosi) o d'**anèmia hemolítica** (prova de Coombs, dèficit de G6PDH).

Les causes d'anèmia macrocítica no difereixen de les que tenim a Europa, ja que els casos d'avitaminosi són excepcionals, excepte el dèficit de folats en els dones amb múltiples embarassos o els pacients afectes de malabsorció intestinal (especialment en el context d'esprúe tropical). En immigrants nord-europeus o japonesos existeix la possibilitat de parasitació intestinal –rara- per *Diphyllobothrium latum* (botriocefalosi).

5. Estudi de la tos crònica

En un medi tropical es defineix la **tos crònica** com aquella que persisteix durant més de 15 dies de forma continuada. La realització de la prova de Mantoux és important però menys que en pacients europeus (el Mantoux és, no obstant, molt important pel cribatge de TBC) perquè els pacients generalment han rebut la vacunació BCG i perquè les taxes d'infecció són molt més altes. La prova fonamental d'estudi és la realització de BK d'esput i la placa de tòrax per a la *detecció precoç* de pacients bacilífers

En el darrer consens de l'OMS es recomana considerar un Mantoux positiu si > 10 mm amb independència de si el pacient ha estat vacunat o no amb la BCG. En immigrants recents, de menys de 5 anys d'estada a Europa Occidental, cal seguir aquesta recomanació. En persones que hagin residit més de 5 anys fora del seu país d'origen o hagin rebut més de una vacunació amb BCG, el punt de tall per a la positivitat cal resituar-lo a 14 mm.

Estudi de la tos crònica segons la presència de lesions radiològiques

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

En definitiva, per a l'estudi de la tos crònica cal descartar en primera i destacada posició la **tuberculosi** pulmonar amb prova de Mantoux i obtenció d'esput per BK amb tres mostres. La seva positivitat implica determinar la serologia de VIH 1-2 i la realització d'un antibiograma per descartar la presència de soques amb resistències primàries. Si no trobem evidència de BK s'ha de derivar al pacient perquè molt possiblement se l'haurà de sotmetre a proves invasives. **Cal tenir present la importància d'estudis de contactes.**

6. Malalties cardíco-respiratòries

Les malalties que afecten al mio-pericardi són rares:

- Miocardiopatia dilatada: Tripanosomiasi americana o malaltia de Chagas.
- Pericarditis restrictiva: preferentment tuberculosa.
- **Fibrosi pulmonar** amb IC dreta secundària a algunes parasitosis com les filàries i *Schistosoma*.
- Molt probablement la **carditis reumàtica com a valvulopatia mitral** que debuta durant un embaràs, és l'entitat que més freqüentment trobarem a l'AP. 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 parasitosi abundants (sobretot d'*Schistosoma mansoni*, de *Loa loa* i de *Plasmodium malarie*). En general, existeix glomerulonefritis per dipòsit d'immunocomplexos i IRC en major o menor grau.

7. Estudi de la febre

La presència de **febre** pot traduir l'existència de malalties potencialment letals com el paludisme, el dengue, les febre hemorràgiques (arenavirus, flavivirus, bunyavirus, etc) i les parasitosis invassives (amebiasis, sobretot). El maneig del quadres febrils sobrepassa l'AP. Si el pacient prové de zona endèmica de paludisme, especialment de llocs amb alta transmissió com Àfrica, 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

Els pacients han d'ésser derivats a centres específics. A vegades es pot fer una prova ràpida immunocromatogràfica (ICT-Now test, optiMAL) per a confirmar el diagnòstic si no existeix a urgències la possibilitat de realitzar una gota grossa pel motiu que sigui.

Cal recordar que els immigrants que conserven una certa semiimmunitat al paràsit poden presentar quadres clínicament molt poc manifestos. L'estudi ha d'incloure gotes grosses seriades si la primera és negativa.

8. Classificació i diagnòstic de la patologia dermatològica segons la seva lesió elemental

1. Màcules

1.1 Lesions extenses i simètriques:

- Xarampió (>30% dels xarampió declarats el 1999 eren importats).
- Rubèola, dengue i altres exantematoses víriques.
- Febre tifoidea.
- Sífilis secundària.
- Sarna (amb lesions de rascat; considerar la forma noruega, a vegades induïda per corticoteràpia).
- Erupció urticariforme recidivant:
 - Esquistosomiasi (Sd. de Katayama).
 - Estrogiloidiasi, gnathostomiasi, anisakiasi i, en general, gairebé tots els paràsits intestinals.
 - Loasi (africana amb edemes fugaços: edema de Kalabar).
 - Medicaments (antipalúdics i altres).

