

El término VFRs (*Visiting friends and relatives*), hace referencia a los inmigrantes viajeros (y a sus hijos) que, una vez establecidos en los países de acogida, viajan a sus países de origen, generalmente para visitar a familiares o amigos.

Los patrones de estos viajeros suelen ser diferentes a los de los turistas nacionales. Estos viajes son generalmente de larga duración y a zonas rurales. La higiene del agua y alimentos no alcanzan buenos niveles, suelen estar en contacto estrecho con la población local y, además, sufren una elevada exposición a picaduras de vectores y mordeduras de animales.

En estos pacientes la percepción de susceptibilidad de adquirir enfermedad y sus posibles consecuencias es baja, y representan por tanto el grupo de viajeros de mayor riesgo para la adquisición de enfermedades infecciosas durante el viaje, con el consiguiente riesgo para la salud individual y colectiva.

Este informe pretende servir de herramienta para el abordaje de las especiales características de este grupo de viajeros que sean de importancia para los programas de Salud Pública, posibilitando, por otra parte, el desarrollo de programas educativos que lleguen de manera eficaz al colectivo diana.

Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs)



Enfermedades
infecciosas importadas
por inmigrantes
residentes en España
que se desplazan
temporalmente a sus
países de origen (VFRs)

Equipo de elaboración del informe

Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Pertenciente a la Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET/RD06/0021/0020).

Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Francesca Norman

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Londres. Licenciada en Ciencias Médicas por la Universidad de Londres. Especialista en Medicina Interna. Experto Universitario en Vacunas, Universidad Complutense de Madrid. Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Begoña Monge Maillo

Licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Interna. Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Miriam Navarro Beltrá

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Master en Enfermedades Parasitarias Tropicales, Universidad de Valencia. Experto Universitario en Vacunas, Universidad Complutense, Madrid. Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Bárbara Rodríguez Navaza

Licenciada en Traducción e Interpretación por la Universidad de Vigo. Master en Comunicación Intercultural y Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos por la Universidad de Alcalá de Henares. Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Anne Guionnet

Licenciada en Psicología (Psychologie Clinique et Pathologie) por la Universidad de Paris VII. Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Rogelio López-Vélez

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Fellow en Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Universidad de McGill, Montreal, Canadá. Diploma en Medicina Tropical e Higiene, Universidad de Liverpool, Reino Unido. Responsable de la Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España, que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs) Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España, que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs)

© MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

NIPO Papel: 351-09-048-8

NIPO Línea: 351-09-049-3

Depósito legal: M-32213-2009

Imprime: IMGRAF IMPRESORES S. L.

Enfermedades
infecciosas importadas
por inmigrantes
residentes en España
que se desplazan
temporalmente a sus
países de origen (VFRs)



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Fundación para la Investigación Biomédica
del Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Indice

I. Introducción	9
II. Inmigrantes viajeros: VFR (Visiting Friends and Relatives)	11
III. Objetivos	15
IV. Resultados de la Unidad de Medicina Tropical. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.	17
V. Patología prevalente en VFR	25
V.1 Malaria	25
V.2 Fiebre tifoidea	27
V.3 Tuberculosis	27
V.4 Enfermedades de Transmisión Sexual	29
V.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación Sistemática	31
V.6 Hepatitis A	31
V.7 Parasitosis intestinales	33
V.8 Filarias	33
V.9 Dengue	34
VI. Percepción del riesgo en los inmigrantes que viajan a sus países de origen	37
VI.1 Los Factores Individuales	39
VI.1.1 Tiempo de residencia en España, situación legal en España y proceso de aculturación	39
VI.1.2 El lugar de nacimiento: “Yo soy del Trópico”	41
VI.1.3 Las experiencias pasadas.	42
VI.1.4 Razones atribuidas a las enfermedades asociadas a los viajes	43
VI.1.5 Nivel educativo, nivel socioeconómico en el país de origen	44
VI.2. Microsistema: El entorno próximo	45
VI.2.1 Entorno familiar en el país de origen	45
VI.2.2 Los hijos	46
VI.2.3 Redes de apoyo	46

VI.3 Ecosistema. Los factores socioculturales	47
VI.3.1 El sistema sanitario del país de origen	47
VI.3.2 Concepto de salud y enfermedad	49
VI.3.3 Género	50
VI.4 Estrategias: “yo controlo”	51
VI.5. Los factores externos: el motivo del viaje	53
VI.6 Conclusiones	54
VII. Recomendaciones para la prevención de enfermedades importadas en los inmigrantes viajeros	57
VII.1. Factores a tener en cuenta	57
VII.1.1. Patrón de morbilidad de los inmigrantes viajeros	58
VII.1.2. ¿Cuándo viajan los VFR?	59
VII.1.3. Creencias y prácticas de inmigrantes residentes en España que viajan a sus países de origen	60
VII.1.4. Nivel de conocimientos y prácticas sobre prevención de la malaria en VFR.	61
VII.1.5. Estrategias preventivas propuestas por profesionales de otros países de Europa y Estados Unidos	62
VII.1.6. Nivel de formación de los profesionales de atención primaria en materia de medicina del viajero y percepción de dicho nivel por parte de los VFR.	62
VII.2. Conclusiones	63
VII.3. Enlaces de interés	65
VIII. Conclusiones Generales	67
Bibliografía y Publicaciones / Fuentes oficiales	69

I. Introducción

La inmigración es un fenómeno creciente de nuestra época. Según las cifras publicadas se conoce que la inmigración internacional ha crecido de 120 millones en 1990 a 175 millones en el 2002 y se estima que estas cifras van a seguir aumentando ^{1,2}. En las últimas décadas también se ha observado un cambio en las tendencias con respecto a los países de origen de los inmigrantes y se podría decir que actualmente la mayoría de inmigrantes proceden de países en vías de desarrollo de África, Asia y Latinoamérica, convirtiéndose los países Europeos y de Norte América en los principales países receptores. ²

El número de extranjeros empadronados en España según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística de junio del 2008 se sitúa en 5,22 millones (2,1 millones son ciudadanos de la UE) sobre una población total de 46,06 millones de habitantes. Los colectivos de extranjeros con mayor representación (número total) por grupos de países son los ciudadanos de la Unión Europea (2.095.952), seguidos de ciudadanos de América del Sur (1.541.658), ciudadanos de África (898.489), Asia (253.447), resto de Europa (países no comunitarios) (208.533), América Central y Caribe (170.576) y América del Norte (49.038). En cuanto a la distribución de ciudadanos extranjeros no comunitarios por nacionalidades, los ciudadanos marroquíes son los más numerosos (644.688), seguidos de ecuatorianos (420.110), colombianos (280.705), bolivianos (239.942) y argentinos (145.315). De estos y respecto a cifras de años anteriores se han dado incrementos importantes en el número de ciudadanos marroquíes y bolivianos, mientras que los mayores incrementos relativos en no comunitarios, corresponden a ciudadanos paraguayos y brasileños.

En la tabla 1 queda reflejada la distribución de ciudadanos extranjeros en España y la variación con respecto a las cifras del año 2007, según datos oficiales.

Tabla 1: Distribución de población extranjera en España por países.

Población extranjera en España por países						
	A 1 de enero de 2008 (Datos provisionales)		A 1 de enero de 2007 (Datos definitivos)		Variación absoluta	Variación relativa en %
	Nº de personas	% respecto al total de extranjeros	Nº de personas	% respecto al total de extranjeros		
Total	5.220.577	100,0	4.519.554	100,00	701.023	15,5
Rumanía	728.967	14,0	527.019	11,7	201.948	38,3
Ecuador	420.110	8,0	427.099	9,5	-6.989	-1,6
Reino Unido	351.919	6,7	314.951	7,0	36.968	11,7
Colombia	280.705	5,4	261.542	5,8	19.163	7,3
Bolivia	239.942	4,6	200.496	4,4	39.446	19,7
Alemania	180.650	3,5	164.405	3,6	16.245	9,9
Italia	157.435	3,0	135.108	3,0	22.327	16,5
Bulgaria	153.664	2,9	122.057	2,7	31.607	25,9
Argentina	145.315	2,8	141.159	3,1	4.156	2,9
Portugal	126.651	2,4	100.616	2,2	26.035	25,9
China	124.022	2,4	106.652	2,4	17.370	16,3
Perú	120.272	2,3	103.650	2,3	16.622	16,0
Brasil	115.390	2,2	90.161	2,0	25.229	28,0
Francia	112.349	2,2	100.408	2,2	11.941	11,9
Polonia	78.305	1,5	61.464	1,4	16.841	27,4
Ucrania	77.713	1,5	69.983	1,5	7.730	11,0
República Dominicana	76.954	1,5	65.119	1,4	11.835	18,2
Paraguay	66.710	1,3	46.238	1,0	20.472	44,3
Venezuela	57.679	1,1	51.481	1,1	6.198	12,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (Avance del Padrón municipal a 1 enero 2008)

II. Inmigrantes Viajeros: Visiting Friends and Relatives (VFRs)

Acompañando a este fenómeno migratorio de años de evolución aparece un grupo de inmigrantes específico cuyas características ya empiezan a definirse en muchas publicaciones de la literatura científica internacional reciente, que son los inmigrantes que viajan a sus países de origen para visitar a familiares y amigos. Estos “inmigrantes viajeros” son conocidos como VFRs por las siglas en inglés que corresponden a Visiting Friends and Relatives. Este grupo representaría una minoría dentro de la totalidad de la población, pero es un grupo que representa una proporción importante de los viajeros internacionales según demuestran varios estudios.⁵ Aproximadamente 50 millones de personas viajan anualmente a destinos tropicales o subtropicales y los VFR suponen de un 25-40% del total de estos viajeros^{2, 3, 4, 5}. En el 2002, un estudio en EEUU estimó que un 40% de todos los viajeros internacionales que utilizaban el avión como medio de transporte eran VFRs⁶. Otro estudio, esta vez europeo, reflejaba que de los 2 millones de visitantes a África procedentes del Reino Unido en el año 2000, un 40% eran VFRs.^{7, 8} En los últimos años han cambiado las circunstancias que favorecen la inmigración: previamente los flujos migratorios se veían influenciados por las malas condiciones en el país de origen, mientras que actualmente la inmigración está más condicionada por las oportunidades presentes en el país receptor y otros motivos como la reagrupación familiar⁹. Es más probable que estos inmigrantes más “recientes” regresen a su país como VFRs y se prevé que el número de VFRs siga aumentando. Sin embargo, no existen todavía suficientes datos y estadísticas oficiales de este subgrupo de viajeros que como ya se ha dicho, está empezando a definirse en los últimos años, pero cuyas características merecen estudio por varias razones.

El término VFR podría aplicarse, en teoría, a cualquier persona que viaja para visitar a familiares o amigos en un país extranjero, pero, en general se considera VFR a un inmigrante que es de etnia y/ o raza distinta a la mayoría de la población del país de residencia y que viaja a su país de origen. Típicamente estas personas viajan de un país más desarrollado a un país de menos recursos. Los viajeros VFR son en su mayoría inmigrantes (nacidos en países extranjeros) y sus hijos, que con frecuencia han nacido en el país receptor y se ha constatado en varios estudios que existen diferencias significativas en cuanto al riesgo de adquisición de enfermedades prevenibles relacionadas con el viaje cuando se comparan con personas que viajan por otro motivo, como puede ser por turismo o negocios^{2, 10, 11}. Los VFRs tienen mayor riesgo de malaria, hepatitis A y B, enfermedades de transmisión sexual, fiebre tifoidea, enfermedades prevenibles por vacunas sistemáticas infantiles como el sarampión o la varicela, parasitosis intestinales y tuber-

culosis, por ejemplo, que otros viajeros^{2,3,10,12}. También es probable que las tasas de enfermedad en VFRs al regreso del viaje estén infraestimadas puesto que este grupo presenta mayores dificultades que la población autóctona para acceder a los servicios sanitarios.¹³

Este mayor riesgo de los VFRs se relaciona con las características intrínsecas de este grupo que además habitualmente viaja de un país más desarrollado a uno menos desarrollado.

En las zonas visitadas por los VFR puede existir mayor transmisión de patógenos locales. Por razones obvias, existe una mayor carga de enfermedades prevenibles en los países con menos recursos.⁹ Según varios estudios los inmigrantes son un grupo especialmente susceptible a las enfermedades prevenibles mediante vacunación y precisamente estas enfermedades tienden a ser más frecuentes en los países menos desarrollados que visitan los VFRs. Existen menores tasas de vacunaciones sistemáticas infantiles en los inmigrantes que en la población general.¹⁴ Además para algunas otras enfermedades prevenibles, como la hepatitis A, la adquisición en el país visitado puede tener como consecuencia posterior la transmisión local de la enfermedad tras su regreso a su país de residencia (habitualmente de endemicidad baja).¹⁵

Los VFRs con frecuencia viajan a zonas con una infraestructura sanitaria y turística menos desarrollada. Las zonas visitadas también pueden ser más remotas y en ambiente rural, que las visitadas por un turista convencional, lo cual conllevaría además el uso de fuentes locales de agua y el consumo de comida tradicional/preparada localmente. Algunas prácticas, como el dormir en el suelo, se asocian con un mayor riesgo de algunas zoonosis.

Los viajes suelen ser de mayor duración y es más probable el regreso en varias ocasiones a la zona. Estos viajes se planifican en ocasiones con menor tiempo sobre todo si se visita a un familiar enfermo o se asiste a un funeral. Esto resultaría en un menor uso de las consultas de consejo pre-viaje y de las vacunaciones recomendadas a los viajeros. Precisamente, este grupo puede tener además menores recursos para acceder a estas consultas especializadas y a los programas de vacunación tanto sistemáticos como especiales. Estos problemas de acceso pueden estar relacionados con un menor recurso económico y con barreras lingüísticas y culturales que dificultarían el conocimiento y acceso a los recursos en un país extranjero

Los VFRs por definición tienen mayor contacto con la población local y mayor participación en actividades familiares y sociales. Por estos motivos, también existe un mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH.

Con frecuencia los hijos de VFRs que también viajan, han nacido en países ricos en recursos y por eso pueden tener aun mayor morbimortalidad asociada al viaje, al carecer de un grado de inmunidad que los padres pueden haber adquirido tras exposición durante su infancia en su país de origen⁽¹⁰⁾ No hay que olvidar que para algunas enfermedades como la malaria este grado de protección se pierde con

el paso del tiempo al abandonar la zona endémica, así que los padres pueden no estar protegidos.

Por último, puede existir una falta de percepción de riesgo: los VFRs tienden a adoptar menos medidas de protección frente a exposiciones como las picaduras de insectos, sometiéndose a mayor riesgo de enfermedades transmitidas por artrópodos.¹⁰ Además, por la familiaridad con el entorno y las enfermedades endémicas, algunas infecciones como la malaria no se perciben como enfermedades potencialmente graves, lo cual disminuye el uso de medidas profilácticas para evitarlas.¹⁶

III.Objetivos

Los objetivos principales del informe técnico sobre VFRs son:

- Describir las características de los VFRs .
- Describir las características de la patología asociada a los VFRs y su impacto sobre la Salud Pública.
- Desarrollar estrategias de prevención y educación sanitaria para VFRs

IV. Resultados de la Unidad de Medicina Tropical hospital Ramón y Cajal. Madrid

En la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal se han atendido en el periodo de 1989 a Junio de 2008 un total de 287 casos de VFR. De esta cohorte un 61,8 % eran africanos, mayoritariamente de África Subsahariana (60,8%). Un 34,7% provenían de América Central, del Sur y Caribe, con una preponderancia de aquellos llegados de América del Sur (25,6%). Les siguen en frecuencia Asia (3,1%) y América del Norte (0,34%). (Tabla 2, Figura 1). Si nos detenemos en los países de origen más frecuentes (Figura 2) destaca, con diferencia, Guinea Ecuatorial, con un 36,1 %, le siguen, Ecuador (11,1%), Nigeria (5,9%) y Bolivia (4,5%).

La media de edad de nuestra cohorte es de 35 años, evidenciándose un predominio de las mujeres, con un total de 155 (54%) frente a los 132 varones. La duración media del viaje realizado es de 2 meses y la mediana de tiempo transcurrido desde su llegada a España y la consulta médica es de 1 mes, agrupándose un 75 % de la cohorte en el periodo de tiempo que va desde los diez días a un mes. Los meses del año donde se agrupan el mayor número de regresos de viaje son los meses de enero y septiembre (Figura 3).

