

Etorkin Helduaren Osasun Laguntzarako Gomendioak

INMIGRAZIORAKO EUSKAL PLANA

URTARRILA 2008



Etorkin Helduaren Osasun Laguntzarako Gomendioak

INMIGRAZIORAKO EUSKAL PLANA



URTARRILA 2008

Argitalpena: 2008ko Urtarrila

Aleak: 3.000

© Eusko Jaurlaritza / Osasun Saila

L.G.: BI-3867-07

Eskerrak

Gomendio hauek etorkin heldua Lehen Mailako Atentzian tratatzeko dira. Berauek, Inmigratorako Euskal Planaren jardueren barne daude eta Osasun Saila eta Osakidetzari dagozkien jarduerak dira. **Juan Miguel Santamaria doktoreak, Basurtoko Ospitaleko Gaixotasun Infekziosoko Zerbitzu buruak** egin ditu. Horretarako, aipatu Plana garatzeko Osakidetza eta Osasun Sailarekin lankidetzan aritu da:

- **Achútegui, Gregorio;** Arabako Lurralde-Zuzendaritza
- **Apalategi, Imanol;** Gipuzkoako Lurralde-Zuzendaritza
- **Bastida, María Teresa;** Groseko OMZ, Donostia
- **Bilbao, Begoña;** Erizaintza-Zuzendaritza, Bilboko Eskualdea
- **De Aranzabal, Maite;** Aguraingo OZ
- **Elexpe, Xabier;** Finantziario eta Kontratazio Zuzendaritza, Osasun Saila.
- **Esnaola, Santiago;** Plangintza eta Osasun-Antolamenduko Zuzendaritza, Osasun Saila.
- **Estebanez, Mercedes;** Arabako Ospitale Psikiatrikoa.
- **García, Rosa;** La Merced OZ, Bilbo.
- **Gutiérrez, Enrique;** Zuzendaritza Medikoa, Santiago Ospitalea.
- **Gutiérrez de Terán, Gloria;** La Merced OZ, Bilbo.
- **Lete, Iñaki; Ginekologia Zerbitzua, Santiago Ospitalea.**
- **López, Ana Pía;** Gasteiz erdiguneko OMZ, Vitoria- Gasteiz.
- **Martínez, Txanton;** Ginekologia Zerbitzua, Gurutzetako Ospitalea.
- **Muñárriz, Leonor;** Donostia Ospitalea.
- **Ozamiz, Agustín;** Finantziario eta Osasun-Kontratazio Zuzendaritza, Osasun Saila.
- **Riaño, Pilar;** Olarizuko OZ, Vitoria-Gasteiz.
- **Roldán, Asunción;** Alde Zaharreko OZ, Vitoria-Gasteiz.
- **Sanzo, Juan Manuel;** Zuzendaritza Medikoa, Gipuzkoa mendebaldeko eskualdea.
- **Urturi, Mauri;** Bizkaiko Lurralde-Zuzendaritza.
- **Zuazagoitia, Jon;** Osasun- Publiko Zuzendaritza, Osasun Saila.

Orrialdea

Aurkezpena	7
Sarrera: Etorkin helduek izaten duten patologia infekziosoa.	9
Tuberkulosia etorkinengan.	15
Etorkinen artean GIB infekzioak eta etorkinengan sexu bidez transmititzen diren infekzioak (STI).	33
Hepatitis birikoak etorkinengan.	39
Etorkinengan ematen diren gaixotasun infekzioso kosmopolitak:	
– Parasitosiak eta heste-infekzioak.	43
– Maiz etorkinen artean ematen diren ekarritako gaixotasun tropikal garrantzitsuenak:	
Malaria	44
Filarisia	45
Eskistosomiasia	46
Chagas gaixotasuna	46
Legenarra	47
Gaixotasun immunoprebenigarriak. Etorkin helduaren txertaketa-egutegia. Txertaketa eta haurdunaldia.	51
Etorkinaren kontsulta.	55

Aurkezpena

“Inmigraziorako Euskal Plana” Eusko Legebiltzarrak hitzartu zuen 2000ko urriaren 20an egindako bilkuran.

Aipaturiko Legebiltzarreko hitzarmenak suposatu zuen bultzada politikoa, geroago, 2001eko uztailleko Gobernu-akordioan jaso zen. Horretan inmigraziorako euskal politika eratzen duen plangintza burutzeko konpromisoa azpimarratu zen. Horrela, 2002. urtean zehar I. Inmigraziorako Euskal Plana burutu zen, bere helburu nagusia honako hau zelarik: pertsona etorkin atzerritarrak euskal gizartean guztiz integratzea, naziotasun-diskriminazioa baztertzea, eta giza eskubideak bermatzea, EAEko gainerako herri-tarrek bezala betebeharrak beraien gain hartzearekin batera.

Gauzak horrela, Osasun Sailak eta Osakidetzak/Eoz, gure sanitate-eremuari dagokionez, helburu hauek lortzeko konpromisoa hartu dute, bultzatuz sanitateko profesionali zuzendutako etengabeko prestakuntza ondoko jardueretan: ama-haurrentzako osasuneko programak, osasunaren sustapena edo gaixotasun errepikariei buruzko programak, eta ekintza zehatzak ezarriz gaixotasun infektzioen (tuberkulosia, hepatitis, STG,...) detekzio goiztiarrerako, prebentziorako eta tratamendurako. Horren arauera, profesional-batzorde batek "Etorkin helduaren osasun laguntzarako gomendioak" delakoa prestatu du eta, horregatik, nire eskerreonek beroena erakutsi nahi diet. Liburuxka honek, "Etorkin haurraren osasun laguntzarako gomendioak" delakoarekin batera, zeina epe laburrean argitaratuko den ere, etorkinak Lehen Mailako Atentzioko zein Atentzio Espezializatuko kontsultetara joatera bultzatzen dituzten patologia infektzioso ohikoen tratamendu, detekzio eta prebentziorako jardueren berrikuste argia eta osoa egiten du.

Gure zerbitzuen asistentzia-kalitatea hobetzearekin batera, gure gizartean etorkinen ezinbestekoa den integrazioa lortzeko aurrerapausua emango dugu.

Gabriel Inclán Iribar
OSASUN SAILBURUA

Sarrera: Etorkin helduek izaten duten patologia infekziosoa

1999. urtetik aurrera, inmigrazioa goranzko fenomeno da Espainian eta EAEn, eta hurrengo urteetan, gure herrira aukera berrien bila iritsiko diren pertsonen kopuruak ez dio hazteari utziko (1). Historikoki, migrazio mugimendu eta biztanleriaren desplazamenduek, gaixotasunen hedatzea edota sartzea ekarri dituzte bestelako herrietan(2). Gaixotasun infekzioso eta inmigrazioaz ari garenean, sor daitekeen arazoetariko bat, erreakzio sozialek eta politikoez eragindako bazterketa da. Horregatik, inmigrazioaz eta gaixotasun infekziosoez hitz egitean, beharrezkoa izaten da, oro har, hausnarketa batzuk egitea:

1. Gure herrira eta Europara iristen den etorkin-populazioa, oro har, populazio gaztea eta osasuntsua da (3,4).
2. Inportatutako patologia infekziosoa ez datorkigu soilik etorkinengandik, baita beste talde batzuek ere: turistak, borondatezko langileak, negozio-gizonak (5-8).
3. Etorkinen artean gertatzen diren ohizko gaixotasun infekziosoak, harrera-komunitatean ematen direnak dira: gernu-infekzioa, arnas aparatuko infekzioak (2,4,9).
4. Jatorrizko herrien gaixotasun infekzioso "exotiko" -ek banakako garrantzia dute infekzioa morbi-hilkortasun mailan pairatzen duen pertsonarentzat, baina sanitate publiko mailan ez dute eraginik harrera-komunitatean, zeren eta gure ingurunean zaila edo ezinezkoa den hauen transmisioa (filarisia, eskistosomiasia, malaria) (10-11).
5. Infekzio tropikal anitz horiek, bakan batzuek baino ez dituzte pairatzen. Ez da beharrezkoa, beraz, Lehen Mailako Atentzioko medikua medikuntza tropikaleko espezialista izatea etorkinek izaten dituzten gaixotasun asko diagnostikatu eta tratatzeko (2, 10). Larritasun handiagoko edo ezezagunagoa den gaixotasunen baten susmorik egonez gero, paziente unitate espezializatu batera bidali behar da (1. Eranskina).
6. Etorri berria den etorkinaren osasuna, bere jatorrizko herriaren osasunaren isla da. Izan ere, tuberkulosia, GIB infekzioa, hepatitis birikoak eta sexu transmisiozko infekzioen (STI) nagusitasuna besteak beste, handiagoa da munduko zonalde zehatz batzuetan (12-15).
7. Haietariko batzuk, denbora luzez sintoma gabekoak izan daitezke; beraz, banaka eta kolektiboko osasun arrazoiengatik, paziente etorkinari arreta ematean, garrantzitsua da aipatu gaixotasunen bilaketa aktiboa egitea. Etorkinaren Arretan, gaixotasun infekzioso zehatz batzuen baheketari ekitean, irizpide teknikoak zein

etikoak kontuan hartu behar dira. Orokorrean, ez dugu inolako gaixotasun infekziosoren baheketarik egingo, horrek ez badu banakako etorkin gaixoarenganako onurarik eragiten (12, 15-17, 18).

8. Etorkinek pairatzen dituzten patologia infekzioso batzuk (tuberkulosia, ITG), kasu gehienetan harrera komunitatean burutzen dituzten arrisku jarduera eta bizi-baldintzen ondorio dira, eta harrera-komunitatean transmitituak edo lagunduak gerta daitezke (15, 19-21).
9. Gaixotasun infekziosoen diagnostiko bereizlea egitean jatorrizko herria kontuan hartzea garrantzitsua da (gaixotasun zehatzen existentzia edo ez,...), hauen inku-bazio-aldia, maiztasuna eta ohizko seinale klinikoak (22).
10. Errenta txikiko herri batzuetan (aurrerantzean ETH) gutxieneko txertatze-egutegiak dituzte; hortaz, eman daitezkeen gaixotasunak ekiditeko helburuarekin, garrantzitsua da etorkinaren txertaketa-egutegia betetzea (23-24).
11. Nolabaiteko maiztasunaz, etorkinak beren jatorrizko herrietara bisitan joaten dira, eta gaixotasun infekziosoak hartzeko arriskua garrantzitsua da diagnostiko bereizlea egitean, horretan ager daitekeen edozein sintoma kontuan hartu beharrekoa baita. Bestalde, beste bidaiariei bezala, kasu bakoitzean adierazitako bidaia-aurreko aholkua eta profilaxiak egitea beharrezkoa da (22,25).

Bibliografia

1. Observatorio Permanente de la Inmigración. Boletín de publicación del IMSERSO nº 1. Madrid: IMSERSO, mayo 1998.
2. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enf Infecc y Microbiol Clin* 2003; 21 (10): 535-9.
3. Jansa JR, Villalba JR. La salud de los inmigrantes y la Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995; 15:320-27.
4. Jansa JM, García de Olalla P. Salud e inmigración. Nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004; 18 (1 supl): 207-13.
5. Velasco M, Morote S, Aramburu C, quinto LI, Corachan M, Gascón J. Riesgo derivado del comportamiento sexual de los españoles en el extranjero *Med Clin* 2001; 116:612-3.+
6. Rieder HL. Risk of travel associated tuberculosis *Clin Infect Dis* 2001;33:1393-6.
7. Gascón J, Torres JM, Luburich P, Ayuso PR, Xauber A, Corachan M. Imported histoplasmosis in Spain. *J Travel Med* 2000;7: 89-91+
8. Gamje JM, Zula A. Tuberculosis. En: Cook and Zula editores. *Mansons Tropical Diseases 21th Edition*. London. Saunders, 2003: 995-1052.
9. Roca C, Balanzo X, Fernández JL, Pujol E, Corachan M. Caracterización demográfica y motivos de consulta y morbilidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin* 1999; 11: 215-7.
10. Roca C, Balanzo X, Fernández Roure LI, Sauca G, Savall R, Gascón J, Corachan M. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos. Estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin* 2002; 119 (16):616-8.
11. Kruger A, Rec A, Su ZX, Tannich E. Two cases of autoctonous *Plasmodium falciparum* malaria in Germany with evidence for local trasmision by indigenous *Anopheles plumbeus*. *Trop Hig Inter Health* 2001; 6:983-5.
12. Ramos JM, Pastor M, Másia MM, Cáscales E, Royo G, Gutiérrez Rodero F. examen de salud en la población inmigrante; prevalencia de la infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enf infecc y Microbiol Clin* 2003; 21(10):540-2.
13. López de Munain J, Cámara MM, Santamaría JM, Zubero Z, Baraiaetxaburu J, Muñoz J. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. *Med Clin* 2001;117:654-6.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vigilancia epidemiológica del sida en España, informe n 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, junio 2004.

15. Valls y el grupo de estudio de las infecciones de transmisión sexual en Atención Primaria. Infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enf Infecc y Micobiol Clin* 2002; 20:154-6.
16. Moqueen K, Buehler J. Ethics, Practice and Research in Public Health. *Am J Public Health* 2004; 94 (6):928-31.
17. Calonge N. Screening for syphilis infection: Recommendation Statement. *Annals of Family Medicine* 2004; 2:362-5.
18. Anonymous. Disease is not a justification for discrimination. *The Lancet* 2005; 365:728
19. Grupo de Trabajo de los Talleres 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis en Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin* 2003; 121 (14):549-62.
20. Vázquez Torres MC, Otero Puime A. Tuberculosis en inmigrantes: intervalo desde la llegada a España hasta el diagnóstico de la infección. *Me Clin* 2004; 122 (20):796-7.
21. Belza MJ, Yacer A, Mora R, De la Fuente A, Castilla J, Noguer I et al. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gac Sanit* 2000; 14: 330-37.
22. D'Acromont V, Burnand B, Ambresin AE. Practice Guidelines for Evaluation of fever in Returning Travellers or Migrants. *J Travel Med* 2003; 10 (2 supl): 25S-45S.
23. Ganduxer D, Villalbi JR, Servicios de salud y cobertura vacunal en niños hijos de madres Filipinas. *An Esp Pediatr* 1999; 39:253-9.
24. Muñoz M, Nebot M,. Cobertura vacunal en población inmigrante atendida en el Servicio de Vacunas del Instituto de Salud Pública de Barcelona. Barcelona: Instituto de Salud Pública; 2001.
25. Zubero Sulibarria Z, Santamaría Jáuregui JM, Muñoz Sánchez J, Teira Cobo R, Bariaetxaburu Arteche J, Cisterna R Enfermedades importadas: experiencia de una unidad especializada en un hospital general. *Rev Clin Esp* 2000;200 (10): 533-37.

