

Inmigración y enfermedades

J. Rico

En los últimos años, exactamente desde 1977, España vive un proceso de inmigración creciente e imparable. En parte ello es debido a su situación fronteriza con los países africanos. También a su relación con los países de Sudamérica y la lengua común. Pero por encima de todo, lo que cuenta en este proceso es el crecimiento y bienestar económico español y la incorporación de nuestra nación a la Unión Europea. España es hoy una de las fronteras de la U.E., la más próxima a África, tan sólo a 12 Km. de Marruecos, con el estrecho de Gibraltar por medio.

La cifra de inmigrantes es creciente día a día y en este año nos podremos aproximar a los 2 millones, de los cuales medio millón vive en una situación administrativa irregular (datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, septiembre-octubre 2004) (1). Según el continente de origen, el 35% son europeos, el 28% son africanos (un 40% de ellos marroquíes y 60% subsaharianos), el 29% son sudamericanos y el 8% asiáticos. Y según nacionalidad, los colectivos ma-

yoritarios son el marroquí (282.432 personas) y a continuación los ecuatorianos (115.301). Hasta el 80% de los inmigrantes se agrupan en unas pocas comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias o Baleares). No existen grandes diferencias por sexos ya que según los datos actuales el 45% son mujeres y el 55% son varones.

Y estas cifras no deben asustarnos ya que «según Naciones Unidas, se estima que a mitad del siglo actual se necesitarán más de 50 millones de inmigrantes para mantener el sistema de pensiones y el estado de bienestar en la Unión Europea» (1). O sea, que nuestro país, España, deberá recibir cada año unos 250.000 inmigrantes para mantener nuestro crecimiento económico. Dejemos en manos de los políticos la problemática que esto lleva consigo.

El tema que aquí queremos tocar es el de la patología que esto conlleva. Dado que los inmigrantes procedentes de África o América del Sur tienen una situación de subdesarrollo, hay

Palabras clave: Patología del inmigrante. Tuberculosis. Malaria. Hemoglobinopatías.

Fecha de recepción: Octubre 2005.

Seminario Médico

Año 2006. Volumen 58, N.º 1. Págs. 65-71

que esperar que aporten consigo algún tipo de enfermedad; y por otra parte existe un componente racial que les predispone a patologías distintas a las nuestras. Y así ocurre en un porcentaje elevado de casos.

Por supuesto, quedan fuera de estas observaciones los inmigrantes procedentes de la Unión Europea, en su inmensa mayoría jubilados que residen en nuestras costas (Mallorca, Málaga especialmente) o bien funcionarios de multinacionales. El problema está en africanos y sudamericanos, en los cuales fijaremos la atención.

Los problemas de salud más importantes que aportan los emigrantes son:

1. Desnutrición.
2. Infecciones.
3. Hemopatías.
4. Problemas de adaptación y depresiones.

Veamos sucintamente cada uno de ellos por separado.

1. Desnutrición

Ya en 1976 se destacaba que el problema nutricional en los países africanos era muy importante, de tal forma que en los niños menores de 6 años, un 0,5 a 5,0% se daba una forma severa de desnutrición; y hasta el 40% la padecían de forma moderada. Es decir, que hasta dos terceras partes de la población preescolar sufrían de algún tipo de malnutrición. Efectivamente, no han cambiado mucho las cosas. En un trabajo mucho más reciente (2004), en el que se estudió el nivel nutricional de adolescentes procedentes de Argelia y de Marruecos, se pudo comprobar un

déficit nutricional considerable, por cierto, mucho más acusado entre marroquíes que entre argelinos (4). Y no digamos de los países subsaharianos, donde los niveles nutricionales, tanto en zonas urbanas como rurales arrojan datos abrumadores (5,6). ¿Cómo es posible tanta desigualdad en el mundo?

2. Infecciones

Son muy comunes entre inmigrantes las parasitosis intestinales (helminthiasis), así como seropositividades a hepatitis B y C. También se recogen positivities al VIH y sífilis en porcentajes variables (7). No obstante, lo que destaca por su importancia es fundamentalmente la presencia activa de las dos grandes infecciones del mundo: Tuberculosis y malaria. A una y otra van dirigidos preferentemente nuestra revisión.