Los motivos de consulta más frecuentes se resumen en la Tabla 3. A la cabeza de los mismos, y con diferencia, se encuentra la fiebre, con un total de 133 casos (46,3%). Le sigue la patología cutánea con 65 casos, de entre los cuales el motivo de consulta más frecuente es el prurito (37 casos). Destacar la cefalea con 58 casos seguido de la diarrea con 37. En la mayoría de los casos (un 39%) el paciente presenta un único motivo de consulta habiendo dos, tres y cuatro en un 23, 18, y 11,1% respectivamente. En diez ocasiones fueron 5 y hasta 6 sintomatologías diferentes las que motivaron la consulta.

Hay dos hallazgos analíticos relevantes que han sido la causa de que el paciente VFR haya sido remitido a nuestra Unidad para estudio. Estos son la anemia y la eosinofilia con un 10,1 y 15 %, respectivamente.

En 27 casos (9,4 %) el paciente acude a la consulta estando asintomático y para la realización de un examen de salud.

De los 288 casos de nuestra cohorte llegamos a uno o varios diagnósticos en 249 de ellos, es decir en un 86,8%. Los diagnósticos más frecuentes se resumen en la Tabla 4.

Se diagnosticaron 84 infecciones por virus hepatotropos, de las cuales 77 fueron por VHB, 5 por VHC, 1 por VHA y 1 por VHE. La distribución de la hepa-

titis B fue de un caso de hepatitis aguda, 67 de hepatitis B pasada, de los cuales 12 presentaban anticuerpos anticore aislados, y finalmente 9 de portadores crónicos.

El grupo de africanos Subsaharianos fueron los que presentaron una prevalencia más alta de hepatitis, suponiendo 67 de los 77 casos de VHB (1 aguda, 59 pasada y 8 crónicas) y 4 de los 5 de VHC.

Se diagnosticaron 5 casos de tuberculosis pulmonar activa, estableciendo como tal la presencia de una tinción de auramina de esputo positiva o el cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* o bien un hallazgo radiológico compatible y una respuesta favorable al tratamiento con tuberculostáticos. Los países de origen de cada uno de estos cinco casos fueron, Bangladesh, Cabo Verde, República Dominicana, Marruecos y Perú. Ninguno de ellos era VIH positivo. No hubo casos de tuberculosis extra pulmonar. En 45 casos el PPD fue positivo, considerando como tal a aquellos con induración superior a los 10 mm o a los 5 mm en inmunodeprimidos. De ellos 34 eran Subsaharianos, 10 de América del Sur y 1 del Sudeste Asiático.

De entre los diagnosticados de tuberculosis pulmonar latente se instaura tratamiento con Isoniacida 300 mg durante 6 meses en 27 casos. De ellos, sabemos con certeza que se cumplen los 6 meses de tratamiento en 12 casos, los 14 restantes siguen control ambulatorio por su Médico de atención primaria que vigilará no sólo la adherencia terapéutica, sino además los posibles efectos tóxicos de la medicación. En 8 pacientes no está indicado el tratamiento fundamentalmente por la edad y el tiempo estimado desde la exposición. En otros 8 casos no se instaura la profilaxis porque el paciente no acude a la revisión de resultados y en 2 casos no tenemos acceso a la historia clínica.

Diez casos fueron VIH positivos, de ellos, 6 eran hombres y 4 mujeres. Si lo analizamos por zonas de origen, 3 casos provenían de África del Oeste, 5 de África Central y 2 de América del Sur.

Se diagnosticaron 5 casos de infecciones de transmisión sexual (ITS): tres casos de sífilis latente (basado en RPR positivo) dos mujeres y un hombre, 1 caso de vaginosis bacteriana y 1 caso de herpes virus genital en un varón. En los 5 casos de ITS los pacientes eran de origen Subsahariano.

Si analizamos las infecciones parasitarias por orden de frecuencia se encuentra a la cabeza la malaria con 71 casos, seguido por los 19 casos de filarias y 11 de parasitosis intestinales.

De los 71 casos de malaria 43 fueron en hombres y 28 en mujeres. En cuanto a los agentes causales, hubo 55 episodios por *Plasmodium falciparum*, 7 por *Plasmodium sp.*, 4 por *Plasmodium ovale*, 3 por *Plasmodium vivax*, 1 por *Plasmodium malariae*, 1 caso por *Plasmodium falciparum* y *vivax*. La distribución geográfica de los episodios de malaria fue de 39 en África central, 2 en África del Este, 26 en África del Oeste, 1 en América Central y Caribe, 2 en América del Sur y 1 de Asia.

El agente etiológico preponderante en África Subsahariana fue el *Plasmodium falciparum* con un total de 54 casos mientras que el *Plasmodium vivax* fue el más frecuentemente encontrado en América Central, del Sur y el Caribe.

Revisados los casos de malaria en VFR diagnosticados en nuestra unidad, salvo 8 casos en los que no quedaba reflejado en la historia, ninguno de ellos había realizado consulta pre-viaje en nuestra Unidad, y de aquellos que tomaron profilaxis antipalúdica no existe información sobre donde se indicó. Si asumimos que aquellos que tomaron profilaxis realizaron consulta previa al viaje con un facultativo, esto solo supondría un 16,9 % (12 casos). Es más, si analizamos la pauta y el cumplimiento de la profilaxis, sólo la completan correctamente dos pacientes, 9 la realizan a las dosis inadecuadas o suspenden la medicación antes de tiempo, y en 1 caso no recuerda qué medicación se le administró.

En 41 casos el motivo de consulta de los diagnosticados de malaria fue la fiebre, le siguen los 15 casos que debutaron con cefalea, 7 que acudieron por diarrea y 1 por ictericia. En 5 casos, lo que supone el 7,1 %, los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico.

El diagnóstico por gota gruesa y frotis se realizó en 63 de los casos, con una PCR positiva para malaria en 24 casos.

Desglosando los tratamientos recibidos en los 71 casos de malaria, excepto 8 a los que no tenemos acceso a la historia, vemos que predominantemente se trataron con mefloquina y pirimetamina-sulfadoxina en 17 casos, le sigue el tratamiento sólo con mefloquina en 15 casos y atovuona-proguanil en 9 ocasiones.

La coinfección de malaria y VIH se determinó en 3 casos (4,3 % del total de malarias).

Como ya hemos mencionado se detectaron 19 casos de filariasis: dos casos de *Mansonella perstans*, uno de *Loa loa*, y 16 *Onchocerca volvulus*. En todos los casos se trataba de pacientes provenientes de África Central.

Los agentes hallados como responsables de los 15 casos de parasitosis intestinales fueron los siguientes: no patógenos, 2 casos de *Endolimax nana* y 3 de *Entamoeba coli*. En cuanto a los patógenos, hubo 1 caso de *Entamoeba histolytica var dispar*; y 2 de absceso hepáticos por *Entamoeba histolytica*. Se diagnosticaron 3 casos por *Giardia Lambia* 1, caso de *Enterobius vermicularis* y 1 caso de *Strongyloides stercoralis*, y finalmente dos casos de *Tenia saginata*.

El caso de *Entamoeba histolytica var dispar* procedía de América del Sur al igual que las giardiasis, mientras que los abscesos hepáticos por *Entamoeba histolytica* lo hacía de América Central y Caribe.

Los dos casos de nematodos se localizaron, *Strongyloides* en África Central y el caso de *Enterobius vermicularis* en América del Sur.

De los dos casos de *Tenia saginata* uno provenía de América del Sur y el otro del sudeste asiático.

Debemos mencionar otras parasitosis no intestinales que se hallaron en nuestra cohorte de VFR y que fueron, un caso de toxoplasmosis, un caso de *Toxocara canis* y 10 de *Toxocara sp*. Finalmente hubo un diagnóstico de *Fasciola hepatica* procedente de América del Sur.

Continuando con las infecciones parasitarias, aunque en este caso de menor incidencia, encontramos dos casos de esquistosomiasis. Uno por *Schistosoma haematobium* en un paciente procedente de África Central, concretamente de Camerún. En el segundo caso se determinó *Schistosoma sp* y el paciente procedía también de África Central, en este caso de Guinea Ecuatorial.

Se diagnosticaron 11 casos de dengue. De entre ellos, en dos ocasiones se tuvo una alta sospecha clínica por la sintomatología, los antecedentes epidemiológicos y la zona de viaje, sin embargo en la historia no tenemos acceso a los resultados serológicos. En otros dos casos la sospecha clínica se acompañó de una serología con IgG positiva. En los 7 pacientes restantes se evidenció una serología positiva con IgG e IgM. En dos de estos últimos se realizó a su vez PCR donde se determinó un virus dengue serotipo 3 y un serotipo 1. El destino del viaje más frecuente fue América del Sur en 5 casos, seguido de América Central y caribe en 4, Asia en 2 y África Central en 1. La forma de presentación más frecuente (5 casos) fue la fiebre.

En menor medida se determinaron otros diagnósticos como 3 casos de infección gástrica por *Helicobacter pylori*, 2 casos de fiebre tifoidea y 1 de larva cutánea migrans.

Tabla 2. Zonas de origen de pacientes VFR atendidos en la UMT del Hospital Ramón y Cajal.

	Frecuencia (casos)	Porcentaje (%)
África Central	116	40,4
África Este	5	1,7
África Norte	3	1,0
África Oeste	53	18,5
América Central-Caribe	26	9,1
América Norte	1	0,3
América Sur	74	25,8
Asia Oeste y Sur-Oeste	1	0,3
Asia Sur-Este	3	1,0
Asia Sur Central	5	1,7
Total	287	100,0

Figura 1. Mapa de distribución de las zonas de origen de los VFRs atendidos en la UMT

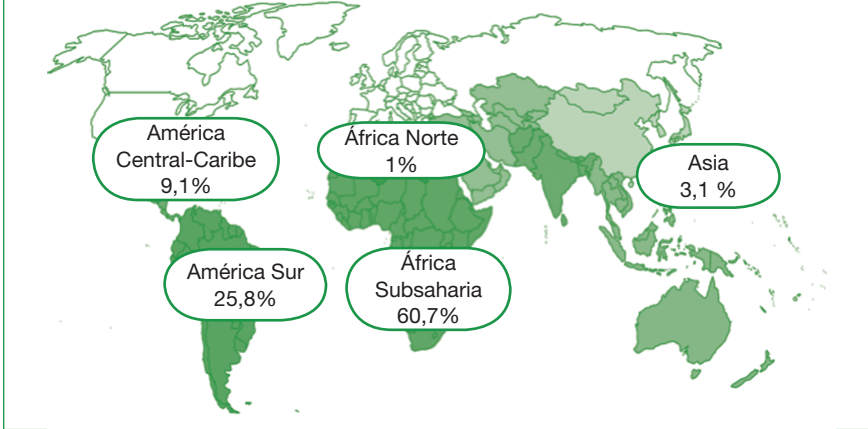


Figura 2. Países de origen de VFRs atendidos en la UMT, Hospital Ramón y Cajal.

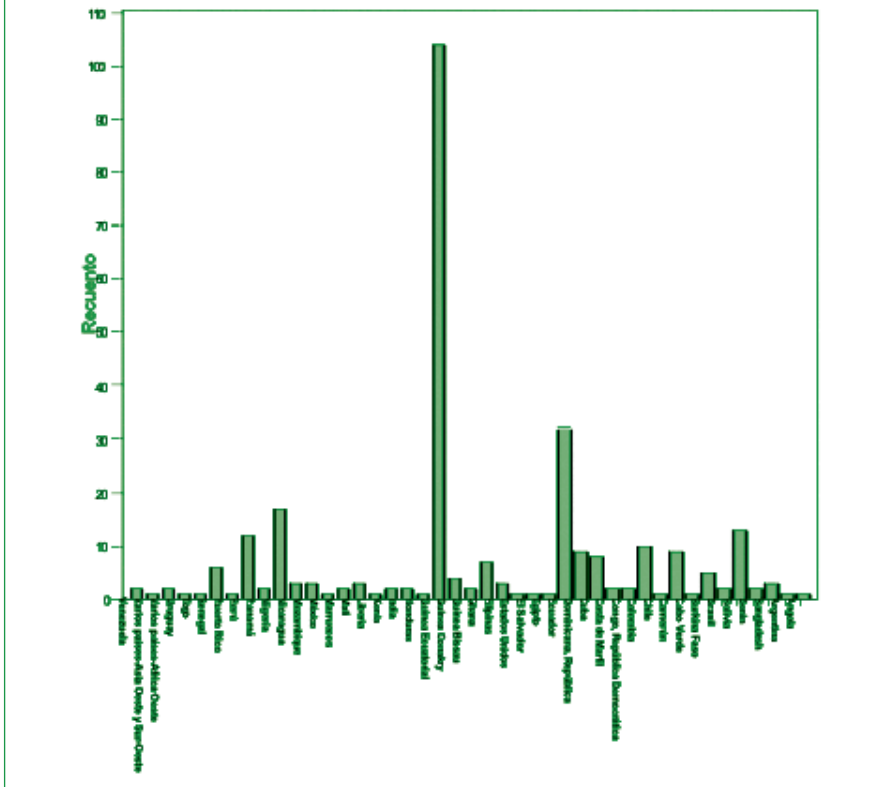


Figura 3. Meses de regreso de viaje en pacientes VFR atendidos en la UMT.

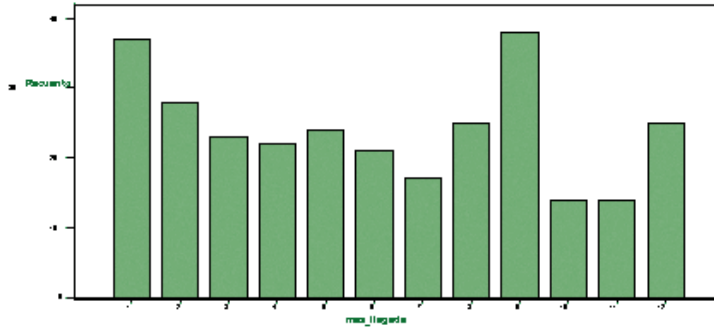


Tabla 3. Motivos de consulta de pacientes VFR atendidos en la UMT

	África Subsahariana (nº casos/ % del total)	África Norte (nº casos/ % del total)	América Central-Caribe (nº casos/ % del total)	América Sur (nº casos/ % del total)	Asia (nº casos/ % del total)	Total
Fiebre	92 (32%)	3 (1%)	8 (2,8%)	26 (9,1%)	4 (1,4%)	133 (46,3 %)
Lesiones Cutáneas	44 (15,3%)	0	4 (1,41%)	14 (4,9%)	3 (1%)	65 (22,6%)
Cefalea	44 (15,3%)	2(0,7 %)	2 (0,7 %)	9 (3,1%)	1(0,3%)	58 (20,1%)
Osteo-muscular	35 (12,2%)	1 (0,3%)	2 (0,7 %)	8(2,7%)	2(0,7 %)	48 (16,6%)
Diarrea	29 (10,1%)	0	2 (0,7 %)	6 (2,1%)	0	37 (12,8%)
Dolor abdominal	20 (7%)	0	1 (0,3%)	3 (1%)	3 (1%)	27 (9,4%)
Tos	9 (3,1%)	0	2 (0,7 %)	7 (2,4%)	0	18 (6,3%)
Astenia	5 (1,7 %)	0	2 (0,7 %)	5 (1,7%)	1 (0,3%)	13 (4,5%)
Hematuria	7 (2,4%)	0	0	0	0	7 (2,4%)
Síndrome Urogenital	5(1,7 %)	0	0	1(0,6%)	1(0,3%)	7 (2,4%)
Síndrome Miccional	5(1,7 %)	0	1(0,3%)	0	0	6 (2,1%)
Disnea	1(0,3%)	0	1(0,3%)	2(0,7 %)	0	5 (1,7%)

No se detectaron casos de pacientes provenientes de América del Norte que cumplieran los motivos de consulta mencionados en la Tabla.

