

Morbilidad en inmigrantes subsaharianos mayores de 60 años

Dolores Lagares-Serrano y José Ignacio Mora-Arias

Unidad de Asistencia al Inmigrante. Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Móstoles. Móstoles. Madrid. España.

RESUMEN

Introducción: se describen las características socioculturales, sintomatología y nuevos diagnósticos en inmigrantes mayores de 60 años llegados a España procedentes del África subsahariana.

Material y métodos: se revisaron las historias clínicas de todos los inmigrantes subsaharianos > 60 años evaluados en una unidad de atención al inmigrante entre febrero 1993 y febrero 2000.

Resultados: De un total de 161 personas, 105 procedían del África subsahariana. El principal motivo de consulta (90,5%) fue «estar enfermo». Las quejas más frecuentes fueron: dolor corporal 75,2%; fiebre, 44,7%; estreñimiento, 40,0%; prurito, 37,2%. Los principales diagnósticos fueron: infecciones/parasitosis (98%) e hipertensión arterial (HTA) (62%). El 93,2% presentaba tres o más diagnósticos concomitantes. Los diagnósticos finales guardaban escasa relación con los síntomas manifestados.

Conclusiones: la morbilidad ha sido elevada con alta prevalencia de enfermedades infecciosas/parasitarias y HTA. La forma de expresar los síntomas tiene importantes matices culturales. Los protocolos clínicos específicos son útiles y facilitan una primera aproximación.

Palabras clave

Inmigrantes subsaharianos. Personas mayores. Morbilidad.

Morbidity in sub-Saharan immigrants aged more than 60 years old

ABSTRACT

Introduction: the aim of this study was to determine the main social and cultural characteristics, symptoms and diagnoses in immigrants aged more than 60 years old from sub-Saharan Africa.

Material and methods: the Medical records of all sub-Saharan immigrants aged > 60 years old attending the Immigrant Services Unit between February, 1993 and February, 2000 were reviewed.

Correspondencia: Dra. D. Lagares-Serrano.
Av. Portugal, 43, 1.º A, esc 1. 28931 Móstoles. Madrid. España.
Correo electrónico: lolasug@hotmail.com

Recibido el 28-02-05; aceptado el 27-10-05.

Results: we attended 161 immigrants aged more than 60 years old, of which 105 were from sub-Saharan Africa. The main reason for consulting (90.5%) was «not feeling well». The most frequent symptoms were pain in 75.2%, fever in 44.7%, constipation in 40%, and itching in 37.2%. The most frequent diagnoses were parasitosis/infections in 98% and hypertension in 62%. Three or more concomitant diagnoses were made in 93.2% of the patients. The final diagnoses bore little relation to the patients' symptoms.

Conclusions: we found high morbidity and a strong prevalence of infectious/parasitic diseases and hypertension in the population studied. Description of symptoms showed significant cultural differences. Specific clinical protocols are useful and facilitate the initial approach.

Key words

Immigrants Sub-Saharan. The elderly. Morbidity.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y la inmigración desde los países en vías de desarrollo han sido los acontecimientos sociosanitarios más relevantes de la última década. En la práctica, la reagrupación familiar se extiende más allá de la familia nuclear, lo que conlleva la inmigración de personas mayores. Se prevé que con el incremento constante de la inmigración en España también aumente la presencia de personas mayores inmigrantes y los profesionales sanitarios han de tener en cuenta esta circunstancia en la práctica médica cotidiana.

La Unidad de Atención al Inmigrante (UAI) del municipio de Móstoles funcionó desde 1992 hasta febrero de 2000 para atender las necesidades de la población inmigrante, entonces carente de cobertura sanitaria, en Móstoles y municipios vecinos del Área Sanitaria 8. En febrero de 2000, cuando se legisló el derecho pleno de los inmigrantes a la cartilla sanitaria, se cerró la UAI. La Unidad, perteneciente al Ayuntamiento, estaba ubicada en el Centro de Salud Bartolomé González. Pese a no estar oficialmente reconocida por el consistorio, mantuvimos una red «informal» de colaboraciones, pero bien estructurada, con el Hospital de Móstoles/Ambulatorio de Especialidades para realizar pruebas complementarias, atención secundaria

(especialistas) y terciaria (hospitalizaciones). El objetivo ha sido proporcionar una asistencia integral y adaptada a las características de la población.

