

Salud e inmigración

Francisca Heredia Pareja

Médico de Familia. Servicio de Urgencias
Hospital de Poniente. El Ejido, Almería

Introducción

La inmigración es un fenómeno ligado a nuestra cultura desde los años sesenta, momento en el cual un volumen importante de españoles tuvo que emigrar a otros países que le ofrecían mejores condiciones de vida. Sin embargo, en los últimos veinte años ha dado lugar a un fenómeno de inversión y el flujo de inmigrantes que entran en Europa se ha acelerado. Actualmente, la inmigración es un tema de gran relevancia en España y en Andalucía. Día a día observamos atónitos en los medios de comunicación como cientos de inmigrantes intentan llegar a nuestras costas para conseguir un trabajo que le permita una vida digna, sin importarle arriesgar su vida. Unos inmigrantes marroquíes al llegar a la costa gaditana exhaustos después de una travesía por el estrecho declararon al diario *El País* *La muerte es mejor que la miseria*.

La localización geográfica de España la posiciona en una situación clave para la inmigración, convirtiéndose en la puerta de Europa. Los pocos kilómetros que separan España de Marruecos hacen que la mayoría de inmigrantes provenga del Magreb y África subsahariana, seguidos de latinoamericanos y europeos del Este. Su distribución es muy heterogénea en todo el territorio, aglutinándose de forma muy significativa en las provincias de la costa mediterránea y Madrid. En Almería, la población inmigrante representa el 19,7%, y en los principales municipios del Poniente Almeriense supera el 30% de la población total.

El principal problema de la inmigración reside en que muchos de los emigrantes llegan a nuestro país de forma irregular, creando grandes bolsas de pobreza. La falta de permiso de trabajo y de residencia, la falta de información y la falta de expectativas les lleva a tener que aceptar en muchas ocasiones trabajos sin contrato y salarios muy bajos.



Figura 1. Atención a pacientes inmigrantes en un centro de salud.

Influencia de la inmigración sobre el sistema sanitario

La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es la medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores.

R. Colasanti. En II Congreso de Medicina y Emigración. Roma 1990.

El fenómeno de la inmigración tiene mucha influencia sobre el sistema sanitario. Nuestra sociedad debe hacer lo posible para favorecer la integración de este colectivo en todos los ámbitos, teniendo en cuenta el cambio tan importante que supone para el inmigrante el vivir en un nuevo país con idioma, cultura, amigos,... diferentes. Cualquiera extranjero que se encuentre en territorio español tendrá derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles, pero esta atención sanitaria al inmigrante se plantea con grandes problemas: barrera idiomática, desconocimiento por parte del personal médico de enfermedades por escaso manejo, situación irregular de residencia, falta de acceso a un trabajo normalizado, sufren el triple de accidentes laborales que la población autóctona, viven en zonas de riesgo social elevado, precariedad de su situación económica que influye en los tratamientos, horarios de trabajo incompatibles con horarios de consulta, desconocimiento de cómo funciona el sistema, lo que hace que acudan más a urgencias, sin saber la existencia de la atención primaria y la cita previa.

Por todo ello los profesionales sanitarios debemos de tener en cuenta siguientes características de los pacientes inmigrantes que vemos:

- Acuden a consulta con menos frecuencia que la población española.
- Suelen acudir cuando los procesos de salud se encuentran más avanzados.
- Dan diferente valor a algunos síntomas o signos en determinadas culturas (la hematuria es signo de virilidad en la población subsahariana y no suelen consultar por ello).
- La religión, en especial para los musulmanes, es influyente, ya que entienden la enfermedad como un desequilibrio cuerpo-alma.
- Influencia de la cultura. Los latinos ligan el concepto enfermedad al cuerpo, demandando más pruebas complementarias. Los africanos son reacios a extracciones sanguíneas, relacionándolas con la brujería y la magia negra.
- Acuden a medicinas alternativas tradicionales (curanderismo, remedios caseros).