I. Eranskina

Bidaiari edo etorkinen patologia infekziosoak
atenditzeko unitate espezializatuak

GAIXOTASUN TROPIKALEN UNITATEA

Gaixotasun Infekziosoen Zerbitzua
Basurtoko Ospitalea
Montevideo etorbidea 18. 48013 Bilbo
Arduraduna: Zuriñe Zuberu doktorea
Telefonoa: 94 400 60 75
e-mail: mirenzurine.zuberosulibarria@osakidetza.net

GAIXOTASUN INFEKZIOSOEN ATALA

Gurutzetako Ospitalea
Gurutzetako Plaza z/g. 48903 Barakaldo
Arduraduna: M. Montejo doktorea
Telefonoa: 94 600 6379

GAIXOTASUN INFEKZIOSOEN ATALA

Galdakaoko Ospitalea
Labeaga auzoa z/g. 48960 Galdakao
Arduraduna: J. Collazos doktorea
Telefonoa: 94 400 7005
e-maila: julio.collazosgonzalez@oskidetza.net

GAIXOTASUN INFEKZIOSOEN ATALA

Donostia Ospitalea
Dr. Beriguistain pasealekua z/g. 20014 Donostia - San Sebastián
Arduraduna: JA. Iribarren doktorea
Telefonoa: 943 00 72 20 (etorkin edo bidaiariaren patologiarako kontsulta- eskaera zehaztu).
e-mail: joseantonio.iribarrenloyarte@osakidetza.net

Tuberkulosia etorkinengan

Europar, hobekuntza sozialek eta tratamendu eraginkorrek posible egin zuten bertako biztanleriaren artean gaixotasun tuberkulosoaren kontrola, eta duela zenbait urtetatik aurrera, Europako herri batzuetan diagnostikatutako tuberkulosi kasu kopururik handiena etorkinengan gertatzen da (1). Azken urteotan, Espainian gauza bera gertatzen da, gure herrian etorkinen artean tuberkulosi kasuen igoera errepara daiteke eta, bereziki, kolektibo honen kontzentrazio maila altuak gertatzen diren zonaldeetan (2-5). 2003an, Bizkaian, tuberkulosi kasu guztien % 8 etorkinen artean gertatu zen; 1997an, aldiz, % 1,5 (6). Emigratzea erabakitzen duten pertsonak osasuntsuak dira eta gehienek tuberkulosia izateko arrisku txikia dute. Hala ere, orokorrean, arrisku hau harrera-komunitatearena baino handiagoa da, zeren eta infekzioa eta gaixotasun tuberkulosoaren nagusitasuna handiagoa den zonaldeetatik baitatzo (7-10) (1. taula).

Etorkin talde batzuek bizi-baldintza txarretan bizi behar dute eta baldintza txar horiek sortarazten dute tuberkulosi kasu asko, beharbada erreaktibazio-endogenoengatik kasu gehienetan (10-12). Horrela, harrera- herrira iristean gaixotasun tuberkuloso aktiboaren (12, 13, 14) oso kasu gutxi daudela ikusi da. Bestalde, gaixotasun tuberkulosoaren ohikoagoa da etorri berri diren etorkinengan urte gehiago darमतзatenengan baino (12-15); horregatik, etorri berri diren etorkinen artean (2-5 urteko egonaldia) gaixotasun tuberkulosoaren susmo handia mantendu behar da, baita gaixotasun tuberkulosoaren tratamenduaren TITLrenr indikazioak indibidualki baloratu ere (15, 16). Hala ere, horrek, hurrengo urteetan zehar, ez luke gaixotasun tuberkulosoaren susmoa gutxitu beharko, zeren eta iriste-data eta tuberkulosi diagnostikoaren batez besteko denbora tartea oso zabala baita.

Espainian, ihesaren eraginez gaixotasun tuberkulosoaren zifrak, Europako beste zenbait herritan baino altuagoak ditugu, eta 1997-1998an erretroirusaren kontrako tratamendu modernoak ekarri arte, ihesak estali egin du inportatutako tuberkulosiaren efektua (17-19). Egun, Espainian, ihesaren kasuak gutxituz doaz; hala ere, inmigrazioan gerta daitekeen tuberkulosia kezkarria da Osasun Publikoan izan dezakeen eraginagatik, zeren eta posiblea litzatekeen tuberkulosia populazio autoktonoari transmititzea eta zepa multierresistenteak sartzea (19, 20). Hau da hainbat ikerketarako datu erabilgarriek ondorioztatzen dutena: etorkinen arteko tuberkulosiaren baziloaren transmisioa, bereziki, beraien artean gertatzen dela (pilaketa, marjinazioa, pobretasuna (21-25)). Bestalde, nahiz eta etorkinen arteko tuberkulosi kasu kopurua handitu den, populazio autoktonoaren artean, proportzioan, zifrak egonkor mantentzeak, bertoko populazioarenganako transmisioa txikia izan daitekeela berresten du (22, 23). Hala ere, bizi-baldintzek eta pilaketek etorkinen arteko gerraldi epidemikoak sor ditzakete, baita tokiko biztanleriari behin-behineko trans-

misioa eragin ere, bereziki arrisku-faktoreak dituzten kolektiboetara eta halaber kutsatzea faboratzen duten egoerak dituztenei (BPDE, GIB, etab...) (24).

Geroago esango den bezala, Espainiara etorkin gehien bidaltzen dituzten herri askok, gure Erkidegoan baino tuberkulosiarekiko erresistentzia primario tasa altuagoak dituzte. Horrek, beste gauza batzuen artean, hasierako tuberkulosiaren tratamendua baldintzatzen du (27). Hona heltzen direnean, tuberkulosi kasuak detektatzeko egiten diren estrategiek edo screening sistematikoek errentagarritasun txikia erakutsi dute (28). Hala ere, aspekturik garrantzitsuena gogoratu behar da: gaixoak tratamendua betetzea eta horren egokitasuna, modurik onenak direla infekzioaren hedapena ekiditeko eta erresistentzia sekundariorik ez agertzeko. Horregatik, tratamenduarekiko atxikimendua lortzea helburu izanda, oso esfortzu handia egin behar da, eragozpen sozial, kultural, eta abar desagerrarazteko (29-31).

Biztanleria eta etorkinen arteko kontroletan ia ez dago ezberdintasunik (29) eta honetan oinarritzen da:

1. Diagnostiko goiztiarra.
2. Tratamendu egokiaren betetzea.
3. kontaktu-azterketa.
4. Infekzio tuberkuloso sorraren tratamendua (ITST), arrisku handia duten pertsonengan.

1. Irudian, (Arrisku-zonaldeetatik etorritako etorkinen tuberkulosiaren abordatze-algoritmoa), etorkinengan ematen den tuberkulosiaren aurreko jardueraren eskema erakusten da.

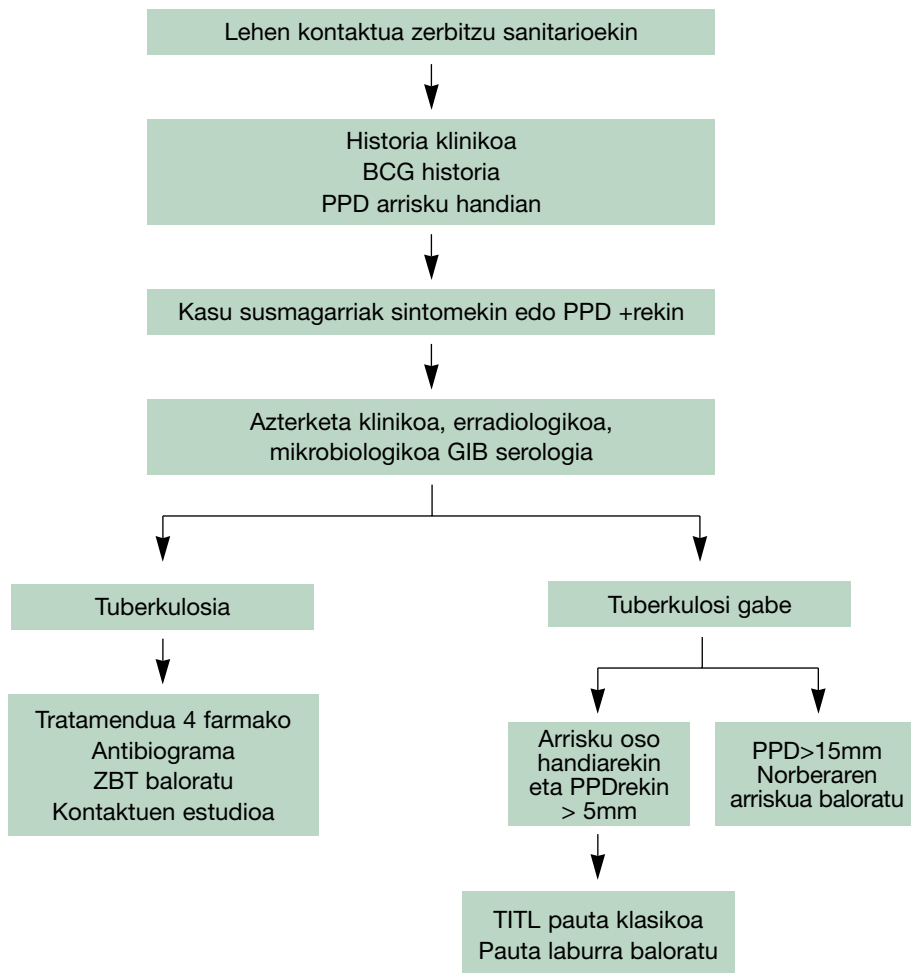
1. Diagnostiko goiztiarra:

Funtsean, bertoko biztanleria eta etorkinen arteko tuberkulosia aurkezteko modu klinikoan apenas ez dago ezberdintasunik, baldin eta birika-kanpoko tuberkulosia, batez ere gongoilekoa, ohikoagoa ez bada (11, 12, 15).

Etorkinengan gaixotasun tuberkulosoaren kasuak aktiboki bilatu behar dira. Horretarako, ondoren aipatuko diren koadro klinikoetako diagnostiko bereizlean susmo-klinikoko indize altua mantendu behar da ("tuberkulosian pentsatu"):

- 2-4 aste baino eboluzio gehiagoko eztula.
- 2-3 aste baino eboluzio gehiagoko sukar-sindromea.
- Egoera orokorraren erasana: astenarekin, anorexiarekin eta pisu-galerarekin.
- Agertu berri den 2 zm. baino handiagoko adenopatia zerbikala, batez ere, sukarrak edota sintoma orokorrez lagundurik.
- Organo-patologia kronikoaren diagnostiko bereizlea.

1. IRUDIA

**ARRISKU ZONALDEETATIKO ETORKINEN TUBERKULOSIAREN
ABORDAJEKO ALGORITMOA**

Ahal den guztietan, garrantzitsua da diagnostiko mikrobiologikorako laginak batzea eta, batutako lagin guztien kultiboa egiten saiatzea eta antibiograma ere egingo da, kultibo positiboa duten laginetan erresistentzia aztertzeko.

Birika edo birika-kanpoko tuberkulosi diagnostikoa duten gaixo etorkinengan, GIB serologia egitea gomendatzen da (16, 29), bi gaixotasunen arteko lotura estua dela eta.

2. Tratamendu egokia betetzeko:

Kontuan hartu beharrekoak:

a) Tuberkulosiaren kontrako farmakoekiko erresistentzia eta inportatu den edo etorkinen artean gertatzen den tuberkulosiaren tratamendua:

Gure herrian, INHekiko erresistentzia primarioa, oro har, %5 baino txikiagoa da. Etor-kinak bidaltzen dizkiguten beste herri batzuetan, aldiz, %5,6 eta %24 artekoa da (27). Horregatik, ETHtik (Ekialdeko Europa, Latinoamerika, Afrika eta Asia) datozen etorki- nentzat, hasierako tuberkulosi kasuetan, 4 farmakoz osatutako tratamendua gomen- datzen da: hauxe, 2 hilabetez rifampizina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) eta eta- butol (E); hurrengo 4 hilabeteetan rifampizina eta isoniazida (HR), eta pirazinamida eta etambutol mantendu anbiogramaren azterketa jakin arte. Azterketa hori, kultiboa positiboa den kasu guztietan egin behar da (29, 31). Meninge-tuberkulosi kasuetan, HR tratamendua 10 hilabetez luzatuko da. GIB infekzioa duten gaixoengan tratamen- duaren iraupena 6-9 hilabete bitartekoa izango da (2. taula). Ondoren, 3. taulan TB tra- tatzeko pautak eta dosiak erakusten dira.

b) Tratamenduaren betetzea bermatu:

Tratamendua egoki betetzeak, pertsona gaixoa sendatzeaz gain, infekzioaren hedape- na eta erresistentzia sekundarioak agertzea ekiditen du. Etorकिनengan, hasieratik trata- mendua ikuskatua edo zuzenean behatutakoa (ZBT) izango den baloratu behar da. Etorकिन izatea ez da berez, tratamendua oker beteko den faktore iragarlea, baina beraiengan, tuberkulosi tratamenduarekiko atxikimendua oztopa dezaketen hainbat faktore egon daitezke: hizkuntza eta kultura barrera, tuberkulosia gaixotasun kronikoa eta sendaezina den iritzia, egoera administratiboa (deportazio edo baztertua izatearen beldurra), sistema sanitarioan sartzeko zailtasunak...(24, 30).

ZBTK, agente sozio-sanitario batek gaixoaren medikazioaren ingesta administratu eta konprobatu egiten duela esan nahi du. ZBT programak, pazienteari zuzendutako kate- atutako interbentzioak ere baditu (sozialak, hezigarriak, etab...). Lurralde historiko bakoitzean, ZBT aplikazioa koordinatzen duen kasu- kudeatzaileen sarea da, II. erans- kinean erakusten dena (Tuberkulosia prebenitzeko eta kontrolatzeko Programa). Etor- kinengan gertatzen den tuberkulosiaren tratamenduan, medikazioak eta kontrolerako bisitak doakoak izan behar dira.

ZBTren tratamenduaren pautak eta egokitasunak 4 eta 5 tauletan daude. Tuberkulos- tatikoen izen komertzialak 6. taulan daude.

c) GIBdun gaixoengan gertatzen den tuberkulosia:

GIBk infektatutako pazienteek gaixotasun tuberkulosoia izateko aukera handiagoa dute, bai infekzioaren ondorengo forma goiztiarrean (tuberkulosi goiztiarra) bai inmu- nosupresio latzaren ondoriozko suspertzeagatik. GIB infekzioa duten pazienteek PPD

egin behar zaie eta PPDan emaitza positiboa bada (PPD>5mm), TITL gomendatu (Tuberkulosi infekzio sorraren tratamendua).

Munduko toki batzuetan bi infekzioen prebalentzia oso altua da; beraz, gaixotasun tuberkulosoak duten etorkinei, bereziki GIB infekzio-endemia handiko zonaldeetatik etortzen direnei, GIB serologia egitea gomendatzen da (16, 27, 31). Ondoko aspektuak GIB infekzioa duten pazienteen tratamenduan kontuan hartzekoak dira:

- Hasieratik, ZBT ematea gomendatzen duen baldintzarik betetzen duen ala ez baloratu behar da.
- Tratamenduaren iraupenari buruz eztabaida dago: egungo iritzi bateratua 9 hilabeteko iraupena gomendatzea da. Inmunitate-zelularra erlatiboki kontserbaturik duen pazienteengan (CDC>200mm) eta tratamendua ondo betetzen duen pazienteengan, hauxe 6 hilabetera labur daiteke (32).
- Bali-teke pazienteak, beste gaixotasun oportunistak direla eta, tratamendu antierretrobirikoa edota profilaxia hartu behar izatea (interakzio farmakologikoak, kontrako-efektuak,...). Beraz, gomendagarria izaten da zerak egitea: tuberkulosiaren tratamendua eta horren jarraipena, GIB infekzioa duten pazientearen jarraipenaz arduratzen den ospitaleko ohiko espezialistak berak egina (29, 32).

d) Ospitaleratze- irizpideak:

Tuberkulosia, ahal den neurrian, ambulatorio mailan tratatu behar da. Hala ere, ospitaleratzea gomendatzen duten egoerak suerta daitezke:

- Ospitale mailako zaintza eskatzen duen egoera orokor larria.
- Ospitaleratzea eskatzen duten sintomak, gaixoarentzako arriskutsuak izateagatik: garrantzizko hemoptitisa, gutxiegitasun arnasketa, birika-tuberkulosiaren kasuan eta birika-kanpoko tuberkulosi kasu larrietan.
- Edozein arazoirengatik, tratamendu ambulatorioa hasteko ezintasuna.
- Baldintza sozialek, baldin eta etorkinengan kontrola, atxikidura eta tratamenduarekiko hasiera kontrola edo alde zuzeneko neurrien ezartzea oztopatzen dutenean (oso infektiberak diren pertsonekin elkarbizitza, pilaketa, bizi-baldintzak...), hasiera batean ospitaleratzea aginduko da. Ospitaleratzeko arrazoia patologia-soziala denean, indikazio medikotzat eta osasun publikokotzat hartu behar da.

3. Kontaktuen azterketa:

Etorkinetan gertatzen den tuberkulosiaren kasu-indize baten kontaktu azterketa, paziente autoktonoen kontaktuetan erabiltzen diren irizpide berberekin egingo da. Azterketa horiek burutzea oztopatzen duten baldintzarik dagoenean, (pilaketa, sistema sanitarioan sartzeko arazoak...), probintzia ezberdinetako tuberkulosi-programen lurralde koordinazioa arduratuko da kontaktuen azterketaz. (2, 33) (II. Eranskina).

4. Arrisku handiko pertsonen artean infekzio tuberkuloso sorraren tratamendua (TITL):

Infekzio tuberkuloso sorraren diagnostikoa tuberkulinaren proban oinarritzen da. Proba horren interpretazioa, EBHetatik etorri diren etorkinengan, BCGrekin txertatu izanak oztopa dezake. Arrisku handiko faktorerik egon ezean, 15 mm edo handiagoko PPD izateak, infekzio tuberkuloso sorra izatearen aukera handia dagoela esan nahi du (TITL) (34).

a) Nortzuei egin PPD eta nortzuei TITL:

Etorkinentzako tuberkulinaren proba bertoko biztanleriarentzat erabili irizpide berberekin egingo da (7 taula); beraz, lehentasunez, tuberkulosia garatzeko oso arrisku handiko taldeengan egingo da eta PPD 5mm baino handiagoa bada, TITL egitea indikaturik egongo da:

- Infektaturiko kasu batekin bizi direnak.
- GIBk infektatuak.
- Tratamendu inmunosupresorpean dauden pazienteak eta beste arrazoi batzuegatik inmunosuprimidoak direnak (transplantatuak, gaixotasun autoinmuneak).
- Inoiz tuberkulosiaren kontra tratatuak izan ez diren toraxeko Rx orbain-lesiodun pazienteak.

Etorkin guztiei egiten zaien *Screening* sistematikoaren kostu-eraginkortasunaren balantzea, lehentasunzat hartuta dago gaixotasun tuberkulosoaren prebalentzia bajua den herrialdeetan (35, 36). Hala ere, gaia eztabaidagarria da. Espainian, etorkin multzoari zuzendutako modu sistematikoan egindako baheketa-tuberkulinikoa ez dago indikaturik, hala adostuta baitago (16). Ondokoak dira jarrera horren aldeko arrazoi gehigarriak: arriskuaren gainestimazio posiblea (37-41), TITL eta baheketa-prozesuaren jarraipenarekiko atxikidura eskasa (7, 42), etorkinen mobilitatea edo gure sistema sanitarioak dituen zailtasunak tratamendua gauzatzeko eta horren jarraipen zuzena bermatzeko. Halaber, kontuan hartzekoa da: TITLren pauta aukeratzeko arazoak, isoniazidarekiko erresistentzia primarioko tasa altua duten eta rifampizina eta pirazinamidarekin pauta laburren gibel-toxikotasun (hepatotoxitate) handia duten zonaldeetatik etorri diren pazienteengan, arrisku/onuraren ikuspuntutik balantze desegokiarekin (43-46).

Alabaina, harrera-komunitatean 5 urte baino gutxiagoko egonaldia duten etorkinei, osasun eskaintza orokor baten barnean, baheketa-tuberkulinikoa eskain dakieke (16).

b) TITL sistematika:

TITL indikaturik dagoen pazienteengan, gaixotasun tuberkuloso aktiboa ondorengo proben bidez baztertu egin behar da: miaketa fisikoa, toraxeko Rx eta karkaisa-laginak baziloskopiarako. Endemia altuko herrietatik etorritako pazienteengan, GIB serologia egitea baloratu behar da.

Etorkinengan zailagoa izan daiteke 6-9 hilabeteko iraupenaz isoniazidaz egindako TITL pauta betetzea. Kasu horietan komenigarria izaten da pauta laburragoen aukera baloratzeari (8. taula), nahiz eta gibel-toxikotasun larria izateko arrisku handiagoa izan (42, 45, 46). Garrantzitsua da gaixoari efektu sekundario potentzialak jakinaraztea (berezi-ki, gibel toxikotasunari buruzkoak), eta tratamendua uzteko azpimarratu eta aipatuta-ko efektuak aurkeztuz gero, kontsulta ditzala azpimarratu.

c) Zer egin TITL baztertzen bada:

- Pazienteak jakin behar du infektatuta egoteak zer esan nahi duen eta TITLk zer onura dituen berarentzat zein bere inguruko pertsonentzat. Pazienteak TITL egin ala ez egitearen erabakian libre eta arduratsu parte hartu behar du.
- Ez egitea erabakitzen badu, gaixotasun tuberkulosoaren sintoma iradokitzailei buruzko informazioa emango zaio, sintoma horiek agertuz gero, kontsul-ta mediko goiztiarra eska dezan.

e) TITL tratamenduaren kontraindikazioak :

- Gaixotasun tuberkuloso aktiboa.
- Tuberkulosiaren kontrako tratamendu zuzenaren edo okerraren aurrekinak.
- TITL zuzenaren aurrekinak.
- TITLren kontrolaren eta jarraipenaren ezintasuna. Baldintzak hobetu arte atze-ratu.
- Hepatopatia larria.
- Medikamentuarekiko hipersentiberatasun ezaguna.

TUBERKULOSIA ETA INMIGRAZIOA: LABURPENA

1. Ospitaleetan eta Lehen Mailako Atentzian ("tuberkulosian pentsatu") jarraitu beharreko pautak landu eta hedatzeko /ezartzeko neurriak inplementatu.
2. Gaixotasun tuberkulosoaren bilaketa aktiboa, diagnostiko goiztiarra bultzatuz (tuberkulosiaren indize altuko susmo klinikoa).
3. Gaixotasun tuberkulosoaren tratamendua bermatu (ikuskatutako tratamen-dua baloratu, TDO).
4. 4 farmakoz osatutako hasierako tratamendua ezarri.

5. Kontaktu-azterketa ziurtatu, errentagarritasun handia erakutsi baitu. Ohiko prozedura erabiliz, azterketa burutzeko zailtasunik dagoenean, Osasuneko Lurralde Zuzendaitzarekin harremanetan jarri (1. Eranskina), beraiek koordina / burutu dezaten.
6. Adierazitako kasuetan PPD eta TITL burutu eta TDO edota pauta laburren bidez horren betetzea erraztu.
7. Etorkinekin komunikazioa errazten duten teknikak erabili: agente komunitarioak, bitartekari-sozialak, aspektu diagnostikoak eta terapeutikoak azaltzen dituzten ikasmaterialak prestatu hizkuntza desberdinetan.
8. Inplikaturako Zentroen eta profesionalen arteko koordinazioa hobetu. Dagoeneko gure Erkidegoan diren tuberkulosi kasuen gestoreak baliabide garrantzitsuak dira (II. Eranskina).

1. TAULA

TUBERKULOSIAREN EGOERA ESPAINIARA ETA EUROPARA ETORKIN GEHIEN BIDALTZEN DITUZTEN HERRIETAN

HERRIA	NOTIFIKATUTAKO INZIDENTZIA 100.000 BIZTANLEKO	ESTIMATUTAKO INZIDENTZIA 100.000 BIZTANLEKO	ISONIAZIDAREKIKO ERRESISTENTZIA PRIMARIOA (%)
Kolonbia	25-49	25-49	8,5
Peru	>100	100-300	9
Ekuador	50-99	100-300	NC
Argentina	25-49	25-49	NC
Errep. Dominikarra	50-99	100-300	NC
Maroko	50-99	100-300	7,8
Algeria	50-99	50-99	NC
Nigeria	>100	> 300	5,6-16,5
Pakistan	25-49	100-300	> 15
India	>100	100-300	> 15
Filipinak	25-49	100-300	NC
Txina	25-49	100-300	6-24
Errusia	50-99	100-300	19-20
Errumania	100-300	100-300	NC
Italia	0-9	25-49	5,6
Espainia	10-24	25-49	< 5

2. TAULA

TUBERKULOSIAREN TRATAMENDUAREN IRAUPENA

EGOERA KLINIKOA	Biriketako tuberkulosia	GIB +	TB meningekoa
IRAUPENA	6 hilabete	6-9 hilabete	12hilabete

3. TAULA

TUBERKULOSIAREN TRATAMENDUA. GOMENDATUTAKO DOSIAK
AUTOADMINISTRATUTAKO EGUNEROKO TRATAMENDUAN

BOTIKA	PISUA	DOSIA
Isoniazida (H)		300 mgr
Rifampizina (R).	< 50 kgr > 50 kgr	450 mgr 600 mgr
Pirazinamida (Z)	< 50 kgr > 50 kgr	1,5 gr 2 gr
Etambutol (E)		15-25 mgr/Kg/egunean Gehienez: 1.500mgr/egunean

4. TAULA

GAINBEGIRATUTAKO TRATAMENDUAREN INDIKAZIOAK

- Helbide finko gabeak. Indigenteak.
- Drogen erabiltzaileak.
- Alkoholikoak
- Oinarrizko patologia psikiatrikoa dutenak.
- Presoak eta preso ohiak.
- Zonalde enedemikoetatik datozen etorkinak.
- Kontsultetara joan ez izanaren aurrekaria edo tratamendu luzeetan medikamentuak behar bezala hartu ez dituztenak.
- Instituzionalizatuak (harrera-etxeak).
- GIBdunak + itsasketa txarreko faktore prediktibodunak edota kontsultak edo aurretiazko tratamenduak bete ez dituztenak.
- Gizarte edota familia-errekurtso urriak eta medikazioa "ulertzeko" arazoak dituzten atso-agureak.

5. TAULA

TUBERKULOSIAREN TRATAMENDUA. GAINBEGIRATUTAKO TRATAMENDUAREN PAUTAK (TDO)

1. Pauta klasikoa:

Medikazioa 14 egunetan eguneroko pautan; ondoren, astean bi egunera pasako da.

Isoniazida: 15 mgr/kgr (gehienez 900 mgr).

Rifampizina: 10 mgr/kgr (gehienez 600 mgr).

Pirazinamida: 50-70 mgr (gehienez 3,5 gr).

Etambutol: 50 mgr/kgr (gehienez 3 gr).

2. Metadona bidezko tratamendua duten pazienteengan eguneroko pauta saiatuko da; izan ere, metadonaren rifampizinarekiko interakzioak ezezagunak dira aldizkako pautetan.

3. Ez dira aldizkako pautak gomendatzen rifampizinarik ez duten tratamenduetan, eta ez CD4 linfozitoak 100/mm³-tik behera dituzten HIES gaixoengan ere.

6. TAULA

TUBERKULOSIAREN TRATAMENDUA. PRESTATU-KOMERTZIALAK

FARMAKOA	OSAKETA	OHIZKO DOSIA (HELDUAK).
Rifater	H 50 mg+R 120 mgr+Z 300mgr	< 50 kgr = 5 gragea >50 kgr = 6 gragea
Rimstar 4-FDF	H 75 mgr+R 150 mgr+Z 400mgr +E 275 mgr	4 konprimatu
Rifinah y Rimactacid	H 150 mgr +R 300 mgr	2 gragea

7. TAULA

**TUBERKULOZI-ARRISKUAREN ARABERAKO POPULAZIO-TALDEAK.
PPDAREN INTERPRETAZIOA****1. Oso arrisku handiko populazio-taldeak. PPD + > 5 mm**

- Tuberkulosia duten pazienteen arteko harremanak.
- Tuberkulinaren bihurtzaile berriak.
- GIB infekzioa duten pazienteak.
- Tratamendu immunosupresorepean diren pazienteak (transplantatuak, gaixotasun autoinmunedunak).
- Inoiz tratamendurik izan ez duten tuberkulosiaren lesio erradiologiko sugestibodun pazienteak.

2. Arrisku handiko populazio-taldeak. PPD + > 10 mm

- Bide parenteraletiko drogen erabiltzaileak.
- TB eragin dezaketen gaixotasun edo sindromedun pazienteak: silikosia, diabetisa, giltzurrun ezgaitasun kronikoa; linfomak eta leuzemiak, biriketako minbizia, buruko eta eztarriko kartzinoma, gastrectomia, by pass yeyuno ileala.
- Arriskupean lan egiten duten langileak (sanitarioak, ihesdunen egoitzak, metadona banatzen dutenak, eta abar).

