

Trebajos Originals

Cumplimiento y resultados de un examen de salud a inmigrantes

**Mar Yuste Botey,^{1A} Joaquim Enguix Cugat,^{1A}
María Atero Villén,^{1A} Gemma Falcó Faydella,^{1B}
Nemesio Moreno Millán,^{2C} Oksana Lushchenkova^{2C}**

1 Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

2 Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

A CAP Via Bàrcino

B CAP Sant Miquel

Correspondencia:

Mar Yuste Botey

Dirección electrónica: 32089myb@comb.es

CAP Via Bàrcino (Barcelona)

Publicado: 1 de marzo del 2009

Butlletí 2009, 27:5

Éste artículo está disponible en:

http://butlleti.camfic.org/Volum_26/TO_Salut_Immigrants_CAST.aspx

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Resumen

OBJETIVOS: Describir el cumplimiento y resultados de un examen de salud a inmigrantes y sus determinantes socioeconómicos.

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal.

Tóxicos: 21,7% fumadores, 9,2% bebedores de riesgo (15% latinos y 3% resto $p=0,006$) y 1,8% otras drogas. Sólo el 39,7% completó todo el estudio: 25% no acudió a serologías, 48,4% no aportó las tres muestras de heces, 31,8% no aceptaron o no se presentaron al Mantoux, el 26,4% no aportaron radiografía. AgHBs positivo 1,2%, VHC 3,1%, VIH 1,9%, lues 0%, rubéola 96% inmune. Parásitos patológicos en 4 personas. Mantoux positivo en 39,6%. Una radiografía alterada.

CONCLUSIONES: Observamos un bajo cumplimiento en la realización de las exploraciones complementarias. Se tendría que replanear la factibilidad y la indicación de un examen indiscriminado a inmigrantes asintomáticos.

PALABRAS CLAVE: inmigrantes, criba, enfermedades infecciosas, atención primaria.

Introducción

En la última década España se ha convertido en un país de destinación preferente de extranjeros procedentes de países con rentas bajas. La realidad actual es que en la atención primaria atendemos población de origen muy diverso. Es bien conocido que los inmigrantes son, generalmente personas jóvenes y sanas, pero las condiciones de precariedad social y laboral en las que viven afectan su salud¹. Se ha descrito que los principales determinantes de salud de los inmigrantes vienen dados por las condiciones de vida en el país de acogida^{2,34}. Se sabe que las enfermedades infecciosas varían según la procedencia de los extranjeros. En la literatura nacional hay varias publicaciones sobre recomendaciones y cribas analíticas realizadas a inmigrantes asintomáticos^{3,5}. Estos procedimientos son de utilidad para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas más prevalentes en sus países de origen y benefician al paciente gracias a la detección precoz de las mismas. Los resultados son diversos según el origen de la población a la que van dirigidos y el ámbito en que se realizan (hospital o Atención Primaria)⁶. El cumplimiento también varía según el emplazamiento y el objetivo de la criba⁷. A pesar de eso, no existe un consenso claro sobre las exploraciones complementarias que se tienen que realizar¹.

El objetivo de este trabajo es describir la aceptación, el cumplimiento y los resultados del examen de salud de los inmigrantes asintomáticos y conocer los determinantes socioeconómicos que pueden influir en su salud.

Material y métodos

Diseño del estudio. Estudio descriptivo transversal. La información se recogió entre enero de 2005 y abril de 2006.

Ámbito de estudio. Población extranjera de países extracomunitarios asignados y atendidos por cualquier motivo en el Centro de Atención Primària (CAP) Via Barcino de Barcelona.

Según datos del Ayuntamiento de Barcelona la proporción de población de nacionalidad extranjera a la zona de referencia del CAP Via Barcino era del 22,7% para el año 2005 y 28,7% para el año 2006⁸.

Criterios de inclusión Edad >14 años. Haber nacido en un país extracomunitario. Haber residido un máximo de 5 años en la CEE.

Criterios de exclusión No aceptar participar en el estudio. No entender ninguno de los idiomas ofrecidos (español, urdu, árabe e inglés). Selección de la muestra de estudio Se seleccionaron los dos primeros pacientes que cumplían criterios de inclusión de los atendidos diariamente en el centro, independientemente del tipo de cita. Durante la visita se explicó a los pacientes el estudio y se suministró la hoja informativa sobre las exploraciones complementarias a realizar en los 4 idiomas antes mencionados. Se solicitó el consentimiento informado verbalmente. Variables e instrumentos de medida Para la medida, se utilizó una hoja de registro que se formalizó por los profesionales sanitarios. Las variables recogidas por anamnesis incluyeron datos sociodemográficos y administrativos, hábitos tóxicos y pruebas complementarias (**Tabla 1**).

