

ORIGINAL

UN ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES MARROQUÍES

Marisa Palomo Pinto, Carmen Rodríguez Martín-Millares y Teresa Ayerbe Mateo-Sagasta.

Centro de Salud de Majadahonda, Madrid.

RESUMEN

Fundamentos: La tuberculosis ha resurgido en los países desarrollados y España no es una excepción. El objetivo de este estudio es conocer la tasa de prevalencia de infección tuberculosa y la tasa de incidencia de enfermedad tuberculosa en un asentamiento de infraviviendas ocupadas por inmigrantes marroquíes.

Método: A partir de un caso de tuberculosis pulmonar activa en un ciudadano marroquí, inmigrante y residente en un asentamiento de infraviviendas, se realizó un estudio de contactos, con la colaboración de dos trabajadoras sociales y un sociólogo marroquí residente en el mismo asentamiento, que actuó como intérprete y mediador. Se realizó el test de la tuberculina aplicando PPD en el Centro de Salud al 80% de los residentes, ofertando una gran accesibilidad horaria y sin barreras burocráticas. La inoculación, registro y lectura del Mantoux fue realizado por dos enfermeras del Centro de Salud.

Resultados: La cobertura del Mantoux fue del 83.3%. La proporción de infección tuberculosa fue de 77.7%; cinco casos fueron diagnosticados de tuberculosis pulmonar (13.8%).

Conclusiones: La tasa de infección tuberculosa hallada (77.7%) es muy superior a otras publicadas, referidas a colectivos marginales en España (30%).

Palabras clave: Infección tuberculosa. Inmigrante. Coordinación sociosanitaria. Mantoux.

ABSTRACT

A Study of Tuberculosis Contacts among Moroccan Immigrants

Background: Tuberculosis has reappeared in developed countries, and Spain is no exception. The aim of this study is to find out the degree of prevalence of tuberculosis infection and the rate of tuberculosis infection in a shanty town occupied by Moroccan immigrants.

Method: Using one case of active pulmonary tuberculosis in a Moroccan citizen, immigrant and resident in a settlement of slums, a contact study was undertaken with the collaboration of social workers and a Moroccan sociologist who lived in the same shanty town, who acted as interpreter. A tuberculosis test was carried out applying PPD in the Health Centre, to 80% of the residents, offering an extremely flexible timetable and no bureaucratic red tape. The inoculations, records and Mantoux readings were performed by two nurses at the Health Centre.

Results: Mantoux cover was 83.3%. The proportion with a tuberculosis infection was 77.7%; five cases were diagnosed as pulmonary tuberculosis (13.8%).

Conclusions: The rate of tuberculosis found (77.7%) is considerably higher than other findings published with respect to other fringe groups living in Spain (30%).

Key words: Tuberculosis Infection. Immigrant. Social-Health Coordination. Mantoux.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis, endémica en muchos países subdesarrollados, ha resurgido últi-

mamente en los países industrializados y considerados ricos. Se trata de una infección curable, pero que en ausencia de tratamiento eficaz es de evolución crónica, causando tres millones de muertes anuales en el mundo¹. Este resurgimiento en los países desarrollados de una enfermedad contra la que se dispone de quimioterapia eficaz constituye una denuncia contra los sistemas

Correspondencia:
Marisa Palomo Pinto.
Avda. Guadarrama, n.º 4.
28220 Majadahonda.
Fax: 639 68 54.

de salud pública, incapaces de ejecutar programas efectivos para su erradicación.

El aumento brusco del número de casos de tuberculosis en Majadahonda en 1994, nos indujo a realizar este estudio con el objeto de conocer la magnitud real del problema sanitario, las implicaciones epidemiológicas y el entorno social. Consideramos este estudio como el primer paso de una intervención comunitaria más amplia, dirigida al diagnóstico precoz de la enfermedad tuberculosa y al seguimiento del tratamiento y de la quimioprofilaxis (QP), en todo el municipio de Majadahonda. Otra de las razones para hacer este estudio fue la ausencia de información sobre las tasas de prevalencia de infección y de enfermedad tuberculosa en las personas inmigrantes residentes en España. A pesar de las limitaciones, como es la ausencia del número exacto de personas inmigrantes residentes en cada municipio, este estudio puede contribuir a conocer su estado inmunitario respecto al *Mycobacterium tuberculosis*.