En la consulta debemos de realizar una entrevista clínica con calidez, cordialidad, empatía, respeto y baja reactividad. Es clave una buena acogida y una escucha activa. Es muy importante además de hacer una exploración física minuciosa, realizar una correcta anamnesis: país de origen, ruta migratoria, condiciones del viaje, tiempo de estancia en España, condiciones actuales de vida, antecedentes patológicos, actividad y situación laboral, calendario vacunal, religión, etc. Sin olvidar explorar el área psicológica, ya que la inmigración es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que puede asociarse a malestar psicológico, tanto por el propio hecho migratorio como por la adaptación al nuevo país.

Para favorecer una correcta atención sanitaria a este colectivo, se han hecho varios cambios en el sistema sanitario: incorporación de mediadores culturales de salud, realización de estudios precisos sobre las necesidades de salud de la población inmigrante, diseño de estrategias de mejora desde la administración y sus trabajadores, formación

de profesionales sanitarios y no sanitarios, creación de asociaciones de inmigrantes (ofertando cursos y programas o grupos de ayuda), elaboración de guías y protocolos de actuación y reorganización interna de los equipos de atención primaria.

Quiero resaltar aquí la existencia de un protocolo de atención inicial al inmigrante en Atención Primaria, que se realiza en la mayoría de centros de salud que tienen población inmigrante. Este protocolo se suele aplicar en la primera visita que el paciente hace a la consulta de Atención Primaria, tras explorarlo, y explicarle en que consiste y la finalidad del mismo. Esto nos permite detectar enfermedades transmisibles (hepatitis virales, sífilis, VIH) y potencialmente transmisibles (parasitosis intestinales), así como obtener datos que nos indiquen la presencia de posibles enfermedades importadas. Con el resultado del protocolo inicial se valora si el paciente debe ser remitido, si existe, a la consulta de Medicina Tropical del Hospital (en caso de que esta consulta no exista se derivará a consulta de Medicina Interna) para completar estudio especializado. La aplicación de este protocolo como método de cribado de enfermedades importadas y transmisibles que pueden repercutir directamente en la salud del paciente inmigrante y en la población general es especialmente importante.

Patología del inmigrante

El perfil típico del inmigrante es el de una persona joven y sana, altamente productiva para la sociedad y que principalmente consulta en los servicios sanitarios por los mismos motivos que la población autóctona. Las enfermedades importadas representan tan sólo una pequeña parte de la patología de esta población. Sin embargo, los profesionales estamos obligados a conocer, al menos de forma somera, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de los principales síndromes y enfermedades que presentan los inmigrantes que vemos en nuestras consultas. Por orden de frecuencia, las enfermedades que encontramos en los inmigrantes se clasifican en cuatro categorías (Figura 2):

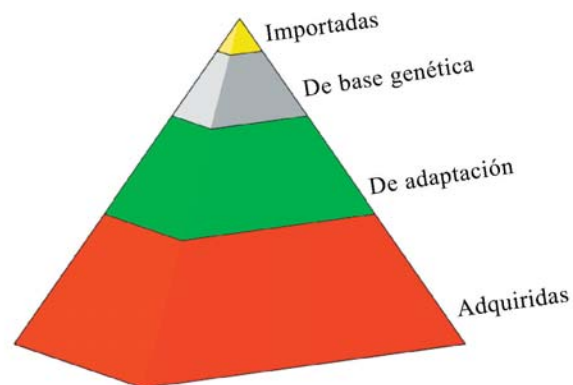


Figura 2. Clasificación de las enfermedades que sufren los inmigrantes.

- 1. Enfermedades comunes o adquiridas en nuestro medio:** infecciones respiratorias, dolores osteomusculares, cefalea, trastornos digestivos, patologías dermatológicas, oculares, dentarias, etc.
- 2. Enfermedades derivadas de trastornos de adaptación:** ansiedad, depresión, somatización, síndrome de Ulises. Éste lo tiene el inmigrante con estrés crónico y múltiple. Suele venir caracterizado por síntomas psiquiátricos relacionados con la soledad y la separación forzada de seres queridos, con el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra cumplir sus metas. Es un estrés que se vive solo y con poco apoyo social.
- 3. Enfermedades de base genética:** hay dos grupos, hemoglobinopatías (talasemias, microcitosis y drepanocitosis) y déficit de G-6-PDH.
- 4. Enfermedades importadas:** son aquellas que se adquieren en una zona donde son frecuentes, pero que se manifiestan en zonas o países donde no existen o son

muy infrecuentes. En función del riesgo para la salud pública, las enfermedades importadas se pueden clasificar a su vez en:

- Enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH, hepatitis B y C, enfermedades de transmisión sexual como la sífilis). Se transmiten entre la población por vía aérea, sanguínea o sexual.
- Enfermedades no transmisibles (filarias, esquistosomas, paludismo, dengue, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas, muy frecuente esta última en regiones con inmigrantes latinoamericanos). No es posible su transmisión fuera de su ámbito ecológico natural, principalmente por la ausencia de vectores.
- Enfermedades potencialmente transmisibles. Podría existir transmisión en el país de acogida sólo en el caso de que se dieran unas condiciones no existentes en la actualidad. El ejemplo más característico es el de determinados geohelminths, que precisan de un ciclo en un suelo contaminado con aguas fecales. Actualmente, si se mantienen las condiciones higiénico-sanitarias y de depuración de aguas residuales en nuestro país, esta transmisión no sería posible.

Dentro de las enfermedades importadas ocupan un lugar importante aquellas causadas por parásitos. Son enfermedades que los inmigrantes contraen en sus países de origen y, en contra de lo que se suele suponer, que no representan peligro para nuestra población puesto que en nuestra región o bien no se encuentran los vectores que las transmiten o no se dan las condiciones higiénico-sanitarias para su desarrollo. Sin embargo, es necesario conocer sus síntomas para identificarlas en el caso de que se manifiesten en los inmigrantes. Las más comunes se describen someramente a continuación.

Filariasis. Las filarias son transmitidas por picaduras de insectos (moscas o mosquitos). La más extendida en el mundo es la filariasis linfática, producida en más del 90% de los casos por la *Wuchereria bancrofti*, y cuya sintomatología se deriva de la obstrucción de los ganglios linfáticos a nivel axilar, inguinal o plexo mesentérico. En las fases avanzadas de la enfermedad aparecen grandes deformidades secundarias al linfedema, en muchos casos ya irreversibles. La *Onchocerca volvulus* produce la oncocercosis o ceguera de los ríos, caracterizada por prurito cutáneo y lesiones de rascado secundarias, así como opacidad de córnea y vítreo por el paso de las microfilarias por la cámara ocular. El *Loa loa* produce edemas cutáneos cambiantes (edemas de Calabar) y el paso por la conjuntiva ocular del gusano adulto.



Figura 3. Elefantiasis provocada por filarias.
(Fuente: wikipedia)

Paludismo o malaria. Existen cuatro especies de *Plasmodium* responsables de la patología en el humano. *Plasmodium falciparum* es la especie que condiciona mayor morbimortalidad. En sujetos que viven en zonas endémicas, tras múltiples infecciones, se desarrolla una semiinmunidad que hace que estén asintomáticos o bien presenten una clínica muy larvada. Sin embargo, en sujetos sin inmunidad específica (turistas) o personas que regresan a zonas endémicas tras un largo periodo fuera de las mismas (se considera que a los dos años de salir de las zonas endémicas se pierde la semiinmunidad), el cuadro es agudo, con una elevada mortalidad si no se diagnóstica y se trata a tiempo. La incubación oscila entre 7 y 10 días de media, comenzando el paciente con cefalea, fiebre elevada, artromialgias, diarrea, clínica respiratoria o miccional. Si el cuadro evoluciona,

aparecen manifestaciones neurológicas y fallo multiorgánico. Para el diagnóstico es necesaria una elevada sospecha, debiendo solicitar una gota gruesa y frotis, test de detección de antígenos mediante inmunocromatografía (test rápido), y confirmación mediante PCR en el caso de bajas parasitemias o coparasitaciones. *Plasmodium vivax*, *P. ovale* y *P. malariae* son especies que cursan con un cuadro más benigno.

