

TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE ESTANCIA TEMPORAL DE INMIGRANTES DE MELILLA

E. Tabernero Huguet, J. R. Domínguez Vicent, A. Fernández Ruiz, M^a I. Jiménez*, K. Burrahay.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Melilla, C/ Remonta 2. Melilla . Cruz Roja Melilla*

RESUMEN

OBJETIVOS: analizar la prevalencia de infección y enfermedad tuberculosa en el colectivo de inmigrantes acogidos en el Centro de estancia temporal de Melilla previo a su paso a la península.

PACIENTES Y MÉTODOS: se incluyeron 1975 inmigrantes atendidos durante el período de un año natural por Cruz Roja Melilla. Se recogieron datos de anamnesis, edad, sexo, país de procedencia y tiempo de estancia en el Centro. A todos se les realizó Rx tórax, serología VIH y Mantoux. Se consideró infección tuberculosa una induración mayor de 10mm. Aquellos inmigrantes que presentaban sintomatología o radiografía de tórax patológica se derivaron para estudio a la Consulta Externa de Neumología.

RESULTADOS: la prevalencia global de infección tuberculosa fue de 22,93%, un 35,5% (75/212) en el grupo de subsaharianos, un 21,8% (357/1632) en magrebíes y un 16% (21/131) en inmigrantes procedentes de países asiáticos. Se diagnosticaron 5 TBC torácicas activas, lo que equivale a una tasa de 253/100000.

CONCLUSIONES: La prevalencia de infección tuberculosa es alta en los inmigrantes, aunque con importantes diferencias según el área geográfica de procedencia. Conviene realizarles seguimiento y quimioprofilaxis en su lugar definitivo de residencia. La incidencia de enfermedad tuberculosa también es elevada, apoyando la necesidad de screening para tuberculosis en este tipo de centros

Palabras clave

- Tuberculosis
- Screening
- Inmigrantes

TUBERCULOSIS IN THE IMMIGRANT POPULATION AT THE TEMPORARY HOUSING CENTRE IN MELILLA

SUMMARY

OBJECTIVE: To analyze the prevalence of infection and tuberculosis among immigrants at the temporary housing center in Melilla prior to travelling to the Spanish peninsula.

PATIENTS AND METHODS: The Red Cross assisted 1975 immigrants during a one-year span of time. Anamnesis data was included, such as age, gender, country of origin, and length of stay at the center. All of the participants in the study had a chest X-ray, HIV serology and Mantoux tests done. Tuberculosis infection was considered positive when indurations were greater than 10 mm. Those immigrants with symptoms or pathologic thorax radiography were diverted to a Respiratory Outpatient Medical Consulting.

RESULTS: Global prevalence of tuberculous infection was 22.93%, 35.5% (75/212) in the sub-Saharan group, 21.8% (357/1632) for Morocco and 16% (21/131) among Asian immigrants. Five cases of active respiratory tuberculosis were discovered, which is equivalent to a 253/100000 rate.

CONCLUSION: Prevalence of tuberculosis infection is very high among immigrants, although there are major differences depending on the geographic area of origin. Follow-up and chemoprophylaxis is recommended for these patients at their final residence. The incidence of tuberculosis is also high; thus, there is a need for TB screening at these centers.

Key words:

- Tuberculosis
- Screening
- Immigrants

Recibido: 29 de marzo de 2002. Aceptado: 21 de octubre de 2002.

Correspondencia:
Eva Tabernero Huguet
Avda. del Ferrocarril 8, 7^o-A
48013 Bilbao. Bizkaia
eva2088@separ.es

En los países desarrollados la tuberculosis tiende a disminuir sus tasas entre la población autóctona mientras que se detecta un número creciente de nuevos diagnósticos en inmigrantes procedentes del tercer mundo. Así en 1998 en USA el 41% de la TBC fue diagnosticada en personas no nacidas en ese país, de los cuales el 51% llevaban menos de 5 años residiendo allí¹. En España, según los datos del estudio de cumplimiento y curación de casos de tuberculosis del grupo TIR de SEPAR a Marzo del 2001 (datos provisionales)², un 6,8% de los diagnósticos en los años 1999- 2000 realizados en nuestro país correspondieron a inmigrantes procedentes de países en desarrollo, alcanzando en algunas zonas como el poniente español hasta la mitad de los casos diagnosticados³. Este porcentaje va en aumento⁴, lo que justifica el interés de los estudios y actuaciones dirigidas a este colectivo.

La Ciudad Autónoma de Melilla, por su situación especial de frontera en el continente africano, supone una importante puerta de entrada a la inmigración, dispone de un centro de estancia temporal de inmigrantes (CETI) con capacidad para unas 300 personas donde permanecen una media de 2-3 meses. Allí la Cruz Roja realiza a todos los inmigrantes de forma obligatoria un examen de salud previo paso a la península.

El objetivo de presente estudio fue conocer la prevalencia de infección y enfermedad tuberculosa en los inmigrantes recién llegados a territorio español que posteriormente se distribuirán por la península. En el presente estudio no se incluyen ciudadanos marroquíes puesto que los acuerdos hispano-marroquíes permiten libertad de paso a Melilla a los habitantes de la región colindante y no son atendidos en el CETI. Tampoco se han incluido menores de 16 años por ser atendidos en su gran mayoría en otro tipo de centros.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 1975 inmigrantes atendidos durante el período de un año (noviembre 98-noviembre 99) por Cruz Roja de Melilla. Se recogieron datos de edad, sexo, país de procedencia y tiempo de estancia en el centro. Siguiendo los protocolos internacionales⁵, las guías de los CDC y de salud pública para screening de infecciones se le realizó a todos los inmigrantes, una historia clínica y un examen físico, una Rx de tórax, hemograma, bioquímica sanguínea básica y hepática, serología VIH, VHB, VHC, VRDL y Mantoux por per-

sonal entrenado y de acuerdo con las recomendaciones SEPAR.

Se consideró positivo un Mantoux >10mm sin tener en cuenta si habían sido o no vacunados con BCG, siguiendo las directrices de la ATS⁶ que recomienda considerar infección tuberculosa si la reacción tuberculínica es >10 mm en inmigrantes adultos procedentes de áreas de alta prevalencia. Algunos estudios no encuentran diferencias en la prevalencia de reacciones positivas entre vacunados y no vacunados de este colectivo⁷. Aquellos inmigrantes que presentaban sintomatología o radiografía patológica se derivaron a la Consulta de Neumología del Hospital Comarcal de Melilla para completar estudio.

RESULTADOS

Datos demográficos:

Se estudiaron 1975 sujetos con edad media de 29 años (oscilando entre 16 y 51). El 89% (1758) de ellos varones y el 11% mujeres. La estancia media en el centro fue de 67±5 días. Los inmigrantes procedían de 19 países distintos que se han agrupado en tres grandes grupos para un mejor análisis de los datos. La gran mayoría, 1632, procedía de Argelia (82 %). Otro importante colectivo de 212 inmigrantes (10,7 %) era originario de países subsaharianos (Guinea Bissau 92, Nigeria 48, Mali 28, Ghana 30, otros países 24). Los 131 individuos restantes procedían de países asiáticos, en su mayoría de Irak (93) y Pakistán (12).

Clínica, exploración y analítica:

Los datos obtenidos en este epígrafe resultaron anodinos, con sólo tres pacientes reconociendo padecer tos y expectoración crónica. Resultó imposible obtener datos de contactos TBC previos, quimioprofilaxis, otras enfermedades anteriores o uso de tóxicos, que fueron negados sistemáticamente. La exploración física y pruebas analíticas no se revelaron útiles en el análisis posterior de los datos para reconocer enfermos con TBC latente o activa. Se detectaron 5 casos de infección VIH.

Prevalencia PPD positivo:

La prevalencia de infección tuberculosa (Mantoux >10 mm) en el total de individuos examinados fue de un 22,93% (453/1975), aunque con importantes diferencias según procedencia geográfica. Así el porcentaje

mas alto se obtuvo en el grupo de subsaharianos, con 75 reacciones positivas lo que supone un 35,5% de infección tuberculínica. En el grupo de argelinos se obtuvieron 357 reacciones tuberculínicas >10mm, un 21,8%, y entre los inmigrantes procedentes de países asiáticos sólo se detectaron 21 Mantoux positivos, el 16%. (ver tabla 1 adjunta).

Se detectó un caso de PPD positiva entre los 5 infectados por VIH. *Radiología:*

Las radiografías fueron informadas por el servicio de radiología del hospital, clasificándose en: sin patología, con patología residual que agrupaba granulomas calcificados, adenopatías calcificadas y tractos fibrosos de claro aspecto residual (49/1698), lesiones fibrocavitarias o infiltrados compatibles con TBC (11/1698) y otros hallazgos. Los datos se muestran en la tabla 2.

TABLA 1
PREVALENCIA DE INFECCIÓN TUBERCULOSA EN INMIGRANTES

ORIGEN	N.º total de sujetos estudiados	PPD > 10mm	Prevalencia de infección tuberculosa
A. SUBSAHARIANA	212	75	35,5%
ARGELIA	1632	357	21,8%
ASIA	131	21	16%
TOTAL	1975	453	22,9%

TABLA 2
HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN INMIGRANTES DEL CETI DE MELILLA SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA

RX TORAX	ORIGEN DE PACIENTES			
	ARGELIA	A. SUBSAHARIANA	ASIA	TOTAL
NORMAL	1575	206	120	1901
GRANULOMA CALCIFICADO	15	1	1	17
ADENOPATIAS CALCIFICADAS	3	1	0	4
TRACTOS RESIDUALES	21	1	2	24
SOSPECHA TBC	11	2	0	13
OTROS	6	1	2	9
TOTAL	1631	212	125	1968

Enfermedad tuberculosa:

Se derivaron a consulta de neumología un total de 23 sujetos con sospecha de TBC torácica, en su mayoría por anomalías radiográficas y en sólo tres casos clínica sugestiva consistente en tos y expectoración. Se confirmó la actividad en 4 casos: tres argelinos y otro del grupo de subsaharianos. Los diagnósticos comprendieron una TBC pulmonar y pleural y tres pulmonares (dos con tinción y cultivo positivo, y las otras dos sólo con cultivo positivo), uno de los casos se trataba de una mujer embarazada. A estos casos hay que añadir un quinto caso en un inmigrante VIH positivo que desarrolló una TBC ganglionar durante su seguimiento en consulta específica de VIH, lo que equivaldría a una inci-

dencia global de 253/100000 en el período de un año estudiado

DISCUSIÓN

Existen numerosos estudios de incidencia y prevalencia de TBC en inmigrantes que llevan cierto tiempo instalados en países europeos o de screening antes de la entrada pero existen pocos estudios publicados en este tipo de centros de acogida cada vez más numerosos. De los resultados obtenidos cabría destacar algunos hallazgos.

En primer lugar sobresale la escasa utilidad de la historia clínica pese a hacerse con traductor, pues los

inmigrantes niegan síntomas y antecedentes en su gran mayoría, dada su situación irregular y en espera de permiso de residencia.

Respecto a características epidemiológicas el porcentaje de coinfección VIH (1/5) es similar al 26% de otros estudios publicados⁸

Infección tuberculosa

El porcentaje de inmigrantes infectados obtenido en nuestro estudio es de 5 a 2,5 veces superior a la tasa estimada en España según el grupo etario⁹. Este porcentaje difiere según el lugar de procedencia como ocurre en otros estudios en nuestro país^{10,11} siendo un 35,5 % en subsaharianos y sólo un 21% en argelinos. Recientemente se han publicado dos estudios de infección tuberculosa en inmigrantes recién llegados en Ceuta y en Canarias con unos resultados muy similares a los nuestros. En el primero de ellos sobre 2.223 inmigrantes en un campamento de acogida de Ceuta encuentran valores del 25% de prevalencia infección tuberculosa en argelinos y 32,5% en subsaharianos¹¹. En el segundo estudio en un pequeño grupo de inmigrantes subsaharianos recién llegados a Canarias (> 6 meses) obtienen un porcentaje de Mantoux positivo 26% algo inferior aún a nuestros datos¹²

Los trabajos publicados en nuestro país en inmigrantes instalados en nuestro país pero con poco tiempo de asentamiento (> 5 años) obtienen unas cifras de infección tuberculosa latente entre el 34 y el 52% según procedencia^{10,13} siendo nuestros porcentajes y los hallados en los campamentos de acogida a recién llegados de Ceuta y Canarias en general discretamente inferiores.

