

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 30-31

Del 24/07 al 06/08 de 2011 ISSN: 2173-9277
2011 Vol. 19 n.º 10 / 136-149 ESPAÑA



SUMARIO

Evolución de las enfermedades transmisibles en pacientes extranjeros en la ciudad de Valencia. 2001-2010 136

EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN PACIENTES EXTRANJEROS EN LA CIUDAD DE VALENCIA. 2001-2010

Navarro-Calderón, E (1); Borràs, R (2); Abad, I (3); Calderón, MD (1); Carbonell, E (1); Roig, FJ (1); Romero, R (4); Salazar, A (1).

(1) Centro de Salud Pública de Valencia.

(2) Dpto. Microbiología. Facultat de Medicina. Valencia.

(3) Dpto. Historia de la Ciencia y Documentación. Facultat de Medicina. Valencia.

(4) UDCA. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Resumen

El impacto del fenómeno migratorio iniciado en la última década del siglo XX, nos ha llevado de una población extranjera de 801.329 individuos en 1.999 a cifras de 4.791.232 en 2.009. Ello ha dado lugar a la publicación de numerosos estudios sobre la utilización de recursos sanitarios, la problemática psicológica, la fecundidad del colectivo y, principalmente, las patologías infecciosas dada la creencia de que las enfermedades transmisibles suponían un riesgo importado para la población española.

En 2003 publicamos la frecuentación hospitalaria y el impacto de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, el objeto de este trabajo ha sido determinar la frecuentación hospitalaria debida a enfermedades infecciosas y/o parasitarias, tras 10 años del primer estudio

Se desarrolló un estudio observacional longitudinal retrospectivo de motivos de ingreso y diagnósticos al alta de la población inmigrante hospitalizada en la ciudad de Valencia para el periodo 01/01/2006 a 31/12/2010.

Se recuperaron 7.212 altas de procesos infecciosos (13,07%), 2.995 enfermedades transmisibles (5,43%). Los pacientes por origen fueron americano (35,83%), europeo (28,55%) y africano (21,60%), lo que representa un aumento importante de la población de África subsahariana con respecto al año 2001. El primer diagnóstico nos permitió ordenar los procesos como tuberculosis (27,62%), paludismo (13,58%), el VIH (10,86%) y la hepatitis (7,81%).

Los procesos infecciosos y las enfermedades transmisibles han disminuido en valores absolutos a lo largo de la década 2001-2010, posiblemente por el descenso de las diferencias en el patrón cultural de la población a lo largo de los años de permanencia en España. No obstante, han aumentado en valores absolutos los pacientes del África subsahariana en los que las enfermedades infecciosas representan el 11,43% de las altas.

Introducción

El principio del milenio ha supuesto grandes cambios socio-demográficos en la población española debidos, fundamentalmente, al impacto del fenómeno migratorio iniciado en la última década del siglo XX, que nos llevó de una población extranjera de 801.329 individuos en 1999 a cifras de 4.791.232 en 2009, según los Anuarios de Migraciones publicados por el Ministerio de Trabajo e Inmigración¹. Estas cifras se encuentran coartadas por la exclusión de inmigrantes afectados por la aplicación de la Ley de extranjería y del proceso de regularización vigente, lo que supone una dificultad para la estimación de frecuencias relativas y tasas, que se sospechan aún mayores.

Todos estos cambios poblacionales han repercutido en la publicación de numerosos estudios relacionados fundamentalmente con la utilización de recursos sanitarios^{2,3}, la problemática psicológica asociada al inmigrante⁴, la fecundidad del colectivo, evidenciada superior a la de la población española^{5,6} y, principalmente, con patologías infecciosas concretas relacionadas con este grupo⁷⁻⁹, ante la creencia de que las enfermedades transmisibles suponían un riesgo para la población autóctona. Esta última afirmación está condicionada por las motivaciones que mueven a la población inmigrante acogida en España a cambiar de lugar de residencia y que son, mayoritariamente, económicas, personas jóvenes en busca de empleo, y que puede resumirse en el “efecto del inmigrante sano”^{10,11}.