3. Arrisku baxuko populazio-taldeak. PPD + > 15 mm

- Aurreko ataletan ez den populazioa.
-

TABLA 8

**HELDUETAN EMATEN DEN INFEKZIO TUBERKULOSO SORRAREN
AUTOADMINISTRATUTAKO TRATAMENDUAREN PAUTAK (TITL)**

BOTIKAK	IRAUPENA	DOSIA / FREKUENTZIA
Isoniacida	6-9 hilabete	300 mgr / egunean
Rifampicina+ INH	3 hilabete	10mgr/kgr (máx. 600mgr) egunean 300 mgr / egunean

**INFEKZIO TUBERCULOSO SORRAREN GAINBEGIRATUTAKO
TRATAMENDUAREN PAUTAK (TITL).**

BOTIKAK	IRAUPENA	DOSIA / FREKUENTZIA
Isoniacida	6-9 hilabete	900 mgr = 6 konp.150mg 2 aldiz astean
Rifampicina+ Isoniazida	3 hilabete	R pisuaren arabera + H 900 mgr = 6 konp.150mg 2 aldiz astean

II. ERANSKINA

Tuberkulosiaren prebentziorako eta kontrolerako programa

KOORDINAZIO ZENTRALA

Osasun Saila

Miguel Angel García Calabuig
Telefonoa: 945 019205
e-mail: gcalabuig@ej-gv.es

Osakidetza

Enrique Peiró
Teléfono: 945 006098
e-mail: enrique.peirocallizo@osakidetza.net

BIZKAIKO LURRALDE ZUZENDARITZA KOORDINAZIOA

Bizkaiko Zainketa Epidemiologikoko Unitatea

Concha Castells
Telefonoa: 94 4031562
e-mail: depidebi-san@ej-gv.es

Teresa Sarobe

Telefonoa: 94 4031562
e-mail: enfer4bi-san@ej-gv.es

BIZKAIAN GERTATZEN DIREN TUBERKULOSI KASUEN KUDEATZAILEAK

Barrualdeko Eskualdea

Rosa Díez. Hospital de Galdakao
Telefonoa: 94 4007000 ext 2146
e-mail: rosa.diezsanvicent@osakidetza.net

Bilboko Eskualdea

Begoña Toja
Telefonoa: 94 4006900
e-mail: b.toja.uriarte@osakidetza.net

Uribe eta Ezkerraldea-Enkarterriko Eskualdea

Isabel López Aranaga
Gurutzetako Ospitalea
Telefonoa: 610 494845
e-mail: Hospital.CrucesTbc@osakidetza.net

GIPUZKOAKO LURRALDE ZUZENDARITZA KOORDINAZIOA**Gipuzkoako Zainketa Epidemiologikoko Unitatea**

Mikel Basterretxea
Rosa Sancho Martínez
Telefonoa: 943 022755
e-mail: epidem6-san@ej-gv.es

GIPUZKOAN GERTATZEN DIREN TUBERKULOSI KASUEN KUDEATZAILEAK**Ekialdeko Eskualdea**

Montserrat Jiménez
Donostia Ospitalea
Teléfono: 943 007420
e-mail: m.monserrat.jimenezgonzalez@osakidetza.net

Mendebaldeko Eskualdea

Eduarne Vicuña
Zumarragako Ospitalea
Telefonoa: 943 035000
e-mail: edurne.bikunaugarte@osakidetza.net

ARABAKO LURRALDE ZUZENDARITZA KOORDINAZIOA**Arabako Zainketa Epidemiologikoko Unitatea**

Inmaculada Sáez López
Telefonoa: 945 017162
e-mail: isaez-san@ej-gv.es

ARABAN GERTATZEN DIREN TUBERKULOSI KASUEN KUDEATZAILEAK**Arabako Eskualdea**

Isabel Santamaría
Txagorritxuko Ospitalea
Telefonoa: 945 007009
e-mail: isabel.santamariamamas@osakidetza.net

Bibliografia

1. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and Health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998; 3: 936-44.
2. Arce Arnaiz A, Iñigo Martínez J, Cabello Ballesteros I, Burgoa Arenales M. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin* 2005; 125 (6): 210-2.
3. Balagué M, Orcau A, Sánchez P, Tortajada C, Caylà J. Epidemiología actual de la tuberculosis en España: hacia una mejor vigilancia y control. Control de calidad SEIMC. Eskuragarri: <http://www.seimc.org/control/revi-Micobac/Epitbc.htm> (2007ko otsailaren 5a).
4. Calpe JI, Chiner E, Armero V, Calpe A. Evolución de las características epidemiológicas de la tuberculosis en el área 15 de la Comunidad Valenciana en el periodo 1987-2001. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(3):118-24.
5. Caminero Luna A, Rodríguez de Castro F, Cuyas Domjnguez J, Cabrera Navarro P. La inmigración en Canarias y su posible influencia sobre la frecuencia de tuberculosis. *Med Clin* 2001; 116: 556-7.
6. Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Situación de la tuberculosis en Bizkaia en el año 2003. Bilbao: Bizkaiko Lurralde Zuzendaritza, 2004.
7. Ramos JM, Pastor M, Másia MM, Cáscales E, Royo G, Gutiérrez Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de la infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enf infecc y Microbiol Clin* 2003; 21(10): 540-2.
8. Alonso Moreno FJ, García Bajo MC, Lougedo Calderon MJ, Comás Samper JM, García Plaencia M et al. Prevalencia de infección tuberculosa en las personas inmigrantes del área de salud de Toledo. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78(5): 593-600.
9. Roca C, Balanzo X, Fernández Roure LI, Sauca G, Savall R, Gascón J, Corachan M. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos. Estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin* 2002; 119 (16): 616-8.
10. Pérez Arellano JL, Hernández A, Sanz O, Moreno AA. Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa. *Med Clin* 2002; 118: 38.
11. Durán E, Cabezos J, Ros M, Terre T, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin* 1996; 106: 525-8.
12. Huerga H, López-Vélez R, Navas E, Gómez Mampaso. Clinicoepidemiological features of immigrants with tuberculosis living in Madrid, Spain. *Eur J Clin Microbiol* 2000; 19: 236-40.
13. Millership S, Cummins A. Identification of tuberculosis cases by port health screening in Essex. *J Public Health* 2005; 27(2):196-8.

14. Hogan H, Cocker R, Gordon A, Meltzer M, Pickles H. Screening for new entrants for tuberculosis: responses to port notifications. *J Public Health* 2005; 27(2): 192-5.
15. Vázquez Torres MC, Otero Puime A. Tuberculosis en inmigrantes: intervalo desde la llegada a España hasta el diagnóstico de la infección. *Med Clin* 2004; 122(20): 796-7.
16. Grupo de Trabajo de los talleres 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis en Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin* 2003; 121(14): 549-62.
17. Orcau A. Evolución de la tuberculosis en Barcelona. *Enf Emergentes* 2002; 4: 188-9.
18. Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control 1948-2001. *Lancet* 2002; 359: 775-80.
19. Caminero JA. Inmigración y tuberculosis a escala mundial. *Enf Emergentes* 2001; 3: 121-2.
20. Caminero JA, Pena MJ, Campos Herrero MI, Rodríguez C, García I et al. Epidemiological evidence of the spread of a *Mycobacterium tuberculosis* strain of the Beijing genotype on Gran Canaria island. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 1165-70.
21. Bauer J, Yang Z, Pulsen S, Andersen AB. Results from 5 years nationwide DNA fingerprinting of *Mycobacterium tuberculosis* complex isolates in a country with low incidence of *M tuberculosis* infection. *J Clin Microbiol* 1998; 36: 305-8.
22. Solsona J, Caylà A, Verdú E, Estrada MP, García S, Roca D et al. Molecular and conventional epidemiology of tuberculosis in an inner city district. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 724-31.
23. Dahle UR, Norverdt S, Winje BA, Mannsaaker T, Heldal E, Sandven P, Greal HMS, Caugant DA. Tuberculosis in contacts need not indicate disease transmission. *Thorax* 2005; 60 (2): 136-7.
24. Hopewell PhC, Pai M. Tuberculosis, vulnerability and access to quality care. *JAMA* 2005; 293 (22): 2790-3.
25. Valin N, Antoun F, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V, Ayache V, Morin B et al. Outbreak of tuberculosis in a migrants shelter, Paris, France 2002. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(5): 528-33.
26. Shemko M, Yates M, Fang Z, Gibson A, Shetty N. Molecular epidemiology of *Mycobacterium tuberculosis* in patients of Somalian and white ethnic origin attending an inner London Clinic. *Int J Tuberc Lung* 2004; 8 (2): 186-193.
27. WHO Global Tuberculosis Programme. Anti-Tuberculosis drug resistance in the world. Report n° 2. Prevalence and trends. Geneva: WHO, 2000.

28. Dasgupta K, Menzies D. Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among inmigrants and refugees. *Eur Respir J* 2005; 25 (6): 1107-16.
29. Grupo de Trabajo de Tuberculosis. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Documento de consenso. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2001.
30. Caylà JA, Caminero JA, Rey R, Lara N, Vallés X, Galdós Tanguis H, and the Working Group on completion of tuberculosis in Spain. Current status of treatment completion and fatality among tuberculosis patients in Spain. *In J Tuberc Lung Dis* 2004; 8 (4): 458-464.
31. American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. Treatment of tuberculosis. *MMWR* 2003; 52 (No. RR-11): 1-77.
32. Podzamcer D, Arribas JR, Mallolas J, Peña JM, Pulido F. Tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en la era del tratamiento antiretroviral de gran eficacia. *Enf Infecc y Microbiol Clin* 2002; 19: 376-92.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis; recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, and Guidelines for using the QuantiFERON® Gold test for detecting Mycobacterium tuberculosis infection, United States. *MMWR* 2005; 54 (No. RR-15): 1-43.
34. Moore-Gillon J. Tuberculin testing, BCG and tuberculosis today. *BMJ* 2005; 60 (2): 90-91.
35. Blumber HM, Leonard MK, Jasmer RM. Update on the treatment of tuberculosis and latent tuberculosis infection. *JAMA* 2005; 293: 2776-2784.
36. Horsburg Cr. Priorities for the treatment of latent tuberculosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 2060-7.
37. Taylor WC, Tsevat J, Pauker SG. Priorities for the treatment of latent tuberculosis. *N Engl J Med* 2004; 351(8): 832-4.
38. MacArthur CH, Rhee KY. Priorities for the treatment of latent tuberculosis. *N Engl J Med* 2004; 351(8): 832-4.
39. Leung CC, Yew WW, Tam CM et al. Tuberculin response in BCG vaccinated schoolchildren and the estimation of annual risk of infection in Hong Kong. *Thorax* 2005; 60: 124-9.
40. Shaid K. Compulsory screening of inmigrants for TB and HIV: Broader focus is needed for inmigration and heath issues. *BMJ* 2004; 328: 897.
41. Dahle UR. Compulsory screening of inmigrants for TB and HIV : screening could detect latent infection. *BMJ* 2004; 328: 897.

42. Carvalho ACC, Saleri N, El-hamad I, Tedoldi S, Capone S, Pezzoli MC, Zaccaria M, et al. Completion of screening for latent tuberculosis infection among immigrants. *Epidemiol Infect* 2005; 133: 179-185.
43. Khan K, Muennig P, Behta M, Zivin JG. Global drug resistance patterns and the management of latent tuberculosis infection in immigrants in United States. *N Engl J Med* 2002; 347(23): 1850-9.
44. Ailinger R, Armstrong R, Nguyen N, Lasus H. Latino immigrant's knowledge of tuberculosis. *Public Health Nurs* 2004; 21(6): 519-23.
45. Van Hest R, Baars H, Kik S, van Gerben P, Trompenaars MC, Kalisvaart N, Keizer S et al. Hepatotoxicity of rifampin-pyrazinamide and isoniazid preventive therapy and tuberculosis. *Clin Infect Dis* 2004; 39 (4): 488-96.
46. Fountain FF, Tolley E, Crisman CR, Self TH. Isoniazid hepatotoxicity associated with treatment of latent tuberculosis infection: A 7 year evaluation from a public health tuberculosis clinic. *Chest* 2005; 128 (1):116-123.

Etorkinen artean GIB infekzioak eta etorkinengan sexu bidez transmititzen diren infekzioak (STI)

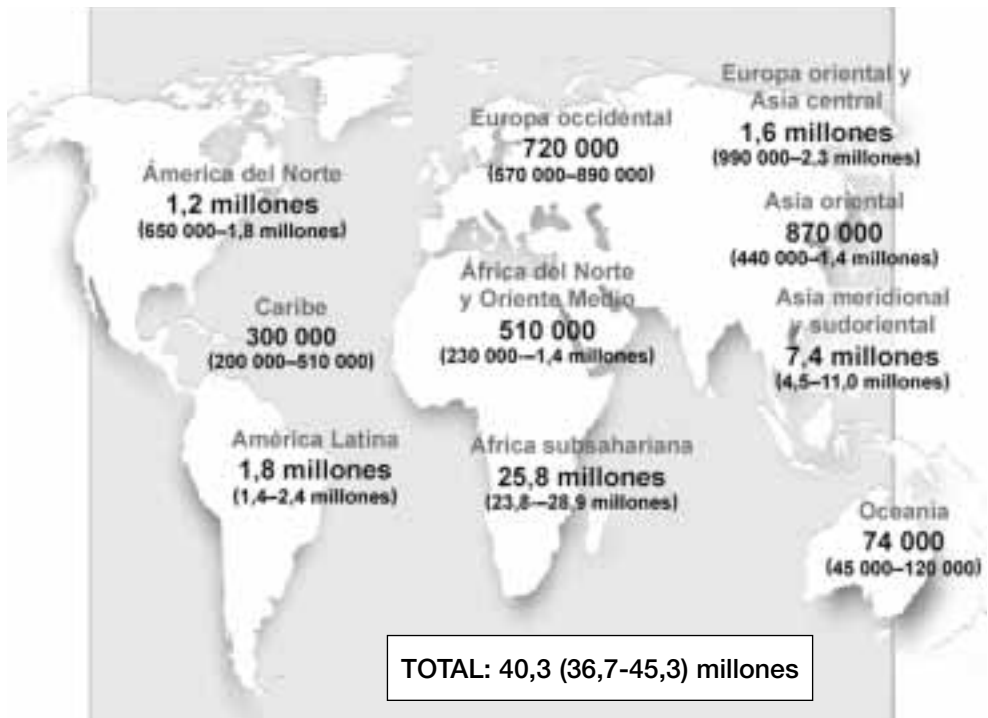
GIZA IMMUNOESKASIAREN BIRUSAGATIKO (GIB) INFEKZIOA

1. Aspektu epidemiologikoak:

GIB bidezko infekzioa mundu mailako epidemia da, baina tasarik handienak ETHetan metatzen dira. Ondoko 2.irudian epidemiaren banaketa ikus daiteke. GIBk kutsatutakoen munduko biztanleriaren %80 baino gehiago Afrika Subsahariarrean (herrialde batzuetan kutsatuen tasa biztanleriaren %20koa da) eta Asiako ETHetan metatzen da.

2. IRUDIA

NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH EN 2005



Etorkinetan gertatzen den GIBaren intzidentzia eta prebalentziari buruz, gure herrian hainbat azterketagatiko datuak ditugu. IHES kasuak aztertzen baditugu, ikusiko dugu 2002 urtera arte ez zirela %3ra iristen etorkinetan antzemandakoak. Hala ere, etorkin populazioaren joera gorantz doa. Izan ere, urterik urtera kasuak aztertuta, 1992an zen %2a, 2003. urtean %10era igo da (1). Berriki detektatutako GIB infekzioen diagnostikoen ezaugarriak aztertzen dituzten datuen arabera (ihesa bera edo infekzioaren egoera ez aurreratuak), EAEn kasu horrekiko etorkin pazienteen ehunekoa erabat igo da (%13a 2000. urtean eta %27a 2004. urtean), ondorioz, gure Elkartean etorkin gehiago dagoela erakusten duena. Hala ere, etorkinetan gertatzen den GIB infekzioaren prebalentzia aztertzen duten azterketetan, %0,2 eta %16 arteko zifrak aurkitzen ditugu, aztertutako populazioen ezberdintasunak direla eta. Populazio horiek ez dute populazio autoktonoaren aldean GIB infekzioen tasan ezberdintasun berezirik erakusten arrisku egoeretan (3, 4, 5). Oro har, etorkinetan gertatzen den GIB infekzioak euren jatorrizko herrialdeko patroli epidemiologikoari jarraitzen dio.

Espanian antzemandako salbuespena pareteetiko droga erabiltzaile etorkin marokiarretan aurkitutakoa da: arrunta ez den transmisio era Marokon eta seguraski Espainian hartutakoa (1). Etorkinen zaugarritasunak, GIB infekzioa hartzeko arriskua azaltzen du: euren jatorrizko herrialdean, migrazio bidean edo behin euren harrera-herrialdean egonda. Baieztapen hori odokoen arabera da: sistema sanitariorako irisgarritasun txikiagoa, prebenitzeko jakintza txikiagoa, egoera afektiboa edo prostituziora jo beharra dirua lortu ahal izateko (3, 6, 7).

2. Aspektu klinikoak:

Kliniko ikuspuntutik, garrantzitsuena, berandu egiten diren diagnostikoen ehuneko handia da, handiagoa etorkinetan biztanle autoktonoetan baino (1,8). Berandu egindako GIB infekzioaren diagnostikoei (hau da, GIBk eragindako infekzioaren tratamendua, ihesaren behin betiko diagnostikoarekin bat datorrena), ondorio bezala ondoko hau dute: antierretrovirikoaren tratamenduen onura goiztiarra ez izatea eta beste pertsonengana infekzioa zabaltzeko efektu potentziala, prebentzio neurriak hartu ez direlako infektatuta dela ez jakiteagatik.

3. GIBk eragindako infekzioaren bilaketa aktiboa:

Bertoko biztanleriaren artean bezala, GIB infekzioaren diagnostiko goiztiarra ondoko egoera klinikoetan planteatu behar da:

- GIBgatik infekzioa akutuaren sintoma sugestibodun pazienteak (sindrome mononuklesikoaren diagnostiko diferentzian sartu).
- Alterazio analitico zehatz batzuen diagnostiko diferentzian sartu, tronbopenia edota leukolinfopenia.
- Ahoko kandidiasis errezibantea.

- Sexu Transmisioko Gaixotasunen (STG) aurrekariak edo STGen klinika sugestiboa edo STGrako arrisku-faktoreak dituzten pazienteak.
- Sukar sindromearen edo luzatutako sindrome orokorraren diagnostiko diferentzian.
- Gaixotasun tuberkuloso aktiboaren diagnostikoa duten pazienteengan.

4. GIB infekzioaren baheketa:

GIB infekzioaren baheketa etorkin asintomatikoetan pazientearen oniritziarekin egin behar da baldin eta arrisku faktorerik bada eta jaiotze aurreko edo haurdunaldiko *screening*-a bada. Endemia handiko zonaldeetatik datozen etorkinengan, egin ohi den GIB serologia eztabaidagarria da, baina adostasuna da Afrika Subsahariarretik datozen etorkinen artean egitea, zonalde horretako prebalentzia handia dela eta.

SEXU BIDEZ TRASMITITUTAKO INFEKZIOAK (STI)

1. STI eta inmigrazioa:

ETHetan, STIek -GIB infekzioek bezala- errenta handiko herrietan baino (EHH) prebalentzia handiagoa dute. STIren prebalentziari buruzko Espainian diren etorkinetan egindako azterketetan eta Bizkaiko Lurralde Historikoko STIren Unitateek egindako beste zenbait azterketetan, ondoriozta daiteke ez dela STIren prebalentziari dagokionean populazio autoktonoan baino prebalentzia handiagorik etorkinengan, nahiz eta STIetan prebalentzia handiagoa izan etorkinengan: genitaleto-herpesa eta zehaztugabeko lúes serologia, esate baterako (3, 4, 9). Ez da ezberdintasun azpimarragarriarik aurkitu tratamenduko ohizko antimikrobianoekiko gonokokoaren sentsibilizazioari dagokionean. STIei dagokienean, etorkinek GIB infekzioarako jada deskribatutako kutsatzeko babes gutxiagoko faktoreak dituzte (3,6,7).

2. STIei buruzko zenbait zehaztapen:

- Garrantzitsua da sexualki aktiboak diren paziente guztiei historia-sexuala egitea STIren bat izateko arriskua zehazteko (9. taula).
- STIdun paziente bat artatzen dugunean, kontuan izan behar dugu infekzio mistoak ohizkoak direla. Kontsultatutakoaz gain, bestelako STIak aztertu behar dira.
- Agente etiologiko ezberdinek sintoma eta zeinu oso antzekoak erakus ditzakete. Beraz, garrantzitsua da diagnostiko mikrobiologikoan asmatzea.
- Garrantzitsua da sintomarik gabeko infekzioak identifikatzea afektatutakoari eta bere kontaktu posiblei begira.

- Beharrezkoa da kontaktuen azterketa egitea.
- Pazienteak edota bere kontaktuek STIak prebenitzeko, honetarako heziketa erabat garrantzitsua da.

Lehen Mailako Atentzioan ez bada baliabide egokirik STIak egiteko, pazienteak STIko espezializatutako unitate batera bidali beharko da. III. Eranskinean EAeko Sexu Bidezko Gaixotasunen Unitateen direktorioa dago. Unitate horien ezaugarrietako bat irisgarritasuna da. Izan ere, pazienteak ez du inolako dokumentaziorik behar, atentzioa dohainik da, tratamendua kontsultan bertan ematen da guztiz gainbegiratuta eta konfidentzialtasuna erabatekoa da.

Sintomarik gabeko etorkinei STIren ohizko baheketa egingo zaie baldin eta 10.taulako gora beherarik bada. Hala ere, endemia handiko herrialdeetatiko etorkinei egiten zaien lúes-serologia eztabaidagarria da, eta oro har, ez dago indikaturik, arrisku-faktorerik denean izan ezik (10). Halaber, serologia hau beti egin behar da STIren azterketa sistematiko batean STI arrisku-faktoreak direnean eta haurdunaldi-aurreko edo haurdunaldiko *screening*-a bada.

9. TAULA

ARRISKU-ADIERAZLEAK STIETARAKO

- STIren aurrekariak.
- Prostituzioa.
- Drogak hartzea.
- Ustegabeko bikoteekin preserbatiboaren erabilpen inkontzientea.
- Sexu-bikote ezberdinak.
- Aldi berean beste bikote batzuk dituen sexu-bikotea.

10. TAULA

STIEN AZTERKETA EGITEKO INDIKAZIOAK

- Arrisku jarduerak STI jasotzeko.
- STIren sintoma eta zeinu sugestiboak.
- Edozein STIren diagnostikoa, besteak beste, hazteri, pediculosis pubikoa, uzki-genitaleko garatxoak, *molluscum contagiosum* genitala edo perigenitala, GIB bidezko infekzioa.
- STI sintomak edo diagnosia duen pertsona batekin kontaktu sexuala.
- Prostituzioa, langile zein bezero bezala.
- Uteroaren lepo gaineko planifikatutako eskuhartzea: abortu induzitua, in vitro bidezko fertilizazioa.

III. Eranskina

EAEko STI Unitateak

ARABA

Txagorritxuko Ospitalea

José Achotegui, s/n
01009 Vitoria-Gasteiz
Telefonoa: 94 500 7000

BIZKAIA

Bombero Etxaniz anbulategia

Bombero Etxaniz plaza 1
48010 Bilbao
Telefonoa: 94 6006969
Maria Mar Cámara doktorea
Josefina López de Munain doktorea

Basurtoko Ospitaleko Mikrobiologia Zerbitzua

Basurtuko Ospitalea. Gurtubay pabilioia. 2. solairua
Montevideo etorbidea 18
48013 Bilbao
Telefonoa: 94 4006017
Valentín Esteban doktorea

GIPUZKOA

Gipuzkoako Osasun Publikoko Azpizuzendaritza

Navarra etorbidea 4 - behea
20013 Donostia-San Sebastián
Telefonoa: 943 006464
Xabier Camino doktorea
Miguel Angel Von Wichmann doktorea

Bibliografia

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Situación de la epidemia de la infección por el VIH/sida en inmigrantes, octubre 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. Eskuragarri: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/inmigrantes.pdf> (5 de febrero de 2007).
2. Osakidetza. Sida: memoria del Plan de Prevención y Control del Sida, 2004. Hiesari Aurrehartzeko eta Kontrolatzeko Egitasmoa, 2004ko memoria. Donostia-San Sebastián: Osakidetza/Svs, 2005.
3. Valls y grupo de estudio de las Infecciones de transmisión sexual en Atención Primaria. Infección por el VIH y otras Infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enf Infecc y Microbiol Clin* 2002; 20: 154-6.
4. Ramos JM, Pastor M, Másia MM, Cáscales E, Royo G, Gutiérrez Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de la infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enf infecc y Microbiol Clin* 2003; 21(10): 540-2.
5. The EPI-VIH Study Group. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Trasm Infecc* 2002; 78: 250-54.
6. Calvo Ocampo F, López Méndez J, Oso Casas L, Ulloa M. Tráfico e inmigración de mujeres en España. Colombianas y ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales. Madrid: ACSUR-Las Segovias; 2001.
7. Mazarrasa L, Castillo S. Salud, género e inmigración. *Salud* 2000 1999; 71: 18-21.
8. López de Munain J, Cámara MM, Santamaria JM, Zubero Z, Baraiaetxaburu J, Muñoz J. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. *Med Clin* 2001; 117: 654-6.
9. Cámara M, López de Munain MJ, Santamaria JM. Memoria anual del Servicio de ITS. Bilbao: Hospital de Basurto, Unidad de Enfermedades Infecciosas; 2004. (argitaratu gabeko txostena).
10. Calonge N. Screening for syphilis infection: Recommendation Statement. *Annals of Family Medicine*, 2004; 2: 362-5.
11. MacQueen K, Buehler J. Ethics, Practice and Research in Public Health. *Am J Public Health*, 2004; 94(6): 928-31.

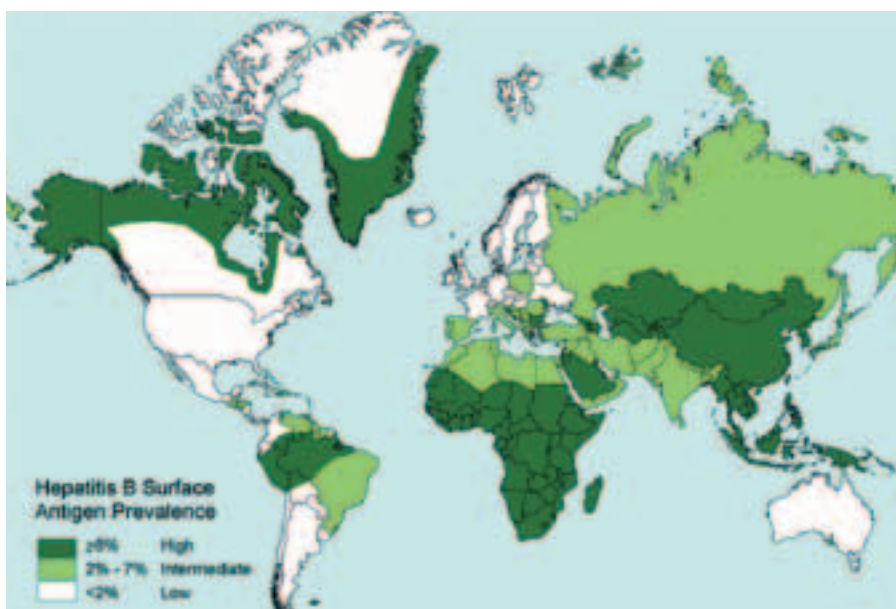
Hepatitis birikoak etorkinengan

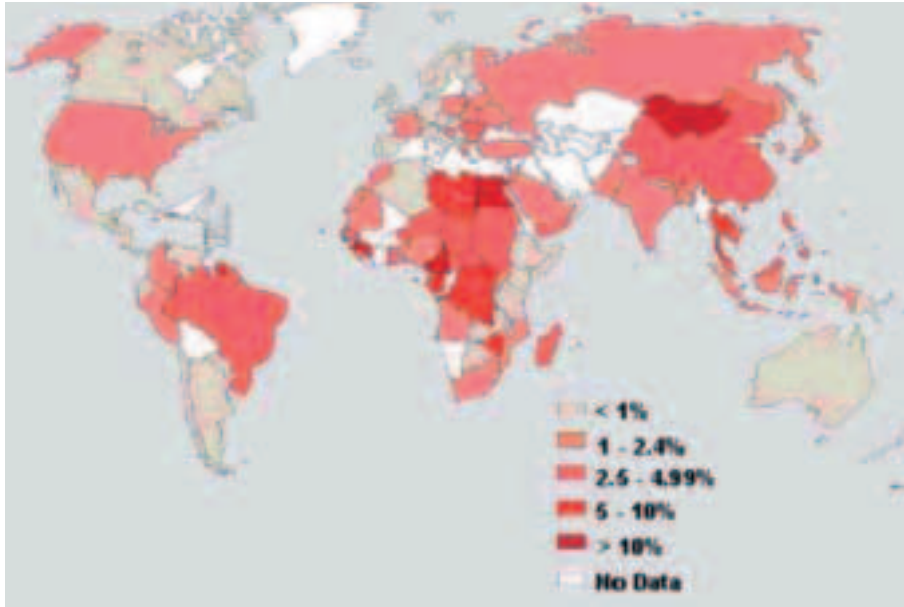
A hepatitis oso prebalentea da ETHetan, eta nerabezarora heltzean ia biztanleria osoa AHBrekin kontaktuan egona da. Beharrezkoa da gogoraraztea A hepatitis hartzeko arriskuan daudela, harrera herrietan bizi eta beren gurasoen jatorrietara bidaiatzen duten ETHetatik datozen etorkinen seme-alabak -haurrak eta nerabeak-; beraz, kasu hauetan AHBren (1-4) kontra txertatzea indikatzen da.

BHBk eta CHBk sortutako hepatitisak oso prebalenteak dira ETHetan (ikusi 3. irudia). Tasarik altuenak Asiako hego-ekialdeari eta Afrika Subsahariarrari dagozkie. Gure herrian etorkinetan aurkitutako seroprebalentzia tasek, etorkinen jatorriaren arabera aldatzen dira (5-8). Hauek dira B eta C hepatitisek banakako osasunean dituzten ondorioak: sarritan hepatiti kronikoa bihurtzea eta gibelego kartzinomaren intzidentzia handiagoa izatea. Horregatik, endemia handiko zonaldeetako (Asia, Afrika Subsahariarra, Latinoamerika –Txile eta Argentina izan ezik– eta Ekialdeko Europa) etorkin guztiei BHB eta CHB serologiak egingo zaizkie (9, 10), indikazioaren jarraipena egiteko edota B eta C hepatitis kronikoaren tratamendua baloratzeko.

