

Inmigración y TBC en una ABS

Susana García Pleyan

ABS Raval-Sud. Barcelona

La reciente llegada de inmigrantes a nuestro país, todavía inferior a la europea, pero cuya verdadera magnitud es difícil de conocer, ha constituido un cambio impactante en algunos barrios de Barcelona. El Distrito de Ciutat Vella es uno de ellos. Según cifras de enero del 2001, dicho distrito tenía empadronado el 20% de toda la población inmigrante de Barcelona. Más de la mitad de ésta (53%) se concentra en el Raval (dividido entre Norte y Sur a efectos sanitarios), uno de los cuatro barrios que componen Ciutat Vella¹. Durante el mes de agosto de este año 2001, han solicitado cartilla sanitaria en Ciutat Vella 510 inmigrantes, de los cuales, 293 pertenecen al ABS del Raval-Sud. En estos momentos, más de un 20% de las Historias Clínicas de dicha ABS son de inmigrantes. El país de origen tampoco se distribuye en la ciudad de modo uniforme, así que, mientras en Barcelona el grupo mayoritario es de Centroamérica y Sudamérica, en el Raval-Sud es de origen pakistaní.

Evolución de la Tuberculosis en nuestro barrio. Características clínicas

La TBC ha sido una de las enfermedades infecciosas más frecuentes entre los inmigrantes, aunque no podemos calcular la prevalencia de la enfermedad ya que los datos poblacionales se refieren únicamente a los inmigrantes empadronados, y desconocemos la verdadera magnitud del grupo de los inmigrantes "sin papeles" para poder establecer de un denominador fiable.

El barrio del Raval, como el resto de Ciutat Vella, se ha caracterizado por tener las tasas de TBC más altas de la ciudad (342 /100.000 en 1994)². Hasta hace poco la mayoría de pacientes tuberculosos eran personas con graves problemas sociales y económicos, alcohólicos, indigentes, ADVP, infectados por el HIV, y una pequeña proporción de inmigrantes (6,6% en 1996).

En el año 1998 se logró reducir a la mitad el número de casos (de 47 casos en 1997 a 22 en 1998), presumiblemente gracias al trabajo coordinado de varias instituciones en el control de la TBC, y a la favorable evolución de los infectados por HIV.

A partir del siguiente año, sin embargo, vuelve a aumentar su número (39 casos en 1999, 38 en el 2000 y 24 hasta agosto del 2001). El porcentaje de

inmigrantes entre los enfermos tuberculosos, es de 23%, 42%, y 56%, respectivamente. El "clásico perfil" del paciente con TBC del Raval -con los factores de riesgo habituales citados anteriormente- ha sido sustituido por el de un inmigrante joven sin más factor de riesgo que el haber nacido en un país con elevada prevalencia de tuberculosis, y haber "padecido" un proceso de emigración recientemente. En este sentido, el tabaquismo, alcoholismo, infección por HIV, UDVP e indigencia es mucho menor en inmigrantes que en nativos.

Al estudiar las características de los casos de TBC diagnosticados durante los años 1999-2001, encontramos más formas extrapulmonares en el grupo de inmigrantes que en el de autóctonos, sobre todo las formas ganglionares.

Durante el año 2000 se produjeron dos microepidemias, una en población india, (de 10 enfermos) y otra en dominicanos (de cuatro, y cuyo caso índice era multirresistente).

Es interesante destacar el hecho de que el diagnóstico de la enfermedad en los pacientes inmigrantes se ha realizado, en todos los casos, un año después de su llegada. El país de origen de los enfermos es un reflejo de la población de nuestro barrio:

Del conjunto de inmigrantes con TBC en los años 1999-2000-2001: el 41% son de Pakistán, el 17% de India y el resto de Marruecos, República Dominicana, Filipinas, Portugal, Nigeria y Chile.

