

# COMUNICACIONES ORALES

## Particularidades del asma infantil en la población indo-paquistaní del barrio del Raval (Barcelona)

Martínez i Gisbert C, Guzmán Molina CI

CAP Drassanes, Barcelona. Institut Català de la Salut.

### Correspondencia:

Carlos Martínez

E-mail: [carlesmgisbert@gmail.com](mailto:carlesmgisbert@gmail.com)

### Resumen

**Introducción:** El asma es una enfermedad crónica de elevada prevalencia en la edad pediátrica y el coste de la enfermedad es elevado, directamente relacionado con la gravedad (manejo y control). En nuestro servicio la prevalencia es del 7,5% y además existe un 65% de población pediátrica inmigrante siendo el 58% de origen Indo-pakistaní.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de la población pediátrica inmigrante con asma, y relacionarla con diferentes factores de riesgo (edad, obesidad, piel atópica, rinitis alérgica, agudizaciones, complicaciones y origen de los padres).

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo transversal en agosto de 2015, revisando las historias clínicas de todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma (sibilancias recurrentes en pacientes entre 4 y 15 años) atendidos en la Línea Pediátrica Drassanes (barrios de Raval Sud y Gòtic), verificando datos antropométricos, antecedentes mórbidos y origen de los padres.

**Resultados:** Se analizaron 251 historias clínicas de pacientes asmáticos y se estudiaron los factores de riesgo mencionados previamente. Los resultados más significativos se dieron en el grupo Indo-Pakistaní (India, Paquistán, Bangladesh). Se observa que la prevalencia de asma en este grupo es menor que la general (24,7% de pacientes asmáticos respecto al 58% de la población pediátrica indo-paquistaní), pero estos pacientes, concentran la mayor parte de agudizaciones (42%), hospitalizaciones (46%), tratamientos y seguimiento por neumólogo (56%).

**Conclusiones:** En nuestra área, los pacientes indo-paquistaníes están probablemente infradiagnosticados. Además presentan

	Indostán	Total
Población	62 (24,7%)	251 (100%)
Agudizaciones tratadas ambulatoriamente	110 (42%): 1,77 por paciente.	262 (100%): 1,04/paciente.
Hospitalizaciones	7 (44% del total): 0,11/paciente	16 (100%): 0,064/paciente
Seguimiento por neumólogo	35 (56% de los pacientes indostaníes)	115 (46% del total)
Inmunoterapia	14 (23% de los pacientes indostaníes)	38 (15% del total)

mal control de su patología, concentrando casi el 50% de las agudizaciones. Se pone de manifiesto que, de forma similar a como sucede con los adultos de este origen, los pacientes no están probablemente bien diagnosticados, tratados ni seguidos. Consideramos que es necesario crear herramientas de diagnóstico y seguimiento estandarizados de toda la población pediátrica con énfasis en el grupo indo pakistaní y fortalecer la educación sanitaria para el mejor control de la enfermedad.

## Situación epidemiológica de la hepatitis E en el área de gestión sanitaria sur de Sevilla

Escassi C, Hoya E, Román E, Pastor MJ, Vargas J, Suarez E, Pineda JA, Pérez MJ

Hospital de Valme. Sevilla

### Correspondencia:

Carmen Escasi

E-mail: [Carmen.escassi.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:Carmen.escassi.sspa@juntadeandalucia.es)

### Resumen

**Introducción:** La hepatitis E afecta a todas las zonas del mundo, pero la prevalencia es mayor en Asia oriental y meridional. Cada año se registran unos 20 millones de casos de infección, más de tres millones de casos agudos, y 56 600 defunciones relacionadas

con esa hepatitis. Se transmite principalmente por vía fecal-oral, como consecuencia de la contaminación fecal del agua de bebida, aunque también existen otras vías de transmisión como la alimentaria por ingestión de productos derivados de animales infectados, la transfusión de productos sanguíneos infectados y la transmisión vertical de una embarazada al feto. El diagnóstico se realiza mediante estudios serológicos (marcadores de infección aguda) y técnicas de PCR. La mayor parte de los casos en países industrializados ocurren en viajeros que regresan de viajes por zonas endémicas, sin embargo a partir de los noventa se empezaron a detectar cepas de VHE causantes de casos sintomáticos en personas sin antecedentes de viaje a zonas endémicas. Los casos secundarios de carácter familiar son poco frecuentes. La prevalencia de anti-VHE puso de manifiesto la posibilidad de la zoonosis (principalmente porcino).

