

## ORIGINALES BREVES

# Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante

M. Lacalle Rodríguez-Labajo<sup>a</sup>, G. Gil Juberías<sup>a</sup>, J.K. Sagardui Villamor<sup>a</sup>, E. González López<sup>a</sup>, R. Martínez Ruiz<sup>b</sup> y B. Orden Martínez<sup>b</sup>

Centro de Salud de Villanueva de la Cañada y Ambulatorio Argüelles. Madrid.

**Objetivo.** Describir las características demográficas y los resultados de un examen de salud a inmigrantes.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo

**Emplazamiento.** Consultorio médico rural de Villafranca del Castillo. Madrid.

**Pacientes.** Todos los inmigrantes (n = 76) con historia clínica abierta y activa entre mayo de 1996 y mayo de 1998.

**Intervenciones.** Examen de salud de salud consistente en: encuesta de salud, exploración física y pruebas complementarias.

**Mediciones y resultados principales.** Datos demográficos: un 82% son mujeres. Tienen una edad media de 33 años (DE, 8,49) y proceden de: América Central, 69%; Filipinas, 20%; África, 5%, y Sudamérica, 3%. Un 97% trabaja como empleados/as de hogar o jardineros y llevan residiendo en España un tiempo medio de 56 meses.

**Datos de salud:** El 21,1% es fumador y un 17,1% bebedor de bajo riesgo. Un 64,5% presenta una cobertura vacunal deficiente de tétanos y un 11,8% de tétanos y rubéola. La serología del VHB (virus hepatitis B) es negativa en el 68,4%. No se detecta ningún caso de hepatitis activa crónica por VHB y un 14,5% presenta serología de infección pasada. Un 35,5% presenta Mantoux > 10 mm (infección tuberculosa) y un 7,9% Mantoux de 5-10 mm (probable origen vacunal). La prevalencia TBC activa es del 0%. El coprocultivo es positivo en un 6,5%. Se detecta un caso de *Salmonella tify*. Se detectan parásitos o huevos en heces en el 42,1%. De ellos un 88%, protozoos, y el 12%, helmintos.

En un 17,1% de los casos se encuentra más de un parásito.

**Conclusiones.** El estudio muestra una inmigración selectiva joven y sana. Destaca la baja prevalencia de hepatitis B y de infección tuberculosa y la presencia de parásitos en heces en la mayor parte de los inmigrantes.

**Palabras clave:** Atención primaria; Examen salud; Inmigrantes.

## RESULTS OF A HEALTHCARE EXAM OF IMMIGRANTS

**Objective.** To describe the demographic characteristics and the results of a healthcare exam of immigrants.

**Design.** A retrospective descriptive study.

**Setting.** Rural doctor office of Villafranca del Castillo. Madrid.

**Patients.** All immigrants (n = 76) that came for care between May of 1996 and May of 1998.

**Interventions.** History, physical exam and basic laboratory tests.

**Results.** Demographic data: 82% are women with a medium age of 33 years (SD 8,49). Their places of origin are Central America: 70%, Philippines: 20%, Africa: 5% and South America: 3%. 97% of them work as household employees or gardeners. They have been living in Spain for an average time of 56 months.

**Health data:** 21.1% are smokers and 17.1% low risk drinkers. 64.5% lack tetanus vaccine and 11.8% lack both tetanus and rubeola vaccines. Serologic test for HBV are negative in 68.4%. 14.5% have past infection and there are no cases of chronic or active infection. PPD is over 10 mm in 35.5%, and between 5 and 10 mm in 7.9%. Prevalence of active TBC is 0%. Stool culture is positive in 6.5%. *Salmonella tify* is identified in one case. Stool examination for ova and parasites is positive in 42.1% of the patients. Protozoos (88%) are more common than helminthes (12%).

**Conclusions.** This study reveals a selective young and healthy immigrant group. The low presence of hepatitis B and tuberculosis infections are notable. The majority present parasites in stool samples.

