

# ENFERMEDADES IMPORTADAS Y MEDICINA TROPICAL

## RES0014 Enfermedad de Chagas y transmisión vertical: intervención educativa con profesionales de Atención Primaria

Elisa García Vázquez<sup>1</sup>, Cristina Ros Martínez<sup>2</sup>, Encarnación Moral Escudero<sup>3</sup>, Alicia Hernández Torres<sup>3</sup>, Cristina Vázquez García<sup>4</sup>, Marina Simón<sup>4</sup>, María Asunción Iborra<sup>4</sup>, Bartolomé Carrilero<sup>5</sup>, Manuel Segovia<sup>4</sup>

- 1 *MI-Infeciosas. Unidad de Medicina Tropical Murcia*
- 2 *Facultad de Medicina de Murcia Departamento de Medicina Interna*
- 3 *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca MI-Infeciosas. Unidad de Tropical*
- 4 *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Servicio de Microbiología Clínica-Unidad de Medicina Tropical*
- 5 *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Unidad de Medicina Tropical*

### Introducción

La enfermedad de Chagas es considerada una infección olvidada. Debido a los flujos migratorios su incidencia y la transmisión vertical aumentan en Occidente; erradicarla supone que los profesionales sanitarios conozcan la enfermedad, pues todo contacto sanitario supone una oportunidad para hacer cribado de la infección, especialmente en mujeres en edad fértil.

### Objetivos

Evaluar los conocimientos de una cohorte de profesionales sanitarios sobre el abordaje del Chagas; analizar el impacto de una intervención formativa. Sensibilizar al personal sanitario. Identificar variables relacionados con un peor conocimiento.

### Materiales y Métodos

Estudio cuasi-experimental tipo antes-después sin grupo control. Se diseñó un cuestionario de 15 preguntas que valoraba conceptos principales sobre Chagas antes (T1) y después (T2) de una intervención formativa en 6 centros de Atención Primaria (Región de Murcia), seleccionados por atender un mayor porcentaje de población de origen latinoamericano (principalmente Bolivia); y a las matronas del Hospital CUV. Arrixaca.

### Resultados

En las sesiones formativas participaron un total de 82 profesionales. El porcentaje de aciertos en T1 fue >80% en 6 de 15 preguntas; en T2, lo fue en 14 de 15 preguntas, con una media de puntuación total en T1 de 11,93/15 frente a 14,01/15 ( $p < 0,05$ ; incremento del 14,85%). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la nota media en T1 según área de salud (mejor nota media en Área VI y peor en la VII), grado de estudios universitarios (mejor resultado en médicos y peor enfermería), década de finalización de estudios (mejor década 2010) y especialidad (mejor en residentes).

### Conclusiones

Los profesionales sanitarios participantes presentaron lagunas en el conocimiento de aspectos básicos de la enfermedad de Chagas. Las intervenciones educativas pueden ser una herramienta útil para mejorar dichos conocimientos. Algunas áreas y subgrupos tenían unos conocimientos más deficitarios que otros: serán puntos a tener en cuenta en futuras intervenciones (Plan de Erradicación de transmisión vertical en nuestra Región)

### Financiación

No

## RES0015 Comparación entre la terapia sistémica e intralesional con antimonio de meglumina en una unidad de atención primaria

Maria Cristina de Oliveira Duque, Liliane de Fatima Antônio, Raquel S. Pacheco, Armando de Oliveira Schubach

*Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ*

### Introducción

La leishmaniasis cutánea (LC) no es una afección potencialmente mortal. Sin embargo, su tratamiento puede causar efectos adversos graves y algunas veces puede conducir a la muerte. Recientemente, se han incluido tratamientos locales más seguros entre las terapias aceptables para los casos de LC del Nuevo Mundo. La recomendación es que el antimonio de meglumina intralesional (AM-IL) se utilice en centros de referencia, para pacientes con lesiones cutáneas únicas, con menos de 3 cm de diámetro, en cualquier ubicación, excepto en la cabeza y regiones periarticulares y que el volumen de AM inyectado no exceda 5 mL.

## Objetivos

Comparar la respuesta terapéutica entre dos grupos de pacientes con LC tratados con AM sistémico o IL en una unidad básica de salud.

## Materiales y Métodos

Comparamos dos grupos de pacientes con LC, tratados con AM sistémica (n = 76) o IL-MA (n = 30) en una unidad de atención primaria de salud en Brasil. En el grupo de AM-IL, el 93% de los pacientes tenía una o más de las siguientes características dos o más lesiones, lesiones > 3 cm de diámetro, lesiones localizadas en la cabeza o en regiones periarticulares, o se les había administrado AM-IL volúmenes > 5 mL.

## Resultados

Los pacientes respondieron bien (68,4% y 66,7% para los grupos AM e AM-IL, respectivamente). Cuando fue necesario un segundo ciclo de tratamiento, las respuestas fueron 72,4% y 90%, respectivamente. No hubo diferencias significativas entre los grupos. En el grupo de AM-IL, el 43% tuvo hasta 3 efectos adversos que variaron de leve a moderada intensidad, sin necesidad de suspender el tratamiento.

## Conclusiones

Los resultados sugieren que el tratamiento de pacientes con LC con AM-IL es simple, eficiente y seguro.

## Financiación

Este estudio fue apoyado por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico [número de concesión 304335 / 2014-2]; y por la Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Brasil [número de concesión E-26 /202911/2015].

## RES0021 Atención remota a viajeros internacionales mediante una plataforma móvil de telemedicina (Trip Doctor)

Natalia Rodríguez-Valero<sup>1</sup>, Alex Almuedo Riera<sup>1</sup>, Daniel Camprubi<sup>1</sup>, Irene Losada<sup>1</sup>, Anna Roman<sup>1</sup>, Alejandra Jimenez<sup>1</sup>, Isabel Vera<sup>1</sup>, Montse Roldan<sup>1</sup>, Tessa De Alba<sup>1</sup>, Elisabeth Ferrer Carabellido<sup>1</sup>, Helena Marti-soler<sup>2</sup>, Maria Jesus Pinazo<sup>1</sup>, Jose Muñoz<sup>1</sup>

1 Hospital Clinic Barcelona Medicina Tropical y Salud Internacional

2 IS Global Medicina Tropical y Salud Internacional

## Introducción

Hasta un 51% de los viajeros sufre algún síntoma mientras viaja y de ellos un 55% busca asistencia médica. Algunos viajeros que precisan asistencia en destino intentan contactar con nosotros, es por esto que desde nuestro servicio del Hospital Clinic Barcelona lanzamos una app móvil llamada TRIP Doctor. Los objetivos

fueron: monitorizar la salud de los viajeros a tiempo real, realizar atención médica remota o telemedicina y detectar brotes entre los viajeros que vuelven de destinos tropicales.

## Objetivos

Describir las características de los viajeros que han usado TRIP Doctor y los resultados de la telemedicina

## Materiales y Métodos

Participantes mayores de 18 años reclutados en nuestra clínica del viajero (2016-2018) firmaron un consentimiento informado y se descargaron TRIP Doctor, app que monitoriza su salud mientras viajan y permite contactar con un médico en caso de necesidad no extrema mediante chat integrado. Los datos de los usuarios fueron recogidos en una plataforma web. El estudio fue aprobado por el comité ético.

## Resultados

604 viajeros participaron en el estudio. Un 9.7% (59) contactaron con nuestro equipo médico mediante la app. El tipo de paciente que contacta tiene 34.3 años (Desviación estándar (DE) 11.5), 68% mujeres, 7% comorbilidades (desde hipertensión hasta trasplantes), 91.5% viajan por turismo, 47.4% a Sudeste asiático, una mediana de 21 días (Rango Intercuartilico 8-65). Contactan tras una media de 20.9 días de viaje (DE 29.1). Los motivos de contacto fueron: fiebre 11.8%, lesiones cutáneas 17.1%, diarrea 25.4% y otros 45.7% (desde trombosis hasta picadura de escorpión). Las prescripciones de telemedicina fueron: antibiótico (5 casos), antihistamínicos (4), autotratamiento de malaria (1), sintomático (5). Se enviaron 5 pacientes al médico local y 5 a nuestra propia consulta. Se siguieron de forma remota dos pacientes hospitalizados (1 por dengue, otro por trombosis venosa). Un 10% no precisaron seguimiento y se recuperaron el 60% de los que consultaron.

## Conclusiones

Los pacientes que usan telemedicina lo hacen en viajes de más de 2 semanas, por síntomas la mayoría leves.

La telemedicina ha demostrado ser útil dado que puede resolver la mayoría de situaciones sin necesidad de consultar en el país de viaje.

## Financiación

ISDIN, Obra Social La Caixa, ISTM, ISCIII

## RES0038 Estudio multicéntrico de malaria importada por *P. falciparum* en pacientes subsaharianos con y sin diabetes mellitus

Gerardo Rojo Marcos<sup>1</sup>, José Manuel Ruiz Giardín<sup>2</sup>, Germán Ramírez Olivencia<sup>3</sup>, Federico Gobbi<sup>4</sup>, Juan María Herrero<sup>5</sup>, Jara Llenas<sup>6</sup>, Joaquín Salas Coronas<sup>7</sup>, Ane Josune Goikoetxea<sup>8</sup>, José Luis Pérez Arellano<sup>9</sup>, Israel Molina Romero<sup>10</sup>

- 1 Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares Medicina Interna
- 2 Hospital Universitario de Fuenlabrada
- 3 Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla
- 4 Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, de Negrar-Verona
- 5 Hospital Universitario 12 de Octubre
- 6 Hospital Clinic de Barcelona
- 7 Hospital del Poniente-El Ejido
- 8 Hospital Universitario Cruces, Barakaldo
- 9 Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
- 10 Hospital Vall D'Hebron-Drassanes de Barcelona

## Introducción

La prevalencia de diabetes mellitus está aumentando a nivel mundial especialmente en países donde la malaria es endémica. En la actualidad existen muy pocos estudios sobre las interacciones entre la malaria y la diabetes mellitus.

## Objetivos

Estudiar si existen diferencias epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas entre pacientes subsaharianos semi-inmunes, diabéticos y no diabéticos, con infección importada por *Plasmodium falciparum*.

## Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de cohortes multicéntrico retrospectivo y emparejado de pacientes subsaharianos con el diagnóstico de infección por *P. falciparum* y diabetes mellitus tipo 1 o 2 sin otra inmunodepresión o embarazo. Cada paciente se emparejó con otros tres pacientes de la misma edad y sexo, con malaria por *P. falciparum* pero sin diabetes. Se recogieron los datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos y se compararon mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0.

## Resultados

Se reclutaron 46 pacientes con diabetes mellitus y malaria y sus correspondientes 138 casos emparejados de 14 centros sanitarios.

No se demostraron diferencias significativas epidemiológicas entre ambos grupos en el lugar de infección, tipo de paciente, motivo y duración del viaje a zona palúdica, profilaxis, frecuencia de infección por hepatitis B o C e hipertensión.

El porcentaje de positividad de gota gruesa, test rápidos y PCR fue similar, sin diferencias significativas en parasitemias.

Los resultados bioquímicos mostraron una mayor glucemia y menores niveles de albúmina (mediana 3,105 vs 3,4 gr/dL) en los diabéticos. El hemograma, la coagulación, enzimas hepáticas, bilirrubina o creatinina fueron similares en ambos grupos.

No se encontraron diferencias en tiempo de latencia, retraso diagnóstico, porcentaje de ingresados o estancia hospitalaria. La clínica de los no diabéticos mostró un mayor porcentaje de cefaleas (61,6% vs 43,5%) y menor de asintomáticos (1,4% vs 10,9%).

Los pacientes diabéticos tuvieron una mayor frecuencia de criterios de gravedad (13% vs 4,3%) incluyendo fracaso renal agudo, malaria cerebral e hiperparasitemia >5%.

## Conclusiones

La diabetes mellitus en pacientes subsaharianos representó un factor de riesgo para sufrir un paludismo importado por *P. falciparum* con criterios de gravedad. También mostraron menores niveles de albúmina lo que puede representar un marcador indirecto de gravedad. Los diabéticos presentaron más infecciones asintomáticas y menor frecuencia de cefalea.

## Financiación

### RES0044 Diagnóstico de arbovirus emergente en Atención Primaria. A propósito de un caso

**Maria Mallart Raventós<sup>1</sup>**, Núria Gispert-Sauch Puigdevall<sup>2</sup>, Laia Silva Garcia<sup>2</sup>, Eva Altes i Vaques<sup>2</sup>, Montserrat Albert Bertran<sup>2</sup>, Hansy Arnaldo Diaz Perez<sup>2</sup>, Gisela Reyes Gallardo<sup>2</sup>, Sílvia Torrent Goñi<sup>2</sup>, Laura Ruiz del Moral<sup>2</sup>, Raquel Almazan Marchamalo<sup>2</sup>

- 1 ABS Cassà de la Selva IAS (Instituto de Asistencia Sanitaria)
- 2 ABS de Can Gibert del Pla, Girona ICS (Institut Català de la Salut) departamento de SAP Girona Sud

## Introducción

El chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados, *Aedes aegypti* y *Ae. Albopictus*. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, como dolores musculares, cefalea y erupciones cutáneas. Los síntomas artríticos pueden persistir durante meses o incluso años.

## Objetivos

Descripción de un caso clínico: paciente VFR proveniente de la India con artritis crónica.

## Materiales y Métodos

Hombre de 30 años, natural de la India que hace cinco años que vive en Girona.

Consulta por artralgiyas generalizadas de predominio en ambas muñecas, acompañado de tumefacción y rigidez matutina de 3 meses d'evolució.

En la analítica general presenta hemograma normal, VSG discretamente elevada, PCR baja, factores reumatológicos, péptidos anti-citrulinados, ANA y HLB27 negativos. Rx muñecas también anodina.

Se inicia tratamiento con antiinflamatorios sin mejoría, por lo que se prescribe prednisona, pauta descendente, con clara mejoría sintomática.

Se orienta como Artritis seronegativa.

Reinterrogamos al paciente y comenta que el pasado diciembre, coincidiendo con el inicio de la clínica, viajó a la India a visitar a su familia.

Recuerda que durante la estancia en la India tuvo fiebre alta (39°C) dos días, cefalea, artromialgias y rash cutáneo urticariforme durante una semana. También recuerda picaduras de mosquito.

La clínica durante la estancia en la India conjuntamente con la artritis mantenida nos hace pensar en Chikungunya en fase crónica.

## Resultados

Se realiza serología Chikungunya siendo positiva IgG (IFI)-1:640 i IgM -1:40

## Conclusiones

A causa de la gran afluencia de viajeros y a la presencia del vector, es muy importante que des de la atención primaria tengamos la formación para su detección y prevención adecuada.

Incluir Chikungunya en el diagnóstico diferencial de l'artritis si hay antecedente de viaje a países con virus circulante.

Importancia de la educación sanitaria dirigida a viajeros y VFR.

## Financiación

No presenta financiación

## RES0045 Dificultades en el diagnóstico de fiebre en paciente VFR en Atención Primaria. A propósito de un caso

Núria Gispert-Sauch i Puigdevall<sup>1</sup>, Eva Altés Vaques<sup>1</sup>, Laia Silva Garcia<sup>1</sup>, Montserrat Albert Bertran<sup>1</sup>, Maria Mallart Raventós<sup>2</sup>, Hansy Arnaldo Diaz Perez<sup>1</sup>, Maria Benejam Fernandez<sup>1</sup>, Frany Lopez Mogrovejo<sup>1</sup>, Raquel Almazan Marchamalo<sup>1</sup>, Sonia Castro Lopez<sup>1</sup>, Laura Ruiz del Moral<sup>1</sup>

1 ABS Can Gibert del Pla, Girona ICS (Institut Català de la Salut) SAP Girona Sud

2 ABS de Cassà de la Selva IAS (Institut d'Assistència Sanitària)

## Introducción

La malaria es una enfermedad parasitaria grave, que sin el tratamiento adecuado, tiene consecuencias fatales. Se le considera la enfermedad parasitaria más importante alrededor del mundo.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos atenúan la incidencia de la enfermedad y reducen sus efectos mortales.

## Objetivos

Descripción de un caso clínico que ilustra las dificultades en la orientación diagnóstica de malaria en atención primaria.

## Materiales y Métodos

Hombre de 39 años, natural de Guinea Conakry que vive en Girona desde 2006. El 15 julio de 2018, inicia cuadro de fiebre, escalofríos, artromialgias y cefalea. Acude a urgencias de AP y se orienta como virasis.

Al cabo de dos días, reconsulta a urgencias del hospital, por persistencia de la clínica. Se pregunta por antecedentes de viaje, pero el paciente niega (según informe hospitalario). También se orienta como virasis y seguir con el tratamiento sintomático.

Al cabo de tres días, acude al CAP. Se reinterroga al paciente. Niega antecedentes de viaje, pero se le pregunta cuándo fue la última vez que estuvo en su país, y aquí es cuando el paciente explica que ha estado en Guinea, de febrero a primeros de julio de 2018. No ha realizado profilaxis para la malaria.

Se deriva en el hospital, para descartar paludismo.

## Resultados

En Urgencias destaca pancitopenia, aumento de metamielocitos y cayados. Coagulación alterada y PCR 11.5. En el estudio de paludismo en sangre periférica se observan trofozoitos de *P. Falciparum* con parasitemia 4,9%.

## Conclusiones

La movilidad de la población mundial hacen imprescindible, que desde la perspectiva de la AP, tengamos más presente en la anamnesis de cualquier paciente, incluir de forma sistemática el antecedente del viaje. Necesidad de mejorar los conocimientos de enfermedades importadas de los profesionales de la AP. Reforzar la educación sanitaria dirigida especialmente los VFR para que acudan a las visitas pre-viaje.

## Financiación

No financiación

## RES0046 Diagnóstico de parasitosis importada en paciente VFR en Atención Primaria. A propósito de un caso

Núria Gispert-Sauch i Puigdevall<sup>1</sup>, Eva Altés Vaques<sup>1</sup>, Laia Silva Garcia<sup>1</sup>, Maria Mallart Raventós<sup>2</sup>, Montserrat Albert Bertran<sup>1</sup>, Marisa Martínez Esteban<sup>1</sup>, Maria Benejam Fernandez<sup>1</sup>, Alex Lázaro Algado<sup>1</sup>, Hansy Arnaldo Diaz Perez<sup>1</sup>, Raquel Almazan Marchamalo<sup>3</sup>, Gisela Reyes Gallardo<sup>1</sup>, Sílvia Torrent Goñi<sup>1</sup>, Sonia Castro Lopez<sup>1</sup>

- 1 *ABS de Can gibert del Pla, Girona ICS ( Institut Català de la Salut) SAP Girona Sud*
- 2 *ABS de Cassà de la Selva, Girona IAS ( Institut d'Assistència Sanitària)*
- 3 *ABS de Can gibert del Pla, Girona IAS (Institut d'Assistència Sanitària)*

## Introducción

La eosinofilia es uno de los principales problemas encontrados en inmigrantes y en viajeros de zonas tropicales. En enfermedades parasitarias, especialmente por helmintos multicelulares, su papel en defensa del huésped es esencial y su presencia es un marcador hematológico de enfermedad.

## Objetivos

Descripción de un caso clínico que ilustra las dificultades de diagnóstico de eosinofilia leve en Atención Primaria (AP).

## Materiales y Métodos

Paciente de 40 años, natural de Gambia y que vive en Gerona desde hace 16 años.

Presenta antecedentes de asma intermitente y es portador de VHB, anti-e positivo sin tratamiento antiviral, con controles cada 6 meses por digestólogo de zona. En analítica de control anual presenta eosinofilia leve.

Revisamos historia: eosinofilia presente desde del 2007.

Se realiza Rx de tórax, Hemograma, bioquímica, sedimento de orina, estudio coproparasitológico (x3), estudio uroparasitológico (x1) y serología Strongyloides spp y Schistosoma spp.

**Estas dos últimas serologías, dado que no se puede pedir directamente desde la AP, se pidió al laboratorio referente que se añadieran a la petición.**

## Resultados

Estudio parasitológico en heces: **quistes de E. coli y trofozoitos de E. histolytica** dispar.

**EIA strongyloides positivo 6.78.**

Se realiza tratamiento ambulatorio con Metronidazol y Albendazol.

Analítica post-tratamiento: desaparición de la eosinofilia y coprocultivos negativos.

Se ha realizado seguimiento a los 3 y 6 meses sin evidenciarse eosinofilia y sin presencia de sintomatología digestiva.

## Conclusiones

- Mejorar los conocimientos de la eosinofilia importada en la AP y no dejar ninguna eosinofilia sin estudiar, por leve que sea, especialmente en pacientes inmigrantes y VFR.

- Valorar incluir en el estudio de eosinofilia leve importada en AP, la serología de Strongyloides, tal como recomienda el último documento de consenso de eosinofilia de la Semtsi.
- Reforzar el papel de la AP para dar una mejor respuesta a los nuevos retos de la Salud Global.

## Financiación

No financiación

## RES0049 Análisis observacional y comparativo de anemia tardía en niños con malaria grave tratados con artesunato vs quinina

**Rosauro Varo Cobos<sup>1</sup>, Llorenç Quinto<sup>1</sup>, Antonio Siteo<sup>2</sup>, Lola Madrid<sup>3</sup>, Pio Vitorino<sup>2</sup>, Ana Marta Valente<sup>1</sup>, Sozinho Acacio<sup>2</sup>, Daniel Camprubí<sup>1</sup>, José Muñoz<sup>1</sup>, Alfredo Mayor<sup>1</sup>, Quique Bassat<sup>1</sup>**

- 1 *Instituto de Salud Global de Barcelona Salud Global*
- 2 *Centro de Investigação em Saúde de Manhiça (CISM) Departamento clínico*
- 3 *London School of Hygiene & Tropical Medicine 3. Department of Infectious Disease Epidemiology*

## Introducción

El artesunato parenteral es la primera línea de tratamiento recomendada para la malaria severa. Se han descritos casos de anemia hemolítica post-tratamiento tras su uso en viajeros, pero los datos en cuanto a este tipo de complicación todavía son escasos en niños de áreas endémicas.

## Objetivos

Este análisis retrospectivo pretende determinar si el uso de artesunato parenteral en niños con malaria grave está asociado a un mayor riesgo de padecer anemia tardía post-tratamiento y recibir transfusiones sanguíneas en comparación con el uso de quinina intravenosa.

## Materiales y Métodos

Se analizaron todos los niños <15 años ingresados con un diagnóstico de malaria entre el 01/01/2003 y el 31/12/2017, vivos al alta, y con al menos una medida de hematocrito medida mediante vigilancia pasiva dentro de los 7-28 días tras el alta.

## Resultados

Durante el periodo del estudio, 1.354 niños ingresados con malaria grave y tratados con antimaláricos parenterales tenían al menos un valor de hematocrito dentro de los 7-28 días después del alta. De esos niños, 129 (9,5%) recibieron artesunato y 1194 (88,2%) quinina. Los niños que recibieron artesunato presentaron un porcentaje mayor de anemia tardía que los niños tratados

con quinina (24,0% vs 21,6%; Odds Ratio (OR)=1.15, Intervalo de confianza (CI) del 95% =0.86, 1.54) aunque sin diferencias estadísticamente significativas (p value: 0.5272). Los niños tratados con artesunato presentaron una mayor incidencia de anemia tardía post-tratamiento que los niños tratados con quinina (412,43 episodios/1000 *children months at risk* (CMAR) contra 365,04 episodios/1000 CMAR), pero sin diferencias estadísticamente significativas (OR: 1.14, CI del 95%: 0.78-1.65; pvalue: 0.5029). La incidencia global de transfusiones fue de 26,80 episodios/1,000 CMAR, siendo mayor en el grupo del artesunato en comparación con el de la quinina ((35,82 episodios/1,000 CMAR contra 25,82 episodios/1,000 CMAR), pero sin diferencias significativas (OR: 1.38; CI = 0.41-4.66; pvalue: 0.5994).

## Conclusiones

El uso generalizado de artesunato parenteral no está asociado a un mayor riesgo de anemia tardía post-tratamiento ni a una mayor frecuencia de transfusiones sanguíneas en comparación con la quinina intravenosa. Debido a la alta prevalencia de anemia en niños de zonas endémicas de malaria, todos los pacientes deberían ser seguidos activamente con independencia del tratamiento recibido.

## Financiación

Sin financiación específica

## RES0050 Manifestaciones graves de la esquistosomiasis importada

Joaquín Salas Coronas<sup>1</sup>, Manuel Jesús Soriano Pérez<sup>1</sup>, José Vázquez Villegas<sup>2</sup>, Isabel Cabeza Barrera<sup>1</sup>, José Ángel Cuenca Gómez<sup>1</sup>

1 Hospital de Poniente Unidad de Medicina Tropical

2 Distrito Poniente Unidad de Medicina Tropical

## Introducción

Al menos 230 millones de personas en el mundo están infectadas por trematodos del género *Schistosoma*, el 90% en África Subsahariana, causando alrededor de 300.000 muertes anuales. Se estima el 10% de los pacientes en regiones endémicas va a desarrollar complicaciones graves. La inmigración de los últimos años desde países africanos a Europa ha supuesto un incremento del número de pacientes diagnosticados de esquistosomiasis importada. Sin embargo, la prevalencia real de complicaciones graves de la enfermedad en zonas no endémicas no es bien conocida.

## Objetivos

Conocer la prevalencia de complicaciones graves de la enfermedad en una zona con importante población inmigrante africana, en la que está protocolizado el cribado de las enfermedades importadas en Atención Primaria y Especializada.

## Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de esquistosomiasis confirmada (aislamiento de huevos

de *Schistosoma*) atendidos en la consulta de Medicina Tropical del Hospital de Poniente entre octubre de 2004 y febrero de 2018.

## Resultados

De un total de 3.090 pacientes subsaharianos, 326 (10.5%) presentaron esquistosomiasis confirmada. La edad media fue 27,3 años (rango 11-52), siendo hombres 306 (93,9%). Los principales países de origen de los pacientes fueron: Mali 164 (50,3%) y Senegal 74 (22,7%). 227 pacientes (69,6%) presentaron una esquistosomiasis genitourinaria, 95 (29,1%) hepatointestinal, y 4 (1,2%) ambas. Las especies aisladas fueron: *S. haematobium* 196 (60.1%), *S. mansoni* 65 (19.9%), *S. intercalatum* 8 (2.5%), coinfecciones 3 (0,9%), y *Schistosoma* spp 54 (16.6%).

13 pacientes (4%) presentaban complicaciones graves (5% con formas hepatointestinales y 3,5% con formas genitourinarias). Los 5 pacientes con forma hepatointestinal mostraban enfermedad hepática con hipertensión portal (2 con varices esofágicas). De los 9 pacientes con formas genitourinarias, 5 presentaban ureterohidronefrosis (uno con fallo renal terminal), 2 carcinoma escamoso de vejiga, 1 tumor urotelial, y 1 necrosis testicular aguda.

## Conclusiones

El cribado sistemático de la esquistosomiasis en las personas en riesgo podría ayudar a reducir la prevalencia de complicaciones graves de la esquistosomiasis importada. Por otro lado, dado que existe la presencia del vector *Bulinus truncatus* en nuestro medio, dicho cribado puede contribuir a reducir el riesgo de aparición de esquistosomiasis autóctona.

