

Madrid, 6/4/2010

SALUD E INMIGRACION

Daniel García Blanco

Jesús Garrido Dorronosoro

Epidemiología

Percepciones

Evidencias

Discusión

Modelo de enfermar

Examen Salud

Salud Mental

Competencia cultural

Frecuentación

¿A quién consideramos inmigrante?

- Nacidos fuera de un país
- No nacionalizados
- Sólo llevan un tiempo “x” en nuestro país
- Lo anterior pero sólo si vienen de países pobres
- Lo anterior pero sólo si vienen a trabajos de baja cualificación

“Inmigrante solamente es aquel que está destinado a ocupar los peores destinos del sistema social que lo acoge.” M.M. Rico i Busquets

2000 → 2%
2009 → 12%

17,5%
20,1%
33,5%

*Seoane, L. (2006) "Actitudes y demandas de los profesionales de la salud hacia la atención sanitaria de los inmigrantes".
Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Comunidad de Madrid.*

Percepciones...

...evidencias.

*Carballo M, Divino J, Zeric D. Migration and health in the European Union. Med Int Health 1998;3:36-44.
Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21:535-9.
Morera J, Alonso A, Huerga H. Manual de atención al inmigrante; 2009.*

- Los inmigrantes son, en general, individuos **jóvenes y sanos**.
- Las condiciones laborales, sociales y económicas precarias les convierten en una **población vulnerable**.
- La migración representa un **estrés sobreañadido** con impacto en la salud mental de la persona.
- Las enfermedades que padecen con mayor frecuencia son las **comunes** en la población de acogida.
- Los inmigrantes **recién llegados** tienen **mayor riesgo de** padecer ciertas enfermedades, especialmente **infecciosas**, que son frecuentes en sus países de origen.



Medical Microbiology and Parasitology 6th edition © 2006 Elsevier Ltd

IVERM!



EXAMEN DE SALUD

- País de origen
- Tiempo desde la llegada
- Vacunaciones, antecedentes personales
- Condiciones de vida
- Conductas de riesgo para adquisición de enfermedades
- Viajes recientes
- Exploración Física

Examen de salud a inmigrantes en Atención Primaria

Luis A. Gimeno
Iciar Fernández
de Alarcón Medina
Edith Pérez Alonso
Dolores Peñalva
Juan L. Ruiz-
Giménez Aguilar
Elena Martín Ramos

Centro de Salud
Vicente Soldevilla
del Área 1
del IMSALUD
Madrid

Correspondencia:
Luis A. Gimeno Feliu
Pelegrín, 3. 4º C.
50001 Zaragoza
E-mail: lugifel@unicar.es

Resumen

Fundamento: Diversos protocolos recomiendan la realización de pruebas de cribado a población inmigrante. Existen dudas sobre su aplicación indiscriminada. Presentamos los resultados de su aplicación en un Centro de Salud.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo transversal. El emplazamiento ha sido un centro de salud urbano de Madrid. Los participantes son extranjeros de países extracomunitarios mayores de 14 años que acuden a consulta médica entre diciembre de 2001 y mayo de 2003. Se aplica un examen de salud, que consiste en anamnesis, exploración física y diversas pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, serología, Mantoux y parásitos en heces).

Resultados: Se realizó el examen de salud a 263 inmigrantes. 65% son mujeres y 75% proceden de América Latina. La edad media es 32,7 años (IC 95% 31,4-34). Estancia media de 2,6 años. Fuma un 19% y consume alcohol un 23%. Un 35% no usa métodos de planificación familiar efectivos. Un 49% tienen sobrepeso u obesidad. Detectamos eosinofilia en un 14% y anemia en un 11% de las mujeres no embarazadas y 22% en embarazadas. Un 43% presentaron un Mantoux ≥ 10 mm. Un 7,8% tiene parásitos patológicos en heces. Las serologías son positivas en un 1,33% para VIH, 2,12% para VHC, un 1,90% para sífilis y un 3,38% es portador de VHB.

Conclusiones: En el inmigrante no deberían realizarse programas de cribado indiscriminado. Proponemos la aplicación de las actividades preventivas generales habituales de la población española valorando en todo caso la realización del Mantoux. Se precisan estudios por subgrupos.

Palabras clave: Emigración e inmigración. Cribado. Prevalencia. Enfermedades transmisibles/epidemiología. Estado de salud. Pruebas diagnósticas. Humano. Adulto. España/epidemiología.

Summary

Introduction: Diverse protocols recommend screening tests for the immigrant population. There are doubts concerning their indiscriminate application. Thus, we wanted to evaluate their pertinence the daily life in a health centre.