1.2 Lesions aïllades:

- Gonococcèmia.
- Sarcoma de Kaposi.
- Miasi, tunguiasi*.
- Larva migrans (*Ancylostoma felí*) o currens (*Strongyloides humà*) *.
- Lliquen pla*.

* Lesions màculo-papuloses

2. Lesions hipopigmentades

- Dermatofitosi (especialment pitiriasi, però també les tinyes- *Tinea imbricata* asiatica).
- Lepra (amb anestèsia cutània).
- Seqüeles post-inflamació o post.leishmaniasi.
- Treponematosi no venèries.

3. Nòduls

- Oncocercosi (filariasi per *Onchocerca volvulus*, st africà).
- Miasi furunculosa (per *Dermatobia* a Centramèrica).
- Sarcoma de Kaposi en presentació nodular.
- Fungosis semiprofundes (blastomicosi americana, esporotricosi, actinomicosi i d'altres, gairebé sempre en zones descobertes).
- Piomiositis.
- Abscessos bacterians i, en algun cas aïllat, TBC cutània.
- Leishmaniasi cutània (botó d'orient).

4. Miscel.lana

Cal remarcar que entre les malalties que poden produir plaques hi ha la lepra en la seva forma lepromatosa multibacil·lar, la psoriasi (que si no pensem ens pot portar de cap) i l'erisipela, molt freqüent en zona tropical. Entre les malalties petequials, a part de la meningococcèmia, cal valorar la possibilitat remota però real de febre vírica hemorràgica (dengue hemorràgic, febre groga i d'altres) si el pacient ha tornat recentment d'algun viatge al seu país d'origen. Les malalties que cursen amb vesícules no difereixen de les existents al nostre medi.

5. Úlceres no genitals

- Leishmaniasi cutània (marges sobreelevats i durs; biòpsia amb presència d'amastigots).
- Tuberculosi cutània (periorifical, curs tòrpida, necrosi caseosa en casos extrems).
- Úlcera de Buruli (africana; amb gran destrucció de teixit subcutani i anestèsia. En els marges, molt desenganxats, s'aïlla *Mycobacterium ulcerans*).
- Diftèria cutània (lesió molt inflamatòria amb freqüent escara necròtica. No hi ha adenopaties. No es recull antecedent de vacunació Td).
- Antrax-carboncle (lesions poc inflamatòries però amb adenopaties evidents. Hi ha necrosi i presència de vesícules secundàries perilesionals).
- Lepra (indolores; una de les causes més freqüents de mal perforant plantar).
- Amebiasi cutània (típicament perianal: cal pensar-hi en aquesta localització).
- Úlcera tropical (diagnòstic d'exclusió).
- Altres causes d'úlceres:
 - Goma sifilític terciari
 - Neoplàssia cutània
 - Treponematosi no venèries
 - Dracunculiasi
 - Diabetes mellitus, insuficiència circulatòria, anèmia de cèl·lules falciformes
 - Moma

9. Consideracions generals entorn la neurologia

Cal tenir en compte que la neurologia tropical és extraordinàriament complexa ja que s'hi barregen símptomes, signes i síndromes derivades de la presència de parasitosis neuròtrops, tòxics ambientals i carències vitamíniques o d'oligoelements.

Per no estendre'ns, cal sempre considerar en cas de quadres **comicials** generals o parcials:

- Oncocercosi (amb oncocercomes en persones provinents de països endèmics)
- Neurocisticercosi (sobretot les parcials o les que cursen amb focalitat residual).
- Intoxicació per antipalúdics (mefloquina, en persones predisposades).
- Altres causes: Paludisme cerebral, abscessos, complicacions SNC en pacients HIV, meningitis (eosinofílica per *Strongyloides*), arbovirasi i un llarg etc.

