

## Inmigración y tuberculosis

F. Sánchez Gascón y R. Bernabeu Mora

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España que ha ido adquiriendo protagonismo en la última década y que, sin duda, está marcando una nueva realidad social ya incuestionable. Esta tendencia creciente configura a España como país de inmigración, planteando numerosos retos, tanto sociales como sanitarios. Los aspectos relacionados con la aplicación de estrategias adecuadas para el control de la tuberculosis (TB) asociada a la inmigración son los más significativos.

El término "inmigrante" es muy amplio, ya que dentro de este grupo se incluyen personas de muy diversos orígenes y motivaciones, aunque en general está constituido por aquellos colectivos más vulnerables; es decir, los que llegan en busca de una mejora en su situación económica, que son en principio mano de obra en muchas ocasiones barata y que proceden en su mayor parte de países en vías de desarrollo.

En España, según las últimas cifras aportadas el 12 de junio de 2002 por la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, el número total de personas extranjeras que residen de manera legal en nuestro país es de aproximadamente 1.300.000, lo que supone el 3% de la población española. Así pues, la proporción de extranjeros en España es todavía inferior a la media del resto de países de la Unión Europea, donde se sitúa alrededor del 4,8% de la población. Sin embargo, la inmigración progresiva que está llegando a nuestro país procede de países pobres, en los cuales las tasas de TB son muy superiores a las registradas en nuestro entorno. De esta manera, en los datos de 1998 el grupo más numeroso de extranjeros en nuestro país era originario de la Unión Europea (41%), seguido del Magreb (20%) y de Latinoamérica (18%). En el momento actual, a partir de los datos de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, estas tasas se han incrementado en los últimos 4 años en favor de Latinoamérica y el Magreb. Las comunidades autónomas donde existe mayor número de inmigrantes son Madrid, Cataluña, Valencia, Andalucía, Canarias y

Murcia. Estas regiones son también las zonas de España en las que se han producido las mayores demandas de empleo en el INEM por parte de los inmigrantes, así como donde más personas han legalizado su situación.

Además, es importantísimo no olvidar el tema tan candente y real que supone la inmigración ilegal, con una enorme cantidad de problemas sociales y sanitarios derivados de la misma.

De este modo, en los últimos años estamos asistiendo a un progresivo incremento de inmigrantes procedentes de países con una elevada prevalencia de TB lo cual, desde la perspectiva sanitaria, nos plantea algunas cuestiones de extraordinario interés: ¿qué impacto producirá la inmigración en la epidemiología de la TB en el ámbito nacional y, sobre todo, en determinadas regiones de España?, ¿la TB importada nos conducirá a la repetición del modelo epidemiológico del resto de países desarrollados?, ¿la inmigración será uno de los factores determinantes que pueda influir negativamente en el actual decrecer anual de la TB en España y, con los años, en la progresión de la enfermedad en nuestro país?, ¿el inmigrante llega realmente enfermo, o es que desarrolla la enfermedad aquí dadas las condiciones socioeconómicas, a veces vejatorias, a las que muchos de ellos son sometidos?, ¿cuál será el papel de la inmigración en el fenómeno de la multirresistencia?, ¿qué va a ocurrir con otra enfermedad tan importante y unida a la TB como es el sida? y, por último, ¿qué medidas serán las más adecuadas en el colectivo inmigrante para controlar este problema de salud pública, que irá en aumento en los próximos años?

Podemos buscar las respuestas a estas preguntas en los trabajos llevados a cabo en nuestro país sobre la influencia de la inmigración en las tasas de TB.

En primer lugar, resulta fácil objetivar cómo a este colectivo se le está concediendo un interés especial, lo que sin duda constituirá un beneficio global para el conjunto de la comunidad. Así, el problema de la TB en inmigrantes fue revisado en 13 comunidades autónomas (CCAA), que comprendían el 67% del total de la población española, durante el período entre mayo de 1996 y abril de 1997, constatándose que sólo 303 (el 3%) del total de casos de TB eran personas no nacidas en España<sup>1</sup>. De estos 303 pacientes, el 56% era originario de África, el 15% provenía de Europa, el 12% de América, el 8% de Asia y en un 7% se desconocía el origen del