**Objetivo y métodos:** Revisión de las declaraciones por infección VHE registradas en el SVEA durante el periodo del 2013 al 2015 del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

**Resultados:** Durante el periodo seleccionado se declararon un total de 14 casos de infección aguda, 3 durante el 2014 y 11 en el año 2015. El diagnóstico se llevo a cabo por la Unidad de Microbiología del Hospital por contar tanto con las pruebas serológicas como con la PCR sin necesidad de enviar las muestras al laboratorio de referencia para confirmar diagnóstico. La edad media de presentación fue de 45,1 años (10 hombres/4 mujeres). Dos de ellos regresaban de zonas endémicas, 1 trabajaba con aguas residuales y dos de ellos tenían antecedentes de consumo de carne porcina en ámbito privado.

**Conclusiones:** En nuestro medio existe una relativa alta prevalencia de la infección, favorecida por la posibilidad de poder realizar el diagnóstico sin necesidad de enviar las muestras al laboratorio de referencia. La dificultad para la cumplimentación de las encuestas epidemiológicas hace que no se puedan obtener resultados concluyentes. El bajo diagnóstico y la escasa relevancia clínica que caracteriza a esta infección puede estar desencadenando una infradeclaración de la misma.

---

## Características sociodemográficas de una población infantil Siria en Barcelona

Guzmán Molina CI, Montoya Conesa FJ,  
Vioque Calero ME

*Línea pediátrica CAP Drassanes. Barcelona.*

### Correspondencia:

Francisco José Montoya Conesa

E-mail: [fran3033@hotmail.com](mailto:fran3033@hotmail.com)

## Resumen

**Introducción:** La situación de inestabilidad en Siria desde hace más de 8 años, ha obligado a millones de ciudadanos a marchar de su país. En esta situación se ven involucrados menores de edad.

**Objetivo y métodos:** Desde la línea pediátrica de Drassanes, se realizó un estudio descriptivo transversal en el mes de Octubre de 2015 con el objetivo de determinar las características sociodemográficas de la población infantil procedente de Siria

**Resultados:** Se analizaron las historias clínicas de 58 pacientes menores de 15 años de la línea pediátrica de los barrios de Gòtic y Raval Sud de Barcelona, que han sido registrados como procedentes del país sirio. Del total de pacientes analizados, el 83,9% presenta su llegada a Barcelona después del inicio del conflicto. En un primer periodo (2011 - 2013), llegan 25 niños y entre 2014 y 2015, 22 niños. En la mayoría de los niños (22) sus padres no están regularizados (inmigrantes irregulares) y sólo 17 niños se encuentran bajo el estatus de refugiado. El 80% de ellos viven hacinados (6 o más personas). El grupo mayoritario de edad se presenta entre 6- 15 años (36%), pero sólo el 30% se encontraba escolarizado. La entrevista por trabajadora social (26 niños), constata indicadores de pobreza familiar relevantes en el 76% de los casos, falta de inserción laboral (barrera idiomática y de regularización). En el aspecto sanitario destacan caries en el 90% de los niños, malos hábitos alimentarios, sin repercusión relevante en el desarrollo antropométrico ni en las analíticas realizadas. La atención a este colectivo es extremadamente compleja por la gran barrera idiomática, la situación de labilidad emocional y escaso seguimiento de los programas de salud.

**Conclusiones:** Todos los pacientes atendidos en nuestra unidad, pueden ser considerados inmigrantes forzados aunque no cuentan con el estatus de refugiados y son familias altamente vulnerables. La pobreza es transversal y la necesidad de vinculación a servicios de salud mental, tanto para los menores como los progenitores, es una prioridad. Se necesitarán recursos específicos e investigación para poder realizar un abordaje más integral de todos estos pacientes.

## Factores clínicos y socioepidemiológicos asociados a severidad en la presentación de los casos de leptospirosis en la región del Urabá, Colombia

Molina D<sup>1,2</sup>, Arboleda M<sup>3</sup>, Villar-García J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital del Mar (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades infecciosas, Hospital del Mar (Barcelona). <sup>3</sup>Instituto Colombiano de Medicina Tropical, sede Apartadó (Antioquia, Colombia).

