

Treballs Originals

Compliment i resultats d'un examen de salut a immigrants

**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 i Comunitària

2 Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública

A CAP Via Bàrcino

B CAP Sant Miquel

Correspondència:

Mar Yuste i Botey

Adreça electrònica: 32089myb@comb.es

CAP Via Bàrcino (Barcelona)

Publicat: 1 de març de 2009

Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol27/iss1/4/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Resum

OBJECTIUS: Descriure el compliment i resultats d'un examen de salut a immigrants i els seus determinants socioeconòmics.

DISSENY: Estudi descriptiu transversal.

ÀMBIT D'ESTUDI: Centre urbà d'atenció primària.

MESURAMENTS I INTERVENCIIONS: L'examen va consistir en anàlisi de sang i femtes, Mantoux en <35 anys o radiografia de tòrax en >=35anys. Es va proposar als extracomunitaris atesos en cada consulta diària que residissin 5 anys com a màxim a la CEE durant un període de 8 mesos. Mitjançant anamnesi es van recollir els determinants socioeconòmics.

RESULTATS: El 60,7% (del 219 estudiats) són homes. Edat mitjana: 32,5 anys. Estança mitjana a Espanya: 2,27 anys. Països d'origen: 53,1% Llatinoamèrica, 30,1% Pakistan-Índia, 9,6% Marroc. No estaven regularitzats el 54,4%. Mitjana de persones per habitatge: 5,01. El 53,7% tenien estudis secundaris o universitaris (major en població llatinoamericana p<0,001%). El 37,6% afirma no treballar (83,6% equatorians i 50,8% Pakistan-Índia p<0,001%). Tòxics: 21,7% fumadors, 9,2% bevedors de risc (15% llatins i 3% resta p=0,006) i 1,8% altres drogues. Només el 39,7% completà tot l'estudi: 25% no va acudir a serologies, 48,4% no aportà les tres mostres de femtes, 31,8% no acceptaren o no es presentaren al Mantoux, el 26,4% no aportaren radiografia. AgHBs positiu 1,2%, VHC 3,1%, VIH 1,9%, lues 0%, rubèola 96% immune. Paràsits patològics en 4 persones. Mantoux positiu en 39,6%. Una radiografia alterada.

CONCLUSIONS: Observem un baix compliment en la realització de les exploracions complementaries. S'hauria de replantejar la factibilitat i la indicació d'un examen indiscriminat a immigrants asimptomàtics.

PARAULES CLAU: immigrants, cribratge, malalties infeccioses, atenció primària.

Introducció

En l'última dècada Espanya s'ha convertit en un país de destinació preferent d'estrangers procedents de països amb rendes baixes. La realitat actual és que a l'atenció primària atenem població d'origen molt divers. És ben conegut que els immigrants són, generalment, persones joves i sanes, però les condicions de precarietat social i laboral en les quals viuen afecten la seva salut¹. S'ha descrit que els principals determinants de salut dels immigrants vénen donats per les condicions de vida al país d'acollida^{2,34}. Es sap que les malalties infeccioses varien segons la procedència dels estrangers.

En la literatura nacional hi ha diverses publicacions sobre recomanacions i cribratges analítics realitzats a immigrants asimptomàtics^{3,5}. Aquests procediments són d'utilitat per al diagnòstic de les malalties infeccioses més prevalents als seus països d'origen i beneficien al pacient gràcies a la detecció precoç de les mateixes. Els resultats són diversos segons l'origen de la població a la qual van dirigits i l'àmbit on es realitzen (hospital o Atenció Primària)⁶. El compliment també varia segons l'emplaçament i l'objectiu del cribratge⁷. Malgrat això, no existeix un consens clar sobre les exploracions complementàries que s'han de realitzar¹. L'objectiu d'aquest treball és descriure l'acceptació, el compliment i els resultats de l'examen de salut dels immigrants asimptomàtics i conèixer els determinants socioeconòmics que poden influir en la seva salut.

Material i mètodes

Disseny de l'estudi. Estudi descriptiu transversal. La informació es va recollir entre gener de 2005 i abril de 2006.

Àmbit d'estudi. Població estrangera de països extracomunitaris assignats i atesos per qualsevol motiu en el Centre d'Atenció Primària (CAP.) Via Barcino de Barcelona.

Segons dades de l'Ajuntament de Barcelona la proporció de població de nacionalitat estrangera a la zona de referència del CAP. Via Barcino era del 22,7% per a l'any 2005 i 28,7% per a l'any 2006.⁸

Criteris d'inclusió. Edat >14 anys. Haver nascut en un país extracomunitari. Haver residit un màxim de 5 anys en la CEE.