La tuberculosis sigue siendo la enfermedad más extendida del mundo. Según datos de la O.M.S. años atrás (1991) una tercera parte de la humanidad (unos 1.700 millones de personas) está infectada por el bacilo de Koch. Se produce en ella el «efecto iceberg», es decir, que unos 3 millones de personas mueren al año, unos 30 millones están enfermos y el resto están infectados sin enfermedad activa (8). La situación en los últimos años no ha cambiado mucho y el fenómeno de las migraciones ha modificado las cifras en muchos países como España. Aquí se estaba controlando progresivamente la enfermedad hasta niveles de 20/100.000 casos/año, a nivel de toda España, aunque sin

llegar a los 5/100.000 casos/año de Holanda; y con modificaciones de unas zonas a otras.

Y sin embargo, en el 2003 se registran 6.743 casos nuevos de tuberculosis activa, de los cuales el 50% correspondía a inmigrantes (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

En resumen: A pesar de que se indica en algunas publicaciones que la inmigración no plantea problemas de salud, sí es cierto que el aumento en el número de casos (al menos entre los inmigrantes) se produce. Y además, muchas veces transcurre un período de tiempo de hasta 2 años entre la identificación del proceso y el tratamiento. Por otra parte, se insiste también una y otra vez en que el seguimiento del paciente se hace difícil en estos casos por problemas de lenguaje, irregularidad documental, etc.

También es cierto que el aumento en los casos de tuberculosis se hace las más de las veces entre los propios inmigrantes ya que forman grupos cerrados con escasa relación con la población nativa. Esto ocurre principalmente entre subsaharianos.

Y la malaria es la otra gran enfermedad infecciosa que viene con la inmigración. Aquí las posibilidades de transmisión son mucho menores ya que falta el vehículo transmisor: el mosquito anophelex infectado. Pero en los países de origen se dan todas las circunstancias: pobreza, humedad, insectos (en este caso, el anophelex). Según la OMS, 100 millones de personas padecen malaria al año, con una morbilidad de 1 millón de personas al año y particularmente devastadora entre los niños, que son a la

vez su principal reservorio (17). La especie más frecuentemente identificada fue la malaria por pl. falciparum (60%) seguida por pl. vivax (37%) según datos del Hospital Clínico Universitario de Madrid. Lo curioso de este mismo trabajo (17) es que el 60% de los pacientes eran nativos de países en situación endémica de malaria; pero el 40% eran turistas españoles que habían viajado a países del trópico.

Este problema ya se venía detectando desde años atrás cuando estudios procedentes de Cataluña y de Madrid lanzaron las primeras voces de alerta (18, 19). Desde entonces no se han dejado de notificar nuevos datos, en los que se insiste una y otra vez en la existencia de malaria tanto en inmigrantes (37%), como en españoles (62%) viajeros, pertenecientes a ONG o simplemente turistas (20, 21, 22, 23).

Así las cosas, hoy en España, cada año se declaran más de 400 nuevos casos de malaria, sin que esto haya producido hasta la fecha la reintroducción de la enfermedad como autóctona, a pesar del incremento de turistas e inmigrantes infectados.(24). Resumiendo: El tipo de plasmodio hallado (siempre por extensión de sangre) ha sido casi siempre el pl. falciparum (un 70-80%); mucho menos, el pl. vivax (un 20-30%) y aisladamente se han encontrado el pl. malariae o el ovale. Una tremenda llamada de atención para todos los médicos, que estamos obligados a revisar nuestros conocimientos, ya olvidados o ausentes en las nuevas generaciones, sobre el paludismo y su profilaxis y tratamiento.

Y dejamos al margen intencionadamente infecciones tales como VIH, sífilis, brucelosis, etc, dado el deseo de resumir lo más posible estos problemas.

3. Hemopatías

Decíamos al comienzo que la inmigración conlleva características raciales en las personas procedentes de otras latitudes, en especial África y en menor medida Sudamérica. El problema que este grupo de enfermedades conlleva (a diferencia del anterior) no es el peligro de contagio o transmisión a no ser a nivel de los hijos. Lo que sí es importante es recordar la posibilidad de enfermedades que entre nosotros no existían y que deben ser atendidas por médicos no avezados al diagnóstico de ellas (25). Nos referimos fundamentalmente a la drepanocitosis y a hemoglobinopatías (talasemias, principalmente), así como al déficit enzimático de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa eritrocitaria. Todas ellas se consideran consecuencia de un cambio genético producido miles de años atrás como mecanismo de defensa frente a la parasitación por el plasmodio. Muy brevemente resumimos el problema.

En hematología, la importancia de la inmigración desde países no europeos (africana en un 90 por 100 en cifras redondas) viene determinada por la elevada frecuencia de hemoglobinopatías, aparte infecciones tipo paludismo (enfermedad anemizante, y leucopenizante, causante de esplenomegalia), que ya hemos visto anteriormente.

Las hemoglobinopatías, enfermedades hereditarias de la Hgb se transmiten con carácter autosómico recesivo. Se han descrito más de 750 variedades, que se pueden clasificar en 1) hemoglobinopatías cualitativas (sustitución de un aminoácido por otro, y cuya mayor expresión es la *drepanocitosis*, hemoglobina S o enfermedad de las células falciformes) y 2) hemoglobinopatías cuantitativas, en las que se reduce la cantidad de las cadenas α o β de la hemoglobina. Su mayor representante lo constituyen *las talasemias* (25).

El mayor problema que aportan estas anomalías hematológicas es la supervivencia del sujeto portador (edad media inferior al resto de la población); y por otra parte, la asociación de unas y otras (rasgo S unido a rasgo talasémico). Otras hemoglobinopatías (C, D, Hgb inestables, etc.) son por sí solas de mucha menor incidencia e importancia.

Por último, existe otra hemopatía muy extendida en países mediterráneos que conviene recordar: el *déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa eritrocitaria*, que puede provocar crisis hemolíticas tanto en el recién nacido como en el adulto ante sustancias oxidantes (favismo, sulfamidas, otras); o bien permanecer silente de por vida. En España, antiguo país palúdico (por *plasmodium vivax*), no existían hasta hoy Hemopatías tipo drepanocitosis. Tan sólo en zonas próximas al sur de Portugal (por aquello de sus colonias africanas) se encontraba algún caso aislado de Hgb S. En cambio sí quedó como recuerdo genético el déficit por defecto de gl-6-FDH eri-

trocitaria, de tal forma que un 2% de la población era (y es) portadora del mismo (26, 27, 28). También la β -talasemia existe en nuestra población desde miles de años atrás, según nosotros mismos hemos podido comprobar (29, 30, 31).

Con el fenómeno inmigratorio nos encontramos hoy con: 1) aparición de hemoglobinopatía S (exclusivamente en los inmigrantes); y 2) incremento de la α y β talasemias. También debido a la población inmigrante (32). Recordemos que la Hb S puede producir trombosis, ictus, retraso en el crecimiento infantil, problemas en el embarazo, emergencias en la anestesia, etc. Y las talasemias son causantes de anemias que no se curan con Fe, trastornos en los rasgos faciales y craneales (turricefalia) e incluso crisis transitorias de aplasia medular por agotamiento de la médula ósea (33).

4. Problemas de adaptación y depresiones

En este último apartado tal vez vaya lo más importante: El inmigrante (que busca un mundo mejor) es portador de valores socioculturales y religiosos que son muchas veces diferentes al país de destino (temporal o permanente) (34).

La inmigración por sí misma es un factor de riesgo en su salud mental (el

llamado por los psiquiatras «síndrome de Ulises»). Depresión, ansiedad y distimias son los síndromes más frecuentes entre los inmigrantes no europeos, siendo muy importante el problema del idioma en la mayor parte de los casos. Por ello se hace también necesario conocer estos problemas que surgen entre la población inmigrante y hacer todo lo posible por atender tales situaciones, que se dan con enorme frecuencia en un ambiente de pobreza, exclusión social y explotación en el lugar de destino (35).