Correspondencia: Dr. R. Bernabeu Mora.  
Travesía de la Iglesia, 36. Granja de Rocamora. 03348 Alicante. España.  
Correo electrónico: rbernabeumora@hotmail.com

Recibido el 9-9-2002; aceptado para su publicación el 1-10-2002.

enfermo. Por países de procedencia destacaba Marruecos (35% del total de extranjeros) seguido de Portugal (6%), Senegal (4%) y Perú (3%). De las ciudades que participaron en el estudio, la que presentó un mayor porcentaje de extranjeros afectados de TB fue Melilla, con un 36% del total de casos de TB detectados. En dicho trabajo se destacaba también que, comparando el grupo de pacientes inmigrantes con la población española tuberculosa, se observaba entre los primeros un mayor predominio de varones jóvenes, de enfermedad pulmonar cavitada, de enfermos con baciloscopia positiva, de casos con tratamiento directamente observado y una mayor marginalidad. Asimismo, los inmigrantes afectados de TB presentaban un menor predominio de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y una menor demora entre los síntomas y la instauración del tratamiento, a pesar de que éstos acudían al médico más tarde que la población española desde el inicio de los síntomas. Esto se explica porque la coinfección con el VIH no parece, de momento, desempeñar un papel tan decisivo en la TB del inmigrante y, por otro lado, sí resulta clara la mayor preparación y preocupación de los sanitarios ante el posible diagnóstico de enfermedad tuberculosa en estos enfermos. En otros estudios, como el realizado en 1996 en la Comunidad Autónoma de Madrid, se objetivó que la TB en inmigrantes contribuyó solamente al 3,8% del total de casos de TB, pero en el Área 6 de atención primaria, con un colectivo de inmigrantes importante y con la incidencia de TB más baja de la comunidad madrileña, el 22% de los enfermos eran inmigrantes y, de ellos, el 80% procedía de Marruecos<sup>2</sup>. En otros lugares de España, como en Canarias, de los casos de TB registrados durante los años 1998 y 1999, los inmigrantes constituían el 7 y el 7,3% del total, respectivamente; además, el 45% de los pacientes eran originarios de países europeos con menores índices de TB, por lo que el impacto de la inmigración sobre la situación de la TB en el archipiélago fue inicialmente poco relevante<sup>3</sup>. Sin embargo, a partir del año 2000, en la inmigración que llega a Canarias se está produciendo la presencia cada vez más numerosa de mujeres, y existe un claro predominio de personas de procedencia subsahariana (donde las tasas de TB estimadas por la OMS<sup>4</sup> son de 200-300 nuevos casos por 10<sup>5</sup> habitantes), frente al grupo mayoritario anteriormente del Magreb (cuyas tasas de TB estimadas son menores<sup>4</sup>, alrededor de 100-150 nuevos casos por 10<sup>5</sup> habitantes y donde sí hay acuerdos de repatriación con los países de origen). También conviene recordar que la zona del África subsahariana es el área del mundo más afectada por la pandemia de sida, donde la enfermedad en las mujeres jóvenes es muy elevada<sup>5</sup>. Otros trabajos llevados a cabo en otras áreas, como en Cataluña, confirman el aumento de TB importada en los últimos años. Efectivamente, en 1998, el porcentaje de inmigrantes con TB en Barcelona seguía siendo inferior al 10%<sup>6</sup>. Sin embargo, en un reciente trabajo realizado en esta ciudad se pone de manifiesto un incremento en los casos de TB en inmigrantes entre 1999 y 2000<sup>7</sup>. Este estudio señala de forma clara que durante los años 1999 y 2000 la TB ha disminuido un 7,9% en la población au-

tótona, mientras que ha aumentado un 47,2% en los inmigrantes, encontrándose una incidencia de TB en el colectivo inmigrante de 349 casos/10<sup>5</sup> en 1999 y de 555 casos/10<sup>5</sup> en el 2000. Según los autores, diversos factores, como las condiciones sociales, el hacinamiento, el retraso en el diagnóstico, la posibilidad de farmacorresistencias en la población inmigrante, así como la mayor movilidad de viajeros a países con elevadas prevalencias de TB, requieren un análisis adecuado para adaptar nuevos programas de control de la TB.