### Correspondencia:

Daniel Molina

E-mail: [dani.molina7@gmail.com](mailto:dani.molina7@gmail.com)

### Resumen

**Introducción:** La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de distribución mundial, con mayor prevalencia en países del trópico. Causada por una espiroqueta del género *Leptospira*, afecta a más de 160 especies de mamíferos, incluido el ser humano. Con un amplio espectro en su presentación clínica, puede ser letal en casos severos. Numerosos son los factores medioambientales y sociodemográficos relacionados con la transmisión de la enfermedad, de difícil diagnóstico dada la baja sensibilidad de las técnicas disponibles.

**Objetivo:** Identificar los factores clínicos y socioepidemiológicos asociados a severidad en la presentación de los casos de leptospirosis diagnosticados en la región del Urabá, Colombia.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional retrospectivo, considerándose casos severos aquellos que requirieron de hospitalización, y casos leves/moderados los que se manejaron ambulatoriamente o en urgencias, diagnosticados entre 2010 y 2014.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 77 casos severos y 230 leves/moderados. Ser de raza mestiza ( $p = 0,05$ ), trabajar como ama de casa ( $p = 0,03$ ) y presentar inundaciones en la vivienda ( $p = 0,007$ ) eran las condiciones socioepidemiológicas significativamente más frecuentes en los casos severos. Los factores clínicos asociados significativamente a severidad fueron: taquipnea, cianosis, sudoración, deshidratación, ruidos pulmonares sobreagregados, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, hepatomegalia, esplenomegalia, presencia de petequias, incapacidad para sostenerse de pie, náuseas y/o vómitos, diarrea, dolor abdominal, dolor en hipocondrio derecho y prueba del torniquete positiva, con diferentes grados de significancia, además

de la presencia de oliguria ( $p = 0,001$ ) e ictericia ( $p < 0,00001$ ). Se calculó un 33,79% de infradiagnóstico de la enfermedad.

**Conclusiones:** La leptospirosis es una enfermedad altamente infradiagnosticada a nivel mundial. Por ser más frecuente en zonas de bajos recursos económicos, es indispensable conocer los factores clínicos predictores de severidad. La presencia de ictericia, oliguria, síntomas gastrointestinales, y hallazgos de la exploración física que reflejen la gravedad del paciente prevén la probabilidad de estar ante un caso severo de la enfermedad. Evitar las inundaciones en las viviendas sería la medida potencialmente modificable más eficiente para reducir la morbimortalidad de la enfermedad a la hora de desarrollar un programa de prevención.

## Política antibiótica en la atención a la población pediátrica de la red de hospitales de la Fundación Vicente Ferrer en Anantapur, India

Gil Camarero E<sup>1</sup>, Ashok KC<sup>2</sup>, Ramaiah D<sup>3</sup>, Prakash Reddy R<sup>4</sup>, Tasso Cereceda M<sup>5</sup>, Krauel Vidal X<sup>6</sup>, Aguiló F<sup>7</sup>, Martín Ibañez I<sup>8</sup>

<sup>1</sup>EAP Meruelo. Servicio Cántabro de Salud. <sup>2</sup>Hospital de Kalyandurg. RDT-Fundación Vicente Ferrer. <sup>3</sup>Hospital de Bathalapalli. RDT-Fundación Vicente Ferrer. <sup>4</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>5</sup>Fundación Vicente Ferrer. <sup>6</sup>Centre d'Atenció Primària Drassanes, Barcelona. Institut Català de la Salut

### Correspondencia:

Elena Gil Camarero

E-mail: [elenagil@hotmail.com](mailto:elenagil@hotmail.com)

### Resumen

**Introducción:** Muchas enfermedades prevalentes en la India son infecciosas. El aumento de las resistencias antibióticas es un motivo de preocupación para el equipo médico de los hospitales de la fundación Vicente Ferrer (FVF).

**Objetivos:** Se pretende conocer la actual resistencia antibiótica de los principales microorganismos existentes en la población pediátrica de los hospitales de la FVF, como paso previo para poder establecer futuras líneas de actuación. Así, debemos conocer los antibióticos utilizados en las infecciones más prevalentes y establecer si son los adecuados a los microorganismos existentes.

