

# **Simposi de Salut Internacional a l'Atenció Primària**



**10 de Maig 2013**

**Auditori Centre Esther Koplowitz**

# ¿Cuál es el papel de la Atención Primaria en el manejo de la fiebre importada?



*Dra. Ethel Sequeira*

Medicina Familiar i Comunitària.  
CAPSBE Casanova. Comissió de  
Cooperació i Salut Internacional  
(COCOOPSI) – CAMFiC  
Barcelona.

# Atención Primaria



## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

# INMIGRANTES



# VIAJEROS



# INTRODUCCIÓN

- Entre la patología importada, el síndrome febril es muy importante, ya que en pocas horas puede hacer peligrar la vida de una persona.
- Después de la diarrea, la fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los viajeros procedentes de regiones tropicales.
- En general, el riesgo de adquirir una enfermedad febril durante un viaje depende tanto del país visitado como de la duración del viaje, de las actividades realizadas, de la alimentación y del grado de protección (quimioprofilaxis).



# INTRODUCCIÓN

- La fiebre suele presentarse antes de dos semanas tras el retorno en el 70% de los casos, pero en un 10% es después de seis meses.
- Las infecciones son responsables del 2-3% de la mortalidad durante los viajes, pero son la primera causa de morbilidad. Son muchas las posibles causas de la fiebre en el viajero pero sólo unas pocas son responsables del 80% de los casos.
- Alrededor de un 10-25% de los casos se queda sin un diagnóstico definitivo, pero casi siempre se trata de infecciones leves y autolimitadas. Gran parte de los procesos febriles en viajeros procedentes de zonas tropicales están producidos por patógenos habituales.

---

# **Severe Imported *Plasmodium falciparum* Malaria, France, 1996–2003**

Elise Seringe, Marc Thellier, Arnaud Fontanet, Fabrice Legros, Olivier Bouchaud, Thierry Ancelle, Eric Kendjo, Sandrine Houze, Jacques Le Bras, Martin Danis, and Rémy Durand, for the French National Reference Center for Imported Malaria Study Group<sup>1</sup>




21,888 casos de malaria por *P. falciparum* en Francia  
832 casos de malaria complicada  
Identificar factores asociados a la gravedad de malaria

*Emerg Infect Dis* May 2011

Table 5. Factors independently associated with severe malaria among patients treated for *Plasmodium falciparum* malaria in hospitals, France, 1996–2003\*

Variables	Odds ratio (95% confidence interval)	p value
Age group, y		
≤15	1	<0.0001
16–30	0.9 (0.7–1.2)	
31–45	1.06 (0.8–1.3)	
46–60	1.8 (1.4–2.3)	
>60	2.7 (2.0–3.6)	
Origin and residence		
African travelers	1	<0.0001
African residents	1.5 (1.1–1.9)	
European travelers	3.2 (2.6–3.8)	
European expatriates	3.7 (2.9–4.9)	
Others	1.9 (1.5–2.6)	



Chemoprophylaxis			
Appropriate drug†	1	0.001	
No chemoprophylaxis	1.3 (1.1–1.5)		
Inappropriate drug‡	1.5 (1.2–1.9)		
Place of first visit			
Hospital	1		
General practitioner	1.4 (1.2–1.7)	<0.0001	
Time between onset and diagnosis, d			
≤1	1	<0.0001	
2–3	0.9 (0.8–1.2)		
4–6	1.6 (1.3–1.9)		
7–12	1.5 (1.1–1.8)		
>12	0.7 (0.5–0.9)		

## **Travel health. Part 2: advising travellers visiting friends and relatives abroad.**

[Wong CS](#), [Behrens RH](#).

National Travel Health Network and Centre,  
Liverpool School of Tropical Medicine, London.

Nurses in primary care are the predominant providers of pre-travel health services and they have an important and influential role in preventing travel-associated illness

[Br J Nurs](#). 2008 Sep 25-Oct 8;17(17):1099-103

# The awareness of malaria in primary care medicine

[Sabbag A](#), [Schwartz E](#).

