
Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad *Imported diseases in immigrants: myth and reality*

C. Roca¹, X. de Balanzó²

RESUMEN

En los últimos años, a partir del crecimiento de la inmigración procedente de los países de baja renta, en determinados ambientes sanitarios y en la propia sociedad civil a través de los medios de comunicación se ha especulado sobre el riesgo para la salud de la comunidad receptora que comportaba la inmigración. El presente artículo pretende ordenar la terminología que se utiliza para tratar de las enfermedades de los inmigrantes, para que sirva de común denominador en la descripción e interpretación de los datos aportados en la prensa médica, evitando las confusiones que se dan en los ambientes sanitarios no especializados o alejados a esta realidad; aportar unas reflexiones sobre la realidad de estas enfermedades tanto las importadas como las transmisibles y aclarar los riesgos para la comunidad receptora y los determinantes de los mismos.

Palabras clave. Enfermedades importadas. Salud internacional. Medicina tropical. Enfermedades cosmopolitas. Medicina de la inmigración.

ABSTRACT

In recent years, with the growth of immigration from low income countries, in certain health spheres and in civil society itself through the mass media, there has been speculation about the risk to the health of the receptor community brought by immigration. This article attempts to conceptualise the terminology that is used to deal with the diseases of immigrants, to serve as a common denominator in the description and interpretation of the data provided by the medical journals, avoiding the confusions that arise in non-specialised health settings or in those that are remote from this. It aims to reflect on the reality of these diseases, both those that are imported and those that are transmissible, and to clarify the risks for the receptor community and their determinants.

Key words. Imported diseases. International health. Tropical medicine. Cosmopolitan diseases. Medicine of migration.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 1): 139-144.

-
1. Médico de familia. Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). ABS el Clot. Barcelona.
 2. Jefe del Servicio de Medicina intensiva del Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona.

Correspondencia:

Carme Roca Saumell
ABS el Clot
C/ Biscaña 305
08027 Barcelona
Tfno. 93 323 29 54
E-mail: croca.pbcn@ics.scs.es

ENFERMEDADES IMPORTADAS

Las enfermedades importadas son aquellas adquiridas en un país y diagnosticadas en otro donde no existen o son menos prevalentes¹.

Actualmente, vivimos una época histórica que se caracteriza, entre otros factores, por un importante desarrollo de los medios de transporte y comunicación y por un vertiginoso desequilibrio económico mundial. Estos dos factores, coincidentes en el tiempo, propician un aumento de los viajes internacionales, tanto en sentido de países industrializados a países de baja renta (mediante el turismo, el comercio o la cooperación) como viceversa, de países de baja renta a países industrializados (fundamentalmente con la inmigración económica, también con las adopciones internacionales o los refugiados políticos).

A pesar de haber llegado al siglo XXI, situaciones tan antiguas como las guerras, los conflictos interterritoriales y la inestabilidad gubernamental en diferentes áreas del planeta, son también responsables de desplazamientos poblacionales.

Desarrollo de los medios de transporte y comunicación. Difusión de microorganismos

El desarrollo de los medios de transporte y comunicaciones constituye un factor remarcable en la difusión mundial de microorganismos. El campo de la microbiología es complejo, dinámico y en constante evolución. Los microorganismos proliferan rápidamente, sufren mutaciones frecuentemente y se adaptan con relativa facilidad a nuevas condiciones y a nuevos huéspedes.

Actualmente es posible llegar a cualquier punto del planeta con menos de 36 horas de viaje, que es un tiempo inferior al tiempo de incubación de la mayoría de enfermedades infecciosas que pueden afectar a los viajeros². Este hecho permite entrar en contacto con microorganismos, infectarse o ser portador y no desarrollar la sintomatología hasta el regreso³.

Además, existen otros muchos factores que pueden contribuir a la diseminación de microorganismos, como son: el trans-

porte internacional de mercancías, animales y plantas; la gran presión que el hombre ejerce sobre los ecosistemas selváticos con el uso abusivo de terrenos de cultivo y otros recursos naturales; el crecimiento urbanístico desmesurado de las grandes ciudades; el desarrollo tecnológico e industrial y el deterioro de las infraestructuras de salud pública en algunos países⁴.