**Material y métodos:** Se realiza un análisis observacional y descriptivo de la política antibiótica en la población pediátrica de dos de los hospitales de la FVF (Hospital de Bathalapalli y Hospital de Kalyandurg) en la región de Anantapur, India, dirigido a tres áreas de actuación concretas: consultas externas, área de hospitalización y laboratorio de microbiología. Se recogen todos los pacientes hasta 15 años cumplidos que acuden a las consultas externas o que están ingresados en las plantas de hospitalización durante los días de recogida de datos. Se recogen sus datos básicos, motivo de consulta, diagnóstico, manejo del paciente, necesidad y tipo de antibioterapia y pruebas complementarias, incluida la recogida de cultivo. Además, en el servicio de microbiología se recogen y se analizan de forma retrospectiva todos los cultivos realizados a la población pediátrica de ambos hospitales durante un año (de Julio de 2014 a 2015).

**Resultados:** Acuden a consultas externas de ambos hospitales un total de 410 pacientes (175 al hospital de Bathalapalli y 235 al hospital de Kalyandurg). Hay 75 niños ingresados, 44 pacientes en el hospital de Bathalapalli y 31 en el de Kalyandurg. En la muestra, la mayor parte de los niños es menor de un año (32,7%). El 59,40% son varones. El motivo de consulta principal es la fiebre, seguido de la rinorrea, la dificultad respiratoria y los vómitos y diarrea. Los diagnósticos principales son otitis y cuadros respiratorios de vías altas en los niños vistos en consultas y neumonía (35,42%), dengue (29,17%) e infecciones gastrointestinales (12,5%) en los ingresados. Reciben antibioterapia el 14,3% de los valorados en consultas y el 62,7% de los ingresos. Los antibióticos más pautados en consultas son beta-lactámicos (amoxicilina-clavulánico- 21,05%-) y cotrimoxazol oral (21,05%). En los ingresados, el fármaco más usado es amoxicilina-clavu-