Criteris d'exclusió. No acceptar participar en l'estudi. No entendre cap dels idiomes oferts (espanyol, urdú, àrab i anglès).

Selecció de la mostra d'estudi. Es van seleccionar els dos primers pacients que complien criteris d'inclusió dels atesos diàriament en el centre, independentment del tipus de cita. Durant la visita es va explicar als pacients l'estudi i es va subministrar el full informatiu sobre les exploracions complementàries a realitzar en els 4 idiomes abans esmentats. Es va sol·licitar el consentiment informat verbalment.

Variables i instruments de mesura. Per al mesurament, es va utilitzar un full de registre que es va emplenar pels professionals sanitaris. Les variables recollides per anamnesi van incloure dades sociodemogràfiques i administratives, hàbits tòxics i proves complementàries (**Taula I**).

Edat:
Sexe (1. Home 2. Dona)
País d'origen:
Any d'arribada:
Regularització (1. Si 2. No)
Nombre de persones a la casa:
Nombre d'habitacions a la casa:
Viuen amb familiars de primer grau (1. Si 2. No)
Treball: 1. No empleat
2. Empleat. 2.1. amb contracte
2.2. sense contracte
2.3. No registrat
Estudis (1. Analfabet 2. Estudis primaris 3. Estudis secundaris 4. Universitaris)
Hàbits tòxics. Tabac (1. Si 2. No)
Enol > 40gr/home > 24 gr/ dona (1. si 2. No)
Altres drogues (1. Si 1.1. Haixix 1.2. Cocaïna 1.3 Heroïna 1.4 Altres 2. No)

Serologies.

AgHBs (1. positiu 2.negatiu 3. No accepta 4. No es presenta a l'anàlítica)
VHC (1. positiu 2.negatiu 3. No accepta 4. No es presenta a l'anàlítica)
VIH (1. positiu 2.negatiu 3. No accepta 4. No es presenta a l'anàlítica)
Lúes RPR (1. positiva 2.negatiu 3. No accepta 4. No es presenta a l'anàlítica)
Lúes FTA-ABS (1. positiva 2.negatiu 3. No accepta 4. No es presenta a l'anàlítica)
Rubèola immune (1. positiva 2.negatiu 3. No accepta 4. No es presenta a l'anàlítica)

Paràsits en femtes.

Mostra1 (1. Parasitosis única 2. Múltiple 3. Negatiu 4. No aporta 5. No accepta)
Mostra2 (1. Parasitosis única 2. Múltiple 3. Negatiu 4. No aporta 5. No accepta)
Mostra3 (1. Parasitosis única 2. Múltiple 3. Negatiu 4. No aporta 5. No accepta)

PPD.

1. Positiu (>10mm). 2. Negatiu.

Radiografia tòrax.
1. Normal 2. Alterada

Es va calcular l'índex d'amuntegament dividint el nombre de persones convivents entre el nombre d'habitacions de l'habitatge. Per a l'estudi de paràsits el laboratori va utilitzar la tècnica de concentració test de Ritchie modificada. Per a la prova de PPD es van administrar 2 UT de tuberculina per via intradèrmica amb una lectura a les 72 hores. Es van considerar positius a Mycobacterium tuberculosis aquells pacients amb una prova de PPD igual o superior a 10 mm. En la població subsahariana, a més, es va recomanar l'estudi de filària i paludisme. Per realitzar aquests dos d'últims es van remetre als pacients a la Unitat de Malalties Infeccioses de referència (a causa de la limitació del laboratori del CAP).

Anàlisi estadística. Les dades recollides es van analitzar amb el programa estadístic SPSS versió 11.0. La relació entre les variables es va analitzar mitjançant la prova chi quadrat, quan es tractava de variables qualitatives, i mitjançant la t de Student o test d'ANOVA quan es van analitzar variables qualitatives i quantitatives, considerant com a significació estadística els valors de $p > 0,05$.