Material and methods: We made a cross-sectional

descriptive observational study. The location was an urban health centre in Madrid. The participants were foreigners from countries outside the European Union, of at least 14 years of age, that came for medical consultations between December 2001 and May 2003. A health examination was conducted, that consisted of a clinical history, a physical examination and diverse complementary tests (hemogram, biochemistry, serology, PPD and stool examination for parasites).

Results: The health exams were conducted on 263 immigrants. 65% were women and 75% came from Latin America. The average age was 32.7 years old (CI 95% 31.4-34). The average length of residence in Spain was 2.6 years. 19% smoked and 23% consumed alcohol. 35% did not use effective methods of family planning and 49% were overweight or obese. We detected eosinophilia in 14% of the group and anemia in 11% of non-pregnant and 22% of pregnant women. 43% presented a PPD ≥ 10 mm and 7.8% had pathological stool examination. The serologies were positives in 1.33% for HIV, 2.12% for HCV, 1.9% for syphilis and a 3.38% were carrying HBV.

Conclusions: Programs of indiscriminate screening shouldn't be conducted on the immigrant population. We propose the application of the same general preventive activities as for the Spanish population or at the most the addition of the PPD. Studies by sub-groups are needed.

Key words: Emigration and immigration. Mass screening. Prevalence. Communicable diseases/epidemiology. Health status. Diagnostic test, routine. Human. Adult. Spain/epidemiology.

Introducción

El fenómeno migratorio en España está adquiriendo mayor importancia en los últimos años. El número de residentes extranjeros se ha multiplicado por tres en los últimos 6 años¹. La presencia de inmigrantes en Atención Primaria ha pasado de ser un hecho anecdótico a convertirse en una realidad cotidiana que está obligando a adaptar nuestros recursos y nuestras habilidades.

*Weekers J, Siem H. Is compulsory overseas medical screening of migrants justifiable?
Public Health Rep 1997; 112: 396-402.*

.El cribado en inmigrantes no contribuye de manera importante al control de la diseminación internacional de las enfermedades transmisibles.

.La migración no supone un riesgo para la salud pública de los países industrializados, sino una nueva ubicación del individuo infectado.

Lillebaek T, Andersen AB, Bauer J, Dirksen A, Glismann S, de Haas P, Kok-Jensen A. Risk of Mycobacterium tuberculosis transmission in a low-incidence country due to immigration from high-incidence areas. J Clin Microbiol 2001 Mar;39(3):855-61.

Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Med Int Health 1998; 3: 36-44.

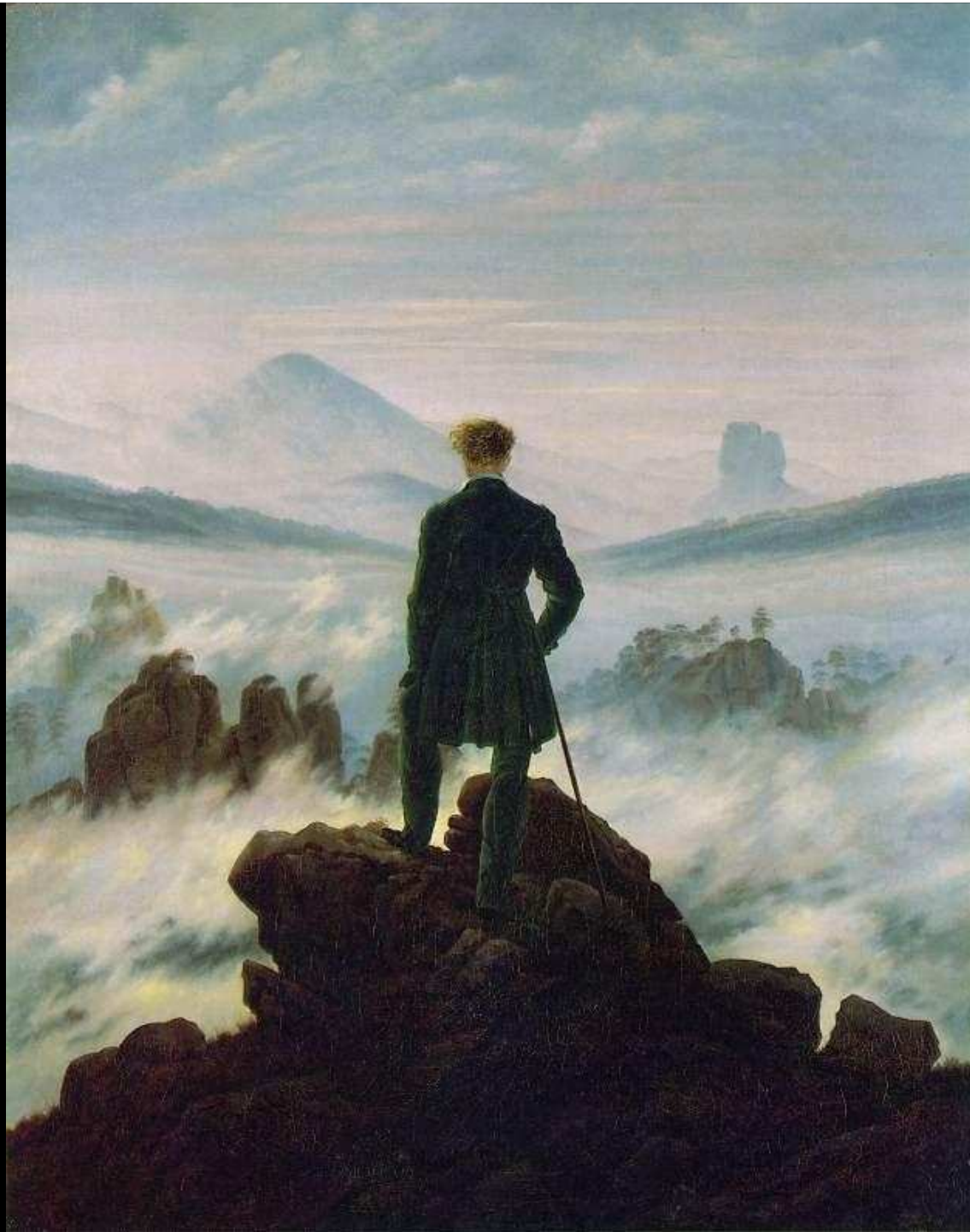
Anonimous. Disease is not a justification for discrimination. The Lancet 2005; 365:728.