Uno de los motivos del resurgimiento de la tuberculosis es el aumento de las personas que viven en condiciones de pobreza junto con la falta de adherencia al tratamiento en más del 30% de los enfermos², independientemente de su condición social; para tratar de evitar esto último se están desarrollando nuevas estrategias basadas en aplicar el tratamiento durante períodos más cortos y bajo la supervisión de un profesional sanitario, hasta ahora con buenos resultados², pero insuficientes, por lo que es de gran interés continuar la investigación en este campo.

Este estudio describe la intervención realizada para el estudio de contactos, las dificultades encontradas y los resultados de incidencia de infección y de enfermedad tuberculosa en una comunidad de inmigrantes marroquíes residentes en infraviviendas en el municipio de Majadahonda.

MATERIAL Y MÉTODOS

El paciente que motivó el estudio de contactos vive en una infravivienda situada en una casa de campo abandonada a 8 Km del Centro de Majadahonda, donde residen 48 ciudadanos marroquíes en 23 chabolas adosadas a las paredes del patio. Se consideraron contactos a todos los residentes del asentamiento debido al hacinamiento y a su estrecha convivencia. Se informó a todos ellos de la conveniencia de realizar la prueba de Mantoux, acudiendo en un principio sólo tres personas. Posteriormente un sociólogo marroquí, conocedor del idioma español y residente en el mismo asentamiento, actuó como intérprete y mediador, facilitándonos un listado de todos los residentes y también colaboró en la traducción al árabe de una hoja informativa sobre tuberculosis y la prueba de Mantoux. También contribuyó a posibilitar este estudio la colaboración de una trabajadora social de ASTI (Asociación de Solidaridad con los Trabajadores Inmigrantes).

Se inoculó PPD² (Derivado Proteínico Purificado), a 40 de los 48 residentes en el asentamiento "Finca del Marqués", alcanzando una cobertura del 83%. Todos eran varones, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años. A 36 de ellos (90%) se les aplicó PPD en el Centro de Salud, siendo atendidos sin cita previa por dos enfermeras, sin tener en cuenta su situación legal, ni si pertenecían o no a su cupo; tampoco se les pusieron restricciones horarias dentro de la jornada laboral. A pesar de ello, hubo que desplazarse al asentamiento para aplicar el PPD al 10% de las personas restantes que no había acudido al centro de salud. Las dos enfermeras se responsabilizaron del registro de los Mantoux inoculados así como de su lectura y registro del resultado.

Las variables registradas fueron las siguientes: apellidos, nombre, número de Seguridad Social o en su defecto carta de identidad marroquí, edad, médico asignado, fecha y resultado del Mantoux, antecedente

de enfermedad tuberculosa y resultado de la radiografía de tórax y de la baciloscopia, en los casos en que ambas se consideraron indicadas. Por último se registró el tratamiento o QP y la fecha de inicio.

Se consideró Mantoux positivo a partir de una induración de 5 mm en su diámetro transversal, excepto cuando referían historia de vacunación o presentaban cicatriz vacunal de BCG, considerándose entonces positivo a partir de 14 mm^{3,4}. Se excluyeron del estudio a aquellas personas que referían historia de enfermedad tuberculosa anterior.

RESULTADOS

El caso índice que motivó el estudio era un varón de 31 años, inmigrante marroquí, que trabajaba como albañil; acudió a consulta aquejado de fiebre de 8 días de evolución. En la radiografía de tórax solicitada como urgente, se apreciaba un infiltrado en el lóbulo superior derecho. Se sospechó neumonía tuberculosa a causa de su entorno socio-económico y del antecedente, un año antes, de un caso de tuberculosis pulmonar en el mismo asentamiento.

