

Consolidación de un sistema de vigilancia nacional basado en centros centinelas.
Indicadores sanitarios de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes

Consolidación de un sistema de vigilancia nacional basado en centros centinelas.
Indicadores sanitarios de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes

AUTORES DEL INFORME

- Marta Díaz Menéndez. Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- José A. Pérez Molina. Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- Rogelio López-Vélez. Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

CENTROS PARTICIPANTES EN +Redivi (orden alfabético):

CENTRO COORDINADOR

- Hospital Universitario Ramón y Cajal (Comunidad de Madrid):
 - Marta Díaz Menéndez; José A. Pérez Molina; Liliana M. Moreno Velásquez; Rogelio López-Vélez; Francesca F. Norman.

CENTROS ASOCIADOS

- Centro de Atención Primaria de Caramuel (Comunidad de Madrid).
 - Paloma Aguilera Reijo.
- Centro de Atención Primaria de Drassanes, Barcelona (Cataluña)
 - Jordi Gómez i Prat; Nuria Serre Delcor; Begoña Treviño Maruri.
- Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Galicia).
 - María Vares González.
- Hospital General Universitario de Alicante (Comunidad Valenciana)
 - Diego Torrús Tendero.
- Hospital Infanta Sofía (Comunidad de Madrid):
 - Eduardo Malmierca Corral; Inés Suárez García.
- Hospital Universitario 12 de Octubre (Comunidad de Madrid):
 - Jara Llenas García; Federico Pulido Ortega; Rafael Rubio García.
- Hospital Universitario de Guadalajara (Castilla la Mancha)
 - Esteban Martín Echevarría.
- Hospital Universitario La Paz (Comunidad de Madrid)
 - José R. Paño Pardo; Alicia Nieto Rico.

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO CD Rom: 860-11-061-4

NIPO EN LINEA: 860-11-060-9

Depósito Legal: M-17954-2011

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

Pol. Ind. Los Huertecillos, nave 13 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Consolidación de un
sistema de vigilancia
nacional basado en
centros centinelas.
Indicadores sanitarios
de las enfermedades
infecciosas importadas
por viajeros e
inmigrantes



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



Índice

Introducción.	7
Repercusión de la población móvil en la Salud pública y situación actual en España.	9
- Poblaciones móviles. Situación en 2010.	9
- Repercusión de las poblaciones móviles sobre la salud pública.	12
Implementación de la red cooperativa +Redivi.	13
- Contexto en el que se desarrolla +Redivi.	13
- Puesta en marcha de +Redivi.	15
- Cumplimiento de objetivos en +Redivi durante 2010.	16
- Objetivos de +Redivi para 2011.	17
- Centros integrantes de +Redivi en la segunda fase (2010).	18
- Descripción de los centros integrantes de +Redivi en la segunda fase (2010).	19
Descripción y análisis de los casos registrados en +Redivi.	21
- Análisis de los datos generales.	21
Datos epidemiológicos.	21
Evolución en 2010 de los datos generales respecto a 2009.	22
- Análisis de los viajeros.	22
Datos epidemiológicos.	22
Características del viaje.	23
Medidas preventivas realizadas previas al viaje.	25
Motivo de consulta.	25
Principales diagnósticos de los viajeros atendidos en la consulta.	26
Evolución de los datos generales en viajeros de 2010 respecto a los de 2009.	27
- Análisis de los inmigrantes.	29
Datos epidemiológicos.	29

Motivo de consulta.	30
Diagnósticos de los inmigrantes atendidos en la consulta.	31
Análisis de datos según región de origen.	32
Datos epidemiológicos.	32
Motivo de consulta.	32
Diagnósticos de los inmigrantes atendidos en la consulta.	33
Evolución de los datos generales en inmigrantes de 2010 respecto a los de 2009.	34
Conclusiones.	35
- Conclusiones respecto a la consolidación de +Redivi.	35
- Conclusiones respecto al análisis de los datos de +Redivi.	35
Anexos.	37
Anexo 1: Página de inicio de +Redivi.	38
Anexo 2: Menú principal de +Redivi.	38
Anexo 3: Página principal de introducción de datos de +Redivi.	39
Anexo 4: Hoja de registro de pacientes.	40
Anexo 5: Hoja de recogida de datos.	41
Anexo 6: Hoja de recogida de datos: variables.	44
Anexo 7: Tabla de diagnósticos codificados.	46
Bibliografía.	89

1. Introducción

La nueva situación sociodemográfica de España vinculada a la incorporación de poblaciones inmigrantes, requiere mejorar el conocimiento de su estado de salud y determinar las prioridades preventivas y asistenciales. Desde el punto de vista sanitario, este creciente fenómeno migratorio ha despertado entre los profesionales de la salud un gran interés por el posible trasiego de enfermedades infecciosas transmisibles de unas zonas a otras, y por el impacto que ello pudiera suponer en el ámbito de la salud pública en nuestro país. Por ello cobra gran importancia la necesidad de que este colectivo reciba atención sanitaria de calidad y que sea accesible en las mismas condiciones que para la población española.

Por otro lado, el aumento del número de viajeros a países tropicales constituye también un riesgo para la introducción de infecciones en España (1, 2). Entre los viajeros el riesgo es máximo en el caso de los inmigrantes que viajan a sus países de origen para visitar a familiares y amigos (VFRS) (3).

Lo anteriormente señalado hace que las enfermedades importadas por viajeros e inmigrantes sean consideradas en la actualidad como enfermedades diana sobre las que actuar para prevenir la emergencia de las enfermedades infecciosas en el siglo XXI (4, 5).

La red +Redivi se crea en 2009 como respuesta a la necesidad de los profesionales de salud encargados de valorar la patología importada, de unificar el conocimiento en este campo. El análisis preliminar de los datos registrados en la base ha servido para tener una visión global inicial del problema y el objetivo a largo plazo es que sirva para optimizar la planificación de los recursos, el cribado de las infecciones, el consejo individualizado a los viajeros, las políticas de vacunación, el control vectorial, la educación para la salud y los programas adaptados culturalmente tanto de diagnóstico como de tratamiento.

Repercusión de la población móvil en la salud pública y situación actual en España

Poblaciones móviles. Situación en 2010.

El flujo migratorio ha ido creciendo en los últimos años hasta situar a España como uno de los principales países receptores de entre los países de la OCDE, tanto en términos relativos como absolutos. Los últimos datos suministrados por el Instituto Nacional de Estadística recogen más de cinco millones de extranjeros residentes en España (5,7 millones), lo que supone el 12,2% de la población española (6). Esta es una población que, en términos generales, es joven y sana, aunque pueden presentar problemas sanitarios estrechamente relacionados con el país de procedencia o la situación de vida precaria una vez que llegan a España y son considerados la principal puerta de entrada de patología infecciosa importada.

Durante el año 2009 el número de españoles empadronados experimentó un aumento neto de 145.456 personas (0,4%), mientras que el número de extranjeros creció en 60.269 (1,1%). La mayoría de estos inmigrantes proceden de países de la eurozona, seguidos de América del Sur y África (6).

Tabla 1. Distribución de población extranjera según grupos de países. Avance del Padrón de 2010. Fuente: INE.

Población extranjera por grupos de países Datos Provisionales				
	A 1 de enero de 2010 (datos provisionales)		A 1 de enero de 2009 (datos definitivos)	
	Nº de personas	% respecto al total de España	Nº de personas	% respecto al total de España
Total	5.708.940	100,0	5.648.671	100,0
EU-27	2.346.515	41,1	2.273.226	40,2
Resto de Europa	226.379	4,0	223.665	4,0
África	1.048.909	18,4	1.009.169	17,9
América del Norte	53.434	0,9	52.677	0,9

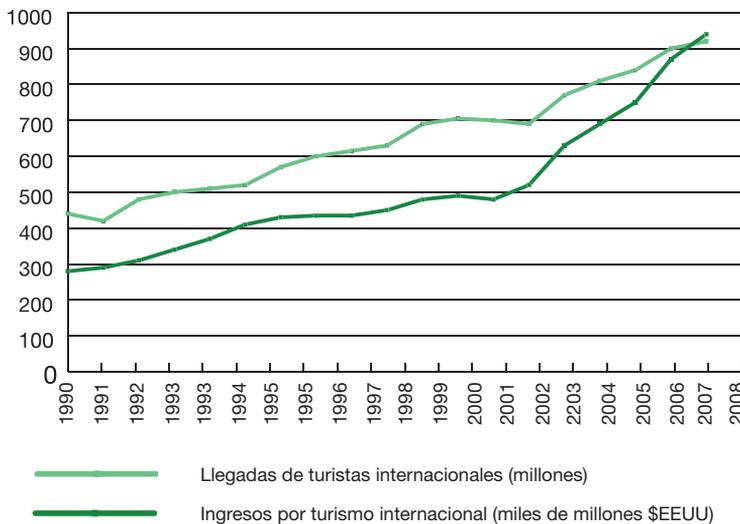
Tabla 1. Distribución de población extranjera según grupos de países. Avance del Padrón de 2010. Fuente: INE.

Población extranjera por grupos de países				
Datos Provisionales				
	A 1 de enero de 2010 (datos provisionales)		A 1 de enero de 2009 (datos definitivos)	
	Nº de personas	% respecto al total de España	Nº de personas	% respecto al total de España
América Central y Caribe	199.485	3,5	193.842	3,4
América del Sur	1.516.510	26,	1.596.394	28,3
Asia	314.701	5,4	296.734	5,2
Resto	3.007	0,1	2.964	0,1

Fuente: INE.

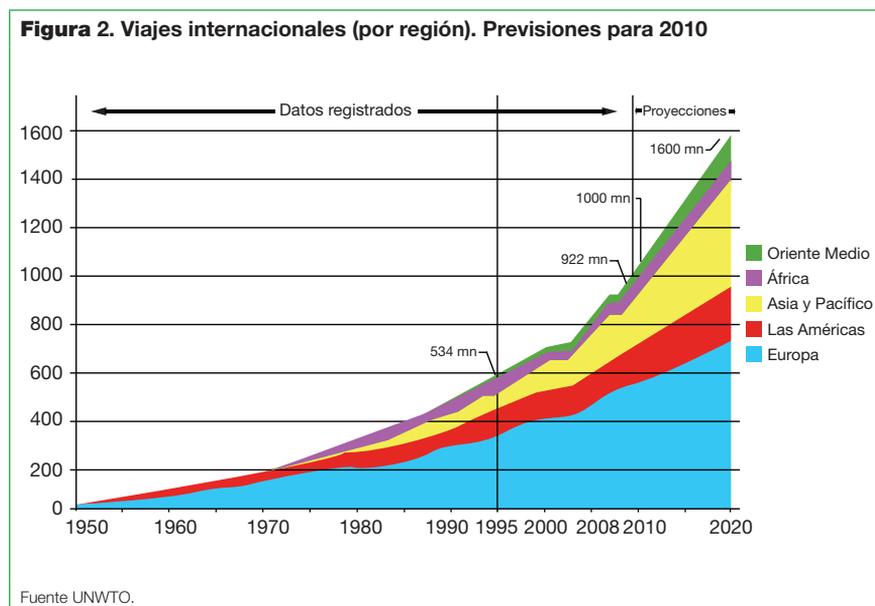
La inmigración no ha sido el único fenómeno social que ha experimentado un notable incremento en los últimos años. Salvo en el año 2009, en el que debido al impacto de la crisis financiera mundial y la consiguiente recesión económica, el número de turistas internacionales decreció un 4,2% (880 millones de viajeros), las estimaciones indican que la tendencia de crecimiento observada en los últimos años se mantendrá y para 2020 se alcanzarán los 1.600 millones de viajeros (7).

Figura 1. Viajes internacionales 1990-2009. Turismo receptor 1990-2008



Fuente UNWTO.

Este crecimiento en cuanto al turismo ha sido particularmente rápido en países considerados de baja renta donde han visto incrementado del 32% del total de las visitas por viajeros en 1990 al 47% en 2009. Respecto a España, es uno de los principales países tanto receptores como emisores de turistas. Durante 2009 recibió 52,2 millones de viajeros internacionales, lo que supone el tercer puesto a nivel mundial tras Francia y Estados Unidos (7).



A su vez, 12,8 millones de españoles viajaron al extranjero durante 2009, habiéndose incrementado un 5,5% respecto al año anterior. Europa fue el principal destino extranjero elegido por los españoles (76,8%), mientras que cerca de 1 millón de lo hicieron hacia zonas tropicales, fundamentalmente Centro-Sudamérica, Caribe y África. Este flujo de viajeros nacionales hacia zonas donde la patología infecciosa es muy prevalente, suponen una fuente adicional de entrada de patología importada (7).

Un grupo particularmente susceptible en cuanto a la adquisición, y por tanto transmisión, de enfermedades infecciosas son los *VFRs* (acrónimo de *Visiting Friends and Relatives*). Se trata de inmigrantes que viajan a países con un nivel de renta inferior al del país de residencia actual, (generalmente para visitar a familiares o amigos que viven en su país natal) y que habitualmente no solicitan consejo pre-viaje. Son grupos de particular riesgo, ya que conviven estrechamente con la población autóctona sin percibir el riesgo que supone la pérdida de inmunidad tras haber dejado de vivir en dichas zonas (8-10).

Repercusión de las poblaciones móviles sobre la salud pública.

De esta manera, y tal y como se ha expuesto previamente, tanto los inmigrantes como los viajeros juegan un papel importante en la vehiculización de infecciones agudas de una región geográfica a otra (11). Entre ellas destacan las infecciones inmunoprevenibles que, aunque son muy poco frecuentemente diagnosticadas en nuestro medio gracias a las campañas vacunales implantadas en los países desarrollados, requieren estar alerta para no retrasar su detección y evitar el contagio. Los inmigrantes cuyos países de origen presentan una cobertura vacunal deficiente, pueden iniciar brotes de infecciones como el sarampión, la rubéola o la tos ferina entre la población autóctona susceptible (12).

Además de enfermedades infecciosas agudas, tanto inmigrantes como viajeros, aunque especialmente los primeros, pueden adquirir infecciones crónicas transmisibles a la población receptora, que suponen un reflejo de las condiciones sanitarias de su país de origen, de los problemas de salud acontecidos durante la ruta migratoria y de las exposiciones en el país de acogida. Cabe destacar a este respecto la tuberculosis, las hepatitis víricas y la infección por el VIH (13).

Además, las poblaciones móviles pueden servir de puente para la introducción de infecciones típicamente tropicales. Algunas de ellas necesitan de vectores que no se encuentran en nuestro país, o no son vectores eficaces en su transmisión actualmente, como el caso de la malaria. No obstante, la globalización y el cambio climático pueden actuar como factores cruciales que cambien la situación actual. Ejemplos de este nuevo escenario son la extensión del mosquito tigre (*Aedes albopictus*) por el sur de Europa, vector del virus del Chikungunya, o la aparición de casos autóctonos de dengue en el sur de Francia y en Croacia en el verano de este año 2010. Junto a esto encontramos infecciones que además de transmisión vectorial, presentan otras vías que sí son posibles en nuestro medio. Un caso paradigmático es la enfermedad de Chagas, que puede ser transmitida por la donación de sangre, órganos o de madre a hijo (14, 15).