En cuanto a nuestra región (Murcia), debemos señalar un aumento significativo de la TB en inmigrantes en nuestro hospital a partir de 1999<sup>8</sup>, e incluso en algún caso con complicaciones graves<sup>9</sup>. Ello contrasta con trabajos en los que las tasas de TB en este grupo son mucho menores en aquellas zonas con poca población inmigrante<sup>10</sup>. Nuestra experiencia está de acuerdo con otros autores de nuestro país<sup>11</sup> que han señalado cifras muy altas de infección tuberculosa en los inmigrantes, identificándose al mismo tiempo determinados factores de riesgo, como el sexo masculino, la edad y los agrupamientos no familiares, con frecuentes cambios de domicilio y de compañeros de vivienda, que podrían contribuir a la transmisión y al desarrollo de la TB en los inmigrantes. Esto pone de manifiesto que, a pesar de que el inmigrante suele ser una persona joven, con buen estado de salud, sería importante considerar con sumo cuidado las características en las que se desarrolla su vida a partir de su llegada al país receptor. Efectivamente, factores como la mala alimentación, el hacinamiento de vivienda, la precaria situación socioeconómica y muchas horas de trabajo, a veces con gran esfuerzo físico, podrían favorecer la reactivación de la enfermedad adquirida la mayoría de las veces en el país de origen.

Por todo lo anterior, y dadas las características de tendencia de disminución de la TB en la población autóctona española y de aumento en el número de casos de inmigrantes con TB, asistiremos en un futuro próximo a la imitación del patrón epidemiológico del resto de países industrializados, con una importante afluencia de inmigrantes procedentes de áreas con elevadas tasas de TB. Sirva de ejemplo que en los EE.UU., y teniendo en cuenta los diferentes Estados, los inmigrantes constituyen entre el 25 y el 60% del total de los casos de TB<sup>12</sup>. En países europeos, como el Reino Unido y Holanda, los inmigrantes han llegado a representar casi la mitad del total de pacientes notificados<sup>13</sup>. Además, algunos autores<sup>14</sup> apuntan a la inmigración como uno de los posibles factores del aumento de la TB durante los últimos 10 años en ciudades como Liverpool.

Otro aspecto de interés es la posibilidad de que la inmigración, desde países con altas tasas de resistencia a los fármacos antituberculosos, pueda complicar el problema de la multiresistencia en los países industrializados. Así, en algunos estudios realizados en Europa<sup>15,16</sup>, la mayoría de las multiresistencias se presentaron en los inmigrantes. Entre los grupos de origen asiático o pobladores de las islas del Pacífico y entre los hispanos de los EE.UU. se ha encontrado un nivel de resistencias primarias a uno o más fármacos en el 24 y el 10%, respectivamente<sup>17</sup>. En la antigua Unión Soviética, una cuar-

ta parte de los casos de TB se deben a cepas multirresistentes, y en otros países como Letonia, Estonia, Argentina, República Dominicana, así como regiones de India, China y África, las tasas de resistencia múltiple a fármacos oscilan entre el 7 y el 22%<sup>18</sup>.

El control de la TB importada debe enfocarse desde una perspectiva general, con la colaboración de las diferentes Administraciones e, incluso, con la participación de algunas ONG y mediadores sociosanitarios, que permitan identificar los problemas del colectivo inmigrante para desarrollar programas adaptados a sus necesidades, que faciliten la integración social y sanitaria del inmigrante. En consecuencia, serán muy convenientes los acuerdos de cooperación con los países de procedencia, que ayudarían a regular los flujos migratorios humanos y a mejorar el control de la TB de los inmigrantes en su origen, aunque ello no obvia el problema cada vez más candente de la inmigración de los llamados "sin papeles", lo que debe llevar implícito políticas de atención adecuadas. Así pues, una vez en el país de destino, sea cual sea la situación del inmigrante, será necesario adoptar una serie de medidas en este colectivo encaminadas a mejorar las condiciones de vida y el acceso a unas condiciones de vida dignas. De este modo, se hace conveniente en la población inmigrante la promoción de hábitos saludables, la realización de un examen básico de salud, el estudio de contactos de enfermos con TB y la búsqueda activa de pacientes infectados que puedan ser candidatos al tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) y el tratamiento directamente observado. Por otra parte, ante la posibilidad de que existan resistencias a fármacos, se debe realizar un antibiograma y seguir la recomendación de añadir etambutol en el régimen inicial hasta que se disponga de los resultados de susceptibilidad farmacológica<sup>19</sup>, así como el manejo individualizado de cada enfermo.

