



1355 - MIGRACIÓN POR LA RUTA CANARIA. CRIBADO DE PATOLOGÍA INFECCIOSA IMPORTADA Y VACUNACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO PENINSULAR

Alejandro Muñoz Serrano¹, Laura Dorado Doblado¹, Natalia Vicente López¹, Sara de la Fuente Moral¹, Alberto Díaz de Santiago¹, Itizar Diego Yagüe¹, Esther Expósito Palomo¹ y Marcos López Dosi²

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, España. ²Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, España.

Resumen

Objetivos: La ruta migratoria desde África hasta Canarias ha recuperado relevancia, debido al mayor control fronterizo en el Mediterráneo, registrándose en 2024 el mayor número de llegadas a España con 46.843 personas. Esta situación ha desbordado la capacidad de acogida y al sistema sanitario canario llevando a reubicarles en centros de acogida en diferentes ciudades peninsulares. Generalmente, no han podido acceder al sistema sanitario hasta ese momento. Nuestro objetivo es describir el resultado de las pruebas diagnósticas sobre patología infecciosa realizados a estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo y unicéntrico, incluyendo a adultos llegados a España por la ruta canaria, que se encuentran en situación de acogida y que han accedido a nuestra consulta voluntariamente tras acudir a Urgencias por algún problema de salud desde 01/10/2024 al 08/05/2025. Se realizaron analítica sanguínea con serologías para VIH, VHB, VHC, HTLV-1, sífilis, estrongiloides, esquistosoma, parotiditis, sarampión, rubeola, varicela y otras según el motivo de consulta. Se realizó Quantiferon y radiografía de tórax, si el anterior resultó positivo. Se tomaron muestras de heces y de orina si procedía.

Resultados: Acudieron a Urgencias 277 migrantes, remitiendo el 18% (n = 50) a la consulta, pero 10 fueron trasladados a otra ciudad antes de completar el estudio. De los 40 pacientes restantes, el 40% provenía de Malí, 32,5% Senegal, 12,5% Gambia, 5% Guinea, 5% Mauritania, uno de Burkina Faso y otro de Bangladesh. La mediana de edad fue $25 \pm 5,27$ años. El 48% presentaba eosinofilia, siendo la esquistosomiasis la causa más frecuente (76,5%). Un paciente tuvo un diagnóstico tardío por VIH-1 B2 con herpes zoster ($CD4+ 443 \text{ cels} \cdot 10^3/\mu\text{L}$ con carga viral 46.900 copias/mL). Ningún paciente estaba infectado por VHC, ni HTLV-1. El 55% presentó anticuerpos anti-HBc, de ellos, el 32% sin anticuerpos anti-HBs y con antígeno Australia positivo (todos los pacientes sin alteración del perfil hepático y $DNA < 2.000$ copias/mL). El 53% tuvo serología positiva para esquistosoma, el 65% con eosinofilia, el 30% con visualización de huevos en la orina y ninguno en heces. La serología para estrongiloides fue positiva en el 18%, ninguno con diagnóstico directo en heces. Solo 1 presentaba eosinofilia. El 28% se diagnosticó infección tuberculosa latente (ITL) y 1 paciente de tuberculosis pulmonar. Además, se diagnosticó 2 pacientes con malaria, 5 con varicela y 3 con sífilis. Se recomendó vacunación con difteria-tétanos-pertussis, poliomielitis, meningitis-ACWY y *H. influenzae* b en todos los pacientes y según los resultados serológicos sarampión-rubeola-parotiditis, hepatitis B y varicela.

Conclusiones: La dificultad de acceso a la asistencia sanitaria de esta población y el régimen de acogida con frecuentes traslados nos ha dificultado realizar el cribado de un mayor número de pacientes. A pesar de ello, se han diagnosticado numerosos casos de infección por VHB, estrongiloidiasis, esquistosomiasis, tuberculosis, varicela y una primoinfección por VIH, entre otros. Además, de haber iniciado la vacunación de enfermedades inmunoprevenibles con el consiguiente beneficio para los pacientes y a nivel poblacional. Es necesario implementar medidas que faciliten el acceso a programas de salud a esta población para mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas.