

Resistencias en los países turísticos y en los que aportan inmigración

Marcos Espinal

Organización Mundial de la Salud
Departamento STOP TB. Ginebra: Suiza

Los movimientos migratorios constituyen un punto de atención importante por sus numerosas consecuencias. Enfermedades, superpoblación, cambios económicos y socioculturales son algunas de las consecuencias de los movimientos migratorios para los países que reciben grandes flujos de inmigrantes legales. No sin mencionar el delicado aspecto de los refugiados ni el de los inmigrantes ilegales. Esta charla discutirá la potencial asociación entre la tuberculosis resistente a las drogas y los movimientos migratorios. Presentaremos los datos más recientes, las probables causas y discutiremos estrategias para el abordaje del problema.

La asociación tuberculosis-migración se refleja más en los países industrializados, los países en vías de desarrollo se ven sometidos al mismo efecto, aunque en menor cuantía. Sin embargo, en estos países el impacto es imperceptible debido a que la tuberculosis es endémica. En las naciones industrializadas, las notificaciones de casos de tuberculosis revelan altas tasas de la enfermedad en los nacidos en el exterior comparadas a las que se observan en los nativos. En el año 1998, en 13 países europeos las tasas de tuberculosis en los nacidos en el extranjero eran muy superiores a las observadas en los nativos (desde 1,3 veces más altas en Irlanda, hasta 33 veces más altas en Holanda). El 47% de los casos de tuberculosis reportados en nacidos en el extranjero procedían de Somalia, India, Pakistán, Marruecos, Yugoslavia, y Bosnia-Herzegovina¹. Del mismo modo, en los Estados Unidos, Canadá y Australia las tasas de tuberculosis en los nacidos en el extranjero son más elevadas que las tasas observadas en los nativos.

En lo que respecta a la drogo-resistencia, información disponible desde hace varios años sugiere una prevalencia más alta en los nacidos en el extranjero que en los nativos. Dichos patrones han sido observados en lugares tan dispersos como Nueva Zelanda, Estados Unidos y Alemania². En el año 2000 la OMS y la UICITER reportaron que la importación de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistente a las drogas anti-tuberculosas desde países de alta carga tuberculosa a países de baja carga tuberculosa era un problema sustancial². Datos reportados entre 1994 y 1998 sugerían que en Canadá, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irán, Holanda, Suecia, Inglaterra y

Gales y los Estados Unidos se observaban niveles de drogo-resistencia más elevados en casos nuevos de tuberculosis en pacientes nacidos en el extranjero que en los nacidos en dichos países. Irán, un país sin los niveles de desarrollo de los restantes países, también experimentaba el mismo efecto. La causa del mismo se atribuía a un alto flujo de refugiados de países vecinos debido a guerras internas y problemas políticos, confirmando que el problema no se limita solamente a países industrializados.

El problema de mayor gravedad es cuando nos enfrentamos a la resistencia combinada a la isoniazida y la rifampicina, las dos drogas anti-tuberculosas de mayor potencia, que se conoce como MDR. La importación de cepas de MDR de país a país o entre regiones de un mismo país ha sido observada en los últimos años. Por ejemplo, en Israel, en 1998 la prevalencia de tuberculosis MDR en nacidos en el extranjero era de 9% comparada a 2,5% en los nacidos en Israel². El 84% de dicho 9% eran inmigrantes de la antigua Unión Soviética. Es hoy bien conocido que Rusia tiene un serio problema de tuberculosis MDR. Asimismo, en Canadá, Dinamarca, Estados Unidos y Suiza se han reportado niveles de MDR más elevados en pacientes previamente tratados por tuberculosis que nacieron en el extranjero que en los nacidos en dichos países.

¿A qué se debe la existencia de alta prevalencia de drogo-resistencia en los nacidos en el extranjero cuando ésta se compara a las de los nativos?

En primer lugar, es importante señalar que los inmigrantes, como es de esperar en la mayoría de los casos, siguen el patrón de su país de origen en lo que respecta a la tuberculosis, como lo sugiere el caso de Israel. Esto se observa también en países que presentan baja prevalencia de MDR en los nacidos en otros países, y la razón es que dichas personas proceden de países con alta carga tuberculosa pero con baja carga de MDR. De mayor interés es la existencia de evidencias que sugieren que la transmisión del bacilo tuberculoso, y de cepas resistentes, por parte de extranjeros a los nativos no es un gran problema. Debido a que los inmigrantes tienden a residir en su nuevo país dentro de sus propias comunidades de origen, la transmisión del bacilo tuberculoso se mantiene limitada a su propia población, con ligeras excepciones. Esto se ha confirmado recientemente en Dinamarca, mediante el uso de la técnica del *fingerprinting*³. Asimismo, datos disponibles desde 1960 en el distrito de Blackburn, el Reino Unido, y publicados recientemente, sugieren que las tasas de resistencia primaria a la isoniazida en pacientes descendientes de poblaciones de la India se han mantenido entre 5 a 10% sin mostrar

cambios significativos hasta la fecha⁴. Sin embargo, en la población blanca las tendencias muestran una disminución de las tasas de resistencia primaria a la isoniazida. Ello sugiere que la transmisión del bacilo tuberculoso continúa produciéndose dentro de la misma comunidad étnica de la India, mas no se extiende, sin embargo, a la población blanca. En los Estados Unidos se documentó que el problema de la ciudad de Nueva York era de particular importancia en los diferentes grupos étnicos. Los hallazgos sugerían que los hispanos tenían un riesgo 299 veces mayor que los blancos de tener un bacilo tuberculoso resistente a las drogas anti-tuberculosas⁵. En Asiáticos y negros los riesgos eran 420 y 700 veces mayores que el de los blancos. En Barcelona, España, se ha documentado un riesgo de presentar resistencia a las drogas anti-tuberculosas en los inmigrantes casi tres veces mayor que en los nativos⁶.