(Aten Primaria 2000; 25: 634-638)

<sup>a</sup>Médicos de Familia. <sup>b</sup>Microbiólogos.

Correspondencia: María Lacalle.  
Ctra. de Las Rozas al Escorial, 93. 28220 Galapagar (Madrid).  
Correo electrónico: vjgil@recol.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-XI-1999.

## Introducción

El número de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo (PVD) aumenta cada año de forma significativa. En España asistimos desde 1985 a un incremento de esta población, que actualmente representa el 2% de la población total. En el resto de la Unión Europea esta cifra llega al 10%<sup>1</sup>.

Los inmigrantes pueden ser portadores de enfermedades propias de su país de origen. Suelen vivir en condiciones precarias y están sometidos a situaciones estresantes. Con el paso del tiempo, también están expuestos a las enfermedades de nuestro medio<sup>2,3</sup>.

Se observa una demanda creciente de asistencia sanitaria en los centros de atención primaria (AP), aunque todavía son escasos los estudios sobre utilización de los servicios de salud por parte del colectivo de inmigrantes. El presente trabajo tiene como objetivo describir las características demográficas y los resultados de un examen de salud realizado a inmigrantes que acudieron a nuestro centro.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el consultorio médico rural de Villafranca del Castillo, situado en el municipio de Villanueva de la Cañada (Madrid). Villafranca del Castillo es una urbanización de lujo, donde trabajan como personal doméstico o como jardineros inmigrantes procedentes de distintos países. Tiene una población aproximada de 4.500 habitantes. Está atendida por un consultorio local del sistema público de salud, dotado de un médico, una enfermera y una administrativa. El centro de salud y el hospital de referencia se encuentran situados a 10 y 40 km, respectivamente. La urbanización cuenta a su vez con un consultorio privado.

Los datos del estudio se obtienen de la revisión de las 76 historias clínicas activas

**TABLA 1. Examen de salud. Criterios de normalidad**

Variable	Normal		Patológico	
Encuesta de salud				
Tabaco	No fumador		Fumador de cualquier cantidad de tabaco	
Alcohol	No bebedor		Bebedor sin riesgo < 20 g/día mujeres < 40 g/día varones	Bebedor excesivo > 20 g/día mujeres > 40 g/día varones
Vacunas: tétanos y rubéola	Tétanos (3 dosis) y rubéola (vacuna o inmunización en mujeres de 15-34 años)		Falta tétanos	Falta vacuna tétanos y vacuna de rubéola o inmunización
Anticoncepción	Utiliza o no y tipo de método			
Exploración física				
Tensión arterial	Normal TAS < 139 TAD < 89	Estadio 1 TAS 140-159 TAD 89-99	Estadio 2 TAS 160-179 TAD 100-109	Estadios 3 y 4 TAS > 180 TAD > 110
IMC (índice de masa corporal)	< 25 mujeres < 27 varones	Sobrepeso 25-30 mujeres 27-30 varones	Obesidad > 30 mujeres y varones	Obesidad mórbida > 40 mujeres y varones
Pruebas complementarias				
Mantoux	No lesión o lesión < 5 mm	Positivo de probable origen vacunal: Lesión 5-10 mm	Positivo de probable origen infeccioso: lesión > 10 mm	
Hemoglobina	> 12 mg/dl mujeres > 14 mg/dl varones	< 12 mg/dl mujeres > 14 mg/dl varones		
Glucemia en ayunas	Normal < 110 mg/dl	Intolerancia a HHCC Según sobrecarga oral de glucosa (SOG) Glucemia a las 2 horas: 140-200 mg/dl	Criterios de DM 1. Dos cifras en ayunas > 140 mg/dl 2. Prueba de SOG Glucemia > 200 mg/dl a las 2 horas 3. Criterios clínicos y glucemia > 200	
Alteraciones leucocitarias	Normal	Leucocitosis	Leucopenia	Eosinofilia
Colesterol	150-220 mg/dl	Hipercolesterolemia > 220 mg/dl	Hipocolesterolemia < 150 mg/dl	
Triglicéridos	40-150 mg/dl	Hipertrigliceridemia > 150 mg/dl		
Serología HBV	Negativa o curada	Hepatitis B aguda, crónica, portador, período ventana		
Urocultivo	Negativo	Positivo: > 100.000 colonias/ml		
Coprocultivo	Negativo	Positivo: se aíslan gérmenes patógenos		
Huevos y parásitos en heces	Negativo	Positivo para protozoos Positivo para helmintos		
Citología en mujeres de 30-50 años	Sin alteraciones	Cualquier alteración		
Mamografía en mujeres de 50-65 años	Sin alteraciones	Cualquier alteración		