Tabla 4. Diagnósticos más frecuentes en pacientes VFR atendidos en la UMT

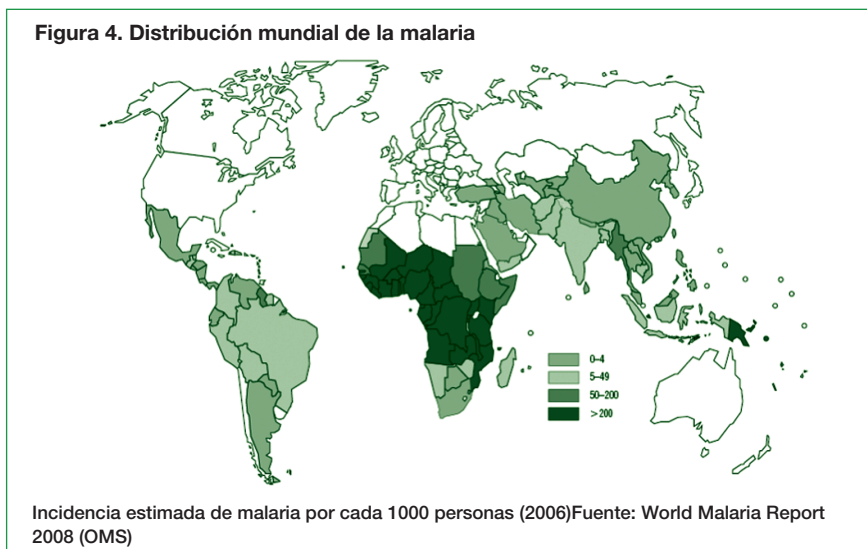
	Africa Subsahariana (n° casos/ % del total)	África Norte (n° casos/ % del total)	América Central-Caribe (n° casos/ % del total)	América Sur (n° casos/ % del total)	Asia (n° casos/ % del total)	Total
Malaria	67 (23,3%)	0	1 (0,3%)	2 (0,7 %)	1 (0,3%)	71 (24,7%)
VHB pasada	47 (16,3%)	1(0,3%)	3 (1%)	2 (0,7 %)	2 (0,7 %)	55 (19,2%)
TBC latente	34 (11,8%)	0	0	10 (3,4%)	1 (0,3%)	45 (15,6%)
Filarias	19 (6,6%)	0	0	0	0	19 (6,5%)
Virus dengue	1 (0,3%)	0	4 (1,4%)	5 (1,7 %)	2 (0,7 %)	11 (3,8%)
Parásitos intestinales	5 (1,7 %)	0	2 (0,7 %)	7 (2,43%)	1 (0,3%)	15 (5,2%)
VIH	4 (1,4%)	0	0	2 (0,7 %)	0	6 (2,1%)
ETS	5 (1,7 %)	0	0	0	0	5 (1,7 %)

No se detectaron casos de pacientes provenientes de América del Norte con los diagnósticos mencionados en la Tabla.

V. Infecciones más frecuentes en VFRs

V.1 Malaria

La malaria está producida por el protozoo (parásito) *Plasmodium sp* y supone el 2,3% de todas las enfermedades a nivel mundial y el 9% en África. Se estima que anualmente ocurren de 200 a 500 millones de casos, estando entre el 50 y 90% en África. Es responsable de más de 1 millón de muertes, el 90% de ellas ocurre en África subsahariana y entre los niños menores de 5 años. La distribución del parásito es amplia por todas las zonas tropicales, existiendo actualmente más de 100 países endémicos (Figura 4). Se produce principalmente en América Central y del Sur, República Dominicana, Haití, África, Asia (India, Sureste Asiático y Oriente Medio), este de Europa y Pacífico Sur. La distribución por especies es la siguiente: *P. falciparum* en África, Sudeste Asiático, India y Sudamérica. *P. malariae* se distribuye en toda el área intertropical pero es poco frecuente. *P. ovale* predomina en África (casos aislados en otros continentes). *P. vivax* en América Central, Sudamérica, Asia, Oriente Medio y algunos países de la cuenca mediterránea (Turquía, Marruecos, Egipto). *P. knowlesi* es infrecuente pero en los últimos años se han detectado casos en algunos países del Sudeste Asiático. Las muertes por malaria son atribuibles casi en su totalidad a la infección por *Plasmodium falciparum*.



En muchos países desarrollados la mayoría de casos de malaria importada se diagnostican en VFRs.^{10,17} Un estudio reciente de GeoSentinel, una red global de centros especializados en medicina del viajero, que analiza los datos recogidos de más de 12,000 viajeros, constató que los VFRs inmigrantes tenían un riesgo mucho mayor de ser diagnosticados de malaria que los que viajaban por turismo (Odds Ratio 4.5). En el grupo de VFRs con malaria, el diagnóstico fue de *Plasmodium falciparum* en un 86.8% de los casos.³ Los resultados publicados por otros grupos están acorde con estos hallazgos. Se han analizado recientemente los casos de malaria importada en el Reino Unido (datos de 1987 al 2006), encontrándose que un 64.5% de todos los casos (13,215 de un total de 20,488 casos de malaria) se diagnosticaron en VFRs. La mayoría de estos había viajado a algún país de África o Asia. Se constató un aumento significativo en los casos de malaria importada, en general, durante este periodo de 20 años y un aumento en el número de casos producidos por *P. falciparum*. Un dato importante que se resalta en este estudio es que el uso de la quimioprolifaxis contra la malaria en los VFRs era menor que en los otros grupos de viajeros.¹⁸ Un estudio español que analizó los casos de malaria importada registrados en Barcelona entre 1989 y 2005, también objetivó una proporción importante de casos en VFRs (40.7% de un total de 1.579 casos).¹⁹

Los niños viajeros constituyen un grupo especial, puesto que tienen distintos factores de riesgo para adquirir malaria que los adultos y un mayor riesgo de desarrollar enfermedad severa que los adultos porque es más probable que carezcan de cualquier grado de inmunidad. La mayoría de los casos de malaria en niños se registra en países endémicos, pero además se estima que un 15-20% de todos los casos de malaria importada ocurre en este grupo.^{20, 21, 22} En la serie de 49 casos de malaria importada en niños durante el periodo 1990 a 1999, de la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal, un 90% de los casos se dieron en inmigrantes y el motivo principal del viaje fue el visitar a familiares en el país de origen.²³ Además, según una revisión reciente la incidencia de malaria importada en niños está aumentando y lo que es más preocupante, *P. falciparum* es actualmente la especie más prevalente.

El elevado número de VFRs expuesto a la malaria por viajar a zona endémica explicaría en parte la elevada morbilidad objetivada en este grupo, pero otros factores como el bajo uso de la profilaxis, indudablemente también han contribuido a estos hallazgos.¹⁰ Puede que el elevado coste relativo de determinados fármacos contribuya a estas prácticas pero también la percepción errónea de un bajo riesgo personal de adquisición de malaria, en algunos casos basada en la experiencia previa de haber padecido una infección con clínica leve solamente. Algunos estudios han objetivado, además, que aún cuando los VFRs toman profilaxis anti-palúdica PAP, puede que esta se realice de forma inadecuada o incorrecta. Un estudio francés de casi 3500 viajeros determinó que la toma incorrecta de PAP era dos veces más frecuente en el grupo de VFRs con respecto a los turistas convencionales.²⁴

Con todos estos datos se identifican claramente las posibilidades de intervención para reducir el riesgo en este grupo de inmigrantes.

Al analizar nuestra serie podemos comprobar que presenta resultados parejos a los grupos de trabajo previamente mencionadas. De este modo nos encontramos con que la malaria es el diagnóstico más frecuentemente realizado (afecta a un 24,6% de nuestra cohorte). Esto resalta la importancia de la sospecha clínica de esta enfermedad, para un adecuado diagnóstico y tratamiento de una enfermedad potencialmente mortal.

Nuestro agente etiológico más frecuente también es el *Plasmodium falciparum* y la procedencia más frecuente es África Subsahariana. Dicho resultado podría estar sujeto a sesgo dado que supone, de por sí, el origen mayoritario de nuestros pacientes inmigrantes y VFR. Esto es debido al acuerdo existente entre el Hospital Ramón y Cajal y la ONG Karibu, a través de la cual se da asistencia sanitaria a inmigrantes africanos indocumentados.

Un reflejo de la realidad en nuestros resultados lo determina que los viajes realizados por nuestros VFR son mayoritariamente a zonas de alta endemicidad de malaria, sin la realización de una consulta médica pre-viaje. Esto conlleva una tasa muy baja de quimioprofilaxis, un alto incumplimiento de las pautas o su realización a dosis inadecuadas

V.2 Fiebre tifoidea

La fiebre tifoidea, producida por *Salmonella* enterica serotipo *typhi*, es una causa importante de morbimortalidad en países menos desarrollados, fundamentalmente de Iberoamérica, Asia y África, donde está asociada a las deficientes condiciones de saneamiento de las aguas. En los países occidentales es fundamentalmente una enfermedad del viajero a zonas endémicas o del inmigrante que visita su país de origen.

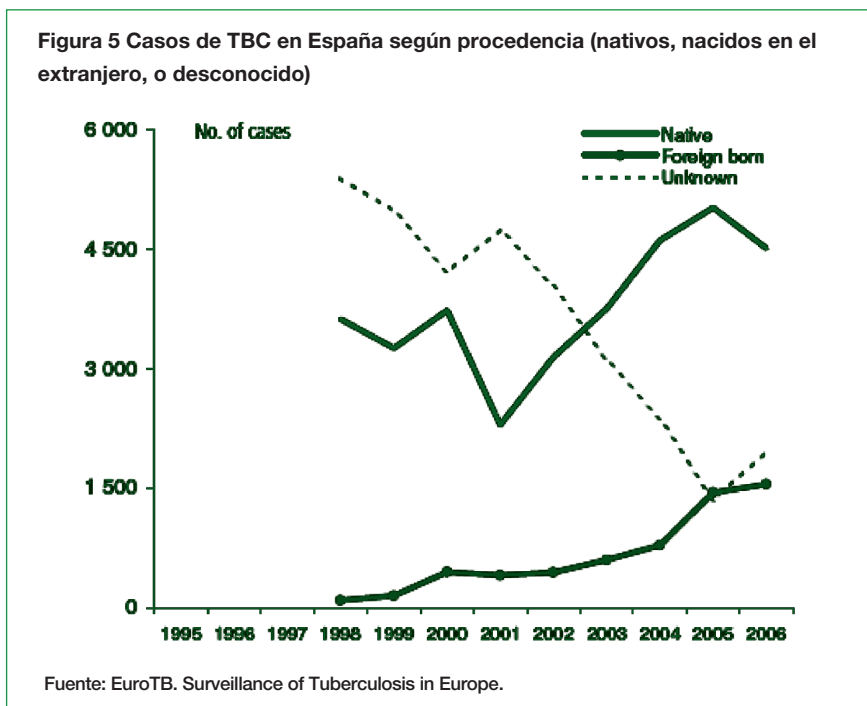
En varios estudios publicados se objetiva un mayor riesgo de adquisición de fiebre tifoidea en VFRs.² Según datos de los CDC, de los casos de fiebre tifoidea importados en EEUU de 1994 a 1999, un 77% se dieron en VFRs, y de estos, un 26% eran en menores de 10 años.²⁵ Los datos aportados por Geo Sentinel también identifican un mayor riesgo de tener un diagnóstico de fiebre tifoidea comparado con los que viajaban por turismo (Odds ratio 7.0).³ Un estudio europeo de 235 casos confirmados de fiebre tifoidea en Suiza durante un periodo de 12 años, objetivó que 77 de estos ocurrieron en extranjeros (pero residentes en Suiza) y la mayoría había viajado a su país de origen.²⁶

V.3 Tuberculosis

La enfermedad está producida por *Mycobacterium tuberculosis*. La OMS estima que aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada con los

bacilos de la tuberculosis (TBC) y un 10% de estas personas enfermarán por TBC en algún momento de su vida. El 80% de casos de TBC se concentran en 22 países, y en la India se dan casi un tercio de estos. Las cifras oficiales estiman que 1.6 millones de personas fallecieron por TBC en el 2005, la mayoría de estos en países menos desarrollados: más de un 50% en Asia y un 28% en países africanos (aunque en esta última región geográfica tienen las tasas más altas por cápita de muertes por TBC).

En España, se notificaron unos 8000 casos en el 2006 y casi un 20% fueron en extranjeros. En la figura 5 quedan reflejados los casos de TBC notificados entre 1995 y el 2006, según procedencia, objetivándose un aumento de casos en extranjeros en los últimos años.



Existe un riesgo aumentado de tuberculosis en los VFRs, en parte por el mayor contacto con la población local en destino y la mayor probabilidad de estancias prolongadas. Un estudio en niños VFR nacidos en EEUU, objetivó que los que habían viajado en el año previo tenían una probabilidad cinco veces mayor de tener una prueba de tuberculina positiva que los que no habían viajado en el último año.

²⁷ De esta manera se identifica un riesgo específico de TBC en estos viajeros y sin

embargo no existen recomendaciones oficiales de cribado en pacientes que viajan repetidas veces a países de alta prevalencia para esta infección.¹⁰

En nuestra serie se diagnosticaron 5 casos de TBC activa de orígenes geográficos dispares. El mayor volumen de nuestros pacientes presentaron datos de tuberculosis latente diagnosticada con un Mantoux positivo. Sumaron un total de 45 casos. Como se menciona en los párrafos anteriores, los VFR se exponen a un riesgo mayor de contacto con TBC por los destinos de sus viajes, zonas de alta prevalencia de TBC, y contacto estrecho con la población nativa. Las guías determinan dos situaciones en las que se deben realizar las técnicas diagnósticas de TBC latente: en aquellos con un contacto reciente con un paciente tuberculoso, y aquellos que, por sus condiciones (coinfección por VIH, determinadas patologías médicas concomitantes e inmigración reciente desde países endémicos), tienen un mayor riesgo de desarrollar una TBC activa.²⁸

Es por ello que el conocimiento de las actividades de riesgo realizadas, la zona visitada, el contacto con enfermos y la posibilidad de conocer un mantoux previo al viaje, condiciona en gran medida el establecer la solicitud de dicha técnica diagnóstica puesto que asumiríamos que su positividad significaría la necesidad de tratamiento profiláctico.²⁹

Aquellos que cumplían los criterios de tratamiento se les indicó Isoniacida 300 mg durante seis meses asociado a piridoxina para evitar los posibles efectos secundarios neurotóxicos. La instauración del tratamiento tiene como posible efecto adverso más importante la hepatotoxicidad, a modo de hepatitis aguda. Es por ello que se debe realizar un seguimiento del tratamiento para vigilar los posibles síntomas sugestivos de alteraciones hepáticas o incluso analítica mensual para aquellos que asocien otros factores de riesgo (en tratamiento con otros fármacos hepatotóxicos, hepatopatías previas, alcoholismo, entre otros). En 12 casos, de los 27 tratamientos instaurados, el seguimiento lo realizamos en nuestra Unidad de Medicina Tropical y en los 14 restantes por su Médico de Atención Primaria.

V.4 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Estas enfermedades se transmiten de persona a persona principalmente, pero no exclusivamente, por contacto sexual. Existen más de 30 infecciones de transmisión sexual producidas por bacterias, virus y parásitos. Algunas de estas como el VIH y la sífilis también se transmiten de madre a hijo durante el embarazo o el parto y también pueden transmitirse a través del contacto con sangre o tejidos infectados. Las bacterias implicadas más frecuentemente en estas infecciones son: *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* (sífilis), *Haemophilus ducreyi* (chancroide), y *Klebsiella granulomatis* (previamente *Calymmatobacterium granulomatis* que produce el granuloma inguinale

o donovanosis). Los virus más comunes en estas infecciones son el VIH, *Herpes simplex* tipo II, virus de papiloma humano, hepatitis B, citomegalovirus y en menor medida hepatitis C y entre los parásitos podría destacar *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis). Las estimaciones de la OMS hablan de 340 millones de nuevos casos anuales de ITS en adultos de 15 a 49 años a nivel mundial. Las regiones con mayor número de casos son Asia, África Subsahariana y América Latina.

Con estas cifras vemos que la hepatitis B o C, el VIH y las infecciones de transmisión sexual en general, tienen alta prevalencia en áreas de muchos países en vías de desarrollo. Los VFRs tienen mayor probabilidad de tener contactos sexuales con miembros de la población local que otros tipos de viajeros. Puede que se realicen otras prácticas que también conllevarían un riesgo aumentado para ITS como pueden ser la realización de tatuajes, acupuntura o visitas al dentista^{2, 30}. Aunque no existen todavía numerosos estudios que traten este tema, si parece que existe un riesgo elevado de adquisición de ITS en los VFRs.³¹ Un estudio publicado en el 2001 de más de 750 residentes en el Reino Unido de origen africano objetivó que más del 40% había viajado a su país de origen en los últimos 5 años y un 40% de los hombres y 21% de las mujeres referían tener nuevas parejas sexuales³². Asimismo, un estudio similar en los Países Bajos de más de 400 VFRs objetivó que un 47% de los hombres y un 11% de las mujeres tuvo una nueva pareja sexual durante su estancia en el extranjero³³. Otro estudio europeo de 451 pacientes que incluía 121 VFRs, constató que los diagnósticos VIH/ SIDA/ITS fueron más frecuentes en este tipo de viajeros.¹³

En nuestra serie encontramos 5 casos de infecciones de transmisión sexual. En tres de ellos se diagnostica sífilis indeterminada a través de pruebas serológicas no treponémicas y treponémicas. En ninguno se pudo determinar el momento de la primoinfección y sólo uno de ellos reflejó haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. Dichos hallazgos hacen hincapié en el estudio de despistaje de enfermedades infecciosas tras el retorno de estancias prolongadas en sus países de origen, pues ni la anamnesis ni la exploración física, en ocasiones, es indicativa. En el caso de la vaginosis bacteriana y el herpes genital la sospecha inicial fue clínica.