Edad:

Sexo (1. Hombre 2. Mujer)

País de origen:

Año de llegada:

Regularización (1. Si 2. No)

Número de personas en la casa:

Número de habitaciones en la casa:

Viven con familiares de primer grado (1. Si 2. No)

Trabajo: 1. No empleado

2. Empleado. 2.1. con contrato

2.2. sin contrato

2.3. No registrado

Estudios (1. Analfabeto 2. Estudios primarios 3. Estudios secundarios 4. Universitarios)

Hábitos tóxicos. Tabaco (1. Si 2. No)

Enol > 40gr/hombre > 24 gr/ mujer (1. si 2. No)

Otras drogas (1. Si 1.1. Hachís 1.2. Cocaína 1.3 Heroína 1.4 Otros 2. No)

Serologías. AgHBs (1. positivo 2.negativo 3. No acepta 4. No se presenta en la analítica)

VHC (1. positivo 2.negativo 3. No acepta 4. No se presenta en la analítica)

VIH (1. positivo 2.negativo 3. No acepta 4. No se presenta en la analítica)

Lúes RPR (1. positivo 2.negativo 3. No acepta 4. No se presenta en la analítica)

Lúes FTA-ABS (1. positivo 2.negativo 3. No acepta 4. No se presenta en la analítica a)

Rubéola inmune (1. 1. positivo 2.negativo 3. No acepta 4. No se presenta en la analítica)

Parásitos en heces. Muestra 1 (1. Parasitosis única 2. Múltiple 3. Negativo 4. No aporta 5. No acepta)

Muestra 2 (1. Parasitosis única 2. Múltiple 3. Negativo 4. No aporta 5. No acepta)

Muestra 3 (1. Parasitosis única 2. Múltiple 3. Negativo 4. No aporta 5. No acepta)

PPD.

1. Positivo (>10mm). 2. Negativo.

Radiografía tórax.

1. Normal 2. Alterada

Se calculó el índice de hacinamiento dividiendo el número de personas que conviven entre el número de habitaciones de la vivienda. Para el estudio de parásitos el laboratorio utilizó la técnica de concentración test de Ritchie modificada. Para la prueba de PPD se administró 2 UT de tuberculina por vía intradérmica con una lectura a las 72 horas. Se consideraron positivos a *Mycobacterium tuberculosis* aquellos pacientes con una prueba de PPD igual o superior a 10 mm. En la población subsahariana, además, se recomendó el estudio de filaria y paludismo. Para realizar estos dos últimos se remitió a los pacientes a la Unidad de Enfermedades Infecciosas de referencia (a causa de la limitación del laboratorio del CAP). Análisis estadístico Los datos recogidos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 11.0. La relación entre las variables se analizó mediante la prueba chi cuadrado, cuando se trataba de variables cualitativas, y mediante la t de Student o test de ANOVA cuando se analizaron variables cualitativas y cuantitativas, considerando como significación estadística los valores de $p > 0,05$.

Resultados

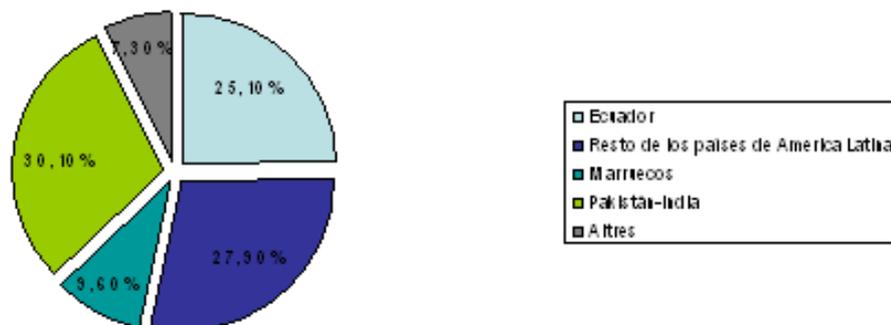
De los 219 inmigrantes que acudieron al CAP Via Barcino, el 60,7% eran hombres y 39,3% mujeres. Es una población joven con una edad media de 32,5 años (IC95%, 31,1-33,9) y con una estancia media en España de 2,27 años (IC95%, 2,07-2,48). Los inmigrantes eran originarios de 23 países (**tabla II**).