No obstante, e independientemente de su procedencia, la vulnerabilidad de este grupo poblacional, debido a las diferencias en su patrón cultural, puede conllevar el padecimiento de enfermedades infecciosas de diferente índole que los autóctonos¹².

Por otro lado, las limitaciones para el cálculo comparativo entre grupos debido a la ausencia de denominadores fiables condicionan los trabajos en que se evidencia el peso relativo que representan las enfermedades infecciosas, sobre el total de la utilización de servicios sanitarios públicos, y qué patologías y en qué colectivos se dan de manera predominante.

Nuestro grupo comenzó a investigar en 2001 esta población¹³ y los resultados obtenidos en 2003 y 2011 relativos a la ciudad de Valencia, en que se describían la demanda hospitalaria al inicio y al final de la década así como las variaciones encontradas, han sido publicados en este boletín epidemiológico¹⁴⁻¹⁵.

En el último artículo publicado, aunque se muestra una disminución global de las enfermedades transmisibles desde principios de la década, se detectan cambios en el patrón de las mismas. Así, es objeto de este trabajo determinar la frecuentación hospitalaria debida a enfermedades infecciosas y/o parasitarias de los pacientes inmigrantes hospitalizados en hospitales públicos de la ciudad de Valencia, independientemente de su lugar de residencia, tras 10 años del primer estudio, y a lo largo de 5 años, desde el 2006 al 2010, así como establecer cuáles son más frecuentes y en qué grupos se dan de manera habitual, determinando si ha habido cambios sustanciales con respecto a la población de la primera publicación.

Diseño del estudio

Se desarrolló un estudio observacional longitudinal retrospectivo al objeto de identificar los motivos de ingreso y el diagnóstico al alta de la población inmigrante hospitalizada en la ciudad de Valencia para el periodo comprendido entre 01/01/2006 y 31/12/2010. Mediante facilidades administrativas de la Dirección General para la Salud Pública se obtuvieron los registros de altas, incluyendo los 3 primeros diagnósticos al alta, de los Servicios de Admisión de los hospitales públicos de la ciudad de Valencia.

Se elaboró un perfil de recuperación de datos común a todos los servicios de admisión. Se incluyó “la ausencia de país de nacimiento” como variable al objeto de reducir las pérdidas de información. Los datos de filiación fueron contrastados a través del SIP (Sistema de Información Poblacional) de la Generalitat Valenciana.

La población diana quedó definida como: “Sujeto originario de países distintos de España, que hubiera causado una estancia igual o mayor de 24 horas en algún centro hospitalario público de la ciudad de Valencia entre el 01/01/2006 y el 31/12/2010”, relacionada con enfermedades infecciosas.

El origen de los pacientes se clasificó teniendo en cuenta los criterios establecidos por la OMS para facilitar el análisis de las causas de defunción y de la carga de morbilidad, de los 192 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, y que los divide en cinco estratos de mortalidad en función de la asociada a menores de cinco años y la de varones de 15 a 59 años. Los Estados Miembros de la OMS de cada región se agruparon por subregiones, clasificación que se realizó únicamente con fines analíticos.

Los datos se trataron con el paquete estadístico SPSS v14.0 y se presentan en forma de frecuencias absolutas, relativas y tasas por 1.000 ingresados.

Resultados

De acuerdo con el perfil de búsqueda se recuperaron 7.212 altas afectadas por procesos infecciosos (13,07%), de las cuales 2.995 se relacionaron con enfermedades transmisibles (5,43%), lo que supuso, al analizar los 3 primeros diagnósticos al alta, un total de 3.481 diagnósticos, ya que se identificaron 2.554 altas con un diagnóstico por enfermedades de transmisión, 396 con dos diagnósticos relacionados y 45 altas cuyos tres diagnósticos principales se referían a este tipo de patologías. Dichas cifras representaron el 2,7% de los diagnósticos principales, 2,1% de los secundarios y 1,5% de los terceros diagnósticos.