Department of Internal Medicine C, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel. [avisabbag@gmail.com](mailto:avisabbag@gmail.com)

The results of the study were disturbing and showed **underdiagnosis of malaria at a rate of 78% by primary care physicians and 28% by physicians in the emergency rooms**. These rates are comparable to reports from other western countries and may be the result of a variety of reasons. The **major reasons are the non-specific presentation of the disease, lack of awareness of the possibility of malaria and misinterpretation of laboratory results**

[Harefuah](#). 2010 Sep;149(9):568-71, 621, 620.

# Nationwide survey of the role of travel medicine in primary care in Germany

[Ropers G](#), [Krause G](#), [Tiemann F](#), [Du Ry van Beest Holle M](#), [Stark K](#).

Department of Infectious Disease Epidemiology, Robert Koch Institute, Berlin, Germany.

Travelers' diarrhea was the most common topic in post-travel consultation (89%), followed by fever (38%). Of the GPs, 25% cooperated regularly with institutions with special expertise in travel medicine or tropical diseases. Sixty-four percent had received some training in travel medicine, and 86% stated a need for additional training.

## CONCLUSIONS:

Travel medicine is of importance in primary health care in Germany. There is a need for improved counseling on exposure and STI prophylaxis. GPs' training in travel medicine and cooperation with institutions such as institutes, clinics and laboratories for tropical medicine should be improved.

# Evaluation of fever in the international traveler. Unwanted 'souvenir' can have many causes.

[Blair JE](#). Division of Infectious Diseases, Mayo Clinic, Scottsdale, AZ 85259, USA. [blair.janis@mayo.edu](mailto:blair.janis@mayo.edu)

As international travel becomes more common, **primary care physicians will be increasingly involved in the treatment of patients who return home with febrile illnesses.**

# Evaluation of fever in the returned traveler.

[McLellan SL](#). Infectious Diseases Section, School of Medicine, Tulane University Health Sciences Center, New Orleans, LA 70112, USA. [smclell@tulane.edu](mailto:smclell@tulane.edu)

A directed diagnostic workup, rational empiric therapy, and appropriate consultation are the tools with which the primary care provider successfully can manage the challenging dilemma posed by the returning traveler with fever

[Prim Care](#). 2002 Dec;29(4):947-69.

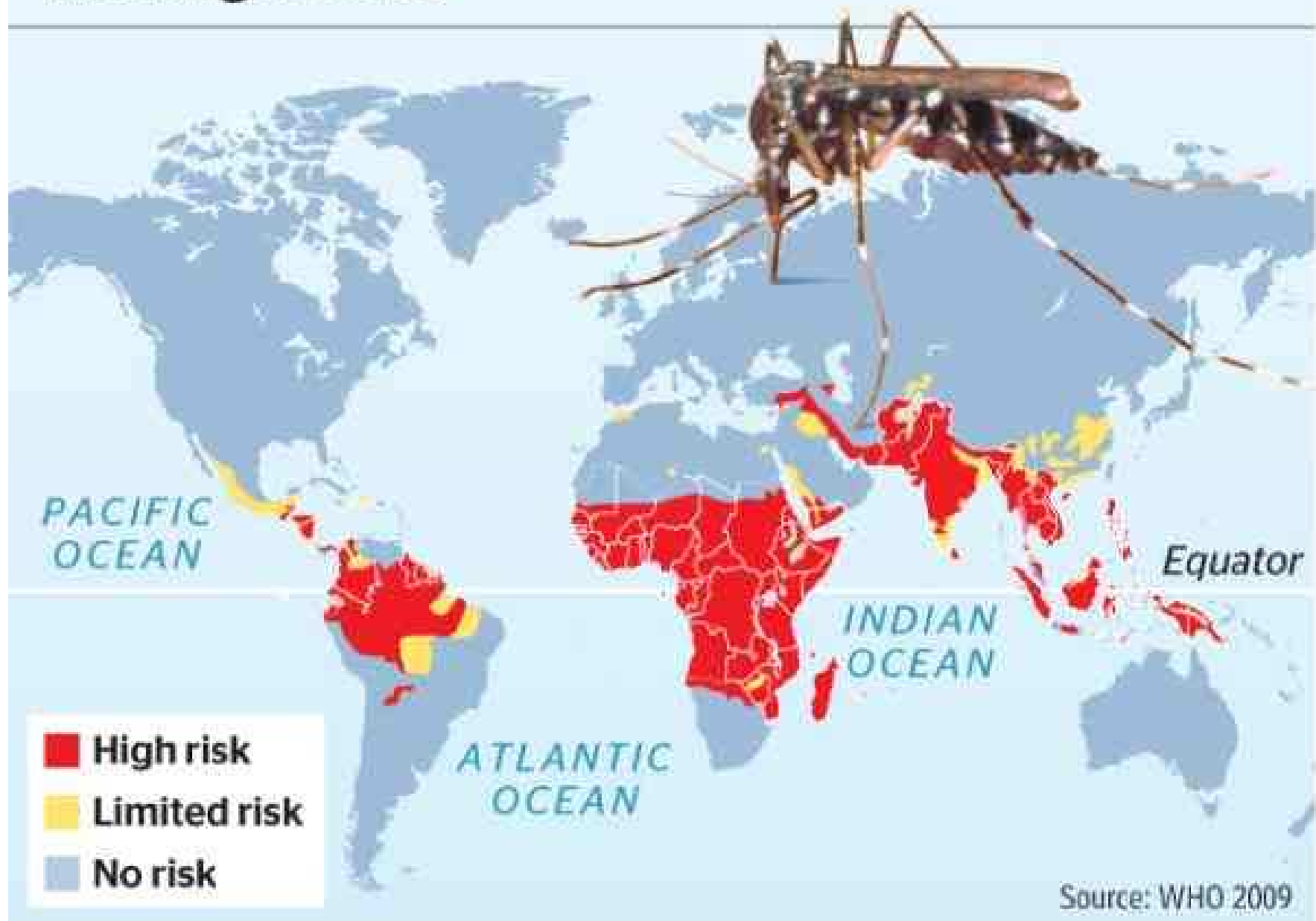
## Algunos pensamientos al respecto:

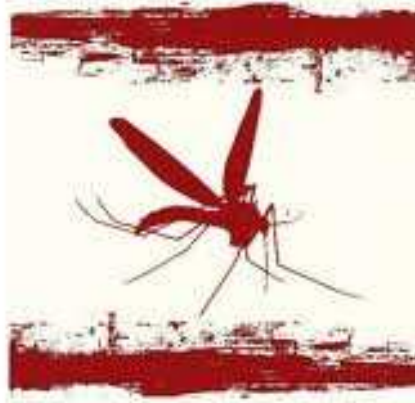
- Se han de **reforzar las recomendaciones de prevención de la malaria** teniendo en cuenta estos datos (edad avanzada, no-inmunes...).
- Se debe **aumentar la “conciencia” de los profesionales sanitarios respecto a la malaria**: siempre preguntar por el antecedente de viaje a un paciente con fiebre, y si existe riesgo de malaria se debe realizar diagnóstico urgente.
- Se debe **facilitar el contacto entre primaria y especializada**.



- La presencia de *fiebre* puede traducir la existencia o presencia de enfermedades potencialmente letales como el *paludismo*, el *dengue*, las *fiebres hemorrágicas*, la *fiebre tifoidea complicada* y las *parasitosis invasivas*.
  - Si el paciente proviene de zona endémica de paludismo, especialmente de lugares con alta transmisión de la enfermedad (como África subsahariana), se cumple el aforismo más irrefutable de la medicina tropical:
    - **Toda fiebre procedente de zona endémica palúdica es un paludismo hasta poder demostrar lo contrario**