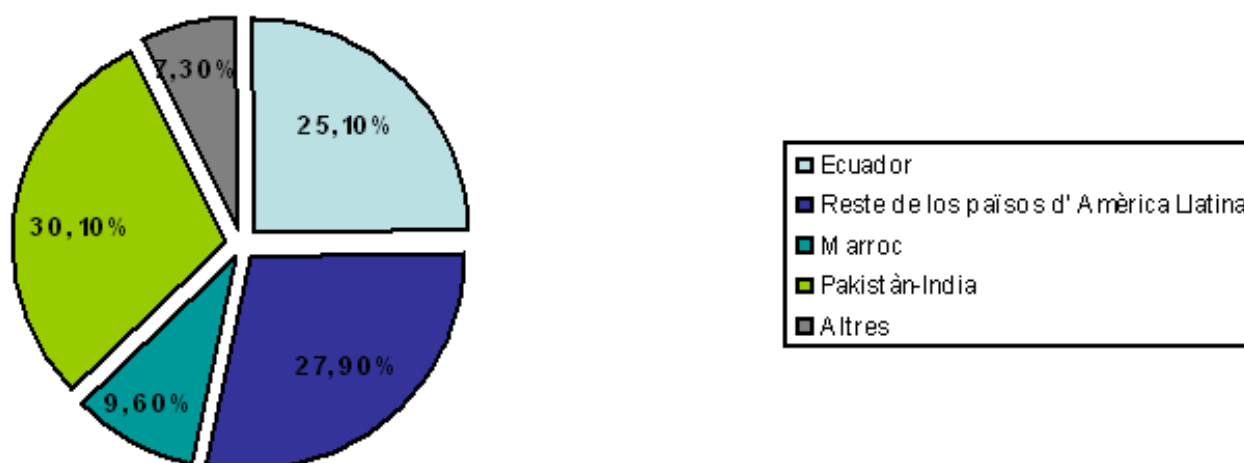
Resultats
Dels 219 immigrants que van acudir al CAP Via Barcino, el 60,7% eren homes i 39,3% dones. És una població jove amb una edat mitja de 32,5 anys (IC95%, 31,1-33,9) i amb una estada mitja a Espanya de 2,27 anys (IC95%, 2,07-2,48). Els immigrants eren originaris de 23 països (**taula II**).

Taula II. Països de procedència dels 219 participants de l'estudi per zona geogràfica

Procedència	Número (%)
Equador	55 (25,1)
Perú	17 (7,8)
Bolívia	13 (5,9)
República Dominicana	9 (4,1)
Colòmbia	6 (2,7)
Hondures	5 (2,3)
Brasil	4 (1,8)
Veneçuela	3 (1,4)
Cuba	1 (0,5)
Nicaragua	1 (0,5)
Uruguai	1 (0,5)
El Salvador	1 (0,5)
Total Amèrica	116 (53,1)
Marroc	21 (9,6)
Nigèria	4 (1,8)
Argèlia	2 (0,9)
Ghana	2 (0,9)
Gàmbia	1 (0,5)
Guinea	1 (0,5)
Total Àfrica	31 (14,2)
Pakistan	63 (28,8)
Índia	3 (1,4)
Armènia	1 (0,5)
Total Àsia	67 (30,7)
Romania	4 (1,8)
Rússia	1 (0,5)
Total Europa	5 (2,3)

La **figura I** mostra la distribució de pacients segons les zones o països d'origen recodificats. Destaca que els immigrants provinents del Pakistan i l'Índia majoritàriament són de sexe masculí (90,9%).

Figura I. Agrupació dels països d'origen dels 219 participants de l'estudi segons la freqüència



El nombre mig de persones per habitatge és de 5,01 (IC95%, 4,77-5,26). Un 58,8% dels participants viuen amb més de 4 persones al mateix habitatge. Es van observar diferències significatives entre el nombre de convivents i l'índex d'amuntegament segons el país de procedència: 5,5 convivents en els pacients d'origen pakistanès i indi en comparació amb 4,8 en els immigrants de la resta dels països ($p=0,01$) i un índex d'amuntegament d'1,89 en comparació amb 1,69 ($p=0,04$), respectivament. El 87,0% dels nadius de l'Ecuador conviuen amb els familiars de primer grau en comparació amb els 16,9% originaris del Pakistan i l'Índia ($p<0,001$).

En el moment de l'entrevista un 54,4% admetia no estar regularitzat. Un 62,4% dels immigrants afirmava tenir feina. Destaca que un 83,6% dels equatorians refereix treballar en comparació amb un 50,8% de procedents del Pakistan i l'Índia ($p<0,001$). Més de la meitat dels enquestats (un 53,7%) van afirmar tenir estudis secundaris o superiors. Tanmateix, el nivell d'estudis va ser diferent segons el país o zona geogràfica analitzada. Així, entre els 114 pacients originaris d'Amèrica Llatina, un 68,4% tenien estudis secundaris o superiors, a diferència dels 102 pacients de la resta dels països (37,3%) ($p<0,001$). Un 23,8% dels immigrants procedents del Marroc no tenien cap tipus d'estudis. En comparar l'índex d'amuntegament segons el nivell d'estudis cursats, es va observar que l'índex era menor en les persones amb el nivell educatiu més elevat ($p=0,01$). El 21,7% fumaven, el 9,2% eren bevedors de risc i l'1,8% va afirmar haver consumit altres drogues (cocaïna o haixix). Respecte al consum d'alcohol, es van apreciar diferències estadísticament significatives ($p=0,002$) en la prevalença d'enolisme entre els latinoamericans i els procedents de la resta dels països (15% i 3%, respectivament).