En resumen

Con estas líneas no pretendemos más que llamar la atención sobre la presencia de estas patologías en la España de hoy. Gran parte de las mismas son importadas. Otras han reaparecido tras muchos años. Y es obligación del médico, empezando por el que está en la primera línea de atención al paciente, conocer estos hechos y ponerse al día en el conocimiento de todas ellas, para así servir mejor al hermano enfermo. La creación de Unidades de atención al Emigrante en hospitales está siendo de una gran utilidad en este sentido. ◀

José Rico Irlés, *Catedrático Emérito de Patología Médica. Facultad de Medicina de Granada.*

Referencias bibliográficas

1. *Boletín estadístico de extranjería e inmigración*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, n.º 3, septbre. 2004.
2. ZUBERO, SANTAMARÍA, MUÑOZ, et al.: «Enfermedades tropicales importadas: experiencia de una unidad especializada en un hospital general». *Rev. Clin. Esp.*, 2000, 200, 10, 533-7.
3. OSUNTOKUN B.O.: *Nutritional problems in the African region*. Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss., 1976, 31,353-76.
4. OLIVAN GONZALVO, G.: «Diferencias en el estado nutricional y estado de salud entre adolescentes inmigrantes ilegales procedentes de Marruecos y Argelia». *Med. Clin.*, 2004, 122, (10), 372-4.
5. ATINMO, T.: «Nutricional problems of África. The future of a continent». *Forum Nutr.*, 2003, 56,281-2.
6. CHARLTON, K.E.; ROSE, D.: «Nutrition among older adults in África: situation at the beginning of the millenium». *J. Nutr.*, 2001, 131, (9), 2424-8.
7. GUTIÉRREZ, M.; TAJADA, P.; ÁLVAREZ, A. et al.: «Prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B y C entre inmigrantes en Madrid». *J. Med. Virol.*, 2004, 74,4,521-7.
8. RUIZ MANZANO: «Tuberculosis e inmigración». *Med. Clin.* 2000, 114.7,257-8.
9. FERNÁNDEZ SANFRANCISCO, M.T.; DÍAZ PORTILLO, J.; SÁNCHEZ ROMERO, J.M. et al.: «Prevalencia de tuberculosis entre población inmigrante en Ceuta, España». *Rev. Esp. Salud Pública*, 2001, 75,6,551-8.
10. HUERGA, H.; LÓPEZ-VÉLEZ, R.: «Enfermedades infecciosas en niños inmigrantes africanos subsaharianos en Madrid, España». *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 2002, 21,9,830-4.
11. ROCA, C.; BALANZÓ, X.; FERNÁNDEZ ROURE, J.L. et al.: «Enfermedades importadas en africanos inmigrantes en España: estudio de 1.321 pacientes». *Med. Clínica*, 2002, 119,16,616-9.
12. VIEIRA PASCUAL, M.C.; BISCHOFBERGER, C.; PÉREZ DE OTEIZA, C.: «Estudio epidemiológico y clínico de pacientes diagnosticados de tuberculosis en el área no-
reste de Madrid». *An. Med. Interna*, 2003, 1,10-5.
13. SALAZAR, A.; NAVARRO CALDERÓN, E.; ABAD, I., et al.: «Diagnósticos tras el ingreso de inmigrantes en la ciudad de Valencia, España (2001-2002)». *Rev. Esp. Salud Pública*, 2003, 77,6,713-23.
14. ALONSO MORENO, F.J.; García Bajo, M.C.; Lougedo Calderón, M.J. et al.: «Prevalencia de la infección tuberculosa entre inmigrantes en el distrito de salud de Toledo, España». *Rev. Esp. Salud Pública*, 2004, 78,5,593-600.
15. RAMOS, J.M.; MASSIA, M.; RODRÍGUEZ, J.C. et al.: «Tuberculosis en inmigrantes. Diferencias clínicas y epidemiológicas en comparación con la población nativa (1999-2002)». *Enf. Infecc. Microbiolog. Clin.*, 2004, 22,6,315-18.
16. ARECE ARNÁEZ, A.; ÍNIGO MARTÍNEZ, J.; CABELLO BALLESTEROS, L. y BURGOS ARENALES, M.: «Tuberculosis e inmigración en un área de salud de Madrid (1994-2003)». *Med. Clin.* 2005, 125,6,210-2.
17. CANDEL, F.J.; ALRAMADAN, M.; BONILLA, J. et al.: «Malaria: una enfermedad en auge: análisis del quinquenio 1997-2001 en un hospital de Madrid». *An. Med. Interna*, 2004, 21, n.º 1, 49-50.
18. PARELLADA, N.; CAYLA, J.A.; BATALLA, J. et al.: «Malaria: análisis de 149 casos (1981-1987)». *Enf. Infecc. Microb. Clínica*, 1990, 1,25-31.
19. GONZÁLEZ GARCÍA, J.J.; PEÑA, J.M.; ARNALICH, F. et al.: «Paludismo en España». *An. Med. Interna*, 1990, 7, n.º 9, 491-2.
20. LÓPEZ-VÉLEZ, R.; VIANA, A.; PÉREZ CASAS, C. et al.: *Estudio Clínico-epidemiológico de paludismo importado en viajeros e inmigrantes en Madrid*.
21. CERVERA MIGUEL, J.I.; NAVARRO IBÁÑEZ, V.; CALABUIG MUÑOZ, E. et al.: Malaria: análisis de 31 casos (Hospital Universitario la Fe. Valencia). *Rev. Clin. Esp.*, 2004, 204,317-19.
22. RODRÍGUEZ GUARDADO, A.; HUERTAS GONZÁLEZ, J.; PÉREZ GONZÁLEZ, F. et al.: «Malaria importada: dificultades en el diag-