Las características de edad y sexo mostraron una desproporción en mujeres (55%), patrón que se invierte si el estudio se centra en procesos transmisibles (54,3% en hombres y 45,7% en mujeres), estando su media de edad alrededor de los 33 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por sexo y edad media de población afectada por enfermedades transmisibles

	VARONES	MUJERES	TOTAL
N.º SUJETOS	1.625	1.370	2.995
% SUJETOS	54,3	45,7	100
\bar{X} EDAD	33,92	31,93	33,01
DESV. ESTÁNDAR \bar{X} EDAD	16,18	17,72	16,93

Atendiendo al lugar de procedencia de los pacientes ingresados con enfermedades transmisibles (Tabla 2), su origen fue principalmente americano (35,83%), europeo (28,55%) y africano (21,60%), lo que representa un aumento importante de la población de África subsahariana con respecto al año 2001.

Tabla 2. Altas hospitalarias de pacientes con patologías transmisibles por regiones de procedencia, en relación a la clasificación de mortalidad de las regiones realizada por la OMS

REGIÓN OMS	MORTALIDAD OMS						TOTAL	%
	A	B	C	D	E	DESC.		
AMÉRICA	45	459	-	569	-	-	1.073	35,83
EUROPA	355	422	78	-	-	-	855	28,55
ÁFRICA	-	-	-	620	27	-	647	21,60
MEDITERRÁNEO ORIENTAL	-	11	-	291	-	-	302	10,08
PACÍFICO OCCIDENTAL	1	48	-	-	-	-	49	1,64
ASIA SUDORIENTAL	-	2	-	43	-	-	45	1,50
DESCONOCIDO	-	-	-	-	-	24	24	0,80
	401	942	78	1.523	27	24	2.995	100

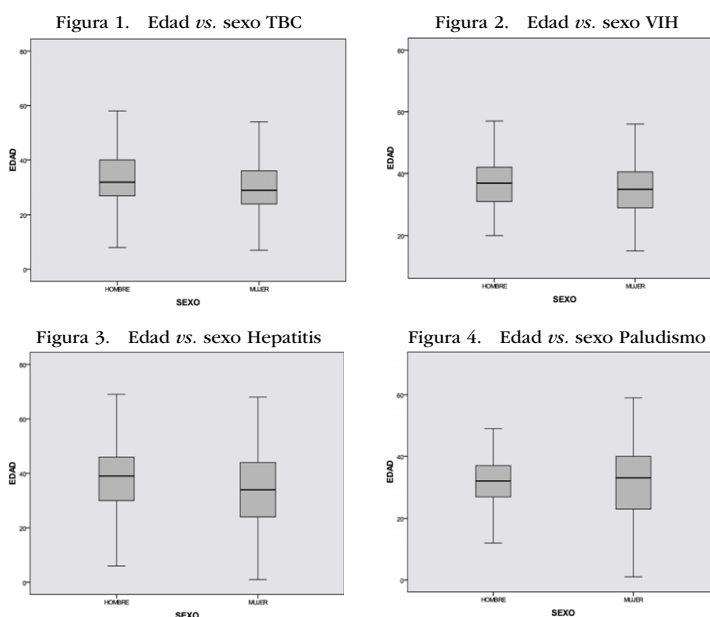
Al realizar el análisis de los diagnósticos, en relación a la posición que representan los mismos dentro del alta, observamos que fundamentalmente el primer diagnóstico detecta procesos como tuberculosis (27,62%), enfermedades por artrópodos que incluye el paludismo (13,58%), el VIH (10,86%) y la hepatitis (7,81%). El segundo y tercer diagnósticos detectan, esencialmente, los procesos sistémicos asociados, tales como sepsis e infecciones generalizadas (42,12% y 42,34%, respectivamente), aunque es de igual modo importante la carga que representan la tuberculosis (2.º: 10,44%; 3.º: 6,93%), las enfermedades por virus, entre las que se incluyen las hepatitis (2.º: 12,71%; 3.º: 16,91%) y el VIH (2.º: 9,05%; 3.º: 6,08%) (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnósticos al alta en pacientes con patologías transmisibles