La aceptación de este servicio médico por parte de los destinatarios facilitó la atención continuada, especialmente entre la población subsahariana. El colectivo de inmigrantes del África subsahariana constituye un desafío no solamente por las enfermedades «exóticas» que pueden presentar, sino también por su cultura y formas de valorar y expresar los síntomas¹. En España los datos sobre la salud de este colectivo¹⁻⁶ provienen casi en su totalidad de las unidades hospitalarias de medicina tropical. En nuestra unidad representaron el 54% (n = 1.733) del total de pacientes registrados (n = 3.182), a diferencia de lo habitual en las consultas de atención primaria, donde la mayoría son de otros orígenes geográficos^{7,8}, principalmente de América Latina y de África del Norte. En nuestra ciudad residían 18.440 inmigrantes, según datos del padrón municipal a 01/01/2004, de los cuales un 13% (n = 2.391) proveían de países del África subsahariana, porcentaje muy alto con relación a la media nacional, donde suponen aproximadamente el 2,3% de todos los inmigrantes⁹. Esta circunstancia, unida a la idiosincrasia de las personas de origen subsahariano que suelen ser muy receptivas a los cuidados de salud y mantienen un particular sistema de comunicación, propició que, con el tiempo, la consulta fuese además un punto de encuentro para esta población.

Con los datos apuntados, se planteó el presente trabajo, cuyo principal objetivo fue conocer las principales características socioculturales, motivo de consulta y procesos diagnósticos de la población de inmigrantes subsaharianos mayores de 60 años evaluados en este centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó las historias clínicas de los pacientes mayores de 60 años procedentes del África subsahariana atendidos en la Unidad en el período de febrero de 1993 a febrero de 2000.

Tras una primera evaluación médica, se recogió los datos respecto al sexo, edad, país de origen, tiempo de estancia en España, convivencia y motivo de consulta. Para la obtención de síntomas y diagnósticos se pasó un cuestionario preestablecido que incluía preguntas dirigidas a la forma de relatar las dolencias por parte de estas personas, en función de su identidad cultural. A todos los que acudían por primera vez se ofreció acceder además a un protocolo de actuación consistente en: anamnesis y examen físico, hemograma, perfil bioquímico, estudios serológicos para el virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana y lúes, orina elemental, parásitos en heces, estudio de paludismo, filarias en sangre y piel, exudado vaginal, radiografía de tórax e

intradermorreacción de Mantoux, con lectura a las 72 h, y se consideró positivo cuando el diámetro de induración era mayor de 10 mm¹⁰.

A todos los pacientes se les solicitó consentimiento informado para el análisis de sus datos personales y clínicos surgidos de la evaluación. Se capturó la información en una base de datos estándar, y se realizó un tratamiento estadístico de éstos desde un punto de vista puramente descriptivo.

RESULTADOS

De las 3.182 historias clínicas de inmigrantes registradas en la unidad, el 5% (n = 161) pertenecía a mayores de 60 años. En esta franja de edad, los subsaharianos constituyeron el 66% (n = 105), de los cuales 102 procedían de Guinea Ecuatorial, dos de Santo Tomé y uno de Angola. El 63,8% (n = 67) eran mujeres y el 36,2% (n = 38) varones. La edad media fue de 67,0 años (DE, 5,1); intervalo 60-82. En la tabla 1 se reseña el tiempo transcurrido entre la llegada y su primera consulta y diversas circunstancias socioeconómicas: convivencia, dependencia económica, «estatus» de legalidad y conocimientos de español. También se hace referencia a las causas de fallecimiento y los regresos a su país en el período estudiado.

En la primera visita médica el «motivo de consulta» más frecuente fue «sentirse enfermo», en un 90,5% (n = 95). En la tabla 2 se indican los principales síntomas manifestados durante la primera anamnesis. El número de diagnósticos fue mayor de 2 en un 93,2% de los casos, y se llegó a identificar entre 7 y 10 diagnósticos diferentes en un 35%. En la tabla 3 se refleja la enfermedad infecciosa/parasitaria, presente en el 98% de pacientes; el 87,5% presentaba más de una infección concomitante. La patología no infecciosa se enumera en la tabla 4 y destaca la hipertensión arterial (HTA), cardiopatías hipertensivas, eosinofalias y anemias, problemas dermatológicos, dispepsias, diabetes mellitus tipo 2 y problemas oftalmológicos.