A nivel mundial las enfermedades infecciosas continúan siendo la principal causa de mortalidad; en Estados Unidos, tres de las diez primeras causas de muerte son de origen infeccioso⁴.

El planeta tierra es un sistema único y diverso donde las enfermedades no conocen fronteras ni barreras políticas. Cambios ecológicos y problemas sociales que ocurren a millares de kilómetros de distancia pueden afectar otras zonas geográficamente muy alejadas⁵. Todos tenemos en la memoria ejemplos muy recientes de las alarmas que dispararon, por ejemplo, la expansión del síndrome agudo respiratorio severo o actualmente, la gripe aviar.

Desequilibrio económico mundial. Salud y pobreza

El vertiginoso desequilibrio en la economía mundial se relaciona con la importante desigualdad en el estado de salud de la población. Como advierte la Organización Mundial de la Salud, uno de los problemas más inquietantes para las administraciones sanitarias y los gobiernos, es la persistencia, e incluso, agravamiento de las desigualdades en salud. Es bien conocido que África Subsahariana, de donde procede una parte importante de la inmigración en España, posee los indicadores de salud más pobres de todo el mundo⁶.

La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza⁷. Es ampliamente conocido que los pobres están más expuestos a mayores riesgos personales y ambientales, peor nutridos y que tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. En cambio, ha recibido menos atención el hecho de que la mejoría de la salud puede prevenir la pobreza y ofrecer un camino para salir de ella. Los datos que se dispo-

nen muestran que la mejoría en la salud genera riqueza y se distribuye de forma más equitativa ya que aumenta el capital humano, social y la productividad.

La salud es fundamental para el desarrollo de la persona y de los pueblos.

Aquí es donde los profesionales sanitarios adquirimos un reto y un protagonismo en la lucha contra la pobreza: el trabajar para mejorar el estado de salud de nuestra población comportará ayudar a enriquecerla.

Las enfermedades importadas en el marco de la salud internacional

Vivimos en un mundo estrechamente interconectado, pero con abismales desigualdades. La globalización de las enfermedades y de las amenazas para la salud exige una globalización de los medios de lucha contra ellas.

La salud internacional, definida como la salud pública a escala mundial⁸, es la disciplina médica que ofrece una respuesta al marco sanitario globalizado. Desde una visión multidisciplinaria incluye, entre otras: la microbiología, la antropología, la epidemiología, la medicina interna, la atención primaria y la cooperación. La salud internacional aborda la a) medicina tropical, b) las enfermedades emergentes, c) el consejo sanitario a los viajeros internacionales, d) la geografía médica, e) la medicina de la inmigración y f) las enfermedades importadas⁹.

LA INMIGRACIÓN

Los movimientos poblacionales constituyen una realidad inherente a la historia de la humanidad y han representado, desde siempre, un vehículo de intercambio y de progreso. En los países de la Unión Europea, la migración ha representado históricamente un importante y efectivo medio de reequilibrio económico, político y social. La constitución de la Unión Europea como una entidad económica poderosa mundialmente, ha propiciado cambios en el sentido de las migraciones, de tal forma que algunos de los países miembros han pasado de ser exportadores a ser receptores de inmigrantes¹⁰. En este senti-

do, España se ha convertido en un país receptor de ciudadanos que procedentes de países de baja renta, buscan en su geografía rural o urbana, mejorar sus condiciones de vida y ofrecer un futuro mejor a sus familiares¹¹.

Las necesidades de salud de las personas que migran son esencialmente equiparables a las de la población receptora, siendo los aspectos potencialmente generadores de desigualdades las diferencias culturales, socio-laborales, legislativas, económicas e idiomáticas¹².

ENFERMEADES IMPORTADAS EN INMIGRANTES

Mayoritariamente los problemas de salud de la población inmigrante son los mismos que los de la población del país de acogida, constituyendo las enfermedades importadas en inmigrantes (EIM) una pequeña fracción del total de las demandas de salud¹³. A pesar de ello y debido a que pueden constituir importantes problemas de salud para el individuo y para la población general, se aconseja introducir de forma individualizada y según criterios de geografía médica, el cribaje de EIM, en el ámbito de la atención primaria, junto con el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)¹⁴.