Els resultats de les serologies es mostren a la **Taula III**.

Taula III. Resultats positius de la prova de Mantoux, serologies d'hepatitis B, C i VIH segons procedència

	Total positius	Equador	Resta d'Amèrica Llatina	Marroc	Pakistan Índia	Altres
Prova de Mantoux positiva	40 (39,6%)	9 (31,0%)	11 (37,9%) ¹	3 (75%)	11 (36,7%)	6 (66,7%) ²
Antigen Austràlia (HBsAg)	2 (1,2%)	0	0	0	0	2 (1,2%) ³
Infecció per VHC	5 (3,0%)	0	0	0	5 (3,0%)	0
VIH	3 (1,9%)	3 (1,9%)	0	0	0	0
Rubèola no immune	2 (3,8%)	1	1 ⁵	0	0	0
Sífilis activa	0	0	0	0	0	0
Paràsits patològics	4 (2,6%)	1 (2%)	2 (11,1%) ⁴	0	1 (2,9%)	0

¹Bolivia, Honduras, Perú, R. Dominicana, Uruguai, Veneçuela

²Nigèria, Romania

³Nigèria

⁴Perú, R. Dominicana

⁵R. Dominicana

Entre un 25 i 28% de les serologies recomanades no van ser realitzades a causa de la no acceptació per part dels pacients o no es van presentar el dia de l'analítica.

Destaquem que malgrat analitzar 399 mostres de femta, dels 153 pacients que van aportar alguna mostra per a l'examen (69,9%) només 15 mostres de 10 persones diferents van ser positives. Només 4 persones, les que tenien mostres positives per a *Giardia lamblia*, van realitzar tractament amb metronidazol. Les altres 6 persones van presentar paràsits no patològics. No van aportar les tres mostres d'excrements un 48,4% del total de participants.

Es va realitzar la prova de Mantoux en 133 dels 148 pacients en qui estava indicat, però 32 no van acudir a la lectura de la intradermoreacció. Els resultats totals i per països es troben a la **taula III**. No es va detectar cap cas de tuberculosi pulmonar. Dels 40 casos amb prova positiva, només un, d'origen equatorià, va tenir alteracions en la radiografia de tòrax. Tant aquest com un altre pacient, en el qual la prova de Mantoux no va ser indicada per l'edat, però que va presentar radiografia de tòrax patològica, van ser derivats a Pneumologia, on se'ls va recomanar quimioprofilaxis secundària amb isoniàcida durant 6 mesos. Un 26,4% (28 pacients) dels immigrants en els quals va ser indicada la radiografia de tòrax, no va acceptar la seva realització o no va aportar el resultat de l'exploració. Només un 39,7% dels pacients inclosos en l'estudi va realitzar l'examen de salut complet.

Discussió

Els resultats d'aquest estudi estan recollits a partir d'una detecció oportunista dels pacients que acudeixen per qualsevol motiu al Centre de Salut. Això fa que els resultats siguin en el marc de l'Atenció Primària, a diferència d'altres estudis realitzats en unitats especialitzades⁹⁻¹⁰, o bé d'altres que es realitzen com a pas previ obligatori per a l'obtenció de certificats mèdics ¹¹.

Els protocols de salut estan especialment indicats en la població immigrant que fa poc que està a la CEE^{3,5}. Així doncs, hem intentat aplicar l'esmentat protocol per valorar la seva efectivitat en les condicions reals d'una consulta. Per això, els resultats d'aquest estudi i altres de realitzats a l'Atenció Primària^{6,12,13} podrien trobar-se més propers a la realitat de la població, ja que aquesta consulta al seu Centre de Salut com a primer nivell d'assistència.

A diferència d'altres estudis, s'han recollit dades socioeconòmiques, com el nombre de convivents i l'índex d'amuntegament, que puguin influir en la transmissió de malalties infectocontagioses. Els resultats, quant al nombre de convivents, són similars a altres estudis publicats en el nostre medi¹³ però contrasten amb les dades del padró municipal⁸ del barri per a l'any 2004, en el qual els habitatges de 5 o més persones representaven només l'11% del total.