De los 36 Mantoux leídos, cinco (13.8%) fueron negativos, en dos la lectura fue entre 5 y 14 mm y en 28 personas por encima de 14 mm (77.7%). Un caso no fue valorable por manipulación.

Hay que destacar que en uno de los convivientes más cercanos al caso índice el PPD fue de 80 mm con vesículas, y en su hermano también conviviente fue de 60 mm, presentando una radiografía compatible con tuberculosis pulmonar, por lo que fue ingresado en un hospital.

El número total de enfermos detectados a partir del estudio de contactos fue de cinco (13.8%); sólo uno había presentado sintomatología compatible con tuberculosis pulmonar.

Se indicó QP con 300 miligramos de isoniacida (INH) después de descartar enfermedad tuberculosa a 18 de las personas que presentaron mantoux positivos, siguiendo los criterios de la SEPAR⁵ y teniendo en cuenta las posibilidades de control y cumplimiento del tratamiento⁶. A dos de ellos se les suprimió por vómitos con transaminasas normales y porque lo tomaban de forma irregular.

No ha sido posible el seguimiento en trece personas porque no han acudido a las consultas concertadas. Hemos observado que la adherencia a las consultas concertadas era mucho más alta entre los que habían sido ingresados y entre sus familiares o convivientes más allegados, así como entre los que conocían mejor el idioma español. Las razones verbalizadas por los no cumplidores para dejar la QP eran las siguientes: creían que sólo debían tomar el contenido de un envase; molestias digestivas, coincidencia con el Ramadán y encontrarse sin sintomatología. A éstos se les ofreció seguimiento clínico sin medicación.

De los cinco pacientes a los que se les diagnosticó enfermedad tuberculosa cuatro fueron ingresados en un hospital. Ante la mala evolución radiológica del quinto paciente, a los dos meses de iniciado el tratamiento y con la sospecha de que no lo estaba cumpliendo, se indicó también el ingreso en el hospital.

DISCUSIÓN

La pretensión de estudiar el número adecuado de contactos de un paciente tuberculoso, con las dificultades que presenta la atención sanitaria a personas en situación de marginalidad, es una tarea difícil. Las barreras con las que nos encontramos en este estudio de contactos y para conseguir adherencia al tratamiento han sido, en primer lugar la incomunicación a causa del idioma. En segundo lugar percibimos, en un principio, una cierta desconfianza hacia todo lo

“institucional”, sobre todo en los inmigrantes no regularizados, que fue desapareciendo a medida que conocían el funcionamiento del Centro de salud y el trato que recibían.

En tercer lugar, otra dificultad añadida era la distancia desde la finca en la que vivían al Centro de salud y la ausencia de medio de transporte. La cuarta dificultad para el seguimiento es la itinerancia; algunos emigrantes se ven obligados a cambiar de pueblo para buscar trabajo. En los pocos casos en que carecían de ingresos, se consiguió financiación para comprar la medicación del Centro de Inmigrantes y la Concejalía de Bienestar Social.

Todos estos factores parecían casi insalvables, sin embargo consideramos el problema de salud potencialmente grave, ya que las personas inmigrantes son consideradas de alto riesgo para padecer tuberculosis en los dos primeros años^{7,8}, por lo que tratamos de implementar medidas que hicieran factible el estudio. El contacto con una trabajadora social de ASTI, especialista en inmigración y la colaboración del sociólogo marroquí, conocedor del idioma español, así como la disponibilidad de las enfermeras y la ampliación de la accesibilidad al centro de salud, facilitaron definitivamente la aceptación de los inmigrantes marroquíes a ser estudiados.

En nuestro medio, lo preocupante no es sólo el ascenso del número de casos, sino la baja adherencia al tratamiento tuberculostático de los pacientes no ingresados y el incumplimiento casi generalizado de la QP⁹, más comprensible por tratarse de personas asintomáticas y por tanto mucho menos motivadas a seguir un tratamiento. Es deseable continuar estudiando los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y nuevas formas de mejorarla¹⁰, así como la viabilidad de aplicarlo directamente por los profesionales sanitarios.