Por último y en lo que concierne a la salud de estas poblaciones, es importante tener en cuenta que los problemas de salud referidos por los inmigrantes no son sólo aquellos que propician una consulta médica, sino que hay otros que debidos al estigma social al que están asociados (tuberculosis, infección por el VIH, enfermedades de transmisión sexual o enfermedades mentales) permanecen ocultos. Además, suministrar una asistencia sanitaria adecuada es difícil en determinadas ocasiones, ya que existen barreras que complican esta labor, como el idioma, las desigualdades de género y la distinta percepción que tiene este colectivo acerca de la enfermedad.

Implementación de la red cooperativa +Redivi

Contexto en el que se desarrolla +Redivi.

En el contexto de lo anteriormente señalado, surge la necesidad de recopilar y compartir la experiencia de los distintos profesionales de salud del territorio español que atienden tanto a inmigrantes a su llegada a España, como a viajeros que regresan de países tropicales con enfermedades infecciosas importadas.

La información de la que se disponía anteriormente a nivel nacional sobre patología en inmigrantes y viajeros era escasa y fragmentaria, basada principalmente en la experiencia particular de los distintos grupos de trabajo dedicados a las infecciones importadas. Además, parte de esa información presentaba un sesgo de selección al haber sido recogida en poblaciones con riesgos particulares: pacientes sintomáticos, trabajadores del sexo, centros de acogida, etc. Como consecuencia, resultaba difícil extrapolar esos datos a la población general inmigrante. Por otra parte, la distribución de los inmigrantes y sus regiones de origen no es homogénea en el territorio nacional lo que hacía que los datos aportados por estudios en ciudades o regiones concretas no mostraran necesariamente la realidad nacional del problema (16).

Tabla 2. Avance del Padrón de 2010. Distribución de ciudadanos extranjeros según comunidades autónomas.

Población extranjera por comunidades autónomas						
Datos Provisionales						
	A 1 de enero de 2010 (datos provisionales)		A 1 de enero de 2009 (datos definitivos)		Variación absoluta	Variación relativa
	Nº de personas	% respecto al total de la comunidad	Nº de personas	% respecto al total de la comunidad		
Total	5.708.940	12,2	5.648.671	12,1	60.629	1,1
Balears (Illes)	241.704	21,9	237.562	21,7	4.142	1,7
Comu- nitat Valen- ciana	884.622	17,3	889.340	17,5	-4.718	-0,5

Tabla 2. Avance del Padrón de 2010. Distribución de ciudadanos extranjeros según comunidades autónomas.

Población extranjera por comunidades autónomas						
Datos Provisionales						
	A 1 de enero de 2010 (datos provisionales)		A 1 de enero de 2009 (datos definitivos)		Variación absoluta	Variación relativa
	Nº de personas	% respecto al total de la comunidad	Nº de personas	% respecto al total de la comunidad		
Madrid (Comu- nidad de)	1.071.292	16,6	1.063.803	16,7	7.489	0,7
Murcia (Región de)	240.605	16,5	235.991	16,3	4.614	2,0
Cataluña	1.193.283	15,9	1.189.279	15,9	4.004	0,3
Canarias	305.661	14,5	301.204	14,3	4.457	1,5
Rioja (La)	46.342	14,4	46.931	14,6	-589	-1,3
Aragón	172.015	12,8	172.138	12,8	-123	-0,1
Melilla	8.873	11,7	7.597	10,3	1.276	16,8
Navarra (Comun. Foral de)	70.931	11,2	70.627	11,2	304	0,4
Castilla-La Mancha	228.290	10,9	225.888	10,9	2.402	1,1
Andalucía	698.375	8,4	675.180	8,1	23.195	3,4
Cantabria	39.010	6,6	38.096	6,5	914	2,4
Castilla y León	167.597	6,6	167.641	6,5	-44	0,0
País Vasco	139.229	6,4	132.865	6,1	6.364	4,8
Ceuta	3.993	5,0	3.550	4,5	443	12,5
Asturias (Princi- pado de)	49.149	4,5	47.119	4,3	2.030	4,3
Galicia	109.222	3,9	106.637	3,8	2.585	2,4
Extrema- dura	38.747	3,5	37.223	3,4	1.524	4,1

Fuente: IINE.

Esta circunstancia puso en evidencia la necesidad de crear un registro representativo a nivel nacional que reflejara la situación actual con objeto de conocer y cuantificar las infecciones importadas, su origen geográfico, el tipo de paciente que las padece, y su patrón temporal. Adicionalmente

se podría obtener información específica de determinadas enfermedades, relevantes por su gravedad (malaria), su transmisibilidad (VIH, hepatitis víricas, tuberculosis y enfermedad de Chagas), o su potencial introducción de forma estable en nuestro país (virus Chikungunya, virus West Nile o virus Dengue).

Con este fin se creó en 2009 la red cooperativa “+Redivi” cuyos objetivos primordiales eran mejorar el conocimiento de las enfermedades importadas, optimizar la asistencia a los inmigrantes y viajeros, al incidir en la prevención y tratamiento de las infecciones más prevalentes, y detectar la posible existencia de brotes epidémicos. La información preliminar derivada del análisis de esta red ha resultado muy ilustrativa de la situación sanitaria de inmigrantes y viajeros y su objetivo a medio plazo es que además sirva para mejorar la planificación sanitaria, la formación de los profesionales de la salud, el consejo al viajero y la asistencia a los inmigrantes.

Puesta en marcha de +Redivi.

La red +Redivi se creó en 2009. Se trata de una red de profesionales dedicados a la atención de pacientes entre los que se encuentran inmigrantes y viajeros, que cuenta con una base de datos centralizada y accesible por todos los participantes a través de Internet mediante claves personalizadas (ver Anexo 1). En ella, a lo largo de los años 2009 y 2010, se ha ido introduciendo la información, convenientemente anonimizada, de los casos detectados por los distintos centros participantes (ver Anexo 2 y 3). La información recogida ha sido la registrada en las historias clínicas o en las bases de datos utilizadas en la práctica clínica para la atención y seguimiento de los pacientes.

La población sobre la que se ha actuado consiste en personas que hubieran viajado fuera de España y regresaran con un proceso infeccioso, o inmigrantes (entendidos como personas nacidas fuera de nuestro país), que hubieran sido diagnosticados de un proceso infeccioso a su llegada a nuestro país o tras un viaje fuera de España. Este registro, por sus características (estudio epidemiológico en el que se tratan datos anonimizados, información muy limitada, y volcada en una base de datos ad hoc), no supone ningún riesgo adicional para los pacientes y respeta lo establecido en la Ley Orgánica, 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Confidencialidad de los datos).

En la recogida de variables se han incluido datos demográficos, clínico-epidemiológicos y del proceso patológico (ver Anexos 4,5 y 6):

- Datos demográficos: Fecha de nacimiento, sexo al nacimiento, país de nacimiento y país de residencia en los últimos 5 años.

- Datos relativos al tipo de caso: Tipo de paciente (viajero, inmigrante o VFR), fecha de llegada a España, fecha de llegada del viaje, país de procedencia del viaje y duración del mismo si procede.
- Datos relativos al motivo de consulta: Fecha de consulta, motivo de consulta y diagnóstico final. En esta parte se utilizará un sistema de codificación común estandarizado (Listado de síndromes y procesos patológicos de la red GeoSentinel).

Tal como se explicó en el anterior informe “Estudio sobre la viabilidad de la puesta en marcha de un sistema de vigilancia de las enfermedades importadas por viajeros e inmigrantes basado en centros centinela” se realizó principalmente una estadística descriptiva de los datos más característicos que han quedado reflejados en dicho informe.

Esta descripción se realizó mediante recuentos absolutos y relativos, utilizando tablas de frecuencia y gráficos. Las variables cuantitativas se describieron mediante estadísticos de tendencia central (media o mediana) y sus correspondientes medidas de dispersión (desviación estándar y mediana) según siguieran o no una distribución normal.

Durante la primera fase (2009), siete centros participaron activamente en la puesta en marcha de +Redivi. A lo largo de 2010 se han unido otros dos centros más.

En el congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI) celebrado en marzo de 2010, se presentó la red y algunos de sus resultados iniciales, bajo el título “+Redivi: Red de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas Importadas por Viajeros e Inmigrantes basada en Centros Centinelas”. Adicionalmente, se realizó la primera reunión de investigadores con los miembros integrantes de la misma.

Cumplimiento de Objetivos en +Redivi durante 2010.

Tras el primer año de funcionamiento de +Redivi se han alcanzado los siguientes objetivos:

1. Introducción de todos los pacientes atendidos durante 2009 y los atendidos hasta el 15 de noviembre de 2010 en los centros participantes.
2. Colaboración con los centros participantes en la revisión y edición de datos, así como resolución de dudas en cuanto al manejo de la base de datos.
3. Actualización de los diagnósticos que estaban pendientes de resolución.

4. Comprobación de los datos introducidos en la base, resolución de incongruencias y solicitud de información para corrección de errores o ausencias.
5. Incorporación de nuevos centros participantes.
6. Difusión de la actividad de +Redivi en foros relacionados con la patología del inmigrante y del viajero.
7. Mantenimiento de la base de datos, que incluye:
 - Monitorizaciones personales y automatizadas de los servidores.
 - Servidor extra de backup con copia del sitio en funcionamiento.
 - Respuesta inmediata ante incidencias.
 - Ancho de banda suficiente para cubrir la demanda del proyecto.
 - Backups automáticos, realizados diariamente y exportados fuera del servidor que aloja el Sitio.
 - Backups manuales, descargas semanales y almacenamiento en medios digitales.
 - Firewall personalizado según las necesidades de seguridad del sitio.
 - Help Desk para gestores del sitio.
8. Elaboración de un informe resumen de la información recogida en el primer año.

Objetivos de +Redivi para 2011:

1. Consolidar la Red a través de su uso y de su difusión en los diferentes foros de Enfermedades Infecciosas y Patología Tropical.
2. Registrar un número suficiente de pacientes para que la muestra sea representativa y se puedan extraer conclusiones válidas para nuestro entorno tras su análisis.
3. Incorporar nuevos centros. El hecho de que participen un número amplio de centros en cuanto a ámbito geográfico, población hospitalaria y de atención primaria, y provenientes tanto de centros especializados como no especializados en este tipo de patología, nos va a proporcionar gran representatividad a nivel nacional.
4. Identificar características particulares de determinadas poblaciones de interés (mujeres, *VFRs* o inmunodeprimidos).
5. Crear un vehículo de comunicación entre los profesionales de la medicina interesados en la patología importada.

6. Formalizar la colaboración entre los miembros de la red mediante la distribución de un boletín de carácter cuatrimestral en el que se informará de las novedades en cuanto al registro de información, las publicaciones generadas por los participantes en la red y cualquier aspecto relativo al funcionamiento de la misma.
7. Elaboración de un informe resumen de la información recogida en el segundo año.

Centros Integrantes de +Redivi en la Segunda Fase (2010)

A fecha de 10 de diciembre de 2010, 9 centros integran +Redivi (orden alfabético):

Centro coordinador

- Hospital Universitario Ramón y Cajal (Comunidad de Madrid): Marta Díaz, Rogelio López-Vélez, Liliana M Moreno, José A Pérez Molina, Francesca Norman.

Centros asociados

- Centro de Atención Primaria de Caramuel, Madrid. Paloma Aguilera Reijo.
- Centro de Atención Primaria de Drassanes, Barcelona (Cataluña): Jordi Gómez i Prat, Nuria Serre Delcor, Begoña Treviño Maruri.
- Hospital General Universitario de Alicante (Comunidad Valenciana): Diego Torrús Tendero.
- Hospital Infanta Sofía (Comunidad de Madrid): Eduardo Malmierca Corral, Inés Suárez García.
- Hospital Universitario de A Coruña (Comunidad de Madrid). María Vares González.
- Hospital Universitario 12 de Octubre (Comunidad de Madrid): Jara Llenas García, Federico Pulido Ortega, Rafael Rubio García.
- Hospital Universitario de Guadalajara (Castilla la Mancha): Esteban Martín Echevarría.
- Hospital Universitario La Paz (Comunidad de Madrid): José R. Paño Pardo, Alicia Nieto Rico.

Descripción de los Centros Integrantes de +Redivi en la Segunda Fase (2010).

Los centros que integran +Redivi se dividen en dos grandes grupos:

1. Centros de Atención Primaria (especializada y no especializada en enfermedades tropicales): Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional de Drassanes (Cataluña) y Centro de Salud de Caramuel (Comunidad de Madrid)
2. Centros de Atención hospitalaria (especializada y no especializada en enfermedades tropicales): Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Galicia). Hospital Universitario 12 de Octubre (Comunidad de Madrid), Hospital Universitario La Paz (Comunidad de Madrid), Hospital Infanta Sofía (Comunidad de Madrid), Hospital Universitario de Alicante (Comunidad Valenciana), Hospital Universitario de Guadalajara (Castilla La Mancha), Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Comunidad de Madrid).

Algunos de estos centros integran Centros de Vacunación Internacional, como es el caso del Hospital Universitario de Guadalajara (Castilla La Mancha) o la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional de Drassanes (Cataluña). Otros realizan consejo al viajero, como el Hospital Universitario de Alicante (Comunidad Valenciana), Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Comunidad de Madrid) o la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional de Drassanes (Cataluña).

La diversidad en cuanto a las características de los distintos centros sanitarios que integran +Redivi, y el hecho de que pertenezcan a distintos ámbitos de la atención sanitaria (desde atención primaria a unidades especializadas en la atención a inmigrantes y viajeros) aporta una mayor representatividad de los datos recogidos en la red.

Figura 3. Localización de los 9 centros centinela de +Redivi dentro del territorio nacional.

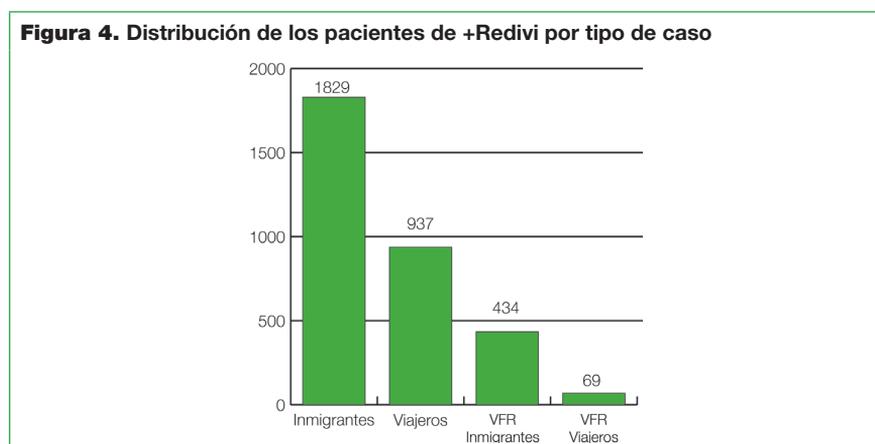


Descripción y análisis de los casos registrados en +Redivi

Análisis de los datos generales

Datos epidemiológicos

Se dispone de los datos de 3169 pacientes, distribuidos de la siguiente manera: 1340 viajeros (42,3%), que incluyen viajeros propiamente dichos, VFR-inmigrante y VFR- viajero y 1829 inmigrantes (57,7%).



Edad

La mediana de edad de los casos es 32 años, con un rango intercuartílico de 26 a 41 años.

Sexo

La distribución por sexos de los casos fue de 1608 mujeres (50,7%) y 1561 hombres (49,3%), con una razón de masculinidad de 0,97.