## Financiación

RICET (cofinanciación FEDER, RD16/0027/0013), y FIS Exp:PI16/00520

## RES0054 Seroprevalencia del Virus de Crimea Congo en donantes en España

Lia Monsalve Arteaga<sup>1</sup>, Moncef Belhassen García<sup>2</sup>, Juan Luis Muñoz Bellido<sup>3</sup>, Ana Isabel Negrodo Antón<sup>4</sup>, María Paz Sánchez Seco<sup>4</sup>, Fernando de Ory Manchón<sup>4</sup>, María Carmen Vieira Lista<sup>1</sup>, Julio López Abán<sup>1</sup>, Isabel Bas<sup>4</sup>, Nuria Leralta<sup>4</sup>, Montserrat Alonso Sardón<sup>5</sup>, Sonia Pérez González<sup>6</sup>, Lydia Blanco Peris<sup>6</sup>, María Belén Vicente Santiago<sup>1</sup>, Pedro Fernández Soto<sup>1</sup>, Rufino Álamo-Sanz<sup>7</sup>, Roger Hewson<sup>8</sup>, Antonio Muro<sup>1</sup>

1 Universidad de Salamanca Centro de Investigación en Enfermedades Tropicales

2 Complejo Asistencial Universitario de Salamanca Servicio de Enfermedades Infecciosas

3 Complejo Asistencial Universitario de Salamanca Servicio de Microbiología

- 4 Instituto de Salud Carlos III Centro Nacional de Microbiología
- 5 Universidad de Salamanca Medicina Preventiva
- 6 Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León Biobanco de Castilla y León
- 7 Junta de Castilla y León Jefe de servicio Observatorio de salud pública en Junta de Castilla y León
- 8 Public Health England's Porton Down Institute Viral Haemorrhagic fevers & Arboviruses

## Introducción

La fiebre hemorrágica del Crimea Congo (FHCC) es una enfermedad infecciosa, viral transmitida por garrapatas, causada por el virus homónimo (VFHCC), caracterizado por ser ARN negativo del género *Nairovirus*, familia *Nairoviridae*. Este virus ha sido identificado en territorios ubicados al sur del paralelo norte 50 países de Asia, África y Europa, donde habitan garrapatas del género *Hyalomma* spp, principales vectores de la enfermedad. Recientemente, se han conocido los primeros casos de esta enfermedad en España. Sospechamos que esto solo refleja la punta del iceberg y que este patógeno también ha estado circulando en humanos de manera silente.

## Objetivos

Determinar la seroprevalencia de anticuerpos contra el VFHCC en donantes de sangre que acudieron al Centro del Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León desde mayo 2017 a mayo 2018.

## Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal. La determinación de los anticuerpos IgG frente al VFHCC se realizó a través de dos ELISA (VectoCrimea, Rusia y un ELISA *in-house* del Centro Nacional de Microbiología, Majadahonda, España) un ensayo de inmunofluorescencia (Euroimmun), que dispone de dos antígenos (en pocillos separados): glicoproteína C y nucleoproteína. Los individuos con anticuerpos detectados por dos o más técnicas fueron considerados como portadores confirmados de anticuerpos contra la enfermedad.

## Resultados

Se incluyeron 516 participantes, predominantemente del sexo masculino (353/516, 68.4%). La edad media ( $\pm$  DE) fue de 46,3 $\pm$ 11,2 años, (rango, 18-65 años), y la edad mediana fue de 48 años (RIC, 55-39). La mayoría de los donantes provinieron de áreas rurales de la zona estudiada (86.8%, 448/516). La seroprevalencia establecida se calculó en 0,58%-1,16%. Los donantes positivos se caracterizaron por una edad media de 40,4 $\pm$ 11,1 años. Ningún donante refería una historia de picaduras de garrapatas.

## Conclusiones

Es el primer estudio realizado en España que constata una circulación silente del VFHCC en humanos. Se necesitan más estudios para establecer las áreas con mayor endemidad de la Península Ibérica.

## Financiación

Estudio realizado gracias a la colaboración del Biobanco del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León y el Instituto de Salud Carlos III, España (www.isciii.es), a través de las becas RD16/0027/0018 (AM), DTS16/00207 (AM), P116/01784 (PFS), cofinanciado por la Unión Europea, FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional).

## RES0057 La neurocisticercosis en murcia: estudio de una cohorte de pacientes en el hospital universitario Virgen de la Arrixaca

Silvia Ruiz Garcia<sup>1</sup>, Elisa Garcia-Vazquez<sup>2</sup>, Asuncion Iborra<sup>3</sup>, Encarna Moral-Escudero<sup>2</sup>, Alicia Hernandez-Torres<sup>2</sup>, Antonio Lopez-Lopez Guerrero<sup>4</sup>, Claudio Piqueras<sup>4</sup>, Manuel Segovia<sup>3</sup>

- 1 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Medicina Interna
- 2 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Medicina Interna Infecciosas
- 3 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Microbiología
- 4 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Neurocirugía

## Introducción

La neurocisticercosis es el resultado de la infección del sistema nervioso central humano por la forma larvaria de *Taenia solium*. Su incidencia está aumentando rápidamente en España en relación con los movimientos migratorios procedentes de zonas en las que es endémica (América Central y del Sur y África).

## Objetivos

Analizar los datos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos en pacientes con neurocisticercosis en la Región de Murcia (desde 2010), utilizando los criterios modificados en 2017 por Del Brutto; compararlos con los de nuestra cohorte histórica (1996-2009) de 25 pacientes.

## Materiales y Métodos

Estudio de cohortes retrospectivo. Se revisó la base de datos recogida por el Servicio de Codificación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde Enero de 2010 a Diciembre 2017, analizando todas las historias clínicas de los pacientes dados de alta con el diagnóstico primario o secundario de neurocisticercosis o cisticercosis cerebral.

## Resultados

Se incluyen 14 pacientes; 93% (n=13) ingresaron en un servicio diferente a Medicina Interna (frente a 95% en la cohorte histórica) (4 pacientes en Neurología, 7 en Neurocirugía, 1 en Cardiología y 1 en UCI). La revisión de las historias clínicas no permitió identificar el país de origen en el 50% de los pacientes; del resto, 21,42% procedían de Ecuador (frente a 85,71% en la cohorte histórica), 14,28% de Bolivia y 7,14% de Nicaragua. Uno de ellos (7,14%) era español y había viajado a Mozambique. Las

manifestaciones clínicas más frecuente fueron las crisis comiciales (57%; 81% en la cohorte histórica) seguidas de la cefalea (14,28%). Aunque solo en el 64,28% de los pacientes había criterios para iniciar tratamiento con albendazol (52% en la cohorte histórica), éste se prescribió al 85% en ambas cohortes.

## Conclusiones

La incidencia de casos vistos en nuestro centro ha disminuido con respecto a los de nuestra cohorte histórica; la calidad de datos epidemiológicos registrados (país de origen) no ha sufrido mejora; ha disminuido el porcentaje de pacientes que debutan con crisis comiciales; la prescripción de tratamiento antiparasitario no se realiza de forma ajustada a protocolos y no ha mejorado. Tratar a estos pacientes en unidades especializadas mejoraría el abordaje terapéutico de estos pacientes.

## Financiación

Sin conflicto de intereses.

## RES0064 Enfermedad de Chagas: conocimientos, percepciones y búsqueda del diagnóstico y tratamiento de los bolivianos en Madrid

María Romay-Barja, Teresa Boquete, Obdulia Martínez, Agustín Benito, Teresa Blasco-Hernández

*Instituto de Salud Carlos III Centro Nacional de Medicina Tropical*

## Introducción

Aproximadamente 120.000 personas viven con la enfermedad de Chagas (EC) en Europa. De ellas, el 43% viven en España siendo este el país europeo con mayor prevalencia de esta enfermedad. Los inmigrantes de Bolivia soportan la carga de esta infección parasitaria, representando el 81% de los casos reportados. El diagnóstico y tratamiento tempranos son críticos para curar y/o mejorar la salud de las personas con Chagas.

## Objetivos

Evaluar los conocimientos, las percepciones y la búsqueda de diagnóstico y tratamiento que los bolivianos, que viven en Madrid, tienen sobre la EC y los factores asociados.

## Materiales y Métodos

Un total de 376 bolivianos fueron entrevistados acerca de su conocimiento y comportamiento en la búsqueda del diagnóstico y tratamiento de la EC. Los determinantes se evaluaron mediante regresión logística ajustada por sexo.

## Resultados

La mayoría de los bolivianos que viven en Madrid conocen la Vinchuca (71.85%) y al menos una ruta de transmisión de Chagas (73.7%). El 44% de los bolivianos que viven en Madrid se han hecho la prueba. La mayoría de las mujeres hicieron su cribado

en un hospital o centro de salud (89.3%), mientras que los hombres también en campañas comunitarias (17.5%) y los bancos de sangre (14,3%). La prevalencia en los encuestados fue del 27.7%. Más de la mitad de los positivos no habían comenzado o completado tratamiento. Solo el 45.7% de los positivos les habían hecho la prueba a sus hijos. Los factores asociados a hacerse la prueba de Chagas fueron: conocer una vía de transmisión de la enfermedad; recibir información sobre EC en España y recibir consejo para realizarse la prueba, especialmente si este viene de un médico.

## Conclusiones

A pesar del aumento en el diagnóstico de Chagas realizados en Madrid, el número de personas que comenzaron o completaron el tratamiento es bajo. La educación para la salud y la interacción médico-paciente son claves para hacerse la prueba. Las autoridades sanitarias deben coordinar y promover estrategias dirigidas para diagnosticar y tratar el Chagas teniendo en cuenta estos factores. Un protocolo nacional que establezca lineamientos en los niveles de atención, especialmente en primaria, ayudaría a mejorar la detección y el manejo de casos.

## Financiación

Ninguna

## RES0065 Rentabilidad de las biopsias rectales en el diagnóstico de la esquistosomiasis

Joaquín Salas Coronas<sup>1</sup>, María José Viciano Martínez-Lage<sup>2</sup>, Matilde Palanca Jiménez<sup>1</sup>, Pilar Luzón García<sup>1</sup>, María Isabel Cabeza Barrera<sup>1</sup>

1 *Hospital de Poniente Unidad de Medicina Tropical*

2 *Hospital de Poniente Unidad de Anatomía Patológica. Área de Biotecnología*

## Introducción

El diagnóstico de la esquistosomiasis intestinal presenta importantes problemas, especialmente en áreas no endémicas. La detección de huevos en muestras de heces tiene una baja rentabilidad, y la serología presenta limitaciones relacionadas con la sensibilidad, posibles reacciones cruzadas con otros helmintos y no discrimina entre infección activa o pasada. La realización de biopsias rectales podría ayudar a mejorar el diagnóstico de la enfermedad.

## Objetivos

Analizar la rentabilidad de la realización de biopsias rectales en pacientes inmigrantes subsaharianos con sospecha de esquistosomiasis.

## Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes inmigrantes a los que se solicitó la realización de biopsias rectales por sospecha de esquistosomiasis. Las indicaciones de la técnica fueron: pacientes procedentes de zonas endémicas de esquistosomiasis intestinal, estudio coproparasitológico negativo, clínica compatible (dolor abdominal con o sin diarrea sin otra



causa que los justifique) y/o hallazgos analíticos compatibles (presencia de eosinofilia, serología de *Schistosoma* positiva). Se realizaron una media de 3 biopsias en diferentes localizaciones del recto.

## Resultados

De un total de 2.421 pacientes subsaharianos atendidos hasta el año 2015, en 156 (6,4%) se solicitó la realización de biopsias rectales. La edad media fue 31,2 años (desv. típica 8,41), siendo hombres 146 (93,6%). El tiempo medio de estancia en España fue de 54 meses (rango 3-252). Los principales países de origen fueron: Mali 45 (28,8%) y Senegal 37 (23,7%). 71 pacientes (45,5%) fueron derivados por dolor abdominal y 41 (26,3%) para estudio de eosinofilia. En 97 pacientes (62,2%) la serología de *Schistosoma* fue positiva.

En 22 pacientes (14,1%) se objetivó la presencia de huevos de *Schistosoma* en la biopsia rectal. En aquellos pacientes con serología positiva, la rentabilidad de la biopsia fue del 19,6%, mientras que en los pacientes con serología negativa fue del 5,3%. En pacientes con serología positiva y eosinofilia (n=36), la rentabilidad de las biopsias fue del 19,4%.

## Conclusiones

La realización de biopsias rectales en el diagnóstico de la esquistosomiasis intestinal en áreas no endémicas tiene una baja rentabilidad. La serología positiva es el factor que más se asocia a la presencia de huevos de *Schistosoma*, no modificando la rentabilidad la presencia de eosinofilia.

## Financiación

RICET (cofinanciación FEDER, RD16/0027/0013)

## RES0081 Diagnóstico microbiológico y epidemiología de Paludismo en un hospital terciario

Ana Sofia Lameiras<sup>1</sup>, Carla Gosalvez Canto<sup>2</sup>, Adelina Gimeno Gascon<sup>2</sup>

1 Hospital General Universitario de Alicante Medicina Preventiva

2 Hospital General Universitario de Alicante Microbiología y Parasitología Clínica

## Introducción

El diagnóstico del paludismo es urgente, especialmente en pacientes con fiebre procedentes de áreas endémicas.

La tinción de Giemsa es la prueba "gold estándar", pero existen pruebas rápidas de detección de antígeno para cribado urgente. La sensibilidad de las técnicas moleculares es mayor, pero son más complejas y caras.

## Objetivos

Estudiar las características del diagnóstico parasitológico y de los pacientes.

## Materiales y Métodos

El diagnóstico se realiza mediante tinción de Giemsa y prueba de antígeno. La PCR se realiza en caso de alta sospecha con pruebas negativas o infecciones mixtas.

A partir del sistema de información de laboratorio, se seleccionaron pacientes con pruebas de paludismo desde junio de 2014 a abril de 2019.

Se recogieron datos demográficos, y en los pacientes con paludismo se revisaron las historias clínicas.

## Resultados

Se estudiaron 274 muestras, y se realizó PCR en 60.

De las pruebas realizadas, 37 (13,5%) tinciones y antígenos resultaron positivos. En 35 casos se detectó *Pfalciparum*, *Povale* en un caso, y mixta (*Pfalciparum* y *Povale*) en otro. El índice de parasitemia se registró en 29 pacientes con *Pfalciparum*, siendo superior a 2% en 11 muestras. La PCR fue positiva en 18 muestras, una de las cuales con resultados negativos y correspondía a una infección por *Pviva*x. El resto de resultados de PCR concordaba con los resultados de la tinción y antígeno.

El 56,6% de los pacientes estudiados eran hombres, y la mediana de edad fue 41 años (rango intercuartílico: 27 – 52).

De los 38 pacientes con alguna pruebas positiva, en 37 se disponía de antecedentes de viaje: África 35 (94,6%), América 1 (2,7%) y Asia 1 (2,7%), siendo Nigeria el principal destino (13 casos). En 22 pacientes se registró el motivo de viaje: 18 visita a familiares y amigos y 4 motivos laborales. De los 17 con datos de profilaxis antipalúdica, 12 no la tomaron y 5 la tomaron incorrectamente.

## Conclusiones

- Antígeno y tinción funcionan similar.
- PCR es útil en infecciones mixtas y pruebas negativas.
- La especie predominante es *P. falciparum*.
- En todos los casos con profilaxis registrada, no ha habido una pauta correcta.

## Financiación

Sin fuentes.

## RES0083 Leptospirosis en viajeros e inmigrantes ¿una enfermedad emergente en nuestro país?

Ana Lucas Dato<sup>1</sup>, Sandra Chamorro Tojeiro<sup>2</sup>, Jara Llenas-García<sup>3</sup>, Fernando Salvador Vélez<sup>4</sup>, Miren Zuriñe Zubero Sulibarria<sup>5</sup>, Israel Molina<sup>6</sup>, Ane Josune Goikoetxea Agirre<sup>7</sup>, Rogelio López-Vélez<sup>2</sup>, José Antonio Pérez Molina<sup>2</sup>

1 Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja, Orihuela (Alicante) Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas

- 2 Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid Enfermedades infecciosas
- 3 Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja, Orihuela (Alicante)/ FISABIO-Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas
- 4 Hospital Universitari Vall d'Hebron, PROSICS Barcelona Enfermedades infecciosas
- 5 Hospital de Basurto, Bilbao Enfermedades infecciosas
- 6 Hospital Universitari Vall d'Hebron, PROSICS Barcelona Enfermedades infecciosas
- 7 Hospital Universitario Cruces, Barakaldo Enfermedades infecciosas

## Introducción

La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, especialmente de regiones tropicales-subtropicales. Se trata de una enfermedad globalmente infradiagnosticada debido a la falta de sospecha clínica y a las dificultades de acceso a test diagnósticos. La incidencia en España es poco conocida y, según nuestro mejor conocimiento, no se han realizado estudios multicéntricos sobre leptospirosis importada.

## Objetivos

Describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de leptospirosis importada incluidos en +REDIVI.

## Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, anidado en la Red-Cooperativa-para-el-Estudio-de-las-Infecciones-Importadas-por-Viajeros-e-Inmigrantes (+REDIVI), de pacientes diagnosticados de leptospirosis importada desde Octubre-2009 hasta Septiembre-2018. Se analizaron las variables recogidas en la base de +Redivi, junto a variables clínico-epidemiológicas recogidas retrospectivamente mediante un formulario adicional.

## Resultados

De 22'031 casos registrados en +REDIVI se encontraron 13 con diagnóstico de leptospirosis, de los que se excluyeron 3 (1 autóctono, 1 diagnóstico incorrecto, 1 falta de datos). Finalmente se incluyeron 10 casos de leptospirosis importada (9 viajeros, 1 inmigrante-viajero, 90% hombres con edad media de 36.6 años (DS=9.4). Cinco procedían del Sudeste Asiático y 4 de América Central-Caribe, 1 de América del Sur. El norte de Tailandia fue el lugar de probable adquisición en 4 viajeros. Nueve fueron viajes de corta duración (media=16.4días; DS=6.2). Ocho tuvieron exposiciones de riesgo conocidas: 7 baño en ríos-lagos y 4 kayak/rafting. Aunque 7 eran viajes de alto riesgo solo 4 realizaron consejo previaje. La media de días desde inicio de síntomas al tratamiento fue de 9 (DS=10.8) y al diagnóstico definitivo 25.9 (DS=20.05). Nueve presentaron fiebre, 8 cefalea, 6 mialgias, 6 artralgias y 4 dolor abdominal; uno presentó shock. Seis casos tuvieron serología IgM leptospira positiva, 3 PCR leptospira positiva en sangre y 1 en orina. Siete requirieron ingreso hospitalario (uno en UCI) con estancia media de 8.14 días. Todos recibie-

ron tratamiento con ceftriaxona y/o doxiciclina excepto uno con levofloxacino; todos tuvieron buena evolución clínica.

## Conclusiones

Aunque la leptospirosis es un diagnóstico poco frecuente, dada su potencial gravedad, debe ser tenida en cuenta; especialmente aquellos que han tenido contacto con agua dulce.

## Financiación

Proyecto ISCIII "RD16/0027/0020" Red de Enfermedades Tropicales, Subprograma RETICS del Plan Estatal de I+D+I 2013-2016 y fondos FEDER.

## RES0099 PCR múltiplex en tiempo real: su aplicación en muestras clínicas para el diagnóstico de geohelmintiasis

Elena Dacal Picazo<sup>1</sup>, José María Saugar<sup>1</sup>, Sonsoles Jiménez<sup>1</sup>, Francisco J Merino<sup>2</sup>, Esperanza Rodríguez<sup>1</sup>

- 1 Instituto de Salud Carlos III/Centro Nacional de Microbiología Laboratorio de Referencia e Investigación en Parasitología/Unidad de Diagnóstico Serológico de Parasitosis
- 2 Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, España)/Servicio de Microbiología; Universidad Alfonso X el Sabio (Madrid, España)/Facultad de Medicina

## Introducción

Las infecciones por geohelminthos (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale* y *Strongyloides stercoralis*) presentan una alta incidencia en áreas tropicales y subtropicales. Sin embargo, estas enfermedades se están expandiendo a otros países debido a la inmigración y a los viajes internacionales, como ocurre en España donde cada vez es más común la declaración de casos importados. La Comunidad Autónoma de Madrid es un claro ejemplo de ello. En este sentido, disponer de herramientas de diagnóstico sensibles y específicas para estas parasitosis es una prioridad para nuestro Sistema Nacional de Salud.

## Objetivos

Aplicación de una técnica de PCR multiplex en tiempo real para la detección de geohelminthos en muestras clínicas de inmigrantes y viajeros procedentes de zona endémica.

## Materiales y Métodos

Se analizaron 97 muestras de heces procedentes de 65 pacientes del Hospital Universitario Severo Ochoa en Leganés, Madrid, todos ellos inmigrantes o viajeros con sospecha de padecer geohelmintiasis. Las muestras fueron procesadas en el Centro Nacional de Microbiología mediante PCR multiplex en tiempo real con sondas de hibridación.

## Resultados

El rango de edad de los 65 pacientes analizados se encontró entre 1 y 80 años, siendo la media 34,11 años, de los cuales 34 fueron mujeres y 31 hombres. De las 97 muestras analizadas, 10 de ellas fueron positivas para geohelminos correspondiendo éstas a 8 pacientes. Uno de los 8 pacientes presentó 2 de 3 muestras positivas para *Trichuris* spp.; dos pacientes, con una muestra cada uno, fueron positivos para *Necator* spp.; 4 pacientes fueron positivos para *Strongyloides* spp. 3 de los cuales a partir de una muestra y uno a partir del análisis de dos muestras y por último un paciente con infección múltiple que tras el análisis de dos muestras fue positivo a *Strongyloides* spp., *Trichuris* spp. y *Ascaris* spp. Todos los pacientes positivos procedían del continente africano, 5 fueron mujeres y 3 hombres con un rango de edad entre 2 y 71 años.

## Conclusiones

La técnica de PCR multiplex en tiempo real es una herramienta útil para el diagnóstico de las infecciones por geohelminos en muestras de heces.

## Financiación

Proyecto AESI MPY 1148/16

## RES0101 Información y cribado de la enfermedad de Chagas en residentes latinoamericanos en Valencia. Papel de asociaciones

María Cristina Parada Barba<sup>1</sup>, Ana Isabel Ucero Ruiz<sup>2</sup>, Mari Carmen Gil Santafé<sup>3</sup>, Verónica Pilar Beiroa López<sup>4</sup>, Juan José de los Santos Sanz-Bustillo<sup>5</sup>, Magdalena García Rodríguez<sup>6</sup>, María Guilda Romero Quiróz<sup>7</sup>

- 1 Asociación de la enfermedad de Chagas. Comunidad Valenciana. 2. Centro de Tansfusión Comunidad Valenciana 1. Coordinadora. 2. Sección Serología
- 2 Centro de Salud Pública de Valencia. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública Salud Alimentaria
- 3 Centro de Tansfusión de la Comunidad Valenciana Sección Serología
- 4 Asociación de la enfermedad de Chagas. Comunidad Valenciana. Delegada provincia de Alicante
- 5 Fundación Mundo Sano Coordinador Mundo Sano - España
- 6 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Sección Salud Internacional y Consejo al viajero. Servicio de enfermedades infecciosas.
- 7 Asociación de la enfermedad de Chagas de la Comunidad Valenciana Presidencia

## Introducción

Chagas, patología importada en España. Problema de salud pública. Gran número de personas portadoras se han organizado en asociaciones. Entre ellas ACHACOVA (Asociación de la enfermedad de Chagas de la Comunidad Valenciana), nacen como respuesta a la necesidad de dar visibilidad a la patología. Luchando porque las personas afectadas, puedan tener derecho al diagnóstico, tratamiento integral; no ser discriminados laboral y socialmente, conseguir un trato digno, alzando sus voces para salir del olvido y silencio. Practican la ayuda mutua y autoayuda.

## Objetivos

Informar, sensibilizar, diagnóstico precoz, derivación de seropositivos para seguimiento y tratamiento. Conocer las características sociodemográficas de la población. Averiguar su nivel de conocimientos sobre la enfermedad.

## Materiales y Métodos

De noviembre de 2017 a marzo de 2019, se realizaron campañas de información y sensibilización a la población latinoamericana, charlas informales en restaurantes, eventos deportivos, socioculturales, etc. A cargo de socios voluntarios, pacientes expertos y agentes de salud de la asociación ACHACOVA.

La población estudiada fueron personas de origen americano (especialmente del centro y sur), hijos nacidos en España de madres latinoamericanas, biológicos y/o adoptados. Encuesta epidemiológica y consentimiento informado.

Se realizaron 5 campañas de diagnóstico en las instalaciones del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Las pruebas utilizadas en el cribado fueron: Quimioluminiscencia LIAISON® XL Chagas ([REF] 310280) e Inmunocromatografía Chagas STAT-PAK® Assay. Chembio Diagnostic Systems.

## Resultados

La información y sensibilización sobre la enfermedad alcanzó a 459 personas. Se cribaron 475 individuos. 334(70%) mujeres. edad media 39 años, provenientes de 12 países. Resultaron positivas 85 (18%), todas bolivianas. 10% no conocían la enfermedad, 8 % desconoce el vector, 75% desconocían que la tenían y los síntomas, 11% tenían antecedentes familiares de Chagas. 21% vivieron en áreas rurales. El 95% han sido atendidas psicológicamente y por médicos especialistas. Encontrándose en seguimiento actualmente.

## Conclusiones

La búsqueda activa es la medida más eficaz para el diagnóstico de enfermedades importadas infradiagnosticadas en nuestro medio. La labor de las Agentes de Salud y Atención Primaria es fundamental para la sensibilización y la búsqueda activa de casos. Vemos que constituye un problema de salud pública, para el que se deben implementar estrategias de intervención.

## Financiación

Contamos con el apoyo de Mundo Sano

## RES0103 Implementación de un programa de cribado frente a *S. stercoralis* en la UEI importadas de Valencia

David Navalpotro Rodríguez<sup>1</sup>, Magdalena García Rodríguez<sup>2</sup>, Florencia Mikaela Yerle<sup>1</sup>, Marta Moreno García<sup>1</sup>, María José Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, José Ignacio Mateo González<sup>2</sup>, Miguel García Deltoro<sup>2</sup>, Concepcio Gimeno Cardona<sup>1</sup>

1 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia  
Microbiología

2 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia  
Enfermedades Infecciosas

### Introducción

La estrogiloidiasis es una enfermedad desatendida emergente en España, diagnosticada principalmente entre la población migrante.

### Objetivos

Actualmente, existe un infradiagnóstico debido a la ausencia y/o falta de especificidad en la sintomatología de la infección. Por ello, se hacen necesarios los programas de cribado para la detección de *Strongyloides stercoralis* especialmente en aquellos pacientes sometidos a una inmunosupresión yatrogénica

### Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo de las determinaciones de anticuerpos frente a *S. stercoralis* en personas que acuden a la unidad de referencia de enfermedades importadas procedentes de zonas endémicas entre los años 2016-2019. La detección de IgG específicos frente a *S. stercoralis* se realizó mediante ELISA (DRG diagnostics) siguiendo las instrucciones del fabricante

### Resultados

Durante este período, se han realizado 1510 determinaciones serológicas frente a *S. stercoralis* correspondiente a 1202 personas. Al 6,74% (81) de los pacientes se les detectó la presencia de anticuerpos, mientras que el 93,26% (1121) tuvieron un resultado negativo. El 52,17% de los pacientes son de origen boliviano, de los cuales el 88,89% presentaron co-infección por *Trypanosoma cruzi*. El 47,83% restante corresponde a individuos procedentes de otros países como Guinea Ecuatorial (13,04%), Ecuador (11,59%), España (8,70%), Colombia (2,90%), Nigeria (2,90%), Paraguay (2,90%), Argentina (1,45%), Venezuela (1,45%), Pakistán (1,45%) y Camerún (1,45%). De estos, 82,61% presentaban síntomas y signos compatibles (72,46% eosinofilia, 14,49% prurito y 10,15% dolor abdominal). Todos ellos fueron tratados con una pauta de ivermectina (0,2 mg/kg/día durante dos días) o doble dosis en caso de inmunosupresión.

En 8 pacientes, 9,8% de los resultados positivos, no se negativizó o redujo significativamente la serología tras el tratamiento. De los cuales tres presentaban co-infección con filarias (*Onchocerca volvulus* y *Loa loa*), cinco falsos positivos (dos asociados a hiper-gammaglobulinemia y tres débilmente positivos índice <1,5).

## Conclusiones

La búsqueda activa de infección por *S. stercoralis* mediante serología es útil en personas procedentes de zonas endémicas debido a la ausencia o escasa sintomatología de la infección siendo especialmente relevante en aquellas personas que van a ser sometidos a una inmunosupresión yatrogénica. La serología frente a *S. stercoralis* posee una elevada sensibilidad y buena especificidad especialmente en las personas procedentes del continente sudamericano.