- nostico y tratamiento». *Med. Clin.*, 2004, 123,10,395-6.
23. VELASCO, M.; GASCÓN, J.; VALLS, M.E. et al.: «Malaria importada de Senegal: acerca de 17 casos en el año 2000». *Med. Clin.*, 2005, 124,1,19-21.
 24. LÓPEZ VÉLEZ, R. y MOLINA MORENO, R.: «Cambio climático en España y riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas por artrópodos y roedores». *Rev. Esp. Salud Pública*, 2005, 79,177-190.
 25. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, A.; HOJAS BERNAL, R.; ROPERÓ, P. y VILLEGAS MARTÍNEZ, A.: «Aumento de la incidencia de hemoglobinopatías estructurales y talasemias en España». *Hematológica*, 2002, supl, 1,368-72.
 26. RICO IRLES, J.; MORA LARA, R.J.; NAVARRO ALFONSO, A. et al.: «Favismo y déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa. Estudio de este trastorno enzimático en una familia española». *Med. Clin.*, 1963, 41, 359-363.
 27. MORA LARA, R.J.; RICO IRLES, J. y NAVARRO ALFONSO, A. et al.: «Favismo y déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa. Nuevas observaciones en otras familias españolas». *Med. Clin.*, 1964, n.º 6, 421-24.
 28. MORA LARA, R.J.; RICO IRLES, J.; NAVARRO ALFONSO, A. et al.: «Enzimopatía glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y glutatión reducido en el favismo y en diversos cuadros». *Rev. Diagnost. Biol.*, 1965, XIV, n.º 1,15-21.
 29. COTRINA DE LUNA, J.L.; JUÁREZ FERNÁNDEZ, C.; LLORENTE GUTIERREZ, P. et al.: «Hemoglobinopatías en la provincia de Granada». *Rev. Clin. Esp.*, 1980, 157,343-7.
 30. COTRINA DE LUNA, J.L.; JUÁREZ FERNÁNDEZ, C.; LLORENTE GUTIERREZ, P. et al.: «Hemoglobinopatías en Andalucía Oriental. Estudio en las provincias de Granada y Málaga». *Rev. Clin. Esp.*, 1980, 158,121-6.
 31. COTRINA DE LUNA, J.L.; JUÁREZ FERNÁNDEZ, C.; LLORENTE GUTIERREZ, P. et al.: «Métodos de investigación de hemoglobinas anormales». *Actualidad Médica*. Granada, 1980, 66,295-310.
 32. LÓPEZ SANTIAGO, X.: «La inmigración causa reaparición de Hemopatías ya desaparecidas». *Diario Médico*. Com. 27 octubre de 2004.
 33. GÓMEZ-CHIARI, M.; TUSELL PUIGVERT, J.; ORTEGA ARAMBURU, J.: «Drepanocitosis: experiencia en un centro». (Servicio de Hematología. Valle D'Hebrón, Barcelona). *An. Pediatr.*, 2003, 58,2,95-9.
 34. OCHOA MANGADO, E.; VICENTE MUELAS, N. y LOZANO SUÁREZ, M.: «Síndromes depresivos en población inmigrante». *Rev. Clin. Esp.*, 2005, 205,3,116-8.
 35. DEL REY CALERO, J.: «Pobreza, exclusión social, capital social y salud». *An. Real Acad. Nac. Med.* Madrid, 2004, 121,1,57-72.