Inmunosupresión

128 casos eran personas inmunodeprimidas (4,04%), fundamentalmente a expensas de infección por VIH (118 casos: 92,2%).

Evolución en 2010 de los datos generales respecto a 2009.

Si bien la edad media de los pacientes registrados en +Redivi es la misma, se observa una disminución tanto en el porcentaje de inmigrantes, como en el de hombres (en 2009 eran 50,1%) e inmunodeprimidos (2,8% en 2009).

Tabla 3. Evolución de datos generales 2009-2010.

	Número de casos	Tipo de caso (V/I)	Sexo (M/H)	Edad	Inmunosupresión
2009	1221	34,4/65,7%	49,8/50,2%	32	7%
2010	1948	42,3/57,7	50,7/49,8	32	4%

Análisis de los viajeros

Datos epidemiológicos

Edad

La mediana de edad de los viajeros que acudieron a consulta fue 34 años, con un rango intercuartílico de 29 a 42 años.

Sexo

La distribución por sexos fue de 697 mujeres (52%) y 643 hombres (48%). La razón de masculinidad es de 0,92.

Inmunosupresión

19 viajeros (1,4%) eran sujetos inmunodeprimidos, de los cuales el 84,2% lo era debido a la infección por el VIH.

Tipo de caso

De los 1340 viajeros analizados, 837 (62,5%) eran **viajeros** (españoles que salen de nuestras fronteras o extranjeros no clasificables dentro de otras categorías), 434 (32,4%) eran **VFR- inmigrantes**, definidos como inmigrantes que regresan a su país de nacimiento a visitar a familiares o amigos y 69 (5,1%) **VFR-viajeros** (hijo de inmigrante o familiar, nacido en España, que viaja al país de nacimiento de sus padres o familiar).

Tabla 4. Distribución según tipo de viajero

TIPO DE VIAJERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VFR-Inmigrante	434	32,4

Tabla 4. Distribución según tipo de viajero

TIPO DE VIAJERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VFR-Viajero	69	5,1
Viajero	837	62,5
Total	1340	100,0

Características del viaje:

Tipo de viaje

Con respecto a los viajeros, los hemos clasificado en dos grandes grupos: **Viajeros de alto riesgo** corresponde a aquellos que viajan por un tipo de trabajo que les expone a un alto riesgo (cooperantes, misioneros o guías turísticos), que tienen un contacto estrecho con personas locales y realizan actividades de riesgo o visitan áreas con mayor prevalencia de determinadas enfermedades o viajes de aventura o cazadores. Todos los VFRs, tanto VFR-inmigrante como VFR-viajero se consideran de alto riesgo. Los **Viajeros de bajo riesgo** son aquellos que viajan por un trabajo que no les expone a gran riesgo (diplomáticos, negocios, azafatas) o en viajes organizados a hoteles acondicionados y con poco contacto con lugares locales. De esta manera, el nivel de riesgo del viajero se distribuye de la siguiente manera:

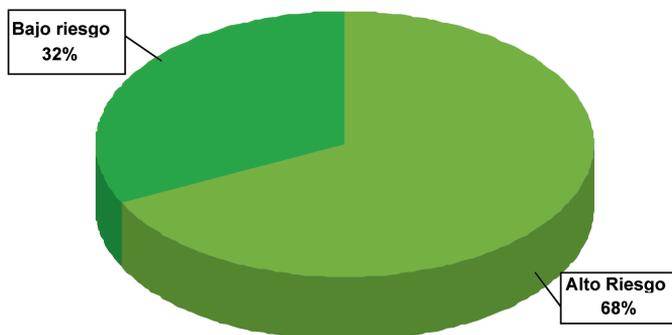
Tabla 5. Clasificación del viaje según nivel de riesgo.

NIVEL DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto Riesgo	1071	79,9
Bajo Riesgo	269	20,1
Total	1340	100,0

La elevada proporción de viajeros de alto riesgo se explica por varios factores. En +Redivi se registran personas que regresan del trópico con un problema de salud, situación mucho más frecuente cuando las circunstancias del viaje les exponen a mayor riesgo, y además en las unidades participantes se atiende a una elevada proporción de cooperantes y expatriados.

Hay que señalar que por definición a todos los viajeros clasificados como VFR (tanto VFR-inmigrante como VFR-viajero) se les asigna un nivel de riesgo alto. El nivel de riesgo de los viajeros españoles se muestra en la siguiente figura.

Figura 5. Nivel de riesgo de los viajes realizados por los españoles.



Duración del viaje

La mediana de duración del viaje fue 30 días, con un rango intercuartílico de 20 a 90 días.

País visitado

El país más visitado fue Bolivia (13,2%), a expensas de los VFR-inmigrantes que tras estabilizar su situación en España, regresan a su país de origen a visitar a familiares. El 2º país más visitado fue India (8,7%) y en 3º lugar Guinea Ecuatorial (4,6%), seguidos de Ecuador (4,2%), Senegal (4%), Brasil (2,8%) Pakistán y Perú (2,5%).

Figura 6. Países más visitados por los viajeros.



Tiempo en acudir a la consulta desde el regreso del viaje.

El viajero tarda en acudir a la consulta una mediana de 5 semanas después de la fecha de regreso del viaje (rango intercuartílico 1 a 35 semanas)

Medidas preventivas realizadas previas al viaje:

Consejo previaje

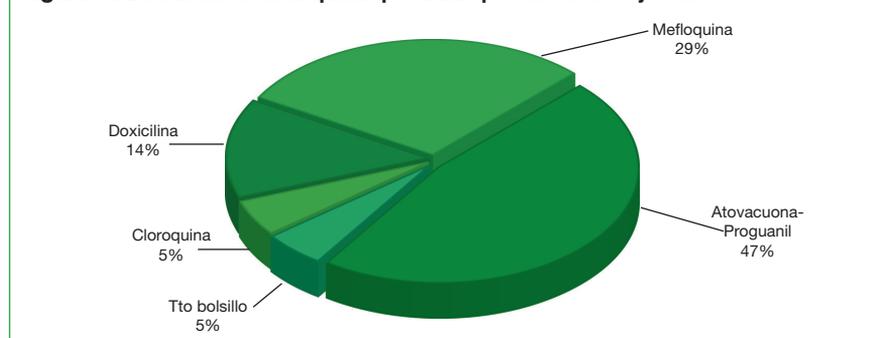
De los 1340 viajeros, 561 (41,9%) realizaron una consulta específica antes de realizar el viaje para recibir las vacunas correspondientes, solicitar profilaxis antipalúdica o recibir consejos generales ante el viaje.

Quimioprofilaxis frente a malaria

En 409 casos (30,5%) la quimioprofilaxis estaba indicada, y se realizó de manera correcta en cuanto a dosificación y tiempo de tratamiento en 48,6% de los casos. De los 409 en los que había indicación de quimioprofilaxis, 51 decidieron no realizarla.

El fármaco utilizado con más frecuencia para realizar la quimioprofilaxis fue atovaquona-proguanil (47%), seguido de mefloquina (29%) y doxiciclina (14%). El resto de viajeros que realizaron quimioprofilaxis lo hicieron fundamentalmente con cloroquina (5%) o distintos tratamientos de bolsillo (5%), realizados fundamentalmente con atovaquona-proguanil en 5 casos y con mefloquina en 3. Ocho casos no quedaron registrados.

Figura 7. Distribución de la quimioprofilaxis prescrita en viajeros.



Motivo de consulta

De los 1340 viajeros que acudieron a consulta, el 37,5% lo hizo sin referir problema de salud alguno y su única intención era realizarse un estudio de salud tras el viaje a zona tropical o subtropical. El segundo motivo de

consulta (23,4%) lo constituyen las manifestaciones gastrointestinales (fundamentalmente diarrea aguda o crónica o dolor abdominal). El síndrome febril es la tercera causa de consulta (13%), seguido de las manifestaciones cutáneas (9,8%), alteraciones en pruebas de laboratorio (8,7%) fundamentalmente eosinofilia. El resto de motivos de consulta se describen en la tabla 5. El 1,1 % quedan clasificados dentro del término “otros”, que agrupan síntomas inespecíficos como malestar general, pérdida de peso, etc.

Tabla 6. Motivo de consulta en viajeros.

* El motivo de consulta excede el número de viajeros ya que un mismo viajero puede presentar varios síntomas

Motivo de consulta	Nº Motivos	Porcentaje
Examen de Salud	553	37,5%
Síntomas Gastrointestinales	345	23,4%
Síndrome Febril	192	13%
Síntomas Cutáneos	144	9,8%
Alteraciones Test de laboratorio	128	8,7%
Síntomas Músculo-esqueléticos	34	2,3%
Síntomas Genitourinarios	18	1,2%
Síntomas Respiratorios	16	1,1%
Síntomas Neurológicos	15	1%
Adenopatías	6	0,4%
Otros	22	1,5%
Total	1.475*	100

Como se puede observar, hay más motivos de consulta que viajeros, debido a que hubo personas que acudieron a la consulta presentando más de un problema de salud.

Principales diagnósticos de los viajeros atendidos en la consulta.

De los 1.340 viajeros de los que se dispone de diagnóstico final, un 21,6% fueron clasificados como sanos, al no encontrar patología tras realizar los exámenes oportunos. En los 1.051 viajeros restantes, los diagnósticos finales

se detallan en la siguiente tabla. En el momento de redactar el informe, 303 pacientes estaban pendientes de recibir diagnóstico.

Tabla 7. Principales diagnósticos finales en viajeros.

DIAGNÓSTICO	Nº VIAJEROS	PORCENTAJE
Sano	287	21,6
Eosinofilia	137	12,1
Diarrea aguda inespecífica	77	7,3
<i>Giardia intestinalis</i>	70	6,6
Enfermedad de Chagas	62	5,9
Amebas no patógenas	49	4,7
Estrongiloidosis intestinal	45	4,3
Malaria (<i>P. falciparum</i>)	28	2,7
<i>Entamoeba histolytica / dispar</i> asintomática	23	2,2
Prueba de tuberculina positiva	22	2,1
Infección por VIH	4	0,4
Tuberculosis pulmonar	2	0,2

De la totalidad de viajeros con diagnóstico establecido, el 21,2% tenían un segundo proceso patológico añadido y en un 5,1% de los casos había 3 o más diagnósticos simultáneos.

Por último, hay que resaltar que de los 553 viajeros que acudieron a la consulta asintomáticos para realizarse un examen de salud, 317 de ellos (57,3%) presentaron algún diagnóstico distinto de sano: 13 viajeros (2,4%) fueron diagnosticados de amebas no patógenas, 12 (2,2%) de *Entamoeba histolytica/dispar* asintomática, 46 (8,6%) de Enfermedad de Chagas, 140 de eosinofilia (5,8%), 22 viajeros (4,1%) estaban parasitados por *Giardia intestinalis* y 13 (2,4%) presentaban una prueba de tuberculina positiva (6,4%). Cabe destacar que 1 viajero asintomático tenía malaria por *Plasmodium falciparum* y otro fue diagnosticado de infección por VIH.

Evolución de los datos generales en viajeros de 2010 respecto a los de 2009.

La edad media y la proporción de hombres y mujeres viajeros permanece constante, así como la duración del viaje y el tiempo en acudir a la consulta.

La frecuencia de inmunodeprimidos es discretamente menor (de 2,8 pasa a 1,4%) cobrando mayor fuerza otras circunstancias distintas del VIH como causa de inmunosupresión.

La proporción de VFR-inmigrantes crece un 4,6%, mientras que la de viajeros decrece un 6,7%. Al haber mayor número de VFR-inmigrantes, la clasificación en cuanto al riesgo del viaje varía también, al ser considerados todos los VFR viajeros de alto riesgo por definición.

El país más visitado sigue siendo Bolivia, el cual se ha visto incrementado en un 2,3% a expensas de los VFR, seguido de India y Guinea Ecuatorial. Aumenta el número de viajeros a Brasil y Pakistán (este último también en el contexto de los VFR).

La consulta previaje ha disminuido en la misma medida que ha aumentado la proporción de VFR-inmigrantes. Además, la quimioprofilaxis estaba indicada en menos casos, probablemente porque ha aumentado el número de viajes a Bolivia donde la quimioprofilaxis no está indicada. La quimioprofilaxis se hizo correctamente en la misma medida en 2009 y 2010, aunque ha variado drásticamente el fármaco empleado: en la actualidad la atovaquona-proguanil es el fármaco más utilizado probablemente por haberse incluido recientemente entre los fármacos cofinanciados por el Sistema Sanitario Español.

Los motivos por los que los viajeros consultan no han experimentado cambios significativos, al igual que los diagnósticos finales tal como muestra la Tabla 8.

Se mantiene el grado de complejidad de los pacientes, con cerca del 20% de los casos con más de un diagnóstico final en ambas series y en un 5,1% de los casos había 3 o más diagnósticos simultáneos.

Tabla 8. Evolución de los diagnósticos principales en viajeros en 2009-2010		
DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES	2009 (%)	2010 (%)
Sano	35,6	21,6
Eosinofilia	9,6	12,1
<i>Giardia intestinalis</i>	9,3	6,6
Amebas no patógenas	6,9	4,7
<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	6	2,2
Enfermedad de Chagas	5,7	5,9
Estrongiloidosis intestinal	3	4,3
Malaria (<i>P. falciparum</i>)	2,1	2,7
Prueba de tuberculina positiva	0,9	2,1

Análisis de los inmigrantes

Datos epidemiológicos

Edad

La mediana de edad de los inmigrantes fue 31 años con un rango intercuartílico de 24 a 39 años.

Sexo

De los 1829 inmigrantes registrados, 918 (50,2%) eran varones y 911 (49,8%) eran mujeres. La razón de masculinidad resultó de 1,01.

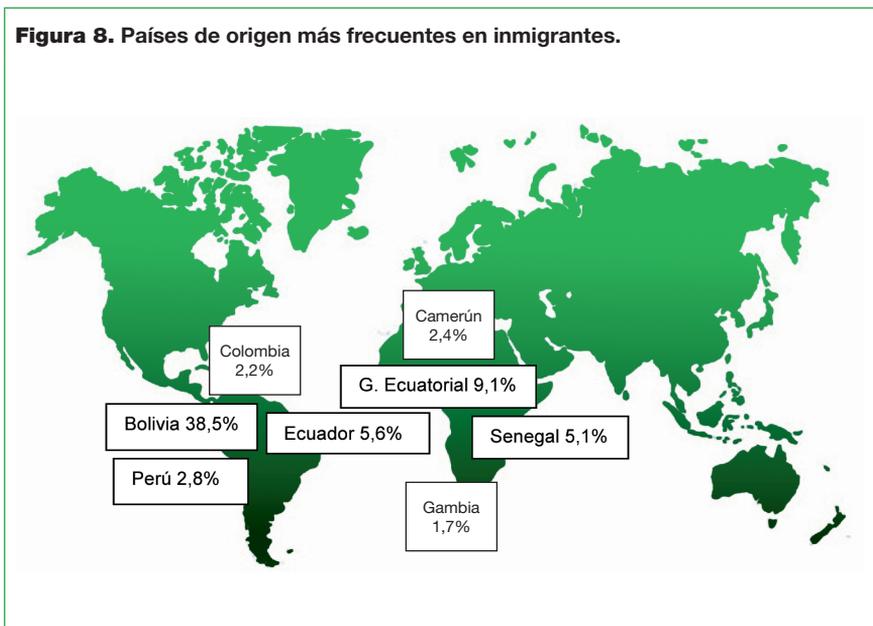
Inmunosupresión

109 inmigrantes (6%) eran inmunodeprimidos fundamentalmente a expensas de la infección por el VIH (93,6%).