**Figura 1. Microorganismos obtenidos de las muestras de la población pediátrica de los hospitales de FVF.**

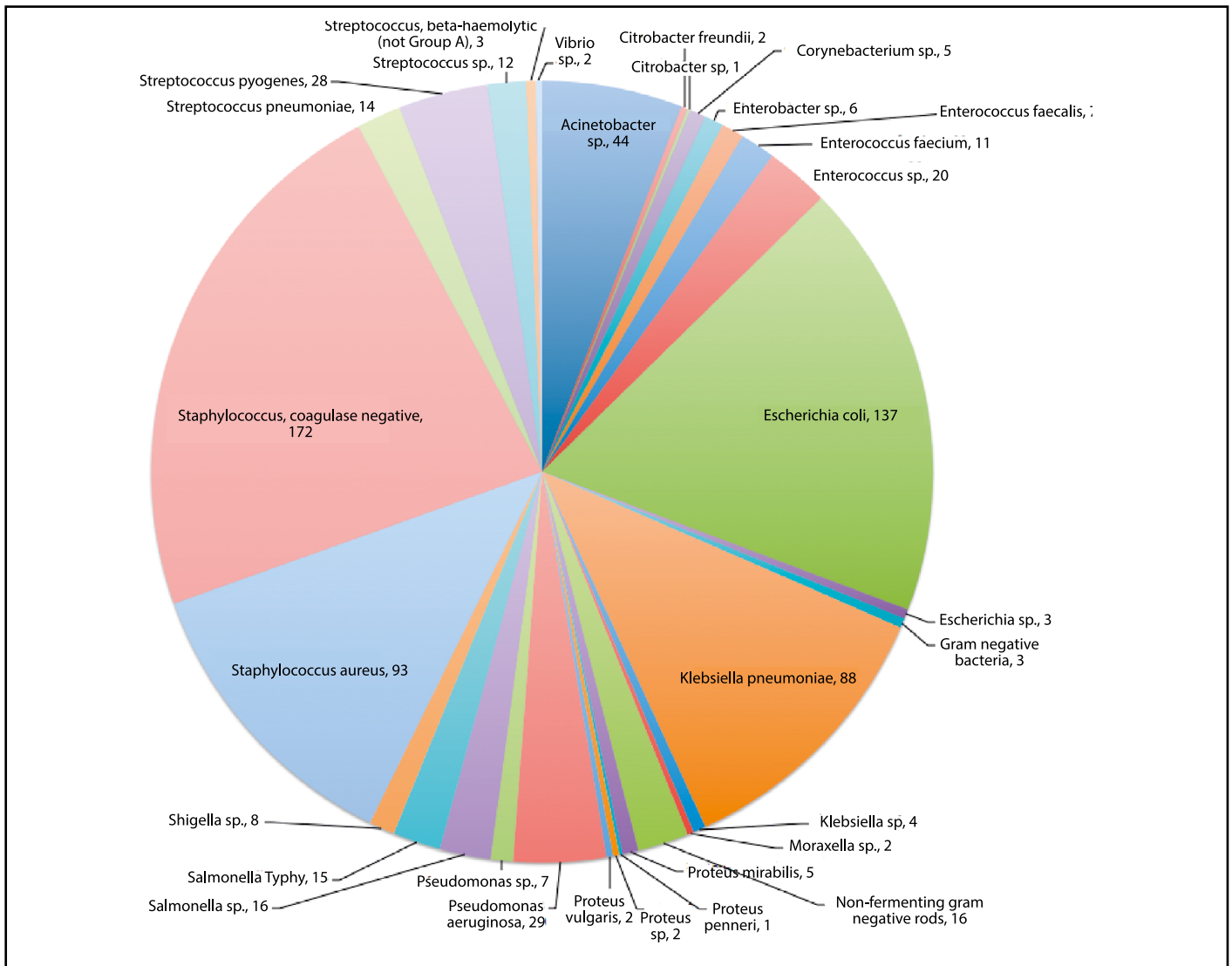


Figura 2. Tabla resumen de resistencias antibióticas en tanto por 1 obtenidas de las muestras recogidas en la población pediátrica de hospitales FVF.

RESISTENCIAS (en tanto por 1)	<i>Staphylococcus spp. coagulasa negativas</i>	<i>E.coli</i>	<i>S. aureus</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Acinetobacter sp.</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>	<i>Enterococcus sp.</i>	<i>Salmonella typhi</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Shigella sp.</i>	<i>Enterobacter sp.</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	MEDIA
Amikacin		0,12		0,19	0,52	0,03						0	0,2	0,18
Amoxicilina/Clavulanate		0,94		0,99	0,84			0,36				1	0,8	0,82
Ampicillin	0	0,96		1	0,95			0,26	0		0,75	0,57	0,8	0,59
Azithromycin		1		1	0,33	0								0,58
Azithromycin-Erythromycin	0,56		0,31		0,62		0,1	0		0,15				0,29
Aztreonam		0,9		0,89	0,9	0,38						0,5	0,5	0,68
Cefepime		0,86		0,73	0,83	0,45						0,5	0,5	0,65
Cefixime-Cefpodoxime		0,67			1									0,84
Cefoxitin	1	0,54		0,67	0,89							1	0,6	0,78
Ceftazidime		0,86		0,78	0,83	0,35						0,5	0,6	0,65
Ceftriaxone-Cefotaxime		0,86		0,75	0,8	0	0	0	0	0	0,13	0,5	0,6	0,35
Cefuroxime		0,89		0,8	0,93							1	0,6	0,84
Cephalotin/Cefadroxil		0,9		0,83	0,98	1						0,5	0,6	0,8
Chloramphenicol	0,07	0,15	0,03	0,14	0,61		0	0,1	0		0,13	0,14	0,6	0,18
Ciprofloxacina	0,34	0,7	0,68	0,34	0,55	0,1	0	0,5	0,8	0	0,38	0,17	0	0,35
Clindamicina	0,21	1	0,17	0,86	1		0,04	0,5		0,17				0,49
Cloxacilina	0,52		0,32							0,25				0,36
Colistin		0		0	0	0						0	1	0,17
Cotrimoxazole	0,44	0,71	0,34	0,55	0,52	1	1	0	0	0	0,63	0	0,6	0,45
Doxycycline	0,06	1	0,03	0,5	0,78			0,06		0		0		0,3
Gentamicina	0,16	0,29	0,12	0,44	0,57	0,07		0,22		0		0	0,4	0,23
Linezolid	0,02		0					0				0		0,005
Imipenem		0		0										0
Meropenem		0,07		0,16	0,3	0,03	0	0		0		0,5	0	0,12
Nalidixico acido									1		1			1
Nitrofurantoin		0,11		0,52	1			0,1				0		0,35
Penicilina G	0,85		0,96				0,11	0,31		0,1		0,67		0,5
Piperacilina/Tazobactam	1	0,59		0,75	0,55	0,26						0,5	0,6	0,61
Rifampicina					0,71									0,71
Streptomycin	1							0,5						0,75
Vancomycin	0,01		0		0		0	0,05		0		0		0,009
<b>TOTAL</b>	<b>0,32</b>	<b>0,6</b>	<b>0,29</b>	<b>0,59</b>	<b>0,7</b>	<b>0,18</b>	<b>0,05</b>	<b>0,22</b>	<b>0,18</b>	<b>0,06</b>	<b>0,44</b>	<b>0,35</b>	<b>0,51</b>	<b>0,35</b>