Todas estas cifras de infección tuberculosa, son llamativamente inferiores a las publicadas en un estudio en la comunidad magrebí con varios años de asentamiento en Madrid donde obtienen un 72% de Mantoux > 10mm¹⁴. Estas diferencias podrían ser resultado de un alto índice de contagio dentro de estas poblaciones una vez instaladas, dadas sus precarias condiciones de vida (ilegalidad y hacinamiento en agrupaciones no familiares), como ya señalan Rivas y col en este estudio, donde encuentran que uno de los factores de riesgo de infección tuberculosa es el número de años de residencia en agrupación no familiar.

En esta misma línea un estudio de contactos en marroquíes en Madrid obtiene un 77,7% de contactos positivos, superior a las cifras de prevalencia de infección en estudios de contactos en no inmigrantes¹⁵. Similares datos obtiene un estudio americano de contactos tras exposición a TBC bacilífera encuentra entre los inmigrantes un mayor índice de contactos positivos, un 50%, frente al 18% del grupo control de nacidos americanos¹⁶.

Algunos estudios con técnicas de epidemiología molecular confirman también la hipótesis del contagio interno entre inmigrantes y no con la población autóctona^{17, 18}

Enfermedad tuberculosa

De los detectados en screening como posible TBC y enviados a la consulta de neumología sólo un 17% se confirmaron posteriormente, porcentaje de confirmación similar a los resultados de otros estudios de detección, que encuentran TBC pulmonar activa entre el 7 y 15% de los seleccionados con Rx y Mantoux en USA^{19,20}.

Los datos de enfermedad tuberculosa obtenidos en este centro de acogida son similares a los obtenidos en otros estudios de screening: así un estudio sobre 2.242 inmigrantes en Inglaterra durante 4 años se detectó 10 enfermos lo que supone un 0,45 % de ellos²¹, en Bélgica la tasa de TBC pulmonar activa en peticiones de asilo en 1993 fue de 396/100.000²². La prevalencia en un estudio suizo se aproxima más a nuestros datos con 227/100.000 bacteriológicamente activos²³.

Los recientes estudios con técnicas de epidemiología molecular apoyan la importancia de la detección precoz y actuación en estos colectivos. El 22% de las TBC diagnosticadas en Milán entre 1993 y 1996 fueron en inmigrantes de países en desarrollo, 77% en los 5 primeros años de su llegada, el estudio de DNA pone de manifiesto que la mayoría de las infecciones se produjeron en el país de origen, y podrían haber sido evitadas con una quimioprofilaxis correcta a su llegada. Por otro lado conforme aumenta el tiempo de estancia se incrementa el número de infectados y con cepas similares lo que indica transmisión inter inmigrantes²⁴. Similares datos aporta otro estudio del DNA en USA donde el 84% de la enfermedad TBC activa en inmigrantes recientes resultaban de la reactivación de infección adquirida en sus países de origen²⁵.