- Hasta ahora no hay evidencia de que la Tuberculosis en los inmigrantes afecte a la epidemiología de la tuberculosis en la población autóctona.
- En general, no haremos cribaje de ninguna enfermedad infecciosa si ello no implica una intervención con beneficios para la salud individual del inmigrante.

López-Vélez R, Huerga H. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Madrid: PBM, SL; 2002.

Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E. Asistencia inicial a inmigrantes en Atención Primaria. FMC 2003;10:83-97.

	Europa del este	América latina	África del norte	Asia	África Subsahariana
Hemograma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bioquímica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Orina elemental	No	No	Sí	Sí	Sí
VHB	No	No	No	Sí	Sí
VHC	No	No	No	No	Sí
VIH	No	No	No	No	¿?
VDRL	No	No	No	No	¿?
PPD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Parásitos en heces	No	Sí	Sí	Sí	Sí





Joseph R. Betancourt; n engl j med, 2004.

“La competencia cultural no es la panacea para mejorar los resultados de salud y eliminar disparidades, sino un conjunto de habilidades necesarias para los profesionales que deseen entregar una atención de calidad a todos los pacientes.”

FRECUENTACIÓN

...

Conclusiones del estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español. 2008. Fundación Pfizer.

Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Fundación de Ciencias de la salud, 2008.

 *FCS*

 *Fundación Pfizer*

Cots F, Xastells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit 2002;16(5):376-84.

- En proporción a los ingresos totales, la proporción inmigrante hace un mayor uso de las urgencias y un menor uso de las consultas externas. En los inmigrantes de países de renta alta esto es más acusado que en los de países de renta baja.
- El consumo medio por alta es un 30% más bajo en inmigrantes que en nativos
- Ajustado por edad, casuística y severidad sigue siendo un 10% más bajo.
- La estancia media por neonato sano es un 20% más baja

Desde el otro lado ...



La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni de virus extraños, es una medicina de hombres y mujeres que se diferencian de nosotros en la forma de expresar el sufrimiento y los problemas, en su manera de concebir la vida, las enfermedades, el dolor y la muerte. Han dejado en su país una cultura sanitaria sin haberla abandonado e incorporan otra sin haberla comprendido; es la medicina de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sabio una tecnología mitificada que les salve, pero que no llegan a hacer comprender sus problemas interiores a sus médicos y cuidadores.

Colasanti; Roma, 1990.