## Financiación

## RES0109 HVS, Toledo: Nuevos ciudadanos, nuevos pacientes. Patología importada en migrantes recién llegados

Helena Moza Moríñigo, Marta Blanco Fernández, Raúl Perea Rafael, Enriqueta Muñoz Platón, Jose Domingo Martín García, María Teresa Beca Martínez, Helena Burggraaf Sánchez de las Matas, Blanca Fdez Pacheco Glez de Echávarri

Hospital Virgen de la Salud. CHUT Toledo. Medicina Preventiva. Unidad de Salud internacional y viajero.

### Introducción

Los movimientos migratorios crecientes, con flujos sobradamente conocidos, junto con los periodos de latencia de ciertas enfermedades, han hecho que la patología importada, aquella que se contrae en un área geográfica y se desarrolla en otra completamente diferente, cobre peso e importancia en nuestro medio. Las características de las poblaciones que migran, el origen y las condiciones sociosanitarias durante el periplo, convierten a los individuos en especialmente vulnerables para sufrir patologías infecciosas. Éstas evolucionan con peor pronóstico, en muchos casos debido a la ausencia de sospecha diagnóstica.

### Objetivos

El objetivo principal de este estudio es describir los principales diagnósticos y síndromes clínicos encontrados, en la consulta de atención al inmigrante recién llegado del Hospital Virgen de la Salud en Toledo desde el 23/02/2017 hasta hoy (32 meses), con el fin de proporcionar asistencia médica, basada en la evidencia.

Como objetivo secundario, orientar el cribado según los antecedentes epidemiológicos y la evidencia, para lo cual, se pretende conocer las patologías más frecuentes según su procedencia.

### Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados analíticos obtenidos en los 204 pacientes vistos en la consulta del viajero del Hospital Virgen de la Salud, de Toledo. Se tuvieron en cuenta las recomendaciones de estudios previos para seleccionar las pruebas de cribado a realizar. Se recogieron, además, variables como la edad, país de origen, fecha de llegada a España y la fecha de salida de su país.

## Resultados

Los principales países de origen fueron: Guinea Conakry, Costa de Marfil, Camerún, Senegal y Mali.

Patologías más frecuentes:

- Guinea Conakry: *schistosoma spp.*, *H. pylori* y hepatitis B crónica.
- Costa de Marfil: *H. pylori*, hepatitis B crónica y *schistosoma spp.*
- Camerún: *schistosoma spp.*, *H. pylori* y hepatitis B crónica.
- Senegal: anemia falciforme y hepatitis B crónica.
- Mali: *schistosoma spp.*, *H. pylori* y hepatitis B crónica.

## Conclusiones

Coincidiendo con la evidencia de estudios que justifican el cribado de ciertas enfermedades, la importancia de la detección de las hepatitis víricas A y B, así como de patologías parasitarias graves como *Schistosoma spp* por gravedad y latencia queda justificada.

*H. pylori*, no difiere en datos de la prevalencia en población de destino, quedando por ello, justificado su cribado.

## Financiación

No.

## RES0111 Diagnóstico molecular de geohelmintiasis mediante PCR múltiple en inmigrantes y viajeros

Elena Dacal Picazo<sup>1</sup>, José María Saugar<sup>1</sup>, Fernando Salvador<sup>2</sup>, Elena Sulleiro<sup>2</sup>, Begoña Treviño<sup>2</sup>, Isabel Cabeza-Barrera<sup>3</sup>, Joaquín Salas<sup>3</sup>, Pedro Fernández-Soto<sup>4</sup>, Victoria Periago<sup>5</sup>, Osvaldo Germán Astudillo<sup>6</sup>, Esperanza Rodríguez<sup>1</sup>

- 1 Instituto de Salud Carlos III/Centro Nacional de Microbiología Laboratorio de Referencia e Investigación en Parasitología/Unidad de Diagnóstico Serológico de Parasitosis
- 2 Hospital Universitario Vall d'Hebron PROSICS
- 3 Hospital de Poniente Unidad de Medicina Tropical
- 4 Universidad de Salamanca/Facultad de Farmacia Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca (IBSAL-CIETUS)/Grupo e-INTRO (Enfermedades Infecciosas y Tropicales)
- 5 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Fundación Mundo Sano, Buenos Aires, Argentina.

6 Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbrán

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, las geohelmintiasis por *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura*, son infecciones altamente prevalentes, de escasa mortalidad, aunque producen una gran morbilidad en la población afectada con aproximadamente 6 millones de años de vida ajustados por discapacidad. La multiparasitación es la forma de aparición más frecuente. En este grupo no se incluye *Strongyloides spp.*, que requiere de otras técnicas diagnósticas, generalmente de escasa sensibilidad que subestiman su prevalencia. El desarrollo de una PCR múltiple que permita la detección simultánea de estos cinco geohelminintos supondría un gran avance para su correcto diagnóstico y control.

## Objetivos

Optimización de una técnica PCR múltiple para el diagnóstico simultáneo de geohelmintiasis y su aplicación en inmigrantes y viajeros.

## Materiales y Métodos

Se sintetizaron cebadores y sondas de hibridación con distintos fluorocromos y se probaron 4 kits comerciales de extracción de ADN para seleccionar el de mayor rendimiento. Se desarrolló un protocolo de PCR múltiple en tiempo real y se aplicó al ADN extraído de 125 muestras de heces de pacientes inmigrantes o viajeros con sospecha de geohelmintiasis, reclutados en tres hospitales del Sistema Nacional de Salud: Hospital de Poniente (Almería), Unidad de Medicina Tropical Vall d'Hebron-Drassanes (Barcelona) y Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona), donde se realizó previamente el diagnóstico parasitológico. Los pacientes con resultado positivo recibieron tratamiento y se repitieron análisis a los 3 y 6 meses.

## Resultados

De los 125 pacientes analizados, 70 fueron hombres y 55 mujeres, con una edad media de 37,48. Del total, 32 fueron positivos por PCR (25,6%) para al menos un geohelminto, siendo el parásito mayoritario *Strongyloides spp.* (28/32; 87,5%). Se observaron parasitaciones dobles en 3 pacientes, de forma similar a los resultados obtenidos mediante los métodos parasitológicos. Todos los pacientes a los 6 meses post-tratamiento negativizaron.

## Conclusiones

La PCR múltiple en tiempo real ha resultado una herramienta útil para el diagnóstico de geohelmintiasis en inmigrantes y viajeros. La alta detección de *Strongyloides spp.* apoya la necesidad de su inclusión en la lista de las geohelmintiasis consideradas como NTDs.

## Financiación

Proyecto MPY1148/16 AESI-ISCIH y RD16CIII/0003/0004-RD 16/0027/0018-RD16/0027/0013-RD16/0027/0003 (RICET). ISCIH-FEDER "Una manera de hacer Europa".

## RES0112 Hemoptisis recidivante

**Helena Moza Moríñigo**<sup>1</sup>, Marta Blanco Fernández<sup>1</sup>, Enriqueta Muñoz Platón<sup>1</sup>, Patricia Trevisis<sup>2</sup>, Rosa María Jimenez Barrera<sup>2</sup>, Raúl Perea Rafael<sup>3</sup>, José Domingo Martín García<sup>3</sup>, María Teresa Beca Martínez<sup>3</sup>, Blanca Fdez Pacheco Glez de Echávarri<sup>3</sup>

- 1 *Hospital Virgen de la Salud. Toledo. Medicina Preventiva. Unidad de Salud Internacional y del Viajero*
- 2 *Hospital Virgen de la Salud. Toledo. Microbiología*
- 3 *Hospital Virgen de la Salud. Toledo. Medicina Preventiva*

### Introducción

La patología importada de origen tropical, se adquiere en áreas rurales o urbanas, durante estancias turísticas o de residencia en zonas tropicales y se desarrolla fuera de ellas.

Esta característica principal, en muchos casos retrasa el diagnóstico y, acompañada por la falta de experiencia en el tratamiento en determinadas enfermedades infecciosas, dificulta y supone en factor de mal pronóstico.

### Objetivos

El objetivo es la descripción de un caso, cuyo diagnóstico definitivo se retrasó 3 años, en los que el paciente requirió ingresos y tratamientos innecesarios, con el consecuente encarnizamiento terapéutico y carga psicológica para el mismo.

### Materiales y Métodos

Varón 70 años, nacido en Bélgica y residente en España. Ingresado por hemoptisis recidivantes francas (10 ingresos en los últimos 3 años). Anemizaciones frecuentes.

Descartada patología tuberculosa y tumoral. En TC RNM torácicos sólo destaca: discretos signos de enfisema centroacinar confluyente con predominio en lobulos superiores. Atelectasias laminares en llingula y ambos lóbulos inferiores.

Hasta el momento, no valorados antecedentes epidemiológicos

- Residente en Bélgica hasta los 5 años de edad.
- Estancia de 13 años en Congo (entre los 5-18 años de edad).
- Estancia en Suiza, Laussane. 4 años.
- Estancia de Inglaterra, Cambridge, 4 años.
- Llegada a España a los 28 años de edad. Estancia 1 año.
- Estancia en México, Jalisco, 1ª Etapa: 1 año.
- Canadá varios meses.
- Estancia en México, Jalisco, 2ª etapa, 2 años.
- Retorna a España a los 33 años de edad.
- Viajes continuos durante 3 años (Amsterdam-Nueva Delhi); Con estancias en 1 semana/3 semanas al mes, durante 3 años.
- Múltiples viajes de duración inferior a un mes, a Kabúl, Teherán, y Estambul.

Durante su estancia en el trópico:

- Alojamiento en zonas rurales, en domicilios particulares, cabañas y casas de adobe.
- Contacto directo animales: Congo: granja; México: cazador.
- Carne y pescado poco cocinado.
- No profilaxis malárica.
- Baños aguda dulce.

Antecedentes personales de origen tropical o subtropical:

- Crisis palúdicas: Congo.
- Fiebre amarilla: Congo.
- Fiebre tifoidea: Congo.
- Schistosomiasis (probablemente *Schistosoma Haematobium*).

### Resultados

¿Patología relacionada con sus exposiciones epidemiológicas?

Sospecha clínica y epidemiológica: Paragonimiasis.

Tratamiento: Praziquantel: 25 mg/Kg cada 8h 48 horas (6 dosis) + Dexametasona.

Curación. 2 años después asintomático.

### Conclusiones

La sospecha diagnóstica es fundamental.

### Financiación

No.

## RES0115 Prevalencia de la coinfección VIH-*Trypanosoma cruzi* en pacientes de origen Latinoamericano en un área no endémica.

**Marina Simón Páez**<sup>1</sup>, Luis Javier Gil-Gallardo<sup>1</sup>, Pablo Fernández<sup>1</sup>, Cristina Vázquez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Asunción Iborra<sup>2</sup>, Bartolomé Carrilero<sup>1</sup>, Fuensanta Franco<sup>1</sup>, Elisa García<sup>3</sup>, Manuel Segovia<sup>2</sup>

- 1 *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Unidad de Medicina Tropical*
- 2 *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Genética y Microbiología, Universidad de Murcia Unidad de Medicina Tropical*
- 3 *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Medicina Interna, Infecciosas, Universidad de Murcia Unidad de Medicina Tropical*

### Introducción

La enfermedad de Chagas (EC), causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), es endémica en latinoamericana

donde afecta alrededor de 6-8 millones de personas. Fuera de área endémica la mayoría de pacientes se encuentran en la fase crónica asintomática de la enfermedad. En situaciones de inmunosupresión, como es la coinfección con VIH, existe un mayor riesgo de reactivación de la EC, aumentando la morbimortalidad. En España los estudios sobre la prevalencia de coinfección *T. cruzi* y VIH son escasos, describiéndose entre el 1,9-3,9%.

## Objetivos

El objetivo del trabajo fue evaluar la prevalencia de coinfección *T. cruzi*/VIH en pacientes de origen latinoamericano residentes en España.

## Materiales y Métodos

Se analizaron los resultados de determinaciones serológicas frente *T. cruzi* y VIH en aquellos pacientes adultos de origen latino que acudieron a la Unidad de Medicina Tropical entre enero 2015 y abril 2019.

El diagnóstico de EC se llevó a cabo mediante dos test serológicos positivos: CMIA (ARCHITECT Chagas®, Abbott) e IFI (CHAGAS IFA IgG + IgM®, Vircell), mientras que el diagnóstico de VIH se realizó mediante determinación serológica, CMIA, (ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo®) y test confirmatorio, LIA, (INNO-LIA HIV I/II Score®, Fujirebio).

## Resultados

Se cribaron 1062 pacientes de origen latinoamericano para *T. cruzi* y VIH, 867 mujeres y 195 hombres, rango edad 18-76 años.

De los 1062 pacientes, 107 fueron diagnosticados de EC en fase crónica (10,1%), y 13 fueron diagnosticados de VIH (1,22%).

De los 107 pacientes con EC en fase crónica, 2 estaban coinfectados de VIH; lo que supone una prevalencia de 1,9% de coinfección con VIH en este colectivo. Un hombre y una mujer, ambos bolivianos, de 39 y 31 años respectivamente.

## Conclusiones

Se detecta una prevalencia del 1.9% de coinfección *T. cruzi*/VIH en la población latinoamericana con EC en fase crónica. Los 2 pacientes coinfectados eran pacientes previamente diagnosticados de VIH, lo que apoya la recomendación actual de realizar la serología de EC a todo paciente VIH proveniente de áreas endémicas, y viceversa. Dado que el diagnóstico de coinfección a tiempo permite prevenir reactivaciones en el paciente con EC, mejorando el pronóstico de la enfermedad.

## Financiación

RD16/0027/0016

## RES0116 Prevalencia de la enfermedad de Chagas en gestantes latinas: Impacto de los programas de cribado regionales dirigidos

**Marina Simón Páez<sup>1</sup>, Cristina Vázquez<sup>1</sup>, Luis Javier Gil-Gallardo<sup>1</sup>, Pablo Fernández<sup>1</sup>, Bartolomé Carrilero<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Asunción Iborra<sup>2</sup>, Fuensanta Franco<sup>1</sup>, Elisa García<sup>3</sup>, Manuel Segovia<sup>2</sup>**

- 1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Unidad de Medicina Tropical
- 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Genética y Microbiología, Universidad de Murcia Unidad de Medicina Tropical
- 3 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Medicina Interna, Infecciosas, Universidad de Murcia Unidad de Medicina Tropical

## Introducción

Debido a los movimientos migratorios, la enfermedad de Chagas (EC) se ha convertido en un problema sanitario global.

## Objetivos

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de la EC en gestantes latinoamericanas en un área no endémica, así como evaluar el impacto de una estrategia de cribado a nivel regional dirigida hacia esta población.

## Materiales y Métodos

El estudio se realizó en un Área de Salud de la Región constituida por 47 Centros de Salud que derivan los estudios serológicos al Hospital de referencia. Se recopilaron los resultados de peticiones serológicas del primer trimestre de embarazo realizadas a mujeres latinas que incluían la serología frente a *T. cruzi*, del año 2011 al 2018. El cribado de la EC se realizó mediante CMIA (ARCHITECT Chagas®, Abbott) y la confirmación mediante IFI (CHAGAS IFA IgG + IgM®, Vircell). El plan de cribado regional frente a la EC en las gestantes latinas se implantó en el año 2013.

## Resultados

Se cribaron 557 gestantes de origen latino pertenecientes a esta Área de Salud, de las cuales 15 resultaron infectadas por *T. cruzi*. Por lo tanto, la prevalencia de EC en gestantes latinas fue del 2,69%. Cabe destacar que las 15 mujeres procedían de Bolivia.

Respecto al impacto del programa de cribado, durante los años 2011-2012 solo se habían cribado 21 gestantes latinas en esta área; mientras que en el año 2013 se criban 21, y del 2014 al 2018 se criban 515 gestantes. Desde su implantación se criban una media de 103 gestantes latinas al año en esta área sanitaria, aunque se estima que se estarían atendiendo aproximadamente a unas 300 gestantes.

## Conclusiones

La prevalencia detectada de EC en gestantes latinoamericanas en nuestra región es similar a la descrita en otros estudios reali-

zados en España, entorno al 3%; aunque cabe resaltar que esta prevalencia es muy superior en el colectivo boliviano. Los resultados obtenidos demuestran que la implantación por parte de las autoridades sanitarias de este programa de cribado es una medida fundamental para abordar esta problemática, aunque esta estrategia se debe complementar y reforzar para alcanzar una cobertura óptima.

## Financiación

RD16/0027/0016

### RES0118 Diagnóstico de los virus dengue, zika y chikungunya en un hospital terciario español

Marina Robledo Menéndez<sup>1</sup>, Julia San José Vargas<sup>1</sup>, Alfonso Gutiérrez García<sup>2</sup>, Laura Prieto-Pérez<sup>3</sup>, Ricardo Fernández Roblas<sup>4</sup>, Alfonso Cabello<sup>3</sup>, Miguel Górgolas Hernández-Mora<sup>3</sup>, Jorge Polo Sabau<sup>5</sup>, Ramón Pérez-Tanoira<sup>3</sup>

- 1 Universidad Autónoma de Madrid Enfermedades infecciosas
- 2 Hospital General de Villalba Urgencias
- 3 IIS-Fundación Jiménez Díaz Enfermedades infecciosas
- 4 IIS-Fundación Jiménez Díaz Microbiología Clínica
- 5 IIS-Fundación Jiménez Díaz Medicina Interna

## Introducción

Los arbovirus dengue, zika y chikungunya, suponen un reto sanitario a nivel mundial por su extensión global, el altísimo número de infectados al año y la carga de morbilidad y mortalidad que conllevan. A pesar de que España no es zona endémica para las mismas, la presencia de *Aedes albopictus*, uno de sus principales vectores, es clara en buena parte del territorio español. Este hecho, junto a la confirmación en 2018 de los primeros casos autóctonos de dengue, evidencia la necesidad de vigilancia y atención sanitaria para estos virus por parte de las autoridades sanitarias responsables.

## Objetivos

Evaluar la utilización de las pruebas diagnósticas para virus dengue, zika o chikungunya y mejorar el manejo clínico en España de los pacientes en los que se sospechen estos arbovirus. Por otro lado, se busca conocer el diagnóstico final en los casos en las que las pruebas diagnósticas para estas arbovirosis fueron negativas.

## Materiales y Métodos

Análisis retrospectivo y descriptivo en el que se estudian las principales variables epidemiológicas y clínicas de todos los casos en los que se solicitan detección serológica de anticuerpos IgM e IgG y/o PCR frente a virus dengue, zika o chikungunya en el Hospital Fundación Jiménez Díaz durante el año 2018.

## Resultados

Se han incluido un total de 66 pacientes, de los cuales 11 presentaron arbovirosis aguda: 5 dengue, 5 zika y una coinfección de zika + chikungunya. Los diagnósticos principales en aquellos negativos para arbovirosis fueron fiebre de origen desconocido (10 casos -15,15%-) y control gestacional en los que se solicita serología de zika para screening de malformaciones fetales (8 casos -12,12%).

## Conclusiones

Los hallazgos clínicos y epidemiológicos observados han mostrado carencias en la información y el manejo de estas enfermedades que pueden suponer un gran reto futuro debido al aumento de casos importados y a la aparición progresiva de casos autóctonos. Todo ello será útil de cara a diseñar programas de vigilancia sanitaria y vectorial, medidas de prevención adecuadas y mejoras en la información de los profesionales de salud españoles.

## Financiación

### RES0119 Tratamientos realizados en los casos de infección por *Mansonella perstans* en una Unidad de Salud Internacional

Begoña Treviño Maruri<sup>1</sup>, Joana M Font Grimal<sup>2</sup>, Diana Pou Ciruelo<sup>1</sup>, Inés Oliveira Souto<sup>1</sup>, Núria Serre Delcor<sup>1</sup>, María Luisa Aznar<sup>1</sup>, Elena Sulleiro Igual<sup>3</sup>, Francesc Zarzuela Serrat<sup>1</sup>, Israel Molina Romero<sup>4</sup>

- 1 Unitat de Salut Internacional Vall d'Hebron-Drassanes
- 2 Hospital Sant Llatzer, Balears
- 3 Hospital Universitari Vall d'Hebron, PROSICS Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, España. Servicio de Microbiología
- 4 Hospital Universitari Vall d'Hebron, PROSICS Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, España. Enfermedades Infecciosas

## Introducción

La patogenicidad y el tratamiento de elección de *Mansonella perstans* (*M. perstans*) es un tema controvertido dentro de la Salud Internacional.

## Objetivos

Analizar los tratamientos realizados en los casos de infección única por *M. perstans* diagnosticados en la unidad de Medicina Tropical Vall d'Hebron-Drassanes durante los últimos 6 años.

## Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de filariasis por *M. perstans* entre diciembre 2011 y diciembre 2018 en nuestra unidad y que habían recibido tratamiento.



## Resultados

Se incluyeron 50 pacientes, hombres 27 (54,0%) con edad media de 38 años (15-79). La mayoría procedían de Guinea Ecuatorial (31/50, 62,0%) y no tenían síntomas compatibles con mansonelosis (32/50, 64,0%). Treinta y cuatro (68,0%) recibieron tratamiento con mebendazol 100 mg/12h durante 28 días, 10 (20,0%) albendazol 400 mg/12h durante 10-12 días y 6/60 (12,0%) doxiciclina 100 mg/12h durante 6 semanas. Tras el tratamiento con mebendazol los niveles de eosinófilos fueron normales en 10 (29,4%), 4 de estos ya partían de valores normales antes del tratamiento, en 2 la eosinofilia descendió considerablemente y en un paciente los niveles fueron similares, 21 no volvieron. La microfilaremia en este grupo fue negativa en 7/9 (77,7%) pacientes y en 2 disminuyó, 25 no volvieron. En el grupo tratado con albendazol los niveles de eosinófilos fueron: en 4 pacientes normales (en 2 de ellos ya eran normales antes del tratamiento), en 2 no se normalizaron y 4 no volvieron. Los niveles de microfilaremia en los tratados con albendazol disminuyeron en 3, en un paciente se negativizó y 7 no volvieron. En el grupo tratado con doxiciclina los niveles de eosinofilia fueron: 2 con niveles normales (igual que antes del tratamiento), uno con una mejoría de los niveles de eosinófilos y en otro no se modificaron los niveles, 2 no volvieron. Los niveles de microfilaremia en los tratados con doxiciclina disminuyeron en 3 pacientes y los 3 restantes no volvieron.

## Conclusiones

En nuestra experiencia el tratamiento más utilizado fue mebendazol además eliminó la microfilaremia en una proporción más elevada que la doxiciclina o el albendazol. El alto porcentaje de pérdidas se debe probablemente a que son inmigrantes recién llegados que están de paso.

## Financiación

No

### RES0122 Perfil de respuesta inmunitaria de células T asociada a la protección frente a la re-infección por *T. cruzi*

Adriana Egui Machado<sup>1</sup>, Paola Lasso<sup>2</sup>, María del Carmen Thomas Carazo<sup>1</sup>, Concepción J Puerta Bula<sup>3</sup>, Adriana Cuellar Ávila<sup>4</sup>, Manuel Carlos López López<sup>1</sup>

- 1 Instituto de Parasitología y Biomedicina "López Neyra" - CSIC Departamento de Biología Molecular
- 2 Grupo de Inmunobiología y Biología Celular, Pontificia Universidad Javeriana Unidad de Investigación en Ciencias Biomédicas
- 3 Pontificia Universidad Javeriana Laboratorio de Parasitología Molecular
- 4 Grupo de Inmunobiología y Biología Celular, Pontificia Universidad Javeriana Departamento de Microbiología

## Introducción

La enfermedad de Chagas representa un problema de salud pública global, que en su fase crónica implica un alto coste para el sistema de salud y a nivel laboral. No existe un tratamiento antiparasitario efectivo que produzca el aclaramiento del parásito y es escaso el conocimiento sobre los mecanismos que operan en protección. Así, el estudio de la dinámica de las poblaciones de linfocitos T asociados a protección permitirá nuevas aproximaciones terapéuticas.

## Objetivos

Analizar los procesos de primo- y re-infección con distintas cepas de *T. cruzi* en un modelo murino de infección experimental al objeto de determinar los patrones inmunológicos a activar para la obtención de una eficaz inmunoterapia frente al Chagas crónico.

## Materiales y Métodos

Infección experimental con *T. cruzi* en ratones Balb/c por vía intraperitoneal (5x10<sup>2</sup> tripomastigotes (primo-infección); 5x10<sup>5</sup> y 1x10<sup>5</sup> (re-infección) cepas Y(DTU-II) y SOL(DTUV), respectivamente. Detección anticuerpos antígeno-específicos (IgG e IgG1/IgG2a) mediante ELISA. El análisis del fenotipo y funcionalidad de las células T antígeno-específicas se realizó empleando citometría de flujo multiparamétrica.

## Resultados

Ratones en fase crónica de la infección por *T. cruzi* controlan la parasitemia que induce la re-infección con dicho parásito. Este comportamiento está asociado a un claro perfil inmunológico caracterizado por una mayor proporción de células T CD4<sup>+</sup> y CD8<sup>+</sup> de memoria central (T<sub>CM</sub>) y efectora (T<sub>EM</sub>). Asimismo, los ratones re-infectados presentan mayor porcentaje de células T CD8<sup>+</sup> multifuncionales que producen IFN- $\gamma$ , Granzima B y TNF $\alpha$  y menor frecuencia de aquellas que expresan los receptores inhibitorios PD-1 y CD160. Las células T CD4<sup>+</sup> de los ratones re-infectados muestran una mayor proporción de células que expresan PD-1 y CTLA-4.

## Conclusiones

Los ratones en fase crónica de infección por *T. cruzi* controla la re-infección por dicho parásito, asociada a la presencia de una alta frecuencia de células T CD8<sup>+</sup> antígeno-específicas de memoria con capacidad multifuncional.

## Financiación

Programa Estatal I+D+I (MINECO) Ref. SAF2016-81003R y SAF2016- SAF2016-80996-R; Red de Investigación en Enfermedades Tropicales (RICET) Ref. RD16/0027/0005, (ISCIII), España.

### RES0124 Perfil fenotípico de las células CD8<sup>+</sup> epítipo-específicas como biomarcador de respuesta al tratamiento con benznidazol

Adriana Egui Machado<sup>1</sup>, Inmaculada Gómez García<sup>2</sup>, Marina Simón Pérez<sup>3</sup>, Manuel Segovia Hernández<sup>3</sup>, Manuel Carlos López López<sup>2</sup>, María del Carmen Thomas Carazo<sup>2</sup>

- 1 Instituto de Parasitología y Biomedicina "López Neyra" – CSIC Departamento de Biología Molecular
- 2 Instituto de Parasitología y Biomedicina "López Neyra" – CSIC Departamento de Biología Molecular
- 3 Hospital Virgen de la Arrixaca Unidad Regional de Medicina Tropical

## Introducción

Uno de los mayores desafíos en la investigación de la enfermedad de Chagas es la búsqueda de herramientas que permitan evaluar la eficacia del tratamiento. Estudios previos del laboratorio mostraron que los antígenos KMP11, PFR2, HSP70 y 3973<sup>d</sup> de *T. cruzi* son reconocidos por sueros de pacientes crónicos con alta especificidad. El uso de estos antígenos como set de biomarcadores "Chagnostik", permitió establecer un criterio de eficacia terapéutica, basado en la disminución continua y sustancial de la reactividad de los sueros frente a dichas moléculas. Estos biomarcadores serológicos junto a la evaluación de parámetros inmunológicos celulares podría ser una potente herramienta de seguimiento terapéutico.

## Objetivos

Caracterizar el perfil fenotípico (de memoria, diferenciación y senescencia) de las células T CD8<sup>+</sup> específicas de cinco epítopes CTLs contenidos en antígenos del parásito *T. cruzi*, y su asociación con la respuesta al tratamiento con benznidazol en pacientes crónicos-asintomáticos de Chagas.