## The danger zones

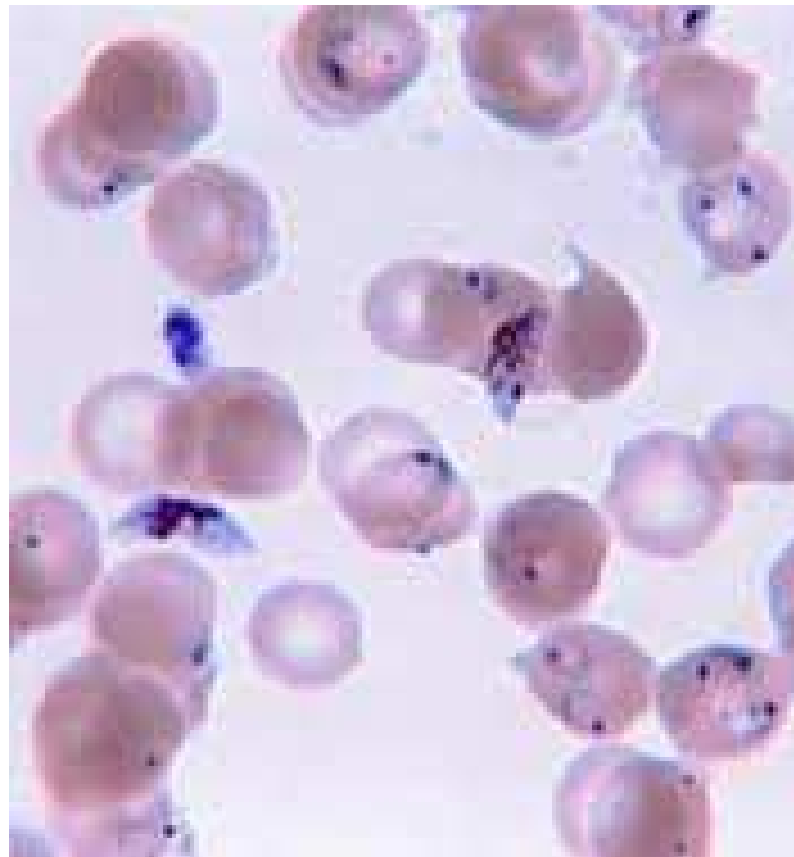




La malaria en población no inmune puede evolucionar de forma muy rápida, de ahí la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoz.

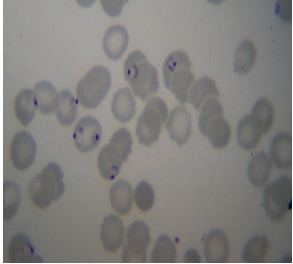

En viajeros no inmunes, está descrito un 0,2-4% de mortalidad, pero ES EVITABLE.

El diagnóstico de malaria debe ser hecho de **URGENCIA** por un laboratorio capaz de dar un resultado fiable en un período corto de tiempo.





No contemporizar a la espera de la evolución clínica del cuadro febril. Si disponemos en AP o en urgencias del hospital, *la primera prueba a realizar es una gota gruesa o una prueba rápida inmunocromatográfica (ICT-Now test©, optiMAL©) para confirmar el diagnóstico de paludismo.*

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Barato y fácil</li> <li>•Determina especie</li> <li>•Cuantifica</li> <li>•Sensible (4-20 p/uL)</li> <li>•Específico (manos expertas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Personal con experiencia</li> <li>•Mantenimiento estructura (en países pobres)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Simple</li> <li>•Fácil de interpretar</li> <li>•No necesaria infraestructura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Algo menor sensibilidad</li> <li>•No determina especie</li> <li>•No cuantifica</li> </ul>

**ICT es un buen complemento a la microscopía en algunos casos, no un sustituto (en países con recursos)**

Se deberá hacer una valoración inicial teniendo en cuenta el destino de procedencia del viaje. Las etiologías más frecuentes según Wilson et al. 2007 son:



Malaria	21%
Diarrea aguda	15%
Infecciones respiratorias	14%
Dengue	6%
Fiebre tifoidea o paratifoidea	2%
Hepatitis	1%

# HISTORIA CLÍNICA

- DESTINO: País, zona del mismo visitada, si es rural o urbana, la altitud o estación del año en la que se ha realizado el viaje.
- En el caso de los inmigrantes es importante conocer, además del país de origen, la ruta migratoria seguida hasta llegar al país de acogida



# EVALUACIÓN DEL SÍNDROME FEBRIL EN VIAJEROS

- **1. Historia clínico-epidemiológica.**

Frente a cualquier síndrome febril en urgencias o en la consulta hay que preguntar: *¿ ha viajado al extranjero recientemente?, ¿a dónde?, ¿cuándo?, ¿ha realizado profilaxis? ¿Qué tipo?*

- **2. Historia epidemiológica.**

Período de incubación de las enfermedades importadas

Riesgos específicos a que el paciente ha estado expuesto: p.ej: baños en aguas dulces (leptospirosis, schistosomiasis), contacto con animales (brucelosis, leptospirosis, psitacosis), contacto con barro, tierra (estrongyloides, anquilostomiasis)....