Como ya es conocido, las EIM inciden sobre todo en los inmigrantes recién llegados y en los que viajan de nuevo a su país de vacaciones, por lo que es importante resaltar la necesidad de realizar consejo sanitario y vacunación internacional al inmigrante que visita su país después de un período más o menos largo de estancia en Europa¹⁵.

Las EIM, según su distribución geográfica mundial, pueden clasificarse en¹⁶: a) EIM tropicales: aquellas que se distribuyen en áreas tropicales y subtropicales y, a la vez, son muy poco prevalentes o inexistentes en los países industrializados por no poseer el medio ecológico (vectores, huéspedes intermediarios) necesario para su transmisión o por haber sido erradicadas y b) EIM cosmopolitas: las de amplia distribución mundial.

Enfermedades tropicales importadas en inmigrantes

En las últimas décadas, el número de casos de paludismo ha aumentado en los países de la Unión Europea y se relaciona con el aumento de los viajes intercontinentales. Aunque no es actualmente una enfermedad endémica en nuestro país, destacamos el número de publicaciones científicas que origina. En una búsqueda bibliográfica en PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>) con las palabras clave "imported malaria" y los límites de: lengua española, en humanos y periodo 1990-2005, se hallaron 19 publicaciones en revistas españolas, cifra que supone más de un artículo científico por año, sin tener en cuenta los publicados en otros idiomas. Un argumento reiterativo en la mayoría de ellas, es la importancia de realizar una quimioprofilaxis correcta. Esto es más relevante si se tienen en cuenta los datos que proporciona el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de alta hospitalaria (CMBD) ya que la cifra de ingresos hospitalarios en España por paludismo ha sobrepasado los dos mil casos en el periodo de 1999 a 2002 con una tasa de 1,3 casos por 100.000 habitantes/año para el conjunto (variación según comunidades con un predominio en las comunidades madrileña y catalana) y con un total de 14 fallecidos¹⁷.

La esquistosomiasis es una parasitosis endémica en 76 países y que afecta a cerca de 300 millones de personas, de las cuales se estima que el 10% desarrollará complicaciones severas. De las 8 especies de *Schistosoma* que afectan al ser humano cinco de ellas son patógenas siendo *S. haematobium*, *S. masoni* y *S. japonicum* las de mayor relevancia epidemiológica. *S. haematobium* produce la esquistosomiasis urinaria, con un signo clínico muy orientativo como es la hematuria¹⁸ y que conllevará alteraciones genitourinarias moderadas o severas y complicaciones por uropatía obstructiva o cáncer vesical. *S. masoni* depositan sus huevos en el sistema digestivo, originando una sintomatología más inespecífica, sobre todo en los inmigrantes procedentes de países endémicos y que poseen una cierta semi-inmunidad al pará-

sito¹⁸ conllevando afectación crónica hepatoesplénica y sus consecuencias.

Otras EIM tropicales a tener en cuenta por su importante extensión, son las amebiasis y las filariasis.

Enfermedades cosmopolitas importadas en inmigrantes

Sin considerarlas todas, hay que destacar la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las infecciones por virus de hepatitis B o C.

La tuberculosis (TB) es típicamente una enfermedad ligada a la pobreza y refleja las diferencias socio-económicas de los países industrializados en comparación con los de baja renta. La TB es más frecuente en la población inmigrante que en la autóctona de los países industrializados donde migran. En Europa occidental, los casos de TB en inmigrantes representan el 30% de los casos totales notificados (variando, entre más del 60% en ciertos países, hasta menos del 15% en otros, entre ellos España)²⁰ Según la Organización Mundial de la Salud cada año mueren en el mundo aproximadamente dos millones de personas por esta enfermedad curable.

Actualmente existe un debate profundo sobre la pertinencia de la búsqueda de infectados por TB y el tratamiento de la infección en los inmigrantes asintomáticos que no son portadores de otro factor de riesgo de padecer enfermedad tuberculosa^{21,22}.

Cabe resaltar la alta prevalencia de enfermedad tuberculosa (no ligada al sida) y de sus localizaciones extrapulmonares, especialmente las formas polioestóticas, en inmigrantes procedentes de países con elevadas tasas de esta enfermedad²³.