## Materiales y Métodos

El nivel de anticuerpos (IgG) frente al set de biomarcadores se detecta por ELISA. El fenotipo de las células T CD8<sup>+</sup> epítipo-específicas se determina mediante citometría de flujo multiparamétrica. El nivel de citoquinas y moléculas citotóxicas se evalúa por ensayos de Multiplex y ELISPOT, respectivamente.

## Resultados

El tratamiento con benznidazol modula el fenotipo de memoria, diferenciación y senescencia de las células T CD8<sup>+</sup> epítipo-específicas. Interesantemente, aquellos pacientes que cumplen el criterio de eficacia terapéutica propuesto mostraron una mayor frecuencia de células con fenotipo de memoria efectora y una menor frecuencia de células T<sub>EMRA</sub> y de aquellas células que expresan marcadores de senescencia. Además, las células de estos pacientes presentan, previamente al inicio tratamiento, una mayor producción de citoquinas y moléculas citotóxicas que aquellas de los pacientes que no cumplen con el criterio de eficacia terapéutica.

## Conclusiones

El estado inmunológico de los pacientes crónicos con enfermedad de Chagas es un factor determinante en la respuesta al fármaco, siendo la caracterización fenotípica y funcional de las células T CD8<sup>+</sup> epítipo-específicas una herramienta útil para monitorizar la respuesta al tratamiento con benznidazol.

## Financiación

Programa Estatal I+D+I (SAF2016-81003-R y SAF2016-80996-R); Red de Investigación en Enfermedades Tropicales (RD16/0027/0005 y RD16/0027/0016) y FEDER.

## RES0128 Seguimiento del protocolo de cribado de enfermedad de Chagas en mujeres latinoamericanas embarazadas en Alicante

Jara Llenas García<sup>1</sup>, Philip Wikman Jorgensen<sup>2</sup>, Concepción Gil Anguita<sup>3</sup>, Violeta Ramos Sesma<sup>4</sup>, Adelina Gimeno Gascón<sup>5</sup>, Raquel Martínez Goñi<sup>6</sup>, Mónica Romero Nieto<sup>7</sup>, María del Carmen Quiles Martínez<sup>8</sup>, Fernando Buñuel<sup>9</sup>, Concepción Amador<sup>3</sup>, Josefa García García<sup>10</sup>, Ana López Amorós<sup>7</sup>, María Navarro Cots<sup>11</sup>, Héctor Pinargote-Celorio<sup>12</sup>, José Antonio Cutillas Coloma<sup>13</sup>, Diego Torrus Tendero<sup>14</sup>, Miriam Navarro Beltrá<sup>15</sup>, José Manuel Ramos Rincón<sup>14</sup>

- 1 Hospital Vega Baja (Orihuela). Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO). Medicina Interna
- 2 Hospital Universitario San Juan de Alicante. FISABIO Medicina Interna
- 3 Hospital Marina Baixa (Villajoyosa) Medicina Interna
- 4 Hospital Universitario de Torrevieja Unidad de Hospitalización a Domicilio
- 5 Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL) Microbiología
- 6 Hospital Universitario del Vinalopó Medicina Interna
- 7 Hospital General Universitario de Elda. FISABIO Medicina Interna
- 8 Hospital Vega Baja (Orihuela). FISABIO Admisión y documentación clínica
- 9 Hospital Universitario San Juan de Alicante. FISABIO Microbiología
- 10 Hospital Universitario de Torrevieja Medicina Interna
- 11 Hospital Vega Baja (Orihuela). FISABIO Microbiología
- 12 Hospital General Universitario de Alicante. ISABIAL Medicina Interna
- 13 Hospital Universitario San Juan de Alicante. FISABIO Admisión y documentación clínica
- 14 Hospital General Universitario de Alicante. ISABIAL Unidad de Medicina Tropical
- 15 Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana – Alicante (San Juan, Alicante). FISABIO Servicio Médico

## Introducción

La enfermedad de Chagas (EC) es una parasitosis crónica causada por *Trypanosoma cruzi*, endémica en Latinoamérica continental. En España, en ausencia del vector, la principal vía de transmisión es la vertical. Desde 2007 la Comunidad Valenciana

protocoliza el cribado sistemático de EC en la primera visita del embarazo de mujeres de origen latinoamericano.

## Objetivos

Nuestro objetivo es evaluar el grado de aplicación de las recomendaciones de cribado universal de EC durante el embarazo en mujeres latinoamericanas en Alicante en 2014-2018.

## Materiales y Métodos

Estudio de calidad retrospectivo. Fuentes de datos: 1) registros de mujeres latinoamericanas que han dado a luz en 7 hospitales públicos de la provincia de Alicante entre enero 2014 y diciembre 2018 y 2) registros de serologías de Chagas realizadas en dichos centros entre mayo 2013-diciembre 2018. El análisis se realizó utilizando R®.

## Resultados

Se registraron 2532 partos de mujeres latinoamericanas; 1070 (42.3%) tenían una serología de EC realizada. El grado de cumplimiento de la recomendación de cribado osciló entre el 50.9% (Hospital del Vinalopó) y el 24.5% (Hospital Universitario de Torrevieja). Hubo 22 partos (2.06%) con cribado positivo; se confirmó EC en 19 partos (de 17 mujeres). La mayor seroprevalencia se dio en mujeres originarias de Bolivia (17.7%), seguida de Paraguay (1.1%) y Ecuador (0.3%). De las 17 mujeres positivas, 9 eran conocidas previamente y 7 habían sido tratadas, solo 3 de 10 se han tratado postparto. Se inició seguimiento a 14 recién nacidos (73.7%) pero solo en 8 (42.1%) se completó, sin detectar ningún caso de transmisión vertical. Estimamos que entre los 1462 partos en los que no se realizó el cribado, podría haber 32 casos de EC no diagnosticados, lo que supondría 1-4 potenciales casos de transmisión vertical no detectados.

## Conclusiones

Existe amplio margen de mejora en el cumplimiento de la recomendación de cribado sistemático en mujeres latinoamericanas embarazadas y en el seguimiento de los recién nacidos. Actualmente es posible que existan casos no detectados de transmisión vertical en nuestra provincia por lo que es urgente implementar medidas para mejorar la adherencia al cribado y el seguimiento de los recién nacidos expuestos.

## Financiación

Ninguna

### RES0130 Miasis intestinal. Una nueva causa de eosinofilia importada

Cristina Carranza Rodríguez<sup>1</sup>, Jose Luis Perez Arellano<sup>2</sup>

- 1 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical
- 2 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical

## Introducción

La miasis es la infección en humanos y animales por larvas de insectos dípteros. Las larvas pueden infectar tejidos vivos o necróticos incluyendo la piel, la nasofaringe, el tracto genitourinario y el gastrointestinal. La ingestión accidental de huevos causa infección del tracto intestinal, al ser capaces de sobrevivir a las condiciones desfavorables en el interior del tracto gastrointestinal y ocasionan alteraciones de leves a severas. Hay pocos casos descritos en la bibliografía de miasis intestinal.

## Objetivos

No procede

## Materiales y Métodos

No procede

## Resultados

Nosotros informamos de un caso de miasis intestinal humana en una mujer europea que regresaba de un viaje en Costa Rica. La paciente mostraba eosinofilia, diarrea y lesiones cutáneas. Se identificaron larvas vivas de manera accidental en muestras de heces de la paciente durante el cribado de *Strongyloides stercoralis*. El examen morfológico de los gusanos revelaron que se trataba de larvas de *Muscinia stabulans*. Es de gran importancia proteger los alimentos de la contaminación por huevos o larvas de mosca para prevenir la infección.

## Conclusiones

Es primordial un alto grado de sospecha y un correcto diagnóstico para evitar tratamientos innecesarios.

## Financiación

No procede

### RES0131 Miasis obligatorias cutáneas en viajeros que regresan de áreas tropicales

Cristina Carranza Rodríguez<sup>1</sup>, Elisa Álvarez Artero<sup>2</sup>, Nieves Jaén Sánchez<sup>1</sup>, Michele Hernández Cabrera<sup>1</sup>, Elena Pisos Álamo<sup>1</sup>, José Luis Pérez arellano<sup>1</sup>

- 1 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Universidad de Las Palmas GGC Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical
- 2 Hospital General Río Carrión Medicina Interna

## Introducción

No procede

## Objetivos

El objetivo del estudio es la descripción de los casos diagnosticados en viajeros atendidos en la UEIMT del HUIGC durante los últimos 17 años (2000-2017).

## Materiales y Métodos

Se recogieron los datos epidemiológicos (edad, sexo, país de adquisición), clínicos (número y localización de las lesiones) y parasitológicos (estudio de las larvas extraídas).

## Resultados

TABLA

Paciente	Edad	Sexo	País de infestación	Especie	Nº de lesiones	Localización
1	53	Varón	Costa Rica	D. hominis	1	Antebrazo derecho
2	27	Varón	Costa Rica	D. hominis	1	Pierna izquierda
3	45	Varón	Brasil	D. hominis	1	Región escapular izquierda
4	33	Mujer	Brasil	D. hominis	1	Región pública
5	35	Varón	Cabo verde	C. anthropophaga	2	Muslo
6	33	Varón	Gambia	C. anthropophaga	2	Tronco
7	45	Varón	Senegal	C. anthropophaga	>10	Tronco

## Conclusiones

### DISCUSIÓN

Los dos tipos principales de miasis obligatorias cutáneas están producidos por *Dermatobia hominis* y *Cordylobia anthropophaga*. En América Central y del Sur, la especie responsable es *Dermatobia hominis* y en África *Cordylobia anthropophaga*. En ambos casos aparecen lesiones de aspecto furunculoide, aunque con algunos rasgos diferenciales. Así en el caso de *Dermatobia hominis*, las lesiones suelen ser únicas y en zonas de piel expuesta, debido a la transmisión de los huevos por mosquitos y otros insectos hematófagos portadores de huevos. Por el contrario, la infestación por *Cordylobia anthropophaga* suele ser múltiple y en piel cubierta, debido a que la mosca deposita huevos en la ropa que eclosionan tras el contacto. En ambos casos el tratamiento consiste en la extirpación de las larvas y el tratamiento de la infección bacteriana en el caso de que aparezca.

### CONCLUSIÓN

- Las dos miasis obligatorias cutáneas más frecuentes están producidas por *Dermatobia hominis* y *Cordylobia anthropophaga*.
- Se diferencian fundamentalmente por la morfología y localización de sus lesiones.
- El tratamiento se reduce a la extirpación de la larva y tratamiento de la infección bacteriana secundaria

## Financiación

No procede

## RES0132 Enfermedades tropicales y comorbilidades en población inmigrante con infección por VIH

Sandra Scarleth Mendoza Lizardo<sup>1</sup>, Elia Pérez Fernández<sup>2</sup>, Natalia Mayoral Canalejas<sup>1</sup>, Sonia Bellón Vallinot<sup>1</sup>, Leonor Moreno Núñez<sup>3</sup>, Juan Emilio Losa García<sup>3</sup>, Rafael Hervás Gómez<sup>3</sup>, Oriol Martín Segarra<sup>3</sup>, Miguel Górgolas Hernández Mora<sup>4</sup>, María Velasco Arribas<sup>3</sup>

- 1 Hospital Universitario Fundación Alcorcón Medicina Interna
- 2 Hospital Universitario Fundación Alcorcón Unidad de investigación
- 3 Hospital Universitario Fundación Alcorcón Enfermedades Infecciosas
- 4 Fundación Jiménez Díaz Enfermedades Infecciosas

## Introducción

La infección por VIH magnifica las enfermedades que son endémicas de zonas tropicales, estas pueden impactar en la evolución del virus con escasos estudios que evalúen esta relación.

## Objetivos

## Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional realizado en un hospital de segundo nivel. Se recogieron enfermedades presentes tanto al diagnóstico como en el seguimiento de todos los pacientes inmigrantes mayores de 18 años procedentes de zonas tropicales de África y América Latina con diagnóstico de infección por VIH atendidos desde 1998 hasta 2018. Se comparan los datos por continente.

## Resultados

Se incluyeron 196 pacientes, 64,7% hombres, con 35 años (DS 10) de edad. El 54,1% procedentes de África y 45% de Latinoamérica. El factor de riesgo fueron las relaciones heterosexuales 73,2% y homosexuales 26,8%. Al diagnóstico la mediana de CV fue 4,6 log<sub>10</sub> copias (4,11-5,46) y 292 CD4+/ml (131,8-528,3); con 60,8 (9,9-94,5) meses de seguimiento.

El 18,4% presentaron HTA, (africanos 25,5% vs latinoamericanos 10%, p: 0,06), obesidad 14,8%, tabaquismo 21,4%, consumo de alcohol 14,8%; drogas parenterales y no parenterales 3,1% y 4,6% respectivamente, diabetes 5,6%; y ERC 5,1%.

El 43,9% presentaron enfermedades tropicales, (africanos 62,3% vs latinoamericanos 22,2%; p: 0,00). La malaria fue la más frecuente 18,7%, (africanos 34,9% vs latinoamericanos 0%; p: 0,00); seguida de tuberculosis (latente 12,2%, pulmonar 6,1%, extrapulmonar 5,1%; miliar 0,5%); parasitosis intestinal 7,1%, esquistosomiasis y oncocercosis 3,6%; y desnutrición 3,1%.

Los pacientes africanos en su mayoría fueron hombres heterosexuales 93,3%, con mayor frecuencia de SIDA 27,6%.

La tuberculosis fue la enfermedad definitiva de SIDA más frecuente 8,5%; predominando en africanos tanto la forma activa 14,6% vs latinoamericanos 1,3%, (p: 0,02); como la latente 33% vs 10,4%, (p<0,01).

Los latinoamericanos debutaron con más ITS 15% que los africanos 6,25%, (p: 0,056) y mayor frecuencia de sífilis 33,3% que los africanos 15,1%; (p: 0,04).

La presencia de enfermedades tropicales no influyó significativamente en la supresión viral durante el seguimiento.

## Conclusiones

Casi la mitad de los pacientes inmigrantes con infección VIH presentaron alguna patología tropical.

La malaria y la tuberculosis son las más frecuentes sobre todo en africanos, por lo que es relevante incidir en su prevención.

## Financiación

Ninguna

## RES0133 Filariosis humanas importadas. Una serie de 42 casos

Cristina Carranza Rodríguez<sup>1</sup>, Elisa Alvarez Artero<sup>2</sup>, Michele Hernandez Cabrera<sup>1</sup>, Nieves Jaén Sánchez<sup>1</sup>, Laura Suarez Hormiga<sup>1</sup>, Jose Luis Perez Arellano<sup>1</sup>

- 1 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Universidad de Las Palmas Gc Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical
- 2 Hospital Río Carrión Unidad de Medicina Interna

## Introducción

Las filariosis son un grupo de enfermedades tropicales parasitarias causadas por distintas especies de nematodos. La vía de transmisión a humanos es mediante la picadura de insectos (moscas y/o mosquitos). En concreto, el continente africano es afectado por las principales especies que son: *Wuchereria bancrofti*, *Onchocerca volvulus*, *Loa loa* y *Mansonella* spp. En las últimas décadas y debido principalmente a la inmigración procedente de áreas tropicales endémicas se ha producido un aumento del diagnóstico de parasitosis.

## Objetivos

Descripción de los casos diagnosticados de filariosis en inmigrantes procedentes de África subsahariana en la Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas del Hospital Insular de Gran Canaria durante los últimos 17 años (2000-2017).

## Materiales y Métodos

El diagnóstico parasitológico se realizó utilizando diferentes técnicas directas: i) visualización directa de microfilarias en extensiones finas mediante la técnica de Knott, ii) test de inmunocromatografía rápida para la detección de antígeno cir-

culante frente a *Wuchereria bancrofti* (Binax NOW® Filariasis) y iii) detección de material genético frente a *Loa loa* mediante PCR.

## Resultados

En el periodo señalado se diagnosticaron 42 pacientes subsaharianos infectados por filariosis. La edad media fue de 29,5 años (14-79 años) y la relación varones/mujeres era de 28/14. Las especies detectadas fueron: 25 casos por *Mansonella pers-tans*, 7 *Loa loa*, 2 *Wuchereria bancrofti*, 1 *Onchocerca volvulus* y 7 casos coinfectados por varias especies de filarias (6 *M.pers-tans/L.loa* y 1 *M.pers-tans/L.loa/W.bancrofti*). El 50% de pacientes además estaban parasitados por otro helminto. Casi todos presentaban eosinofilia (90,4%) con valor medio de eosinófilos de 1.156/ $\mu$ l, siendo este el único dato de sospecha en el 45% de los pacientes pues en el momento del diagnóstico estaban asintomáticos, el resto presentaron clínica leve fundamentalmente prurito, lesiones cutáneas y afectación ocular. El tratamiento utilizado fue mebendazol o doxiciclina en los casos de mansone-llosis e ivermectina, albendazol o dietilcarbamacina en el resto de las especies.

## Conclusiones

En un inmigrante subsahariano con eosinofilia y/o datos clínicos compatibles es importante realizar un despistaje de filariosis, independientemente de la presencia de otra helmintosis. El tratamiento adecuado puede evitar lesiones cardíacas asociadas a la eosinofilia relacionada.

## Financiación

No hay financiación

## RES0134 Virosis tropicales importadas en el hospital insular de las palmas, 2013-2018

Miriam Del Pino Guerra Suarez<sup>1</sup>, Michele Hernandez Cabrera<sup>2</sup>, Araceli Hernandez Betancor<sup>3</sup>, Cristina Carranza Rodriguez<sup>2</sup>, Antonio Manuel Martin Sanchez<sup>4</sup>

- 1 Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Microbiología
- 2 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Universidad de Las Palmas Gc Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical
- 3 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil Unidad de Microbiología
- 4 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Universidad de Las Palmas Gc Microbiología

## Introducción

Las virosis tropicales son infecciones propias de climas tropicales y subtropicales, pero que están convirtiéndose en una emergencia en países no endémicos.

## Objetivos

El objetivo principal de este estudio es describir las características de los pacientes con virosis tropicales diagnosticados en el hospital insular de gran canaria en el periodo comprendido entre octubre 2013 a diciembre 2018

## Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos diagnosticados de virosis tropicales. Se analizaron los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de las diferentes virosis

## Resultados

Se estudiaron 43 pacientes, de los cuales 33 presentaron un diagnóstico de Dengue, 5 de Zika y 5 de Chikungunya. De los 43 casos, 35 presentaron infección aguda y 8 infección pasada. Se vio una tendencia creciente en el diagnóstico de estas, apareciendo el primer caso de Zika en el HUIGC en 2016. De los casos estudiados, el rango mujer: hombre es 1,3:1. El rango de edad de los pacientes fue de 19 a 71 años, con mayor número de pacientes de 30 a 49 años. El 57,1% de los pacientes eran extranjeros, mientras que el 42,9% eran españoles. Estos pacientes se dividieron en dos grupos: viajeros (60,0%) y *Visiting Friends and Relatives* (VFR) (40,0%). En los casos con infección aguda, la región más visitada fue Latinoamérica, 60% del total, destacando los países de Cuba y Colombia. En los pacientes con diagnóstico de virosis pasada, se estudió el país de origen ya que la mayoría eran VFR. Entre ellos, la mitad era de Cuba. Los datos sobre las medidas profilácticas no se recogieron en la historia clínica de la mayor parte de los pacientes. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, exantema maculopapular y artralgias/mialgias. Presentaron complicaciones 8 pacientes con diagnóstico de Dengue.

## Conclusiones

Los diagnósticos de virosis tropicales en Gran Canaria ha sufrido un aumento en los últimos años. Actualmente, hay varias alarmas de Salud Pública en varios puntos del mundo causadas por virus tropicales por lo que es posible que aparezcan nuevas virosis importadas en nuestro medio.

## Financiación

No procede financiación.

## RES0141 Tamizaje de la infección por virus linfotrópico humano de células T (HTLV) en mujeres embarazadas en la Amazonia Peruana

Sonia Ortiz Martínez<sup>1</sup>, María Esteyner Vásquez Chasnamote<sup>2</sup>, Olga Nohelia Gamboa Paredes<sup>3</sup>, Viviana Vanessa Pinedo Cancino<sup>4</sup>, Roxana del Pilar Pezo Flores<sup>5</sup>, Jorge Parraguez de la Cruz<sup>6</sup>, Jhonatan J. Alarcón Baldeón<sup>6</sup>, Patricia Schillyk Guerra<sup>6</sup>, Jorge Bardales Vásquez<sup>6</sup>, Grace Pérez Bardales<sup>3</sup>, Ariana Hernández Vargas<sup>3</sup>, Trisia Zumaeta Silva<sup>3</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>7</sup>, Miguel Górgolas Hernández-Mora<sup>8</sup>, Martín Casapía Morales<sup>9</sup>, José Manuel Ramos Rincón<sup>10</sup>

- 1 Servicio Salud Castellano Manchego (SESCAM) Consultorio El Balletero (Centro de Salud El Bonillo)
- 2 Centro de Investigación de Recursos Naturales de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Laboratorio de Productos Naturales
- 3 Asociación Civil Selva Amazónica Investigación de Campo
- 4 Centro de Investigación de Recursos Naturales de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Laboratorio de Biología Molecular e Inmunología
- 5 Asociación Civil Selva Amazónica Administración General
- 6 Asociación Civil Selva Amazónica Laboratorio
- 7 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Unidad de Enfermedades Infecciosas
- 8 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Medicina Interna
- 9 Asociación Civil Selva Amazónica Dirección
- 10 Universidad Miguel Hernández de Elche Departamento de Medicina Clínica

## Introducción

El virus linfotrópico humano de células T (HTLV) fue el primer retrovirus humano identificado. La infección por HTLV es endémica en Centro y Sudamérica.

## Objetivos

Conocer la seroprevalencia de infección por HTLV y *Strongyloides* en mujeres gestantes en la Amazonia Peruana

## Materiales y Métodos

Estudio prospectivo transversal. Mujeres embarazadas atendidas en Centros de Salud de la Ciudad de Iquitos, Perú, en el periodo mayo y junio 2019. Se buscó la presencia de anticuerpos frente al HTLV mediante ELISA (Wiener. Lab<sup>®</sup> HTLVI+II ELISA recombinante v.4.0, Rosario, Argentina). Se practicó cultivo de las heces en carbón y prueba de Baermann y serología de *Strongyloides* (IVD-ELISA Strongyloides, DRG Instruments GmbH, Marburg, Germany) a las gestantes con infección por HTLV.

## Resultados

Se estudiaron a 300 mujeres embarazadas con una edad media de 26 años (Desviación estándar [DE]: 6,4 años). Se diagnosticaron 5 pacientes (prevalencia 1,2%: intervalo de confianza (IC) del 95%; 0,7-3,8). Las mujeres embarazadas con infección por HTLV eran discretamente más jóvenes (edad media: 22,6 [DE: 22,6] vs 26,8 [DE: 6,3]; p=0,128). Ninguna de las cinco mujeres había sido transfundida. La serología de *Strongyloides* fue positiva en 2 de los 5 gestantes (40%). Si bien se practicó un estudio parasitológico en heces para detectar la presencia de larvas de *Strongyloides* y fue negativo en todas ellas. Todas las infectadas estaban asintomáticas.

## Conclusiones

La prevalencia de HTLV en la cuenca amazónica es inferior comparado a otros estudios realizados en otras áreas geográficas del Perú (altiplano y Lima) (aprox. 3%).

## Financiación

Programa de Cooperación Universitaria al Desarrollo 2017 de la Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

### RES0145 *Schistosoma mansoni* en paciente con quiluria y eosinofilia: detección molecular y seguimiento del tratamiento por LAMP

Beatriz Crego Vicente<sup>1</sup>, Pedro Fernández Soto<sup>1</sup>, Marco Antonio Sempere<sup>2</sup>, José Manuel Fernández Montero<sup>3</sup>, Luis Hidalgo<sup>4</sup>, Begoña Febrer Sendra<sup>1</sup>, Juan García-Bernalt Diego<sup>1</sup>, José María Saugar<sup>5</sup>, Julio López Abán<sup>1</sup>, Belén Vicente Santiago<sup>1</sup>, Antonio Muro Álvarez<sup>1</sup>

- 1 Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca (IBSAL-CIETUS), Facultad de Farmacia Grupo de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (e-INTRO)
- 2 HC Internacional Hospital, Marbella. Hospital Punta de Europa, Algeciras. Laboratorio de Microbiología
- 3 HC Internacional Hospital, Marbella Unidad de Urología
- 4 HC Internacional Hospital, Marbella Unidad Medicina Interna
- 5 Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda, Madrid Laboratorio de Referencia e Investigación en Parasitología

## Introducción

Varón español, 16 años, residente en Marbella, asintomático en consulta con quiluria evidente. Describe viaje a Puerto Rico alojado en hotel, con excursión en día lluvioso a isla boscosa. Intervención pasada de varicocele y animales en domicilio.

## Objetivos

Un primer análisis muestra eosinofilia (1090/mm<sup>3</sup>). La quiluria y eosinofilia hacen sospechar de filariasis, descartada tras PCR y ELISA negativas para filarias. PCR y serología para *Strongyloides* spp. negativas. Serología para *Toxocara*, VIH, VHS-1, VHS-2 y *Borrelia* negativas. Serología positiva para *Schistosoma* spp (índice 2.05). LAMP para *S. mansoni* en heces y orina positivo. Un mes previo al tratamiento desaparece quiluria. Linfografía sin alteraciones que sugieran otras causas. Se administra dosis única de Praziquantel (3.200 mg) según OMS (40 mg/Kg).

Un mes post-tratamiento mantiene eosinofilia (1700/mm<sup>3</sup>) y LAMP positivo en heces y orina. Cuatro meses después del primer tratamiento mantiene eosinofilia (1030/mm<sup>3</sup>) y se administra nuevamente Praziquantel (3.300 mg). Dos meses después se toman muestras de heces, orina y suero para LAMP y serología.

## Materiales y Métodos

La linfografía se realiza en La Clínica Universidad de Navarra; microscopía de frotis, gota gruesa, Knott y serología convencional en laboratorio HC Hospital; PCRs y serologías específicas (*Shistosoma*, *Toxocara*, *Strongiloides*, filarias) en Laboratorio de Referencia del Centro Nacional de Microbiología del ISCIII; el LAMP para *S. mansoni* (convencional y tiempo real) en el CIETUS.

## Resultados

El LAMP positivo en muestras de heces y orina indicó infección por *S. mansoni*, manteniéndole tras el primer tratamiento. El LAMP resultó positivo en heces, orina y suero incluso tras el segundo tratamiento, indicando un posible caso refractario al Praziquantel, como también lo sugiere el incremento del índice serológico (4.59) y la persistente eosinofilia a los 2 meses (970/mm<sup>3</sup>) y 4 meses (700/mm<sup>3</sup>) post segundo tratamiento.

## Conclusiones

El método LAMP para la detección de *S. mansoni* en muestras de heces, orina y suero ha resultado útil en el diagnóstico y en el seguimiento de la efectividad del tratamiento con Praziquantel.

## Financiación

ISCIII-RICET RD16/0027/0018; PI16/01784. Cofinanciación con fondos FEDER "Una manera de hacer Europa". Ayuda personal técnico de apoyo a la investigación. Sistema Nacional de Garantía Juvenil. Cofinanciación con Fondo Social Europeo, Iniciativa de Empleo Juvenil. BDNS: 376072.