Si nos centramos en enfermedades trasmisibles por vía sexual como son el VIH, la VHB y el VHC, nuestra serie presenta un predominio de VHB, con 77 casos. De entre ellos existe una predominancia de aquellos con serología de VHB pasada. En el caso que nos ocupa, la mayor relevancia lo presenta el caso de VHB aguda adquirida durante el viaje. Del mismo modo merecen una atención especial aquellos 9 casos de portadores crónicos, no sólo para sentar las indicaciones terapéuticas oportunas, si no para dar consejo sobre las precauciones a seguir para evitar contagios. De este modo evitaremos posibles transmisiones en viajes futuros a sus países de origen donde la incidencia de relaciones sexuales de riesgo parece verse incrementada.

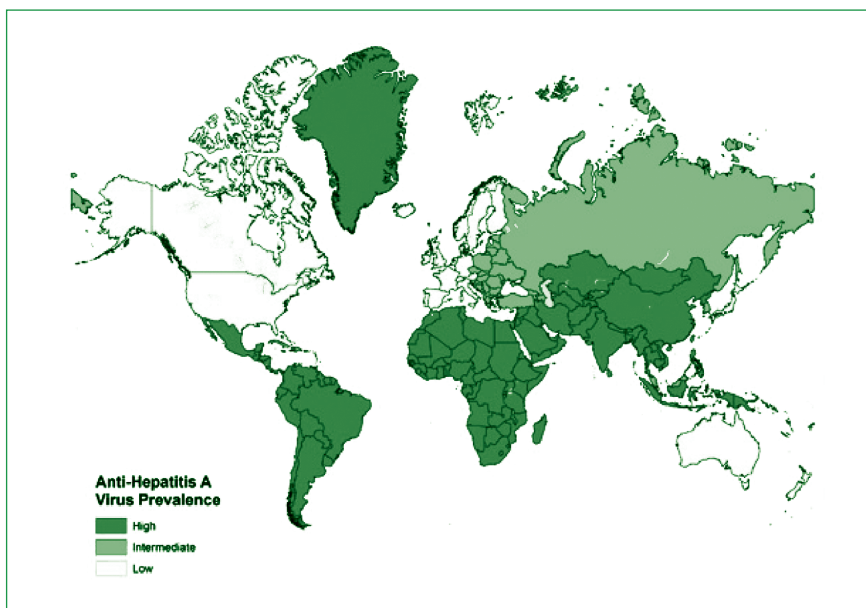
V.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación sistemática

A pesar de la disponibilidad generalizada de muchas vacunas en los países occidentales, los inmigrantes se identifican como grupo de riesgo al tener tasas más bajas de vacunación y por lo tanto un riesgo mayor de adquisición de enfermedades tanto en su país de residencia como cuando viajan a su país de origen.^{2, 10, 14} Se conoce, además, que existe menor disponibilidad de vacunas frente a *Haemophilus influenzae*, parotiditis, rubeola, neumococo y la gripe, en los países menos desarrollados, así que también hay menor probabilidad de que hayan sido vacunados en su país de origen. Además en ciertos países, como por ejemplo China y los países del este de Europa, parecen que existen tasas más altas de fallos vacunales.^{34, 35} Todo esto hace que los VFRs sean un grupo particularmente susceptible a estas enfermedades, especialmente si viajan a zonas donde se hayan declarado brotes importantes, como el brote de difteria en la Federación Rusa en los años 90 y como está ocurriendo con el brote de polio reciente en Nigeria. En cuanto a la varicela, mientras que en los países desarrollados fuera de la zona tropical la mayoría de adultos ya han adquirido inmunidad, en las zonas tropicales y rurales, la infección es menos frecuente y los niños y adultos pueden ser susceptibles a la infección. Sería particularmente importante la vacunación en los VFRs, porque existiría además el riesgo de exportación de la varicela a comunidades tropicales susceptibles.¹⁰

V.6 Hepatitis A

El virus de la hepatitis A (VHA) se transmite principalmente por vía fecal-oral, diseminándose de persona a persona o por alimentos o agua contaminados. La epidemiología de la infección por el VHA está directamente relacionada con el desarrollo socio-económico del país y sus condiciones higiénico-sanitarias. Aunque la distribución del VHA es mundial, es especialmente frecuente en países con deficientes condiciones higiénico-sanitarias (África, Asia, y Latinoamérica). En la figura 6 queda reflejada la seroprevalencia de anticuerpos frente a VHA por país que estima la endemidad de las infecciones, incluso las asintomáticas, por VHA por población. España es un área de endemidad intermedia para el VHA, donde la infección afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Los países en vías de desarrollo son países de endemidad alta, donde la práctica totalidad de la población está expuesta al virus desde edades muy tempranas. En países industrializados de endemidad intermedia o baja, la infección afecta principalmente a grupos de riesgo como los viajeros. Los inmigrantes VFRs son también un grupo de riesgo.

Figura 6. Distribución mundial de seroprevalencia de anticuerpos frente a VHA



Fuente: CDC Yellow book

Los niños VFRs son los que mayor riesgo tienen de adquisición de hepatitis A, ³⁶ llegando a tener un riesgo hasta ocho veces mayor que los que viajan por otros motivos según algunos estudios.³⁷ Los VFRs infectados de esta manera podrían contribuir a la transmisión local del virus cuando regresan a su país de residencia, como demostró un estudio holandés que detectó cepas específicas del VHA en niños que regresaban tras visitar el país de origen de sus padres (principalmente Marruecos) que posteriormente también fueron identificadas en sus hermanos, en los padres y en sus compañeros de colegio de origen holandés que no habían viajado. ¹⁵

Diversos estudios recientes nos muestran que no se debería asumir que los VFRs nacidos en país extranjero tienen inmunidad al VHA por infección pasada. ³⁸ En términos generales, a medida que mejora la calidad de vida disminuye la seroprevalencia al VHA. Grandes estudios en países de endemicidad alta como puede ser Latinoamérica, han demostrado que hasta un 70% de preadolescentes no tenían inmunidad frente al VHA. ³⁹ De esta manera, se debería valorar la vacunación en los VFRs adultos nacidos en país desarrollado y los niños VFRs sin constancia de enfermedad o vacunación. La valoración de vacunación en los VFRs adultos nacidos en zona endémica sería más compleja, pero probablemente resultaría coste-efectiva la realización de una serología (anticuerpos IgG frente VHA) previa. ^{10, 40}

V.7 Parasitosis intestinales

Los parásitos que con más frecuencia se identifican en los inmigrantes son: *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, Uncinarias, *Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma sp.* La prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor, y prácticamente, a los tres años de estancia no se encuentran helmintos.⁴¹

Los VFRs se identifican como un grupo particularmente susceptible a la adquisición de helmintos, asociándose este riesgo además con las estancias prolongadas.¹²

Los parásitos intestinales hallados en nuestra cohorte siguen el perfil de frecuencias habituales de los pacientes inmigrantes dado que, a pesar de que muchos de ellos llevan años residiendo en España, los viajes frecuentes a sus países de origen y, sobre todo, unas estancias medias prolongadas (media de dos meses) les hace nuevamente susceptibles. De este modo los patógenos identificados fueron *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Enterobius vermicularis*, *Strongyloides y Taenia saginata*, fundamentalmente.

V.8 Filarias

Las filarisis están causadas por parásitos nematodos. Precisan de un insecto vector para su transmisión y no existe transmisión directa persona-persona. Las principales filarisis que afectan a humanos son las siguientes: loiasis producida por *Loa loa*, mansoneliasis producida por *Mansonella perstans*, *Mansonella ozzardi* y *Mansonella streptocerca*, oncocercosis (ceguera de los ríos) producida por *Onchocerca volvulus*, y las filarisis linfáticas producidas por *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Brugia timori*.

La OMS estima que en el mundo hay 120 millones de personas infectadas por filarisis linfáticas y 18 millones por filarisis cutáneas. *Wuchereria bancrofti* se distribuye por África, Asia, América Latina, y Pacífico; *Brugia malayi* por el Sudeste Asiático; *Loa loa* por África Central y del Oeste; *Mansonella perstans* por África tropical; *Mansonella ozzardi* por América del Sur; y *Onchocerca volvulus* por África y focalmente en América Latina. En las zonas endémicas de filarisis linfática se estima que un 10-50% de los hombres y hasta un 10% de las mujeres pueden estar afectadas y la prevalencia no deja de crecer por el desarrollo rápido y desordenado de las ciudades que permite el crecimiento del mosquito vector.

En la serie de Geo Sentinel de filarisis se identifica que la mayoría de casos ocurrieron en inmigrantes que viajaban para inmigrar o como VFRs.⁴² Este mayor riesgo se puede atribuir principalmente a la estancia prolongada y la mayor exposición en el país visitado.

En la serie del HRyC encontramos 19 casos de filarias entre aquellos pacientes provenientes de África Subsahariana. Se trataron de 16 casos de oncocercosis, un caso de *Loa Loa* y dos casos de *Mansonella perstans*.

V.9 Dengue

Es la infección vírica transmitida por mosquitos más prevalente del mundo: se estima que se infectan más de 100 millones de individuos anualmente y que hasta la tercera parte de la población mundial, la mayoría residentes en zonas tropicales y subtropicales están en hipotético riesgo de adquirir la infección. El principal vector implicado en la transmisión es *Aedes aegypti*, aunque también se han descrito brotes epidémicos transmitidos por *Aedes albopictus* y otras especies de *Aedes*. *A. aegypti* suele habitar zonas urbanas o semi-urbanas, suele picar durante el día y puede hacerlo varias veces durante un mismo ciclo.

Dentro del complejo de virus dengue, género Flavivirus, existen cuatro serotipos relacionados antigénicamente (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4). Solo se suele adquirir protección cruzada débil y transitoria a los distintos serotipos y las personas que residen en zonas endémicas pueden llegar a infectarse con todos los serotipos.

Actualmente, *A. aegypti* y los virus del dengue son endémicos en todos los continentes salvo en Europa y la Antártida. A nivel mundial, es en las zonas con dengue hiperendémico (circulación continua de múltiples serotipos) donde se producen la gran mayoría de las infecciones.

La mayoría de las infecciones por el virus del dengue son asintomáticas o producen el cuadro febril autolimitado característico. Las manifestaciones clínicas más severas consisten en el dengue hemorrágico y el shock. Estos últimos suceden en menos de un 1 % de los casos. Parece que son varios los factores que determinan el desarrollo de un dengue más severo. Entre ellos está el hecho de que parece que determinadas cepas podrían ser más virulentas, como sería el caso del serotipo 2.⁴³ Otro aspecto condicionante parece ser que el riesgo de dengue hemorrágico disminuye con la edad, especialmente a partir de los 11 años.⁴⁴ Curiosamente la desnutrición parece condicionar una menor probabilidad de enfermedad grave; aparentemente este hecho está relacionado con una posible inmunosupresión celular secundaria.⁴⁵ Pero si nos fijamos en aquel factor que más nos interesa desde el punto de vista de los VFRs, debemos destacar el hecho de que varios estudios epidemiológicos han determinado que el riesgo de dengue grave está incrementado ante una segunda infección.⁴⁶ Es decir, la mayoría de los viajeros tienen un ínfimo riesgo de dengue hemorrágico, pues nunca han estado expuestos al mismo. En cambio, aquellos inmigrantes que viajan desde sus lugares de residencia a sus países de origen, donde el dengue es endémico y donde pasaron largos años de su vida con una alta posibilidad de infección por dengue previo, sí suponen un grupo

de mayor riesgo para enfermedad grave. Es decir, es precisamente en ellos donde las recomendaciones de protección frente a las picaduras de los mosquitos están más que justificadas.

En nuestra serie objetivamos 9 casos de dengue confirmado, aunque en dos más la sintomatología y los riesgos epidemiológicos hacían presuponer con una alta sospecha la infección por este flavivirus. En los 11 casos la sintomatología se limitó a un cuadro febril acompañado en mayor o menor medida de otra sintomatología (exantema, mialgias) y con una evolución favorable.

VI. Percepción del riesgo en los inmigrantes que viajan a sus países de origen (VFRs)

En este apartado se pretende profundizar en la percepción de riesgo que tienen los inmigrantes a la hora de viajar a sus países de origen, identificar los factores que influyen en dicha percepción y conocer las estrategias que emplean para proteger su salud durante sus visitas a amigos y familiares. Los resultados obtenidos en esta investigación cualitativa pueden cumplimentar la precedente investigación cuantitativa así como ser de gran utilidad a la hora de desarrollar un programa preventivo y de crear un material que sea capaz de informar de manera efectiva a los VFRs acerca de los peligros para la salud que pueden entrañar dichos viajes.

Objetivo

Esta investigación pretende indagar en valores, creencias y prácticas de un grupo de personas que viven en un mismo lugar (España) y comparten una misma experiencia: ser inmigrantes y desear regresar algún día a su país a visitar a familiares y amigos.

Metodología

La herramienta principal empleada en este estudio etnográfico ha sido la entrevista semiestructurada. Las preguntas que se emplearon en el guión de la entrevista fueron las siguientes:

- ¿Cómo preparaste/prepararías tu viaje de visita a tu familia/amigos a tu país?
- ¿Hacías/harías la misma vida que hacías antes en tu país (comida, bebida...)?
- ¿Has tenido /Piensas poder tener algún problema de salud durante tu viaje?
- ¿Cómo te sentiste al volver? ¿Tuviste alguna molestia? ¿A qué lo atribuyes? / ¿A qué atribuyes las molestias de la gente que vuelve?
- ¿Crees que eres más resistente que otras personas que viajan a tu país? ¿Por qué?
- ¿Como valoras la salud en general? ¿Y tu propia salud?

Se entrevistaron a 14 personas: 6 procedentes de África Subsahariana y 8 procedentes de América Latina, de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años. En el colectivo procedente de África Subsahariana se entrevistó a un número mayor de hombres, siguiendo el perfil de los inmigrantes subsaharianos en España. Lo mismo ocurre con el colectivo latinoamericano, en el que están más representadas las mujeres (tabla 5).

Tabla 5. Variables sociodemográficas de los entrevistados

Nombre	Edad	Sexo	Pais de origen	Nivel escolar	Situación legal en España	Tiempo de residencia en España	Estado civil	Nº de visitas al país de origen	Duración viajes
Robert	30	H	Benín	universitario	Permiso de residencia	4 años	soltero	2 al año	2 semanas
Edouard	30	H	Costa de Marfil	secundaria	Sin permiso de trabajo	2 meses y medio	soltero	0	0
Mamadou	30	H	Mali	universitario	Sin permiso de trabajo	3 años y medio	Casado y un hijo en Mali	0	0
Alain	30	H	Costa de Marfil	universitario	Asilo	6 meses	soltero	0	0
Saltou	44	H	Guinea Bissau	universitario	Permiso de residencia	18 años	Pareja de hecho	5	Entre 15 días y 3 meses
Hélène	20	M	Camerún	secundaria	Permiso de residencia	4 años	Soltera, 1 hijo en España	0	0
Gabriella	24	M	Paraguay	secundaria	Sin permiso de residencia	3 años	Casada, 1 hijo en España, 1 hijo en Paraguay	0	0
Rosa	36	M	Rep. Dominicana	universitario	Permiso de residencia	3 años	Casada y 2 hijos en España	1	1 mes
Jenifer	33	M	República Dominicana	primaria	Permiso de residencia	5 años	Soltera, 2 hijos en Rep Dom, 1 hijo en España	3	1 mes
Violeta	18	M	Colombia	secundario	Permiso de residencia	4 años y medio	Soltera, embarazada	3	Entre 45 días y 1 año y medio
Valeria	27	M	Bolivia	secundaria	Permiso de residencia	5 años y medio	Soltera y embarazada	0	0
Gustavo	22	H	Bolivia	secundaria	Sin permiso de residencia	2 años	Soltero sin hijos	0	0
Elisa	33	M	Bolivia	primaria	Sin permiso de residencia	2 años	Casada con 5 hijos en Bolivia	0	0

Las entrevistas se realizaron en CEPI (Centros de Participación e Integración de Inmigrantes), ONG y en la consulta de la UMT del Hospital Ramón y Cajal, una vez los pacientes habían salido de la consulta médica. Las entrevistas se realizaron durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2008.