DISCUSIÓN

En el grupo estudiado, la práctica totalidad de los pacientes provenían de Guinea Ecuatorial, la última de las colonias españolas¹¹. Los resultados de este estudio no se pueden extrapolar a la población inmigrante general constituida mayoritariamente por adultos jóvenes de otros orígenes geográficos⁹. No se han encontrado en la literatura médica datos referidos a poblaciones de características similares en edad y procedencia. Tampoco se han hallado datos en España sobre la salud en inmigrantes de este grupo de edad. En nuestra unidad hallamos diferencias en el estado de salud de los inmigrantes según el área geográfica de procedencia, de los que los procedentes de países subsaharianos son los que presentaban mayor morbilidad en todos los grupos de edad,

TABLA 1. Características demográficas de la muestra (n = 105)

	n	%
Tiempo de estancia en España		
< 15 días	54	51,4
15 días-1 mes	15	14,3
1-6 meses	18	17,1
6 meses-1 año	12	11,4
1-2 años	3	2,9
> 2-8 años	3	2,9
Convivencia principal		
Hijas	60	57,1
Hijos	16	15,2
Hermanos	8	7,7
Otros familiares	18	17,1
Empleador	3	2,9
Dependencia económica		
Pensionistas	14	13,3
Trabajo remunerado	8	7,7
Sin ingresos conocidos	83	79,0
Residencia legal	27	25,7
Circunstancias del seguimiento en el período estudiado		
Fallecimientos (1992-1999)	5	4,8
Causas fallecimientos		
Carcinoma gástrico	1	
Insuficiencia renal aguda	1	
Sarcoma uterino	1	
EPOC	2	
Regreso a su país	22	21,0
Regreso y posteriores viajes a España para revisiones médicas	10	9,5
Conocimientos idioma español entre los pacientes de Guinea Ecuatorial (n = 102)		
Total pacientes etnia Fang	42	41,2
Comprenden y hablan español		50
Comprenden y hablan con dificultad		50
Total pacientes etnia Bubi	18	17,6
Comprenden y hablan español		100
Total pacientes etnia Ndowé	42	41,2
Comprenden y hablan español		100

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA 2. Principales síntomas referidos como motivo de consulta (n = 105)

Síntomas principales	n	%*
Dolor corporal	79	75,2
Abdominalgias	61	58,0
Lumbalgias	54	51,4
Cefaleas	47	44,7
Generalizado	9	8,6
Sensación de «fiebre»	47	44,7
Estreñimiento	42	40,0
Prurito	39	37,2

*El porcentaje total suma más de 100% al referir cada paciente más de un síntoma y/o localización.

principalmente a expensas de infecciones/parasitosis, como también han descrito otros autores^{2,3,12,13}. La morbilidad se ha elevado con presencia de pluripatología en la casi totalidad de los pacientes a los que se podía incluir en más de un grupo diagnóstico.

Las enfermedades infecciosas/parasitarias (tabla 3) importadas han tenido una prevalencia muy alta, y se han obtenido datos similares a otros estudios con poblaciones subsaharianas^{1,3,5,6}, lo que confirma la sospecha de que la tasa de enfermedades infecciosas en inmigrantes recientes se corresponden con las de sus regiones de origen^{14,15}.

La aparición de marcadores de hepatitis B y hepatitis C positivos en este grupo ha sido alta, comparada con poblaciones más jóvenes de similares características demo-

TABLA 3. Enfermedades infecciosas/parasitarias

<i>Infecciones/parasitosis</i>	<i>Pacientes estudiados (n)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Paludismo	61	21	34,4
<i>Plasmodium falciparum</i> (n: 9)			
<i>Plasmodium</i> spp. (n: 6)			
<i>Plasmodium malariae</i> (n: 3)			
<i>Plasmodium ovale</i> (n: 2)			
<i>Plasmodium vivax</i> 1			
Filarias	72	42	58,3
<i>Onchocerca volvulus</i> (n: 12)	Estudios (+) sangre	29	
<i>Loa loa</i> (n: 8)	Estudios (+) piel	7	
<i>Mansonella perstans</i> (n: 32)	Estudios (+) sangre y piel	6	
<i>Mansonella streptocerca</i> (n: 1)			
Parásitos intestinales	84	61	72,6
<i>Trichuris</i> (n: 44)		Multiparasitados 52	
<i>Ascaris</i> (n: 26)		Uniparasitados 9	
Uncinarias (n: 16)			
Giardias (n: 3)			
<i>Strongyloides</i> (n: 3)			
<i>Entamoeba histolytica</i> (n: 12)			
<i>Entamoeba</i> spp. (n: 21)			
<i>Endolimax nana</i> (n: 18)			
<i>Entamoeba coli</i> (n: 16)			
<i>Blastocystis hominis</i> (n: 14)			
<i>Iodameba büttchlii</i> (n: 8)			
<i>Cryptospor parvum</i> (n: 1)			
<i>Chylomaster mesnillii</i> (n: 1)			
Serología hepatitis B	103		
AgHBS (+)		3	2,9
AntiHBc (+) «alone»		26	25,2
AntiHBc/HBs (+)		58	56,3
AntiHBc (-)		16	15,5
Hepatitis C (+)	54	31	57,4
VIH	103	1	1,0
Lúes	103	12	11,7
Infección TBC	81		
PPD > 10 mm		45	55,6
PPD 5-10 mm		9	11,1
Esplenomegalia malarica hiperreactiva	103	1	1,0
Lepra	103	1	1,0
Piomiositis tropical	103	1	1,0
Escabiosis	103	5	4,9
Micosis cutáneas	103	14	13,6
		<i>Tinea corporis</i> (n: 8)	
		<i>Onicomycosis</i> (n: 5)	
		<i>Ptíriasis versicolor</i> (n: 1)	
Furúnculos	103	5	4,9
Infección ginecológica	46	20	43,5
		<i>Trichomonas</i> (n: 2)	
		Células «clave» (n: 13)	
		Levaduras (n: 4)	
		<i>Trichomonas</i> + células «clave» (n: 1)	
Neumonías	103	4	3,9