Finalmente, cabe señalar que el problema de la inmigración y la TB se encuadra dentro del contexto que supone la "globalización", por la que estamos asistiendo a las diferencias cada vez más ostensibles entre distintos países, los llamados del Primer Mundo y los del Tercer Mundo. Esto, sin duda, requiere una decidida intervención a varios niveles entre los diferentes Estados, la OMS e, incluso, entre los propios individuos, para intentar dar soluciones a enfermedades tan acuciantes como la TB y sus implicaciones en aquellos que deben dejar sus países buscando algo tan humano como es una mejora para ellos y sus familiares, cosa que a veces les resulta extraordinariamente complicada<sup>20</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz M, for The MPTR Study Group. Incidence of tuberculosis in Spain: preliminary results from the Multicenter Project for TB Research (MPTR). *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2(Supl 2):200-1.
2. Comunidad de Madrid. Informe: Registro de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid 1996. *Bol Epidemiol de la Comunidad de Madrid* 1998;12:3-27.
3. Caminero JA, Rodríguez de Castro F, Cuyás J, Cabrera P. La inmigración en Canarias y su posible influencia sobre la frecuencia de la tuberculosis. *Med Clin (Barc)* 2000;115:556-7.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2000. Gineve: World Health Organization, 2000.
5. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2000. Gineve: UNAIDS, 2000.
6. Galdós-Tanguís H, García de Olalla P, Caylá JA, Jansá JM. La tuberculosis en Barcelona. Informe 1998. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Barcelona: Publicacions del Institut Municipal de la Salut, 1998.
7. Vallès X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansá JM, Caylá JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002;118:376-8.
8. Bernabeu R, Paredes P, Méndez P, Iborra A, Abellán MC, Malia D, et al. Inmigración y tuberculosis en Murcia. *Arch Bronconeumol* 2002;38(Supl 2):73.
9. Bernabeu R, Paredes P, Latour J, Méndez P, Lorenzo M, Sánchez-Gascón F. Absceso hepático tuberculoso en paciente inmigrante con tuberculosis pulmonar. *Arch Bronconeumol* 2002;38:246-8.
10. Campos F, Muñoz F, Umbría S, Reyes N, De la Cruz I, Nogales MC. Evolución de la incidencia de la tuberculosis en el Área Sur de Sevilla en la década de los noventa. *Arch Bronconeumol* 2002;38:214-20.
11. Rivas-Clemente FPJ, Nacher M, Corrillero J, García-Herberos MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)* 2000;114:245-9.
12. Zuber PL, Knowles LS, Bimkni NJ, Tiple MA, Davidson PT. Tuberculosis among foreign-born persons in Los Angeles County, 1992-94. *Tuberc Lung Dis* 1996;77:524-30.
13. Antunes ML. Impact of migration associated TB. *Tuberc Lung Dis* 1996;77(Supl 2):19-20.
14. Tocque K, Regan M, Remington T, Beeching NJ, Jamieson I, Syed Q, et al. Social factors associated with increases in tuberculosis notifications. *Eur Respir J* 1999;13:541-5.
15. Helbling P, Altpeter E, Raeber PA, Pfyffer GE, Zellweger JP. Surveillance of antituberculosis drug resistance in Switzerland 1995-97: the central link. *Eur Respir J* 2000;16:200-2.
16. Flament-Saillour M, Robert J, Jarlier V, Grosset J. Outcome of multi-drug-resistant tuberculosis in France. A nationwide case-control study. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:587-93.
17. Martínez Cruz R, Álvarez-Sala JL. Enfermedad respiratoria del inmigrante. *Arch Bronconeumol* 1998;34:344-52.
18. Casal M. La tuberculosis en el siglo XXI. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:207-8.
19. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Documento de Consenso sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1999;113:710-5.
20. Sánchez Gascón F. La globalización de la medicina. *Revista del Instituto Mexicano de la Seguridad Social, Mexico DF* 2000;55:279-84.