Aunque algunas publicaciones^{7,8} consideran a todas las personas inmigrantes de 16

a 35 años, recién llegados, procedentes de países con tuberculosis endémica (Marruecos tiene una prevalencia de tuberculosis de 90/100000 habitantes) susceptibles de QP, nosotros hemos restringido la indicación a los convivientes íntimos y a los contactos positivos al Mantoux por encima de 14 mm, teniendo en cuenta que una de las contraindicaciones para prescribir quimioprofilaxis es la imposibilidad de control y la falta de garantía en el cumplimiento⁶.

No debemos bajar la guardia y pensar que nuestra función ha finalizado cuando hemos hecho el esfuerzo de estudiar a los contactos, descartar tuberculosis activa y por fin indicar la quimioprofilaxis, ya que si los pacientes no se toman la medicación, todo el esfuerzo habrá sido casi inútil, puesto que no evitaremos que desarrollen enfermedad tuberculosa, ni interrumpiremos la propagación de la enfermedad y probablemente habremos conseguido una *Mycobacteria* resistente a la INH.

Una de las conclusiones de este estudio es que la prevalencia de la infección tuberculosa en esta comunidad marroquí es muy superior a la encontrada en estudios de realizados en España en población marginal¹².

La segunda conclusión es que el cumplimiento en los pacientes que han sido hospitalizados, una vez dados de alta, es mucho mejor que el de los que nunca estuvieron ingresados.

Por último y como conclusión globalizadora, pensamos que para abordar el problema de la tuberculosis en un municipio, es necesaria una intervención comunitaria coordinada y la atención de todos los pacientes tuberculosos en la red sanitaria pública, por ello se ha formado un “grupo de trabajo para el estudio y control de la tuberculosis en Majadahonda”, en el que participan trabajadores de todas las instituciones implicadas (médicos y enfermeras del Centro de Salud de Insalud, del Centro de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid y del

Ayuntamiento, trabajadoras sociales municipales, del Centro de Acogida de Inmigrantes "Entreculturas" y del Insalud) que tratan de abordar coordinadamente los problemas sociales, como el realojo en viviendas urbanas saludables y los problemas médicos.

AGRADECIMIENTOS

A Marta Ramírez y Mariana Jiménez, a Ricardo Vallés, Lourdes Pérez y M^a José Domínguez y a Iñaki García Merino por su contribución con sus conocimientos epidemiológicos y bibliográficos.

BIBLIOGRAFÍA

1. El reto global de la tuberculosis. *The Lancet* 1994;344:277-9
2. Results of Directly observed Isoniazid preventive Therapy Program en a Shelter for Homeless Men. *Am Rev Respir Dis* 1992;148:57-60
3. Consenso Nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1992;98:24-31.
4. American Thoracic Society. Treatment of Tb and Tb infection in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:1359-1374.
5. SEPAR. Quimioprofilaxis antituberculosa. Recomendaciones de la SEPAR. *Arch Bronconeumol* 1992;28:270-78
6. JA Iribarren, I Huarte y J Arrizabalaga. Tratamiento y QP de la tuberculosis en 1993. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1994;18:1-17.
7. JS Wang, EA Allen, DA Enarson. Tuberculosis un recent migrants to British Columbia, Canadá:1982-1985". *Tubercle* 1991;72:277-83.
8. Prevention and control of tuberculosis in Migrant Farm Workers. Recommendations of the Advisory Council for elimination of tuberculosis. *MMWR* 1992;Nº RR-10:1-15.
9. Directly observed treatment of Tb. We can't to try it. *New Engl J Med* 1993;328:576-578.
10. Improving patient adherence to Tuberculosis Treatment. Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention National Center for Prevention Services. Division of tuberculosis Elimination, 1994.
11. Royaume du Maroc. *Bull epidèmiol* 1992.nº 8.Dèc.
12. JM Jiménez Luque, F Herrera Morcillo, Lora Cerezo N. Rentabilidad en la búsqueda de tuberculosis en una población marginal Aten Primaria 1994;13:432-36.