Esquistosomiasis. Las dos especies más frecuentes son *Schistosoma haematobium* y *Schistosoma mansoni*. El ciclo biológico es complejo, precisando de un hospedador intermediario (caracol de agua dulce) y un paso con vida libre en el agua. *Schistosoma haematobium* se localiza preferentemente en la vejiga urinaria, expulsando sus huevos por la orina. En la pared vesical se forman lesiones granulomatosas, que con el tiempo pueden dar lugar a calcificaciones. El síntoma guía es la hematuria (sangre en orina) micro o macroscópica. Con el paso del tiempo, si no reciben tratamiento, estas lesiones pueden producir obstrucción de uréteres e insuficiencia renal secundaria, así como cáncer de vejiga. *Schistosoma mansoni* se localiza con más frecuencia a nivel intestinal, con emisión de huevos por las heces. La complicación más importante es la hipertensión portal que puede evolucionar a cirrosis por obstrucción de sistema porta tanto por los huevos como por los parásitos adultos.

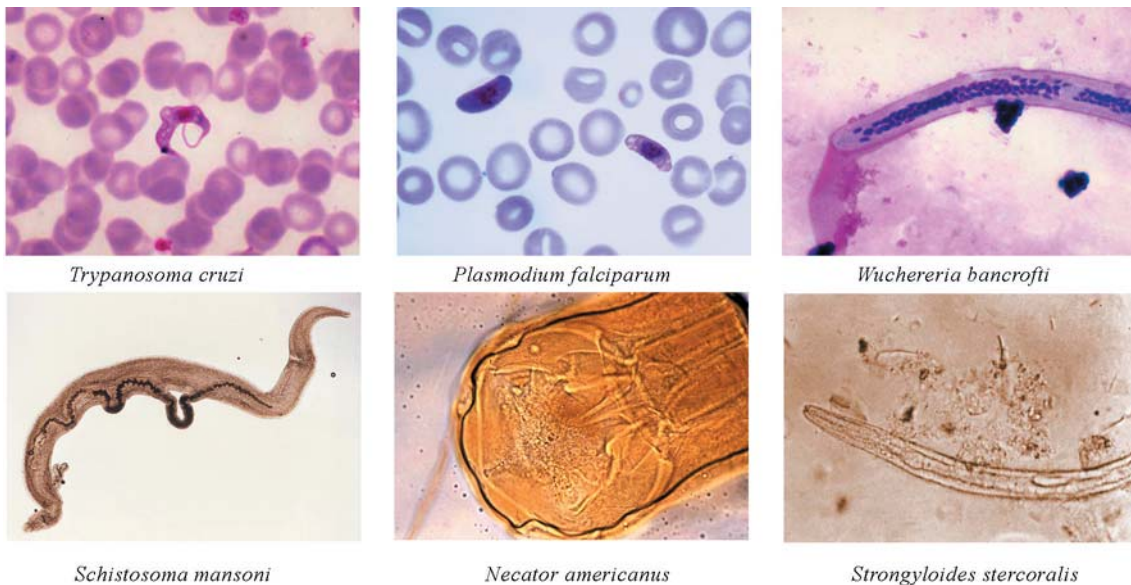


Figura 4. Imágenes de los principales parásitos que causan las enfermedades que pueden traer los inmigrantes desde sus países de origen (Fuente CDC):

Mal de Chagas. El mecanismo principal de transmisión de la enfermedad es vectorial, tras la picadura de un tipo de chinche denominado vinchuca o “chinche picuda”. Después de un cuadro agudo que a veces pasa desapercibido, el parásito responsable de la enfermedad, *Trypanosoma cruzi*, se acantona durante años en el tejido muscular sin producir sintomatología alguna (fase crónica latente), no teniendo repercusión para el sujeto infectado en términos de morbilidad o mortalidad. Sin embargo, el 30% de estas personas desarrollará a lo largo de su vida manifestaciones clínicas, incluso 30-40 años después de la primoinfección (fase crónica sintomática). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las cardiológicas. El segundo grupo de manifestaciones en frecuencia (10%) son las digestivas, afectando con más frecuencia al esófago y colon. Más infrecuentes son las complicaciones neurológicas. Otras vías de transmisión son la materno-fetal, la transfusión de productos sanguíneos, los trasplantes, la oral y la debida a accidentes de laboratorio. En España se han dado caso de Chagas postransfusionales y transmisión vertical. Desde el año 2006 existe una legislación específica para Bancos de

Sangre que obliga a la realización de test para la detección de la enfermedad en grupos de riesgo. En algunos hospitales ya se está desarrollando un programa de detección de enfermedad de Chagas en gestantes de origen latinoamericano. El diagnóstico de la enfermedad en fase crónica se realiza cuando se obtienen 2 resultados serológicos positivos realizados con técnicas diferentes.