### RES0148 Análisis de los casos y valoración de la demora diagnóstica en los casos de malaria importada (2014-2018)

Harkaitz Azkune Galparsoro<sup>1</sup>, Mikel Duran Sukia<sup>2</sup>, Xabier Kortajarena Urkola<sup>3</sup>, Ignacio Alvarez Rodriguez<sup>3</sup>, Miriam Alkorta Gurrutxaga<sup>4</sup>, Jose Antonio Iribarren Loyarte<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Jose Aramburu Bengoechea<sup>5</sup>, Francisco Rodriguez-Arrondo<sup>3</sup>, M. Angel von Wichmann De Miguel<sup>3</sup>, Xabier Camino Ortiz de Barron<sup>3</sup>, M. Angel Goenaga Sanchez<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Jesus Bustinduy Odriozola<sup>3</sup>, Maialen Ibarburen Pinilla<sup>3</sup>

- 1 Hospital Universitario Donostia / UPV-EHU Enfermedades Infecciosas
- 2 UPV-EHU

- 3 Hospital Universitario Donostia Enfermedades Infecciosas
- 4 Hospital Universitario Donostia Microbiología
- 5 Hospital Universitario Donostia

## Introducción

La Malaria es una patología de obligado estudio en toda persona que vuelva del trópico con fiebre. Aunque sea una enfermedad potencialmente mortal y de rápida evolución muchas veces no la tenemos tan presente como se debería.

## Objetivos

Analizar los casos de malaria atendidos en los últimos 5 años en nuestro hospital calculando la proporción de casos que han sido atendidos previamente por sanitarios y no se ha valorado esa posibilidad diagnóstica. Demora diagnóstica secundaria y evolución clínica de los mismos.

## Materiales y Métodos

Identificación y revisión retrospectiva de historias clínicas y evolutivos electrónicos de primaria/urgencias de los casos de malaria atendidos en nuestro centro (2014-2018). Descripción de características clínico-epidemiológicas, métodos diagnósticos, especie, grado parasitación, tratamientos, cálculo de demora diagnóstica en los casos de valoración sanitaria "inadecuada" y evolución médica de las mismas.

## Resultados

Analizados: 56 episodios (11/15/13/5/12 casos en 2014/2015/2016/2017/2018).

57'1% hombres, mediana de edad 37 años (rango 14-72).

Tipo paciente: VFR 64'28%, viajeros 19'64%, inmigrantes 10'71%, otros 5'35%.

Destino: África 92'86%, Asia/Oceanía 7'14%.

Motivo consulta: fiebre 92'86%, otros 7'14% (MEG)

Consejo previo 16'07%, quimioprofilaxis 55'55% (completo 1).

Especies: *Pfalciparum* 89'28%, *Pvivax* 7'14%, *P. ovale* 3'58%.

Parasitación: mediana 0'99% (rango 0-5'3%), 14'29% (>2'5%)

Método diagnóstico: 83'93% gota gruesa/Ag y PCR (+)

Valorados previamente por sanitarios sin descartar la posibilidad de malaria: 20 (35'71%), media de demora diagnóstica 3'45 días (rango 0-11) e ingreso 4'65 días (rango 1-20).

Correctamente evaluados: media demora diagnóstica 0'14 días (rango 0-4) e ingreso 3'78 días (rango 1-9).

Tratamientos: artesunato intravenoso en 9 casos (16'07%). Derivados orales de artemisina; 25%, proguanil/atuovaquona; 50%, otras pautas; 8'93%. Precisarón asociación de primaquina: 10'71%

Exitus: 1.

## Conclusiones

En nuestra cohorte, el porcentaje de casos enfocados erróneamente en la primera valoración es muy alto, 35'7%, a pesar del perfil de los pacientes (VFR 64'2%, origen/destino África 92'8%, motivo de consulta la fiebre 92'86%, *Pfalciparum* 89'28%).

La demora diagnóstica media en esos casos fue de 3'45 días frente a 0'14 días en los correctamente enfocados. Afortunadamente sin diferencias significativas en la evolución clínica.

Sólo el 16% habían pedido consejo previo y solo uno realizó correctamente la quimioprofilaxis.

Tanto el diagnóstico como la prevención son áreas a mejorar

## Financiación

No

## RES0149 SMART-LAMP: un nuevo dispositivo portátil para el diagnóstico molecular point-of-care

Pedro Fernández Soto<sup>1</sup>, Juan García-Bernalt Diego<sup>1</sup>, Daniel Santos Santos<sup>2</sup>, Beatriz Crego Vicente<sup>1</sup>, Begoña Febrer Sendra<sup>1</sup>, Belén Vicente Santiago<sup>1</sup>, Julio López Abán<sup>1</sup>, Juan Manuel Corchado<sup>2</sup>, Antonio Muro Álvarez<sup>1</sup>

- 1 Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca (IBSAL-CIETUS), Facultad de Farmacia Grupo de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (e-INTRO)
- 2 Universidad de Salamanca Grupo de Investigación en Bioinformática, Sistemas Informáticos Inteligentes y Tecnología Educativa (BISITE)

## Introducción

Las técnicas de diagnóstico molecular para enfermedades infecciosas se desarrollan exponencialmente. Algunas limitaciones de su aplicación en regiones endémicas siguen siendo la utilización de reacciones complejas en equipos caros, sofisticados y de requerimientos técnicos especializados. Actualmente, la tecnología LAMP puede ser una solución.

## Objetivos

Nuestro grupo ha desarrollado métodos LAMP para el diagnóstico de diferentes NTD aplicados con éxito en condiciones de campo de zonas endémicas y ha establecido protocolos de estabilización de reacciones LAMP para su almacenamiento en formato kit *ready-to-use*. El objetivo de este trabajo es la fabricación de un dispositivo portátil capaz de realizar reacciones tipo LAMP con mezclas estabilizadas y monitorizar y gestionar el resultado a tiempo real mediante una aplicación de telefonía móvil.



## Materiales y Métodos

Se diseñó, desarrolló y fabricó un dispositivo económico, portátil y autónomo para realizar LAMP con lectura de amplificación de ADN con lectores RGB y un registro, visualización y gestión a tiempo real en un smartphone mediante una App para sistemas iOS y Android. El funcionamiento se validó con mezclas LAMP estabilizadas a distintos tiempos con trehalosa como crioprotector en presencia de verde de malaquita para la detección colorimétrica de la amplificación de ADN de *Schistosoma mansoni*.

## Resultados

El dispositivo permitió la realización del LAMP y la detección colorimétrica por RGB de la amplificación de ADN de *S. mansoni* a tiempo real en muestras estabilizadas. La autonomía de funcionamiento con baterías resultó muy superior a la de otros dispositivos comerciales de mayores dimensiones, peso, y que utilizan para la determinación reactivos fluorescentes económicamente más costosos.

## Conclusiones

Nuestro dispositivo, denominado "SMART-LAMP" (Sistema Múltiple de Análisis Remoto de Enfermedades Tropicales mediante LAMP), junto con el uso de mezclas LAMP estabilizadas en formato kit ha demostrado su utilidad como sistema de diagnóstico *point-of-care* potencialmente adaptable a cualquier NTD en condiciones de campo de zona endémica de enfermedad.

## Financiación

RICET RD16/0027/0018 y PI16/01784. Subvencionados por el ISCIII. Cofinanciación con fondos FEDER "Una manera de hacer Europa". Contrato pre-doctoral cofinanciado por Universidad de Salamanca y Banco Santander. Ayuda a personal técnico de apoyo a la investigación. Sistema Nacional de Garantía Juvenil. Cofinanciación con Fondo Social Europeo, Iniciativa de Empleo Juvenil. BDNS: 376072.

## RES0151 Aplicación del dispositivo SMART-LAMP para el diagnóstico *point-of-care* en campo: prueba piloto en Cayapas, Ecuador

Juan García-Bernalt Diego<sup>1</sup>, Pedro Fernández Soto<sup>1</sup>, Ángela Romero Alegría<sup>2</sup>, José Ángel Martín Oterino<sup>2</sup>, Ana Isabel Gómez Mingo<sup>3</sup>, Beatriz Crego Vicente<sup>1</sup>, Begoña Febrer Sendra<sup>1</sup>, Belén Vicente Santiago<sup>1</sup>, Julio López Abán<sup>1</sup>, Moncef Belhassen García<sup>2</sup>, Antonio Muro Álvarez<sup>1</sup>

- 1 Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca (IBSAL-CIETUS), Facultad de Farmacia Grupo de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (e-INTRO)

- 2 Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca (IBSAL-CIETUS), Hospital clínico Universitario de Salamanca Unidad de Medicina Interna
- 3 ONG Amigos del Cayapas Grupo de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (e-INTRO)

## Introducción

Las técnicas moleculares tienen aún tres obstáculos para llegar del laboratorio al campo: la extracción del material genético de las muestras, la preparación y transporte de las mezclas de reacción y el equipo tecnológico para realizarlas.

## Objetivos

Existe una alta prevalencia de infección por el parásito hepático *Amphimerus* sp. en comunidades Chachi en Río Cayapas (Esmeraldas, Ecuador). Nuestro grupo desarrolló un LAMP útil en la detección molecular de *Amphimerus* sp. en muestras de heces de población indígena (LAMPhimerus). Este estudio utiliza, por primera vez en zona endémica de amphimeriosis, el dispositivo SMART-LAMP para el análisis de muestras de orina utilizando mezclas de reacción estabilizadas en formato kit ready-to-use.

## Materiales y Métodos

Se estabilizaron en el laboratorio mezclas de LAMPhimerus con trehalosa y verde de malaquita para la lectura colorimétrica de resultados en SMART-LAMP. Las mezclas se mantuvieron a temperatura ambiente (preparación, transporte y uso en campo). Se recogieron 30 muestras de orina y analizaron en el SMART-LAMP sin extracción de ADN. Además, muestras de sangre y heces se fijaron en papel y se transportaron al CIETUS (España) para realización de LAMP con extracción de ADN para comparar resultados.

## Resultados

Utilizando el SMART-LAMP en campo, 18/30 muestras de orina (60%) resultaron positivas. En el laboratorio, 16/30 muestras de sangre y/o heces (53,3%) resultaron positivas mediante LAMP convencional. La coincidencia de resultados fue del 71,4%, llegando al 90,9% en las primeras muestras analizadas.

## Conclusiones

Nuestro dispositivo SMART-LAMP ha sido utilizado por primera vez en condiciones de campo utilizando mezclas de reacción en formato kit para un diagnóstico *point-of-care*. La monitorización y gestión de resultados se realizó con éxito mediante la App para smartphone. El uso del SMART-LAMP con mezclas estabilizadas y muestras sin extracción de ADN es un sistema potencialmente útil en el diagnóstico de enfermedades infecciosas a pie de paciente, incluyendo NTDs para las que nuestro grupo ha desarrollado diferentes métodos LAMP.

## Financiación

RICET RD16/0027/0018 y PI16/01784. Subvencionados por el ISCIII. Cofinanciación con fondos FEDER "Una manera de hacer

Europa". ONG Amigos del Cayapas. Contrato predoctoral cofinanciado por Universidad de Salamanca y Banco Santander. Ayuda personal técnico de apoyo a la investigación. BDNS: 376072.

## RES0152 Detección de *Entamoeba histolytica* y *Entamoeba dispar* en niños asintomáticos y sintomáticos de Zambesia, Mozambique

Aly Salimo Muadica<sup>1</sup>, Pamela C. Köster<sup>1</sup>, Marta Hernández de Mingo<sup>1</sup>, Begoña Bailo<sup>1</sup>, Silvia Paulos<sup>2</sup>, David Carmena<sup>1</sup>, Isabel Fuentes<sup>1</sup>

1 Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Microbiología Laboratorio de Referencia e Investigación en Parasitología/ Unidad de Toxoplasmosis y protozoos intestinales

2 Hospital Universitario Quirón Madrid Grupo Synlab, Servicio de Microbiología

### Introducción

La amebiasis, originada por el protozoo *Entamoeba histolytica*, es considerada la tercera causa de mortalidad humana por parásitos después de la malaria y la esquistosomiasis.

El complejo *Entamoeba* incluye la especie patógena *E. histolytica* y otras no patógenas como *Entamoeba dispar* morfológicamente idénticas. El examen microscópico es el método más utilizado para el diagnóstico, destacando la falta de especificidad ya que debe ser confirmado con técnicas moleculares para el diagnóstico diferencial con las otras especies.

La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados sobre la amebiasis en los países endémicos se han basado en el diagnóstico por microscopía, arrojando resultados confusos y prevalencias no reales que deben ser analizadas.

### Objetivos

Determinar la prevalencia de *E. histolytica* y *E. dispar* en niños asintomáticos y sintomáticos de la provincial de Zambesia, Mozambique.

### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico transversal analizando muestras de heces de población infantil (3-14 años) de niños asintomáticos de 16 escuelas ( $n=684$ ) y sintomáticos (síntomas gastrointestinales) de seis centros médicos ( $n=290$ ) de la provincia de Zambesia recogidas entre octubre 2017- enero 2018. Tras la extracción y purificación del ADN de las muestras se realizó una multiplex PCR a tiempo real (fragmento SSU rRNA, sondas TaqMan) para la detección de *E. histolytica* y *E. dispar*.

### Resultados

No se identificó ningún caso de amebiasis, ya que no se detectó *E. histolytica* en las muestras de los niños asintomáticos ni en

los casos sintomáticos. No obstante se observó una prevalencia global de *E. dispar* del 7.2% (70/974), siendo del 9.4% (64/684) en la población asintomática y del 2.1% (6/290) en los casos que presentaron síntomas intestinales.

### Conclusiones

El diagnóstico molecular permitió determinar la ausencia de *Entamoeba histolytica* y una alta prevalencia de *Entamoeba dispar* en la población infantil analizada, tanto asintomática como sintomática, en Zambesia. Nuestros resultados indican que la prevalencia real de la amebiasis en Mozambique es posiblemente menor que la reportada en estudios previos basados en la microscopía y resalta la necesidad de realizar futuros estudios con técnicas moleculares para conseguir el diagnóstico y tratamiento correcto y conocer la epidemiología actual de la amebiasis en esta región geográfica.

### Financiación

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Proyecto PI16CIII / 00024 y Red RICET Proyecto RD16CIII/0003/0004

## RES0153 Estudio retrospectivo de prevalencia de comorbilidades en individuos con infección por *Trypanosoma cruzi* en fase crónica

Nathalie Amador Abedrabbo<sup>1</sup>, Adrian Sánchez Montalvá<sup>2</sup>, Fernando Salvador<sup>2</sup>, Pau Bosch<sup>2</sup>, Elena Sulleir<sup>2</sup>, Juan Espinosa Pereiro<sup>2</sup>, Augusto Sao Avilés<sup>3</sup>, Israel Molina<sup>2</sup>

1 Hospital Universitario Vall d'Hebron. PROSICS. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España. Departamento de Enfermedades Infecciosas

2 Hospital Universitario Vall d'Hebron. PROSICS. Barcelona. España. Departamento de Enfermedades Infecciosas

3 Hospital Universitario Vall d'Hebron. CEMCAT. Barcelona. España. Departamento de Cardiología

### Introducción

La enfermedad de Chagas, endémica del continente americano y causada por el *Trypanosoma cruzi*, se ha extendido a varios países por motivos migratorios. Tiene dos fases, aguda y crónica. En fase crónica, se cree que puede ocasionar un estado inflamatorio crónico, aumentando el riesgo de padecer comorbilidades asociadas a la edad.

### Objetivos

El objetivo es relacionar la presencia de la enfermedad de Chagas en fase crónica, con la presencia de comorbilidades asociadas a la edad.

## Materiales y Métodos

Se seleccionó pacientes que se realizaron un cribado de enfermedad de Chagas entre los años 2012 y 2015 en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Mediante la indagación de historias clínicas se recuperaron datos necesarios para este estudio. Por cada paciente con diagnóstico de enfermedad de Chagas, se seleccionó un control ajustado por sexo y edad.

## Resultados

Se incluyeron 291 pacientes con diagnóstico EC y 291 con estudio serológico negativo (SN). La media de edad para EC fue de 36 años (IQR 15-80) y de SN, 41 años (IQR 17-79). Todos inmigrantes, siendo la mayoría originarios de Bolivia (74.57%) y el resto de otros países en Latinoamérica. Los pacientes con EC presentaban valores más elevados de alanina aminotransferasa ( $p<0.0017$ ), con una mediana de 21 UI/L (IQR 16-35), aspartato aminotransferasa ( $p<0.0018$ ), con una mediana de 22.5 UI/L (IQR 20-28.5), triglicéridos ( $p=0.015$ ) con una mediana de 112 g/dL (IQR 81-179) y colesterol ( $p=0.032$ ), con una mediana de 200 mg/dL (IQR 177-224.8). El grupo EC tenían una mayor prevalencia de comorbilidades asociadas a la edad que el grupo SN, como diabetes ( $p=0.006$ ), hipertensión arterial ( $p=0.004$ ) y dislipemias ( $p=0.000$ ). Se realizó el mismo análisis solo con población boliviana y se encontraron resultados similares. El grupo EC tienen una OR de 2.3 (IC 1.14-4.81) de padecer hipertensión arterial y OR 2.9 (IC 1.83-4.81) de tener trastorno de metabolismo lipídico.

## Conclusiones

Los pacientes con EC en fase crónica tienen una mayor prevalencia de padecer comorbilidades asociadas a la edad, así como alteraciones analíticas relacionadas con el metabolismo lipídico. Estos hallazgos podrían ser consecuencia de un estado de inflamación crónica en estos pacientes, pudiendo tener implicaciones en las indicaciones de tratamiento de la enfermedad.

## Financiación

Propia

## RES0159 Comparación de los viajeros menores y mayores de 15 años atendidos en 2018 en la consulta pre-viaje de Drassanes

José Santos Santiago, **Maria del Carme Altadill Sanchez**, Susana Nuria Ayala Cortés, Eduarne Ruiz Marti, Mateo Cerro Lillo, Ines Oliveira Souto, Raisa Morales Martinez

*Centre de Salut Internacional i Malalties Transmissibles Drassanes/Vall d'Hebron Programa Especial de Malalties Infeccioses Vall d'Hebron-Drassanes. (PROSICS)*

## Introducción

Un mayor conocimiento de los distintos perfiles del viajero ayuda a mejorar la calidad de la atención en la consulta pre-viaje.

## Objetivos

Comparar las características del viaje y la quimioprofilaxis antipalúdica, entre los viajeros menores y mayores de 15 años (punto de corte de niños/adultos en nuestro centro).

## Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los viajeros atendidos en la unidad en 2018.

Variables estudiadas: tipo de viaje, destino, duración, antelación con la que acude a la consulta y quimioprofilaxis antipalúdica.

Análisis estadísticos: variables cuantitativas (Test T) y cualitativas ( $\chi^2$ ). Para todas las comparaciones se estableció un nivel de significación alfa de 0,05.

## Resultados

Población de estudio: N=10.252. Menores 15 años: 1207 (11,7%). Mayores 15 años: 9045 (88,3%)

**Todos los resultados presentados a continuación se refieren a los menores de 15 años en relación con los mayores de 15 años:**

Destino: disminución a África (27% vs 33%) y Asia (34,5% vs 39%). Aumento a América (31% vs 20,5%).

Tipo de viaje: disminución de Turismo (35% vs 69%). Aumento de VFR viajero (originario de país de residencia que visita a un amigo/familiar) (53% vs 3,5%). Disminución de VFR inmigrante (originario del país de destino del viaje) (6,5% vs 8,5%).

Duración: aumento de la media (49 días vs 38 días) y de viajes con duración >30 días (35% vs 18%).

Antelación: disminución de la media (38 días vs 40 días). Aumento de viajes con antelación

Quimioprofilaxis antipalúdica: en África no hay diferencias en cuanto a su necesidad y hay disminución de Atovacuna+Proguanil y aumento de Mefloquina. En América y Asia hay disminución de la necesidad y disminución de Autotratamiento para ambos tipos de viaje.

## Conclusiones

La mayor diferencia entre ambos grupos estudiados viene dada por los VFR viajeros a América que suponen el 22% del total de viajes en <15 años.

La no diferencia en cuanto a la necesidad de quimioprofilaxis para África está en concordancia con la guía de recomendaciones de la SEMSTI.

El aumento de Mefloquina en <15 años es debido a su mayor indicación a los VFRs a África (presunción de mayor comodidad de una pauta semanal).

## Financiación

Ninguna

## RES0160 Conocimientos, experiencias y actitudes de mujeres embarazadas migrantes en España expuestas a infección por Zika

Elena Marbán-Castro, Ana Villén Gonzalvo, Raquel González, Clara Menéndez, María Maixenchs, Azucena Bardají

*Instituto de Salud Global de Barcelona Iniciativa de Salud Materna, Infantil y Reproductiva*

### Introducción

Existen múltiples preguntas sin resolver acerca de la percepción por las poblaciones afectadas por el virus Zika. La investigación cualitativa puede ayudar a entender el nivel de conocimiento, actitudes y percepciones del riesgo sobre los efectos de la epidemia, que permitan diseñar estrategias preventivas.

### Objetivos

Explorar y comprender el nivel de conocimiento, percepciones y actitudes frente a la infección por virus Zika en mujeres que estuvieron expuestas durante la gestación, así como la aceptabilidad de una hipotética vacuna.

### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio cualitativo con un diseño basado en teoría fundamentada y fenomenología. Entre Diciembre de 2018 y Abril de 2019, se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres latinoamericanas expuestas al virus durante el embarazo, residentes actualmente en Cataluña.

### Resultados

Once mujeres fueron entrevistadas. La mayoría de participantes conocía que la principal vía de transmisión del virus era vectorial, sin embargo, desconocían la transmisión sexual. Los síntomas fueron comparados con los del Dengue y el Chikungunya. La mayoría de mujeres conocían el riesgo existente durante el embarazo y utilizaron medidas preventivas frente a los mosquitos. Su principal fuente de conocimiento acerca del virus fueron los medios de comunicación, principalmente internet. Diez de las once mujeres manifestaron sentirse angustiadas, tristes y/o preocupadas por las consecuencias de la enfermedad en sus futuros bebés, durante las pruebas de diagnóstico y tras el diagnóstico (confirmado o probable de infección), pero ninguna reportó haber pensado en la interrupción voluntaria del embarazo. El apoyo de la pareja y la familia fue referido como determinante para abordar su estado emocional. La mayoría de mujeres mostraron aceptabilidad y voluntad de vacunarse, de existir una vacuna en el futuro, pero los resultados son heterogéneos en cuanto al mejor momento de su administración.

### Conclusiones

El conocimiento general acerca del virus Zika es limitado. Se necesitan intervenciones de educación sanitaria, incluyendo información en internet. Se recomienda un acompañamiento psicológico y/o social adecuado durante y posteriormente al diagnóstico. En caso de existir una vacuna disponible, las mujeres estarían dispuestas a vacunarse, siempre y cuando fuera segura para sus hijos y, no afectase la lactancia.

## Financiación

FIS ISCIII y Beca de doctorado Obra Social la Caixa

## RES0162 Consulta de previaje en viajeros Visiting Friends and Relatives de larga duración atendidos en 2018 en Drassanes

José Santos Santiago, Maria del Carme Altadill Sanchez, Susana Nuria Ayala Cortés, Edurne Ruiz Marti, Mateo Cerro Lillo, Ines Oliveira Souto, Raisa Morales Martinez

*Centre de Salut Internacional i Malalties Transmissibles Drassanes/Vall d'Hebron Programa Especial de Malalties Infeccioses Vall d'Hebron-Drassanes. (PROSICS)*

### Introducción

La asistencia previaje es gratuita para menores de 15 años en las unidades de Salud Internacional del Institut Català de la Salut. Los viajes de larga duración (> 30 días) se consideran de riesgo. En la práctica diaria hemos observado una baja asistencia a consulta en adultos (>15 años) en el colectivo de viajeros Visiting Friends and Relatives (VFRs).

### Objetivos

- Describir las características de los viajes de VFRs < 15 años y duración > 30 días, visitados en Drassanes en 2018.
- Conocer la proporción de progenitores que realizan consulta pre-viaje para dichos viajes.

### Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo.

VARIABLES ESTUDIADAS: tipo de viaje, destino, duración y antelación con la que acude a la consulta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS: prueba de  $\chi^2$ . Para todas las comparaciones se estableció un nivel de significación alfa de 0,05.

### Resultados

Población de estudio: 360 (3,5% del total de viajeros atendidos en 2018).

Tipo de viaje: VFR viajero (originario de país de residencia que visita a un amigo/familiar) (87%), VFR inmigrante (originario del país de destino del viaje) (13%).

Destino del viaje: África (23%), América (31%), Asia (44%). No hay diferencias en los tipos de VFRs entre las tres áreas geográficas.

Duración: media de 78 días. Un 14% > 90 días. Antelación: media de 27 días. Un 14% con antelación <7 días.

No hay diferencias entre los tipos de VFRs ni en la duración ni en la antelación.

El 31% de progenitores realiza visita previaje. No hay diferencia entre VFR inmigrante (21,5%) y VFR viajero (32%). Hay diferencias entre las áreas geográficas: a África un 62%, a América un 41%, a Asia un 11%.

## Conclusiones

Gran predominio de VFR viajeros (87%). No hay diferencias entre los VFR inmigrantes y viajeros en relación a destino, duración y antelación.

Las diferencias entre las áreas geográficas en la realización de la visita previaje por parte de los progenitores, están estrechamente relacionadas con la necesidad de la vacuna de fiebre amarilla y/o quimioprofilaxis antipalúdica.

Los viajes de larga duración pueden tener diferentes riesgos: conocer las causas que limitan el acceso a la consulta previaje es relevante de cara a adaptar los servicios al usuario.

## Financiación

Ninguna

## RES0168 Relevancia de la detección de Chagas y hepatitis viral en migrantes bolivianos

Irene Losada Galván<sup>1</sup>, Giuseppe Gariup<sup>2</sup>, Aina Casellas<sup>3</sup>, Carme Subirà<sup>1</sup>, Alex Almuedo-Riera<sup>1</sup>, Daniel Camprubí<sup>1</sup>, Natalia Rodríguez-Valero<sup>1</sup>, Joaquim Gascón<sup>1</sup>, María Jesús Pinazo<sup>1</sup>

- 1 ISGlobal, Hospital Clínic, Barcelona, Spain Salud Internacional
- 2 Hospital Clinic, Barcelona, Spain Medicina Interna
- 3 ISGlobal, Barcelona, Spain Unidad de Bioestadística y Gestión de Datos

## Introducción

Con frecuencia nos enfrentamos a la necesidad de dirigir los esfuerzos de detección en los migrantes, donde tenemos que proteger la salud de los pacientes, pero también la sostenibilidad del sistema. Por lo tanto, debemos evitar una política de "talla única" para tratar de delimitar las necesidades de detección de cada población específica.

## Objetivos

Dada la escasez de datos sobre la prevalencia de diversas enfermedades infecciosas en los países latinoamericanos, nuestro estudio tiene como objetivo evaluar la carga de T.cruzi, S.stercoralis, VIH y hepatitis viral en los migrantes latinoamericanos, con énfasis en los migrantes bolivianos.

## Materiales y Métodos

Realizamos un estudio observacional retrospectivo de 565 evaluaciones de cribado en adultos ( $\geq 18$  años) realizadas en nuestro servicio de referencia de Salud Internacional en Barcelona. Revisamos los registros clínicos estructurados y los resultados microbiológicos de los pacientes atendidos entre febrero de 2012 y abril de 2015.

## Resultados

La mediana de 35 años y el 74% eran mujeres. El origen boliviano representó el 87% de la población examinada. Encontramos un 48% de prevalencia de T.cruzi, 16% de S.stercoralis, 0.2% de VIH, 92% de VHA, 0.2% de VHB y 0.2% de VHC.

## Conclusiones

Los resultados de esta investigación respaldan el cribado universal de la enfermedad de Chagas y Strongyloides en migrantes bolivianos, pero cuestionan la necesidad de un cribado universal de la hepatitis viral en ausencia de factores de riesgo específicos (distintos del origen geográfico).

## Financiación

El equipo cuenta con el apoyo de la Agencia de Gestión de los Estudios Universitarios y de Investigación (AGAUR) (2016SGR924) y de la Red de Investigación Cooperativa de Enfermedades Tropicales (RICET) (RD16 / 0027/0004). ISGlobal es miembro del Programa de Centros de Investigación de Cataluña (CERCA), Gobierno de Cataluña (España).