Tabla II. Países de procedencia de los 219 participantes del estudio por zona geográfica

Procedencia	Número (%)
Ecuador	55 (25,1)
Perú	17 (7,8)
Bolivia	13 (5,9)
República Dominicana	9 (4,1)
Colombia	6 (2,7)
Honduras	5 (2,3)
Brasil	4 (1,8)
Venezuela	3 (1,4)
Cuba	1 (0,5)
Nicaragua	1 (0,5)
Uruguay	1 (0,5)
El Salvador	1 (0,5)
Total América	116 (53,1)
Marruecos	21 (9,6)
Nigeria	4 (1,8)
Argelia	2 (0,9)
Ghana	2 (0,9)
Gambia	1 (0,5)
Guinea	1 (0,5)
Total África	31 (14,2)
Pakistán	63 (28,8)
India	3 (1,4)
Armenia	1 (0,5)
Total Asia	67 (30,7)
Rumania	4 (1,8)
Rusia	1 (0,5)
Total Europa	5 (2,3)

La **figura I** muestra la distribución de pacientes según las zonas o países de origen recodificados. Destaca que los inmigrantes que provienen de Pakistán e India mayoritariamente son de sexo masculino (90,9%).

Figura I. Agrupación de los países de origen de los 219 participantes del estudio según la frecuencia



El número medio de personas por vivienda es de 5,01 (IC95%, 4,77-5,26). Un 58,8% de los participantes viven con más de 4 personas en la misma vivienda. Se observaron diferencias significativas entre el número de personas que conviven y el índice de hacinamiento según el país de procedencia: 5,5 convivientes en los pacientes de origen pakistaní e indio en comparación con 4,8 en los inmigrantes del resto de los países ($p=0,01$) y un índice de hacinamiento de 1,89 en comparación con 1,69 ($p=0,04$), respectivamente. El 87,0% de los nativos de Ecuador conviven con los familiares de primer grado en comparación con los 16,9% originarios de Pakistán e India ($p<0,001$). En el momento de la entrevista un 54,4% admitía no estar regularizado. Un 62,4% de los inmigrantes afirmaba tener trabajo. Destaca que un 83,6% de los ecuatorianos refiere trabajar en comparación con un 50,8% de procedentes de Pakistán e India ($p<0,001$). Más de la mitad de los encuestados (un 53,7%) afirmaron tener estudios secundarios o superiores. Asimismo, el nivel de estudios fue diferente según el país o zona geográfica analizada. Así, entre los 114 pacientes originarios de América Latina, un 68,4% tenían estudios secundarios o superiores, a diferencia de los 102 pacientes del resto de los países (37,3%) ($p<0,001$). Un 23,8% de los inmigrantes procedentes de Marruecos no tenían ningún tipo de estudios. Al comparar el índice de hacinamiento según el nivel de estudios cursados, se observó que el índice era menor en las personas con nivel educativo más elevado ($p=0,01$). El 21,7% fumaban, el 9,2% eran bebedores de riesgo y el 1,8% afirmó haber consumido otras drogas (cocaína o hachís). Respecto al consumo de alcohol, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,002$) en la prevalencia de enolismo entre los latinoamericanos y los procedentes del resto de los países (15% y 3%, respectivamente). Los resultados de las serologías se muestran en la **Tabla III**.

Tabla III. Resultados positivos de la prueba de Mantoux, serologías de hepatitis B, C y VIH según procedencia

	Total positivos	Ecuador	Resto de América Latina	Marruecos	Pakistán India	Otros
Prueba de Mantoux positiva	40 (39,6%)	9 (31,0%)	11 (37,9%) ¹	3 (75%)	11 (36,7%)	6 (66,7%) ²
Antígeno Australia (HBsAg)	2 (1,2%)	0	0	0	0	2 (1,2%) ³
Infección por VHC	5 (3,0%)	0	0	0	5 (3,0%)	0
VIH	3 (1,9%)	3 (1,9%)	0	0	0	0
Rubéola no inmune	2 (3,8%)	1	1 ⁵	0	0	0
Sífilis activa	0	0	0	0	0	0
Parásitos patológicos	4 (2,6%)	1 (2%)	2 (11,1%) ⁴	0	1 (2,9%)	0

¹ Bolivia, Honduras, Perú, R. Dominicana, Uruguay, Venezuela

² Nigeria, Rumania

³ Nigeria

⁴ Perú, R. Dominicana

⁵ R. Dominicana

Entre un 25 y 28% de las serologías recomendadas no fueron realizadas a causa de la no aceptación por parte de los pacientes o no es van presentar el día de la analítica.

Destacamos que a pesar de analizar 399 muestras de heces, de los 153 pacientes que aportaron alguna muestra para el examen (69,9%) sólo 15 muestras de 10 personas diferentes fueron positivas. Sólo 4 personas, las que tenían muestras positivas para Giardia lamblia, realizaron tratamiento con metronidazol. Las otras 6 personas presentaron parásitos no patológicos. No aportaron las tres muestras de excrementos un 48,4% del total de participantes.