lánico (60,42%), seguido de ceftriaxona (12,5%) y cotrimoxazol (8,33%). La forma de administración es principalmente oral en los dados de alta e intravenosa-intramuscular en los ingresados. Se recogen en el laboratorio 4.844 cultivos de los que 758 son positivos. Las muestras son en su mayoría de sangre (53%) y orina (24%). El rendimiento del hemocultivo es un 13,61%. Los patógenos más prevalentes son el grupo *Staphylococcus spp.* coagulasa negativas (22,69%), seguido de *Escherichia coli* (18,07%), *Staphylococcus aureus* (12,27%) y *Klebsiella pneumoniae* (11,61%). *Staphylococcus spp.* coagulasa negativas tienen un 52% de resistencia a cloxacilina. *E. Coli* tiene hasta un 86% de resistencias a cefotaxima-ceftriaxona y un 71% de resistencias a cotrimoxazol pero tiene buena sensibilidad a nitrofurantoina vía oral. Se describe en la muestra un 32% de *S. aureus* resistentes a

cloxacilina pero todos son sensibles a vancomicina. *K. pneumoniae* es resistente a cefalosporinas, con buena sensibilidad frente a colistina, cloranfenicol y meropenem aunque hasta el 75% son resistentes a piperacilina-tazobactam.

**Conclusiones:** Los antibióticos más utilizados en la FVF (amoxicilina-clavulánico, ceftriaxona, cotrimoxazol, cefadroxilo y ciprofloxacina tópica), están en una posición media atendiendo a su sensibilidad frente a los antimicrobianos, mientras que 3 de las 5 bacterias más prevalentes (*E. coli*, *K. pneumoniae* y *Acinetobacter sp.*), presentan una elevada resistencia antibiótica.

Se debe insistir en la necesidad de vigilancia de la resistencia a los antibióticos en la población pediátrica y establecer medidas para asegurar un uso más racional.

## La tuberculosis que no tose y mata. Retos en el diagnóstico y manejo de la TB diseminada en el paciente infectado por VIH en el trópico

Monedero I<sup>1</sup>, Sánchez-Montalvá A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>La Unión, Departamento de TB-VIH, <sup>2</sup>Departamento de enfermedades infecciosas. Hospital Vall d'Hebron. Programa de Salud internacional del ICS (PROSICS). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

### Correspondencia:

Ignacio Monedero

E-mail: [imonedero@theunion.org](mailto:imonedero@theunion.org)

### Resumen

**Introducción:** La tuberculosis (TB) diseminada es frecuente entre los pacientes infectados por el VIH con CD4 bajos y por lo general su presentación es paucisintomática y su diagnóstico difícil y frecuentemente tardío. Estudios post mortem en diferentes países alertan sobre su importante papel en la mortalidad. El paradigma clásico de la TB como una enfermedad pulmonar o que produce tos, podría estar dejando de lado a los pacientes que con más urgencia necesitan un diagnóstico y un tratamiento de tuberculosis.

**Métodos:** Revisión sistemática y crítica sobre los diferentes factores y test que se pueden utilizar en el diagnóstico de TB diseminada centrado en el paciente TB-VIH.

**Resultados:** Las herramientas básicas para el diagnóstico de la tuberculosis, la baciloscopia de esputo y el cultivo, presentan baja sensibilidad para su diagnóstico o presentan un retraso importante que limita su impacto clínico. Por el contrario, radiografía de tórax y síntomas clínicos (tos, fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos) presentan alta sensibilidad y muy baja especificidad. A pesar de recientes estudios, no está claro el valor real de las pruebas terapéuticas. Los métodos utilizados en los países desarrollados como aspirado de médula ósea son probablemente inadecuados en países con financiación insuficiente. Nuevos test diagnósticos como el GeneXpert utilizados no sólo en el esputo, sino también en otros fluidos corporales y los TB-LAMs utilizados en la orina, abren la puerta a nuevas formas de diagnóstico. Sin embargo en el trópico otras enfermedades deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial, entre otras histoplasmosis, MAC/MAI, *Pneumocystis jirovecii*, sarcoma de Kaposi visceral, etc. La afectación de múltiples órganos (hepatitis colestásica, ocupación de médula ósea, etc...) agravan el cuadro clínico y predisponen a la aparición de mayores efectos adversos medicamentosos.