También se empleó la técnica de la observación participante durante un programa de prevención de VIH/SIDA y de enfermedad de Chagas desarrollado durante los años 2007 y 2008, dirigido a personas procedentes de África Subsahariana y América Latina.

El muestreo fue intencional, se entrevistaron a personas procedentes de las zonas geográficas en las que la salud de los VFRs puede sufrir peores consecuencias si no toman las precauciones adecuadas. Se trata de países africanos y latinoamericanos de la zona tropical, coincidiendo con el perfil de inmigrantes más atendidos en la consulta de la UMT del Hospital Ramón y Cajal. Se buscaron perfiles heterogéneos para responder a las diversas realidades socioculturales de los inmigrantes procedentes de estos países.

Resultados

Con el objetivo de minimizar sesgos y obtener una visión más amplia y rica del objeto de estudio, se llevó a cabo una triangulación tanto de datos como de investigadores. En esta investigación se han detectado cinco macrocategorías: 1) los factores individuales, 2) el entorno próximo (microsistema), 3) los factores socioculturales (ecosistema), 4) los factores externos (el motivo del viaje) y 5) las estrategias empleadas por los VFRs para proteger su salud, antes, durante y después de sus viajes. Cada una de estas macrocategorías está compuesta por otras categorías que se exponen en los apartados siguientes.

VI. 1. Los factores Individuales

VI.1.1 Tiempo de residencia en España, situación legal en España y proceso de aculturación

La aculturación es un proceso natural de cambio cultural que sucede cuando dos o más grupos culturales entran en contacto. John Berry lo describe como un cambio cultural y psicológico que puede ser un proceso muy largo (años, generaciones o siglos). Los inmigrantes, al igual que la sociedad receptora, elaboran estrategias frente a este proceso. El inmigrante se integra si es capaz de mantener su cultura de origen y paralelamente, adoptar la cultura dominante. La asimilación, separación o marginación son las estrategias a las que se recurre cuando los criterios precedentes aparecen disociados.⁴⁷

La situación legal así como el tiempo pasado en España son factores importantes a la hora de valorar el proceso de aculturación. Una persona que no ha podido regularizar su documentación tiene más dificultades para integrarse porque no forma parte de la sociedad, no está reconocido por ella.

Durante nuestra investigación pudimos comprobar que las preguntas acerca de los viajes al país de origen podían ocasionar malentendidos cuando la persona entrevistada estaba en situación irregular.

Pregunta: “Y ¿cómo te imaginas tu ese viaje?”

Gustavo: “¿De vuelta?”

P: “No de visita. Imagina tu visita a tu familia...La preparación del viaje...”

G: “No sé. No soy tan ilusionista, si no...sobre la marcha [...]”

P: “Yo te estoy hablando siempre que te vayas a Bolivia de visita no que te vuelvas definitivamente.”

G: “Ahhh.”

Gustavo pensaba que las preguntas se referían al retorno definitivo a su país. Muchos inmigrantes en situación irregular viven con el miedo a ser deportados y sus primeras preocupaciones son la búsqueda de un trabajo y cómo sobrevivir.

Rosa: “Somos tres hermanas pero ninguna tenemos documento. Nos arreglamos como podemos.”

La vuelta al país para visitar a sus familiares/amigos no forma parte de sus preocupaciones actuales. De la misma manera, las otras personas en situación irregular tampoco habían pensado en la vuelta a su país y no entendían bien el objetivo de nuestra investigación.

Sin embargo, los inmigrantes que llevan más tiempo en España y que tienen su situación regularizada no tienen dificultades para imaginar ese viaje de visita. Además, los inmigrantes que están más integrados tienen una mayor percepción del riesgo cuando viajan a sus países de origen.

Robert: “... [..] Viajé en el 2005 y por casualidad me encontré aquí con primo tío mío que no conocía para nada. El lleva 26 años en España. Está casado con una española, tiene una niña preciosa y eso...Entonces nos encontramos por casualidad para ir a Benín. Y en el mismo aeropuerto de Barajas él estaba buscando una farmacia para comprarse las pastillas antipaludismo ¿no? Antimalaria. Porque se le había olvidado comprarla y porque tenía este miedo de no haber comprado esta pastilla.”

VI.1.2 El lugar de nacimiento: “Yo soy del trópico”

Para los entrevistados, el lugar de nacimiento es un factor que define el grado de inmunidad frente a las enfermedades que puedan adquirir en sus viajes.

A pesar de que ya lleven viviendo bastante tiempo en España, las personas que nacieron en el país de origen se consideran más “inmunes” a las enfermedades tropicales porque su cuerpo ya está acostumbrado a enfrentarse a ellas de manera natural.

Saliou: “Yo muchas veces actúo como africano”

P: “Como africano, ¿qué quieres decir?”

S: “No, pensando que mi naturaleza es aquello ¿no? Que tampoco tengo que preocuparme por automedicarme mucho porque por más tiempo que esté aquí, una vez esté allí otra vez empieza a adaptar y yo lo que hago es darle tiempo [a mi cuerpo] para que se adapte otra vez.”

Esta inmunidad se define como una capacidad natural para no sucumbir a las enfermedades. Pueden llegar a rechazar una profilaxis por la creencia de que les debilitará y hará que pierdan la inmunidad.

P: “Y si un médico te dice que tienes que llevarte medicación y tomarte la profilaxis para la malaria y que sería importante para ti, ¿lo harías...?”

Saliou: “No, no tomaría nada. Eso sí que no tomaría nada. Porque yo considero que soy del trópico. O sea que en mi vida ya he pasado muchas veces la malaria como diciendo vale...y si mi cuerpo responde todavía a esas alturas y no he... vivido los efectos secundarios de la malaria que he pasado, no veo por qué tengo que meterme.... Simplemente pienso que si tomo la ‘profilaxis’ demasiado puedo debilitar mi organismo. Y después mi cuerpo no podrá responder cuando lo necesite de verdad.”

Los turistas se consideran un colectivo mucho más vulnerable a la hora de viajar.

Saliou: “Los turistas tienen que tener más cuidado. Y aparte de eso tienen que vacunarse de todo.”

Otro colectivo considerado especialmente vulnerable son los niños, bien porque nacieron en el país receptor o porque han pasado la mayor parte de su vida en España.

Hélène: “Para mi bebé, llevaría algún medicamento, y le llevaré comida porque allí no es lo mismo. Yo estoy acostumbrada porque nací allí pero él no conoce Camerún.”

Sin embargo, en el caso de que los hijos hayan nacido en el país de origen y llegaran después a España con la reagrupación familiar, no se les considera tan vulnerables.

Estas creencias nos hacen pensar que las personas más desprotegidas durante los viajes al país de origen podrían ser los inmigrantes adultos y sus hijos, en caso de que estos hayan nacido en el país de origen.

VI.1.3 Las experiencias pasadas

Las experiencias pasadas de los participantes les permiten modificar su percepción del riesgo. Los viajes realizados con anterioridad en sus continentes (especialmente cuando se han desplazado de ciudades a pueblos) les ayudan a valorar las posibilidades de enfermar durante sus viajes.

Mamadou: “Yo suelo tener cuidado con el agua, en Malí viajaba a los pueblos para el trabajo, para hacer las construcciones e infraestructuras. Tú no puedes saber si el agua que la mujer te trae es buena o no. Y tú no puedes decirle que no, que no vas a beberla...”

En el caso de que ya hayan realizado algún viaje de vuelta a sus países de origen y hayan experimentado alguna molestia, ya pueden ser conscientes de que la salud puede resentirse durante sus visitas.

Valeria: “Cuando llegué [a República Dominicana] bebía agua del grifo, pero después mi mamá me compró agua [...] me daba dolor de estómago. A veces no bebía agua, bebía zumos y esas cosas.”

Los participantes que viajaron varias veces explican que la primera vez suelen tener molestias, sobre todo dolores estomacales, y que van encontrando estrategias para evitarlas en un segundo viaje.

Robert: “Mira lo que pasa es que cuando vuelves a casa quieres probar todo lo que no tienes aquí y esto te afecta sobre todo si los primeros días no te cuidas, tienes como esta crisis ¿no? De modo que yo después de la primera vez que me fui me cuidé un poco mejor pero luego cada vez tengo como rigurosamente aplicado el hecho de dejar como los tres primeros días, como mínimo, respetando más o menos la dieta europea.”

El primer viaje es un viaje más experimental donde aprenden a controlar las enfermedades y a encontrar herramientas para prevenirlas o paliarlas.

VI.1.4 Razones atribuidas a las enfermedades asociadas a los viajes

Las personas entrevistadas reconocían al mosquito como el vector transmisor de la malaria y del dengue. Sin embargo, gracias a la observación participante, pudimos comprobar que los inmigrantes procedentes de Latinoamérica poseían poca información sobre la enfermedad de Chagas y su insecto vector (“vinchuca”).

No obstante, los VFRs se referían más a las molestias estomacales o a las diarreas cuando se les preguntaba por las enfermedades asociadas a sus viajes. Las razones que atribuían a estas dolencias eran las siguientes:

- El cambio de clima.

Los participantes se sirven de su propia experiencia al llegar a España para evocar esta razón ya que tuvieron molestias estomacales al llegar a Europa.

“Elisa: puede deberse al cambio del ambiente porque cuando yo llegué de España aquí me dio lo mismo. Me dio una diarrea de una semana.”

Las diarreas por el cambio de ambiente o de clima se perciben como algo normal: es necesario padecerlas antes de que el cuerpo de acostumbre otra vez al calor y al tipo de comida. Esta no suele ser una razón por la que acudir al médico.

- El agua y la comida.

La calidad del agua, de la leche o de la comida es diferente según el país. Tanto en países africanos como latinoamericanos, no siempre es fácil conseguir agua potable que haya pasado controles sanitarios. El agua se puede tomar directamente de ríos, de la lluvia o de pozos. En ocasiones, el agua del grifo tampoco es potable y la gente la hierve o se compran botellas o “galones”.

Rosa: “Botellones grandes que traen de unos cinco galones y esas cosas. Y la gente anda comprando siempre los galones de agua porque allí el agua del grifo no es potable.”

Los participantes consideran que la comida española es menos picante, menos fuerte, menos pesada o menos natural que la de sus países. Creen que esa es la razón por la que los turistas tienen diarrea al llegar a sus países. Del mismo modo, la leche recién ordeñada se define como un buen laxante.

Violeta: “Di a lo mejor aquí alguien sólo come verduritas cociditas así y va allí a comer comidas más pesadas, que son un poco más pesadas pues puede ser que eso les afecte.”

En sus visitas, lo primero que quieren es volver a comer la comida típica de sus países. Los participantes evocan el exceso de comida como una de las principales causas de diarreas y molestias estomacales.

Robert: “[...] cuando estás aquí hay muchas cosas que ya no sabes. Ya no sabes comerlo y encima allí vas y la gente te lo ofrece y lo comes, sí, pero en gran cantidad, esto te puede afectar.”

VI.1.5 Nivel educativo, nivel socioeconómico en el país de origen

En África y en algunos países de América Latina, el nivel socioeconómico y el nivel educativo están íntimamente relacionados ya que la escolarización es privada y sólo las familias con más recursos económicos pueden mandar a sus hijos a la escuela. Así, las personas entrevistadas con niveles escolares bajos provienen de familias más pobres que las personas con niveles escolares más altos.

Robert: “En Benín mismo llevaba otro ritmo... la gente me trata a veces de... ¿Cómo se llama? De pijo de la ciudad (risas) Sí porque cuando tu cursus de vida es diferente ya tienes otra manera de actuar... Si has vivido también con europeos desde pequeño es diferente, el comportamiento es bastante diferente.”

Encontramos una diferencia importante en la percepción del riesgo según el nivel socioeconómico de la familia. Los entrevistados con niveles escolares altos tenían la costumbre de cuidar el agua que bebían, solían beber agua embotellada en su familia o tenían repelente en casa mientras que las personas con menos nivel escolar y pocos recursos económicos no lo podían hacer.

Elisa: “[...] Solamente nos abastecemos de la lluvia y del agua del río que nos traen en cisternas. La primera lluvia que cae no la recibimos, la dejamos caer al suelo pero cuando ya esté limpio el techo, lo ponemos las canaletas directamente y lo recibimos en un barril o algunos tienen un estanque pues ahí... pero esa agua no está tratada. Comprar botellas...es carísimo. No alcanzamos a eso.... Hay posibilidades de llevar agua potable pero es caro llevar una cisterna”

VI.2. Microsistema: el entorno próximo

VI.2.1 Entorno familiar en el país de origen

Los viajes a los países de origen son fundamentalmente para visitar a la familia, con la que conviven y pasan la mayor parte del tiempo. Como comentamos anteriormente, el nivel socioeconómico de la familia puede estar vinculado a las precauciones que se vayan a tomar durante el viaje de visita y a que la persona quiere hacer la misma vida que su familia.

Hélène: “Mi familia no va a querer que haga la misma vida que ellos, pero yo sí la quiero hacer...”

Si se trata de una estancia prolongada, los inmigrantes procedentes de familias con bajo nivel socioeconómico están más expuestos a riesgos sanitarios debido a las condiciones higiénicas en las cuales viven sus familias.

El entorno familiar puede ayudar o no al viajero a mantener conductas preventivas en función de la percepción que tiene de la migración. Si la familia acepta el proceso migratorio, es ella la que impone las medidas adecuadas de prevención.

Robert: “El hecho es que volviendo de Europa eres blanco [...] ya eres como un huevo que hay que cuidar, no vayas a enfermar ahora que estás en mi país. Y del mismo modo que vienes con amigos blancos que están expuestos a enfermedades hay que cuidarlos para que no caigan en estos...Es natural [...] ahora mis padres cuidan un poco más como limpiar los platos, la comida lo tapan mucho más porque...se temen ¿no? Que por el cambio, te cojas alguna infección.”

Sin embargo si la migración no se valora positivamente, la presión familiar puede obligar a los viajeros a abandonar las medidas preventivas.

Jenifer: “Al principio me decían que [con el agua] no iba a hacer daño [a mi hija] que le puede dar a cualquiera. Porque en mi país están acostumbrados a beber agua del río o del grifo que es malísima. ...hay algunos familiares que me decían ‘ooy cómo te la estás dando de ser española, ¿si tú no eres española!’”

VI.2.2 Los hijos

La presencia de los hijos les ayuda a tomar más precauciones durante los viajes o a valorar que existen condiciones de riesgo para la salud. Elisa tiene a sus hijos en Bolivia. Después de que su hijo mayor cayera enfermo por beber el agua del río, decidió invertir una parte de su dinero en comprar a toda la familia agua embotellada.

Elisa: “mi hijo tenía anemia y la anemia le producía esos bichitos, amebas. ¿Por qué? Porque esos bichitos no le dejaban que vayan.... ¡Todo se lo comía el bicho! Entonces no dejaba que se alimentara él como tiene que ser. Entonces mi hijo siempre ha sido delgado... ¡El único! Los demás no tienen nada. Todo le pasó a él y nos han dicho que es por el agua que bebíamos, porque bebemos agua del río.”

Cuando los VFR hablan del contacto de los niños con la tierra, esto no se considera como un factor de riesgo sino como algo que puede ayudar al desarrollo de sus defensas.

Violeta: “Y eso también bueno lo dice mi madre que... bueno... ella tiene tres hijos que eso depende de cuanto más se proteja al hijo más que “que no cojas esto” “que no cojas aquello”, eso evita que tenga pocas defensas. Porque yo era de jugar en la tierra y eso...”

Robert: “Porque cuando un niño se hace un corte o algo, lo que hacíamos no era tanto poner medicamentos, sino que con la propia tierra se podía cortar la hemorragia.”

VI.2.3 Redes de apoyo

Las personas entrevistadas hacen muchas veces referencia a que tienen lejos a sus familiares y amigos. La carencia de redes de apoyo unida a la falta de integración en el país de acogida pueden influir negativamente en la toma de precauciones a la hora de viajar. De todos los entrevistados, sólo una mujer querría pedirle consejos a su médico de cabecera, con el que mantiene una buena relación. Por lo tanto, podemos deducir que los VFR no suelen consultar al personal sanitario acerca de los viajes.

Los amigos o familiares que tengan en el país receptor y que ya hayan viajado a los países de origen, serán los principales informantes acerca de los riesgos que pueden suponer los viajes de vuelta.

Maura: “Según lo que me dijo mi hermana porque mi hermana fue y volvió así dice que es un poco difícil acostumbrarse a las comidas...”

El ansia por volver a ver a la familia y a los amigos también puede incidir en el hecho de que se olviden de pedir consejo sanitario a su médico de cabecera.