	Frecuencia transmisibles. Primer diagnóstico	% transmisibles. Primer diagnóstico	Frecuencia transmisibles. Segundo diagnóstico	% transmisibles. Segundo diagnóstico	Frecuencia transmisibles. Tercer diagnóstico	% transmisibles. Tercer diagnóstico
Tuberculosis.	417	27,62	120	10,44	57	6,93
Rickettsiosis y enfermedades por artrópodos.	205	13,58	52	4,53	40	4,87
Enfermedades por virus y <i>chlamydiae</i> .	203	13,44	146	12,71	139	16,91
VIH.	164	10,86	104	9,05	50	6,08
Sepsis e infecciones generalizadas.	161	10,66	484	42,12	348	42,34
Infecciosas intestinales.	109	7,22	24	2,09	21	2,55
Enfermedades virales exantemáticas.	51	3,38	39	3,39	29	3,53
Helmintiasis.	48	3,18	32	2,79	19	2,31
Otras agrupadas.	152	10,06	148	12,88	119	14,48
TOTAL	1.510	100	1.149	100	822	100

Al analizar las características poblacionales de las 4 patologías infecciosas más habituales identificadas en el diagnóstico al alta y comparar las medias de edad en hombres y mujeres para los distintos procesos, se detecta que en tuberculosis, VIH y hepatitis dicho valor es significativamente diferente, siendo, en todos los casos, inferior en mujeres que en varones. Únicamente en el paludismo, no existe diferencia significativa entre ambos sexos (Figuras 1-4).

Figuras 1-4. Diferencias de edad entre hombres y mujeres para las cuatro enfermedades transmisibles más habituales



Por otro lado, se observa el origen prácticamente exclusivo del paludismo en africanos, el 91% de los casos, con tasas de $175,0 \times 10^3$ ingresos en pacientes de Costa de Marfil y $60,21$ en guineanos ecuatoriales.

Asimismo la tuberculosis mostró tasas elevadas en inmigrantes africanos, mayoritariamente en los procedentes de Mali (141×10^3) y Senegal ($56,41 \times 10^3$). De igual modo, el VIH muestra tasas mayores en nacidos en Mali ($64,10 \times 10^3$) y Guinea Ecuatorial ($40,14 \times 10^3$).

Finalmente, son de destacar las elevadas tasas de VIH y hepatitis en pacientes portugueses ($40,89 \times 10^3$ y $27,26 \times 10^3$, respectivamente).

Conclusiones

La estimación de las tasas reales de afectación se ve condicionada por la infravaloración de los datos relativos a la población inmigrante, por lo que se presentan, como datos preliminares, las tasas de alta hospitalaria a fin de poder comparar la incidencia entre grupos poblacionales.

La inclusión de procesos específicos predominantes, tales como el paludismo, incluida por la CIE 9 dentro del grupo de las “Rickettsiosis y otras enfermedades causadas por artrópodos”, y la hepatitis, contenida en el grupo de “Otras enfermedades causadas por virus y *Chlamydiae*”, dentro de subgrupos de clasificación CIE de 3 dígitos, sin disponer de una codificación aislada, dificulta la determinación del peso específico de las mismas dentro del patrón infeccioso de la población estudiada.

Tanto los procesos infecciosos como, dentro de ellos, las enfermedades transmisibles han disminuido en valores absolutos a lo largo de la década 2001-2010, posiblemente por el descenso de las diferencias en el patrón cultural de la población a lo largo de los años de permanencia en España, siendo esta conclusión anticipada en nuestro estudio para sujetos residentes en la ciudad de Valencia, publicado en abril¹⁵. Al igual que en 2001, los varones son los más afectados por estas patologías aunque las mujeres padecen las enfermedades transmisibles de manera más precoz.

No obstante, existen grupos poblacionales que han aumentado claramente su representatividad en valores absolutos desde el comienzo del milenio, como es el caso de los pacientes provenientes de África subsahariana, en el que las enfermedades infecciosas representan el 11,43% de las altas. Asimismo este grupo muestra tasas muy superiores al resto de regiones de origen, coincidiendo estos resultados con otros estudios realizados en población inmigrante¹⁶.