FIGURA 3

HEPATITIS BIRIKOEN MUNDU-BANAKETAREN MAPA





BHB eta CHB birusak dira haurdunaldian eta erditzean modu bertikalean transmiti daitezkeenak; beraz, haurdunaldiaren aurretiko edo bitarteko ohiko *screening*-a gomendatuko da.

BHBk sorturiko gainazaleko antigeno-eramaileek dituzten harreman infektaberei eta populazio autoktonoarekin erabili indikazio bereberekin hepatitisaren kontrako txertoa jarriko zaie. Zenbait egile, etorkin infektabera guztiei itzulera-bidaietan B hepatitisaren birusa hartzeko arrisku handiago batean oinarrituta, B hepatitisaren birusaren kontrako txertaketa- unibertsalaren aldekoak dira (1, 9-11).

Lehen Mailako Atentzioan etorkinetan gertatzen diren hepatitis birikoetara egoki hurbiltzeko gomendioak, ondoko hauek dira:

- Harrera-herrietan jaiotako guraso etorkinen haur eta nerabeei eta, beren jatorrizko herrietara bidaiatzen dutenei A hepatitisaren txertoa jarri.
- Haurdunei, transmisio bertikalaren prebentzio potentziala dela eta, BHB eta CHB serologia egin.
- Asia eta Afrika Subsahariarretik datozen gaixoei BHB eta CHB serologia egin. Infektaberak direnei B hepatitisaren kontrako txertoa jarri.
- Beren jatorrizko herrietara itzuli aurretik, paziente seronegatibo guztiei BHBren kontrako txertoa jarri.

Bibliografía

1. WHO Department of vaccines and biologicals. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2000 Global Summary. Geneva: WHO, 2000.
2. Bruguera M, Sánchez JM. Hepatitis viral en población inmigrada y en niños adoptados. Un problema de magnitud desconocida en España. *Med Clin* 2001; 117 (15): 595-6.
3. Ochnio JJ, Scheffle DW, Ho M. Hepatitis A virus infection in urban children. Are preventive opportunities being missed? *J Infect Dis* 1997; 176 (6): 1610-13.
4. Bruguera M, Buti M, Diago M, García M, Jara J, Pedreira JA, Ruiz A. Indicaciones y prescripción de la vacuna de la hepatitis A en España. Informe de la Asociación española para el estudio del hígado. *Gastroenterol Hepatol* 1997; 20: 467-73.
5. Ramos JM, Pastor M, Másia MM, Cáscales E, Royo G, Gutiérrez Rodero F. Exámen de salud en la población inmigrante: prevalencia de la infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enf infecc y Microbiol Clin*, 2003; 21 (10): 540-2.
6. Romea S, Duran E, Cabezas J, Bada JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Med Clin* 1997; 109 (17): 656-60
7. Lacalle M, Gil G, Sagardui JK, González E, Martínez R, Orden B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en la población inmigrante. *Aten Primaria* 2000; 25 (9): 634-8.
8. López-Vélez R, Turrientes C, Gutiérrez C, Mateos M. Prevalence of hepatitis B, C and D markers in sub-Saharan African immigrants. *J Clin Gastroenterol* 1997; 25 (4): 650-2.
9. Álvarez Pasquín MJ, Sesmero Lillo MA, Gómez Marco J. Vacunas en inmigrantes. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. Madrid: Ergon Ediciones, 2003: 73-90.
10. Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas* 2001; 2: 40-47.
11. López-Vélez R, Huerga H. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Madrid: PBM Ediciones, 2002.

Etorkinengan ematen diren gaixotasun infekzioso kosmopolitak

PARASITOSIAK ETA HESTE-INFEKZIOAK

Heste-parasitosiak, nahiz eta kosmopolitak izan, ohizkoagoak izaten dira etorkinen artean biztanleria espainiarraren artean baino, batez ere haurren artean (1-3). Ondokoa dira heste-parasitosi kosmopolitetan prebalenteenak: *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia* eta *Strongiloides stercoralis*. Protozoogatikoko heste-parasitosiak (*Giardia* spp, blastozistosia) Latinoamerikatik datozen etorkinengan prebalenteagoak dira; helmintasiak aldiz, prebalenteagoak dira Sahara-azpiko etorkinengan. Bi kasuetan, poliparasitismoa ohikoa izaten da.

Prebalentzia gutxitu egiten da harrera-herrian denbora pasa ahala eta hiru urteko egonaldiaren ondoren ia ez da heste-parasitosirik.

Sintomatologia era askotakoa du eta horrek diagnostikoa oztopatzen du (5). Ez dago korrelaziorik sintoma gastrointestinalen eta helmintasiaren artean. Sarritan, eboluzioa era askotako sintomatologiekiz izaten dute: dispepsia, beherakoa, idorreria, zehaztu gabeko sabeleko mina, etab... eta, askotan, sintomarik gabekoak eta pauszintomati-koak. Anemiak eta eosinifiliak helmintasiaren presentziaz ohartarazten dute (3-5).

Etorkinetan gorozkietako parasitoen baheketa-sistematikoa eztabaidagarria da, beste arrazoi batzuen artean: denborarekin, berez desagertzen dira, ez dute bertako biztanleriarenganako eraginik eta gorozki-lagin bakar baten errentagarritasuna txikia da (1-4). Zentzuzkoa dirudi baheketa egitea etorri berri diren etorkinen artean (2-5 urte bitarteko egonaldia) eta anemia edo eosinofiliarik baldin badago. Gutxienez hiru gorozki-lagin hartu behar dira.

Aukerako jokabide bat honakohau da: endemia handiko herrietatik datozen pazienteei (Asia, Latinoamerika, Ekialdeko Europa eta Saharapeko Afrika), bost egunez, itsukako- tratamendua, eguneko, 400mg. Abendazolekin (Eskazole) (6).

GIBk sorturiko infekzioa eta inmunosupresioa jasaten duten gaixoengan, estrongiloidiasiak batetik hilkortasun handiko infekzio barreiatuak sor ditzake GIBK infektatutako pazienteengan; bestetik, inmunosupresioa eragin dezaketan beste prozesu batzuk ere sor ditzake. Hau dela eta, arrisku-faktore hauek dituzten gaixoei gorozki-bilaketa eta serologia, *Strongiloides stercoralis*-ari begira komenigarria da. Positibo ematen badu, ivermectinaz tratatu: banandutako bi dosi hilabete bateko tartearrekin, kilo bakoitzeko 200mg-ko 2 dosi hartuz (3, 4).

Neurozistizerkosia, *Taenia solium*-ak sorturiko gaixotasun kosmopolita da eta Espainian ia desagertu da. Etorkinengan aurkitu da eta hauen arteko gehiengoa

Latinoamerikatik etorritakoa da. Konbultsioak eta zefaleak dira gehien agertzen diren zantzuak.

Hidrozefalia, dementzia, garun-infartua, garezur-paresietako erasanak eta muineko lesioak sor ditzakete. Azalpeko eta muskuluetako noduluak ohikoak dira. Susmo tasa altua izatea garrantzitsua da. Diagnostikoa irudi tekniken bidez egiten da. %60 baino kasu gehiagotan serologia positiboa da (7, 8). Tratamendua: 12 orduro, 400mg alben-dazol, 1-4 astetan zehar.

ETORKINENGAN GERTATZEN DIREN INPORTATUTAKO GAIXOTASUN TROPIKALIK GARRANTZITSU/OHIKOENAK

Inportatutako gaixotasunak asko izan litezkeen arren, etorkinengan gaixotasuna eragiten dituztenak gutxi batzuk baino ez dira. Ohikoenak edo nabarmenenak azpimarratuko ditugu:

Malaria

Malariaren susmoa izan behar da bere jatorrizko herrian egindako azken egonalditik urte beteko denboraldian gertatzen diren sukar-koadro guztietan (bereziki, lehenengo 2-3 hila-beteetan), zonalde endemiko batera joan ondoren: "Arrisku-zonalde batetik datorren etorkin edo bidaiariaren sukarra malaria da, kontrakoa frogatzen ez den bitartean" (9, 10).

Bidaia egin bitartean malaria hartzeko arriskua, funtsean, bi faktoreren menpe dago: bisitatutako zonaldea eta prebentzio neurriak bete edo bete ez izana. Nahiz eta tropikoetan oso hedaturiko gaixotasuna izan, hartzeko arriskua oso heterogeneoa da, baita herri bereko zonalde batetik bestera ere. Espainian inportatutako malariarik gehienak Saharapeko Afrikatik datoz. Arrisku-zonalde baten barruan, gaitza hartzeko edo ez hartzeko faktorerik garrantzitsuena, paludismoaren kontrako profilaxia egokiaren jarraipena egitea ala ez izaten da (9, 12, 13). %100-eko eraginkortasunik duen profilaxiarik ez dagoela gogorarazi behar da; hala ere, turistek inportatutako %65-80 malaria kasuak eta ia etorkinek inportatutako %100 kimioprofilaxiarik egiten ez dutenetan edo erregulartasunik gabe egiten dutenetan gertatzen dira.

Etorkinengan malariaren maiztasuna oso aldakorra da, jatorriaren eta aztertutako etorkinen ezaugarrien arabera. Gainera, paziente hauek beren herrietara, familia eta lagunak bisitatzeko bidaiatzen dute eta orokorrean, bidaiak luzeak eta zonalde landatarretara izaten dira. Toki hauetan, gaixotasuna hartzeko duten gaitzikortasun perzeptzioa eta honek lituzkeen ondorioak txikiak izanik, ez dute profilaxiarik egiten; beraz, infektatzeko arriskua oso handia izaten da (11-13).

Larritasun arriskua *Plasmodium* izeneko espezieak sortzen du. Izan ere, ia heriotza guztiak Saharapeko Afrikan espezie nagusia den *P. falciparum*-ak eragiten ditu. Garrantzitsua da kontuan hartzea, etorkin helduek semiinmunitatea duten arren, zonal-

de paludikotik irten eta 2-3 urtera, lortutako malariaren kontrako inmunitate hori galdu egiten dela, beraz, *P. falciparum*-aren aurreko esposizio berri bat izugarri larria izan daiteke (9-11).

11. taulan, gizakia infektatzen duten *Plasmodium* espezie ezberdinen kontinenteen araberako banaketa erakusten da.

Malaria-konplikaturia, normalean, *P. falciparum*-aren ondorioa izaten da. Klasikoki, larritasun handiago bati eta heriotzari loturik dauden faktoreak: haurdunaldia, gaixotasun kroniko ahulgarriak, esplenektomia, adin zaharragoa, kimioprofilaxiarik hartu ez izana eta diagnostiko eta tratamenduaren atzerapena (9, 13).

Etorkinengan, larritasun klinikoa ere, espezieak eta paludismoaren kontrako inmunitateak zehazten du (gogorarazi beharra dago semiinmunitatea, harrera herrian urte batzutan zehar egon ondoren galdu egiten dela) (11-13). Oro har, nahiz eta helduak sintomatologia txikia duen eta okertzea zaila izango den, haur eta haurdunengan diagnostikoa atzeratzen bada, koadroa oso larria izan daiteke (9, 12, 13). Sukarra sintoma nagusia bada ere, sarritan kontsulta momentuan ez da agertzen, eta beste sintoma batzuk zefalea, artromialgia, biszeramegalia eta anemia agertzen dira (9, 10).

Diagnostikoaren susmorik egotekotan, urgente, ospitaleko larrialdi zerbitzuetara edo gaixotasun infekziosoetako kontsultara jo behar da.

Filariasia

Filariasiak ohikoak dira etorkinengan, bereziki Mendebaldeko eta Erdialdeko Afrikatik datozenengan, Ekuatore Gineatik datozen ia etorkin gehienek pairatzen dute, batez ere onkozerkosia. Harrera komunitatearengan ez dute inolako potentzial endemikorik. Filariasiak, klinikoki, azalekoak eta linfatikoak izan daitezke (14, 15).

Azaleko filariasietan nagusi izaten da azaleko eta begietako sintomatologia. Batez ere, *Oncocerca volvulus*, *Loa loa* eta *Mansonella spp*-ek eragindakoak dira. Banaketa zonaldeak Latinoamerika, Saharapeko Afrika eta Karibe dira. Sintomarik gabekoak edo gorputz-enbor eta adarretan kokaturiko azaleko tumefakzio eritematosa eta pruriginosoa, aldi baterakoak edo migratzaileak, sor ditzakete (Kalabar edema). Hazkura bizia eta konstantea ohikoa izaten da, azaleko pigmentazioa aldatuz. Hezur konkorretan kokatzen diren azalpeko noduluekin batera existitzen dira. Konplikazio nagusiak begietakoak dira eta konjuntibitisa eta keratitisa izanda, itsutasuna eragin dezakete-eta.

Diagnostikoa mikrofilarien frogapenaren bidez egiten da, erasandako azal zati batean edo eguerdian harturiko odol periferiko-laginen bitartez. Tratamendua ivermectina (Mectizam) bidezkoa da, 6 hilabetero errepikatuta, kilo bakoitzeko 150mg.-ko dosi bakarra, sintomak desagertu arte. Dietilkarbamazina, Loiasiarako aukerako tratamendua da.

Filariasi linfatikoa *Wuchereria bancrofti* eta *Brugia Malawi*-k eragiten dute, eta Asian, Ozeano Barean, Afrikan eta Latinoamerikan da. Inkubazio-aldia 8-12 hilabete bitartekoa da. Linfangitisa, orkitisa, folikulitisa, sukarra eta eosinofilia eragin dezakete. Forma kronikoetan beheko gorputz-adarretan linfedema hedatua garatzen da (14-16).

Diagnostikoa, gauaz ateratako odol periferiko-laginetan mikrofiarasi-identifikazioaren bitartez egiten da. Tratamendua, dietilkarbamazinaz egiten da, 4-5 egunetan dosi gorakorrak eta 10 egunez 2mg.-kiloko egun bakoitzean hartuz. Beste aukera bat, kilo bakoitzeko 200mg-ko ivermectina dosi bakarria hartzea, 400mg. Albendazol batekin batera konbinatuz (14, 17, 18).

Eskistosomiasia

Schistosoma mansoni endemikoa da Afrikan eta Brasilgo kostalde atlantikoan. Orokorrean, forma akutuetan, beherakoa agertzen duten sintoma digestiboak eragiten ditu, hesteetako gaixotasun hanturagatikoa bailitzan. Forma kronikoetan hesteetako pseudotumorea, eta gibel mailan portaleko hipertentsio auresinusoidala.

Schistosoma haematobium endemikoa da Afrikako kontinentean eta Ekialde Hurbilean. Gernu-bideen mailan gaixotasuna sortzen du, forma akutuetan hematuria eta forma kronikoetan hidronefrosia eta maskuriko kaltzifikazioak, errepikazko gerneru-infekzioa bultzatuz (19). Etorkinen artean, forma kronikoak ohikoagoak izaten dira. Zonalde endemikoetatik (batez ere, Afrikatik) datozen etorkinetan, etorri berrietan edo beren herrietara bidaiatu berri dutenetan, forma akutuen susmoa hematuriako DD-an (Diagnostiko diferentziala) edo beherako odoltsua gertatzen denean izan behar da (20).