Maura: “Yo no lo diría (al médico) porque con tanto pensar que voy a llegar ahí a ver a mis papás yo creo que se me puede olvidar decírselo.”

V.3. Ecosistema. Los factores socioculturales

V.3.1 El sistema sanitario del país de origen

Muchos inmigrantes proceden de países en los que la atención al paciente se basa en un modelo paternalista.

P: “¿Le dirías a tu médico que te vas a ir de viaje a Costa de Marfil?”

Alain: “Él es como mi padre, tiene que saberlo.”

En Occidente, en los últimos años se ha pasado del modelo denominado “paternalista” a un modelo en el que el paciente tiene más autonomía y deberá tomar sus propias decisiones. En España, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en el punto 3 de su artículo 2, que: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.”

La autonomía que se ofrece a los pacientes en España a la hora de decidir por su salud puede provocar, en ocasiones, un sentimiento de falta de confianza o desvalorización de los profesionales sanitarios del país de acogida.

Rosa: “Yo tengo mucha fe en los médicos de allí [...]. Los médicos de aquí te miran muy bien, se cohíben de decirte muchas cosas que los médicos de allí te las dicen así. Te dicen: ‘mira, esto es así, así y así’ y sin ningún problema.”

El sistema paternalista también suele conllevar que se ensalce la imagen del profesional sanitario y que las indicaciones de un médico, tanto del país de origen como del país de acogida se tengan muy en cuenta.

P. “¿Y si el médico te dijera que te tienes que poner unas vacunas o tomarte unas pastillas antes de ir a Costa de Marfil?”

Alain. “Yo lo haría. El médico es como una ley.”

Sin embargo, si se ha sufrido una mala experiencia, el sistema sanitario español se desvaloriza. En ocasiones se opina que la competencia de los médicos españoles para tratar enfermedades tropicales es insuficiente y esto crea desconfianza.

Robert: “No confío mucho porque tuve esta desilusión de la medicina española... Simplemente porque caí enfermo alguna vez y fue horroroso. No me diagnosticaron...yo les decía qué era pero se empeñaban en no curarme eso [...] Y yo decía, eso es malaria...”

En España, el sistema sanitario es universal y gratuito, sin embargo, en muchos de los países de origen de los VFRs, el sistema de salud es privado y no está al alcance de todo el mundo. En el caso de existir un sistema público, está menos valorado que el privado por las mayores esperas y por el trato recibido. La situación geográfica impide un acceso adecuado a los servicios de salud públicos y las personas que viven en zonas rurales se encuentran con mayores obstáculos a la hora de acceder a ellos.

Elisa: “En el hospital nos tratan peor que a animales. El hospital es público, la clínica privada, tienes que pagar por la consulta, tienes que pagar de todo. Pero en el hospital te dicen “espérate” y tienes que esperar horas y horas y te dicen que vuelvas otro día y como nosotros vivimos en lugares distanciados pues no tenemos ese... no tenemos ese acceso de ir inmediatamente.”

Además, en otros países, la medicina tradicional o naturista tiene mucha más presencia y es más accesible que la medicina moderna, especialmente en países africanos.

Robert: “Entonces tienen muchísimas medicinas que promueven a base de plantas... aloe vera, otras... yo no sé, otras raíces de árboles y otras cosas... Funciona para la gente que está acostumbrado a tomarla ¿no? Pero son farmacéuticos que aconsejan esto. Hay otros también... otros tipos de medicina contra la malaria o contra...multicuraciones o lo que sea... dolores de barriga...”

En ocasiones, son los propios países de origen los que exigen la presentación de la cartilla de vacunas en el aeropuerto para poder entrar al país.

Saliou: “Pero es verdad que en los aeropuertos muchas veces... los permisos sanitarios de los países, y África también lo hace alguna que

otra vez, te piden el certificado, la tarjeta esa de vacunas para ver un poco tú cómo... las vacunas... si estás vacunado o no.”

Robert: “Porque esto es importante para entrar en Benín, tienes que presentar no sólo tu pasaporte y el visado si hace falta sino también la cartilla amarilla de la Organización Mundial de la Salud si no, no entras.”

Las variaciones entre los sistemas sanitarios de los países hacen que los VFRs puedan desconfiar del sistema sanitario español y por lo tanto en sus representantes directos: los médicos. Aquella desconfianza hace que no les parezca importante acudir al personal sanitario español antes de emprender el viaje.

VI.3.2 Concepto de salud y enfermedad

La salud aparece como un elemento primordial en la escala de valores de los entrevistados. La salud se identifica con la vida, la actividad, la ausencia de preocupaciones y la felicidad.

Edouard: “Sin salud no hay vida. Sin salud no estás tranquilo porque siempre estás preocupado: la enfermedad...”

Rosa: “Hija, es que eso es la vida. Si uno no está en salud, no sirve para nada.”

Sin embargo, las preocupaciones que surgen en las entrevistas no se refieren tanto a la salud sino a otro tipo de problemas relacionados con la situación administrativa, la falta de redes de apoyo, las dificultades económicas o el trabajo.

Rosa: “Dije, Dios mío, ya son seis meses y poco y con los niños tan pequeñitos...es que hacen una falta.”

Elisa: “Pero no tenemos ningún papel y ese es el problema aquí. Ya nada es como antes.”

El aspecto psicológico es un elemento implícito en el concepto de salud: se habla de que la salud es el bienestar físico pero también mental y de espíritu.

Por lo general, las personas entrevistadas opinan que disponen de una salud física buena o aceptable. Sin embargo, no consideran que su salud mental sea tan buena.

Gustavo: “Creo que estoy bien...físicamente estoy bien pero a veces son recaídas de mucho preocuparse....Psicológicamente yo diría que estoy un poco mal porque me preocupo mucho y ¿qué voy a hacer?,

te pones en una situación difícil...te inquietas mucho y piensas mil veces todo, todo, ¿qué puedo hacer?’, ‘¿qué debo hacer?’ y al final no consigues nada porque...es la realidad.”

Además, en muchas ocasiones en concepto de “prevención” no es un elemento primordial en las maneras de entender la salud de los inmigrantes de origen latinoamericano y subsahariano.

P: “¿Le dijiste a tu médico que ibas a viajar a República Dominicana?”

Rosa: “No. Cómo me sentía bien...Tú sabes que cuando uno va al médico es cuando se siente mal, si no se siente mal...a veces se siente un poquito mal y espera a ver si mejora”.

Los inmigrantes acuden al médico cuando consideran que la salud les falla pero no para recibir consejos preventivos. Este concepto de la salud procede de un desconocimiento del modelo de hábitos saludables que existe en España y al cual no están acostumbrados.

VI.3.3 Género

La mujer tiene más percepción de riesgo que el hombre ya que suele ser ella la que se preocupe no sólo por su salud sino también por la de su familia y en especial la salud de sus hijos.

Violeta: “Y eso también bueno, lo dice mi madre que...bueno, ella tiene tres hijos que eso depende de cuanto más se proteja al hijo más que “no cojas esto, no cojas aquello”, eso evita que tenga pocas defensas.”

Sin embargo, también es destacable el hecho de que los roles se pueden llegar a intercambiar con el proceso migratorio.⁴⁸ Si la mujer llega antes que el hombre y consigue trabajo antes que él, éste, al llegar, será el que se ocupe del cuidado de los hijos.

Rosa: “Mi marido aún no trabaja porque vino sólo con tarjeta de residencia y aquí sin permiso de trabajo no... pues ha sido muy difícil conseguir trabajo a parte de que como no tengo para pagar a una persona que me cuide a los dos pequeños, él se queda con ellos mientras trabajo yo.”

La migración puede provocar que la mujer tenga que asumir responsabilidades que en el país de origen recaían sobre el hombre y viceversa.

VI.4 Estrategias: “yo controlo”

Cuando los participantes hablan de estrategias preventivas a la hora de viajar, hacen referencia a los recursos sanitarios de sus países de origen. Muchos aprovechan para hacerse una revisión (especialmente si se dispone de un seguro) o traer medicamentos, sobre todo si se trata de medicina tradicional.

Violeta: “Mi padre me tiene asegurada. Cuando voy tengo el seguro de su trabajo me cubre a mí. Así, yo cuando voy muchas veces aprovecho y me hago un examen de rutina.”

P: “Y los medicamentos estos naturales, ¿Te los traes de Benín aquí?”
Robert:” Sí, sí.”

Existe la creencia de que los antipalúdicos europeos no se adaptan bien a las necesidades de las personas procedentes de África, y por ello se confía más en las medicinas del país de origen o en remedios naturales. Estas estrategias preventivas se pueden emplear antes, durante y después del viaje.

Robert: “Yo conozco a varias personas que han viajado conmigo que lo han tomado (Lariam) y no han tenido ninguna pesadilla ni ningún problema. Pero yo no puedo, nunca lo he tomado, tengo otras medicinas que son de la farmacia [...]. Pero las medicinas naturales también. Yo ya sé las dosis que hay que tomar antes de viajar y...”

P:” Antes de viajar.”

Robert: “Antes viajar y a la vuelta. Antes de viajar y una vez allí sigo un poquito o con algún fortificante o alguna vitamina...”

P: “Ahh, así que combinas...”

Robert: “Combino. Y a la vuelta sigo tomando durante una semana esto y ya está. Y me olvido.”

Las mujeres con hijos nacidos en España suelen pedir consejo sanitario a los pediatras españoles antes de viajar. Al ser la persona que se ha encargado de la salud de sus hijos desde su nacimiento, el pediatra es un médico en el que sí confían, incluso más que en los médicos de los países de origen.

Hélène: “Para mi bebé consultaría con el pediatra por las vacunas y para saber si tengo que llevar algo [...] Si enferma allí y que el

pediatra del hospital le receta algún medicamento diferente a lo que el toma aquí...no sé si le voy a dar.”

Las mujeres cuyos hijos han nacido en España, suelen llevar medicamentos de España para sus hijos, así como la leche o la comida para los bebés.

P: “¿En quién tienes más confianza?”

Jenifer: “En el pediatra de aquí porque la ha visto desde que nació, la ve cada dos meses [...]. De mi niña le consulté que me iba que qué le doy. Si le daba la leche allá cuando se terminara la leche de aquí [...]. No, me dijo no, no es bueno que le des otra leche, sino que lledes de aquí bastante.”

Además de los amigos o familiares, los trabajadores sociales aparecen como otra figura de referencia a la hora de preguntar por las medidas de prevención que se deben de emprender a la hora de iniciar el viaje.

Gabriella: “Bueno, a mi doctor ya le había comentado esto porque iba a viajar anteriormente y luego a la asistente social con quien hablé y toda esa gente”.

Las precauciones que se toman con respecto a la alimentación en los viajes, suelen estar referidas a la cantidad de comida ingerida (no comer demasiado los primeros días) o a ir adaptando los hábitos alimenticios poco a poco.

Robert: “De modo que yo después de la primera vez que me fui me cuidé un poco mejor pero luego cada vez tengo como rigurosamente aplicado el hecho de dejar como los tres primeros días, como mínimo, respetando más o menos la dieta europea es decir tomar agua mineral, tomar refrescos que conozco más o menos. No mezclar todas las comidas Se puede probar pero en cierta cantidad. Los tres primeros días. Eso lo digo siempre y lo suelo imponer a los amigos que van conmigo.”

En cuanto al agua, a veces se recurre a beber más refrescos, zumos o agua hervida o embotellada. Durante todo el viaje o los primeros días para ir habituándose.

Rosa: “Empecé a tomar más soda, Coca-Cola y esas cosas y disminuí un poco el agua hasta que mi cuerpo se acostumbró y ya luego me bebía...me tomaba el agua.”

También se hace referencia a aparatos diseñados para desinfectar el agua.

Elisa: “Eso yo no sabía pero ahora estoy aprendiendo... Entonces la

señora con la que trabajo me dijo cómo puedo dosificar el agua, qué maquineta puedo comprarme para hacer buena el agua...”

Las enfermedades transmitidas por mosquitos, como la malaria y el dengue, se consideran como enfermedades que se pueden controlar sin necesidad de medicación.

Saliou: “No, pues hay mucha gente que se vacuna de malaria, se vacuna de... como se llama...el “tifoides”, de fiebre amarilla y luego se toman las pastillas también para la malaria. Yo normalmente, eso como que no me preocupa... yo llevo y lo controlo.”

Los métodos empleados para protegerse de la malaria son llevar ropa de manga larga, mosquiteras y repelentes, especialmente en el caso de los niños. También nos podemos encontrar con casos en los que haya un rechazo hacia las mosquiteras o los repelentes.

Saliou: “Repelente, no llevo nada; yo lo que hago es llegar y comprarme mi mosquitera para dormirme. Con eso ya tengo suficiente para evitarme de los mosquitos. Y durante la noche si estoy dando vueltas por ahí no estoy todo destapado. Llevo camisas de manga larga un poco más gruesa por los mosquitos porque ya sabes los mosquitos si llevas una camisa fina te pueden picar igual.”

Robert: “Yo hay dos cosas: yo tomo las medicinas que hay que tomar para evitar las recaídas para las picaduras de mosquitos pero hay una posibilidad de ponerte una mosquitera pero yo odio la mosquitera porque me agobia [risas] Entonces prefiero dejarles que chupen un poco la sangre. Pero hay repelentes también [...] Para los niños en general sí los pones debajo de mosquiteras. Luego si estás en un hotel o en un hostel bueno te ponen antes de que entres estos repelentes”

Por lo general, los VFRs utilizan estrategias preventivas más naturales y acordes con su concepción de salud y enfermedad.

VI.5. Los factores externos: el motivo del viaje

La preparación de un viaje para un inmigrante no puede compararse con la de un viaje turístico de un español al trópico. El motivo del viaje siempre es visitar a la familia y a los amigos. Las prioridades cambian y la principal preocupación del inmigrante viajero es: ¿Qué voy a llevarle a mi familia? El primer viaje es el más complicado y su preparación particularmente estresante.

Rosa: “Ay para hace ese viaje fue terrible, ¿sabe por qué? Porque yo no

podía llevar a todos lo que yo quería llevarles porque cuando estás en un país extranjero pues todos esperan que tú les lleves un presentito o cualquier cosa, un cariñito lo que sea.”

Son viajes muy especiales donde la carga emocional es alta sobre todo para los que vinieron solos dejando a la pareja y a los hijos allí o los que no pudieron visitar a su familia durante un largo período de tiempo. Este es el caso de Saliou que vuelve por primera vez a Guinea Bissau después de vivir quince años en Europa.

Saliou: “No lo podía preparar porque estaba muy ansioso. Cogí mi maleta, me vacuné de tétanos y nada...Compré el billete...hala, me voy.”

En ocasiones, si los VFRs tienen que viajar debido a problema familiar muy grave, las personas no tienen tiempo ni de pensar en la preparación del viaje por la urgencia de la situación.

Jenifer: “Yo volví por problemas en mi familia. Todas por urgencias. La primera porque mi niña se puso muy grave, la segundo que mi madre estaba muy grave y la tercera que fui al entierro de mi madre.”

VI.6 Conclusiones

La preparación del viaje al país de origen es un factor estresante para los VFRs por las condiciones en las que se realiza: ansia por volver a ver a la familia y a los amigos o problemas familiares.

La carga emocional y el estrés de los primeros viajes pueden suponer trabas para pedir consejo sanitario antes de viajar.

Las vacunas imprescindibles, como la de la fiebre amarilla, son respetadas porque sin ellas la entrada al país está comprometida. Pero las condiciones de higiene y las medidas preventivas varían según los factores individuales, el entorno y las características socioculturales de los VFRs.

La falta de integración, la sensación de ser inmune, no haber estado enfermo precedentemente o venir de una familia que no suele tomar medidas de prevención, disminuye la percepción del riesgo antes del viaje y las conductas de prevención durante el viaje al trópico. Por eso las personas más vulnerables son los adultos que acaban de obtener el permiso de residencia y que van a efectuar el viaje por primera vez, así como aquellas familias que han traído recientemente a España a sus hijos mediante la reagrupación familiar.

El entorno familiar en el país de origen puede apoyar o rechazar las medidas preventivas de los migrantes según su valoración del proyecto migratorio. Si los migrantes no están integrados en el país receptor y no son capaces de mantener

una posición firme sobre su identidad bicultural, la presión de la familia puede desfavorecer el mantenimiento de medidas preventivas.

Las diferencias entre los sistemas sanitarios así como sobre los conceptos de salud y enfermedad actúan también en la percepción del riesgo. Tanto en África como en América Latina la medicina no suele ser preventiva como en Europa y los pacientes no tienen la costumbre de ir al médico para saber qué medidas adoptar antes de un viaje. Las personas llegan a los centros de salud u hospitales solamente como último recurso. Estas diferencias pueden explicar los diagnósticos tardíos de la población inmigrante a su vuelta y el hecho de que recurran a amigos, familiares o trabajadores sociales para pedir consejo sanitario.