Cabe concluir que el alto número de casos de enfermedad tuberculosa activa y el riesgo de contagio hace rentable un screening de tuberculosis en este tipo de centros de estancia temporal de inmigrantes cada vez más abundantes, por su sencillez y fácil acceso evitando que se conviertan en lugares de transmisión, especialmente en los grupos de mas riesgo como los subsaharianos. Lamentablemente, otros aspectos igualmente rentables presentan mayor dificultad en su realización, así en nuestro estudio los sujetos detectados con infección tuberculosa latente no pudieron siquiera iniciar quimioprofilaxis y quedaron sin seguimiento en los lugares definitivos de asentamiento ya que exige un gran esfuerzo de coordinación por parte de los médicos implicados y un apoyo social del que no disponemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talbot EA, Moore M, McCray E, Binkin NJ. JAMA 2000 Dec; 284(22): 2894-900
2. Caminero J, Caylé J, Rey R. Estado actual del cumplimiento del tratamiento y de la curación de casos de TBC. www.separ.es
3. Cassini LF, Rogado MC, Alvarez-Ossorio R, Salas J, Lainez F. Tuberculosis en el poniente español impacto de la inmigración. Archivos de Bronconeumología 2001; 37 suplemento: 104 (resumen)
4. Valles X, Sanchez F, Pañera H. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. Med Clin (Barc) 2002;118 (10)376-8
5. Walker P, Jaranson J. Refugee and immigrant health care. Med Clin of North Am 1999; 83(4): 1003-1020
6. ATS Statement. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. AJRCCM 2000 Ap; 161 (4): 1376-1395
7. Ballew KA, Becker DM. Tuberculosis screening in adults who have received BCG vaccine. South Med J 1995 Oct; 88 (10): 1025-30.
8. Granich RM, Zuber PL, McMillan M. Tuberculosis among foreign-born residents in southern Florida 1995. Public Health Dep 1998 Nov-Dec;113(6):552-56
9. March Ayuela P. Situación actual de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1991; 97:463-472
10. E Duran, J Cabezos, M Ros; M Terre. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. Med Clin (Barc) 1996 106: 525-528.
11. Fernandez Sanfrancisco MT, Diaz Portillo J, Sanchez Romero JM, Perez Fdez A. Prevalencia de la infección tuberculosa entre la población inmigrante en Ceuta. Rev Esp Salud Pública 2001 Nov-Dec (6) 581-8
12. Perez Arellano JL, Hernandez García A, Sanz Pelaez Oscar, Moreno Maroto A. Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa. Med Clin (Barc) 2002 ;118 (1): 38
13. Casas I, ManzanoJR, Carreras Molas A. Prevalencia de tuberculosis en una población de Kosovares acogida en Cataluña. Med Clin (Barc) 2001;116;770-711
14. Rivas-Clemente FJP, Nacher M, Carrillero J. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. Med Clin (Barc) 2000; 114: 245-249
15. Palomo M, Rodriguez C, Ayerbe T. Un estudio de contactos de TBC en inmigrantes marroquíes. Rev Esp Salud Publica 1996; 70: 345-349
16. Wells CD, Zuber PL, Nolan CM. Tuberculosis prevention among foreign-born persons in Seattle—King County, Washington. Am J Respir Crit Care Med 1997 Aug; 156(2): 573-7
17. DeRiemer K, Chin DP, Schechter GF, Reingold AL. Tuberculosis among immigrants and refugees. Arch Intern Med 1998; 158:753-760
18. Ruiz Manzano Jr. Tuberculosis e inmigración. Med Clin (Barc) 2000; 114: 257-8
19. Blum RN, Polish LB, Tapy JM. Results of screening for TB in foreign-born persons and adjustment of immigration status. Chest 1993; 103 (6): 1670-4
20. Binkin NJ, Zuber PL, Wells CD. Overseas screening for tuberculosis in immigrants and refugees to the United States: current status. Clin Infect Dis 1996 Dec; 23(6): 1226-32
21. Ormerod LP. Is new immigrant screening for tuberculosis still worthwhile?. J Infect 1998 Jul ; 37 (1): 39-40
22. Vander Brande P, Vydebrouk M, Vermeire P. Tuberculosis in asylum seekers in Belgium URG. Eur Respir J 1997 Mar; 10 (3): 610-4
23. Loulan L, Bierens de Haan D, Subilia L. Bull Soc Pathol Exot 1997; 90 (4): 233-7 (abstract)
24. Codecasa LR, Porrella AD, Gori A. Tuberculosis among immigrants from developing countries in Milan 1993-96. Int J Tuberc Lung Dis 1999 Jul; 3 (7): 589-95
25. Tornieporth NG, Ptachewich Y et al. Tuberculosis among foreign-born persons in New York City 1992-94, implications for tuberculosis control. Int J Tuberc Lung Dis 1997 Dec; 1 (6): 528-35.