Chagas-en eritasuna

Trypanosoma cruzi-ak eragindakoa, endemikoa da Latinoamerikan, prebalentziak %8tik %10 –era artekoak izanik (21). Gure herrian, inmigratio latinoamerikarren bitartez gaixotasun emergente bihur daiteke (22). Nahiz eta gai honi buruzko etorkizuneko ikerketarik ez dugun, ospitaletako esperinetzia gero eta handiagoa da.

Chagas-en eritasuna jatorrizko lekuetan transmititzen da, bereziki, bektore-forman (*Triatomos* familiako hemipteroak) (21). Transmititzeko beste modu batzuk: transfusio bidez, organo transplante bidez edo transmisio bertikalez. Azken modu horiek dira gure inguruan garrantzia izan ditzaketenak (22-24). Harrera-komunitatean ia ageri ez den fase akutu bat izaten dute. Haurrengan ohikoagoa izaten da eta sintomarik gabekoa edo zeinu kliniko larriak izan ditzake (21). Kasuen arteko %60 klinikoki infekzio sorrarak izaten dira (zehaztugabeko forma kronikoa) sintomarik gabeko oso fase luzea izanda (infekzioa, ez gaixotasuna). Hala ere, infekzio kroniko horietako %2-5 forma kroniko bilakatzen dira (gaixotasuna), batez ere, liseri-apa-

ratu eta bihotzeko erasanak. Erasanari dagozkion bihotzeko sintomak, arritmiaren bigarren mailakoak dira (sinkopeak, lipotimiak, palpitazioak) edo miokardiopatia dilatatuak sorturiko bihotz-gutxiegitasuna. Liseri-aparatuko erasana apurka-apurka ezartzen da, eta horrengatik pazienteek, ez dituzte baloratzen betetasun sentrazio postpandriala, idorreria ala irentsiezina; beraz galdeketa bideratua egitea oso garrantzitsua da. Halaber, pertsona inmunosuprimituengan edo GIB-k sorturiko infekzioa dutenengan, forma larriak sor ditzake batez ere nerbio-sistema zentraleko erasanaz (21, 25). Zehaztugabeko infekzio kronikoaren fasean, bere transmisioa, odol-transfusio edo infektaturiko pertsonen organu-trasplanteen bitartez erraz daiteke; hau dela eta, odol-transfusio emaleen edo zonalde endemikoetatik datozen organuen detekzio frogek lehentasuna izan beharko lukete, eta badira honi buruzko arautegiak eta nazional mailako legeak (23, 24). Diagnostikoa serologia bidezkoa da, nahiz eta teknika ezberdinen baloreak, teknika ezberdinez eginda positibotzat hartzeko, bi serologia izatera behartzen duen.

Lehen Mailako Atentzioan Chagas-en eritasunaren susmo klinikoa garrantzitsua da eta baita gaixoak Gaixotasun Infekziosoen Unitatera deribatzea ere.

Herri endemikoetatik datozen pertsona etorkietan Chagas-en eritasunaren baheketa sistematikoa, hurrengo egoeretan gomendatzen da (odol-emateari dagokiona ez dago barne) (22, 25):

- Chagas-en eritasunarekin bateragarriak diren sintomak dituzten pertsonak.
- Gaixotasun inmunosupresodunak (bereziki GIBk sorturiko infekzioa dutenak).
- Susmo klinikoa edo infekziozko deilektrokardiografia duten emakume haurdunak (eskuin adarraren blokeoa, aurre-ezkerreko hemiblokeoarekin, AB blokeoa, bradikardia sinusala eta ohikoak diren bentrikuluko estrasistoleak).
- Emakume haurdun asintomatikoei dagokienez, gaur egun, aipatu zonaldeetatik etorri diren sintomarik gabeko haurdunenganako eritasun prebalentziari buruz Espainian dagoen datu urritasunak, biztanleria horren artean (gazte haurdunak) eritasun latza izateko aukera gutxi egoteak, egungo froga diagnostiko batzuen espezifikotasun baxuak eta infekzio asintomatikoen tratamenduari buruz dagoen adostasun eskasak gomendatzen dute baheketa sistematikoa ez egitea sintomarik edo datu elektrokardiografikorik ez badago.

Legenarra

Afrika, Asia eta Latinoamerikako herri askotan zehar banatutako gaixotasuna da. Etor-kinengan deskribatu da. Ez du garrantzizko arriskurik suposatzen populazio autokto-noarentzat. Legenarraren zeinu klinikoa era askotan agertzen dira. Garrantzitsua da azal-lesioetako diagnostiko bereizlean sartzea, bereziki baterako neuropatia periferiko-rik badago eta baita hipopigmentaturiko lesioetako diagnostiko bereizlean ere (16).

11. TAULA

PLASMODIUM ESPEZIE EZBERDINEN KONTINENTEKAKO BANAKETA

	<i>P. FALCIPARUM</i>	<i>P. MALARIAE</i>	<i>P. VIVAX</i>	<i>P. OVALE</i>
AFRIKA	<ul style="list-style-type: none"> - Subsaharan nagusi - Iparraldean ez da 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsaharan nagusi - Iparraldean ez da 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsaharan nagusi - Iparraldean ez da
ASIA	<ul style="list-style-type: none"> - Nagusi hego-ekialdean - Indian bada 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan 	<ul style="list-style-type: none"> - Nagusi hego-ekialdean - Indian bada 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan
AMERIKA	<ul style="list-style-type: none"> - Bada - PNagusi Haitin eta Errep. Dominikarrear 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan 	<ul style="list-style-type: none"> - Nagusi 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan
OZEANIA	<ul style="list-style-type: none"> - Nagusi 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan 	<ul style="list-style-type: none"> - Bada 	<ul style="list-style-type: none"> - Oso gutxitan

Bibliografia

1. Martín Sánchez AM, Hernández García D, González Fernández L et al. Parasitosis intestinales en población inmigrante subsahariana asintomática. *Rev Clin Esp* 2004; 204 (1): 14-17.
2. Díaz J, Igual R, Alonso M, Moreno MJ. Estudio del parasitismo intestinal en inmigrantes de la comarca del Safor (Comunidad Valenciana). *Med Clin* 2002; 119 (1): 36.
3. Vilalta E, Gascón J, Valls ME, Corachan M. Anquilostomiasis y estrongiloidiasis: estudio comparativo clínico epidemiológico en viajeros procedentes de áreas endémicas. *Med Clin* 1995; 105: 292-4.
4. Roman P, Pastor A, Moreno S, Igual R, Martín A et al. Endemic strongiloidiasis in the spanish mediterranean coast. *QJ Med* 2001; 94: 357-63.
5. Farthing MJG, Cevallos AM, Nelly P. Intestinal protozoal infections. En: Cook and Zula editores. *Mansons Tropical Diseases 21th edition*. London: Saunders, 2003: 1373-1410.
6. Muenning P, Pallin D, Sell RL, Chan MS. The cost effectiveness of strategies for the treatment of intestinal parasitosis in immigrants. *N Eng J Med* 1999; 340: 773-9.
7. Terraza S, Pujol T, Gascón J, Corachan M. Neurocisticercosis: una enfermedad importada. *Med Clin* 2001; 116: 261-263.
8. Roca C, Gascón J, Font B, Pujol T, Valls ME, Corachan M. Neurocysticercosis and population movements: analysis of 23 imported cases in Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2003; 22: 382-4.
9. White NJ. Malaria. En: Cook and Zula editores. *Mansons Tropical Diseases 21th edition*. London: Saunders, 2003: 1205-1296.
10. D'Acromont V, Burnand B, Ambresin AE. Practice Guidelines for Evaluation of Fever in Returning Travellers or Migrants. *J Travel Med* 2003; 10 (2 supl): 25S-45S.
11. Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin* 1995; 104: 45.
12. Zubero Sulibarria Z, Santamaría Jáuregui JM, Muñoz Sánchez J, Teira Cobo R, Bariaetxaburu Arteche J, Cisterna R. Enfermedades importadas: Experiencia de una unidad especializada en un hospital general. *Rev Clin Esp* 2000; 200 (10): 533-37.
13. Huerga H, López-Vélez R. Imported malaria in immigrant and travelling children in Madrid. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20: 591-3.

14. Simonsen PE. Filariasis. En: Cook and Zula editores. *Mansons Tropical Diseases* 21th edition. London: Saunders, 2003: 1487-1526.
15. Kazura JW. Filariasis. En: Guerrant RL, Walker DH, Weller PF, editores. *Essentials of tropical infectious diseases*. Filadelfia: Churchill-Livingstone, 2001: 398-404.
16. Mawhorter SD, Longworth DL. Cutaneous lesions. En: Guerrant RL, Walker DH, Weller PF, editores. *Essentials of tropical infectious diseases*. Filadelfia: Churchill-Livingstone, 2001: pág 31-65.
17. Fischer P, Tukeshiga E, Buttner DW. Long term suppression of *M streptocerca* microfilariae after treatment with ivermectin. *J Infect Dis* 1999; 180: 1403-1405.
18. De Viragh A, Guggisberg D, Deriguetti M, van Saanen M, Panizzon MG. Monosymptomatic loa loa infection. *Dermatology* 1998; 197: 303-5.
19. Davis A. Schistosomiasis. En: Cook and Zula editores. *Mansons Tropical Diseases* 21th edition. London: Saunders, 2003: 1431-1470.
20. Roca C, Balanzo X, Gascón J, Fernández Roure JL, Vinuesa T, Valls ME et al. Comparative clinicoepidemiologic study of *Schistosoma mansoni* infections in travellers and inmigrants in Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 219-23.
21. WHO Expert Committee. *Control of Chagas Disease (Second Report)*. Geneve: WHO, 2002.
22. Coll O, Pino M, Llobet E. Infección de Chagas perinatal. *Enf Emerg* 2005; 8 (1 supl): 43S-45S.
23. Barea L, González R, Bueno JL, Cañabate C, Flores M, Rodríguez M, Gárate T, Castro M. Seroprevalencia de la infección por *Trypanosoma Cruzi* en donantes de sangre. *Enf Emerg* 2005; 8 (1 supl): 40S-42S.
24. Villaba R, Fornes G, Alvarez MA, Román J, Rubio V et al. Acute Chagas disease in a recipient of a bone marrow trasplant in Spain. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 594-5.
25. Gascón J y Grupo de trabajo del taller sobre "Enfermedad de Chagas ". Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. *Med Clin* 2005; 125 (6): 230-235.

Gaixotasun immunoprebenigarriak. Etorkin helduaren txertaketa-egutegia. Txertaketa eta haurdunaldia.

Errenta txikiko herrialdeek gutxienekoen txertaketa-egutegiak dituzte, oro har, ondo-koen aurkakoak: tetanoa, difteria, txakur-etzula, polioa eta elgorria (1-5).

18 urtetik gorako etorkina behar bezala txertatuztat jotzeko, gure herriko edozein helduren moduraz, hirukoitz birikoaren 2 dosi, (1981 urtetik aurrera jaiotzen; gaineroak, dosi bat soilik), difteria eta tetano 3 dosi eta aktibatu gabeko polio txertoaren 3 dosi hartu behar izan ditu (5-7). 12. taulan etorkin helduaren txertaketa-egutegia azaltzen da, egoki txertatuta ez dagoenean edo bere txertaketa-egutegiaren ebidentzia (aurretiazko erregistroa) edo segurtasunik ez denean.

Aktibatu gabeko polioaren txertoa Afrika erdialdeko etorkin guztiei derrigorrean eman-
go zaie: 2 dosi 1-2 hilabeteko tartearrekin eta hirugarren dosia, bigarrena hartu denetik
6-12 hilabetera (6).

Errubeola eta B hepatitisarekiko immunizazioa bermatu behar da populazio orokorrari
aplikatzen zaizkion eritzi berdinekin (7).

Garrantzitsua da txertatu ez diren 20 urtetik beherako guztiak eta faktore hartratzail-
ak dituzten edozein adinetakoak (osagarri-eza eta esplenektomizatutakoak) C menin-
gokokoaren aurka txertatzea (8).

Helduetan, pneumokoko eta *H. influenzae*-ren aurkako txertaketa autoktonoekin era-
bili irizpide berberekin egingo da, gripearen aurkako txertoarekin bezala (5). Azken kasu
honetan, kontuan izan behar da gripearen urtaroaren arabera puja hemisferio ezber-
dinen artean, euren jatorrizko herrialdera bidaiatuz gero.

Txertaketa eta haurdunaldia

Haurdun den emakumea txertatzeko erabakia ondokoan oinarrituko da: infekzioaren
benetako arriskuan, ama eta fetuarengan infekzioak izan dezakeen arriskuan eta ama
edo fetuarengan txertoak izan ditzakeen eragin kaltegarrien balorazioan.

Oro har, kontraindikaturik daude birus biziak dituzten txertoak haurdunaldia bitartean
(13. taula). Hala ere, horietako batzuk, sukar horiarena esate baterako, balora daitez-
ke arriskua ekidinezina bada. Hildako edo aktibatu gabeko germenezko txertoak eman
daitezke haurdunaldia bitartean, baina hobe bigarren eta hirugarren hiru hilabetekoan.
Edoskitze bitartean edozein txerto mota eman dakieke amari zein umeari.

Duela 10 urte baino gehiago tetanoaren aurka txertatutako emakumeei, oroitzapendosia eman behar zaie. Txertaturik ez direnen edo osorik txertatuta ez direnen kasuan, beharrezko dosiak hartu beharko dituzte hasierako txertaketa seriea osatzeko.

12. TAULA

**ETORKIN HELDUAREN TXERTAKETA-EGUTEGIAREN EGOKITZAPENA (> 18 URTE)
AURRETIAZKO ARRISKURIK EZ DENEAN**

0 HILA	1 HILA	6-12 HILA
TD* PTA** Biriko hirukoitza	TD* PTA** Biriko hirukoitza	TD* PTA**

< 20 urte: C meningokokoaren aurkako txertoa

* *Tetano eta difteria aurkako txertoa* / ** *Polioaren aurkako aktibatu gabeko txertoa*

13. TAULA

TXERTAKETA ETA HAURDUNALDIA

KONTRAINDIKATUTAKOAK TXERTOAK	EZ GOMENDAGARRIAK ARRISKUA / ONURA BALORATU	KONTRAINDIKATU GABEKO TXERTOAK
Errubeola	Sukar horia	Tetanoak
Ahozko sukarr tifoidea	Polio parenterala	Difteria
Barizela	Ahozko aktibatu gabeko kolera	Gripea
BCG (Calmette- Gérin baziloa)	Polisakaridoen tifoidea parenterala	Amorrua
Ahozko polioa		B Hepatitisa
		A Hepatitisa
		Pneumokokoa
		A eta C meningokokoa

Bibliografia

1. Lacalle M, Gil G, Sagardui JK, González E, Martínez R, Orden B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en la población inmigrante. *Aten Primaria* 2000; 25 (9): 634-8.
2. Álvarez Pasquín MJ, Sesmero Lillo MA, Gómez Marco J. Vacunas en inmigrantes. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. *Guía de atención al inmigrante*. Madrid: Ergon ediciones, 2003: 73-90.
3. Ganduxer D, Villalba JR. Servicios de salud y cobertura vacunal en niños hijos de madres filipinas. *An Esp Pediatr* 1999; 39: 253-9.
4. Muñoz M, Nebot M. Cobertura vacunal en población inmigrante atendida en el Servicio de Vacunas del Instituto de Salud Pública de Barcelona. Barcelona: Instituto de Salud Pública; 2001.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Calendario vacunal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
6. WHO Departments of vaccines and biologicals. *Global polio eradication initiative. Strategic plan 2001-2005*. Geneva: World Health Organization, 2001.
7. Centers for Diseases Control and Prevention. *Control and prevention of Rubella: Evaluation and Management of Suspected Outbreaks, Rubella in Pregnant Women, and Surveillance of Congenital Rubella Syndrome*. *MMWR* 2001; 50 (RR 12): 1-23.
8. Centers for Diseases Control and Prevention. *Prevention and Control of Meningococcal Disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. *MMWR* 2005; 54 (RR 7): 1-28.