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1997 –2008*



TTO SEGÚN PPD



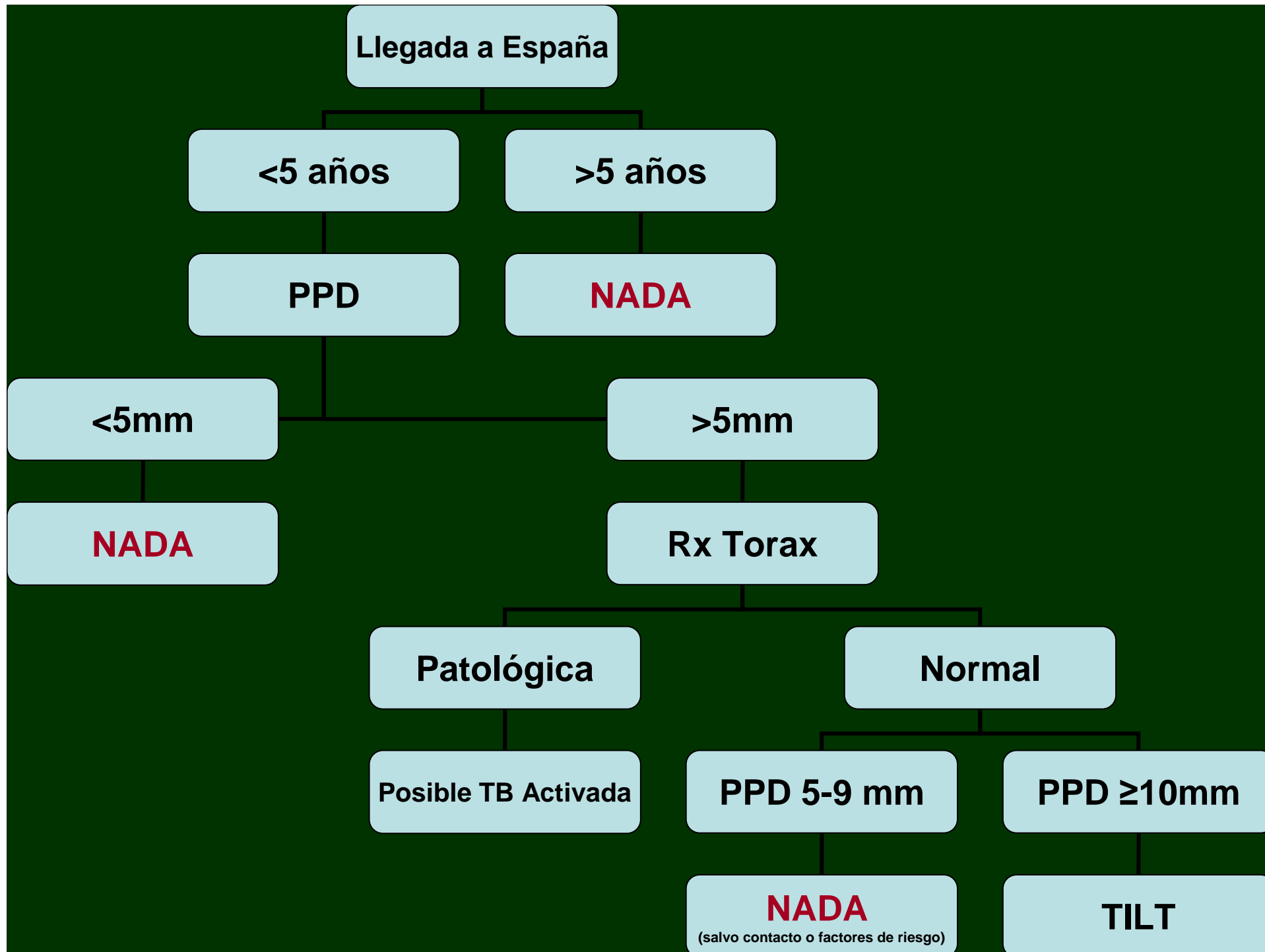
PPD >5mm: Se considera **positivo cuando** hay **alto riesgo** de desarrollar enfermedad tuberculosa:

- **VIH** positivo.
- Terapia **inmunosupresora**.
- **Contacto reciente** con enfermo tuberculoso.
- **Rx anormal** con tuberculosis antigua.

PPD >10mm: Se considera **positivo cuando** se refiere a personas con **riesgo medio** para desarrollar la enfermedad:

- **ADVP**.
- **Niños** expuestos a personas en la categoría de alto riesgo.
- **Personal del laboratorio** de micobacterias.
- **Enfermedades que facilitan la progresión** de la enfermedad tuberculosa
- **Inmigrantes recién llegados** (5 años) de países de alta prevalencia?

PPD >15mm: **Bajo riesgo** (población general no incluida en las categorías anteriores).



RESISTENCIA INH

- Perú-----14,7
- Ecuador-----14,5
- Rumania-----14,4
- Bolivia-----10,2
- Colombia-----9,5
- Alemania-----8,4
- Argentina-----7,8
- Portugal-----7,4
- Reino Unido-----6,7
- Marruecos-----6,3
- China-----5,2-30,3
- España-----3,9-5,2

Anti-tuberculosis drug resistance in the world.Fourth Global Report.Génova: WHO; 2008.

Miedos

Empadronarse

Documento de
Identidad valido

Situación Laboral

No ser entendido

Ser rechazado