VIH: virus inmunodeficiencia humana; TBC: tuberculosis; PPD: intradermorreacción de Mantoux.

TABLA 4. Hallazgos diagnósticos por órganos y sistemas (n = 103)

		n
Cardiovascular	Hipertensión arterial	64
	Cardiopatías	14
Hematológico	Anemias	38
	Eosinofilias	71
Endocrino	Plaquetopenia	3
	Diabetes mellitus	13
	Hipertiroidismo	2
Dermatológico	Dermatitis (oncocercosis)	10
	Micosis cutáneas	14
	Escabiosis	5
Digestivo	Furúnculos	5
	Dispepsia	14
	<i>Ulcus</i> duodenal (serología <i>Helicobacter pylori</i> [+])	4
	Hernia hiato	2
	Angioma hepático	1
Respiratorio	Carcinoma gástrico	1
	EPOC	4
	Asma	2
	Neumonías	4
	Fibrosis pulmonar	1
Urológico	Prostatismo	5
	Adenocarcinoma próstata	4
Oncología	Adenocarcinoma próstata	4
	Carcinoma cuello útero	1
	Sarcoma uterino	1
	Carcinoma gástrico	1
Quirúrgico	Hernia inguinal	4
	Prolapso rectal	2
Oftalmológico	Cataratas	7
	Retinopatías	2
	Coriorretinitis	1
	Lesión nervio óptico	2
Reumatológico	Poliartritis	2
	Coxartrosis	3
	Condrocálcinosis rodilla	2
Neurológico	Hemiparesia secuela ACV	1
	Retraso mental	1

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebrovascular.

gráficas, lo que corrobora las tesis comúnmente aceptadas de la exposición al virus temprana y continuada a lo largo de la vida¹⁴.

La infección luética ha resultado mayor que la reportada en otros estudios^{12,16} que incluyen inmigrantes más jóvenes y de distinta procedencia, y también mayor que en los pacientes subsaharianos más jóvenes (14-60 años) atendidos en nuestra unidad, que fue de un 5,3%¹.

No hemos encontrado referencias acerca de infecciones vaginales en inmigrantes mayores, en esta muestra la prevalencia ha sido elevada (46%), sólo ligeramente infe-

rior a la descrita en mujeres subsaharianas más jóvenes, que fue de un 51,6%¹.

Las tasas de filariasis y de paludismo han sido mayores que las descritas en poblaciones más jóvenes procedentes de la misma región^{1,3,5,17}. No hubo ningún caso de paludismo grave en esta serie debido a la inmunidad adquirida que confiere el contacto continuado con el parásito, aunque se recomienda precaución con posteriores viajes al extranjero, ya que esta inmunidad se va perdiendo progresivamente, lo que puede originar cuadros graves de malaria si no reciben la adecuada quimioprofilaxis antes de regresar a su país de origen¹⁸.

La presencia de parásitos intestinales, casi siempre asintomáticos, ha sido elevada, similar a la de los subsaharianos más jóvenes¹, y es muy frecuente la parasitación múltiple. Si bien hay controversia acerca de la conveniencia o no de practicar análisis parasitológicos de cribado, pensamos que al ser asequible se debería incluir en el examen de salud en pacientes procedentes de zonas endémicas¹⁹. Podríamos optar por el tratamiento empírico con mebendazol, pero no cubre todo el espectro de parásitos, y hay algunos como *Strongyloides* o *Ameba histolytica* con importantes repercusiones potenciales, cuyo tratamiento es sencillo y poco costoso, que quedarían sin cubrir adecuadamente.