Etorkinaren kontsulta

Etorkinaren osasun arazoek ondoko hau islatzen dute: neurri handi batean, jatorrizko herriaren osasun egoera, migrazio-fenomenoari dagozkion bigarren mailako arazoak edo harrera herrialdeko lan egoera, gizarte egoera, etab...(1-4).

Laburki, berariazko alde batzuk komentatuko ditugu:

a) Garrantzitsua da etiologia ez infekziosoa duten gaixotasun batzuen berezitasunak gogoratzea:

- Gaitz psikosozialen maiztasun handia. Horien somatizazioak patologia organikoen diagnostiko bereizlea oztopa dezake (5).
- Lan egoerak, hizkuntza zailtasunak edo okupazio zehntza batzuek, etorkinak lan-arriskuan jar ditzakete; beraz, hori guztia kontuan hartu behar da patologia batzuen diagnostiko bereizlea egiten denean (1).
- Oinarri organikoko gaixotasun batzuetan prebalentzia handiagoa izan dezakete (6,7):
 1. Diabetesa ohikoagoa izaten da Karibe eta Asiako hego-ekialdeko etorkinengan.
 2. Goloa endemikoa da Tropikoko zonalde askotan.
 3. Lupu eritematoso sistemikoa, Burkitt linfoma eta hemoglobinopatia anormalak, batez ere Afrikarrek pairatzen dituzte.
 4. Hipertentsioa eta miokardiopatia dilatatua sarriagoak izaten dira afrikar eta afrokaribetarrengan. Geure inguruan ia ahazturik dagoen kardiopatia erreumatikoa, errenta txikiko etorkinengan aurki dezakegu.

b) Paziente etorkinengan aurkikuntza batzuek interpretatzeko zailtasunak:

Badaude paziente etorkinengan interpretaziorako zailtasunak izan ditzaketen aurkikuntza edo datu analitiko batzuk. Hala ere, baliteke hauexek patologia-adierazle ez izatea:

- Hepatoesplenomegalia arina baliteke patologia-adierazle ez izatea.

- Iztai-eteneko adenopatiak arruntak dira eta ez dute zertan kliniko esanahirik izan, beste sintoma edo tokiko aurkikuntza orokorrik egon ezean.
- Leukozito gutxiagoko oinarritzko zifra arrunta izaten da afrikarren artean.
- Eosinofiliak edo hipergammaglobulinemia arinek ez dute zertan patologia izan.

c) Etorkin helduak izan litzakeen gaixotasun tropikalak iradokitzen dituzten datuak:

Esan bezala, aurreko atalean arruntenak edo garrantzitsuenak bezala aipatutako ez gain, etorkinen gaixotasun tropikalak era askotakoak izan daitezke. Ez da gida honen helburua guztiak aipatzea edo deskribatzea, baina medikuari gaixotasun tropikal bat adieraz diezaioketen daturen batzuk deskribatzea baliagarria izan daitekeela uste dugu (8):

- Larruazaleko azkura orokorra.
- Rash edo azpi-azaleko noduluak.
- Ultzera monokutaneoak.
- Hipopigmentaturiko mantxa sentigaitzak.
- Ohikoa ez den sukar-sindromea.
- Sindrome orokorra.
- Hemoptisidun edo hemoptisibako ez tul kronikoa.
- 2 zm. baino handiagoko linfadenopatia zerbikalak, bereziki sukar edo sintoma orokorrez lagundurik doazenean.
- Linfagitis recidivante episodioak.
- Ageriko hepatoesplenomegalia.
- Beherako akutua eta bereziki kronikoa.
- Hematuria.
- Anemia eta eosinofilia.

d) Administrazio, kultur eta hizkuntz zailtasunak:

Zailtasun hauek zailago bihur dezakete diagnostikoa, tratamendua (batez ere tratamendu luzeetan) edo epidemiologia kontrola, txertoen administrazioa eta profilaxia. Gaixoaren jarraipenean jarrera proaktiboa kontuan hartu behar da, bereziki txertatzeko egutegiaz, profilaxiaz eta gaixotasun infekzioso transmitigarriez ari garenean (2).

e) Baheketa sistematikoa:

Gaixotasun infekzioso zehatz batzuen baheketa sistematikoa egin behar da baldin eta bere ondorioz paziente etorkinaren osasunarekiko jokabideren bat jarraitzen bada (10).

f) Bitarteko ez sanitarioekiko koordinazioa:

Garrantzitsua da osasun helburuak errazten dituzten bitarteko ez sanitario (GKE) eta sanitarioen arteko koordinazioa (1,11).

KONTSULTAREN METODOLOGIA

1. Anamnesia:

Historia kliniko guztien datu arruntez gain, ondoko galderak egitea garrantzitsua da:

- Gizarte, familia eta lan egoera.
- Jaioterria, migrazio-bidea. Espainian daramaten denbora. Aurretiaz egindako bidaiak eta itzulerak.
- Transfusioak. Tuberkulosi historia duten ala ez. STO/GIB –erako arrisku-faktore bereziak. Txertatzeko egutegia.
- Obstetrikiko-ginekologiko historia eta emakumeen metodo antikonzeptiboaren erabilera.
- Aparatukako historia klinikoak.

2. Miaketa fisikoa:

- Orokorra.
- Miaketa fisikoak egitean komenigarria da ondoko hauek kontuan izatea:
 - Muguet.
 - Larruazaleko lesio hipopigmentatuak.
 - Hazkura lesioak.
 - Ultzeratutako lesioak.
 - Adenopatiak.

3. Sindrome multzoa. Diagnostiko bereizlea:

Inmigrazioarekiko berariazko edo ohiko patologia batzuk aipatuko dira hemen. Diagnostiko bereizlean kontuan izan behar dira jaioterria, heldu zirenetiko denbora, beraien herrietara egin berri dituzten bidaiak eta sintomatologia (8-11).

- EBOLUZIO LUZEKO SINDROME OROKORRA: Diagnostiko bereizlean, beste kausa batzuek gain, tuberkulosia eta GIBak sortutako infekzioa sartu behar dira.
- AZALA: Gainazaleko mikosiak, eskabiosia, bakterio-infekzioak, filariasia eta legendarra berariazkoenak dira. Eta normala izaten da neurririk gabe kortikoide-pomadak erabiltzea.
- DIGESTIO-APARATUA: Ohikoak dira B eta C hepatitis birusek sortutako infekzioak, CHB eta BHB birusek eta hepatorkartzinomak sortutako hepatitis kronikoak, hidatiosi eta amebiasi hepaticoa, hesteetako parasitosiak eta arazo dispeptiko eta ultzeratuen prebalentzia. Latinoamerikatik etorritakoengan irentsiezina, postpandrial betetasun sentazioa edo etengabeko idorreriarik bada Chagas gaixotasuna baztertu behar da. Idorreria kronikoetan hesteetako parasitosisia eta GIB k sortutako infekzioak baztertu behar dira.
- APARATU KARDIOBASKULARRA: Hipertentsio arteriala, kardiopatia erreumatikoa, miokardiopatia dilatatu eta periokarditis tuberkulosoak. Maiztasun gutxiagokoak: Chagas gaixotasuna, miokardiopatia errestriktiboa, cor pulmonale sekundarioa esquistosomiasisera, lúes eta, oso gutxitan agertzen dena, miocarditis sekundarioa etiologia anitzetara.
- ARNAS APARATUA: Arnas-infekzio unibertsalak arruntenak dira. Tuberkulosia kontuan izan behar da beti. Nematodo arnas migrazioak, birikietako eosinofilia tropikala eta hidatidosia gutxiago agertzen da. Mikosi sakonak (histoplasmosia eta beste batzuk) eta birika pleurako amebiosia gutxitan agertzen dira.
- APARATU UROGENITALA: Bertoko biztanleriarekin konparatuz, garrantzitsuena cervix minbiziaren maiztasuna eta STO en maiztasuna. Ez dira horrenbestetan ematen tuberkulosi urogenitala eta eskistosomiasi genitourinarioa (diagnostiko bereizlean gehitu: hematuria, sindrome nefrotikoa, kaltzifizazio urogenitalak, abdomeneko Rx sinpleak, infertilitatea eta besikula-minbizia).
- ALTERAZIO OFTALMOLOGIKOAK: Maizenak dismetropia ez zuzenduak dira. Infekzioen artean: konjuntibitis biriko eta bakterianoak, onkozerkosisia, loiasia eta kornea orban erresidualak.
- ALTERAZIO OSTEOARTIKULARRAK: Maizenak lunbalgiak dira, eta berauen diagnostiko bereizlean orno-tuberkulosia gehitu behar da.
- AHO-HORTZEN ALTERAZIOA: Bereiziki, elikadura eskasiek eta hortz-higiene ezak sortutako patologia. Garrantzitsua da haurrak hortz-higiene programetan sartzea. Ahoko kandidiasirik egotekotan, GIB-k eragindakoa izatearen aukera diagnostiko bereizlean gehitu behar da.
- ALTERAZIO NEUROLOGIKOAK: Patologia atal honen barruan, tentsio-zefaleak ohikoak dira; berarizkoena, ordea, neurokostizerkosisia. Neuropatia periferikoa denean, diagnostiko bereizlean legendarra eta poliomieltis arrastoak gehitu behar dira.

- ADENOPATIAK: Adenopatia orokortuetan , GIB-k sortutako infekzioak baztertu behar dira. Adenopatia zerbikaletako, galtzarbeko eta mediastinikokoa egotekotan, beti hartu behar da kontuan tuberkulosiaren ondorio izan daitezkeela. Izterondoko adenopatiak gertatzen direnean, diagnostiko bereizlean STO-ak, filariasi linfatikoa eta limfomak maiztasun handiagoko bezala gehitu behar dira.
- BISZEROMEGALIAK: Esplenomegalia esanguratsuak ondoko kausak izan behar ditu: hepatiti kronikoa, zirrosia eta hipertentsio portala, malaria, esplenomegalia malariko hipererreaktioboaren sindromea, tuberkulosi diseminatua eta leshmaniasi biszerala.
- EOSINOFILIA: Oro har, eosinofiliaz hitz egiten da zenbateko osoa odol periferikoan 500mm baino handiagoa denean; oro har, esanguratsutzat jotzen da 800mm-tik gorakoa denean eta erreferentziaz 3000mm-tik gorakoa denean. Sintomarik izan ezean, ez-patologikoa izan daiteke edo heste-parasitosien ondorio izan daiteke. Aipatu den bezala (ikus parasitosisia), gorozki hiru lagin hartu eta zuzendutako tratamendua edo frogako tratamendua egin daiteke, albendazolekin (Eskazole) 400 mgr/eguneko bost egunean zehar.

En caso de persistencia de la eosinofilia, o bien si se acompaña de síntomas o tiene un porcentaje mayor de 15-20%, cabe considerar otras parasitosis, u otras causas no infecciosas, y remitir al paciente para valoración a los servicios de enfermedades infecciosas.

4. Azterketa osagarriak:

Azterketa hauek, jatorrizko herrialde, hemen bizi izandako denbora, arrisku faktore eta sintomatologiaren arabera egin behar dira.

Proba hauen artean ondoko hauek daude: (7)

- Hemograma osoa eta oinarriko biokimika.
- Burdina mailak eta hemoglobinen azterketa anemia mikrozitikoetan.
- Toraxeko erradiografia eta PPD (indikazioa baloratu, tuberkulosi atalean PPD bat eskumalderatu) erdi edo goi-mailako inzidentzia duten herrialdeetatik datozen pazienteengan.
- BHB eta CHB serologiak endemia handiko zonaldeetatik datozen pazieneteengan (Asia, Afrika Subsahariarra, Latinamerika Txile eta Argentina izan ezik, eta Europako Ekialdea).
- GIB serologia Afrika Subsahariarretik datozen pazienteengan. Eta beti egingo da, baldin eta zerak egonez gero: STGren arrisku faktore edo aurrekari edo zeinu edo susmo sintomak.
- *Gorozkietako arrautza eta parasitoen zehaztapena (2-3 lagin).*
- Sukar-sindromea egonez gero, tanta lodia paludismoa identifikatzeko eta zehazteko, 12 hilabete baino gutxiagoko egonaldia duten edo azken bidaiatik bueltan diren afrikarregan.

Bibliografia

1. Jansa JR, Villalbi JR. La salud de los inmigrantes y la Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995; 15: 320-27.
2. Jansa JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004; 18 (1 supl): 207S-213S.
3. Roca C, Balanzo X, Fernández JL, Pujol E, Corachan M. Caracterización demográfica y motivos de consulta y morbilidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin* 1999; 11: 215-7.
4. Sanz B, Torres AM, Scumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria* 2000; 26: 314-318.
5. Achotegui J. Trastornos afectivos en inmigrantes: influencia de los factores culturales. *Jano* 2002; Suplemento Temas candentes: 7S - 14S.
6. Singh GK, Siaspush M. All cause and cause specific mortality of immigrants and native born in United States. *Am J Public Health* 2001; 91: 392-399.
7. Molohkia M. Systemic Lupus erythematosus in migrants from West Africa compared with afrocaribbean people in the UK. *Lancet* 2001; 357: 1414-5.
8. D'Acromont V, Burnand B, Ambresin AE. Practice Guidelines for Evaluation of Fever in Returning Travellers or Migrants. *J Travel Med* 2003; 10 (2 supl): 25S-45S.
9. MacQueen K, Buehler J. Ethics, Practice and Research in Public Health. *Am J Public Health* 2004; 94(6): 928-31.
10. Huerga H, López Vélez R. Examen de salud. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. *Guía de Atención al Inmigrante*. Madrid: Ergon Ediciones, 2003: 73-90.
11. Zubero Sulibarria Z, Santamaría Jauregui JM, Teira Cobo R, Bariaetxaburu Arteche J. Protocolo diagnóstico de la eosinofilia en pacientes procedentes de países con riesgo de parasitosis. *Medicine* 2002; 8(70): 3778-3782.