Destaca l'elevat nombre de pacients no regularitzats. S'ha de tenir en compte que es va iniciar la recollida de dades durant el període de regularització de l'any 2005. El percentatge de persones amb estudis secundaris o superiors trobat en l'estudi va ser similar al global del barri⁸ (53,7% i 52,7%), sent superior en llatinoamericans, a semblança d'altres estudis^{2,13}.

Respecte als hàbits tòxics, s'observa un percentatge menor de fumadors en comparació a la població general de Catalunya, on es detecta un 32,1% de fumadors. En canvi, el percentatge de bevedors de risc és molt superior (especialment en llatinoamericans, on trobem un 15%) al detectat en la població catalana ¹⁴ és d'un 4,5%. Les diferències culturals o les dificultats socioeconòmiques dels immigrants poden determinar aquesta major prevalença.

L'estat de portador d'hepatitis B observat és similar a altres estudis, tant en prevalença com en origen geogràfic, oscil·lant entre un 0% i un 3,4% ^{6,11,12}. La prevalença d'anticossos davant el virus de l'hepatitis C trobada en el nostre estudi pot considerar-se elevada respecte a altres treballs ^{6,11,12}. Això pot ser a causa que en el nostre cas hi ha més immigrants del grup Pakistan-Índia que en altres treballs, ja que en aquests països hi ha una major prevalença ¹⁵. Pel que fa a la serologia del VIH, la prevalença de pacients infectats en el nostre estudi és similar a altres estudis nacionals^{12,16}. Destaca el fet que dos dels tres casos positius van resultar ser parella. Aquests casos van acudir en dies diferents i es va

considerar com un fet aleatori. Malgrat sol·licitar tres mostres de femta per pacient, sorprèn que els resultats, tant de paràsits en general com de paràsits patològics són molt baixos respecte a la resta de estudis ^{6,12}. Es podria explicar, parcialment, per l'elevat nombre de pacients que no aporten les tres mostres de femta, el baix percentatge d'immigrants subsaharians en qui és més freqüent trobar paràsits i les limitacions de la tècnica per detectar alguns helmints ¹⁷; però, algun altre factor ha d'existir que justifiqui la gran diferència trobada, podríem apuntar el temps entre la recollida de la mostra i l'anàlisi del laboratori o bé el medi de recollida. la prevalença d'infecció determinada per la prova de la tuberculina, els nostres resultats coincideixen amb els estudis realitzats en immigrants d'origens similars i amb lectures de la prova utilitzant el mateix criteri de positivitat^{12,18,1}. Atès l'alt nombre d'individus que no acudeixen a la lectura de la intradermoreacció (24,1%), considerem que si no es garanteix la lectura de la prova, s'hauria d'ajornar la seva realització. En cas de l'absència del pacient a la lectura, s'hauria de repetir el PPD entre 7-10 dies²⁰ per evitar que l'Efecte Booster ens porti a interpretar un resultat positiu com una conversió recent. En global destaca el baix compliment en moltes de les proves, en especial el PPD i les mostres de femta. Només un 40% dels participants realitza l'examen complet; aquest fet, podria ser a causa que moltes d'aquestes exploracions impliquen una segona visita, o bé perquè no creuen que el cribratge suposi un benefici per a la seva salut, o perquè existeixen altres prioritats socioeconòmiques que s'anteposen a una visita de caràcter preventiu. En vista dels resultats en la població estudiada, el cribratge de la població immigrant no hauria de ser ni sistemàtic ni indiscriminat, sinó que haurien de realitzar-se serologies en pacients amb factors de risc, tant geogràfics com personals. A més s'hauria de tenir en compte que les activitats de caràcter preventiu en Atenció Primària es poden realitzar en successives visites. Menció a part mereixeria el cribratge de la infecció tuberculosa. L'alt percentatge de positivitat en els resultats i de persones joves amb indicació de quimioprofilaxis fan que es pugui valorar el cribratge sistemàtic als immigrants que es comprometin a la seva posterior lectura i a complir el tractament en cas de ser recomanat.

Bibliografia

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(suppl.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(suppl.4):83-97
4. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21:535-9
5. 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, Náchter 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
12. Gimeno L, Fernández de Alarcón I, Pérez E, Peñalva D, Ruiz-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, España Yandiola PP, Capelastegui Saiz A, Quintana López JM. Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. Arch Bronconeumol 2002;38:506-10
20. Guías clínicas Fisterra (consultado en 12-12-2007) Disponible en www.fisterra.com