País de origen

De los 1829 inmigrantes analizados, se han registrado 78 países de origen distintos, de los cuales el país de origen más frecuente fue Bolivia (38,5%), seguido de Guinea Ecuatorial (9,1%), Ecuador (5,6%), Senegal (5,1%), Perú (2,8%), Camerún (2,4%), Colombia (2,2%) y Gambia (1,7%).

Figura 8. Países de origen más frecuentes en inmigrantes.



País de Residencia.

Independientemente del país donde hubiera nacido el inmigrante, se define la variable País de Residencia como aquel lugar donde el inmigrante ha vivido la mayor parte del tiempo durante los últimos 5 años. De esta manera, el 61,8% de los inmigrantes tienen a España como su lugar de residencia, seguido de Guinea Ecuatorial (7,2%) y Senegal (3%).

Tiempo en España desde su llegada hasta la consulta.

La mediana de tiempo que tarda un inmigrante desde que llega a España hasta que realiza la consulta médica es de 38 meses, con un rango intercuartílico de 11 a 64 meses.

Motivo de consulta.

El motivo de consulta más frecuente entre los inmigrantes fue la realización de un examen de salud del sujeto asintomático (1118 casos, 55,3%), seguido de alteraciones de laboratorio, que consistieron fundamentalmente en eosinofilia (366 casos, 18,1%). Las manifestaciones gastrointestinales se presentaron en 121 casos (6%), el síndrome febril en 95 casos (4,7%), las cutáneas en 75 casos (3,7%) síntomas respiratorios en 67 inmigrantes (3,3%), manifestaciones musculoesqueléticas en 55 casos (2,7%), genitourinarios en 38 casos (1,9%). El resto de motivos de consulta están presentes en un porcentaje menor al 2% y pueden verse en la siguiente tabla.

Motivo de consulta	Nº Motivos	Porcentaje
Examen de Salud	1118	55,3
Alteración prueba de laboratorio	366	18,1
Síntomas Gastrointestinales	121	6
Síndrome Febril	95	4,7
Síntomas Cutáneos	75	3,7
Síntomas Neurológicos	23	1,1
Síntomas Respiratorios	67	3,3
Síntomas Genitourinarios	38	1,9
Síntomas Músculo-esqueléticos	55	2,7
Adenopatías	14	0,7
Síntomas Psiquiátricos	7	0,3
Otros	43	2,1
Total	2022*	100

* El número de motivos de consulta excede al de pacientes debido a que un mismo paciente puede presentar varios síntomas

Como se puede observar, hay más motivos de consulta que inmigrantes atendidos, debido a que hubo personas que acudieron a la consulta presentando más de un problema de salud.

Diagnósticos de los inmigrantes atendidos en la consulta.

De los inmigrantes que acudieron a consulta, en 269 (18,2%) no se encontró ninguna patología y fueron clasificados como sanos. Las patologías diagnosticadas en los restantes 1590 inmigrantes se detallan en la siguiente tabla. En el momento de redactar el informe, 354 pacientes estaban pendientes de recibir diagnóstico.

Tabla 10. Diagnósticos más frecuentes en inmigrantes.

DIAGNÓSTICO	Nº INMIGRANTES	PORCENTAJE
Eosinofilia	348	23,6
Enfermedad de Chagas	301	20,4
Sano	269	18,2
Prueba de tuberculina positiva	169	11,5
Estrongiloidosis intestinal	105	7,1
Anemia	59	4
Giardiosis (<i>Giardia intestinalis</i>)	51	3,5
Amebas no patógenas	52	3,5
Infección por VIH	33	2,2
Infección crónica por VHB	32	2,2
Tuberculosis pulmonar	31	2,1
<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	27	1,8
Malaria (<i>P. falciparum</i>)	18	1,2
Infección crónica por VHC	14	1,0

Cabe destacar que el 32,2% de los inmigrantes tenían un segundo diagnóstico asociado y el 17,3% tres o más diagnósticos concomitantes.

Por último, hay que resaltar que de los 1118 inmigrantes que acudieron a la consulta asintomáticos para realizarse un examen de salud, 875 de ellos (78,3%) presentaron algún diagnóstico distinto de sano: 188 inmigrantes (18%) fueron diagnosticados de Enfermedad de Chagas, 111 de eosinofilia

(10,6%), 67 presentaban una prueba de tuberculina positiva (6,4%), Cabe destacar que 6 inmigrantes asintomáticos tenían malaria por *Plasmodium falciparum* y otros 3 fueron diagnosticados de infección por VIH.

Análisis de datos según región de origen

En el presente informe, se han comparado los datos previamente analizados según la región de origen de los inmigrantes. Para ello, y tras evaluar las regiones de origen más comunes, se presentan a continuación los datos correspondientes a África Subsahariana, Latinoamérica-Caribe y Asia Meridional

Datos epidemiológicos.

Sexo

La distribución por sexos se describe en la siguiente tabla.

Tabla 11. Distribución por sexos según región de origen. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (p<0,001)			
n/ %	África Subsahariana	Latinoamérica y Caribe	Asia Meridional.
Hombres	391/66%	385/37,8%	79/49,9%
Mujeres	201/34%	633/62,2%	26/50,1%
Total	592	1018	105

Inmunosupresión.

Respecto al estado de inmunodepresión, los inmigrantes procedentes de África Subsahariana son los que presentan una mayor proporción de inmunodeprimidos (6,9%), seguidos por los procedentes de Latinoamérica-Caribe (6%) y Asia Meridional (1%).

Motivo de consulta.

El motivo de consulta primario más frecuente entre los inmigrantes fue la realización de un examen de salud del sujeto asintomático, especialmente entre inmigrantes Latinoamericanos. Respecto al resto de motivos de consulta, cabe señalar la mayor presencia de alteraciones en las pruebas de laboratorio en inmigrantes asiáticos, donde más de la mitad consulta de manera primaria por esta circunstancia. Además, destaca el mayor porcentaje de síntomas cutáneos como causa de consulta en africanos respecto a los otros grupos. El resto de motivos de consulta se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 12. Motivos de consulta primario según las distintas zonas de origen de los inmigrantes.

Motivo de consulta	África Subsahariana	Latinoamérica y Caribe	Asia Meridional.
Examen de Salud	53,2%	66,2%	28,6%
Alteración prueba de laboratorio	14,2%	16,2%	61%
Síntomas Gastrointestinales	7,6%	4,3%	2,9%
Síndrome Febril	6,1%	3,7%	4,6%
Síntomas Cutáneos	6,6%	1,6%	1,9%
Síntomas Neurológicos	0,7%	0,7%	0%
Síntomas Respiratorios	1,7%	1,7%	0%
Síntomas Genitourinarios	3,5%	3,5%	0%
Síntomas Músculoesqueléticos	3,4%	3,4%	2,7
Adenopatías	0,8%	0,1%	1%
Síntomas Psiquiátricos	0,5%	0%	0%
Otros	1,4%	1,9%	1,6%

Diagnósticos de los inmigrantes atendidos en la consulta.

De los inmigrantes catalogados según región de origen, los que menos diagnósticos de sano tuvieron de manera significativa ($p > 0,0001$) fueron los de Asia Meridional. También destaca que estos inmigrantes son los que presentan una mayor proporción de diagnóstico de eosinofilia ($p > 0,0001$). El resto de los diagnósticos son más homogéneos, destacando la infección por VIH y VHC casi exclusivamente en subsaharianos. El resto de diagnósticos finales comparados según región de origen se muestra a continuación.

Tabla 13. Diagnósticos más frecuentes en inmigrantes según región de origen.

DIAGNÓSTICO	África Subsahariana	Latinoamérica y Caribe	Asia Meridional
Eosinofilia	15,6%	14,6%	52,4%
Enfermedad de Chagas	0%	30%	0%
Sano	15,2%	15,9%	5,7%
Prueba de tuberculina positiva	12,8%	7,3%	10,4%
Estrongiloidosis intestinal	4,6%	6,5%	4,8%
Anemia	4,4%	2,4%	6,7%
<i>Giardia intestinalis</i>	2,7%	2,9%	1,9%
Amebas no patógenas	3,7%	1,9%	7,6%
Infección por VIH	1,7%	0,4%	0%

Tabla 13. Diagnósticos más frecuentes en inmigrantes según región de origen.

DIAGNÓSTICO	África Subsahariana	Latinoamérica y Caribe	Asia Meridional
Infección crónica por VHB	2,5%	0,2%	1%
Tuberculosis pulmonar	1,2%	1,3%	1,9%
Uncinarias	1,9%	0,9%	4,8%
Malaria (<i>P. falciparum</i>)	3%	0%	0%
Infección crónica por VHC	3,7%	1%	0%

Evolución de los datos generales en inmigrantes de 2010 respecto a los de 2009.

No se han encontrado diferencias en cuanto a edad, sexo (aunque hay una discreta tendencia al aumento de mujeres inmigrantes de un 1,7%). La proporción de inmunodeprimidos decrece un 3,4%, aunque se sigue manteniendo el VIH como causa fundamental de inmunosupresión.

Los países de origen son fundamentalmente los mismos y en las mismas proporciones.

En cuanto al motivo de consulta, disminuye significativamente el porcentaje de inmigrantes cuyo único motivo de consulta es la realización de un examen de salud en un 9,8%, en beneficio de categorías como el síndrome febril, que crece un 1,8 o las alteraciones gastrointestinales que se incrementan en un 1%.

Respecto a los diagnósticos finales en inmigrantes, se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 14. Evolución de los diagnósticos principales 2009-2010.

DIAGNÓSTICO	2009 (%)	2010 (%)
Enfermedad de Chagas	29,2	20,4
Eosinofilia	22,9	23,6
Sano	18,7	18,2
Prueba de tuberculina positiva	13,8	11,5
Estrongiloidosis intestinal	7,9	7,1
Infección crónica por VHB	5,9	2,2
<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>	5,7	1,8
<i>Giardia intestinalis</i>	4,8	3,5
Amebas no patógenas	4,1	3,5
Infección por VIH	2,1	2,2
Malaria (<i>P. falciparum</i>)	1,6	1,2

Conclusiones

Conclusiones respecto a la consolidación de +Redivi

1. La red +Redivi se ha consolidado como una red dedicada a la recogida y difusión de información sobre infecciones importadas en España. En su segundo año ha permitido aumentar la base de pacientes lo que permite una mayor validez externa de sus resultados.
2. La incorporación de nuevos centros ha permitido tanto la extensión geográfica de la red, como un mejor acceso a la población atendida en asistencia primaria. La incorporación progresiva de nuevos miembros reflejará mejor la distribución desigual de la población inmigrante en España.
3. La red +Redivi se constituye como una herramienta de fácil acceso y baja complejidad, lo que ha facilitado la recogida de la información necesaria.
4. La red +Redivi ha permitido entrar en contacto con múltiples centros dedicados a la atención de inmigrantes y viajeros, sensibilizando a los profesionales sanitarios sobre la importancia de las infecciones importadas.
5. La información recogida por +Redivi, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, podría servir de base para la elaboración de guías de educación sanitaria, diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la infecciones importadas.

Conclusiones respecto al análisis de los datos de +Redivi

1. Las enfermedades importadas en España son un hecho frecuente, tanto las primariamente tropicales como las cosmopolitas transmisibles en nuestro medio. Cabe destacar que el 11,5 % de los inmigrantes analizados presentan una prueba tuberculínica positiva, el 2,2 % son portadores de una infección crónica por el virus de la hepatitis B y el 2,2% son diagnosticados de infección por VIH, sin olvidar que el 30% de los inmigrantes latinoamericanos han sido diagnosticados de enfermedad de Chagas.

2. Es importante establecer estrategias de sensibilización y educación acerca de las enfermedades infecciosas importadas dirigidas a viajeros e inmigrantes. Un 78,3 % de los inmigrantes y un 57,3 % de los viajeros que acudieron asintomáticos para hacerse un examen de salud, fueron diagnosticados de algún proceso infeccioso, latente o activo, siendo los más frecuentes la enfermedad de Chagas, la eosinofilia y la parasitación por *Giardia intestinalis*.
3. Es necesario mantener una red cooperativa que recoja y refleje la etiología y la complejidad de las infecciones importadas en el inmigrante y los viajeros. Los datos recogidos muestran que cerca del 20% de los viajeros y del 32,2% de los inmigrantes presentan más de un diagnóstico simultáneo.
4. Sigue existiendo una baja proporción de viajeros que solicitan consejo previaje (41,9%). Aquellos que sí la solicitan y tienen indicación de tomar profilaxis frente a malaria, menos de la mitad (48,6%) la realizan correctamente en cuanto a duración y dosificación.
5. Disminuye la proporción de viajeros y aumenta la de VFR-viajero. Esto modifica el espectro del tipo de viaje y sus consecuencias, ya que estos viajeros son considerados a priori de alto riesgo y no suelen solicitar consejo previaje.
6. Aumenta el número de países de origen de los inmigrantes. Esto implica que el espectro de patógenos potencialmente importados se amplía.
7. El análisis de los inmigrantes según regiones muestra las características diferenciales que existen en cuanto a perfil de paciente, motivo de consulta o diagnóstico final, y que deben considerarse cuando se atiende estas personas.

Anexos

Anexo 1: Página de inicio de +Redivi.

Anexo 2: Menú principal +Redivi.

Anexo 3: Página principal de introducción de datos de +Redivi.

Anexo 4: Hoja de registro de pacientes.

Anexo 5: Hoja de recogida de datos para todos los hospitales.

Anexo 6: Hoja de recogida de datos: variables.

Anexo 7: Tabla de diagnósticos codificados.

Anexo 1. Página de inicio de +Redivi

+Redivi
RED COOPERATIVA PARA EL ESTUDIO DE LAS INFECCIONES IMPORTADAS POR VIAJEROS E INMIGRANTES

> Login de usuarios

E-mail

Clave recordar clave

+Redivi
Red cooperativa para el estudio
de las infecciones importadas
por viajeros e inmigrantes
www.redivi.es

Anexo 2. Menú principal de +Redivi

+Redivi
RED COOPERATIVA PARA EL ESTUDIO DE LAS INFECCIONES IMPORTADAS POR VIAJEROS E INMIGRANTES

Bienvenido Jose Antonio Pérez Molina - Ramón y Cajal

Menú principal

- > Introducir nuevo paciente
- > Edición de pacientes
- > Explotación de datos
 - Listado de pacientes
- > Documentos
 - Ayuda
 - Protocolo
 - Diagnósticos
- > Contacto
- > PANEL DE CONTROL
- > Cerrar sesión

+Redivi
Red cooperativa para el estudio
de las infecciones importadas
por viajeros e inmigrantes
www.redivi.es

Anexo 3. Página principal de introducción de datos de +Redivi.