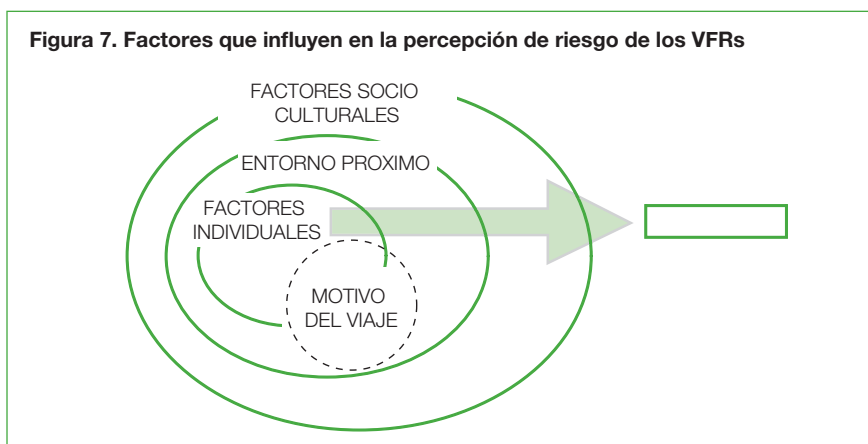
Debido a las diferencias entre los sistemas sanitarios y los modelos de comunicación médico-paciente, los inmigrantes tienen menos confianza en los médicos españoles y prefieren correr el riesgo de enfermarse en sus países de origen y acudir allí al médico.

Es importante destacar que se percibe una mayor vulnerabilidad al hablar de los niños nacidos en España. La población acude al pediatra para obtener consejos antes de los viajes. Esto da la posibilidad a toda la familia de recibir consejo sanitario o de ser orientado a consultas especializadas antes de viajar.

Los viajeros VFRs emplean estrategias “más naturales” para proteger su salud durante sus viajes y tienen la sensación de poder controlar el riesgo de adquirir algunas enfermedades como la malaria.

Llegar a población en situación irregular con programas de educación para la salud orientados a los viajes al trópico no es tarea fácil ya que no entra dentro de sus prioridades.

Asimismo, las culturas de las que proceden los VFRs son diversas y las variables socioeconómicas, familiares e individuales, determinan una serie de percepciones sobre el riesgo para la salud que deben ser tenidas en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención (figura 7).



VII. Recomendaciones para la prevención de enfermedades importadas en los inmigrantes viajeros

Los inmigrantes viajeros o VFRs constituyen actualmente el grupo de viajeros de mayor riesgo para adquirir enfermedades infecciosas durante el viaje.

A la hora de abordar el tema desde el punto de vista de la salud pública, tanto para evaluar su importancia como para elaborar estrategias preventivas, dos ideas básicas deben ser tenidas en cuenta:

- 1) la mayoría de las enfermedades adquiridas por los inmigrantes viajeros son prevenibles, y
- 2) se espera que el número de VFRs aumente en los próximos años.

De la literatura científica se extraen algunas ideas sobre intervenciones preventivas diseñadas específicamente para los VFRs, como más adelante se desarrollará. Aunque las intervenciones descritas en profundidad son pocas, todos los autores coinciden en que dichas estrategias deben adaptarse culturalmente a los inmigrantes viajeros para influir en los comportamientos y subrayan la importancia del papel que pueden jugar los profesionales de atención primaria.

En el presente capítulo se expondrán las claves a tener en cuenta antes de elaborar estrategias preventivas que puedan llegar de manera eficaz a los inmigrantes viajeros. Se pretende así aportar algo de luz a los sanitarios que deseen emprender la difícil tarea de trabajar en este campo.

VII.1. Factores a tener en cuenta

Tras la exhaustiva revisión bibliográfica expuesta anteriormente podemos extraer y resumir los factores que más influyen en el riesgo de los VFRs de adquirir enfermedades durante el viaje agrupándolos en:

- factores propios de los mismos viajeros: los VFRs tienen menos conciencia de riesgo de adquirir enfermedades al viajar a sus países de origen, por lo que buscan menos consejo sanitario previo al viaje
- aquellos dependientes del viaje en sí: este grupo de viajeros suele tener más riesgo de exposición que los turistas o las personas que viajan por negocios ya

que sus viajes suelen ser de mayor duración, los destinos más remotos y a zonas rurales, el contacto con la población local es estrecho, etc.

Pero para abordar el problema de una manera adecuada conviene, además, tener en cuenta y desarrollar los siguientes aspectos:

VII.1.1. Patrón de morbilidad de los inmigrantes viajeros.

Sabemos qué enfermedades tienen más riesgo de contraer los VFRs, y también las medidas para, en la medida de lo posible, prevenirlas o minimizar el riesgo de adquirirlas. Los motivos por los que dicho riesgo es mayor en los VFRs, así como las recomendaciones para minimizarlo aparecen reflejadas en la tabla 6.

Tabla 6. Resumen de riesgos en viajeros VFR y recomendaciones para la prevención de enfermedades		
ENFERMEDAD	RIESGO (con respecto a otros viajeros)	RECOMENDACIONES
Infecciones por ingesta de agua y alimentos contaminados	Aumentado: menor acceso a agua potable, mayor consumo de comida tradicional/ preparación local	Lavado de manos, evitar comidas de riesgo (poco cocinadas, productos lácteos frescos), medidas para correcta preparación de alimentos
Exposición a biotoxinas marinas	Aumentado: ingesta de alimentos de alto riesgo, menor consejo pre-viaje	Evitar algunos alimentos tradicionales (como el pescado crudo de agua dulce)
Malaria	Aumentado: mayor duración de los viajes, destinos de alto riesgo, menor uso de profilaxis anti-palúdica (PAP) y medidas personales anti-insectos, creencia que se tiene inmunidad	Educación sobre malaria, medidas anti-mosquito y uso de PAP Valorar coste de PAP Uso de mosquiteras impregnadas
Tuberculosis- TBC (incluyendo TBC multi-resistente)	Aumentado: mayor contacto estrecho con población local, mayor contacto con coinfectados por VIH	Valorar PPD 3-6 meses tras regreso si PPD previo negativo y estancia de larga duración (>3 meses) Educar sobre TBC, signos, síntomas y medidas de precaución

Enfermedades de transmisión sexual y por vía sanguínea	Aumentado: mayor contacto con infraestructuras sanitarias menos desarrolladas (p.ej dentista), prácticas culturales (tatuaje, mutilación genital en mujeres), mayor posibilidad de relaciones sexuales con población local	Educación sobre prácticas de alto riesgo, uso de medidas de protección (preservativo)
Esquistosomiasis y otros helmintos	Aumentado: mayor uso de fuentes de agua natural en zonas rurales para el baño y lavado de ropa	Evitar exposición a agua dulce, uso de DEET liposomal si exposición a agua, evitar contacto directo con tierra (niños), uso de calzado protector
Zoonosis (rickettsiosis, leptospirosis, fiebres virales, leishmaniasis, ántrax)	Aumentado: destinos rurales, mayor posibilidad de contacto con animales, exposición a insectos	Aconsejar lavado de manos, uso de ropa y calzado protector, búsqueda y retirada de garrapatas diarias, evitar dormir en el suelo
Ingesta de toxinas (reacciones adversas a medicamentos, ingesta de metales pesados)	Aumentado: compra de fármacos a nivel local, uso de terapias alternativas/ tradicionales, ingesta de alimentos contaminados (pescado de agua dulce contaminado por mercurio)	Recomendar compra de medicación/ fármacos previos al viaje y evitar consumo de productos de alto riesgo
Fiebre Amarilla y Encefalitis Japonesa	Disminuido en adultos: posible inmunidad parcial por exposición o vacunación previa	Evitar picaduras y vacunación si indicado
Dengue	Aumentado: especialmente riesgo de fiebre hemorrágica y shock asociado a dengue que ocurren tras exposición a un segundo serotipo del virus. Mayor riesgo en VFRs de exposición previa.	Medidas contra picaduras de mosquitos

Adaptada de Bacaner N, et al. JAMA 2004²

VII.1.2. ¿Cuándo viajan los VFR?

Al analizar las fechas de consulta en los VFRs atendidos en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal al regreso del viaje observamos dos picos: uno en septiembre y otro en enero (figura 3). Si tenemos en cuenta el tiempo medio que tardaron en consultar tras el regreso del viaje, podemos afirmar entonces que la mayoría de los VFRs atendidos en nuestra unidad viajaron en los meses de agosto y diciembre, coincidiendo con las vacaciones de verano y Navidad respectivamente.

Los datos publicados en la literatura científica coinciden con los nuestros. Un artículo sobre VFRs residentes en Houston, Texas refleja dos picos de viajes a

Nigeria: uno durante las vacaciones de verano y otro durante los meses de diciembre y enero.¹⁶

En otro estudio publicado en el año 2004 en la revista *Journal of Travel Medicine* se evaluaban los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud y viajes de viajeros a países en vías de desarrollo.⁵ Entre septiembre de 2002 y septiembre de 2003 se pasó un cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) a viajeros que se encontraban en las puertas de embarque de nueve aeropuertos europeos. Uno de los aeropuertos fue el de Barajas, en Madrid, y el estudio se realizó allí en diciembre. Una gran parte de los viajeros, debido a las fechas, eran VFRs. Más adelante se realizó otro estudio similar en los aeropuertos de Barajas y Barcelona.⁴⁹ Esta vez la encuesta fue cumplimentada por viajeros al trópico durante el verano de 2004, época predilecta de los turistas españoles para viajar. De hecho, más del 80% de los encuestados eran turistas y sólo un 4,5% resultó ser VFRs.

Conocer el patrón temporal de los viajes de los VFRs nos permite saber en qué épocas debemos aumentar los esfuerzos para acercarnos a este grupo de viajeros.

VII.1.3. Creencias y prácticas de inmigrantes residentes en España que viajan a sus países de origen.

De la investigación cualitativa desarrollada en el capítulo 6 se extraen una serie de conclusiones que conviene tener en cuenta antes de confeccionar estrategias preventivas dirigidas a los VFRs. Cabe destacar:

- La existencia de un modelo de salud no preventivo en los países de África, lo que requiere un mayor esfuerzo por parte de los profesionales para llegar a este grupo de viajeros.
- La desconfianza de los inmigrantes hacia los profesionales sanitarios españoles en materia de patología importada, lo que haría imprescindible informar a los VFRs sobre los Centros especializados en Medicina Tropical o Salud Internacional donde pueden acudir al regreso del viaje. Además, las diferencias entre los sistemas sanitarios del país de origen y de acogida y los distintos modelos de comunicación médico-paciente influyen en la confianza que los VFRs puedan tener en los profesionales sanitarios.
- Aunque en ocasiones no realizan consulta pre-viaje para ellos mismos, sí suelen ser conscientes de que los niños nacidos aquí son más vulnerables e informan a su pediatra de que van a viajar a su país. No obstante, un grupo diana son las familias con niños recién agrupadas, ya que dicha percepción de riesgo parece desaparecer si los niños nacieron en el país de origen.

- Los VFRs que van a viajar a su país por primera vez buscan consejo en amigos o familiares que ya lo hicieron. Informar de manera adecuada a algunos VFRs podría hacer que estos actuaran de multiplicadores de la información entre sus amigos. Otros estudios cualitativos similares en VFRs nigerianos residentes en Estados Unidos coinciden en esto.¹⁶
- A la hora de prevenir la malaria hay VFRs que prefieren los métodos barrera y los remedios naturales a la profilaxis antipalúdica (PAP) prescrita aquí. En esos casos deberíamos perseguir objetivos realistas y potenciar esas conductas mientras seguimos informando de la protección añadida que ofrece una profilaxis tomada de manera adecuada y de la importancia de realizar un diagnóstico temprano de malaria al regreso del viaje.

VII.1.4. Nivel de conocimientos y prácticas sobre prevención de la malaria en VFRs.

En Francia se realizó un estudio sobre la percepción del riesgo de malaria, conocimientos y prácticas preventivas en africanos subsaharianos que iban a viajar a sus países.⁵⁰ Ciento noventa y un inmigrantes viajeros captados en clínicas del viajero y agencias de viajes cumplimentaban un cuestionario CAP. A pesar de que la mayoría conocía el riesgo de adquirir malaria en sus países, un 26% no contestó que la malaria se transmite por la picadura de un mosquito, además de pensar un 6% de los encuestados que se puede transmitir a través del agua o una deficiente higiene personal y un 4% por la exposición solar. En cuanto a la prevención parece que existe la errónea creencia de que la vacuna de la fiebre amarilla protege también contra la malaria. Sobre la profilaxis antipalúdica mostraron más conocimientos aquellos VFRs encuestados en la consulta del viajero que aquellos encontrados en las agencias de viajes. Esto confirma el impacto positivo de realizar una consulta sanitaria pre-viaje y nos orienta sobre lugares donde poder encontrar a los VFRs para informarles. No obstante, persiste la confianza hacia la cloroquina como PAP eficaz en monoterapia, cuando su uso ya no se recomienda para prevenir la malaria en África. Esto está seguramente propiciado por el uso de esta droga como tratamiento de la malaria en África durante décadas, así como su bajo coste.

En ocasiones los VFRs expresan también que prefieren conseguir los anti-maláricos en África, pues son más baratos que en el país de acogida, en este caso Estados Unidos.¹⁶ No hemos escuchado esto de los potenciales VFRs entrevistados en España, quizá porque varios antipalúdicos están financiados por el Sistema Nacional de Salud, concretamente uno de los fármacos más eficaces en la PAP lo está desde hace poco tiempo.

VII.1.5. Estrategias preventivas propuestas por profesionales de otros países de Europa y Estados Unidos.

Varios autores han coincidido en que se necesita investigar más sobre los factores que influyen en los comportamientos de los VFRs^{2,10} y algunos proponen concretamente realizar estudios prospectivos enfocados a las conductas preventivas como parte de una estrategia de salud pública.¹³ Asimismo, coinciden en que las estrategias deben adaptarse culturalmente a este grupo¹³, y que habría que poner en marcha de manera simultánea varias líneas de acción, tarea que convendría ser realizada por equipos multidisciplinares.^{16, 50}

También se destaca la necesidad de explorar nuevos canales de comunicación, y dos sencillas medidas informativas se proponen sobre los riesgos de adquirir malaria: 1) pegatinas para los billetes de avión adaptadas lingüística y culturalmente a los VFRs, y 2) información a bordo de aviones que van o vienen de zonas con riesgo de malaria detallando las medidas preventivas en los vuelos de ida y aconsejando qué hacer ante una sospecha de malaria en los vuelos de vuelta.⁵¹

VII.1.6. Nivel de formación de los profesionales de atención primaria en materia de medicina del viajero y percepción de dicho nivel por parte de los VFRs.