Con respecto a la tuberculosis (TBC), es muy conocida su importancia como enfermedad emergente en los países desarrollados²⁰⁻²² y uno de los factores que ha contribuido a ello ha sido la inmigración procedente de países de baja renta. Esta población es un grupo vulnerable debido a sus precarias condiciones de vida en los países de acogida y, si bien no entraña en general peligro de contagio para la población autóctona^{23,24}, los expertos recomiendan entre otras medidas el cribado de la infección tuberculosa^{10,22-25} en los colectivos con riesgo de desarrollar la enfermedad, como son los inmigrantes de regiones con altas tasas de TBC. Además, los inmigrantes mayores de 55 años se han de considerar como grupo de alto riesgo¹⁰.

Entre las patologías no infecciosas (tabla 4), destaca la hipertensión arterial (HTA), confirmada en un 61% (n = 64) de los estudiados y que no difiere sustancialmente de la prevalencia encontrada en varios grupos de población autóctona de edad similar. Hay numerosas referencias de HTA en la raza negra, respecto a su mayor incidencia y características particulares de fisiopatología²⁶, repercusiones sistémicas²⁷⁻²⁹ y tratamiento³⁰⁻³², aunque no se han encontrado datos de prevalencia de HTA en inmigrantes mayores en España.

Hay consenso respecto a la importancia del diagnóstico y control de la diabetes mellitus para prevenir sus complicaciones, y ser de raza negra es uno de los factores de riesgo de experimentarla. En un reciente estudio norteamericano de seguimiento durante 7 años en cuatro grupos de personas mayores (hispanos, negros, asiáticos y blancos), la prevalencia de diabetes mellitus era mayor entre los hispanos, seguida de negros, asiáticos y blancos³³. En nuestro estudio fue del 12,6%, pero solamente tres de los pacientes eran conocedores de su estado.

También ha sido importante la proporción de pacientes con anemia (34%) y eosinofilia (68,4%), circunstancias ambas relacionadas probablemente con la presencia de parasitosis. En esta serie se halló una o más especies de parásitos en el 85% de los pacientes con eosinofilia; por otra parte, el 68% de los que no presentaban eosinofilia tenía algún tipo de parasitosis, hecho que se ha descrito en otras fases del ciclo de los parásitos¹⁹. La anemia fue

en todos los casos microcítica hipocrómica, y en algunos pacientes persiste después de que las tasas de hierro estén normalizadas, lo que podría indicar rasgos talasémicos, muy frecuentes en estas regiones. No se realizó estudio de hemoglobinas por no considerarlo prioritario en personas de esta franja de edad.

La patología dermatológica afectó a un tercio de los pacientes. Las dermatitis pruriginosas debidas a oncocercosis fueron muy variadas, desde lesiones hipo/hipercrómicas hasta atrofia cutánea. Conviene recordar que *Onchocerca volvulus* sin tratamiento persiste durante años, por lo que debería realizarse el estudio de microfilarias en piel a todas las personas procedentes de zonas endémicas. La oncocercosis causa daños oculares que pueden llegar hasta la ceguera, en esta serie (tabla 4) hubo cinco casos relacionados con esta parasitosis. Las micosis (n = 14), de larga evolución, respondieron bien al tratamiento, y no se obtuvo datos en cuatro pacientes a los que no se pudo realizar un seguimiento debido al cierre de la Unidad. Todas las escabiosis se diagnosticaron en recién llegados, y recibieron tratamiento empírico ante la dificultad para evaluar las lesiones de rascado.

La infección por *Helicobacter pylori* es frecuente en regiones tropicales³⁴. En cuatro pacientes diagnosticados de *ulcus* duodenal se realizó estudio serológico que resultó positivo, y se desconocía el papel que podría tener en los casos de dispepsia.

Con referencia al cáncer de próstata, hay datos respecto a su mayor prevalencia y agresividad en raza negra³⁵ y la utilidad del cribado³⁶. En esta muestra hubo cuatro casos.

Como conclusión a esta primera parte de evaluación clínica, cabe resaltar la gran morbilidad, a pesar de los síntomas anodinos en su mayoría, y la escasa relación existente entre los «motivos de consulta» y síntomas manifestados en primera instancia y los diagnósticos. Estos hechos parecen muy relevantes a la hora de justificar la aplicación de un examen de salud específico a inmigrantes procedentes de África subsahariana¹⁻³.