Se realizó la prueba de Mantoux en 133 de los 148 pacientes en quienes estaba indicado, pero 32 no acudieron a la lectura de la intradermoreacción. Los resultados totales y por países se encuentran en la **tabla III**. No se detectó ningún caso de tuberculosis pulmonar. De los 40 casos con prueba positiva, sólo uno, de origen ecuatoriano, tuvo alteraciones en la radiografía de tórax. Tanto este como otro paciente, el cual la prueba de Mantoux no fue indicada por la edad, pero que presentó radiografía de tórax patológica, fueron derivados a Neumología, donde se les recomendó quimioprofilaxis secundaria con isoniacida durante 6 meses. Un 26,4% (28 pacientes) de los inmigrantes en los que fue indicada la radiografía de tórax, no aceptó su realización o no aportó el resultado de la exploración. Sólo un 39,7% de los pacientes incluidos en el estudio realizó el examen de salud completo.

Discusión

Los resultados de este estudio están recogidos a partir de una detección oportunista de los pacientes que acuden por cualquier motivo al Centro de Salud. Eso hace que los resultados sean en el marco de la Atención Primaria, a diferencia de otros estudios realizados en unidades especializadas ⁹⁻¹⁰, o bien otros que se realizan como paso previo obligatorio para la obtención de certificados médicos ¹¹. Los protocolos de salud están especialmente indicados en la población inmigrante que hace poco que está en la CEE³⁻⁵. Así pues, hemos intentado aplicar el mencionado protocolo para valorar su efectividad en las condiciones reales de una consulta. Por eso, los resultados de este estudio y otros realizados en la Atención Primaria^{6,12,13} podrían encontrarse más cercanos a la realidad de la población, ya que esta consulta en su Centro de Salud como primer nivel de asistencia.

A diferencia de otros estudios, se han recogido datos socioeconómicos, como el número de convivientes y el índice de hacinamiento, que puedan influir en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Los resultados, en cuanto al número de convivientes, son similares a otros estudios publicados en nuestro medio¹³, pero contrastan con los datos del padrón municipal⁸ del barrio para el año 2004, en el que las viviendas de 5 o más personas representaban sólo el 11% del total.

Destaca el elevado número de pacientes no regularizados. Se debe tener en cuenta que se inició la recogida de datos durante el período de regularización del año 2005.

El porcentaje de personas con estudios secundarios o superiores encontrado en el estudio fue similar al global del barrio⁸ (53,7% y 52,7%), siendo superior en latinoamericanos, de forma parecida a otros estudios^{2,13}.

Respecto a los hábitos tóxicos, se observa un porcentaje menor de fumadores en comparación a la población general de Cataluña, donde se detecta un 32,1% de fumadores. En cambio, el porcentaje de bebedores de riesgo es muy superior (especialmente en latinoamericanos, donde encontramos un 15%) al detectado en la población catalana ¹⁴ es de un 4,5%. Las diferencias culturales o las dificultades socioeconómicas de los inmigrantes pueden determinar esta mayor prevalencia. El estado de portador de hepatitis B observado es similar a otros estudios, tanto en prevalencia como en origen geográfico, oscilando entre un 0% y un 3,4% ^{6,11,12}. La

prevalencia de anticuerpo ante el virus del hepatitis C encontrada nuestro estudio puede considerarse elevada respecto a otros trabajos^{6,11,12}. Eso puede ser a causa de que en nuestro caso hay más inmigrantes del grupo Pakistán-India que en otros trabajos, ya que en estos países hay una mayor prevalencia¹⁵. En cuanto a la serología del VIH, la prevalencia de pacientes infectados en nuestro estudio es similar a otros estudios nacionales ^{12,16}. Destaca el hecho de que dos de los tres casos positivos resultaron ser pareja. Estos casos acudieron en días diferentes y se consideraron como un falso hecho aleatorio.

A pesar de solicitar tres muestras de heces por paciente, sorprende que los resultados, tanto de parásitos en general como de parásitos patológicos son muy bajos respecto al resto de estudios^{6,12}. Se podría explicar, parcialmente, por el elevado número de pacientes que no aportan las tres muestras de heces, el bajo porcentaje de inmigrantes subsaharianos en los que es más frecuente encontrar parásito y las limitaciones de la técnica para detectar algunos helmintos ¹⁷; pero, algún otro factor debe existir que justifique la gran diferencia encontrada, podríamos apuntar el tiempo entre la recogida de la muestra y el análisis del laboratorio o bien el medio de recogida.