## RES0170 Amebiasis en el departamento de salud de Orihuela: ¿una enfermedad importada?

Pedro Guevara Hernández<sup>1</sup>, María Navarro Cots<sup>2</sup>, Alicia Pérez Bernabeu<sup>1</sup>, Belén Martínez López<sup>1</sup>, Cristina Bernal-Alcaraz<sup>1</sup>, Elisabeth Gallardo-Pérez<sup>1</sup>, Leonor Hernández<sup>1</sup>, Irene Zamora-Martínez<sup>1</sup>, Elena Martínez-Zerón<sup>1</sup>, Elena Hellín-Valiente<sup>1</sup>, Joan Gregori Colomé<sup>1</sup>, Jara Llenas García<sup>1</sup>

- 1 Hospital Vega Baja Medicina Interna
- 2 Hospital Vega Baja Microbiología

## Introducción

La amebiasis está causada por *Entamoeba histolytica* (EH) y afecta a unos 50 millones de personas en el mundo. La transmisión es por vía fecal-oral y por ello su prevalencia es baja en regiones con un sistema de tratamiento de aguas residuales y potabilización aceptables, aunque se han descrito casos de transmisión autóctona en nuestro país.

## Objetivos

Describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de amebiasis diagnosticados en el Hospital Vega Baja (HVB)(Orihuela) y conocer si existen casos autóctonos.

## Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los casos de amebiasis diagnosticados en el HVB entre enero-2009 y diciembre-2018. Fuentes: archivos de Microbiología, Anatomía Patológica y Documentación. Criterios inclusión: pacientes con infección por EH confirmada (clínica más PCR o serología positivas o visualización de quistes o trofozoitos en biopsia colon o absceso hepático) o posible (clínica y respuesta al tratamiento +/- quistes en heces con serología no realizada). El análisis de los datos se realizó en SPSS v24.

## Resultados

Hubo 4 pacientes con diagnóstico de infección por EH: 2 hombres y 2 mujeres, 3 adultos y 1 niña, todos nacidos en España; mediana edad: 32 años (RIQ: 10-44.2). La mediana de retardo diagnóstico fue de 112.5 días (RIC: 17.75-223.75). Tres casos fueron autóctonos y 1 importado: 1 se atribuyó a ingesta de agua de pozo; no se identificaron casos en HSH. Tres se presentaron como abscesos hepáticos amebianos (AHA) (rango: 5.9-8.8 cm) y uno como colitis amebiana. Tres requirieron ingreso, 1 en UCI. Tres casos tuvieron un diagnóstico confirmado y uno posible, siendo la serología EH positiva en 3 casos y la PCR en 1 caso; 1 caso se diagnosticó por estudio coproparasitológico. La proteína C reactiva estaba elevada en los 3 casos de AHA. En dos se realizó colonoscopia, presentando colitis inflamatoria. Todos se trataron con metronidazol, en 3 seguido de paromomicina; los 3 AHA se drenaron por radiología intervencionista. Todos los pacientes se curaron sin secuelas.

## Conclusiones

En nuestra región sigue habiendo casos de amebiasis autóctona, que parecen de transmisión fecal-oral en relación con consumo de agua o alimentos contaminados. Debemos aumentar nuestro índice de sospecha diagnóstico para intentar conseguir un diagnóstico más precoz.

## Financiación

Ninguna

## RES0173 Paracoccidiodomicosis: una infección importada excepcional

Ander González Sarria<sup>1</sup>, Sandra Chamorro Tojeiro<sup>2</sup>, María José Buitrago Serna<sup>3</sup>, Marta Blanco Fernández<sup>4</sup>, Cristina Rodríguez Fernández-Viagas<sup>5</sup>, Francesca Norman<sup>2</sup>, José Antonio Pérez Molina<sup>2</sup>, Maria Elia Gómez García De La Pedrosa<sup>6</sup>, Rogelio López Vélez<sup>2</sup>

1 Hospital Universitario Basurto, Bilbao Microbiología y Control de Infección

2 Hospital Ramón y Cajal, Madrid CSUR de Medicina Tropical

3 Instituto de Salud Carlos III, Madrid Centro Nacional de Microbiología

4 Hospital Virgen de la Salud, Toledo Medicina Preventiva

5 Hospital del Mar, Cadiz Medicina Interna

6 Hospital Ramón y Cajal, Madrid Microbiología Clínica

## Introducción

La paracoccidiodomicosis es una infección fúngica sistémica adquirida por la inhalación de *Paracoccidioides brasiliensis* y representa la principal micosis producida por un hongo dimórfico en Latinoamérica. La mayoría de las infecciones agudas son pulmonares y autolimitadas, por lo que se diagnostica más en sus formas crónicas en pacientes oriundos de países endémicos, aunque tanto ellos como turistas con exposiciones de riesgo pueden padecer formas agudas.

## Objetivos

Descripción de la paracoccidiodomicosis aguda a propósito de un caso clínico en un turista atendido por el CSUR de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal y revisión bibliográfica de casos de paracoccidiodomicosis en viajeros.

## Materiales y Métodos

Búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE usando la estrategia de búsqueda "paracoccidioides AND (travel or traveller)". La selección de los documentos recuperados se realizó mediante la aplicación de criterios de relevancia práctica y lingüísticos (artículos en español, inglés y francés).

Para el diagnóstico etiológico se utilizaron muestras respiratorias (esputo) para cultivo y suero (tres muestras seriadas) para la serología mediante el kit comercial antigénico e inmunodifusión (IMMY®).

## Resultados

Nuestro paciente, varón de 42 años natural de España, consultó 6 días tras un viaje a México de 6 días de duración, por un cuadro consistente en fiebre diaria de 38,5°C, tiritona, tos seca persistente con disnea y sudoración. Refirió haber visitado cenotes en la Península de Yucatán. El cuadro persistió tras una pauta de Azitromicina 500mg/24h 5 días, y en el TAC torácico se apreciaron nódulos intraparenquimatosos bilaterales (algunos cavitados), planteándose un diagnóstico diferencial con otras etiologías (especialmente histoplasmosis). El diagnóstico final se confirmó por seroconversión en el CNM del Instituto de Salud Carlos III. El paciente inició tratamiento con Itraconazol 100mg/12h durante 6-9 meses, con buena evolución.

La búsqueda bibliográfica realizada no demostró casos de paracoccidiodomicosis aguda en viajeros ni inmigrantes, y creemos en la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre etiologías de cuadros clínicos similares por su distinto manejo terapéutico.

## Conclusiones

1. La paracoccidiodomicosis aguda es un motivo de consulta poco frecuente.
2. La importancia de una valoración interdisciplinar radica en realizar un diagnóstico diferencial adecuado, indispensable para tomar las medidas terapéuticas adecuadas.

## Financiación

Ninguna.

## RES0174 Brotes de ciguatera identificados en España. 2012-2018

Carmen Varela Martínez<sup>1</sup>, Isabel Falcón<sup>2</sup>, Clara Crespillo<sup>3</sup>, Carme Subirà<sup>4</sup>, José Muñoz<sup>5</sup>, Domingo Nuñez<sup>6</sup>, Elena Vanessa Martínez<sup>7</sup>, Rocío Carmona<sup>1</sup>, Ana Canals<sup>8</sup>

- 1 *Instituto de Salud Carlos III Centro Nacional de Epidemiología*
- 2 *Dirección General Salud Pública de Canarias Sanidad ambiental*
- 3 *Hospital Universitario La Paz-Carlos III. IdiPAZ Unidad de Medicina Tropical y del Viajero*
- 4 *Institute for Global Health Barcelona*
- 5 *Institute for Global Health Hospital Clinic Barcelona*
- 6 *Dirección General Salud Pública de Canarias Servicio de Epidemiología*
- 7 *Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social Dirección General de Ordenación Profesional*
- 8 *Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición*

## Introducción

La ciguatera es un síndrome clínico causado por consumo de pescado contaminado con ciguatoxinas en zonas tropicales endémicas. Sin embargo en Canarias y en Madeira se han producido brotes por consumo de pescado autóctono. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria ha cofinanciado el proyecto EuroCigua para caracterizar el riesgo de ciguatera en Europa

## Objetivos

El objetivo es describir las características epidemiológicas de los brotes de ciguatera diagnosticados en España entre 2012 y 2018 y notificados al proyecto EuroCigua

## Materiales y Métodos

Se analizó la información de los brotes identificados en España entre 2012 y 2018, notificados a través de unos cuestionarios específicos. Los brotes asociados a pescados capturados en aguas europeas se clasificaron como brotes autóctonos y aquellos en

los que los casos consumieron el pescado en zonas tropicales endémicas se clasificaron como brotes asociados a viajes

## Resultados

Se notificaron 15 brotes, que incluían 75 casos. El tamaño mediano de los brotes fue de tres casos (rango 2-15 casos). La mediana del número de brotes por año fue de tres, en 2014 no se notificó ningún brote y el mayor número se notificó en 2012 (4 brotes).

Trece de los brotes fueron autóctonos (en 12 brotes el pescado fue capturado en Canarias y en uno en Madeira); en siete de estos brotes el pescado fue capturado mediante pesca deportiva. Los otros dos brotes estuvieron asociados con viajar a Cuba y Madagascar.

Todos los casos presentaron síntomas neurológicos, un 86% de los casos presentaron como síntoma característico alodinia al frío. Un 72% de los casos presentaron síntomas gastrointestinales. En dos brotes se mencionaron síntomas cardiovasculares. Un caso fue hospitalizado.

La razón hombre/mujer fue de 1,9. El 71% de los casos estaban en el grupo entre 25 y 64 años

## Conclusiones

Los casos de ciguatera diagnosticados en España no son graves. Se siguen produciendo brotes por lo que hay que mantener la vigilancia ante la posibilidad de que pudiera ser un riesgo emergente

## Financiación

GP/EFSA/AFSCO/2015/03

## RES0175 Afectación cardíaca en la enfermedad de Chagas en un país no endémico

Irene Carrillo Acosta<sup>1</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>1</sup>, Cristina Rosa Fonseca Berzal<sup>2</sup>, Alfonso Cabello Ubeda<sup>1</sup>, Laura Prieto Pérez<sup>1</sup>, Beatriz Álvarez Álvarez<sup>1</sup>, Patricia Atencio Antoranz<sup>1</sup>, Carmen Alvaro Vegue<sup>1</sup>, Silvia Calpena Martínez<sup>1</sup>, Javier López Botet Brunete<sup>1</sup>, Marta López de las Heras<sup>1</sup>, Belén Zamarro Alias<sup>1</sup>, Alicia Gómez Barrio<sup>2</sup>, Miguel Górgolas Hernández-Mora<sup>1</sup>

- 1 *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Medicina Interna. División Infecciosas*
- 2 *Universidad de Farmacia Departamento Parasitología*

## Introducción

La enfermedad de Chagas (EC), causada por el agente causal *Trypanosoma cruzi*, provoca más de 15.000 muertes anua-

les y actualmente afecta a 8 millones de personas en 21 países de América Latina. La OMS reconoce la enfermedad de Chagas, como una enfermedad tropical desatendida siendo una preocupación emergente la carga de enfermedad cardíaca en la población inmigrante de áreas endémicas.

## Objetivos

Evaluar el papel de la resonancia magnética cardíaca (RMN) en la Enfermedad de Chagas, con respecto a otras herramientas de diagnóstico cardíaco.

## Materiales y Métodos

Estudio observacional y descriptivo en 141 pacientes diagnosticados de Enfermedad de Chagas en la Fundación Jiménez Díaz (Madrid), entre 2009 y 2018. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los hallazgos observados en el electrocardiograma (ECG), ecocardiograma y RMN cardíaca.

## Resultados

Sólo 2 pacientes de 17 (11.7%) con una única prueba cardiológica realizada y con resultado alterado presentaron hallazgos cardiológicos mientras que 48 pacientes de 103 (46.6%) con más de una de estas pruebas alteradas mostraron daño cardíaco ( $p = 0.0074$ ). Específicamente, 23 de 64 (35.9%) pacientes que tenían ECG y ecocardiograma mostraron algún hallazgo cardiológico, y 25 de 39 (64.1%) pacientes con un ECG, ecocardiograma y RMN presentaron algún daño a nivel cardíaco. Por otro lado, 4 pacientes de 29 (13.8%), a pesar de tener un ecocardiograma normal presentaban hallazgos cardíacos patológicos en la RMN cardíaca resultando estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ). Además, con respecto al grupo de pacientes sin síntomas cardíacos 16 (20.8%), 27 (32,1%) y 8 (32%) tenían un ECG, un ecocardiograma y una RMN cardíaca patológica, respectivamente.

## Conclusiones

El ecocardiograma y la RMN deben incorporarse de forma rutinaria al diagnóstico de pacientes con EC, teniendo en cuenta el alto porcentaje de casos en los que se detecta alguna alteración cardíaca en pacientes asintomáticos a pesar de tener un ECG normal. La RMN cardíaca es una herramienta adecuada que proporciona información sobre el daño miocárdico y representa el mejor método para la disfunción ventricular temprana en combinación con el ecocardiograma.

## Financiación

No ha existido ninguna fuente de financiación.

## RES0176 Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas en profesionales sanitarios de Atención Primaria

Paloma Merino Amador, Mateo García Ramos, Victoria Sánchez Rey, Fernando González Romo

*Hospital clínico San Carlos Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica*

## Introducción

La Enfermedad de Chagas (EC), endémica en países americanos, fundamentalmente en Bolivia, es una enfermedad parasitaria crónica que produce 7000 muertes al año. España es el segundo país no endémico con más casos donde se estima que entre 40.000-65.000 personas podrían estar infectadas. Es una enfermedad desatendida y sigue existiendo desinformación entre los profesionales sanitarios de zonas no endémicas.

## Objetivos

Conocer los conocimientos del personal sanitario de los Centros de Atención Primaria (CAP) del área sanitaria para poder evaluar la necesidad de formación y evitar el infradiagnóstico de aquellos potencialmente afectados y que utilizan el sistema sanitario del Hospital Clínico San Carlos (HSCS) de Madrid.

## Materiales y Métodos

Es estudio descriptivo transversal realizado mediante un formulario de 22 preguntas de respuesta anónima y voluntaria. Se difundió a través del correo electrónico entre el personal sanitario de los CAP del HSCS sobre conocimientos de la EC. El cuestionario se dividió en dos partes, la primera parte: 12 preguntas que evalúan conocimientos sobre epidemiología, transmisión, clínica e identificación de pacientes. La segunda: 10 preguntas sobre su percepción de conocimiento y manejo habitual de la EC.

## Resultados

Realizaron el cuestionario 50 profesionales (70% mujeres). La media de edad fue de 47,36 siendo un 54% mayor de 50 años. E 78% eran médicos y el 22% enfermeros. El número de respuestas correctas fue de 7.96 encontrándose mejores resultados los mayores de 50 pero sin diferencias estadísticas. El 64% decía haber recibido información sobre la EC, el 48% conocía a alguien con EC, el 50% opinaba que la EC era un inconveniente para trabajar y el 38% conocía la existencia de tratamiento.

## Conclusiones

- El porcentaje de personal sanitario que conoce la existencia de la EC es relativamente bajo (64%) teniendo en cuenta que los pacientes que acuden a los CAPS pueden no presentar sintomatología.
- Los conocimientos son insuficientes ya que solo el 38% sabe que existe un tratamiento para la EC.
- Consideramos importante formar en EC al personal sanitario no especializado ya que muchos pacientes acuden al sistema por causas diferentes a la enfermedad. No se debe perder la oportunidad de diagnosticarlos y tratar.

## Financiación

No financiado.



## RES0177 Anemia en mujeres embarazadas en la Amazonia Peruana

Sonia Ortiz Martínez<sup>1</sup>, Olga Nohelia Gamboa Paredes<sup>2</sup>, Grace Pérez Bardales<sup>2</sup>, Ariana Hernández Vargas<sup>2</sup>, Trisia Zumaeta Silva<sup>3</sup>, Roxana del Pilar Pezo Flores<sup>4</sup>, Jorge Parraguez de la Cruz<sup>5</sup>, Jhonatan J Alarcón Baldeón<sup>5</sup>, Patricia Schillyk Guerra<sup>5</sup>, Jorge Bardales Vásquez<sup>5</sup>, María Esteyner Vásquez Chasnamote<sup>6</sup>, Viviana Vanessa Pinedo Cancino<sup>7</sup>, Luis Alfredo Espinoza Venegas<sup>8</sup>, Jara Llenas-García<sup>9</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>10</sup>, Miguel Górgolas Hernández-Mora<sup>11</sup>, Martín Casapía Morales<sup>12</sup>, José Manuel Ramos Rincón<sup>13</sup>

- 1 Servicio de Salud Castellano Manchego (SESCAM) Consultorio El Balletero (Centro de Salud El Bonillo)
- 2 Asociación Civil Selva Amazónica Investigación de Campo
- 3 Asociación Civil Selva Amazónica Investigación de Campo
- 4 Asociación Civil Selva Amazónica Administración General
- 5 Asociación Civil Selva Amazónica Laboratorio
- 6 Centro de Investigación de Recursos Naturales de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana Laboratorio de Productos Naturales
- 7 Centro de Investigación de Recursos Naturales de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana Laboratorio de Biología Molecular e Inmunología.
- 8 Hospital Regional de Loreto Enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- 9 Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante) Medicina Interna.
- 10 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Unidad de Enfermedades Infecciosas
- 11 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Medicina Interna
- 12 Asociación Civil Selva Amazónica Dirección
- 13 Universidad Miguel Hernández de Elche Departamento de Medicina Clínica

### Introducción

La anemia es un problema común en mujeres embarazadas. La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas en Perú es del 24,2% y variable según áreas geográficas.

### Objetivos

Conocer la prevalencia de anemia y analizar los factores asociados en mujeres gestantes en la Amazonia Peruana.

## Materiales y Métodos

Estudio prospectivo transversal. Mujeres embarazadas atendidas en Centros de Salud de la Ciudad de Iquitos, Perú, en el periodo mayo y junio 2019. A todas las mujeres se les realizó una encuesta epidemiológica, hemoglobina mediante el sistema HemoCue Hb 201<sup>+</sup>, estudio de protozoos intestinales mediante la técnica de Kato Katz y *Strongyloides* mediante cultivo de las heces en carbón y prueba de Baermann.

## Resultados

Se estudiaron a 300 mujeres embarazadas con una edad media de 26 años (Desviación estándar [DE]: 6,4 años). La media de valores de hemoglobina fue de 11,1 (DE:1,0). El 44,3% (n=133) tenían anemia (hemoglobina < 11 g/dL) y sólo 5 (1,7%) mujeres tenían una anemia moderada (hemoglobina 7,0 a 8,9 g/dL). La anemia se relacionó con mayor edad gestacional (181 días vs, 165 días; p=0,001) y con un mayor número de embarazos (3,3 vs. 2,7; p=0,009). No hubo asociación con la edad de la mujer, ni con la primiparidad. No hubo asociación con la infestación por *Strongyloides* (9,0% vs. 6,3%; p=0,6) ni por protozoos (22,6% vs. 22,8%; p=0,9), ni *Ascaris lumbricoides* (11,3% vs. 7,2%; p=0,7), *Trichuris trichura* (11,3 vs. 7,2%; p=0,2) ni uncinarias (2,3% vs. 4,8%; p=0,2). Si bien la media de protozoos fue mayor en las mujeres con anemia (1,4 vs. 1,2; p=0,03).

## Conclusiones

La prevalencia de anemia en la ciudad de Iquitos es elevada y esta no parece tener relación con la infestación por *Strongyloides* o protozoos, pero si por el número de protozoos, edad gestacional y número de embarazos.

## Financiación

Programa de Cooperación Universitaria al Desarrollo 2017 de la Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

## RES0183 Úlcera de Buruli en Camerún. Un caso clínico

Manuel Linares Rufo<sup>1</sup>, Fernando Fariñas Guerrero<sup>2</sup>

- 1 Fundación io Enfermedades infecciosas
- 2 Instituto de Inmunología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Málaga. Enfermedades infecciosas

### Introducción

La úlcera de Buruli es una infección necrotizante de la piel causada por *Mycobacterium ulcerans* habitualmente asociada a climas tropicales y exposición a aguas estancadas o de curso lento

### Objetivos

Mujer de 38 años procedente de un área rural semihumeda del Noroeste de Camerún con lesión cutánea circular de 10 x 20 cm de extensión y 1 cm de profundidad, edema perilesional dolo-

roso de 5 años de evolución en pierna izquierda tras un antecedente traumático. No fiebre ni mejoría con múltiples ciclos antibióticos previos.

Ante la sospecha de infección por *Mycobacterium ulcerans* por la necrosis característica de tejidos, los bordes clásicos, la edad de la paciente, la localización de la lesión y el fallo de los cuidados básicos se decidió tomar una biopsia para estudio

## Materiales y Métodos

La biopsia se tomó siguiendo las recomendaciones de la OMS. Y fue procesada para su estudio microscópico a través de diferentes tinciones, entre ellas la de Ziehl-Neelsen

## Resultados

A nivel histológico es posible apreciar fenómenos de necrosis que pueden afectar tanto al tejido subcutáneo como a la dermis. Esta lesión se puede acompañar de un escaso o mínimo infiltrado inflamatorio, con predominio de polimorfonucleares neutrófilos que filtran en el área necrótica. En esta área necrótica es posible apreciar, mediante tinción de Ziehl-Neelsen sobre tejido, agrupaciones de micobacterias ácido-alcohol-resistentes, que se distribuyen de forma multifocal sobre dicha área necrótica.

En las úlceras que se encuentran en el inicio de la curación, se observa un amplio tejido de granulación con intensos fenómenos de fibroplasia y fibrosis colágena y la presencia, en ocasiones, de inflamación granulomatosa con presencia ocasional de células de Langhans, y vasculopatía.

A la vista de estos resultados se inició tratamiento antibiótico dirigido con rifampicina y claritromicina

## Conclusiones

Este caso ilustra la necesidad de definir mejor la extensión geográfica y modos de transmisión de esta enfermedad tan invalidante. Un diagnóstico precoz y medidas de control y tratamiento adecuadas son fundamentales.

Los profesionales sanitarios deben recibir formación y disponer de las herramientas para diagnosticar y tratar la enfermedad adecuadamente. Es necesario disponer de pruebas diagnósticas en el punto de atención para que el tratamiento precoz pueda minimizar la discapacidad y los costes asociados

## Financiación

Ninguna

## RES0189 Echinococcosis en el embarazo

Laura Latorre Garcia<sup>1</sup>, Natalia Rodríguez Valero<sup>2</sup>, Marta Guerrero Muñoz<sup>1</sup>

1 Centro de Salud Amadeu Torner Medicina de Familia y Comunitaria

2 Servicio de Salud Internacional del Hospital Clinic Salud Internacional

## Introducción

Embarazada de 8 semanas acude a consulta de Salud Internacional derivada de C.General para control de quistes hidatídicos. Explica sensación de punzada en hipocondrio derecho y nauseas aproximadamente desde inicio del embarazo.

## Objetivos

Natural de Argelia. Convive con dos gatos. Es diagnosticada incidentalmente a raíz de colecistectomía en 2015. No eosinofilia. La RMN del 12/2018 mostraba un quiste en el segmento VI/VII de 85x61mm en estadio C3b y otro quiste en lóbulo caudado yuxtacaval de 75x52mm en estadio C3a. Explica 3 tandas de albendazol anteriormente (desconocemos tiempo y estadios previos).

En comité se decide exéresis completa y parcial. En éste intervalo de tiempo la paciente queda embarazada y no se realiza cirugía.

La Echinococcosis es considerada por la OMS una de las 17 enfermedades desatendidas para el control u eliminación en el 2050. Presenta una distribución mundial. En áreas endémicas de hidatidosis como Argelia y la zona del mediterráneo, la incidencia anual varía de <1 a 200 por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad varía del 2 al 4 %, puede ser mayor sin tratamiento adecuado. La mayoría son asintomáticos. Puede presentar complicaciones por ocupación de espacio/rotura del quiste conduciendo a shock anafiláctico/muerte.

## Materiales y Métodos

El diagnóstico suele ser incidental. Se suele realizar mediante pruebas de imagen y la serología completa el diagnóstico. Se usa la clasificación de Gharbi/OMS para el diagnóstico y el tratamiento.

El tratamiento depende del tamaño, localización y número de quistes.

## Resultados

- Existe alto riesgo en la cirugía en el 1r trimestre.
- Es difícil saber si los síntomas son atribuibles a la Hidatidosis.
- Según la última bibliografía disponible en el embarazo, mientras sea asintomática en estadios 1,2 y 3 el seguimiento debería ser estrecho con ecografía mensual replanteando el abordaje si se produce un crecimiento de más de 1cm o resulta sintomática.
- Según la OMS 2017, un programa combinado de prevención podría llevar a la eliminación de la hidatidosis humana en menos de 10 años.

## Conclusiones

- Es una enfermedad desatendida, infradiagnosticada, prevenible y curable.
- El tratamiento requiere un abordaje individualizado y multidisciplinar.
- Existe la necesidad de invertir en estudios clínicos para mejorar el diagnóstico, conocer alternativas al tratamiento existente y en su prevención.

## Financiación

-

## RES0200 Análisis de los casos y valoración de la demora diagnóstica en los casos de malaria importada en VFRs (2014-2018)

Xabier Kortajarena Urkola<sup>1</sup>, Harkaitz Azkune Galparsoro<sup>2</sup>, Mikel Duran Sukia<sup>3</sup>, Jose Antonio Iribarren Loyarte<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Jose Aramburu Bengoechea<sup>4</sup>, M<sup>a</sup> Milagrosa Montes Ros<sup>5</sup>, Francisco Rodriguez-Arrondo<sup>1</sup>, M. Angel von Wichmann De Miguel<sup>1</sup>, Xabier Camino Ortiz de Barron<sup>1</sup>, M. Angel Goenaga Sanchez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Jesus Bustinduy Odrizola<sup>1</sup>, Maialen Ibarburen Pinilla<sup>1</sup>, Ignacio Alvarez Rodriguez<sup>1</sup>

- 1 Hospital Universitario Donostia Enfermedades Infecciosas
- 2 Hospital Universitario Donostia / UPV-EHU Enfermedades Infecciosas
- 3 UPV-EHU
- 4 Hospital Universitario Donostia
- 5 Hospital Universitario Donostia Microbiología

## Introducción

La mayoría de casos de malaria importada en nuestro medio se dan en el grupo de VFRs.

## Objetivos

Analizar los casos de malaria en VFRs atendidos en los últimos 5 años en nuestro hospital calculando la proporción de casos que han sido atendidos previamente por sanitarios y no se ha valorado esa posibilidad diagnóstica. Demora diagnóstica secundaria y evolución clínica de los mismos.

## Materiales y Métodos

Identificación y revisión retrospectiva de historias clínicas de los casos de malaria en VFRs atendidos en nuestro centro (2014-2018). Descripción de características clínico-epidemiológicas, métodos diagnósticos, especie, grado parasitación, tratamientos, cálculo de demora diagnóstica en los casos de valoración sanitaria "inadecuada" y evolución médica de las mismas.

## Resultados

Analizados: 36 episodios (6/11/10/4/5 casos en 2014/2015/2016/2017/2018).

55'56% hombres, mediana de edad 39 años (rango 15-57).

Destino-origen: África 94'44%, Asia/Oceanía 5'56%.

Motivo consulta: fiebre 91'67%, otros 8'33%

Consejo previo 13'89%, quimioprofilaxis 16'67% (completo 1).

Especies: *P.falciparum* 91'67%, *P.vivax* 5'56%, *P. ovale* 2'77%.

Parasitación: mediana 0'99% (rango 0'25-5'3%), 16'67% (>2'5%)

Método diagnóstico: 83'33% gota gruesa/Ag y PCR (+)

Valorados previamente por sanitarios sin descartar la posibilidad de malaria: 17 (47'22%), media de demora diagnóstica 1'83 días (rango 0-11), mediana 0

Duración ingreso: mediana 3 días (rango 1-6)

Tratamientos: artesunato intravenoso en 6 casos (16'67%). Derivados orales de artemisina; 22'22%, proguanil/atuovaquona; 50%, otras pautas; 11'11%. Precisaron asociación de primaquina: 8'33%

Exitus: 0

## Conclusiones

En nuestra cohorte, la mayoría de VFR-s con malaria proceden de África (94'44%), el motivo de consulta fundamental es la fiebre (91'87%) y *P.falciparum* es la especie dominante (91'67%).