En este grupo, en el primer contacto, el «motivo de consulta» mayoritario fue simplemente «estar enfermo» y que «les han traído a España para seguir un tratamiento». Además, durante la anamnesis, las quejas «principales» fueron igualmente poco específicas (tabla 2), lo que conduce a pensar que, posiblemente, la tradicional clasificación por motivos de consulta debería ser revisada para su aplicación en esta población. El «estar enfermo» puede abarcar desde enfermedades fácilmente manejables en España hasta cuadros muy graves, por lo que conviene tener cautela en su interpretación. Resultó más práctico en la primera consulta una anamnesis bien dirigida, pero breve, seguida de una exploración física minuciosa para ir completando la historia clínica en las visitas de seguimiento.

Respecto a la salud mental, en varios pacientes se pensó en posibles somatizaciones de estados ansiosos y/o depresivos. Hay bibliografía acerca de las diferencias raciales o étnicas respecto a somatizaciones³⁷ y a las formas de manifestar la depresión^{38,39}, pero no disponemos de datos concluyentes que confirmen nuestras impresiones en la población estudiada. A 25 pacientes seleccionados se les aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage¹ y ninguno de ellos mantenía criterios de depresión, pero consideramos que sería preciso un estudio más detallado con parámetros adaptados a su cultura. Muchos autores resaltan la conveniencia de disponer de escalas geriátricas culturalmente adaptadas. No se han encontrado referencias a depresiones en inmigrantes subsaharianos, pero sí sobre inmigrantes mayores de otros orígenes⁴⁰⁻⁴². Ante la existencia de escasos datos sobre la salud mental de inmigrantes en España^{43,44}, son necesarios estudios serios para evaluar este problema en toda su magnitud ya que hay numerosas referencias sobre la repercusión del duelo migratorio en la salud mental⁴⁵.

En nuestra experiencia con esta población en particular, hay algunos matices que podrían explicar en parte el no haber hallado patología ansioso-depresiva causada específicamente por el «estatus» de inmigrante y que se resumen a continuación. En este grupo, la mayoría carecía de ingresos propios específicos (tabla 1), pero esta circunstancia no les afectaba de manera especial. La obligación de cuidar a los mayores es un valor fundamental de su cultura y en todos los casos se han sentido arropados por la familia. Los inmigrantes de Guinea Ecuatorial siguen manteniendo con España vínculos idiomáticos, culturales y afectivos, siendo el municipio de Móstoles («la pequeña Malabo») uno de sus puntos de referencia. Tienen una estructura social cohesionada donde complejos lazos de parentesco conforman un microcosmos de familias extensas donde prácticamente todos se conocen y se difunden rápidamente las noticias de interés para el colectivo. Las familias ya instaladas en el municipio traen en muchas ocasiones a sus mayores, para una temporada o de forma definitiva y dan prioridad a los «más enfermos», situación harto frecuente teniendo en cuenta las enfermedades endémicas y la precaria sanidad existente en su país, donde la mayoría de la población además de carecer de infraestructuras básicas como agua o alcantarillado, no tiene acceso a ningún sistema de salud. Con frecuencia recurren a su medicina tradicional, impartida por curanderos, que incluye escarificaciones en la piel, rituales de purificación y tratamientos con diversas plantas. No hemos observado contradicción entre sus creencias en estos tratamientos y la fe en «nuestra» medicina, que consideran preeminente. La esperanza de vida en Guinea Ecuatorial es de 53,4 años (datos de la Organización Mundial de la Salud 2002)¹¹, por lo que la población estudiada se puede considerar longeva atendiendo a este hecho. No hemos encontrado dificultades específicas derivadas de su distinta cultura. Guinea Ecuatorial ha sido la última de las colonias españolas en adquirir su indepen-

dencia en 1968. Estos pacientes nacieron, crecieron y pasaron su juventud y parte de su edad adulta siendo españoles y tienen muy presente en su memoria la época colonial generalmente con buenos recuerdos, ya que el período que sucedió a la independencia fue muy convulso con la dictadura de Macías Nguema, posteriormente derrocado por su sobrino Teodoro Obiang en 1979, quien sigue actualmente en el gobierno. Varios pacientes, en el por ellos denominado «tiempo de Macías», fueron encarcelados y torturados, y algunos estuvieron condenados a muerte, circunstancias que hemos ido conociendo en muchas ocasiones fuera del ámbito de la consulta. Los mayores de Guinea Ecuatorial denotaban extrañeza ante el escaso conocimiento que, en general, tienen los españoles de la que fue su última colonia, mientras que para ellos España sigue siendo un punto de referencia, una especie de «tierra madre» por la que mantienen un sentimiento de afecto y un vínculo de pertenencia. A pesar de ello, consideraban que la relación con los españoles era buena o muy buena, hacían amigos con facilidad si se daban las circunstancias y ninguno refirió sentir rechazo o discriminación.