La globalización, los viajes intercontinentales, los desastres naturales y políticos son otros de los factores que pueden contribuir a la diseminación de cepas de droga-resistencia, entre ellas la MDR. Se ha confirmado ya la transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* dentro de los aviones en viajes de más de 8 horas de duración⁷. Otros factores a tener en cuenta son la edad de la persona, el tiempo de migración y los viajes de retorno al país de origen. Por ejemplo, no es imposible que un nacido en el extranjero pueda haber adquirido la infección y enfermedad tuberculosa en el país donde emigró.

¿Qué se debe hacer? El principal problema radica en que estar infectado con *Mycobacterium tuberculosis* no significa enfermedad activa. La infección no es un criterio para impedir la entrada de un extranjero a un país y no creemos que deba serlo. Una mínima proporción de personas infectadas con el *Mycobacterium tuberculosis* desarrollará tuberculosis activa durante su vida. Se puede concluir entonces que intentar establecer un programa de detección de infección tuberculosa no es posible, ya que los costos serían enormes y los beneficios ínfimos. No sin mencionar la entrada y salida diaria de millones de turistas por nuestros países. Las cifras de la Organización Internacional de Aviación Civil señalan que en el año 1997 el total de pasajeros en el aire fue de cerca de 1.500 millones. Y se estima que para el año 2005 se esperan dos billones de pasajeros en el aire.

Con relación al tamizaje de la enfermedad activa, existen evidencias de que la gran mayoría de los inmigrantes que desarrollan tuberculosis, lo hacen en un periodo de 2 a 5 años luego de haber emigrado. Esto limita seriamente el valor del tamizaje para enfermedad activa en el momento de llegada al nuevo país de residencia. El procedimiento de diagnóstico es básicamente el mismo en los nacidos en el

extranjero que en los nativos, independiente de que muestren o no resistencia a las drogas. Lo importante es tomar en cuenta las diferencias socioculturales entre un grupo y el otro. Los exámenes médicos requeridos a los potenciales inmigrantes y refugiados incluyen radiografías y baciloscopias si la radiografía es sugerente de problema pulmonar. Algunos países requiere cultivos. En algunos casos el examen incluye a estudiantes y personas con visas temporarias de trabajo. Algunos países requieren dicho examen médico en el país de origen antes de producirse la migración. Pero otros países lo hacen cuando los inmigrantes llegan a las fronteras. El problema es que, en ambos casos, si una radiografía no es sugestiva, la persona puede perfectamente entrar al país y desarrollar más tarde la tuberculosis activa. Si los recursos lo permiten, se debe seguir periódicamente la salud del recién llegado con fines de detectar la enfermedad activa, en caso de haber alguna sospecha. Como esto es caro y poco práctico (inclusive en países altamente controlados como Suiza un tercio de los inmigrantes en busca de asilo se pierden) es mas importante informar sobre la necesidad de control en caso de enfermedad sintomática y facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento.

Independientemente de la estrategia a utilizar, la misma debe ser comprensiva y que utilice las mejores herramientas para el manejo de los casos detectados^{8,9}. Debe además incluir ayuda social y cultural, lo que es de extrema importancia en los inmigrantes. El diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en un inmigrante debe ser sensitivo y siempre respetando la integridad de la persona. Los inmigrantes constituyen un grupo de gran valor para todos los países. Es de suma importancia señalar que el cierre de las fronteras no ayuda en nada. Finalmente, la cooperación y ayuda a los países que importan inmigrantes por parte de aquellos que reciben inmigrantes es vital. Dicha sugerencia va dirigida a los países que disponen de muchos recursos y que por lo regular reciben un gran flujo de inmigrantes legales y refugiados. Dicha cooperación debe ir dirigida a la implantación de un fuerte programa de control de tuberculosis, de acuerdo a las normas internacionales, en el país de origen de los inmigrantes. Ello contribuirá a la disminución y control de la tuberculosis en el país de origen y, de por sí, de los inmigrantes.

Bibliografía

1. EURO TB. *Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 1998.* EuroTB-InVS, February 2001.

2. World Health Organization. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world*. The WHO/IUATLD global project on Anti-tuberculosis surveillance. Geneva, Switzerland, 1997. WHO/TB/97.229.
3. Bauer J, Yang Z, Poulsen S, Andersen AB. Results from 5 years of nationwide DNA fingerprinting of *Mycobacterium tuberculosis* complex isolates in a country with a low incidence of *M. tuberculosis* infection. *J Clin Microbiol* 1998;36:305-8.
4. Ormerod LP, Green RM, Horsfield N, White R. Drug resistance trends in *M. tuberculosis*: Blackburn 1990-1999. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5:903-5.
5. Bloch AB, Cauthen GM, Onorato IM *et al*. Nationwide survey of drug resistance in the United States. *JAMA* 1994;271:665-71.
6. Martín-Casabona N, Alcaide F, Coll P, González J, Manterola JM, Salvadó M, Caylà JA. *Farmacoresistencia de Mycobacterium tuberculosis*. Estudio multicéntrico en el área de Barcelona.
7. Kenyon TA, Valway S, Ihle W, Onorato IM, Castro KG. Transmission of multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* during a long airplane flight. *New Eng J Med* 1996;334:933-8.
8. Rieder HL, Zellweger J-P, Raviglione MC, Keizer ST, Migliori GB. Report of a European task force. Tuberculosis control in Europe and international migration. *Eur Respir J* 1994; 7:1545-53.
9. CDC. Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons. *MMWR* 1998;47(RR-16):1-30