El porcentaje de pacientes con consejo previo y quimioprofilaxis es muy baja (13'89% y 16'67% respectivamente)

El porcentaje de casos enfocados erróneamente en la primera valoración es muy alto, 47'22%, sin embargo, la mediana de demora diagnóstica es de 0 días, media 1'83.

## Financiación

No

## RES0201 La PCR multiplex en el cribado, diagnóstico y seguimiento de malaria en pacientes atendidos en un Centro de Referencia D

Javier Sánchez-López<sup>1</sup>, Sandra Chamorro<sup>2</sup>, Belén Comeche<sup>2</sup>, Begoña Monge<sup>2</sup>, Francesca Norman<sup>2</sup>, José Antonio Pérez-Molina<sup>2</sup>, Rogelio López-Vélez<sup>2</sup>, Jesús Chacón<sup>1</sup>, Marta Lanza<sup>3</sup>, José Miguel Rubio Muñoz<sup>3</sup>, Oihane Martín<sup>1</sup>

- 1 Hospital Universitario Ramón y Cajal Servicio de Microbiología y Parasitología
- 2 Hospital Universitario Ramón y Cajal CSUR de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas
- 3 Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Laboratorio de Malaria y Protozoos Emergentes

## Introducción

En nuestro medio, debido al incremento de viajes a zonas endémicas y migraciones, el diagnóstico de malaria es cada vez más frecuente. La PCR por su alta sensibilidad (superando a la inmunocromatografía y microscopía), se ha convertido en los últimos años en una herramienta diagnóstica ampliamente extendida.

## Objetivos

Evaluar la utilidad de la PCR en la detección de bajas parasitemias (observadas en pacientes semiinmunes, en pacientes con profilaxis/tratamiento incompleto y en control post-tratamiento) y en la identificación de parasitaciones mixtas en pacientes atendidos en un Centro de Referencia de Medicina Tropical.

## Materiales y Métodos

Se revisaron los pacientes atendidos entre julio-2017 y julio-2019 con petición de PCR, divididos en dos periodos, julio/2017—junio/2018 y julio/2018—julio/2019. Los resultados se evaluaron conjuntamente con los obtenidos mediante otras técnicas: inmunocromatografía para detección antigénica (SD Bioline®) y examen microscópico mediante frotis fino y gota gruesa. Durante este periodo, se emplearon dos PCRs, una Nested-Multiplex-PCR *in-house* en el ISCIII/CNM y una PCR-Multiplex comercial (Bio-Evolution®) en nuestro hospital.

## Resultados

En el primer periodo, se realizaron un total de 203 PCRs con un 11,82% de positividad. 176 PCRs fueron de cribado (86,7%), 22 diagnósticas (10,84%) y 5 de seguimiento (2,46%). En el cribado 9,09% fueron positivas, todas por parasitación simple. 8 PCRs de diagnóstico fueron positivas (36,36%), siendo todas positivas también por microscopía.

En el segundo, se realizaron un total de 290 PCRs con un 15,52% de positividad. 203 PCRs fueron de cribado (70%), 71 diagnósticas (24,48%) y 16 de seguimiento (5,52%). En el cribado 13,3% fueron positivas, 5 por parasitación múltiple y 22 simple. 16 PCRs de diagnóstico fueron positivas (22,54%), 9 de ellas (56,25%) siendo positivas también por microscopía y 14 por detección antigénica (87,5%).

En ambos periodos, la concordancia fue total a nivel de identificación de especie entre PCR y microscopía positivas y las PCRs de seguimiento fueron siempre negativas.

## Conclusiones

La PCR de malaria ha demostrado su utilidad en el seguimiento post-tratamiento y en la detección de malarías submicroscópicas tanto por parasitaciones simples como múltiples, observándose un aumento en el porcentaje de positividad en el último periodo.

## Financiación

## RES0220 *Entamoeba histolytica* y su transmisión por vía sexual: a propósito de dos casos relacionados

Ander González-Sarria<sup>1</sup>, Nerea Hernández<sup>2</sup>, Kristina Zugazaga<sup>1</sup>, Estibaliz Ugalde<sup>1</sup>, Paloma Liendo<sup>1</sup>, Isabel De Fuentes<sup>3</sup>, Pilar Cabezudo<sup>2</sup>, Sofia Ibarra<sup>4</sup>, Zuriñe Zubero<sup>4</sup>, Jose Luis Díaz de Tuesta<sup>1</sup>

- 1 Hospital Universitario Basurto Microbiología y Control de Infección
- 2 Hospital Universitario Basurto Aparato Digestivo y Gastroenterología
- 3 Instituto de Salud Carlos III Centro Nacional de Microbiología
- 4 Hospital Universitario Basurto Enfermedades Infecciosas

## Introducción

*Entamoeba histolytica* es el tercer parásito con mayor morbimortalidad en humanos. Recientemente ha aumentado su prevalencia en países desarrollados debido a flujos migratorios y viajes. Aunque su principal vía de transmisión es la fecal-oral, se ha descrito la vía de transmisión sexual, especialmente en HSH con y sin VIH.

## Objetivos

Descripción epidemiológica y clínica de dos casos de amebiasis de probable transmisión heterosexual y revisión bibliográfica de amebiasis por transmisión sexual.

## Materiales y Métodos

El diagnóstico etiológico de *Entamoeba histolytica* se realizó mediante detección de antígeno con inmunocromatografía (Operon®) y de ADN con PCR múltiple (Allplex™ Gastrointestinal Panel Assays®) en muestras no estériles (heces, drenaje de absceso hepático ecoguiado), y detección de anticuerpos por hemaglutinación indirecta (Fumouze®) en suero. Uno de los casos se confirmó en el CNM mediante detección de ADN utilizando una PCR específica de *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar*.

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE usando la estrategia de búsqueda "amebiasis AND sexual transmission", obteniéndose 85 publicaciones.

## Resultados

Paciente Nº1, varón de 43 años natural de Bilbao sin antecedentes de interés ni viajes al extranjero, consultó por fiebre, masa colónica y múltiples abscesos hepáticos, impresionando de neoplasia metastásica, complicándose con perforación intestinal que requirió hemicolecotomía con ileostomía terminal, con diagnóstico final de amebiasis.

Paciente Nº2, mujer de 53 años natural de Bilbao, ex-pareja del anterior, sin otros antecedentes de interés y con viajes previos a

Latinoamérica, consultó por fiebre, diarrea y un absceso hepático, con mismo diagnóstico final.

Ninguno presentó coinfección con otras ITS y ambos evolucionaron favorablemente tras ser tratados con Metronidazol y Paramomicina durante sendas semanas.

De las 85 publicaciones obtenidas, solamente cinco trataban sobre la transmisión heterosexual de la amebiasis, centrándose las demás en casos de transmisión entre HSH con o sin VIH.

## Conclusiones

1. La transmisión heterosexual de la amebiasis está claramente descrita.
2. Su presentación sin estancias previas en zonas endémicas obliga a descartar vías de adquisición autóctonas.
3. Ante sospecha de amebiasis transmitida por vía sexual deben descartarse otras ITS.
4. Igualmente, en el cribado de infecciones al retorno de zonas endémicas, sería interesante identificar portadores de *Entamoeba histolytica* para tratarlos y disminuir su incidencia y transmisión.

## Financiación

Ninguna.

## RES0221 No toda fiebre es malaria

Laia Piñeiro Ferrer<sup>1</sup>, Núria Gispert-Saüch Puigdevall<sup>2</sup>, Joan Casellas Rey<sup>1</sup>

- 1 CAP Jordi Nadal i Fàbregas, Salt Medicina de familia.
- 2 CAP Can Gibert del Pla Medicina de familia.

## Introducción

El Dengue es una arbovirosis transmitida a los humanos mediante la picadura de *Aedes aegypti* aunque *Aedes albopictus* (mosquito tigre) tiene capacidad de actuar como vector. La transmisión también es posible por transfusiones, trasplante de órganos o transmisión.

El Dengue es una arbovirosis ampliamente distribuida mundialmente, con circulación en áreas tropicales y subtropicales.

## Objetivos

Descripción de un caso clínico de un paciente proveniente de Costa de Marfil con diagnóstico de Dengue hecho en atención primaria.

## Materiales y Métodos

Paciente hombre, de 36 años, natural de Mali, sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos. Viaja a costa de Marfil permaneciendo durante 3 semanas en un entorno rural. Consulta en atención primaria dos días después del retorno por un cuadro

de fiebre con artralgias y malestar general. En la exploración física nos encontramos fiebre 38,5 grados centígrados, con taquicardia y normotensión. La exploración por aparatos es normal.

Se decide trasladar el paciente al servicio de urgencias hospitalarias para realizar una gota gruesa para descartar malaria. Se realiza análisis que muestra un descenso del hematocrito con elevación de transaminasas y PCR de 4 sin leucocitosis. La gota gruesa es negativa. Se da de alta al paciente con el diagnóstico de catarro de vías altas.

Dos días después el paciente regresa a nuestra consulta por empeoramiento de las artralgias y aparición de gingivorragia sin fiebre.

La aparición de gingivorragia hace sospechar de dengue por lo que se solicitan serologías de dengue.

## Resultados

Análisis sanguínea: IgM para Dengue positiva.

## Conclusiones

Debido a los múltiples viajes Internacionales que la población realiza hoy en día tenemos la obligación de conocer enfermedades que hasta hoy no conocíamos. No solo debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial cuando el paciente acude a consulta después del viaje, sino también insistir en la prevención cuando consultan previamente al viaje.

## Financiación

No se ha recibido financiación.

## RES0226 Anemia ferropénica por *Ancylostoma duodenale* en paciente procedente de Pakistán

Maria Martínez Serrano<sup>1</sup>, David Navalpotro Rodríguez<sup>1</sup>, Marta Moreno Córdoba<sup>2</sup>, Concepción Gimeno Cardona<sup>1</sup>

- 1 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Microbiología
- 2 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Microbiología

## Introducción

La uncinariasis es una parasitosis intestinal causada por los nematodos *Necator americanus* y *A. duodenale*. Aunque su distribución es mundial el mayor número de casos se da en Asia y África subsahariana. Pakistán es uno de los países con mayor número de casos de enfermedades tropicales desatendidas. Las helmintiasis transmitidas por el suelo son las más comunes y entre ellas la ascariasis es la más prevalente, seguida de la uncinariasis.

## Objetivos

Paciente de 32 años, natural de Pakistán, que acude al Servicio de Urgencias remitido desde Atención Primaria por anemia. Refiere dolor de miembros inferiores de 8 meses de evolución, leve astenia, disnea de esfuerzo y mareo transitorio. El paciente estaba bien hidratado, con palidez mucocutánea, taquicardia y dolor mesogástrico sin signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias destacaban: hemoglobina 4.3 g/dL, hematocrito 17.8%, leucocitos  $11.7 \times 10^9/L$  con eosinófilos totales  $1.6 \times 10^9/L$  (17.3%), hierro 9  $\mu g/dL$  y ferritina 14  $\mu g/L$ . Se decidió transfusión de 3 concentrados de hemafés, ingreso hospitalario y endoscopias digestivas.

## Materiales y Métodos

En la gastroscopia se observaron a nivel duodenal numerosas microerosiones puntiformes con múltiples helmintos parcialmente introducidos en la mucosa. Se pudieron recuperar dos para estudio microbiológico. A nivel macroscópico el parásito remitido era un nematodo blanquecino, de unos 10 mm de largo. El examen microscópico reveló dos pares de dientes bien definidos en la cavidad bucal y una pequeña espícula en la parte posterior, lo que permitió identificarlo como adulto hembra de *A. duodenale*. En las muestras de heces se observaron huevos de uncinaria.

## Resultados

Se transfundieron 2 concentrados de hemafés más y se pauta mebendazol 100 mg/12 h, que después fue modificado a albendazol 400 mg, una dosis en el momento y otra a la semana. Se inició terapia férrica (80 mg/día) durante 2 meses. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a los 6 días. En la analítica al mes del ingreso persistía discreta anemia y los eosinófilos habían descendido a  $0.8 \times 10^9/L$  (10%).

## Conclusiones

El diagnóstico de uncinariasis se realiza habitualmente mediante la observación de huevos en heces, sin poder diferenciar entre especies. En nuestro caso resultó excepcional poder visualizar el adulto y confirmar la especie.

## Financiación

Ninguna

## RES0229 Anemia y gastritis en contexto de infección crónica por *Strongyloides* en paciente con terapia inmunomoduladora

Iván Bloise Sánchez<sup>1</sup>, María Elena Palacios Lázaro<sup>2</sup>, Guillermo Ruiz Carrascoso<sup>1</sup>, Juan Carlos Martín Gutiérrez<sup>3</sup>, Elda María Alba Suárez<sup>4</sup>, Beatriz Chamorro Hernández<sup>5</sup>, Elena Trigo Esteban<sup>6</sup>

- 1 Hospital Universitario La Paz Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica
- 2 Hospital Universitario La Paz Servicio de Anatomía Patológica
- 3 Hospital Universitario La Paz Servicio de Medicina Interna
- 4 Hospital Universitario La Paz Servicio de Neurología
- 5 Hospital Universitario La Paz Servicio de Neuroinmunología
- 6 Hospital Universitario La Paz Unidad de Medicina Tropical y del Viajero. Servicio de Medicina Interna

## Introducción

La infección crónica por *Strongyloides stercoralis* y sus potenciales complicaciones en pacientes sometidos a terapias inmunosupresoras es una entidad descrita pero no siempre contemplada en el cribado previo a la instauración del tratamiento. Presentamos un caso de infección por *Strongyloides stercoralis* como causa de anemia en paciente en terapia con medicamentos biológicos.

## Objetivos

Descripción del caso.

## Materiales y Métodos

Revisión de la historia clínica y los informes disponibles.

## Resultados

Paciente varón de 54 años nacido en Argentina que reside en España desde 1990. Último viaje a Argentina en 2015. Diagnosticado de esclerosis múltiple en 1995 con antecedente de tuberculosis en 2005. Desde entonces ha recibido múltiples tratamientos inmunomoduladores encontrándose actualmente en tratamiento con Alemtuzumab (12mg iv/día 5 días consecutivos). El paciente refiere aparición de múltiples lesiones cutáneas pruriginosas posteriores a la administración del fármaco, autolimitadas. Presenta anemia ferropénica (hemoglobina 11.3 g/dL; [13.5-17 g/dL]) durante los últimos dos años. Retrospectivamente, el paciente presenta eosinofilia desde 2005 con valores de hasta  $7,58 \times 10^3$  cel/ $\mu L$  [ $0.02-0.56 \times 10^3$  cel/ $\mu L$ ]. En la gastroscopia se observa patrón de gastritis crónica superficial. En la biopsia se identifica gastritis eosinofílica con presencia de helmintos sugestivos de *Strongyloides stercoralis*.

El estudio serológico muestra IgG anti-*Strongyloides* reactiva (ELISA: 5,76; positivo >1). En el cultivo de heces se observan larvas de *Strongyloides stercoralis*, no apreciándose larvas de uncinarias.

Se realiza tratamiento con ivermectina 200mg/kg en dosis única repetida a los 15 días. El cultivo de control para *Strongyloides stercoralis* en heces a los 2 meses del tratamiento resulta negativo y la cifra de eosinófilos ha vuelto a valores en rango ( $0.50 \times 10^3$  cel/ $\mu L$ ). La serología y la anemia todavía no se han normalizado al momento del envío de esta comunicación.

## Conclusiones

La infección crónica por *Strongyloides stercoralis* debe ser tenida en cuenta al inicio de terapia con medicamentos inmunosupresores.

presores dadas sus complicaciones y potencial riesgo de hiperinfestación. La presencia de anemia y gastritis es infrecuente, pero pueden ser signos de alarma junto a la presencia de eosinofilia.

La realización de estudio serológico previo a la instauración de tratamientos inmunomoduladores debe protocolizarse como herramienta de cribado.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación relacionada con esta publicación.

## RES0233 Efecto de episodios previos de malaria en las sospechas de malaria importada en un hospital terciario madrileño.

Alejandro García García<sup>1</sup>, Covadonga Morcate<sup>1</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>2</sup>

- 1 Hospital Universitario de Móstoles Servicio de Medicina Interna
- 2 IIS-Fundación Jiménez Díaz Departamento Enfermedades Infecciosas

## Introducción

La malaria es endémica en casi cien países. La semi-inmunidad temporal de inmigrantes recientemente llegados a un país no endémico condiciona cuadros de malaria menos severa. La globalización y los cambios en los patrones de viajes y migratorios están cambiando la incidencia y la severidad de enfermedades importadas en viajeros y en población de origen en países endémicos.

## Objetivos

Evaluar el adecuado uso de profilaxis y comparar la prevalencia de malaria y malaria severa en pacientes con episodios previos de paludismo, comparado con aquellos que no los habían presentado

## Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo con datos de 336 casos con sospecha de malaria en un hospital del sur de Madrid entre 2013 y 2018, divididos en tres grupos: Residentes en España que visitan a amigos y relativos (VFR), Viajeros de áreas no endémicas y Visitantes en España con residencia en áreas endémicas. 28 no tenían datos sobre episodios previos de malaria y 43 sobre toma de quimioprofilaxis, por lo que fueron excluidos de sus respectivos análisis.

## Resultados

52,4% de los pacientes fueron VFR, de los que 149 habían nacido en países endémicos y 27 en no endémicos. 127 pacientes no residían habitualmente en nuestro país. Los principales países de origen fueron Guinea Ecuatorial (215) y Nigeria (38). 63 pacientes habían nacido en España.

Se diagnosticaron 109 casos (32%), la mayoría causados por *Plasmodium Falciparum* (101; 93%).

195 (63%) habían sufrido malaria previamente, entre los que hubo 74 casos (38%); entre los 113 negativos solo 27 (24%) la sufrieron ( $p=0,011$ ;  $RR=1,55$ [CI: 1,08-2,23]). Ambos grupos presentaron 6 casos de malaria severa (8%vs.22%;  $RR=0,84$ [CI: 0,68-1,04]).

21 pacientes (7%) completaron quimioprofilaxis, no habiendo diferencias en el uso correcto entre los nacidos en países endémicos y el resto (4.9%vs.11.8%;  $p=0,059$ ). No se detectó ningún caso entre los que la completaron, incrementándose el riesgo de sufrirla en caso contrario ( $RR=13,7$ [0.89-212.5],  $NNT=3$ [CI 2,4-3,4]).

## Conclusiones

La mayor parte de casos de malaria fueron causados por *P. Falciparum* en individuos VFR. Ninguno había completado profilaxis.

Los pacientes con episodios previos tuvieron más riesgo de sufrirla que aquellos sin episodios, pero menor riesgo de malaria severa.

Para prevenir 1 caso de malaria en nuestra población es necesario que 3 pacientes completen quimioprofilaxis.

## Financiación

Ninguna

## RES0234 Caracterización de las geohelmintiasis en un hospital de tercer nivel de un área no endémica (2009-2018)

Ana Dominguez Castells<sup>1</sup>, Maria Dolores Falcon Neyra<sup>2</sup>, Maite Ruiz Pérez de Pipaón<sup>3</sup>, Maria Dolores Navarro Amuedo<sup>4</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>5</sup>

- 1 Universidad Autónoma de Madrid Medicina tropical y Salud Internacional. Pediatría.
- 2 Hospital Universitario Virgen del Rocío Infectología Pediátrica
- 3 Hospital Universitario Virgen del Rocío Microbiología
- 4 Hospital Universitario Virgen del Rocío Enfermedades Infecciosas y Tropicales
- 5 Universidad Autónoma de Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz Enfermedades Infecciosas

## Introducción

Las geohelmintiasis son enfermedades tropicales desatendidas que afectan a unos 2.000 millones de personas en áreas endémicas. Sin embargo, existe poco conocimiento sobre el estado de la cuestión en países no endémicos, donde también causan enfermedad, especialmente en población de bajos recursos.

## Objetivos

Conocer las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de las infecciones por geohelminthos en nuestro medio así como su manejo asistencial.

## Materiales y Métodos

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los 78 casos de geohelminthiasis diagnosticadas por examen directo de heces en un hospital español de tercer nivel desde 2009 a 2018.

## Resultados

La mayoría de los pacientes diagnosticados fueron inmigrantes (60.3%), siendo Latinoamérica (43.6%) el área de contacto más frecuente. Hubo un 18.0% de casos entre población autóctona sin viaje conocido a zona endémica.

En el examen de heces se encontraron: 31 *Ascaris lumbricoides*, 18 *Uncinarias*, 17 *Strongyloides stercoralis* y 16 *Trichuris trichuria*.

El principal motivo de consulta entre los inmigrantes fue el screening de salud (46.8%) mientras que en viajeros y autóctonos fueron las alteraciones gastrointestinales (71.4 y 50.0% respectivamente,  $p < 0.05$ ). Los infectados por *S. stercoralis* consultaron mayoritariamente por alteraciones analíticas (43.8%,  $p < 0.05$ ). Hubo 2 casos de hiperinfestación en pacientes inmunocomprometidos. La eosinofilia fue un hallazgo analítico en el 69.2% de los pacientes y en el 100% de los infectados por *S. stercoralis*.

El diagnóstico se obtuvo en atención primaria en el 55.1% de los casos. En menos de un tercio constaban las 3 muestras de heces recomendadas.

Mebendazol fue la droga más prescrita globalmente (29.5%). El 84.3% de los tratamientos prescritos se consideraron acorde a las recomendaciones, hallándose la mayoría de errores en la duración del tratamiento. Se recogieron muestras de heces de control post-tratamiento en el 41% de los casos.

## Conclusiones

En base a este estudio, sospechamos que las geohelminthiasis están infraestimadas en nuestro medio fundamentalmente debido a la expresión subclínica de las infecciones, la falta de sospecha clínica y la recogida insuficiente de muestras para el diagnóstico.

Conocer las características de estas helmintiasis en áreas no endémicas resulta esencial para un adecuado abordaje del paciente y el diseño de estrategias diagnóstico-terapéuticas.

## Financiación

No se recibió financiación.

## RES0236 Riesgo global de sarampión: ¿A honeymoon period?

Laura González González, Irene Mayol, Fernando Agüero, Sergio Morchon ramos, Cristina Masuet-Aumatell, Josep Maria Ramon Torrell

Hospital de Bellvitge Servicio de Medicina Preventiva, Centro de Vacunación Internacional

## Introducción

El riesgo global de sarampión en los últimos años ha ido en aumento, y dada la inmigración creciente en nuestro país consideramos importante la detección de seroprevalencia en dicha población.

## Objetivos

Determinar la seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión IgG en población inmigrante atendida en un Centro de Vacunación internacional en el año 2018.

## Materiales y Métodos

Encuesta seroepidemiológica de inmunidad frente a sarampión realizada en inmigrantes atendidos en el Centro de Vacunación Internacional de Bellvitge en el año 2018. Un cuestionario sobre datos socio-demográficos y antecedentes vacunales fue completado en la visita en el propio centro, y se obtuvo una muestra de suero para detectar anticuerpos usando el test de ELISA. La prevalencia de sarampión y sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%) fueron calculados. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado usando test de Student o U de Mann-Whitney según distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov  $p$ -valor  $< 0,05$ ) y Chi cuadrado o Fisher según convino.

## Resultados

La población estudiada ( $n=199$ ) fue mayoritariamente masculina (57%) de 48 años de media (DE 2,6) que hacía 12 años de media (DE 3,4) que habían migrado, ninguno de ellos había recibido dosis de vacuna Triple Vírica desde su llegada a nuestro país, y no disponían de carnet vacunal de su país de origen.

La seroprevalencia global de inmunidad frente a sarampión fue del 92,3% (IC95% 88,6-96,0%), pero muy dispar según continente, siendo los procedentes de Europa (88,4%) y Asia (75%) las más bajas. La seroprevalencia fue significativamente más baja en hombres, jóvenes y procedentes de Europa o Asia.

## Conclusiones

Dicho estudio encontró una elevada susceptibilidad al sarampión entre población procedente de Europa y Asia. Por consiguiente la inmunidad de grupo quizás no se establecería, y posibles brotes podrían ocurrir. Más estudios deberían llevarse a cabo al respecto en nuestro entorno.

## Financiación

No hay conflicto de interés ni financiación específica.



## RES0248 Infección recurrente por *Plasmodium vivax* en paciente originaria de Venezuela

Alexandra Martín Ramírez<sup>1</sup>, Tamara Soler Maniega<sup>2</sup>, Diego Domingo García<sup>2</sup>, Marta Lanza Suárez<sup>1</sup>, María Josefa Bernal Fernández<sup>1</sup>, Ana Álvarez Fernández<sup>1</sup>, José Miguel Rubio Muñoz<sup>1</sup>

1 Instituto De Salud Carlos Iii Laboratorio De Malaria Y Parasitos Emergentes

2 Hospital Universitario De La Princesa Servicio De Microbiología Y Parasitología

### Introducción

*Plasmodium vivax* es el parásito causante de malaria humana con la distribución geográfica más amplia. Presenta formas latentes en el hígado (hipnozoítos) que pueden causar recidivas semanas o meses después de un ataque inicial.

Para su cura radical, el tratamiento de elección es cloroquina más primaquina.

### Objetivos

El objetivo de este estudio es presentar el caso clínico de una paciente con malaria recurrente por *P. vivax*.

### Materiales y Métodos

Se documentaron los datos clínicos, epidemiológicos y el tratamiento recibido. El diagnóstico parasitológico se realizó mediante extensiones finas de sangre, tests de diagnóstico rápido (TDRs) y PCR. El genotipado de las cepas se llevó a cabo mediante análisis del gen *Pvmsp-1* (merozoite surface protein-1).

### Resultados

Se trata de una paciente venezolana que acude al hospital por presentar fiebre, escalofríos y diarrea después de viajar a Venezuela el mes previo. En el laboratorio se observaron formas de *P. vivax* en el frotis sanguíneo, que se confirmaron por PCR. La paciente fue tratada con cloroquina 3 días seguido de primaquina 14 días (15mg/día). Los síntomas remitieron y la paciente fue dada de alta.

Tras dos meses y un nuevo viaje a Venezuela, la paciente regresa con fiebre, escalofríos y cefalea. Las pruebas microbiológicas confirmaron infección por *P. vivax*, administrándose el mismo tratamiento, tras el cual, la paciente se recuperó y el seguimiento parasitológico fue negativo.

Dos meses después y tras viajar a Marruecos, regresa refiriendo escalofríos, fiebre y cefalea, confirmándose una tercera infección por *P. vivax*, que fue tratada con cloroquina 3 días seguido de 28 días de primaquina. Desde entonces (tres meses) la paciente se mantiene asintomática.

El genotipado de las muestras positivas mostró que la infección fue causada por la misma cepa de *P. vivax* en las tres ocasiones.

### Conclusiones

Los resultados del genotipado confirman que las infecciones son debidas a recidivas y no a nuevas infecciones adquiridas en sus viajes. Ante un tratamiento correcto las sospechas se dirigen hacia una posible resistencia de la cepa a primaquina o bien a un efecto metabólico de la propia paciente debido a una mutación en el gen citocromo P-450.

### Financiación

AESI-ISCIH PI17CIII/00035.

## RES0249 Investigación del estigma y las comorbilidades en pacientes de lepra atendidos en un área rural de Etiopía

Cristina Fernández Hoyos<sup>1</sup>, Laura Prieto Pérez<sup>2</sup>, Svetlana Volodina<sup>3</sup>, Miguel Górgolas<sup>2</sup>, Nicolás Cordero Tous<sup>4</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>2</sup>

1 Universidad Autónoma de Madrid Enfermedades Infecciosas

2 IIS-Fundación Jiménez Díaz/Hospital General de Gambo Enfermedades Infecciosas

3 [www.svetlanavolodina.com](http://www.svetlanavolodina.com) Fotografía

4 Hospital Regional Universitario Virgen de las Nieves, Granada Servicio de Neurocirugía. Instituto de Investigación Biosanitaria ibs

### Introducción

La lepra es una de las enfermedades más antiguas que se conocen. A pesar de los continuos esfuerzos, hay un número constante de nuevos casos cada año, provocando un gran estigma en los pacientes que la padecen.