**BRUCELOSIS**  
**LISTERIOSIS**  
**TBC**  
**FIEBRE TIFOIDEA**  
**SHIGELOSIS**



**HEPATITIS A, E**  
**FIEBRE TIFOIDEA**  
**GEA**  
**CÓLERA**  
**AMEBIASIS**



- **3. Vacunas realizadas.**

Algunas vacunas (VHA y B, fiebre amarilla, tétanos) son muy eficaces y excluyen prácticamente la posibilidad de la enfermedad. Otras sólo dan protección parcial (fiebre tifoidea).

- **4. Profilaxis antipalúdica.**

Una profilaxis correcta no sólo disminuye la posibilidad de sufrir paludismo sino que en caso de tenerlo acostumbra a ser menos grave. La profilaxis antipalúdica previa puede negativizar inicialmente la gota gruesa.

- **5. Historia clínica.**

a/ Patrón febril: puede estar alterado por antitérmicos, ATB o antipalúdicos.

b/ Exploración física. Síntomas y signos a destacar:

Ictericia

Úlceras cutáneas (no genitales)

Tos o dispnea

Erupción máculo-papular

Odinofagia

Dolor abdominal, diarrea

Hepatomegalia

Esplenomegalia

Linfadenopatía generalizada



- Todo síndrome febril sin foco en paciente con viaje reciente al trópico, se recomienda que sea evaluado por un especialista en medicina tropical.
- Las enfermedades cosmopolitas, también existen en el trópico.
- Según el contexto personal del paciente tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la patología no infecciosa.
- La evolución natural de una patología puede estar alterada por fármacos que hayan tomado previamente.
- Los inmigrantes de áreas tropicales con varios años de estancia en nuestro país que viajan de nuevo a su país de origen, tienen el mismo riesgo que los viajeros que hacen turismo de contraer enfermedades por pérdida de inmunidad adquirida

**[www.fevertravel.ch](http://www.fevertravel.ch): an online study  
prototype to evaluate the safety and  
feasibility of computerized guidelines for  
fever in returning travellers and migrants.**

[Ambresin AE](#), [D'Acremont V](#), [Mueller Y](#), [Martin O](#), [Burnand B](#), [Genton B](#).  
Travel Clinic, Medical Outpatient Clinic, University of Lausanne, CH-1011  
Lausanne, Switzerland.

Following the paper publication of practice guidelines for the management of febrile patients returning from the tropics, we constructed a consultation website that comprises a decision chart and specific diagnostic features providing medical **diagnostic assistance to primary care physicians**.

2007 Jan;85(1):19-31. Epub 2006 Oct 11.

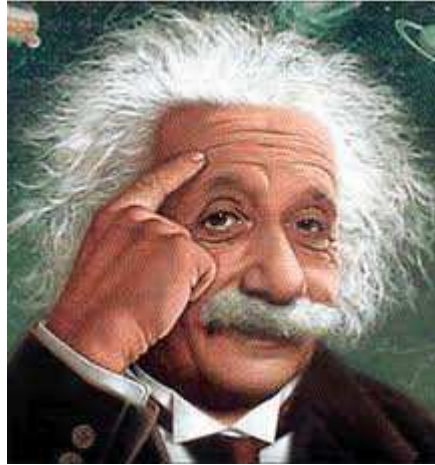
Historia clínica y epidemiológica  
Viaje: duración y características  
¿Viene de una zona con malaria?  
¿Ha hecho profilaxis antipalúdica?  
¿Cuándo ha tomado la última dosis?

Tenemos que pedir:  
Gota gruesa, hemograma, bioquímica y hemocultivos

Según sospecha clínica:  
Serologías específicas, repetir gota gruesa en pico febril, Rx tórax, coprocultivo/parásitos en heces, urocultivo.

No tenemos diagnóstico:  
Derivación a  
unidad de  
medicina  
tropical

1º Piensa



2º Investiga



3º Comparte





MUCHAS GRACIAS