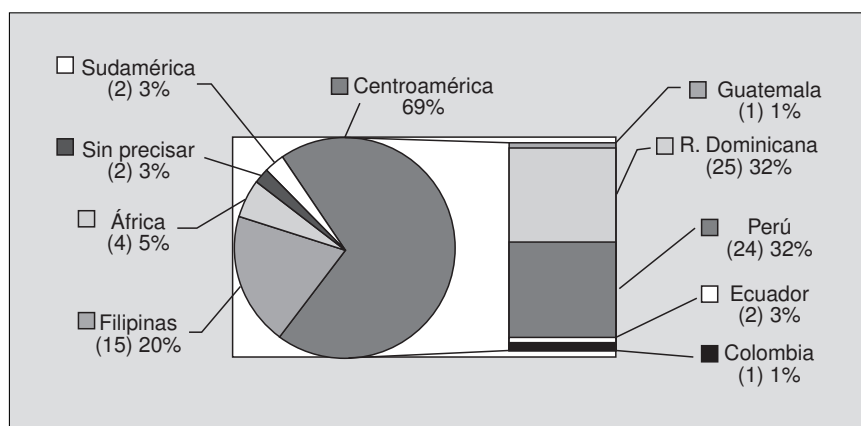


Figura 1. Procedencia de la población inmigrante.

realizadas a los pacientes inmigrantes que acudieron a la consulta entre mayo de 1996 y mayo de 1998. Las variables recogidas incluyen datos demográficos (edad, sexo, país de origen, tiempo de residencia en España y ocupación) y los resultados de un examen de salud básico consistente en: a) encuesta de salud; b) exploración física, y c) pruebas complementarias. Las variables del examen de salud y los criterios de normalidad se reflejan en la **tabla 1**. Para el análisis de datos se utilizó el cálculo de la media aritmética y de la desviación estándar con el paquete estadístico EPI-INFO.

## Resultados

El análisis de las variables demográficas muestra un 82,89% de mu-

jeros y una edad media de 33 años, con una edad mínima de 17 y una máxima de 52 (DE, 8,49). La **figura 1** muestra los países de procedencia. El 97% realiza labores como empleados/as de hogar o jardineros. Un 3% restante son estudiantes. El tiempo de medio de residencia en España es de 56 meses (DE, 30,4).

Los resultados del examen de salud se reflejan en las **tablas 2 y 3**. Comentaremos algunos datos que no se reflejan en las tablas.

En los casos de cobertura deficiente, se administraron las vacunas correspondientes.

De los 6 casos de eosinofilia uno fue diagnosticado posteriormente como síndrome de hipereosinofilia.

En todos los casos con intradermoreacción positiva se descartó enfermedad tuberculosa mediante una radiografía de tórax y estudio de esputo cuando fue posible su obtención. En los casos de infección por TBC, se realizó profilaxis supervisada con isoniazida en adultos menores de 35 años.