En general, un quadre comicial en un immigrant s'ha de considerar una urgència derivable a l'hospital. Assegurar el transport medicalitzat en nens, embarassades, en persones que tinguin febre o disminució del nivell de consciència.

En cas de **focalitats** motores o sensitives, cal considerar:

- Lúes secundària meningoencefàlica.
- Tripanosomiasi africana terciària (malaltia de la son)
- Crisi HTA en acetiladors ràpids (africans).

En les **mono-polineuritis** considerar:

- Dèficits vitamínics (B1, B6, B12)
- Lepra, sífilis, fàrmacs (isoniazida).

ANNEX 1: Vacunacions

Cal investigar quines vacunes ha rebut prèviament i disposar dels documents sanitaris que ho acreditin. En cas de dubte o de no presentar cap carnet vacunal, es considerarà que no les ha rebut.

ADAPTACIÓ DEL CALENDARI VACUNAL EN L'IMMIGRANT ADULT:

Data	Dosis	Vacunes
Mes 0	1a. Dosis	Td ¹ VHB ² VPI ³ TV/Rubeola en dones en edat fèrtil ⁴ Anti-pneumocòcica ⁵ Anti-gripal ⁶ Anti-meningocòcica C si < 20 anys.
Mes 1	2a. Dosis	Td ¹ VHB ² VPI ³
Mes 6	3a. Dosis	Td ¹ VHB ² VPI ³

¹**Td.** Tètanus-diftèria. Indicació universal. Després de les 3 dosis cal un record cada 10 anys.

²**VHB.** Virus de l'hepatitis B. Les indicacions en adults són les mateixes que en els autòctons adults no vacunats prèviament:

- contactes íntims o convivents de portadors de l'HbsAg,
- residents i treballadors en institucions per a disminuïts mentals,
- reclusos i personal d'institucions penitenciàries,
- homosexuals i heterosexuals amb múltiples contactes,
- persones amb MTS de repetició i les seves parelles,
- persones que viatgen a països endèmics amb estades superiors als 6 mesos o per menys temps si preveuen mantenir relacions sexuals,
- receptors de transfusions o hemoderivats de manera repetida,
- insuficiència renal en fases inicials,
- treballadors de la salut i serveis relacionats,
- persones que practiquen puncions percutànies (UDVP, tatuatges, acupuntura,...).

Caldrà practicar serologies prèvies per descartar infecció passada o portador crònic en els originaris de zones amb alta prevalença d'aquesta malaltia, molt especialment quan es tracta de pacient subsaharians. Segons la OMS (dades del 2001) les àries amb moderat o alt risc d'infecció per VHB, son:

- Centreamèrica i Carib (excepte Cuba i Jamaica).
- Sudamèrica (excepte Argentina, Xile i Uruguay).
- Nord del Canadà i Groenlandia.
- Continent africà
- Continent asiàtic (excepte Turquia i Japó)
- Països de l'Europa de l'est com Bosnia-Herzegovina, república de Sèrbia i Montenegro, Bulgària, Rumania, Moldàvia, Ucraïna i Bielorrússia.

³**VPI.** Virus de la polio inactivat. En pacients no vacunats i originaris dels països on hi ha circulat virus de la polio salvatge, que segons dades de la OMS 2002 són: Nigèria, Níger, Egipte, Somàlia, Afganistan, Pakistan i Índia.

⁴**Triple Vírica / Rubeola.** Està indicada la TV si no hi ha evidència d'haver passat les malalties, especialment entre les dones en edat fèrtil (i sobretot les procedents d'Amèrica) . No cal serologia per conèixer la immunitat prèvia. Cal recordar que és una vacuna de virus vius i s'ha d'assegurar anticoncepció durant i 1 mes posterior a la vacunació. Es recomana obtenir el consentiment informat mitjançant un document escrit.

Generalment els immigrants han rebut una dosi de **vacuna antituberculosa (BCG)** en néixer. Deixa una cicatriu atròfica al deltoïdes esquerra. No obstant, alguns nens europeus fills de famílies immigrants poden requerir-la en cas d'estades llargues als països d'origen dels seus pares, quan els cal escolarització.

Es recomana contactar amb una Unitat de Salut Internacional donada la dificultat en la obtenció de la vacuna i la especial tècnica d'administració.