Otro caso también fuertemente asociado a las situaciones de pobreza o marginación lo constituyen las ETS clásicas: sífilis y gonococia fundamentalmente, pero también las uretritis no gonocócicas, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y las trichomonas urogenitales. Las enfermedades de transmisión sexual víricas, como el VIH o el virus de la hepatitis B, también son más prevalentes en los países de baja renta.

Las enfermedades parasitarias, sobre todo a expensas de las helmintiasis, son

altamente prevalentes en colectivos inmigrantes²⁴, destacando las de distribución cosmopolita como ascaridiasis, trichuriasis, uncinuriasis²⁵, teniasis y estrogiloidiasis.

Enfermedades importadas en inmigrantes y salud pública

Las EIM que suponen un claro riesgo de transmisión a la población del país receptor son en su mayoría las EIM de distribución cosmopolita²⁶. Éstas van unidas a condiciones de precariedad económica y marginación social, por lo que resulta dificultoso la diferenciación clara entre enfermedades cosmopolitas realmente importadas del país de origen y las adquiridas o desarrolladas en el país receptor al perpetuarse la situación de marginalidad socioeconómica. Se ha descrito en inmigrantes, la infección por el VIH-1 con la posible vía de contagio por contacto heterosexual con prostitutas autóctonas y de nivel social muy bajo²⁷.

Paralelamente, se puede pensar que, a largo plazo, mantener comunidades cerradas y socioeconómicamente marginales, con alto riesgo de transmisión de enfermedades, sí puede suponer un riesgo de contagio a la población general.

Dentro de las EIM cosmopolitas, las que suponen un riesgo real para la salud pública son aquellas que se transmiten por contacto interpersonal o por vía aérea, como: la TB, las enfermedades de transmisión sexual y la escabiosis, entre otras.

Las que suponen un riesgo potencial de transmisión a la población del país de acogida son aquellas cuyo ciclo biológico del agente patógeno no se desarrolla si se mantienen las normas de higiene, saneamiento medioambiental y control veterinario, como: helmintos nematodos de transmisión fecal-oral (*Ascaris lumbricoides* y *Trichiuris trichiura*), helmintos nematodos transmitidos por la penetración cutánea de una forma larvaria (*Strongyloides stercoralis* y *Anquilostoma duodenale*), o helmintos cestodos como la *Taenia solium* y la *Taenia saginata* que necesitan un huésped intermedio en su ciclo vital (el cerdo y la vaca respectivamente).

Llegados a este punto creemos que debe deshacerse algún mito e insistir en el hecho que las EIM tropicales no suponen mayoritariamente riesgo de transmisión a la población receptora, al no existir en ésta los vectores y/o los huéspedes intermedios necesarios para su ciclo vital. Un problema a tener en cuenta sería la posibilidad de que personas infectadas asintomáticas actúen de fuente de infección para los mosquitos u otros vectores locales y se reintroduzcan enfermedades ya erradicadas en España. Los servicios de vigilancia epidemiológica y de salud pública, desde una vertiente interdisciplinaria, tienen un papel crucial en este ámbito.

En suma, es un hecho incontestable que la pobreza en el país de origen provoca el fenómeno migratorio y respecto a los problemas de salud, las EIM tropicales, en su mayoría, no pueden transmitirse fuera de su hábitat ecológico, por lo que su diagnóstico y tratamiento será beneficioso para la salud del individuo enfermo. Las EIM cosmopolitas suponen un riesgo (real/potencial) de transmisión, por lo que su diagnóstico y tratamiento serán beneficiosos para el individuo enfermo y para la población general. Las enfermedades infecciosas cosmopolitas del país receptor, asociadas a la pobreza, son un riesgo para la salud pública en general e inciden mayoritariamente en los colectivos más desfavorecidos, entre ellos ciertas comunidades de inmigrantes. Por ello junto a un mejor control epidemiológico y la mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias de las poblaciones marginales, cuando estén formadas por inmigrantes de países de baja renta habrá que adecuar los protocolos de cribaje²⁸ con incorporación de exámenes parasitarios en heces, orina o sangre en recién llegado o con estancia prolongada según país de origen de rutina tal como se recomienda en aquellos lugares con mayor tasa de inmigración amén de otras pruebas oportunas de acuerdo a la geografía médica. Finalmente, como apunta Gellert²⁹, la estrategia más coste-efectiva para el control de las enfermedades transmisibles es reducir su incidencia en los países con mayor prevalencia, es decir, en los de renta baja y para ello es necesaria una política sanitaria de colaboración a escala mundial.