Se realizó coprocultivo y estudio de parásitos en un 76,3% de la población estudiada. Ningún paciente refería sintomatología gastrointestinal en el momento del estudio. Cuando se detectó *Salmonella tify*, se adoptaron las medidas de aislamiento entérico y de tratamiento antibiótico adecuado para eliminar el estado de portador. En el estudio de huevos y parásitos en heces, un 88% de los casos positivos (44) fueron protozoos y un 12% (6) helmintos. Los protozoos detectados fueron los siguientes: *Entamoeba coli* (12 casos), *Endolimax nana* (12), *Blastocystis hominis* (11), *Entamoeba histolytica* (5), *Trichomonas hominis* (2), *Iodamoeba butschlii* (1), *Giardia lamblia* (1). Entre los helmintos se encontraron: *Trichiuris trichiura* (2), *Uncinaria* (2), *Ascaris lumbricoides* (1) e *Hymenolepis nana* (1).

Se interrogó al 85% de la población femenina acerca de la utilización de métodos de planificación familiar. Un 40,8% refería no utilizar ningún método anticonceptivo, 6 casos usaban métodos de barrera, 9 anticonceptivos orales, 7 mujeres se habían sometido a una ligadura de trompas y una era portadora de DIU. Se realizó una citología de cérvix en el 50% de las mujeres en edad fértil, encontrándose patología infecciosa en 6 casos (8%). Cuatro mujeres, las de 50-

TABLA 2. Problemas de salud de la población inmigrante

Problema de salud	Categoría	N.º (%)
Tensión arterial		
	Normal	70 (92,1%)
	HTA Estadio 1	2 (2,6%)
	HTA Estadio 2	3 (3,9%)
	HTA Estadios 3 o 4	0
IMC		
	Normopeso	37 (48,7%)
	Sobrepeso	21 (27,6%)
	Obesidad	10 (13,2%)
	Obesidad mórbida	0
Vacunación tétanos y rubéola		
	No consta	8 (10,5%)
	Falta tétanos	49 (64,5%)
	Falta tétanos y rubéola	9 (11,8%)
	No consta	3 (3,9%)
Colesterol		
	Normal	53 (69,7%)
	Hipercolesterolemia	15 (19,7%)
	Hipocolesterolemia	3 (3,9%)
	No consta	5 (6,6%)
Glucemia en ayunas		
	Normal	72 (94,7%)
	Alteración metabolismo HHCC	0
	DM	1 (1,3%)
	No consta	3 (3,9%)
Hemoglobina		
	Normal	61 (80,3%)
	Anemia	12 (15,8%)
	No consta	3 (3,9%)
Alteraciones leucocitarias		
	Normal	63 (82,9%)
	Leucocitosis	2 (2,6%)
	Leucopenia	2 (2,6%)
	Eosinofilia	6 (7,9%)
	No consta	9 (11,8%)
Triglicéridos		
	Normal	66 (6,8%)
	Hipertrigliceridemia	6 (7,9%)
	No consta	4 (5,3%)

64 años, fueron sometidas a una exploración radiológica de las mamas, no encontrándose patología en ningún caso.

## Discusión

Existe una creciente sensibilización por parte de los profesionales sanitarios, especialmente desde la AP, hacia los problemas de salud de los inmigrantes. El presente trabajo pre-

tende contribuir a mejorar la atención a esta población desde un mejor conocimiento de sus características de salud.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que en nuestro estudio la mayor parte de los individuos residen permanentemente con familias españolas de nivel socioeconómico alto, trabajando como empleado/as del hogar. Se trata de una inmigración selectiva de gente joven y sana. Esto