### Objetivos

Evaluar la prevalencia del estigma y la discriminación en pacientes con lepra de una zona rural de Etiopía,

### Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en junio de 2018 en el que se realizó un cuestionario a pacientes con lepra ingresados en un hospital rural del distrito de West Arsi (Etiopía) y que habían completado el tratamiento multimedicamentoso. Se recogió información epidemiológica y clínica incluyendo la presencia de comorbilidades y dolor. Se evaluó la repercusión de esta enfermedad en la vida del paciente en términos de aislamiento, inmovilización o desempleo.

### Resultados

Se incluyeron 19 pacientes, edad media de 45 años y 47% mujeres. De media se les diagnosticó lepra a los 16 años. El 95% de los casos presentaban lepra multibacilar. El 78% de las mujeres estaban casadas, todas con hijos (3 hijos de media). El 70% de

los hombres estaban casados, 90% con hijos. El 84% de los pacientes vivían del campo o estaban desempleados.

El 89% presentaban úlceras, de las cuales el 71% estaban infectadas. Un total de 16 pacientes (84%) se quejaba de dolor y de ellos 12 (75%) urente o quemante, 2 (12.5%) con sensación de frío y 2 (12.5%) eléctrico. Este dolor repercutía en inmovilización (31%), aislamiento (25%) e imposibilidad para trabajar (25%). El estigma causado por la lepra estaba presente en el 90% de los pacientes; la discriminación en el 74%; el 16% vivían ocultos.

## Conclusiones

La lepra y sus efectos continúan aún presentes hoy día entre personas que viven en países de baja renta. Se deberían probar nuevas estrategias más amplias, incluyendo un enfoque holístico, favoreciendo la resiliencia por medio de la orientación por parte de profesionales y otras actividades que conduzcan a aumentar la autoestima redescubriendo el valor personal. La educación continúa siendo el punto clave para aumentar la comprensión y la aceptación de las personas afectadas por lepra.

## Financiación

Nada que declarar.

## RES0250 Estado de salud de los menores no acompañados de nuestra área asistencial

Elia Domènech Marsal<sup>1</sup>, María Méndez Hernández<sup>1</sup>, Berta López Berbel<sup>1</sup>, Núria Mestres Balibrea<sup>1</sup>, M<sup>a</sup>Magdalena Lladó Blanch<sup>2</sup>

1 Hospital Germans Trias i Pujol Pediatría

2 Barcelonés Nord i Maresme Atención Primaria

## Introducción

Durante los últimos años los flujos migratorios han aumentado de manera significativa y con ello la llegada de menores no acompañados especialmente a lo largo del año 2018.

## Objetivos

Describir el estado de salud de los menores no acompañados que viven en los centros de acogida de nuestra área asistencial.

## Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo de los hallazgos epidemiológicos, clínicos y analíticos de los menores no acompañados de nuestra área asistencial visitados entre diciembre 2018 y marzo 2019.

## Resultados

Se han visitado 183 menores con una media de edad de 16,5 años (14-18) todos ellos varones. El 93% originarios de Marruecos.

El estudio analítico (hemograma, bioquímica, interferón gamma M. Tuberculosis y serologías Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, *Treponema pallidum*) se ha realizado a 179. Se han diagnosticado 36 casos de infección tuberculosa latente (20%) y 1 caso de tuberculosis activa (0,55%). 4 pacientes (2,2%) tienen Hepatitis B y no ha habido ningún diagnóstico de Hepatitis C ni de HIV. Además de la patología infecciosa descrita el 10% ha solicitado asistencia psicológica, el 8% presentaba anemia ferropénica y 3.8% han requerido valoración cardiológica.

## Conclusiones

La prevalencia de las infecciones importadas en nuestra cohorte coincide con la descrita en estudios similares previos. A pesar de ser jóvenes sanos, es importante realizar un cribado de salud ya que presentan unos determinantes de salud que les facilitan ser un colectivo vulnerable.

## Financiación

No se ha requerido financiación privada para el estudio. No existen conflictos de intereses

## RES0251 Variables climáticas y transmisión del Paludismo en la Amazonía Peruana

Helena Moza Moríñigo<sup>1</sup>, Laura Prieto Pérez<sup>2</sup>, Ramón Pérez Tanoira<sup>2</sup>, Miguel Górgolas<sup>2</sup>, César Ramal<sup>3</sup>

1 Hospital Virgen de la Salud Medicina Preventiva y Salud Pública

2 IIS-Fundación Jiménez Díaz/Universidad Autónoma de Madrid Enfermedades Infecciosas

3 Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias" Enfermedades Infecciosas

## Introducción

La malaria en el Perú, dominada por *Plasmodium vivax*, ha aumentado rápidamente desde 2012, principalmente en la región amazónica del Departamento de Loreto, donde se producen el 95% de los casos de malaria. La transmisión del paludismo se encuentra relacionada, entre otros, con factores climáticos, ya que el principal vector es sensible a la temperatura, agua, humedad general y del suelo.

## Objetivos

Relacionar el número de casos de paludismo y la especie de *Plasmodium* responsable, con las variables climáticas en Loreto, en el periodo 2010-2017

## Materiales y Métodos

Estudio ecológico realizado con los datos mensuales promedio de temperatura (°C), humedad relativa (%), pluviosidad (mm) y

nivel de río Amazonas (metros) extraídos del Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI), con los casos de confirmados de malaria, entre los años 2010-2017. Se define la Tasa de Incidencia Acumulada (TIA) como el número de casos nuevos de malaria, dividido por la población expuesta en la región de Loreto durante este período.

## Resultados

La transmisión de *Plasmodium* aumenta en las semanas 21-26 (meses mayo a junio), con una TIA de 2,74+/- 0,13 comparado con el promedio anual de TIA de 2,28+/-0,26. Para *P. vivax* la TIA aumenta en las semanas 21-28 (promedio 2,45+/-0,26) comparado con la tasa de todo el año (1,96 +/-0,26). Para *P. falciparum* hay dos picos de incidencia, en las semanas 4-6 y en las semanas 22-23 (TIA de 1,20 +/- 0,0,2, con TIA anual 1,14 +/-0,04).

Las épocas de mayor transmisión coinciden inmediatamente después de los periodos de mayor pluviosidad (abril y mayo, con 259 y 263mm respectivamente) y la consiguiente crecida de los ríos amazónicos (promedio del incremento de 6m). Existe una diferencia de 146 mm de precipitación entre los meses más secos y los más húmedos.

La temperatura permanece estable, con una variación de 1,5°C a lo largo de todo el año.

## Conclusiones

Después de los meses de mayor pluviosidad, abril y mayo, es cuando existe un mayor número de casos de malaria. Estos datos se deberían tener en cuenta a la hora de incrementar los programas de vigilancia en periodos concretos del año en esta zona de la amazonía peruana.

## Financiación

Ninguna

## RES0252 Sospecha de malaria importada en un hospital terciario español

Julia San José Vargas<sup>1</sup>, Marina Robledo Menéndez<sup>1</sup>, Alfonso Gutierrez García<sup>1</sup>, Laura Prieto Pérez<sup>2</sup>, Ricardo Fernández Robals<sup>2</sup>, Alfonso Cabello<sup>2</sup>, Miguel Górgolas Hernández-Mora<sup>2</sup>, **Ramón Pérez-Tanoira**<sup>2</sup>

1 Universidad Autónoma de Madrid

2 IIS-Fundación Jiménez Díaz

## Introducción

Durante los años 60 la malaria fue erradicada en España. Sin embargo, debido a la globalización se han promediado unos 600 casos por año durante los últimos diez años. Existe un importante desconocimiento de la epidemiología y clínica del paludismo, esto provoca que la población general no tome las medidas preventivas adecuadas al viajar a zonas endémicas y además un mal manejo clínico de los casos en los que se sospecha malaria.

## Objetivos

Describir la epidemiología y clínica de los pacientes con sospecha de malaria que acudieron a un hospital terciario en España. Evaluar si la población general que viaja a países endémicos solicita previamente consulta del viajero, toma medidas preventivas y realiza una profilaxis adecuada.

## Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo de los casos en los que se realiza una prueba diagnóstica microbiológica ante la sospecha de malaria (microscopía mediante gota gruesa, inmunocromatografía o PCR) en un hospital de tercer nivel en España durante 2018. Se analizaron aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, así como la estrategia terapéutica elegida y la evolución de los pacientes.

## Resultados

Se incluyeron 90 pacientes, entre los cuales 4 fueron positivos, todos por *Plasmodium falciparum*, y 86 resultados negativos. Los resultados positivos corresponden a dos hombres y dos mujeres, uno provenía de Europa y tres de África, tres eran Visiting Friends and Relatives. El diagnóstico de malaria se relacionó con que los países de procedencia fueran Guinea-Bisáu y Mali (p=0,0471). Todos presentaban síndrome febril, con una duración de los síntomas de 2,7 días antes del diagnóstico.

Los pacientes a los que se les realizó gota gruesa con resultado negativo fueron principalmente pacientes con eosinofilia (11), gastroenteritis aguda (7), fiebre de origen desconocido (8) o donantes de progenitores hematopoyéticos (7)

## Conclusiones

Los casos de malaria se han relacionado con viajes a África y fueron causados por *P. falciparum* en individuos VFR, no habiendo ninguno completado la profilaxis. Procesos como la eosinofilia en pacientes que no se incluyen dentro de los grupos epidemiológicos de riesgo no justifican la sospecha de malaria.

## Financiación

Nada que declarar

## RES0254 Modificaciones de la microbiota en viajeros a áreas tropicales y subtropicales

Carla Franch Serrano<sup>1</sup>, Laura Prieto Pérez<sup>2</sup>, David Carmena Jiménez<sup>3</sup>, Manuel Linares<sup>4</sup>, Martín Casapía<sup>5</sup>, John Narros Sicluna<sup>6</sup>, Ernesto Salazar<sup>7</sup>, José Manuel Ramos<sup>8</sup>, Juan Cuadros<sup>9</sup>, Miguel Górgolas<sup>10</sup>, Alfonso Cabello<sup>11</sup>, **Ramón Pérez Tanoira**<sup>12</sup>

- 1 Universidad Autónoma de Madrid Máster Medicina Tropical y Salud Internacional
- 2 IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid Medicina interna/ infecciosas
- 3 Centro Nacional de Microbiología, IISIII Parasitología
- 4 Fundación IO, Madrid
- 5 Hospital Regional de Loreto "Felipe Sanitago Arriola Iglesias", Iquitos (Perú) Servicio de infecciosas
- 6 Universidad Autónoma de Madrid Grado en Medicina
- 7 Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias" Cirugía
- 8 Hospital General Universitario de Alicante
- 9 Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares Microbiología
- 10 IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid Servicio de infecciosas
- 11 IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid
- 12 IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid Servicio de Infecciosas

## Introducción

La microbiota se ve alterada debido a cambios en la alimentación, factores ambientales y el uso de antibióticos. Estas alteraciones pueden propiciar la colonización por enterobacterias multirresistentes (EMR), *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR) y/o enteroparásitos, lo cual supone un riesgo de transmisión entre trabajadores sanitarios y pacientes.

## Objetivos

Identificar modificaciones relevantes en la flora intestinal y determinar la colonización por EMR, SAMR y protozoos intestinales en viajeros a áreas tropicales o subtropicales previamente no infectados. Además, se pretende cuantificar la colonización por estos microorganismos en trabajadores y pacientes nativos de los hospitales de dichas áreas.

## Materiales y Métodos

Estudio prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel localizado en la ciudad de Iquitos (Perú) y en un hospital rural localizado en Dschang (Camerún). Mediante el uso de medios cromogénicos se detectó la presencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas (CRE) o betalactamasas de espectro extendido (ESBL) y SAMR en viajeros y nativos. Se tomaron una muestra de heces y un exudado nasal, en el caso de los viajeros la recogida de muestras fue realizada pre y post viaje. También se realizó detección de protistas patógenos mediante qPCR (*Giardia duodenalis*, *Entamoeba histolytica/dispar*), ssu-PCR (*Cryptosporidium*, *Blastocystis*) e ITS-PCR (*Enterocytozoon bienensei*).

## Resultados

Cuatro cooperantes (26,7%) adquirieron ESBL, dos CRE (13,3%) y uno SAMR (11,1%). Uno de los cooperantes adquirió *Entamoeba histolytica* en Perú.

En cuanto a la población local, en Camerún se detectaron 9p con ESBL (60%), 2p con CRE (13,3%) y 7p con SAMR (25,9%); en Perú 2p con ESBL (22,2%), 3p con CRE (33,3%) y 16p con SAMR (25,8%). En ningún sujeto se detectó ADN de enteroparásitos.

Agrupando los datos de los habitantes autóctonos con los de los cooperantes que viajaron a cada país se encontró que Camerún presentaba una mayor proporción de adquisición de ESBL (61%) frente a Perú (25%) (14 cultivos de 23 frente a 4 de 16,  $p=0.027$ ).

## Conclusiones

Las poblaciones subtropicales muestran alta de prevalencia de colonización por EMR por lo que el viaje a estas áreas constituye un factor de riesgo para la adquisición de EMR y posterior diseminación en el país de origen.

## Financiación

Fundación IO

Abbvie

## RES0258 Tos persistente y masa pleural en mujer procedente de Ecuador

Sol Maria San José Villar<sup>1</sup>, Cristina Pizarro Sánchez<sup>2</sup>, María Gracia Liras Hernández<sup>1</sup>, Marina Alguacil Guillén<sup>1</sup>, Álvaro López Janeiro<sup>3</sup>, Mercedes Subirats Núñez<sup>1</sup>, Guillermo Ruiz Carrascoso<sup>1</sup>, Elena Trigo Esteban<sup>4</sup>

- 1 Hospital Universitario La Paz - Carlos III Microbiología y Parasitología
- 2 Hospital Universitario La Paz - Carlos III Analisis Clínicos y Bioquímica Clínica
- 3 Hospital Universitario La Paz - Carlos III Anatomía Patológica
- 4 Hospital Universitario La Paz - Carlos III Unidad de Medicina Tropical y del Viajero

## Introducción

Mujer de 57 años, natural de Jipi-Japa, región de Manta (Ecuador), que presenta un cuadro de dorsalgia de características mecánicas y tos seca de meses de evolución. Es valorada en traumatología, donde solicitan radiografía de columna dorsal y tórax. En la radiografía se aprecia engrosamiento pleural en hemitórax izquierdo y en TC torácico se identifica una masa de 34x17x30 mm que realza con contraste compatible con tumor pleural. Es valorada por cirugía torácica para toma de biopsia para estudio anatomopatológico y de micobacterias. Analíticamente destaca eosinofilia relativa en sangre periférica fluctuante desde 2016. La paciente refiere antecedentes de asma persistente y cuadro de características similares hace 22 años en Ecuador (último viaje a Ecuador en enero 2019).

## Objetivos

Descripción del diagnóstico de paciente procedente de Ecuador con sospecha de tuberculosis vs tumor pleural.

## Materiales y Métodos

Revisión de historia clínica y pruebas complementarias.

## Resultados

Los hallazgos anatomopatológicos de la biopsia se informan como pseudoquiste fibroso con abundantes estructuras ovales birrefringentes en su interior, compatibles con huevos de trematodo. Se remite la muestra al servicio de microbiología para identificación definitiva. En el estudio microbiológico se descarta la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes y se confirma la presencia de huevos de *Paragonimus sp.* Tras dichos hallazgos, se analizan muestras de heces y esputo descartando la presencia del parásito.

Seguendo las guías ecuatorianas de tratamiento, se pauta Praziquantel 75 mg/kg/día durante 3 días.

## Conclusiones

La paragonimiasis está considerada por la OMS como enfermedad tropical desatendida. Siendo más prevalente en el sudeste asiático, Ecuador registra la cifra más alta de afectados por paragonimiasis humana en América, con una prevalencia estimada de 50.000 afectados y una incidencia de unos 85 casos al año. Se presenta característicamente como cuadro de tos persistente con componente alérgico, eosinofilia y dolor pleurítico. Aunque no es posible la identificación de la especie en el examen microscópico, el hallazgo es compatible con *Paragonimus mexicanus* por la distribución geográfica. Dada la falta de campos activos de investigación y registro, hay una infranotificación de la enfermedad, por lo que la incidencia y prevalencia reales están infraestimadas.

## Financiación

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

## RES0266 Cambios epidemiológicos de la tuberculosis ganglionar en población migrante y papel de la PCR en orina en el diagnóstico

Miguel Martínez Lacalzada<sup>1</sup>, María Teresa Hernando Redondo<sup>1</sup>, Jesús Fortún Abete<sup>2</sup>, Grisell Starita Fajardo<sup>1</sup>, Andrés González García<sup>1</sup>

1 Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio de Medicina Interna

2 Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio de Enfermedades Infecciosas

## Introducción

A pesar de que en los últimos años ha habido un descenso en las formas pulmonares, durante la última década se ha producido un aumento en las formas extrapulmonares de la tuberculosis, siendo la tuberculosis ganglionar (TBG) la entidad más frecuente. Los actuales cambios en los patrones migratorios condicionan variaciones en la presentación clínica y en la epidemiología de esta patología, añadiéndose nuevos y potenciales métodos diagnósticos.

## Objetivos

Evaluar los cambios en el perfil epidemiológico de la TBG en migrantes y el papel de la PCR en orina en el diagnóstico.

## Materiales y Métodos

Estudio prospectivo realizado en el Hospital Ramón y Cajal, se analizaron los casos con diagnóstico de TBG entre 1997 y 2017, según criterios establecidos, y se evaluó la amplificación de 16S-rRNA en orina mediante PCR, comparándolo con el método de referencia estándar, el cultivo de muestra obtenida mediante PAAF.

## Resultados

Se analizaron un total de 1356 casos de tuberculosis, 252 (19%) fueron TBG. Se observa un descenso significativo de los pacientes con infección por VIH (51% periodo 1997-2007 vs 17% periodo 2007-2017,  $p < 0.001$ ), con un incremento de la TBG en población migrante con 65 (26%) pacientes, principalmente de América del Sur, y mayor porcentaje en los últimos años (16% vs 43%,  $p < 0.001$ ). Observamos un perfil clínico diferente en la población migrante respecto a la población autóctona, siendo una población más joven, con menos comorbilidades y complicaciones (menos VIH, VHC, fiebre, afectación sistémica y hepatopatía crónica). Se realizó cultivo en 36 de 43 pacientes que tuvieron PCR en orina, con cultivo positivo en 24 pacientes (9.5%), 9 de ellos con PCR en orina positiva. El coeficiente de verosimilitud positiva fue 4.50 (95%; IC 0.2-4.96), valor predictivo positivo 90% (95%; IC 71-100), especificidad 92% (95%; IC 76-100) y sensibilidad 37.5% (95%; IC 18.3-56).

## Conclusiones

Los casos globales de TBG han disminuido en los últimos años, con incremento progresivo en población migrante, con diferente perfil clínico, menos comorbilidades y afectación sistémica.

La amplificación del 16S-RNA en orina podría ser un marcador útil para el diagnóstico de TBG en combinación con otras pruebas, teniendo en cuenta su alto valor predictivo positivo coeficiente de verosimilitud positiva, especificidad y poca invasividad.

## Financiación

Ninguna

## RES0271 ¿Se notifican todos los casos de malaria? Malaria importada en España según registro de hospitalizaciones

Víctor Quesada Cubo<sup>1</sup>, Zaida Herrador Ortiz<sup>2</sup>, Diana Gómez Barroso<sup>3</sup>, Agustín Benito Llanes<sup>2</sup>

- 1 Hospital General Universitario Gregorio Marañón Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad
- 2 Centro Nacional de Medicina Tropical Centro Nacional de Medicina Tropical
- 3 Centro Nacional de Epidemiología Centro Nacional de Epidemiología

### Introducción

La malaria es la enfermedad parasitaria humana más importante por su potencial letalidad, elevada morbilidad y su extensión, siendo endémica en 87 países. España se encuentra libre de malaria autóctona, pero siguen existiendo numerosos casos de malaria importada cada año.

### Objetivos

Describir la situación epidemiológica de la malaria importada en España entre los años 1997-2015 a partir de los registros hospitalarios.

### Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria utilizando las hospitalizaciones recogidas en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Se compararon con los casos declarados (EDO), se calcularon las tasas por comunidad autónoma y las tasas de mortalidad. También se analizaron los movimientos de pasajeros del tráfico aéreo comercial internacional y el número de las consultas del viajero, así como la profilaxis antipalúdica prescrita.

### Resultados

Se identificaron un total de 12.066 hospitalizaciones relacionadas con malaria. La especie más frecuente fue *P. falciparum* (59,2%) seguido del no especificado (23,5%). El 63,3% fueron hombres y la edad media fue de 32 años. La tasa de mortalidad global del período fue de 0.26/100.000 muertes y el tiempo medio de hospitalización fue de 6 días. Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron alteraciones hematológicas (22,8%) y complicaciones del embarazo, parto y puerperio (23%) y otras enfermedades infecciosas y parasitarias (18,7%). La mediana de coste por hospitalización fue de 3.395 €. Las comunidades autónomas con mayores tasas de hospitalización fueron: Baleares (80,1 casos por 100.000 personas y año), seguida de Aragón (55,2/100.000) y Madrid (53/100.000). Se observó un aumento exponencial a lo largo de todo el período en el número de pasajeros procedentes

vuelos internacionales, especialmente en los procedentes de África. La quimioprofilaxis antipalúdica y regímenes terapéuticos prescritos presentan una tendencia de crecimiento, así como el número de las consultas del viajero entre 2009 y 2017.

### Conclusiones

Existe un incremento continuo a lo largo del estudio de los casos de malaria que requirieron hospitalización. La prevalencia mayoritaria fue *P. falciparum*, coincidente con la bibliografía. La distribución de hospitalizaciones resultó desigual según año y CCAA. Es necesario seguir conociendo la huella de esta enfermedad en España y reforzar las medidas preventivas y asesoramiento previos al viaje.

### Financiación

Ninguna

## RES0281 Estudio descriptivo de pacientes con serología positiva para *Strongyloides* spp en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Miguel Morante Ruiz<sup>1</sup>, Iris Martínez Alemany<sup>1</sup>, Rafael Rubio Martín<sup>1</sup>, Paula Miguelez Fuertes<sup>1</sup>, Alicia Sánchez Jimeno<sup>1</sup>, Ricardo Fernández Roblas<sup>2</sup>, Ramón Pérez-Tanoira<sup>3</sup>, Beatriz Álvarez Álvarez<sup>3</sup>, Alfonso Cabello Úbeda<sup>3</sup>, Jaime Esteban Moreno<sup>2</sup>, Miguel Górgolas<sup>3</sup>, Ignacio Gadea Gironés<sup>2</sup>, Laura Prieto Pérez<sup>3</sup>

- 1 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Medicina Interna
- 2 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Microbiología Clínica
- 3 IIS-Fundación Jiménez Díaz Enfermedades Infecciosas

### Introducción

*Strongyloides* spp es un geohelmintho de distribución mundial, endémico en regiones rurales tropicales y subtropicales. Se estima que hay aproximadamente 100 millones de personas infectadas en todo el mundo. La globalización, las migraciones y los ciclos de autoinfección por *Strongyloides* spp son algunas causas que explican su elevada

### Objetivos

Describir las características clínicas, analíticas y epidemiológicas de los pacientes con serología positiva para *Strongyloides stercoralis* en un Hospital Universitario de tercer nivel.

## Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron los casos con serologías IgG positiva por enzimoanálisis para *Strongyloides stercoralis* entre los meses de noviembre de 2010 a junio de 2019.

## Resultados

Se estudiaron 49 pacientes (55,1% varones), con una media de edad 55 años. Siete de los pacientes presentaban VIH (14,3%), tres tuberculosis (6,1%), tres enfermedad de Chagas (6,1%), uno *Toxocara* spp y otro paciente una infección diseminada por *Histoplasma* spp. Ningún paciente presentó síndrome de hiperinfestación. El 65,3% procedían de Latinoamérica, siendo en su mayoría de Ecuador 28,1% y Colombia 15,6%.

Se realizó un análisis coproparasitoscópico directo en 32 de los 49 pacientes (65,3%), sin haberse encontrado ningún resultado positivo, aunque en la mayoría se analizaron menos de tres muestras (71,9%). Un total de 21 pacientes (42,8%) refirieron síntomas, de los cuales los más frecuentes fueron cutáneos 57,1% (12p) (uno con *Larva currens* y 11 con prurito), e intestinales 38[H1] % (8p), predominando la diarrea en cinco pacientes. Además, seis pacientes padecieron síntomas pulmonares (tos e hiperreactividad bronquial).

Se administró tratamiento al 79,5% de los sujetos, siendo la pauta de ivermectina durante dos días el esquema de tratamiento más habitual (46,9% del total). El 70,8% de los pacientes presentaban eosinofilia o hipereosinofilia; se observó la resolución de la misma en el 79,4% asociándose esta con la administración de ivermectina ( $p \leq 0,01$ ). El tiempo de respuesta hasta la resolución de la eosinofilia fue 30 días.

## Conclusiones

La serología positiva para *Strongyloides stercoralis* se encontró principalmente en varones sudamericanos asintomáticos con una media de edad de 55 años, inmunocompetentes y con eosinofilia como única manifestación analítica. La administración de ivermectina se asoció con la resolución de la eosinofilia.

## Financiación

Ninguna

## RES0284 Estudio de serie casos con loxoscelismo en una Unidad de Enfermedades Emergentes en México

Raquel Soto Montes<sup>1</sup>, Víctor Quesada Cubo<sup>2</sup>

- 1 Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva
- 2 Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad

## Introducción

El envenenamiento causado por la araña del género *Loxosceles*, con dos formas de manifestación clínica: loxoscelismo cutáneo y sistémico. Su veneno está compuesto por diversas enzimas, una de estas, la esfingomielinasa-D presenta acción proteolítica y necrótica disolviendo los tejidos y causando la muerte celular.

## Objetivos

Describir las características clínicas de pacientes diagnosticados con loxoscelismo en un hospital de tercer nivel en México.

## Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos con loxoscelismo de pacientes atendidos en el Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" (México) en el periodo comprendido entre los años 2015 y 2018. Se describe la clínica, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

## Resultados

Se diagnosticaron siete casos correspondiéndose el 57% (n=4) a hombres y el 43% (n=3) mujeres. La edad media fue de 52,1 DT:19.9 años. Por lugar de residencia: Zona Metropolitana de Guadalajara (29%, n=2), resto del estado de Jalisco (57%, n=4) y Ciudad de México (14%, n=1). El tiempo medio de traslado al hospital fue de 99,4 DT:39 horas. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la atención médica hospitalaria fue de 4 días. El 57% de los casos solicitaron atención médica en dos unidades de salud previas y el 43% solo en una, en ninguno de los casos fue la primera opción la Unidad de Referencia.

Dentro de las manifestaciones clínicas, el 86% (n=6) fueron loxoscelismo cutáneo y el 14% (n=1) sistémico. El sitio de mordedura con mayor frecuencia fue el miembro superior izquierdo (57%), seguido de miembro superior derecho (29%) y miembro inferior izquierdo (14%).

Respecto al tratamiento cinco casos recibieron faboterápico y dos casos la dapsona. La complicación más frecuente fue la fasciotomía (57%), seguido de amputación de miembro (14%).

## Conclusiones

La evolución y pronóstico del loxoscelismo dependen de la sospecha inicial, tiempo de actuación y tratamiento oportuno. La producción y distribución del faboterápico (tratamiento de elección) estuvo durante años detenido en México, lo que complicaba el adecuado manejo de la intoxicación. En 2019 se cuenta de nuevo con el faboterápico que facilita el manejo del loxoscelismo. La formación del personal de salud resulta fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuado.

## Financiación

Ninguna