+Redivi

RED COOPERATIVA PARA EL ESTUDIO DE LAS INFECCIONES IMPORTADAS POR VIAJEROS E INMIGRANTES

Bienvenido Jose Antonio Pérez Molina - Ramón y Cajal

Menú principal

- > Introducir nuevo paciente
- > Edición de pacientes
- > Explotación de datos
 - Listado de pacientes
- > Documentos
 - Ayuda
 - Protocolo
 - Diagnósticos
- > Contacto
- > PANEL DE CONTROL
- > Cerrar sesión

Pacientes

ID DEL PACIENTE

Fecha de consulta (*)

Fecha de nacimiento (*)

Sexo (*) Mujer Varón

País de nacimiento (*)

País de residencia (*)

Immunosupresión (*) No Sí

TIPO DE CASO (*)

INMIGRANTE

VIAJERO

VFR - INMIGRANTE

VFR - VIAJERO

EPISODIO ACTUAL (*)

1 2 3 4 5

Motivo de la consulta primario (*)

Motivo de la consulta secundario

DIAGNÓSTICO CODIFICADO

NIVEL DE EVIDENCIA

<input type="text"/>	Comentarios:

(*) Datos obligatorios

Anexo 5: Hoja de recogida de datos

ID DEL PACIENTE :

(a rellenar por personal encargado de la base de datos)

- Fecha de consulta: ____/____/____

- Fecha de Nacimiento:

- Sexo: mujer hombre

- País de Nacimiento:

- País de Residencia:

TIPO DE CASO:

INMIGRANTE:

- Fecha de llegada a España por primera vez:

VIAJERO:

- País de procedencia:

- Fecha de llegada del viaje:

- Duración del viaje (en días):

Nivel de riesgo: Bajo riesgo Alto riesgo

Consejo previaje: Sí No

VFR - INMIGRANTE :

- Fecha de llegada a España por primera vez:

- País de procedencia del viaje:

- Fecha de llegada del viaje:

- Duración del viaje (en días):

Nivel de riesgo: Bajo riesgo Alto riesgo

Consejo previaje: Sí No

VFR - VIAJERO :

- País de procedencia del viaje:
- Fecha de llegada del viaje:
- Duración del viaje (en días):

Nivel de riesgo: Bajo riesgo Alto riesgo

Consejo previaje: Sí No

QUIMIOPROFILAXIS ANTIPALÚDICA:

(Sólo para viajeros y VFR)

Indicada: Si No

Fármaco: Atovacuona/Proguanil:

Mefloquina:

Doxiciclina:

Otros:

Correcta: Si No

EPISODIO ACTUAL:

1 2 3 4 5

MOTIVO DE CONSULTA primario:

- Alteraciones en test de laboratorio.
- Síndrome febril.
- Adenopatías.
- Síndrome Cardiovascular.
- Síndrome Gastrointestinal.
- Síndrome Genitourinario.
- Síndrome Neurológico.
- Síndrome Músculo-esquelético.
- Síndrome Cutáneo
- Síndrome Psiquiátrico.
- Síndrome Respiratorio.
- Examen de salud.
- Otros:

MOTIVO DE CONSULTA secundario:

- Alteraciones en test de laboratorio.
- Síndrome febril.
- Adenopatías.
- Síndrome Cardiovascular.
- Síndrome Gastrointestinal.
- Síndrome Genitourinario.
- Síndrome Neurológico.
- Síndrome Músculo-esquelético.
- Síndrome Cutáneo
- Síndrome Psiquiátrico.
- Síndrome Respiratorio.
- Examen de salud.
- Otros:

DIAGNÓSTICO CODIFICADO:

(a rellenar por personal encargado de la base de datos)

Nivel evidencia

[Green box for diagnosis entry]

[Green box for evidence level entry]

[Green box for diagnosis entry]

[Green box for evidence level entry]

[Green box for diagnosis entry]

[Green box for evidence level entry]

Anexo 6: Hoja de recogida de datos: Variables

ID DEL PACIENTE: Código numérico del centro y código específico del paciente, que será asignado por el programa informático.

Fecha de Nacimiento: Día/mes/año

Sexo: al nacimiento, no el actual si ha habido cambio de sexo.

País de Nacimiento:

País de Residencia: Lugar en el que ha vivido la mayor parte del tiempo durante los últimos 5 años antes de llegar a España.

TIPO DE CASO: Decidir tipo de caso y rellenar datos.

- **INMIGRANTE:** También niño adoptado.

- Fecha de llegada a España: Día/mes/año.

- **VIAJERO:**

- País de procedencia: Lugar donde ha realizado el viaje.

- Fecha de llegada del viaje: Día/mes/año

- Duración del viaje: en días

- **NIVEL DE RIESGO:** Estratificación del riesgo epidemiológico.

- En Viajeros y VFR:

Bajo riesgo: Turismo organizado. Profesión de bajo riesgo. Diplomacia.

Alto riesgo: Turismo de aventura, mochileros, profesión de alto riesgo, cooperante, misioneros.

- **VFR:**

- Fecha de llegada a España: por primera vez. Día/mes/año.

- País de procedencia del viaje: Lugar donde ha realizado el viaje-

- Fecha de llegada del viaje: Día/mes/año.

- Duración del viaje: en días

- **NIVEL DE RIESGO:** VER APARTADO ANTERIOR

FECHA DE CONSULTA: cuando acude a consulta por primera vez.
Día/ mes/ año.

- MOTIVO DE CONSULTA: Cuadro sindrómico que ha originado la consulta.
Puede ser más de uno.

DIAGNÓSTICO: diagnóstico final según tabla de codificación adjunta.

NIVEL DE CERTEZA: "P" para probable, "S" para sospechoso y "C" para confirmado.

Anexo 7: Tabla de diagnósticos codificados

Código diagnóstico	Diagnóstico	Observaciones	Tipo de diagnóstico	Síndrome/sistema
466	ABORTO		Sindrómico	Obstetricia/ginecología
690	ABRASIÓN		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
413	ABSCESO CUTÁNEO (e.j. forúnculo, carbunco, foliculitis)		Sindrómico	Dermatológico.
765	ABSCESO DENTAL		Etiológico	Oral y Dental
488	ABSCESO PERITONSILAR		Sindrómico	Oral y Dental
259	ABSCESO PLOGÉNICO (NO CUTÁNEO, HEPÁTICO, DENTAL NI TONSILAR)	Especificar microorganismo y localización si se conoce	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
739	ABSCESO PLOGÉNICO HEPÁTICO	Enfermedad compatible clínica y radiológica sin evidencia de infección parasitaria. Cultivos positivos o pus o gram del pus con visualización de la bacteria	Etiológico	Gastrointestinal, otros.
720	ABUSO DE SUSTANCIAS (DROGAS Y ALCOHOL)		Sindrómico	Psicologico
319	ÁCAROS		Etiológico	Dermatologico.
687	ACCIDENTE CEREBRAL ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)		Sindrómico	Neurologico.
394	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR		Sindrómico	Neurologico.
523	AFTAS		Sindrómico	Oral y Dental

370	ALOPECIA.			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
443	ALTITUD, EDEMA CEREBRAL			Etiológico	Neurológico.
444	ALTITUD, EDEMA PULMONAR			Etiológico	Respiratorio
106	AMEBAS NO PATÓGENAS	Asintomático. "C" requiere confirmación del laboratorio; no se puede utilizar "P" o "S".		Etiológico	Diarrea aguda
764	ANAFILAXIA			Etiológico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
269	ANEMIA			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
728	ANGIOSTRONGILIASIS			Etiológico	Neurológico.
583	ANISAKIS			Etiológico	Gastrointestinal, otros.
560	ÁNTRAX CUTÁNEO			Etiológico	Dermatológico.
584	ÁNTRAX PULMONAR			Etiológico	Respiratorio.
680	APENDICITIS			Sindrómico	Gastrointestinal, otros.
509	ARAÑAZO DE MONO			Sindrómico	Dermatológico.
593	ARAÑAZO DE GATO, ENFERMEDAD POR			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
288	ARTRALGIA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
532	ARTRITIS NO SEPTICA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
531	ARTRITIS SEPTICA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético

586	ASCARIS EXTRAINTESTINAL			Etiológico	Parásitos tisulares, miscelánea
107	ASCARIS INTESTINAL			Etiológico	Gastrointestinal, otros.
267	ASMA			Sindrómico	Respiratorio.
149	ASTENIA < 1 MES (NO FEBRIL)			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
150	ASTENIA >= 1 MES (NO FEBRIL)			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
373	ATAXIA			Sindrómico	Neurológico.
258	AUDICIÓN, PÉRDIDA DE			Sindrómico	Neurológico.
725	BABESIOSIS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
585	BACTERIA RESISTENTE A ANTIBIÓTICOS		Si este código se usa solo, especificar tipo de bacteria y antibiótico(S) cuya resistencia se ha encontrado. Si el nombre de la bacteria (ej campylobacter) se encuentra en otro sitio de la Tabla Codificada de Diagnósticos, seleccione ese código además de éste.	Etiológico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
108	BACTERIEMIA			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
745	BALANITIS, FIMOSIS			Sindrómico	Genitourinario y ETS.
730	BARMAH FOREST, VIRUS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

587	BARTONELLA BACILLIFORMIS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
588	BARTONELLA HENSELAE		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
751	BILIAR, ENFERMEDAD INESPECÍFICA.		Sindrómico	Gastrointestinal, otros.
112	BLASTOCISTIS Sp.		Etiológico	Gastrointestinal, otros
590	BLASTOMICOSIS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
591	BOTULISMO		Etiológico	Neurologico.
679	BRONCOESPASMO	Sibilancias aisladas, no sugiere infección.	Sindrómico	Respiratorio.
113	BRONQUITIS AGUDA	Síndrome respiratorio con fiebre, tos que puede ser o no productiva; sin mialgias, escalofríos o síndrome general pero puede haber alguna alteración como roncus o crepitanes a la auscultación.	Sindrómico	Respiratorio.
384	BRONQUITIS CRÓNICA.	Tos crónica productiva; no mialgias, escalofríos o síndrome general.	Sindrómico	Respiratorio.
114	BRUCELOSIS AGUDA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
592	BRUCELOSIS CRÓNICA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
386	BURSTITIS		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético

275	C. DIFFICILE, ENFERMEDAD ASOCIADA.	Diarrea asociada a antibióticos c /s colitis o c/s formación de pseudomembranas. "C" requiere toxina +. No se puede utilizar "P" o "S". Si se sabe, añadir antibiótico(s) implicado(s).	Sindrómico	Diarrea aguda
115	CAMPILOBACTER	"C" requiere cultivo +. Se puede usar "P" para clínica compatible sin respuesta a quinolonas y clara respuesta a macrólidos.	Etiológico	Diarrea aguda
249	CÁNCER		Sindrómico	Enfermedad crónica.
574	CÁNCER, HEMATOLOGICO		Sindrómico	Enfermedad crónica.
434	CARDIOPATÍA, ARRITMIA		Sindrómico	Cardiovascular
433	CARDIOPATÍA, CORONARIOPATÍA, ANGINA		Sindrómico	Cardiovascular
580	CARDIOPATÍA, OTROS.		Sindrómico	Cardiovascular
226	CARIES DENTAL		Sindrómico	Oral y Dental
158	CEFALEA		Sindrómico	Neurológico.
721	CELACA, ENFERMEDAD.	Requiere que no haya dx pre viaje de sprue y nuevo síndrome clínico característico además de evidencia serológica de enfermedad celíaca.	Etiológico	Gastrointestinal, otros.
754	CÉLULAS BLANCAS, PLAQUETAS, ALTERACIÓN DE		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
235	CELLULITIS		Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
388	CERVICITIS		Sindrómico	Obstetricia/ginecología.
672	CESTODOS, D. LATUM		Etiológico	Gastrointestinal, otros

204	CESTODOS, H. NANA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
300	CESTODOS, INESPECÍFICO		Etiológico	Gastrointestinal, otros
655	CESTODOS, T. SAGINATA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
304	CESTODOS, T. SOLIUM		Etiológico	Gastrointestinal, otros
117	CHAGAS ENFERMEDAD CRÓNICA		Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
675	CHAGAS, ENFERMEDAD AGUDA		Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
595	CHANCROIDE		Etiológico	Genitourinarios y ETS
757	CHIKUNGUNYA , INFECCIÓN VIRAL POR		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
577	CHILOMASTIX MESNILI		Etiológico	Gastrointestinal, otros.
508	CIÁTICA		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
124	CICLOSPORA	"C" requiere confirmación de laboratorio. Se puede usar "P" con síntomas clásicos y clara respuesta a TMP-SXT después de no respuesta a quinolonas o macrólidos.	Etiológico	Diarrea aguda
310	CIGUATERA, INTOXICACION POR		Etiológico	Neurologico.
390	CIRROSIS		Sindrómico	Enfermedad crónica.
600	CISTICERCOSIS (MUSCULAR, CUTANEA)		Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
312	CISTITIS (NO INFECCIOSA)		Sindrómico	Genitourinario y ETS

119	CITOMEGALOVIRUS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
359	CLAMYDIA TRACHOMATIS (OCULAR)			Etiológico	Oftalmológico
596	CLAMYDIA, LINFOGRANULOMA VENEREO			Etiológico	Genitourinarios y ETS
118	CLONORCHIS			Etiológico	Gastrointestinal, otros
597	COCCIDIOMICOSIS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
554	COLANGITIS NO PARASITARIA			Sindrómico	Gastrointestinal, otros.
710	COLECISTITIS			Etiológico	Gastrointestinal, otros.
535	COLERA		"C" requiere cultivo + para V. cholera. "p" permitido para clínica grave compatible en el contexto de brote. Especificar la máxima información posible de serotipo y cepa del V. colera.	Etiológico	Diarrea aguda
750	COLITIS INESPECÍFICA		Requiere visualización endoscópica de la mucosa inflamada o evidencia de inflamación intraluminal en TAC. Descartar la presencia de patógenos específicos..	Sindrómico	Gastrointestinal, otros.
311	COLITIS ULCEROSA		Requiere dx pre-viaje de colitis ulcerosa. Usar en pacientes que tienen exacerbación de síntomas típicos durante o después de un viaje. Descartar la presencia de patógenos específicos..	Etiológico	Diarrea crónica
414	CONGELACIÓN			Sindrómico	Dermatológico

391	CONJUNTIVITIS			Sindrómico	Oftalmológico
392	CONTUSIÓN			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
285	CONVULSIONES			Sindrómico	Neurológico.
148	CRECIMIENTO, ALTERACIONES (TODAS LAS EDADES)			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
598	CRIPTOCOCOSIS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
122	CRIPTOSPORIIDIUM		"C" requiere confirmación de laboratorio en muestra de heces. Se puede usar "p" con epidemiología compatible en brotes (raro).	Etiológico	Diarrea aguda
283	CROHN, ENFERMEDAD DE		Requiere dx pre-viaje de Crohn. Utilizar en pacientes que tienen exacerbación de los síntomas típicos durante o tras el viaje. Descartar la presencia de patógenos específicos.	Etiológico	Diarrea crónica
683	CUERPO EXTRAÑO			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
711	CUTÁNEO, INFECCIÓN SUPERFICIAL (HERIDA INFECTADA)			Sindrómico	Dermatológico.
578	DÉFICIT G6PD			Etiológico	Enfermedad crónica.
127	DENGUE (Hemorrágico, shock)			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