El idioma común facilitó la comunicación, pero en este grupo encontramos diferencias con respecto a sus conocimientos del español (tabla 1). Las etnias mayoritarias en Guinea Ecuatorial son los fang, bubi y ndowé. La mitad de los mayores de etnia fang entendían pero tenían dificultades para expresarse en español y un tercio no estaba alfabetizado, circunstancias que no se daban entre bubis y ndowé. Los otros tres pacientes (dos de Santo Tomé y uno de Angola) hablaban en portugués, idioma oficial de sus países.

Por último, quisiéramos hacer hincapié en que la aproximación emocional médico-paciente, intrínseca al ejercicio clínico, adquiere gran trascendencia en el trato con poblaciones vulnerables en general. Igualmente importante es la atención al lenguaje corporal que proporciona mucha y valiosa información, una actitud abierta y conocimientos acerca de su cultura y forma de vida. Sería conveniente disponer de más y mejores datos acerca del trabajo sanitario con inmigrantes mayores, ya que es de esperar que en los próximos años aumente este sector de población, con el fin de poder valorar la conveniencia de actuaciones específicas prácticas que favorezcan una disminución de las desigualdades en salud y una mejor gestión de los recursos⁴⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lagares D, Mora JI. Morbilidad en inmigrantes subsaharianos en un área urbana. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:437-8.
2. Roca C, Balanzó X, Fernández JL, Pujol E, Corachán M. Características demográficas, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)*. 1999;111:215-7.
3. López Vélez R, Hueriga H, Turrientes MC. Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical referral unit. *Am J Trop Med Hyg*. 2003;69:115-21.