Cumplimiento

Los datos sobre cumplimiento de tratamiento, del conjunto de la ciudad de Barcelona, muestran que los nativos son mejor cumplidores³. En cambio, en el Raval hemos observado lo contrario, es decir, los inmigrantes tienen un mejor cumplimiento que los autóctonos. Seguramente se debe a que en Ciutat Vella es donde tradicionalmente se han observado las peores tasas de cumplimiento, en población autóctona, de la ciudad, y por otra parte, a que el grupo de población inmigrante que atendemos (india y pakistaní) está constituido generalmente por personas con un nivel cultural más alto, más disciplinados y con menos situaciones de desestructuración que la población con TBC autóctona.

Estudio de contactos

El número de contactos del enfermo inmigrante es aproximadamente el doble que entre los autóctonos. Una vez superada la barrera idiomática, no presen-

tan ninguna resistencia superior a los nativos a ser estudiados. A través del estudio de contactos se han descubierto 9 casos de TBC en la microepidemia del grupo indio y tres en el dominicano.

Dificultades

Una cuarta parte de las visitas a inmigrantes de nuestro centro se hace a personas que no tienen tarjeta sanitaria, a las cuales sólo se les *visita de urgencias*, sin abrirles Historia clínica. Ello significa que no se puede garantizar una continuidad en la asistencia, con lo que la calidad disminuye hasta niveles de riesgo para la salud: retraso en el diagnóstico, peligro de extravío de resultados, etc.

La *barrera idiomática* es el principal problema, al menos en la mitad de las visitas a extranjeros (recientemente se ha hecho un estudio, en nuestro centro, en el que se observa que en el 50% de las visitas existe una nula comprensión del idioma por ambas partes, sanitario y paciente). Ello hace que se incrementen y/o retrasen el número de visitas (pues a veces se invita a los enfermos a volver con interprete). Una vez hemos logrado entenderles, hemos de asegurarnos también de que nos han entendido ellos a nosotros, pues lo habitual es que no pregunten si se han quedado con dudas. Los temas que más confusión generan son: la prueba de la tuberculina (a menudo se confunde con una vacuna), la diferencia entre infección y enfermedad, el por qué hay que hacer la quimioprofilaxis si no se está enfermo...

Otro problema radica en la *localización domiciliaria* de los pacientes o sus contactos. Algunos no viven en el barrio (aunque se visiten en nuestro centro), otros son ilocalizables (cambios de domicilio muy frecuentes), y por último es frecuente que viajen a su país y

no se sepa cuándo será la vuelta. A este factor hay que añadir la confusión que nos provocan sus nombres, lo que se debe no sólo a nuestra dificultad para entenderlos, sino a que es frecuente encontrar a varias personas inscritas con el mismo nombre (del que tiene tarjeta sanitaria) por razones de legalidad.

A las diferencias culturales propias de cada grupo, hay que añadir que, como extranjeros también pueden presentar una *desconfianza* inicial a nuestro sistema de salud, debido a un recelo a ciertas exploraciones médicas, pérdida su puesto de trabajo si pierde días para ir al médico, temor a no poder pagar los medicamentos, a ser expulsados del país etc. Aspectos que hay que tener en cuenta en el seguimiento de la enfermedad, pues la confianza es un factor clave para asegurar el cumplimiento.

Objetivo inmediato

Desde hace tres meses hemos incluido, en las actividades de nuestra ABS, la práctica sistemática de la prueba de la Tuberculina a todos los nuevos inmigrantes que acuden las consultas, con el objeto de optimizar el diagnóstico precoz por una parte, o la indicación de quimioprofilaxis por otra.

Bibliografía

1. Observatori permanent de la immigració a Barcelona. 2000. Ajuntament de Barcelona. Regidoria de Participació Ciutadana i Solidaritat.
2. La Tuberculosis a Barcelona. Informe 1995. Àrea de Salut Pública. Institut Municipal de la Salut.
3. Salut a Barcelona. 1999. Àrea de Salut Pública. Institut Municipal de la Salut.