128	DENGUE NO COMPLICADO			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
556	DENTAL, OTROS			Sindrómico	Oral y Dental
129	DEPRESIÓN			Sindrómico	Psicológica
571	DESHIDRATACIÓN			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
397	DIABETES			Sindrómico	Enfermedad crónica.
314	DIARREA AGUDA BACTERIANA	Síndrome clínico clásico. "C" requiere cultivo positivo para algún tipo de bacterias entéricas con/sin etiología definida en la Tabla de Codificación de Diagnósticos. Utilizar "p" con/ sin respuesta a tratamiento antibiótico empírico cuando los resultados del cultivo no están disponibles. Duración de la diarrea < 2 semanas.		Etiológico	Diarrea aguda
132	DIARREA AGUDA INESPECÍFICA	Ningún agente etiológico identificable, ningún test de laboratorio o test no concluyentes o incompletos o falta de respuesta clara a tratamiento empírico. Preferible usar DIARREA AGUDA BACTERIANA 314 "p" en situaciones clínicamente apropiadas. Duración de la diarrea < 2 semanas.		Sindrómico	Diarrea aguda

602	DIARREA AGUDA PARASITARIA.	Síndrome clínico agudo distinto al de la diarrea bacteriana. No agentes etiológicos discernibles en el laboratorio, exámen de laboratorio no concluyente/incompleto. Utilizar sólo como "P". Preferible utilizar en vez de Códigos Diagnósticos parasitarios específicos(e.j., Giardiasis) con "P" o "S" de acuerdo con el cuadro clínico o respuesta a tratamiento.Duración de la diarrea < 2 semana.	Etiológico	Diarrea aguda
603	DIARREA AGUDA VIRAL	"C" requiere confirmación en laboratorio por EM, PCR, or EIA. "P" puede usarse con epidemiología compatible en situaciones de brote.	Etiológico	Diarrea aguda
133	DIARREA CRÓNICA INESPECÍFICA	No cumple criterios de "P" para algún código diagnóstico y no es compatible con la definición de INTESTINO IRRITABLE POSTINFECCIOSO 167 . Duración > 2 semanas.	Sindrómico	Diarrea crónica
758	DIARREA CRÓNICA, RESPUESTA A ANTIPARASITARIOS.	Diarrea crónica sin agente identificado o sin diagnóstico de laboratorio, diagnóstico incompleto pero que se resuelve claramente con terapia antiparasitaria. Considerar utilizar los Códigos Diagnósticos de parásitos (e.j., Giardiasis) con "P" o "S" de acuerdo con la presentación clínica. Duración de la diarrea > 2 semanas.	Sindrómico	Diarrea crónica

134	DIENTAMEBIASIS (D. FRAGILIS)	"C" requiere exámen de laboratorio +. No se puede utilizar "P" o "S".	Etiológico	Diarrea aguda
604	DIFTERIA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
374	DISENTERÍA AGUDA INESPECÍFICA	Diarrea c/ sangre, pus, dolor, tenesmo y fiebre. No agente etiológico identificable en el laboratorio, exámen de laboratorio no concluyente/incompleto o con/sin respuesta a tratamiento antibiótico o antiparasitario empírico . Debe escogerse DIARREA AGUDA BACTERIANA 314 para diarrea aguda bacteriana disentérica y no disentérica. Duración de la diarrea < 2 semanas.	Sindrómico	Diarrea aguda
402	DISLOCACIÓN ARTICULAR		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
237	DISPEPSIA	Epigastralgia crónica o recurrente; puede acompañarse de pirosis sin obvio RGE o uso de AINES	Sindrómico	Gastrointestinal, otros
709	DIVERTICULITIS		Etiológico	Gastrointestinal, otras
286	DOLOR, ABDOMINAL.	Diagnóstico de exclusión cuando otros Códigos diagnósticos no son aplicables.	Sindrómico	Gastrointestinal, otros
477	DOLOR, CUELLO		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
473	DOLOR, ESPALDA		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético

478	DOLOR, HOMBRO			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
476	DOLOR, PIERNA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
475	DOLOR, RODILLA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
232	DOLOR, TORÁCICO (NO CARDIACO)			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
103	E. HISTOLYTICA, AMEBOMA		Foco pseudotumoral, nodular de inflamación proliferativa en la pared del colon. "C" requiere histología o serología + .	Etiológico	Diarrea aguda
270	E. HISTOLYTICA, DIARREA		"C" requiere tanto trofozoitos c/células rojas digeridas en microscopio, trofozoitos c/ serología + para E. histolytica , o ELISA en heces + para E. histolytica. No es necesario la presencia de fiebre. No se puede utilizar "P" o "S".	Etiológico	Diarrea aguda
104	E. HISTOLYTICA, DISENTERIA		Sangre, moco o pus en las heces con dolor y tenesmo. No requiere fiebre. "C" requiere trofozoitos en parasitología (con células rojas en el exámen de heces o en tejidos) o serología +. "P" permitida en disentería que no responde a antibacterianos y sí a metronidazol, tindazol o equivalente si exámen parasitológico no disponible. Duración < 2 semanas.	Etiológico	Diarrea aguda

105	E. HISTOLYTICA, EXTRAINTESTINAL	Localización hepática o infrecuente. (extensión pleural, cerebro, genitourinario, cutáneo); "C" requiere trofozoitos en parasitología o serología + en contexto clínico apropiado.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
102	E. HISTOLYTICA/DISPAR, ASINTOMATICO	Paciente asintomático; "C" requiere confirmación del laboratorio por microscopía o detección de Ag.No se puede utilizar "P" o "S".	Etiológico	Gastrointestinal, otros
762	E. HISTOLYTICA/DISPAR, ASOCIADO A DIARREA	"C" requiere confirmación del laboratorio por microscopía o detección Ag.No se puede utilizar "P" o "S". Otros patógenos simultáneos en pacientes con diarrea pueden aparecer durante el análisis. La ausencia de otro patógeno no implica necesariamente a E. histolytica/dispar como agente causal.	Etiológico	Diarrea aguda
567	EBOLA VIRUS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
749	ECCEMA		Sindrómico	Dermatológico.
607	ECHINOCOCOSIS, NO HEPATICA		Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
606	ECHINOCOCOSIS, HEPATICA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
605	ECHINOCOCOSIS, HEPATICA y NO-HEPATICA	Utilizar con enfermedad multifocal si afecta a hígado y otra localización	Etiológico	Gastrointestinal, otros
320	EDEMA		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
244	EMBARAZO		Sindrómico	Obstetricia/ginecología

346	EMBOLISMO PULMONAR		Etiológico	Cardiovascular
138	ENCEFALITIS AGUDA		Etiológico	Neurologico.
608	ENCEFALITIS CRONICA		Sindrómico	Neurologico.
610	ENCEFALITIS POR GARRAPATA		Etiológico	Neurologico.
609	ENCEFALITIS, JAPONESA		Etiológico	Neurologico.
731	ENCEFALITIS, VALLE DEL MURRAY		Etiológico	Neurologico.
537	ENDOCARDITIS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
407	ENDOMETRITIS		Sindrómico	Obstetricia/ginecología
185	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA, AGUDA		Sindrómico	Obstetricia/ginecología
186	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA, CRÓNICA		Sindrómico	Obstetricia/ginecología
673	ENFERMEDADES AUTOINMUNES		Etiológico	Enfermedad crónica.
139	ENTEROBIASIS		Etiológico	Gastrointestinal, otros
768	ENTEROVIRUS 71 (EV-71)	"C" requiere evidencia del laboratorio Utilizar 'P' cuando la evidencia clínica característica esté disponible.	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
257	ENIURESIS		Sindrómico	Psicológica
140	EOSINOFILIA		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.

141	EOSINOFILIA TROPICAL PULMONAR		Etiológico	Respiratorio
408	EPIDIDIMITIS		Sindrómico	Genitourinario y ETS
701	EPISTAXIS		Sindrómico	Oral y Dental
242	EPSTEIN-BARR, VIRUS DE		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
142	ERISPELA		Sindrómico	Dermatológico.
174	ERITEMA CRONICO MIGRANS		Sindrómico	Dermatológico.
145	ERITEMA MULTIFORME		Sindrómico	Dermatológico.
321	ERITEMA NODOSO		Sindrómico	Dermatológico.
137	ERLIQUIA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
194	ESCABIOSIS		Etiológico	Dermatológico.
246	ESCLEROSIS MÚLTIPLE		Etiológico	Traumatismos y musculoesquelético
579	ESCOLIOSIS		Sindrómico	Enfermedad crónica.
645	ESCOMBROIDE,INTOXICACIÓN		Etiológico	Gastrointestinal, otros
692	ESGUINCE		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
289	ESOFAGITIS	Puede ser utilizado con síndrome clínico compatible.	Sindrómico	Gastrointestinal, otros
355	ESPLENOMEGALIA		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
638	ESPOROTRICOSIS		Etiológico	Dermatológico.

351	ESQUISTOSOMIASIS, ESPECIES HUMANAS DESCONOCIDAS		Etiológico	Parasitos tsulares, miscelánea
196	ESQUISTOSOMIASIS, S. HEMATOBIIUM		Etiológico	Genitourinario y ETS
197	ESQUISTOSOMIASIS, S. JAPONICUM		Etiológico	Gastrointestinal, otros
198	ESQUISTOSOMIASIS, S. MANSONI		Etiológico	Gastrointestinal, otros
281	ESTEATOSIS HEPATICA		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
514	ESTOMATITIS		Sindrómico	Oral y Dental
120	ESTREÑIMIENTO		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
742	ESTREPTOCOCICA, ENFERMEDAD POR, ESCARLATINA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
203	ESTRONGILOIDES, SIMPLE INTESTINAL	"C" requiere larvas en el exámen de heces o serología positiva sin signos clínicos o síntomas de autoinfección o hiperinfectación.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
636	ESTRONGILOIDES, SÍNDROME POR HIPERINFESTACIÓN		Etiológico	Parasitos tsulares, miscelánea
491	FARINGITIS INESPECÍFICA	Faringitis limitada, sin tos o síntomas respiratorios.	Sindrómico	Oral y Dental
658	FARINGITIS NO ESTREPTOCOCICA	Faringitis limitada, sin tos o síntomas respiratorios.	Sindrómico	Oral y Dental

324	FASCIOLA			Etiológico	Gastrointestinal, otros
494	FASCITIS PLANTAR			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
409	FEBRIL, ENFERMEDAD INESPECÍFICA (< 3 SEMANAS)	Excluidos síndromes virales transitorios: sólo cuando tras realizar estudio completo no se ha llegado a diagnóstico.		Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
151	FEBRIL, ENFERMEDAD INESPECÍFICA (>=3 SEMANAS)			Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
704	FIBROMIALGIA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
566	FIEBRE AMARILLA			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
252	FIEBRE FAMILIAR MEDITERRANEA			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
568	FIEBRE HEMORRÁGICA AGUDA			Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Síndrome Febril
189	FIEBRE Q			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
640	FIEBRE RECURRENTE			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
153	FILARIA, W. BANCROFTI			Etiológico	Parásitos tisulares, miscelánea
325	FILARIA, ESPECIE DESCONOCIDA			Etiológico	Parásitos tisulares, miscelánea

154	FILARIA, LOA LOA			Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
152	FILARIA, ONCOCERQUIASIS			Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
155	FILARIA, OTRAS			Etiológico	Parásitos tsulares, miscelánea
506	FISURA ANAL			Sindrómico	Gastrointestinal, otros.
424	FRACTURA			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
719	FRAMBESIA			Etiológico	Dermatológico.
181	FÚNGICA, INFECCIÓN (superficial/ micosis cutánea)			Etiológico	Dermatológico
746	FÚNGICA, INFECCIÓN subcutánea			Etiológico	Dermatológico.
327	GASTRITIS, H.PYLORI (-)		Epigastralgia, náuseas, vómitos c/s fiebre en presencia de test negativo invasivo o no invasivo para H. pylori. "C" requiere verificación endoscópica. "P" o "S" puede utilizarse con clara asociación epidemiológica a alcohol, aspirina, AINEs u otras toxinas.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
326	GASTRITIS, H.PYLORI (+)		Epigastralgia, náuseas, vómitos sin fiebre en presencia de test positivo invasivo o no invasivo para H. pylori. "C" requiere verificación endoscópica.	Etiológico	Gastrointestinal, otros

761	GASTRITIS, INESPECIFICA	Epigastralgia, náuseas, vómitos sin fiebre donde no se ha realizado tests para <i>H. pylori</i> y no hay relación con toxinas aparentes. "C" requiere verificación endoscópica.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
287	GASTROENTERITIS	Enfermedad gatrointestinal de predominio alto con componente mayor de náuseas y vómitos con diarrea acompañante. Si la duración total es menor de 12 horas, utilizar INTOXICACIÓN ALIMENTARIA 525.	Sindrómico	Diarrea aguda
682	GASTROINTESTINAL, SANGRADO NO ESPECÍFICO.		Sindrómico	Gastrointestinal, otros.
157	GIARDIA	"C" requiere exámen de laboratorio +. Utilizar "P" para clínica clásica ó/s respuesta a tratamiento empírico. Utilizar DIARREA, CRÓNICA SENSIBLE A ANTIPARASITARIOS 758 para clínica incierta que responde a tratamiento empírico.	Etiológico	Diarrea aguda
428	GINGIVITIS		Sindrómico	Oral y Dental
429	GLOSITIS		Sindrómico	Oral y Dental
534	GNATOSTOMA		Etiológico	Dermatológico.
612	GONORREA		Etiológico	Genitourinario y ETS
770	GRIPE PORCINA H1N1		Etiológico	Respiratorio
247	GUILAIN BARRE		Sindrómico	Neurologico.
613	HANTAVIRUS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

714	HELMINTOS, INTESTINAL (NO DIARREA), INESPECÍFICO	Para helmintos que no aparecen en la Tabla de Diagnósticos Codificados.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
438	HEMATOMA		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
686	HEMATURIA		Sindrómico	Genitourinario y ETS
741	HEMOPTISIS		Sindrómico	Respiratorio
439	HEMORROIDES		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
159	HEPATITIS A, AGUDA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
677	HEPATITIS B PORTADOR, ASINTOMÁTICO		Etiológico	Gastrointestinal, otros
160	HEPATITIS B, AGUDA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
328	HEPATITIS B, CRÓNICA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
329	HEPATITIS C, AGUDA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
161	HEPATITIS C, CRÓNICA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
330	HEPATITIS DELTA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
162	HEPATITIS E		Etiológico	Gastrointestinal, otros
163	HEPATITIS, AGUDA INESPECÍFICA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
538	HEPATITIS, CRÓNICA INESPECÍFICA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
280	HEPATOMEGALIA		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
440	HERNIA		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
442	HERPES SIMPLE		Etiológico	Genitourinario y ETS
290	HERPES ZOSTER.		Etiológico	Dermatológico.