4. Zubero Z, Santamaría JM, Muñoz J, Teira R, Baraia Etxaburu J, Cisterna R. Enfermedades importadas «tropicales»: experiencia de una consulta especializada en un hospital general. *Rev Clin Esp.* 2000;200:533-7.
5. Hueriga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21:830-4.
6. Roca C, Balanzó X, Fernández JL, Sauca G, Savall R, Gascón J, et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos en España: estudio de 1.321 casos. *Med Clin (Barc).* 2002;119:616-9.
7. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria.* 2000;26:314-8.
8. Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria.* 2001;27:25-8.
9. Ministerio del Interior. Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 1998. Madrid: Secretaría Técnica del Ministerio del Interior; 1999.
10. Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons. Report of the Working Group on Tuberculosis among Foreign-Born Persons, 1998. Center for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1998;47(RR-26):1-29.
11. Core Health Indicators. WHO. Equatorial Guinea. [Consultado 17 nov 2005]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/country/indicators.cfm>
12. Ramos JM, Pastor C, Masía MM, Cascales E, Royo G, Gutiérrez-Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección VIH y sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003;21:540-2.
13. Adair R, Nwaneri O. Communicable disease in African immigrants in Minneapolis. *Arch Intern Med.* 1999;159:83-5.
14. Romea Lecumberri S, Durán Pla E, Cabezas Otón J, Bada Aínsa JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategia de vacunación. *Med Clin (Barc).* 1997;109:656-60.
15. López Vélez R, Turrientes C, Gutiérrez C, Mateos M. Prevalence of hepatitis B, C and D markers in sub-saharan African immigrants. *J Clin Gastroenterol.* 1997;25:650-2.
16. Vall Mayans M, y Grupo de Estudio de las Infecciones de Transmisión Sexual en Atención Primaria (GITSAP). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002;20:154-6.
17. Cabezas J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc).* 1995;104:45-8.
18. Bartolomé M, Balanzó X, Roca C, Ferrer P, Fernández JL, Daza M. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc).* 2002;119:372-4.
19. Roca C, Balanzó X, Sauca G, Fernández-Roure JL, Boixeda R, Ballester M. Uncinariasis importada por inmigrantes africanos: estudio de 285 casos. *Med Clin (Barc).* 2003;121:139-41.
20. Geng E, Kreiswirth B, Driser C, Li J, Burzynski J, Della Latta P, et al. Changes in the transmission of tuberculosis in New York city from 1990 to 1999. *N Eng J Med.* 2002;346:1453-8.
21. Chemtob D, Leventhal A, Berlowitz Y, Weiler-Ravell D. The new national tuberculosis control programme in Israel, a country of high immigration. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7:828-36.
22. Chemtob D, Leventhal A, Weiler-Ravell D. Screening and management of tuberculosis in immigrants: the challenge beyond professional competence. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7:959-66.
23. Pérez Arellano JL, Hernández García A, Sanz Peláez O, Moreno Maroto AA. Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa. *Med Clin (Barc).* 2002;118:38.
24. Caminero JA, Rodríguez F, Cuyás J, Cabrera P. La inmigración en Canarias y su posible influencia sobre el problema de la tuberculosis. *Med Clin (Barc).* 2001;116:556-7.
25. American Thoracic Society. Tuberculin skin tests. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;161:1376-95.
26. Agyemang C, Bhopal R. Is the blood pressure of people from African origin adults in the UK higher or lower than in European origin white people? A review of cross-sectional data. *J Hum Hypertens.* 2003;17:523-4.
27. Swift PA, Macgregor GA. Genetic variation in the epithelial sodium channel: a risk factor for hypertension in people of African origin. *Adv Ren Replace Ther.* 2004;11:76-86.
28. Kizer JR, Arnett DK, Bella JN, Parancas M, Rao DC, Province MA, et al. Differences in left ventricular structure between black and white hypertensive adults. The hypertension genetic epidemiology network study. *Hypertension.* 2004;43:1182-8.
29. Noblat AC, Lopes MB, Lopes AA. Raça e lesao de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82:116-20.
30. Lopes AA, James SA, Port FK, Ojo AO, Agodoa LY, Jamerson KA. Meeting the challenge to improve the treatment of hypertension in blacks. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2003;5:393-401.
31. Julius S, Alderman MH, Beevers G, Dahlof B, Devereux RB, Douglas JG, et al. Cardiovascular risk reduction in hypertensive black patients with left ventricular hypertrophy: the LIFE study. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:1047-55.
32. Ferdinand KC. Recommendations for the management of special populations: racial and ethnic populations. *Am J Hypertens.* 2003;16:50S-4S.
33. Gaston KE, Kim D, Singh S, Ford OH 3rd, Mohler JL. Racial differences in androgen receptor protein expression men with clinically localized prostate cancer. *J Urol.* 2003;170:990-3.
34. Powell IJ, Banerjee M, Sakr W, Grignon D, Wood DP, Novallo M, et al. Should African-American men be tested for prostate carcinoma at earlier age than white men? *Cancer.* 1999;85:472-7.
35. McBean AM, Li S, Gilbertson DT, Collins AJ. Differences in diabetes prevalence, incidence, and mortality among the elderly of four racial/ethnic groups: whites, blacks, hispanics, and asians. *Diabetes Care.* 2004;27:2317-24.
36. Holcombe G, Umar H, Lucas SB, Kaluba J. Low incidence of clinically significant gastroduodenal pathology despite a high incidence of *Helicobacter pylori* infection. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1994;88:569-71.
37. Zhang AY, Snowden LR. Ethnic characteristics of mental disorders in five U.S. communities. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 1999;5:134-46.
38. Mills TL, Alea NL, Cheong JA. Differences in the indicators of depressive symptoms among a community sample of African-American and Caucasian older adults. *Community Ment Health J.* 2004;40:309-31.
39. George LK, Lynch SM. Race differences in depressive symptoms: a dynamic perspective on stress exposure and vulnerability. *J Health Soc Behav.* 2003;44:353-69.
40. Lai DW. Depression among elderly Chinese-Canadian immigrants from Mainland China. *Chin Med J (Engl).* 2004;117:677-83.
41. Cuellar I, Bastida E, Braccio SM. Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample. *J Aging Health.* 2004;16:447-66.
42. Kiropoulos LA, Klimidis S, Minas H. Depression and anxiety: a comparison of older-aged Greek-born immigrants and Anglo-Australians. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38:714-24.
43. Pertiñez Mena J, Viladàs Jene L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurguei S, Muns Sole M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria.* 2002;29:6-13.
44. Barro S, Saus M, Barro A, Fons M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria.* 2004;34:504.
45. Gutiérrez Sigler MD. Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? *Aten Primaria.* 2002;29:6-13.
46. World Health Organization. Removing obstacles to healthy development. Geneva: World Health Organization; 1999.