TABLA 3. Resultados de las pruebas microbiológicas y serológicas

Prueba	Categoría	N.º (%)	
Mantoux	Negativo	25 (32,9%)	
	Positivo	> 10 mm	27 (35,5%)
		5-10 mm	6 (7,9%)
	No consta	18 (23,7%)	
Serología VHB	Negativa	52 (68,4%)	
	Hepatitis B aguda, hepatitis B crónica, estado de portador	0	
	Hepatitis B curada	11 (14,5%)	
	No consta	13 (17,1%)	
Urocultivo	Negativo	2 (2,6%)	
	Positivo	2 (2,6%)	
	No consta o no procede	72 (94,7%)	
Coprocultivo	Negativo	51 (67,1%)	
	Positivo	<i>Campylobacter coli</i> (un caso) <i>Campylobacter yeyuni</i> (82 casos) <i>Salmonella typhi</i> (un caso) <i>Yersinia enterocolitica</i> (un caso)	
	No consta	20 (26,3%)	
Huevos y parásitos en heces	Negativo	29 (38,2%)	
	Positivo	Parasitosis única	19 (25%)
		Parasitosis múltiple	13 (17,1%)
	No consta	15 (19,7%)	

constituye un rasgo diferencial respecto a otros estudios realizados en zonas más deprimidas, en las que los inmigrantes viven agrupados en guetos y en malas condiciones, pudiendo presentar una mayor incidencia de enfermedades transmisibles<sup>3</sup>. Nuestros resultados muestran que la población presenta en general un buen nivel de salud. Esto coincide con las conclusiones de otros autores: «Los inmigrantes procedentes de PVD son en general trabajadores manuales jóvenes con un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su medio de origen.»<sup>2</sup> Se ha dicho también que «no emigra el que quiere sino el que puede»<sup>1</sup>. Analizando aspectos concretos, llama la atención la ausencia de portadores crónicos de VHB. Son dos las posibles causas. En primer lugar, se trata de una población joven, donde la prevalencia de portadores siempre es menor. En segundo lugar, procede en su mayoría de zonas de baja endemidad (América Central y del Sur), donde la infección se adquiere en la

adolescencia y edad adulta por vía sexual o parenteral<sup>4</sup>. Debemos recordar que España es un país con endemia moderada, con una tasa de portadores de 1,5–2% en la población general y una prevalencia de anticuerpos en jóvenes de 15–24 años del 2,5–9% y hasta del 18% en adultos<sup>5</sup>. También hemos encontrado un porcentaje bajo de individuos con marcadores de infección pasada para el VHB. Es decir, que la población es en su mayoría susceptible de vacunación. Algunos autores se han planteado la conveniencia de vacunar a todos los inmigrantes que acudan a un centro de salud. Sin embargo, en nuestro caso sería más eficiente valorar el riesgo individual, dado que no se trata de población agrupada en la que el riesgo de transmisión es mayor. Parece razonable vacunar directamente a los procedentes de América del Sur (países de baja endemidad), siendo en cambio más eficiente determinar primero el estado serológico en los individuos procedentes de países de alta endemici-

dad, con una prevalencia del anti-HBc mayor del 20% como África, Asia y Europa del Este<sup>4</sup>. La cobertura vacunal de tétanos y rubéola es claramente deficiente. Pero hay que recordar que también lo es la de la población española. Según los datos de la evaluación del PAPPS 1997, el cumplimiento de vacunación antitetánica y antirrubéolica en adultos es del 34,8 y del 38,6%, respectivamente. Parece necesario realizar un esfuerzo para continuar ampliando el número de individuos vacunados, mediante actividades de educación para la salud y facilitando el acceso de los inmigrantes a este servicio. Respecto a la prevalencia de infección por TBC, destaca el bajo porcentaje de pacientes con resultado positivo. Posiblemente, si en el estudio se hubieran incluido más casos procedentes de África, especialmente de la zona subsahariana, Europa del Este y Asia las cifras serían mayores<sup>6</sup>. También debemos considerar el hecho de que en un 23% de los casos no

se llegó a realizar la prueba de la tuberculina debido a la negativa del paciente.