559	HETEROPHYSES HETEROPHYSES, INFECCIÓN		Etiológico	Gastrointestinal, otros
264	HIPERTENSIÓN		Sindrómico	Cardiovascular
614	HISTOPLASMOISIS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Síndrome Febril
164	HIV , ASINTOMÁTICO	Si dx nuevo, utilizar HIV, ASINTOMÁTICO, NUEVO DIAGNÓSTICO 763.	Etiológico	Enfermedad crónica.
763	HIV, ASINTOMÁTICO, NUEVO DIAGNÓSTICO.		Etiológico	Enfermedad crónica.
331	HIV, INFECCIÓN AGUDA (Febril)	Debe acompañarse de síndrome infeccioso agudo.	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Síndrome Febril
753	HTLV-1/HTLV-2		Etiológico	Neurológico.
245	IMPÉTIGO		Sindrómico	Dermatológico.
759	INFLAMATORIA INTESTINAL, ENFERMEDAD, NUEVA APARICIÓN TRAS VIAJE	Pacientes sin historia de enfermedad inflamatoria intestinal previa a viajes con síndrome clínico característico y biopsia o estudio radiológico compatible con EII. Descartar la presencia de patógenos específicos.	Etiológico	Diarrea crónica
334	INFLUENZA - LIKE, ENFERMEDAD	Fiebre, tos +/- odinofagia con mialgias, escalofríos y síndrome viral sistémico en ausencia de otro dx respiratorio.	Sindrómico	Respiratorio

332	INFLUENZA A	Demostrado por test rápido,PCR, o cultivo. Utilizar para Rx tórax anormal. Si el paciente tiene Rx Tórax e influenza o neumonía, utilizar el código apropiado.	Etiológico	Respiratorio
333	INFLUENZA B	Demostrado por test rápido,PCR, o cultivo. Utilizar para Rx tórax anormal. Si el paciente tiene Rx Tórax e influenza o neumonía, utilizar el código apropiado.	Etiológico	Respiratorio
736	INFLUENZA, AVIAR	Confirmado por PCR u otro test de laboratorio, se puede utilizar "S" como dx de trabajo.Utilizar para Rx tórax anormal. Si el paciente tiene Rx Tórax e influenza o neumonía, utilizar el código apropiado.	Etiológico	Respiratorio
447	INSOMNIO		Sindrómico	Psicológico
389	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA		Sindrómico	Cardiovascular
712	INTESTINO IRRITABLE, SÍNDROME DEL	Utilizar en pacientes con dx establecido pre-viaje que presentan exacerbación de los síntomas típicos durante o tras el viaje. Descartar la presencia de patógenos específicos	Sindrómico	Diarrea crónica

167	INTESTINO IRRITABLE; SÍNDROME, POSTINFECCIOSO.	Diarrea durante un viaje, seguido de dolor abdominal crónico post-viaje (habitualmente cólico y de intensidad variable) y alteración del hábito intestinal de causa orgánica. "C" requiere síntomas durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) Se puede utilizar "P" con síntomas clásicos <12 semanas tras estudio completo y negativo de causas orgánicas.	Etiológico	Diarrea crónica
170	INTOLERANCIA A LACTOSA, POSTINFECCIÓN	Antecedentes de diarrea c/ síntomas malabsortivos que mejoran con modificación dietética	Etiológico	Diarrea crónica
553	INTOXICACIÓN POR AGENTE QUÍMICO		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
737	INTOXICACIÓN POR PLOMO		Etiológico	Enfermedad crónica.
646	INTOXICACIÓN, PAPÁLISIS POR MARISCO		Etiológico	Neurológico.
168	ISOSPORA	"C" requiere exámen de laboratorio +. No se puede utilizar "P" or "S".	Etiológico	Diarrea crónica
169	JET LAG		Sindrómico	Psicológico
455	LACERACION		Sindrómico	Traumatismos y musculosquelético
458	LARINGITIS		Sindrómico	Oral y Dental
123	LARVA MIGRANS CUTÁNEA		Etiológico	Dermatológico.

205	LARVA MIGRANS VISCERAL			Etiológico	Parasitos tisulares, miscelánea
565	LASSA, FIEBRE DE			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
615	LEGIONARIO, ENFERMEDAD DEL			Etiológico	Respiratorio
171	LEISHMANIA, CUTANEA		Especificar especie si se conoce.	Etiológico	Dermatológico.
221	LEISHMANIA, MUCOCUTANEA			Etiológico	Dermatológico.
172	LEISHMANIA, VISCERAL			Etiológico	Parasitos tisulares, miscelánea
173	LEPRA			Etiológico	Dermatológico.
335	LEPTOSPIRA			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
738	LEUCOPENIA			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
367	LINFADENITIS, ADENITIS			Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
282	LINFADENOPATÍA			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
572	LINFEDEMA			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
448	LITIASIS RENAL			Sindrómico	Genitourinario y ETS
616	LYME ENFERMEDAD DE, ARTRITIS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

617	LYME ENFERMEDAD DE, CRÓNICA (e.j. neurologico)			Etiológico	Neurologico.
366	MAL DE ALTURAS AGUDO			Etiológico	Neurologico.
234	MALABSORCIÓN	Síntomas de malabsorción que mejoran con modificación dietética.. "C" requiere evidencia de laboratorio. No se permite utilizar" P" o "S" .		Etiológico	Diarrea crónica
179	MALARIA, ESPECIE DESCONOCIDA	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
175	MALARIA, P. FALCIPARUM	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
769	MALARIA, P. KNOWLESI	C requiere verificación por PCR .Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
176	MALARIA, P. MALARIAE	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
177	MALARIA, P. OVALE	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
178	MALARIA, P. VIVAX	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
618	MALARIA, RESISTENCIA A CLOROQUINA- P.f.	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
619	MALARIA, RESISTENCIA A CLOROQUINA- P.v.	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
697	MALARIA, RESISTENCIA A MALARONE	Especificar si fallo terapeutico, fallo de profilaxis o mutación genética confirmadaQuimioprofilaxis apropiada? (S/NO)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

735	MALARIA, RESISTENCIA A MEFLOQUINA	Especificar si fallo terapéutico, fallo de profilaxis o mutación genética confirmada Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
620	MALARIA, RESISTENCIA A PRIMAQUINA - P.v.	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
563	MALARIA, RESISTENCIA A QUININA- Pf.	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
628	MALARIA, SEVERA Y COMPLICADA, NO CEREBRAL	Especificar órgano afectado. Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
336	MALARIA, SEVERA Y COMPLICADA, CEREBRAL	Quimioprofilaxis apropiada? (S/NO)	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
706	MALNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
740	MANO- PIE-BOCA, SÍNDROME		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
224	MASTITIS		Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
337	MEFLOQUINA INTOLERANCIA, OTRAS (NO PSIQUIÁTRICA)		Etiológico	Efectos adversos a fármacos o vacunas
480	MEFLOQUINA, INTOLERANCIA, NEUROPSIQUIÁTRICO, LEVE.		Etiológico	Efectos adversos a fármacos o vacunas
503	MEFLOQUINA, INTOLERANCIA, NEUROPSIQUIÁTRICO, SEVERO		Etiológico	Efectos adversos a fármacos o vacunas

726	MELIOIDOSIS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
262	MEMBRANA TIMPÁNICA, PERFORACIÓN		Sindrómico	Respiratorio
463	MENIERE, SÍNDROME DE		Sindrómico	Neurológico.
652	MENINGITIS, AMEBOMA DE VIDA LIBRE		Etiológico	Neurológico.
460	MENINGITIS, BACTERIANA OTROS		Etiológico	Neurológico.
653	MENINGITIS, EOSINOFÍLICA		Sindrómico	Neurológico.
654	MENINGITIS, FUNGICA		Etiológico	Neurológico.
651	MENINGITIS, H. INFLUENZA		Etiológico	Neurológico.
461	MENINGITIS, MENINGOCOCICA		Etiológico	Neurológico.
650	MENINGITIS, NEUMOCOCICA		Etiológico	Neurológico.
462	MENINGITIS, VIRAL		Etiológico	Neurológico.
459	MENINGOCOCICA, SEPSIS (NO MENINGEA)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
371	MENSTRUACIÓN, ALTERACIONES		Sindrómico	Obstetricia/ginecología
543	METABÓLICAS, ALTERACIONES		Etiológico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
248	MIALGIA		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
182	MIASIS		Etiológico	Dermatológico.

707	MICRONUTRIENTES, DÉFICIT DE		Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
656	MIOCARDITIS		Sindrómico	Cardiovascular
467	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM		Etiológico	Dermatológico.
180	MONONUCLEOSIS INESPECÍFICA	Serología para CMV (-) y EBV (-); o serología no disponible para confirmar CMV o EBV	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
109	MORDEDURA DE ANIMAL, OTRO.	Especificar tipo de animal después de verificar que el tipo de animal no tiene su propio código en la Tabla Codificada de Diagnósticos.	Sindrómico	Dermatológico.
377	MORDEDURA DE GATO		Sindrómico	Dermatológico.
379	MORDEDURA DE MONO		Sindrómico	Dermatológico.
376	MORDEDURA DE OSO		Sindrómico	Dermatológico.
378	MORDEDURA DE PERRO		Sindrómico	Dermatológico.
380	MORDEDURA HUMANA		Sindrómico	Dermatológico.
601	MUERTE	Especificar causa de la muerte	Sindrómico	Muerte
626	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, TUBERCULOOMA EN SNC		Etiológico	Neurologico.

766	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, (MDR O XDR)	"C" requiere evidencia de laboratorio. Utilizar "S" cuando sólo hay evidencia clínica de no respuesta a fármacos de primera línea. Utilizar este código además de 209, 211, 223, 625, 626, or 676 que pone de manifiesto la forma de presentación de la enfermedad. Añada "MDR" o "XDR" y anote los fármacos ante los que se ha documentado en laboratorio la resistencia. TB MDR se define como resistencia a Isoniazida y Rifampicina. TB XDR incluye los criterios de MDR y ADEMÁS resistencia al menos a una de las 3 drogas intravenosas de segunda línea Y resistencia a cualquier quinolona.	Etiológico	Respiratorio
625	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DISEMINADA/ MILIAR		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
211	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, EXTRAPULMONAR	Utilizar 676 para MENINGITIS TB , 625 para TB DISEMINADA/MILIAR y 626 para TUBERCULOMA DE SNC. Especificar localización de la infección si se conoce.	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
676	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, MENINGITIS		Etiológico	Neurologico.
209	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, PULMONAR		Etiológico	Respiratorio
223	MYCOBACTERIUM, ATÍPICA (CUTANEA)		Etiológico	Dermatológico.

230	MYCOBACTERIUM, ATÍPICA, PULMONAR			Etiológico	Respiratorio
722	NAUSEAS, VOMITOS	Diagnóstico de exclusión si otros códigos diagnósticos no se pueden aplicar. Utilizar INTOXICACIÓN ALIMENTARIA 525 si agudo y autolimitado menor de 12 horas.	Sindrómico	Gastrointestinal, otros	
496	NEUMONÍA / SDRE. DISTRESS RESPIRATORIO DEL ADULTO	Utilizar para Rx tórax anormal. Si el paciente tiene Rx Tórax e influenza o neumonía, utilizar el código apropiado.	Sindrómico	Respiratorio	
187	NEUMONÍA ATÍPICA (DIFUSA)	Utilizar para Rx tórax anormal. Si el paciente tiene Rx Tórax e influenza o neumonía, utilizar el código apropiado. Especificar organismo si se conoce	Etiológico	Respiratorio	
188	NEUMONÍA BACTERIANA (LOBAR)	Utilizar con Rx Tórax anormal. Especificar organismo si se conoce	Etiológico	Respiratorio	
639	NEUMONÍA, FUNGICA	Necesita validación microbiológica	Etiológico	Respiratorio	
125	NEUROCISTICERCOSIS		Sindrómico	Neurologico.	
341	NEURODERMATOSIS		Sindrómico	Dermatologico.	
752	NEUROPATÍA CRANIAL		Sindrómico	Neurologico.	
484	NEUROPATIA PERIFÉRICA		Sindrómico	Neurologico.	
727	OCULAR, ENFERMEDAD CRÓNICA		Sindrómico	Oftalmologico	
519	ORZUELO/BLEFARITIS		Sindrómico	Oftalmologico	
470	OTITIS (Serosa)		Sindrómico	Respiratorio	

471	OTITIS EXTERNA			Sindrómico	Respiratorio
183	OTITIS MEDIA AGUDA			Sindrómico	Respiratorio
472	OVARIO, QUISTE DE			Sindrómico	Obstetricia/ginecología
479	PALPITACIONES			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
700	PANCREATITIS	Enfermedad clínica compatible con elevación de enzimas séricas pancreáticas y estudio de imagen anormal si está disponible.		Etiológico	Gastrointestinal, otros
468	PAPERAS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
483	PAPIEDEMA			Sindrómico	Neurologico.
637	PARACOCIDIOIDOMICOSIS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
272	PARÁLISIS CEREBRAL			Sindrómico	Enfermedad crónica.
485	PARKINSON, ENFERMEDAD DE			Sindrómico	Enfermedad crónica.
486	PARONQUIJA			Sindrómico	Dermatológico.
569	PARVOVIRUS			Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
545	PEDICULOSIS			Etiológico	Dermatológico.
570	PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO			Sindrómico	Pérdida de seguimiento.
489	PERICARDITIS			Sindrómico	Cardiovascular
698	PERITONITIS			Sindrómico	Gastrointestinal, otros
642	PERTUSSIS			Etiológico	Respiratorio

529	PESO, PÉRDIDA DE			Síntomas o hallazgos inespecíficos.
381	PICADURA DE ESCORPIÓN			Dermatológico.
111	PICADURA ANIMAL MARINO (AGUIJÓN)			Dermatológico.
382	PICADURA DE ARAÑA			Dermatológico.
308	PICADURA DE GARRAPATA			Dermatológico.
110	PICADURA INSECTO (AGUIJÓN)			Dermatológico.
353	PICADURA INSECTO SOBREINFECTADA			Dermatológico.
255	PIELONEFRITIS			Genitourinario y ETS
254	PIOMIOSITIS			Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
495	PLEURESÍA			Respiratorio
344	POLINEURITIS DE ORIGEN DESCONOCIDO			Neurológico.
723	POLIPOSIS COLÓNICA		Requiere endoscopia o Rx. Descartar esquistosomiasis.	Gastrointestinal, otro
501	PROLAPSO UTERINO			Obstetricia/ginecología
703	PROSTATITIS AGUDA			Genitourinario y ETS
744	PROSTATITIS CRÓNICA			Genitourinario y ETS
227	PROTEINURIA			Genitourinario y ETS

715	PROTOZOO INTESTINAL (SIN DIARREA), INESPECÍFICO	Para protozoos que no están en la Tabla de Diagnósticos Codificados	Etiológico	Gastrointestinal, otros
347	PRURITO, ORIGEN DESCONOCIDO		Sindrómico	Dermatológico.
504	PSICOSIS, NO MEFLOQUINA		Sindrómico	Psicológico
345	PSORIASIS		Sindrómico	Dermatológico.
393	PULMONAR, ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)		Sindrómico	Enfermedad crónica.
385	QUEMADURAS		Sindrómico	Dermatológico.
708	QUISITES	Especificar localización si se conoce.	Sindrómico	Dermatológico.
349	RABIA		Etiológico	Neurológico.
190	RABIA, PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN		Sindrómico	Dermatológico.
368	RASH ALÉRGICO (NO RELACIONADO CON FÁRMACOS)		Sindrómico	Dermatológico.
116	RASH, CERCARIAS		Etiológico	Dermatológico.
396	RASH, DERMATITIS DE CONTACTO		Sindrómico	Dermatológico.
130	RASH, ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (NO FEBRIL)		Sindrómico	Dermatológico.
131	RASH, FOTONSENSIBILIDAD		Sindrómico	Dermatológico.
415	RASH, FUNGICO		Etiológico	Dermatológico.