Los médicos de atención primaria entrevistados en Estados Unidos se sienten a menudo frustrados por la frecuencia con la que cambia la información sobre consejo sanitario al viajero, lo que les dificulta estar actualizados. Los mismos médicos coinciden en que se beneficiarían de actualizaciones concisas y disponibles en un formato sencillo, y algunos proponen internet como la mejor vía para diseminar las recomendaciones. Además, las llamadas a médicos con más experiencia en medicina del viajero no son infrecuentes, resultando obvia la necesidad de fortalecer el contacto entre estos dos grupos de médicos.¹⁶ Otros autores europeos apuntan asimismo que los profesionales de atención primaria deberían aumentar su formación en medicina del viajero.¹⁰

En cuanto a la visión de los VFRs, hay una percepción generalizada en nigerianos residentes en Texas de que la mayoría de los médicos de atención primaria tienen conocimientos limitados sobre enfermedades relacionadas con los viajes, y particularmente sobre malaria.¹⁶

VII.2. Conclusiones

Teniendo en cuenta todo lo aparecido en este documento proponemos las siguientes recomendaciones para la prevención de enfermedades importadas en los inmigrantes viajeros:

1. Es preciso profundizar más en el problema, conocer más sobre las percepciones, creencias, conocimientos y comportamientos de los VFRs en cuanto a las enfermedades relacionadas con los viajes. Convendría realizar más estudios basados en la investigación cualitativa y otros estudios cuantitativos. Para estos últimos los cuestionarios CAP pueden ser una herramienta muy útil. Las conclusiones obtenidas en estos estudios pueden orientarnos aún más sobre cómo acercarnos a este grupo de viajeros.
2. La información sobre salud y viajes debe hacerse en los idiomas de los VFRs y sufrir un proceso de adaptación cultural antes de proporcionarla. Esta información puede darse de manera directa, mediante programas de educación para la salud dirigidos a inmigrantes, o bien de manera indirecta, mediante la difusión de material informativo (folletos, trípticos, etc.). El material debe incluir información sobre los riesgos durante los viajes y debe ofrecer también un listado de los centros donde acudir antes del viaje y al regreso del mismo. Se debe hacer hincapié en la pérdida de la inmunidad una vez residen en el país de acogida. Quizá un buen mensaje para los VFRs (que no difiere del que se da al resto de viajeros) sería uno que relacionara la prevención con el disfrute del viaje. Internet podría ser una buena herramienta para difundir la información.
3. El grupo diana para ofrecer dicha información son los inmigrantes que han regularizado su situación en el país de acogida y todavía no han viajado a su país. No tiene sentido invertir esfuerzos en informar a personas recién llegadas, puesto que esto podría influir negativamente en la relación sanitarios-inmigrantes al hablarles de volver a su país. No obstante, también resultaría útil informar a los VFRs que ya han viajado con anterioridad, ya que a ellos suelen consultar inmigrantes que no han viajado. También es importante informar a las familias recién agrupadas que tengan niños, por la falsa seguridad que les puede proporcionar el que sus hijos hayan nacido en el país de origen. En cuanto a género, conviene informar por igual tanto a hombres como a mujeres. A pesar de que la mujer suele ostentar el rol de cuidadora de la familia, con la inmigración en ocasiones los roles cambian.
4. Los lugares donde ofrecer la información son variados: desde asociaciones de inmigrantes y ONG (donde se podrían impartir charlas educativas y entregar material informativo) hasta agencias de viajes frecuentadas por VFRs, embajadas y locutorios (entrega de material informativo), pasando por los Centros de Vacunación Internacional y consultas de Medicina Tropical o Salud Internacio-

nal. Si las charlas son impartidas por sanitarios con experiencia en medicina del viajero, esto podría contribuir a favorecer un acercamiento entre los profesionales sanitarios y los VFRs, y estos últimos podrían cambiar su percepción sobre el nivel de formación de los sanitarios europeos en esta materia.

5. Es importante difundir la información a nivel comunitario, donde los mismos VFRs pueden convertirse en multiplicadores de la información. Podría ser muy útil emplear a líderes de la comunidad para ejercer este papel, como los líderes religiosos o los líderes de asociaciones de inmigrantes.
6. En cuanto a la identificación de los VFRs, el papel del Médico de Atención Primaria es fundamental. Se debería preguntar a todo paciente inmigrante si tiene intención de viajar a su país e informarle de los riesgos y de los recursos existentes para la prevención (como los Centros de Vacunación Internacional), así como indagar si viajaría con sus hijos.
7. Es altamente recomendable la formación en materia de enfermedades importadas y consejo sanitario al viajero del personal sanitario de atención primaria. Los pediatras son un objetivo clave, ya que hemos observado que los VFRs que tienen hijos suelen hablar con su pediatra antes de su viaje. A través de la consulta de pediatría se podría informar o derivar a centros especializados también a los adultos.
8. Debido a la dificultad de que los profesionales de atención primaria estén actualizados en medicina del viajero, se debería fortalecer el acercamiento entre estos y los profesionales de atención al viajero y medicina tropical. Estos últimos podrían convertirse en asesores mediante la formación de una red de comunicación que los mantenga en contacto. Si se realizaran programas de actualización en medicina del viajero, éstos deberían intensificarse de manera programada justo antes de las épocas en las que más viajan los VFRs.
9. A nivel de las consultas pre-viaje, deberíamos perseguir objetivos realistas y reforzar las buenas prácticas preventivas que numerosos VFRs emplean, como los método barrera para prevenir la malaria. Los profesionales de estos centros y consultas podrían al mismo tiempo informar detalladamente sobre la PAP y otras recomendaciones. Debido a los diferentes modelos de comunicación médico-paciente, algunos VFRs demandan más información durante la negociación si el médico les ofrece varias alternativas profilácticas o terapéuticas. Además, sería importante que los profesionales insistieran en la importancia de llevarse desde aquí los antipalúdicos, y en los peligros de tomar fármacos de dudosa autenticidad y remedios naturales obtenidos en el país de destino. Esto es algo complicado de conseguir, pero si los profesionales conocieran dichos remedios y sus posibles efectos secundarios e interacciones, podrían informar y resolver las dudas de los VFRs, y esto repercutiría de manera positiva en la confianza de estos hacia los sanitarios. Si logramos un mayor conocimiento sobre los factores que influyen en el comportamiento de los VFRs sería interesante, además, poner en marcha programas de formación dirigidos a especialistas en medicina del viajero para que conocieran las peculiaridades de este colectivo.

VII.3. Enlaces de interés

- Ministerio de Sanidad y Política Social.

Desde la página principal de la web del Ministerio de Sanidad y Política Social, www.msps.es, se puede acceder directamente al apartado “La salud también viaja”. En esta sección aparece información sobre los Centros de Vacunación Internacional (direcciones, teléfonos), consejos sanitarios para el viajero, requisitos sanitarios para el viaje (vacunas exigidas y recomendadas, PAP) y un enlace de autogeneración de consejos sanitarios al cumplimentar los datos específicos del viaje y del viajero, entre otros.

- Viajarsano.com

En la página www.viajarsano.com el viajero puede informarse con exactitud de las precauciones sanitarias para su viaje, además de consejos prácticos, y vacunaciones y PAP recomendadas según país de destino. La información está avalada y es actualizada por la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Pública.

- Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Dentro de la página web del Hospital Universitario Ramón y Cajal, www.hrc.es, accediendo al apartado “Nuevos ciudadanos, nuevos pacientes” se encuentran en formato pdf trípticos informativos sobre Salud y Viajes adaptados a VFRs en varios idiomas.

- Centers for Diseases Control and Prevention (CDC).

En la página www.cdc.gov/malaria/travel/#recommendations aparece información para VFRs que planeen visitar zonas de riesgo de malaria en inglés; también en inglés consejos específicos para aquellos que viajen a India o a Nigeria, y en francés para los VFRs que viajen a África.

VIII. Conclusiones Generales

En la actualidad existe un grupo creciente de inmigrantes cuyas características les definen como aquellos inmigrantes viajeros conocidos por el término VFRs, por las siglas en inglés que corresponden a *Visiting Friends and Relatives*. Son estos rasgos característicos los que les hacen especiales desde el punto de vista sanitario y de salud pública. Por los viajes que realizan a sus países de origen se exponen a una mayor incidencia de determinadas patologías que puede suponer no sólo un detrimento en su salud, si no en ocasiones un impacto en la salud pública. El conocimiento y entendimiento de sus peculiaridades a la hora de viajar, el aprendizaje de las enfermedades propias de sus lugares de origen, así como la mediación intercultural que faciliten una confianza médico paciente, son los pilares sobre los que debemos actuar. Ello conllevaría un adecuado consejo pre-viaje que evite que enfermedades potencialmente prevenibles sigan causando un impacto en la morbi-mortalidad de nuestra población inmigrante.

Bibliografía

1. Zuckerman JN. Travel medicine. *BMJ* 2002; 325: 260-4.
2. Bacaner N, Stauffer B, Boulware DR, Walker PF, Keystone JS. Travel Medicine Considerations for North American Immigrants Visiting Friends and Relatives. *JAMA* 2004; 291 (823): 2856-64.
3. Leder K, Tong S, Weld L et al. Illness in Travelers visiting Friends and Relatives: A Review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis* 2006; 43, 1185-93.
4. Castelli F. Human Mobility and Disease: a global challenge: *J Trav Med* 2004; 11: 1-2.
5. Van Herck K, Van Damme P, Castelli F et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey. *J Trav Med* 2004; 11, 3-8.
6. 2002 Profile of US resident Traveler Visiting Overseas Destinations reported from: Survey of International Air Travelers. Office of Travel and Tourism industries: US Department of Commerce.
7. McCarthy M: should visits to relatives carry a health warning? *Lancet* 2001; 357: 862
8. Behrens RH. Visiting Friends and relatives, En. Keystone JS, Kozarsky PE, Freedman DO, Northdurft HD, Conner BA eds. *Travel Medicine*. London, England. Elsevier Ltd. 2004. 281-5.
9. Angell SY, Cetron MS. Health Disparities among Travelers Visiting Friends and Relatives Abroad. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 142 (1): 67-72.
10. Angell SY, Behrens RH. Risk Assessment and Disease Prevention in Travelers Visiting Friends and Relatives. *Infect Dis Clin N Am* 2005; 19: 49-65.
11. Ryan ET, Wilson ME, Kain KC. Illness after international travel. *N Engl J Med* 2002; 347: 505-16.
12. Boggild AK, Yohanna S, Keystone JS, Kain K. prospective analysis of Parasitic Infections in Canadian Travelers and Immigrants. *J Trav Med*, 2006; 13(3): 138-44.
13. Fenner L, Weber R, Steffen R, Schlegelhauf P. Imported Infectious Disease and Purpose of Travel, Switzerland. *Emerg Infect Dis*. 2007, 13 (2), 217-22.
14. Strine TW, Barker LE, Mokdad AH, Luman ET et al. Vaccination coverage of foreign-born children 19-35 months of age. *Pediatrics* 2002; 110 (2 pt 1): e15.
15. Van Steenberg JE, Tijon G, van Den HA, et al. Two years' prospective collection of molecular and epidemiological data shows limited spread of hepatitis A virus outside risk groups in Amsterdam 2000-2002. *J Infect Dis* 2004; 189: 471-82.
16. Leonard L, Vanlandingham M. Adherence to Travel Health Guidelines: the experience of Nigerian immigrants in Houston, Texas. *Journal of immigrant Health* 2001; 3: 31-45.
17. Jelinek T, Schulte C, Behrens R et al. Imported falciparum malaria in Europe: sentinel surveillance data from the European network on surveillance of imported infectious diseases. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 572-6.
18. Smith AD, Bradley DJ, Smith V, Blaze M, Behrens RH, Chiodini PL, Whitty CJM. Imported malaria and high risk groups: observational study using UK surveillance data 1987-2006. *BMJ*. 2008; 337: a120.
19. Mollet JP, García de Olalla P, Carrillo-Santistevé P, Gascón J et al. Imported malaria in a cosmopolitan European city: A mirror image of the world epidemiological situation. *Malar J* 2008, 7: 56.
20. Ladhani S, Aibara RJ, Riordan FAI, Shingadia D. Imported malaria in children: a review of clinical studies. *Lancet Infect Dis* 2007; 7: 349-57.

21. Eloy O, Bruneel F, Diebold C et al. Pediatric imported malaria. Experience of the hospital center of Versailles (1997-2001). *Ann Biol Clin (Paris)*. 2003; 61: 449-53.
22. Brabin BJ, Ganley Y. Imported malaria in children in the UK. *Arch Dis Child* 1997; 77: 76-81.
23. Huerga H, López-Vélez R. Imported malaria in immigrant and travelling children in Madrid. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20: 591-93.
24. Semaille C, Santin A, Prazuck T et al. Malaria chemoprophylaxis of 3, 446 french travellers departing from Paris to eight tropical countries. *J Trav Med* 1999; 6: 3-6.
25. Steinberg E, Frisch A, Rossiter S, McClellan J, Ackers M, Mintz E. Typhoid fever in travelers: who should we vaccinate? *Am Soc Trop Med Hyg* 2000; 60.
26. Keller A, Frey M, Schmid H, Steffen R, Walker T, Schlagenhaut P. Imported Typhoid Fever in Switzerland, 1993 to 2004. *J Travel Med* 2008; 15: 248-51.
27. Lobato MN, Hopewell PC. Mycobacterium tuberculosis infection after travel to or contact with visitors from countries with a high prevalence of tuberculosis. *Am J Resp Crit Care Med*. 1998; 158: 1871-5.
28. Henry M, Blumberg, Michael K, Leonard, Robert M, Jasmer Uptodate on the treatment of tuberculosis and latent tuberculosis infection. *JAMA* June 8, 2005; Vol 293, nº 22.
29. American Thoracic Society; Center for Disease Control and Prevention. Targeted tuberculosis testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: S 221-S247.
30. Bottieau E, Florence E, Clerinx J et al. Fever after a stay in the Tropics: Clinical Spectrum and Outcome in HIV-infected Travelers and Migrants. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008, 5: 547-52.
31. Ward BJ, Plourde P. Travel and sexually transmitted infections. *J Travel med* 2006; 13: 300-17.
32. Fenton KA, Chinouya m, Davidson O, Copas A, MAYISHA research team. HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. *AIDS* 2001; 15: 1442-45.
33. Kramer MA, van den Hoek A, Coutinho RA, Prins M. Sexual risk behaviour among Surinamese and Antillean migrants travelling to their countries of origin. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 508-10.
34. Nagy G, Kosa S, Takatsy S, Koller M. The use of IgM tests for analysis of the causes of measles vaccine failures. *J Med Virol*. 1984, 13: 93-103.
35. Chuang SK, Lau YL, Lim WL, Chow CB, Tsang T, Tse LY. Mass measles immunization campaign: experience in the Hong Kong Special Administrative Region of China. *Bull World Health Org*. 2002, 80: 585-91.
36. Gosselin C, De Serres G, Rouleau I et al. Comparison of trip characteristics of children and adults with travel- acquired hepatitis A infection. *Pediatric infect Dis J*, 2006; 25 (12): 1184-6.
37. Behrens RH, Collins M, Botto B et al. Risk for British travellers of acquiring hepatitis A. *BMJ* 1995; 311: 193.
38. Richardus JH, Vos D, Veldhuijzen IK et al. Seroprevalence of hepatitis A antibodies in Turkish and Moroccan children in Róterdam. *J Med Virol* 2004; 72: 197-202.
39. Ruttimann RW, Clemens RL: Argentine and Latin American hepatitis A. *J Trav Med* 2002, 9: 220-1.
40. Lee KK, Beyer-Blodget J. screening travelers for hepatitis A antibody. *West J Med*. 2000; 173: 325-9.
41. Salas SD, Heifetz R, Barrett-Connor E. Intestinal parasites in Central American immigrants in the United States. *Arch Intern Med* 1990;150(7):1514-6.

42. Lipner EM, Law MA, Barnett E, Keystone JS, von Sonnenburg F et al. (2007). Filariasis in Travelers presenting to the GeoSentinel Surveillance network. *PLoS Negl trop Dis* 183): e88. doi: 10.1371/journal.pntd.0000088
43. Vaughn DW; Green S; Kalayanaroj S; Innis BL; Nimmannitya S; Suntayakorn S; Rothman AL; Ennis FA; Nisalak A Dengue in the early febrile phase: viremia and antibody responses. *J Infect Dis* 1997 Aug;176(2):322-30.)
44. Guzman MG; Kouri GP; Bravo J; Soler M; Vazquez S; Morier L Dengue hemorrhagic fever in Cuba, 1981: a retrospective seroepidemiologic study. *Am J Trop Med Hyg* 1990 Feb;42(2):179-84.
45. Thisyakorn U; Nimmannitya S Nutritional status of children with dengue hemorrhagic fever. *Clin Infect Dis* 1993 Feb;16(2):295-7.
46. Burke DS; Nisalak A; Johnson DE; Scott RM A prospective study of dengue infections in Bangkok. *Am J Trop Med Hyg* 1988 Jan;38(1):172-80.
47. Berry, J.(2001). Conceptual Approches to Acculturation. En K. M. Chun, P. Balls. Organista y G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in Theory, measurement, and the applied research* (pp. 17-38). Washington DC: American Phycological Association
48. Sojo, D., Sierra, B., López, I. (2005). Health and Gender. Practical Guide for Pratioinners in Co-operation. (p.25-27). Madrid: Paso de Zebra.
49. López-Vélez R, Bayas JM. Spanish Travelers to High-Risk Areas in the Tropics: Airport Survey of Travel Health Knowledge, Attitudes, and Practices in Vaccination and Malaria Prevention. *J Travel Med* 2007; 14: 297–305
50. Pistone T, Guibert P, Gay F et al. Malaria risk perception, knowledge and prophylaxis practices among travellers of African ethnicity living in Paris and visiting their country of origin in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2007; 101: 990-5.
51. Schlagenhauf P, Steffen R, Loutan L. Migrants as a major risk group for imported malaria in European countries. *J Travel Med* 2003; 10: 106–107.

Publicaciones/ Fuentes oficiales:

- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. Avance de padrón municipal a 1 enero 2008 (20 Junio 2008).
- Organización Mundial de la Salud
- EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europe.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Yellow book