Encontramos un alto porcentaje de resultados compatibles con vacunación previa (5-10 mm), como era de esperar teniendo en cuenta los países de procedencia, donde es frecuente la vacunación con BCG<sup>3</sup>. Se ha tomado como valor positivo de referencia la medida de 10 mm, ya que en otros estudios no se han encontrado diferencias significativas en la respuesta a la tuberculina entre vacunados y no vacunados, cuando ésta es mayor de 10 mm<sup>6</sup>. La prevalencia de TBC activa en nuestra muestra es del 0%. Un estudio realizado en nuestro país entre refugiados asintomáticos obtuvo una prevalencia de TBC activa del 0,56% en el grupo de 15-40 años<sup>7</sup>. La población española posee cifras de prevalencia media-alta (15,3% en población menor de 50 años y 25% de prevalencia global), muy superior a Estados Unidos (4-7,5%). En nuestro país no existen leyes que obliguen a realizar cribado de TBC a todos los inmigrantes, y el estudio de infección tuberculosa es una decisión del profesional sanitario. Parece recomendable realizar el cribado en inmigrantes procedentes de zonas de elevada prevalencia (África, Asia y Europa del Este), así como actividades de educación para la salud, dando indicaciones para consultar en caso de clínica sugestiva<sup>8</sup>.

Otro aspecto relevante del estudio es la elevada prevalencia de parasitosis intestinales. El hallazgo de multipa-

rasitosis, así como el tipo de parásitos encontrados, coinciden con los resultados de otros estudios<sup>9</sup>. La actuación por parte de los profesionales de AP debe centrarse en la recomendación de medidas higiénicas, la búsqueda activa de parásitos mediante análisis seriados de heces y su tratamiento correspondiente. Existe controversia respecto al tratamiento de algunos parásitos en casos asintomáticos, en los que hay infestación (presencia del parásito y multiplicación), pero no clínica. Parece procedente tratar los siguientes casos: pacientes que residen en instituciones cerradas que pueden convertirse en reservorios, manipuladores de alimentos y pacientes con formas quísticas que no se destruyen por cloración habitual. Además existen parásitos aparentemente asintomáticos que pueden producir complicaciones serias (*Entamoeba histolytica*, absceso hepático, *Tenia solium*, cisticercosis, etc.)<sup>10</sup>.

Podemos concluir diciendo que el protocolo aplicado ha resultado útil para detectar factores de riesgo modificables, así como para diagnosticar problemas de salud individuales. Pensamos que sus principales carencias son la falta detección de factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual y de patología psiquiátrica. Es necesaria la adecuación o validación de cuestionarios para detectar morbilidad psiquiátrica en inmigrantes en nuestro país, así como estudios más amplios sobre la atención a inmigrantes en el ámbito de la asistencia primaria.

## Bibliografía

1. Bada JL, Bada RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC 1996; 5: 277-278.
2. Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Aten Primaria 1995; 5: 320-327.
3. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes. FMC 1996; 4: 222-228.
4. Romea S, Durán E, Cabezos J, Bada JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. Med Clin (Barc) 1997; 109: 656-660.
5. Forés MD, Batalla C. Inmunizaciones. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención primaria. Conceptos organización y práctica clínica (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999; 517.
6. Durán E, Cabezos J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. Med Clin (Barc) 1996; 106: 525-528.
7. Rey R, Ausina V, Casal M, Caylá J, De March P, Moreno S et al. Situación actual de la tuberculosis en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. Med Clin (Barc) 1995; 105: 703-707.
8. McKenna MT, McCray E, Onorato I. The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993. N Engl J Med 1995; 116: 1071-1076.
9. Legares D, Cogollos R, Mora JI. Parasitosis intestinal en inmigrantes procedentes de África de una zona básica de salud. Aten Primaria 1996; 18 (Supl 1): 339.
10. Martín MN, Lostal MI, Martínez J. Tratamiento de las parasitosis intestinales. FMC 1997; 2: 132-140.