Geohelmintos. Se denominan así porque precisan de un paso por el suelo en su ciclo biológico. Los más frecuentes en nuestro medio son las uncinarias, *Ascaris lumbricoides* o *Strongyloides stercoralis*.

Uncinarias. Los adultos miden aproximadamente 1 cm, se localizan en el intestino delgado, alimentándose de sangre del hospedador. La clínica se caracteriza por dolor abdominal, eosinofilia leve y muy frecuentemente anemia ferropénica. El diagnóstico se realiza mediante el hallazgo de sus huevos en el estudio parasitológico de las heces.

Ascaris lumbricoides. Los adultos alcanzan hasta 40 cms de longitud, por lo que pueden condicionar cuadros oclusivos intestinales, colangitis o pancreatitis (cuando el parásito penetra por la vía biliar). El diagnóstico se realiza con el estudio coproparasitológico o bien por la emisión de un gusano adulto con el vómito o la defecación.

Strongyloides stercoralis. Son de menor tamaño (350-600 μm). La característica que lo diferencia de las demás helmintiasis es la capacidad de autoinfección en el humano, por lo que una persona puede continuar infectada décadas después de haber abandonado su país de origen. La sintomatología habitual son las molestias abdominales y la eosinofilia. Pero si la persona sufre un periodo de inmunodepresión, sobre todo en los casos de tratamiento con esteroides de forma prolongada, se produce el llamado síndrome de hiperinfección por *Strongyloides*, consistente en una invasión tisular generalizada, hemorragia pulmonar, púrpura, colitis ulcerativa, sepsis por Gram negativos y meningoencefalitis, con una mortalidad del 90%. El diagnóstico se basa en la detección de larvas en heces, existiendo una serología específica con sensibilidad del 80-85%.

Conclusión

Dado el número tan importante de población inmigrante que tenemos en nuestro país, sobre todo en algunas provincias de Andalucía, creo que como médico es necesario individualizar y personalizar la atención al paciente inmigrante, teniendo en cuenta que esta población es heterogénea y con distintas necesidades. En general, son personas jóvenes y sanas, con un nivel de salud habitualmente superior al de sus compatriotas, y que no sólo van a tener enfermedades importadas. Es más frecuente que padezcan enfermedades comunes, enfermedades derivadas de su situación laboral y vida precaria, enfermedades psicológicas, etc. Pero también debemos conocer la patología importada (desconocida en nuestros hospitales hasta hace unos años), la existencia de un protocolo de atención inicial al inmigrante en la mayoría de centros de salud y los nuevos tratamientos que podemos ofrecerle. Una historia clínica que abarque los aspectos relacionados con el proceso migratorio y una exploración física cuidadosa, son los pilares básicos para llegar al diagnóstico en estos pacientes. Cualquier inmigrante que vaya a regresar a su país de origen, debe recibir además los correspondientes consejos al viajero, incluyendo vacunaciones internacionales y profilaxis antipalúdica. En la anamnesis, es importante recoger aspectos socioculturales y religiosos que pueden influir sobre la salud. No debe olvidarse explorar el área psicológica, ya que la inmigración es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que puede asociarse a malestar psicológico, tanto por el propio hecho migratorio como por la adaptación al país anfitrión, y derivar en cuadros psiquiátricos graves que pueden prolongarse en el tiempo si no se toman las medidas oportunas. Pero sobre todo concienciarnos de que debemos ofrecerle una buena atención sanitaria, proponiendo actuaciones de mejora que les facilite su integración en nuestra sociedad.