Respecto a la prevalencia de infección determinada para la prueba de la tuberculina, nuestros resultados coinciden con los estudios realizados en inmigrantes de orígenes similares y con lecturas de la prueba utilizando el mismo criterio de positividad^{12,16,1}. Dado el alto número de individuos que no acuden a la lectura de la intradermoreacción (24,1%), consideramos que si no se garantiza la lectura de la prueba, se debería aplazar su realización. En caso de la ausencia del paciente a la lectura, se debería repetir el PPD entre 7-10 días²⁰ para evitar que el Efecte Booster nos lleve a interpretar un resultado positivo como una conversión reciente.

En global destaca el bajo cumplimiento en muchas de las pruebas, en especial el PPD y las muestras de heces. Sólo un 40% de los participantes realiza el examen completo; este hecho, podría ser debido a que muchas de estas exploraciones implican una segunda visita, o bien porque no creen que el cribado suponga un beneficio para su salud, o porque existen otras prioridades socioeconómicas que se anteponen a una visita de carácter preventivo.

En vista de los resultados en la población estudiada, el cribado de la población inmigrante no debería ser ni sistemático ni indiscriminado, sino que deberían realizarse serologías en pacientes con factores de riesgo, tanto geográficos como personales. Además, se debería de tener en cuenta que las actividades de carácter preventivo en Atención Primaria se pueden realizar en sucesivas visitas. Mención a parte merecería el cribado de la infección tuberculosa. El alto porcentaje de positividad en los resultados y de personas jóvenes con indicación de quimioprofilaxis hacen que se pueda valorar el cribado sistemático a los inmigrantes que se comprometan a su posterior lectura y a cumplir el tratamiento en caso de ser recomendado.

Bibliografía

1. Nogués Meléndez B, Varo Gonzalo J. El médico de familia ante el fenómeno migratorio. Atención al inmigrante en atención primaria. Un enfoque integral. FMC 2004;11(supl.3):6-11
2. Benítez Robredo T, Llerena Achútegui P, López Jiménez R, Bruguera Moreno C, Lasheras Lozano L, y Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. An Pediatr (Barc) 2004;60(1):9-15
3. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E. Asistencia inicial a inmigrantes en Atención Primaria. FMC 2003;10 (supl.4):83-97
4. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21:535-9
5. Valerio L, Sabría M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Med Clin (Barc) 2002;118(13):508-14
6. Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil Juberias G, Sagardui Vilamor JK, González López E, Martínez Ruiz R, Orden Martínez B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. Aten Primaria 2000;25(9):634-8
7. Rivas Clemente F.P, Nácher Conches M, Corrillero Martín J, Vélez Reyes S, Huerta Galindo L. Resultados de un programa de búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes magrebies, aceptabilidad y adhesión. Aten Primaria 1999;24(7):411-416
8. Ajuntament de Barcelona (Estadística) [web en línea] [consultado el 11-07-2007]. Disponible en www.bcn.es
9. Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, de Souza Galvao ML, Jiménez Fuentes MA, Milà Auge C, Solsona Peiró J. Búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes en Barcelona. Arch Bronconeumol 2004;40(10):453-8
10. Roca C, Balanzó X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gastón J, Corachán M. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. Med Clin(Barc) 2002;119(16): 616-9
11. Ramos JM, Pastor C, Masía MM, Cascales E, Royo G, Gutierrez-Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por VIH y sífilis. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21(10):540-2 Gimeno L, Fernández de Alarcón I, Pérez E, Peñalva D, Ruiz
12. Giménez JL, Martín E. Examen de salud a inmigrantes en Atención Primaria. Enf Emerg 2006;8(1):40-7
13. Ballesteros Pérez AM, Anaya Reche JA, Cámara López MA, López Caravaca J, Pagan Dato E, Ghelichkhani Latify-Alavijeh M. Semergen 2005;31(11):516-20
14. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2002.
15. Bulletin of the World Health Organization 1999;77(10):789-800.
16. Vall Mayans M y el Grupo de Estudio de las Infecciones de Transmisión Sexual en Atención Primaria (GITSAP). Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20(4):154-6
17. Pardo J, Pérez-Arellano JL, Galindo I, Belhassen M, Cordero M, Muro A. Diagnóstico de helmintiasis importadas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007 May;25(5):329-35.
18. Durán E, Cabezas J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. Med Clin (Barc) 1996;106:525-8
19. Salinas Solano C, Altube Urrengoetxea L, Espana Yandiola PP, Capelastegui Saiz A, Quintana López JM. Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. Arch Bronconeumol 2002;38:506-10