**Conclusiones:** De acuerdo con los datos disponibles en pacientes con bajas cifras de CD4 sobre todo si viven en países con altas tasas de TB, es necesaria una especial consideración a la tuberculosis diseminada. Un cambio en el paradigma de la tuberculosis y la consideración como una enfermedad sistémica que puede ser clave para reducir la mortalidad en países de alta carga de TB-VIH.

## Descripció dels resultats d'un programa de cribatge de malalties transmissibles en població immigrant d'un barri socioeconòmicament deprimat de Barcelona

Giró N<sup>1</sup>, Gigante M<sup>1</sup>, Arias L<sup>1</sup>, Clusa T<sup>1</sup>, Garcia S<sup>1</sup>, Fernández M<sup>2</sup>, Casabella B<sup>1</sup>, Muñoz S<sup>1</sup>, Roca D<sup>1</sup>, Bilbeny B<sup>1</sup>, Pitarch M<sup>1</sup>, Serrano C<sup>1</sup>, Caylà J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre d'Atenció Primària Raval Sud. Barcelona. <sup>2</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

### Correspondència:

Manuel Fernández Quevedo

E-mail: [mfernanz@aspb.cat](mailto:mfernanz@aspb.cat)

### Resum

**Introducció:** Al Centre d'Atenció Primària (CAP) Raval Sud s'aplica un protocol d'actuació en primeres visites a immigrants en què es fa un cribatge de malalties transmissibles segons les regions de procedència i s'actua en funció de les troballes. En el marc d'un projecte multicèntric en què es comparen dues estratègies de cribatge, s'analitzen els resultats de la població del CAP Raval Sud.

**Objectiu:** Descripció de les dades d'un programa de detecció de malalties transmissibles en població immigrant que es visita al CAP Raval Sud i anàlisi de les actuacions segons els resultats obtinguts.

**Material i mètode:** Estudi descriptiu de base comunitària amb pacients immigrants durant el període 10/2013-01/2016. Es van captar els pacients per mostreig per conveniència. S'han recollit enquestes amb dades socio-demogràfiques i de factors de risc i s'han realitzat exploracions relacionades. Posteriorment s'han avaluat les actuacions de l'Equip segons resultats.

**Resultats:** S'han estudiat un total de 247 persones (40,24% dones), amb una mitjana d'edat de 32 anys (RIQ 26-39). La distribució

per regions és: 22 subsaharians (8,98%), 119 asiàtics (48,57%), 29 d'Europa de l'Est (11,84%), 56 llatinoamericans (11,84%) i 19 nord-africans (7,75%). El 4,94% no tenen targeta sanitària i el 31,40% no tenen permís de residència. El 3,91% es van diagnosticar d'hepatitis B crònica (9), dels quals 6 han estat valorats per l'especialista, 1 dels quals tenia indicació de tractament, sense haver-lo iniciat. Dels no vacunats d'hepatitis B (150, 63,56%), 123 han rebut almenys una dosi (80,92%), havent completat vacunació 49 (39,84%). S'han diagnosticat 9 hepatitis C (3,86%, 4 asiàtics i 9 d'Europa de l'Est,  $p=0,001$ ) dels quals 3 han visitat

l'especialista, sense indicació de tractament. S'han detectat 9 serologies positives de sífilis, 4 d'elles guarides, 2 d'elles han rebut tractament complet i 1 parcial. No s'ha diagnosticat cap cas de tuberculosi ni de VIH.

**Conclusió:** Una part important de la població estudiada que ha estat diagnosticada d'alguna malaltia transmissible, bé no han arribat a l'especialista, bé no han rebut tractament complet. A més, part dels usuaris candidats a vacunació o no l'han iniciat o no l'han finalitzat. Tot això ens indica que calen noves estratègies per millorar els circuits de derivació i vacunació.