BIBLIOGRAFÍA

1. BADA JL. Enfermedades importadas. *Enf Infec Microbiol Clin* 1988; 6: 395-397.
2. PORTERO JL. Enfermedades infecciosas importadas por viajeros intercontinentales españoles. Experiencia de una década en una unidad de medicina tropical. *Univ Autónoma Madrid* 2000. En: Base de datos de Tesis doctorales (TESEO) <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html#>, consultado el 30/06/2003.
3. OSTROFF S, KOZARSKY P. Emerging infectious diseases and travel medicine. *Infect Dis Clin North Am* 1998; 12: 231-241.
4. GESTAL JJ, FIGUEIRAS A, MONTES A. Enfermedades infecciosas emergentes. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 553-561.
5. GASCÓN J. ¿Qué es la salud internacional? *Aten Prim* 1998; 22: 93.
6. MURRIA CJ, LÓPEZ AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1269-1276.
7. Organización Mundial de la Salud. Pobreza y salud. Informe de la Directora General. 1999. EB105/05.
8. ALONSO P. ¿Qué es la Salud Internacional? *Gac Sanit* 1994; 8: 109-111.
9. WALT G. Globalisation of international health. *Lancet* 1998; 351: 434-437.
10. CARBALLO M, DIVINO JJ, ZERIC D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998; 3: 936-944.
11. BALANZÓ X. Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Aten Prim* 1991; 8: 527-529.
12. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill. Les desigualtats socials en salut a Catalunya. Coordinació: C. Borrell i J Benach. Informe desembre 2002.
13. VAN DER STUYFT P, DE MUYNCK A, SCHILLEMANS L, TIMMERMAN C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med* 1998; 29: 53-60.
14. ROCA C. Guía de atención clínica al paciente inmigrante. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 03. En: www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=5 visitada el 04/11/04.
15. VALERIO LL, SABRIÀ M, FABREGAT A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 508-514.
16. GENTILLINI. Aspects médico-sociaux des migrations. En: *Medicine Tropicale*. Paris: Slammarion editor, 1993: 805-830.
17. Hospitalizaciones por paludismo en España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (en prensa).
18. CORACHÁN M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. Monográfico: patología de importación. *JANO* 2003; 1463: 36-41.
19. ROCA C, BALANZÓ X, GASCÓN J, FERNÁNDEZ-ROURE JL, VINUESA T, VALLS ME et al. Comparative, clinico-epidemiologic study of *Schistosoma mansoni* infections in travellers and immigrants in Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 219-223.
20. EuroTB and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2000. March 2003.
21. PÉREZ ARELLANO JL, SÁNZ PELÁEZ O. Tratamiento de la infección tuberculosa en inmigrantes. Igual que en autóctonos. *Enf Emerg* 2005; 7: 201-203.
22. LÓPEZ-VÉLEZ R. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tuberculosa latente como estrategia para el control de la tuberculosis en inmigrantes. *Enf Emerg* 2005; 7: 203-205.
23. ANTUNES ML. Impact of migration associated TB. *Tuberc Lung Dis* 1996; 77: 19-20.
24. ROCA C, BALANZÓ X, FERNÁNDEZ-ROURE JL, PUJOL E, CORACHÁN M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999; 111: 215-217.
25. 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: 139-141.
26. ROCA C, BALANZÓ X, FERNÁNDEZ-ROURE JL, SAUCA G, SAVALL R, GASCÓN J et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 616-619.
27. SAVALL R, VALLS F, FERNÁNDEZ JL, BALANZÓ X. Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 en enfermos africanos residentes en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 414-416.
28. Los inmigrantes y su salud. Cuadernos de la buena Praxis nº 16. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. 2005 (Ed. Castellano). También en http://www.comb.es/cast/servis_profes/publicacions/bonapraxi/home.htm
29. GELLERT GA. International migration and control of communicable diseases. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1489-1499.