622	RASH, INDUCIDO POR CALOR		Sindrómico	Dermatológico.
490	RASH, PETEQUIAL		Sindrómico	Dermatológico.
195	RASH, PRURITO DEL BAÑISTA		Etiológico	Dermatológico.
199	RASH, PRURITO DEL BAÑISTA DEL MAR, ERUPCIÓN		Etiológico	Dermatológico.
323	RASH, RELACIONADA CON FÁRMACOS		Etiológico	Dermatológico.
216	RASH, URTICARIAL (ANGIOEDEMA)		Sindrómico	Dermatológico.
135	REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS, NO INCLUIDA MEFLOQUINA (SIN AFECTACIÓN CUTÁNEA)	Utilizar RASH, RELACIONADO CON FÁRMACOS 323 para afectación cutánea. Especificar el nombre del fármaco si se conoce.	Sindrómico	Reacciones adversas a Fármacos
273	REACCIÓN ANSIOSA		Sindrómico	Psicológica
702	REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ENFERMEDAD (RGE)	Pirosis o regurgitación predominante o frecuente (más de un episodio semanal).	Sindrómico	Gastrointestinal, otros
350	REITER, SÍNDROME DE		Etiológico	Enfermedad crónica
694	RENAL, FALLO CRÓNICO		Sindrómico	Genitourinario y ETS
693	RENAL, FALLO AGUDO		Sindrómico	Genitourinario y ETS
729	RESPIRATORIO AGUDO SEVERO, SÍNDROME (SARS)		Etiológico	Respiratorio
191	RESPIRATORIO, INFECCIÓN DEL TRACTO SUPERIOR	Restringido a coriza, resfriado, sin tos a no ser que sea secundario a goteo nasal.	Sindrómico	Respiratorio
681	RETENCIÓN URINARIA		Sindrómico	Genitourinario y ETS

302	RICKETTSIA (ACTUAL ORIENTIA), TSUTSUGAMUSHI		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
631	RICKETTSIA, AKARI		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
303	RICKETTSIA, ESPECIE DESCONOCIDA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
733	RICKETTSIA, FELIS (FIEBRE MOTEADA POR PULGAS)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
732	RICKETTSIA, FIEBRE DE LAS MONTAÑAS ROCOSAS, FIEBRE BOTONOSA AFRICANA, FIEBRE MEDITERRÁNEA.		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
306	RICKETTSIA, OTROS	Especificar especie. Si especie desconocida, utilizar código 303 Rickettsia, desconocido.	Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
630	RICKETTSIA, PROWAZEKI (TIFUS EPIDÉMICO, PIOJOS)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
734	RICKETTSIA, TYPHI (TIFUS MURINO POR PULGAS)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
278	RINITIS ALÉRGICA		Sindrómico	Respiratorio.
549	ROSEOLA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
575	ROSS RIVER , VIRUS		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
550	RUBEOLA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

192	SALMONELLA, OTROS	No typhi o paratyphi. "C" requiere cultivo +. "P" o "S" no está permitido. Especificar especie si se conoce.	Etiológico	Diarrea aguda
632	SALMONELLA, PARATYPHI		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
193	SALMONELLA, TYPHI		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
760	SANGRADO GASTROINTESTINAL, DIVERTICULAR	Sangrado agudo bajo gastrointestinal con visualización endoscópica de sangrado diverticular requerido para "C". No se permite utilizar "P" o "S".	Etiológico	Gastrointestinal, otros
505	SANGRADO RECTAL		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
184	SANO		Sindrómico	Sano
507	SARAMPION		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
146	SCREENING PARA ENFERMEDADES RELACIONADAS CON VIAJES		Sindrómico	Screening (Sólo diagnóstico de trabajo)
699	SÉPSIS	Especificar especie si se conoce.	Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
635	SHIGELLA, S. boydii	"C" requiere cultivo +. "P" o "S" no permitido.	Etiológico	Diarrea aguda
633	SHIGELLA, S. dysenteriae	"C" requiere cultivo +. "P" o "S" no permitido.	Etiológico	Diarrea aguda
634	SHIGELLA, S. flexneri	"C" requiere cultivo +. "P" o "S" no permitido.	Etiológico	Diarrea aguda
200	SHIGELLA, S. sonnei	"C" requiere cultivo +. "P" o "S" no permitido.	Etiológico	Diarrea aguda
101	SIDA		Etiológico	Enfermedad crónica.

				Etiológico	Genitourinario y ETS
356	SÍFILIS			Etiológico	Genitourinario y ETS
521	SÍNCOPE			Sindrómico	Síntomas o hallazgos inespecíficos.
201	SINUSITIS, AGUDA		Se requiere supuración y dolor., Utilizar incluso si tos o fiebre están presente, pero si la tos es claramente secundaria a la sinusitis	Sindrómico	Respiratorio
202	SINUSITIS, CRÓNICA		Se requiere supuración y dolor., Utilizar incluso si tos o fiebre están presente, pero si la tos es claramente secundaria a la sinusitis	Sindrómico	Respiratorio
253	SPRUE TROPICAL		"C" requiere biopsia. Se puede utilizar "p" para síndrome clínico compatible con imagen radiológica compatible O malabsorción confirmada por laboratorio con respuesta a terapia antibiótica.	Etiológico	Diarrea crónica
241	STRESS			Sindrómico	Psicológico
225	STRESS POSTTRAUMÁTICO			Sindrómico	Psicológico
705	TALASEMIA			Sindrómico	Enfermedad crónica.
748	TEJIDOS BLANDOS, INFECCIÓN. MRSA			Etiológico	Dermatológico.
747	TEJIDOS BLANDOS, INFECCIÓN. STAFYLOCOCCICA			Etiológico	Dermatológico.
522	TENDINITIS			Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
641	TETANO			Etiológico	Neurologico.

756	TIFOIDEA FIEBRE, INESPECÍFICA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
357	TINITUS		Sindrómico	Neurologico.
263	TIROIDES, ENFERMEDAD DE		Sindrómico	Enfermedad crónica.
358	TONSILITIS		Sindrómico	Oral y Dental
525	TOXICIDAD ALIMENTARIA	Gastroenteritis mediada por toxinas; excluido pescado y marisco	Sindrómico	Diarrea aguda
206	TOXOPLASMA GONDII		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
513	TRANSMISIÓN SEXUAL, ENFERMEDAD DE	No cervicitis o enfermedad pélvica inflamatoria.	Sindrómico	Genitourinario y ETS
126	TRASTORNO DELIRANTE POR PARÁSITOS		Sindrómico	Psicológica
432	TRAUMATISMO CRANEAL		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
724	TRAUMATISMO O HERIDA, MISCELÁNEA		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
208	TRICHURIS TRICHIURA		Etiológico	Gastrointestinal, otros
360	TRICOMONAS INTESTINALIS		Etiológico	Gastrointestinal, otros
361	TRICOMONAS VAGINALIS		Etiológico	Genitourinario y ETS
268	TRIGEMINAL, NEURALGIA		Sindrómico	Neurologico.
671	TRIPANOSOMIASIS, AFRICANA (T. gambiense)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.

363	TRIPANOSOMIASIS, AFRICANA (T. rhodesiense)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
207	TRIQUEINELLA		Etiológico	Parasitos tsulares, miscelánea
405	TROMBOFLEBITIS (TVP)		Sindrómico	Cardiovascular
685	TROMPA DE EUSTAQUIO, DISFUNCIÓN		Sindrómico	Respiratorio
210	TUBERCULOSIS, PPD, QUANTIFERON O T-SPOT POSITIVO (ENFERMEDAD NO ACTIVA)		Etiológico	Enfermedad crónica.
696	TULAREMIA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
718	TUMOR BENIGNO SUPERFICIAL		Sindrómico	Dermatológico.
256	TUNEL CARPIANO, SÍNDROME DEL		Sindrómico	Traumatismos y musculosquelético
212	TUNGIASIS		Etiológico	Dermatológico.
755	ÚLCERA CORNEAL		Sindrómico	Oftalmológico
717	ÚLCERA CUTÁNEA (BACTERIANA, NO PICADURA DE INSECTO)		Sindrómico	Dermatológico.
611	ÚLCERA GENITAL	Si es debido a Herpes utilizar HERPES SIMPLEX 442.	Sindrómico	Genitourinario y ETS

342	ÚLCERA PÉPTICA, H,PYLORI (+)	"C" requiere endoscopia o estudio radiológico alto en presencia de test invasivos y no invasivos positivo para H. pylori. No se permite el uso de "P" o "S" Utilizar DISPESIA 237 si no hay confirmación.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
279	ÚLCERA PÉPTICA, INESPECÍFICO.	"C" requiere endoscopia o estudio radiológico alto .Test para H. pylori no realizado.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
343	ÚLCERA PÉPTICA,H,PYLORI (-)	"C" requiere endoscopia o estudio radiológico alto en presencia de test invasivos y no invasivos negativo para H. pylori.. No se permite el uso de "P" o "S". DISPESIA 237 si no hay confirmación.	Sindrómico	Gastrointestinal, otros
487	ÚLCERA, PERFORACIÓN		Sindrómico	Gastrointestinal, otros
166	UNCINARIAS (A. duodenale, N. americanus)		Etiológico	Gastrointestinal, otras
446	UÑA ENCARNADA		Sindrómico	Traumatismos y musculoesquelético
648	URETRITIS, GONOCOCICA		Etiológico	Genitourinario y ETS
214	URETRITIS, INESPECÍFICA		Sindrómico	Genitourinario y ETS
649	URETRITIS, NO GONOCOCICA		Etiológico	Genitourinario y ETS
215	URINARIO TRACTO, INFECCIÓN DEL		Sindrómico	Genitourinario y ETS
691	VACUNA, EFECTO ADVERSO (NO FLASH)	Especificar vacuna implicada si se conoce y si el evento fue localizado, sistémico o severo.	Sindrómico	Efectos adversos a fármacos o vacunas

217	VAGINITIS	Buscar Códigos Genitourinarios para ETS específicas si se conoce y es aplicable	Sindrómico	Obstetricia/ginecología
643	VALLE DEL RIFT, FIEBRE DEL		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
526	VARICELA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
767	VERRUGAS NO GENITALES		Etiológico	Dermatológico.
647	VERRUGAS GENITALES		Etiológico	Genitourinario y ETS
365	VERTIGO		Sindrómico	Neurologico.
403	VÉRTIGO		Sindrómico	Neurologico.
624	VIBRIO, NO CÓLERA	"C" requiere cultivo +. "P" o "S" no está permitido.Especificar especies si se conoce.	Etiológico	Gastrointestinal, otros
678	VIOLENCIA, EXPOSICIÓN A		Sindrómico	Psicologico
219	VIRAL, SÍNDROME (NO RASH)	Si respiratorio, mirar si INFLUENZA-LIKE, ENFERMEDAD 334 es aplicable.	Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
623	VIRAL, SÍNDROME CON RASH		Sindrómico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
695	VIRUELA (VARIOLA MAJOR)		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
260	VISIÓN, DISMINUCIÓN DE		Sindrómico	Oftalmológico
688	VISIÓN, PÉRDIDA DE		Sindrómico	Oftalmológico
276	VÓMITOS CICLICOS, SÍNDROME DE		Sindrómico	Psicológica
713	WEST NILE, VIRUS		Etiológico	Neurologico.

220	YERSINIA ESPECIES, NO-PESTIS	"C" requiere cultivo +. "P" o "S" no permitido.	Etiológico	Diarrea aguda
564	YERSINIA PESTIS, BUBONICA		Etiológico	Enfermedad sistémica/ Sdre febril.
582	YERSINIA PESTIS, NEUMONICA		Etiológico	Respiratorio

Bibliografía

1. Fuertes PZ, Pérez-Ayala A, Pérez Molina JA, Norman FF, Monge-Maillo B, Navarro M, et al. Clinical and epidemiological characteristics of imported infectious diseases in Spanish travelers. *J Travel Med.* 2010 Sep;17(5):303-9.
2. Arguin PM, Marano N, Freedman DO. Globally mobile populations and the spread of emerging pathogens. *Emerg Infect Dis.* 2009 Nov;15(11):1713-4.
3. Monge-Maillo B, Jimenez BC, Pérez-Molina JA, Norman F, Navarro M, Pérez-Ayala A, et al. Imported infectious diseases in mobile populations, Spain. *Emerg Infect Dis.* 2009 Nov;15(11):1745-52.
4. Manzardo C, Trevino B, Gómez i Prat J, Cabezas J, Mongui E, Claveria I, et al. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: epidemiological aspects and public health issues. *Travel Med Infect Dis.* 2008 Jan-Mar;6(1-2):4-11.
5. López-Vélez R NBM, Jiménez C. Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Estudios, Informe e Investigación 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 2007.
6. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2010. Instituto Nacional de Estadística. 29 de Abril de 2010.
7. 2010. UWTBhwuofebhcednd.
8. Barnett ED, MacPherson DW, Stauffer WM, Loutan L, Hatz CF, Matteelli A, et al. The visiting friends or relatives traveler in the 21st century: time for a new definition. *J Travel Med.* 2010 May-Jun;17(3):163-70.
9. Matteelli A, Stauffer WM, Barnett ED, MacPherson DW, Loutan L, Hatz C, et al. Is a new definition required for travelers who visit friends and relatives? *J Travel Med.* 2010 Nov-Dec;17(6):430-1; discussion 1.
10. Leder K, Tong S, Weld L, Kain KC, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, et al. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis.* 2006 Nov 1;43(9):1185-93.
11. Barnett ED, Walker PF. Role of immigrants and migrants in emerging infectious diseases. *Med Clin North Am.* 2008 Nov;92(6):1447-58, xi-xii.
12. Gushulak BD, MacPherson DW. Globalization of infectious diseases: the impact of migration. *Clin Infect Dis.* 2004 Jun 15;38(12):1742-8.
13. Pérez-Molina JA, López-Vélez R, Navarro M, Pérez-Elias MJ, Moreno S. Clinicoepidemiological characteristics of HIV-infected immigrants attended at a tropical medicine referral unit. *J Travel Med.* 2009 Jul-Aug;16(4):248-52.
14. Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, Norman F, López-Vélez R. Chagasic cardiomyopathy in immigrants from Latin America to Spain. *Emerg Infect Dis.* 2009 Apr;15(4): 607-8.
15. Pérez-Molina JA, Pérez-Ayala A, Moreno S, Fernández-González MC, Zamora J, López-Vélez R. Use of benzimidazole to treat chronic Chagas' disease: a systematic review with a meta-analysis. *J Antimicrob Chemother.* 2009 Dec;64(6):1139-47.

Actualmente no se dispone en España de un registro sobre infecciones importadas y la información existente es el resultado de la publicación fragmentaria de la experiencia de los distintos grupos que trabajan en este campo. La colaboración entre profesionales dedicados a una misma actividad, recogiendo información de una forma estandarizada y concisa, representativa del campo de estudio, resulta muy provechosa como fuente de información sobre aspectos epidemiológicos, clínicos, de tratamiento y de tendencias temporales.

El disponer de datos representativos a nivel nacional de las infecciones importadas a nuestro país por inmigrantes y viajeros, de una manera prospectiva y dinámica, permitirá conocer a los planificadores sanitarios la realidad sobre la que actuar, y a los clínicos estar alerta sobre la aparición y el patrón temporal y geográfico de las infecciones importadas.

La participación de un número amplio de centros en cuanto a ámbito geográfico, población hospitalaria y de atención primaria, permitirá disponer de indicadores sanitarios representativos a nivel nacional. Esta información será útil desde el punto de vista epidemiológico, para la asistencia clínica y la asignación de recursos sanitarios.