Cabe citar, por último, que se incluyeron en el análisis los pacientes provenientes de países europeos a fin de detectar si existen zonas en Europa con tasas mayores de afectación de patologías transmisibles, manifestándose éstas evidentes en pacientes portugueses, para infecciones tales como VIH y hepatitis, siendo asimismo estos datos coincidentes con los mostrados por otros estudios con diseños diferentes al nuestro^{17,18}.

Bibliografía

1. <http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/Anuarios/>
2. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria. 2000; 26: 314-8 - vol. 26 núm 05.
3. Jiménez S, Jorgensen N, Labeaga JM. Immigration and the Demand for Health in Spain. Doc 2008-38. Fundación de Estudios de Economía Aplicada.
4. Ruiz Hernández JA, Torrente Hernández G, Rodríguez González A, Ramírez de la Fe M del C. Acculturative stress in Latin-American immigrants: an assessment proposal. Span J Psychol. 2011 May; 14(1):227-36.
5. Luque Fernández MA, Bueno-Cavanillas A. La fecundidad en España, 1996–2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. Gac Sanit. 2009; 23:67-71 - vol. 23 núm Supl. 1.
6. Gispert Magarolas R, Clot-Razquin G, Torné M del Mar, Bossier-Giralt R, Freitas-Ramírez A. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. Gac Sanit. 2008; 22:574-7. Vol. 22 núm 06.

7. Roca C, Pinazo MJ, López-Chejade P, Bayó J, Posada E, López-Solana J, Gállego M, Portús M, Gascón J; Chagas-Clot Research Group. Chagas disease among the Latin American adult population attending in a primary care center in Barcelona, Spain. *PLoS Negl Trop Dis*. 2011 Apr 26; 5(4):e1135.
8. Monge-Maillo B, López-Vélez R. Is screening for malaria necessary among asymptomatic refugees and immigrants coming from endemic countries?. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2011 May; 9(5):521-4.
9. Ramos JM, Milla A, Rodríguez JC, Padilla S, Masiá M, Gutiérrez F. Seroprevalence of *Toxoplasma gondii* infection among immigrant and native pregnant women in Eastern Spain. *Parasitol Res*. 2011 May 4.
10. Solé M, Rodríguez M. Disparidades entre inmigrantes y nativos en el impacto de las condiciones laborales en la salud. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. 2010 Abr; 24(2):145-150.
11. García-Gómez P; Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*. 2009; 23:38-46 - vol. 23 núm Supl. 1.
12. Esteban y Peña, MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria*. 2001; 27:25-8. - vol. 27 núm 01.
13. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev. Esp. Salud Pública* 2003 Dic 77(6): 713-723.
14. Salazar A, Navarro-Calderón E, Almela F, Abad I, Borrás R et al. Altas Hospitalarias de la Población Inmigrante en la Ciudad de Valencia. *Bol Epidemiol Semanal* 2003; 11:49-52.
15. Ortells-Ros E, Navarro-Calderón E, Abad I, Borrás R, Carbonell E, González A, Gonsálbez E, Taberner F, Roig-Sena F, Romero R, Zanón V, Salazar A. Altas hospitalarias en población inmigrante en 2006-2010 vs. 2001-2002 en la ciudad de Valencia. *Bol Epidemiol Semanal* 2011; 19(4):48-62.
16. Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Informes, Estudios e Investigación, 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estudioInmigracion.pdf>.
17. Cortes Martins H, Paixao M. Settings for identifying recent HIV infections: the Portuguese experience. *Euro Surveill*. 2008 Sep 4;13(36). pii: 18974.
18. Mota A, Guedes F, Areias J, Pinho L, Cardoso M Fonseca. Epidemiological and genotypic profile of hepatitis B virus infection in Northern Portugal. *Rev. Saúde Pública*. 2010 Dec; 44(6):1087-1093.