

Evolución de la detección de los virus de las hepatitis B y C en una población inmigrante

Progress in the detection of hepatitis B and C virus in the immigrant community

Sr. Director:

Con el objetivo de estimar la evolución de la detección de los virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) en población inmigrante, se ha realizado un estudio descriptivo transversal y secuencial en un área urbana (28.167 habitantes; el 35,36% de inmigración). Se incluyó a todos los inmigrantes mayores de 14 años adscritos y atendidos en 2004 (n = 2.110), 2005 (n = 2.775) y 2006 (n = 3.181) registrados en el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Los resultados serológicos se dividieron en tres estados para la viremia por VHB: inmunidad natural (anticuerpos [Ac] VHBc+ y Ac VHBs+), vacunación correcta (Ac VHBc- y Ac VHBs+) y portador crónico (antígeno [Ag] VHBs+ y Ac VHBc+).

La media \pm desviación estándar de la edad fue 33,85 \pm 11,15 años. Se realizaron serologías al 44,5% de los inmigrantes (n = 940) en 2004, el 52,3% (n = 1.450) en 2005 y el 51,8% (n = 1.618) en 2006 (tabla 1). La detección de la VHB crónica ha ido aumentando del 4,8% (2004) al 6,5% (2006); los grupos mayoritarios fueron el subsahariano y el de los países del este europeo. Los demás grupos presentaron detecciones menores del 1,4%. En la inmunidad natural destaca el grupo subsahariano, con un 13,2%; los otros grupos tenían inmunidades del 4–6%. El porcentaje de vacunados de la VHB, según el estado serológico, fue mayor en el grupo americano (5,1%), seguido por el magrebí (4,5%). El grupo menos vacunado fue el subsahariano, con el 2%.

Respecto al VHC, las detecciones fueron del 1,1% (n = 7) (2004), el 0,8% (n = 8) (2005) y el 0,9% (n = 9) (2006), sobre todo en el grupo asiático y africano.

En aproximadamente la mitad de la población inmigrante atendida se solicitaron serologías, pero es difícil comparar estos resultados con los de otros estudios de distinto diseño, donde no se comenta el cumplimiento^{1,2}.

La detección del VHB crónica observada se corresponde con la de otros estudios³. Algunos estudios proponen realizar cribado serológico en las poblaciones con alta detección (en nuestro caso el grupo subsahariano y el de los países del este europeo) y, en el resto, efectuar una vacunación masiva^{4,5}. Hay controversia sobre la vacunación en adultos cuando la prevalencia es similar a la de las poblaciones autóctonas⁶ (el 1,69% en Cataluña).

En cuanto a la inmunidad natural, hay estudios con marcadores del VHB en africanos del 30% en la infancia y el 36% en adultos³. Destaca el bajo porcentaje del estado inmunitario de vacunación, que podría deberse a la falta de un protocolo específico y a la dificultad de manejo de este colectivo.

La detección del VHC fue de un 1%, menor que en otros estudios (un 3–17% en africanos y el 2,1% en asiáticos)³ y menor que en la población autóctona (2,64%)⁷.

El escaso número de casos en los grupos asiático y del este europeo obliga a una interpretación cautelosa de los resultados.

Bibliografía

- Ramos JM, Pastor C, Masía MM, Cascales E, Royo G, Gutiérrez-Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por HIV y sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21:540–2.
- Roca C, Balanzó X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascón J, et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:616–9.
- López-Velez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes. *FMC*. 1996;3:222–8.

4. ¿

Tabla 1 Estados inmunitarios respecto a hepatitis B en la población inmigrante

Procedencia	Año evaluado	Inmunidad natural, n (%)	Vacunado, n (%)	Portador crónico, n (%)	Total, n
Magrebíes	2004	23 (6,1)	17 (4,5)	5 (1,3)	375
	2005	72 (6,3)	52 (4,6)	16 (1,4)	1.142
	2006	32 (5,2)	26 (4,2)	9 (1,5)	617
Subsaharianos	2004	62 (16,1)	8 (2,1)	38 (9,9)	358
	2005	156 (12,9)	24 (2)	162 (13,4)	1.210
	2006	83 (12,3)	13 (1,9)	92 (13,6)	677
Suramericanos	2004	6 (4,1)	9 (6,1)	1 (0,7)	147
	2005	22 (4,9)	22 (4,9)	0	452
	2006	10 (3,7)	13 (4,8)	3 (1,1)	271
Asiáticos	2004	3 (12,5)	1 (4,2)	0	24
	2005	2 (2,9)	2 (2,9)	0	68
	2006	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	59
Europa del este	2004	ND	ND	ND	ND
	2005	2 (5,3)	0	4 (10,5)	38
	2006	3 (8,1)	1 (2,7)	3 (8,1)	37

ND: datos no disponibles.

- Debe vacunarse contra la hepatitis B a todos los inmigrantes? Jano On-line. 1997;(1232). Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla_imprimir?ident=1971.
5. Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas*. 2001;2:110-7.
 6. Lee C, Gony Y, Brok J, Boxell EH, Gluud C. Effects of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positives for hepatitis B surface antigen. Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2006;332:328-36.
 7. Solà R, Cruz de Castro E, Hombrados M, Planas R, Col S, Jardí R, et al. Prevalencia de las hepatitis B y C en diversas comarcas de Cataluña: estudio transversal. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:90-5.

Imma Castellà Dagà^{a,*}, Mónica Ibáñez Masferrer^a, Miquel Quesada Sabaté^b y Eulàlia Igual Masalles^c

^aCentro de Atención Primaria (CAP), Salt, Girona, España

^bUnidad de Investigación de Atención Primaria del Ámbito de Girona, IDIAP Fundación Jordi Gol, Girona, España

^cCAP Calella, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: icastella@comg.es (I. Castellà Dagà).

doi:10.1016/j.aprim.2008.10.013

Características de las cefaleas en las consultas de los servicios de urgencias de atención primaria

Characteristics of the migraines seen in the primary care urgent service

Sr. Director:

A pesar de que la literatura muestra que la cefalea tensional es la más frecuente en la población general¹, no parece ésta la de mayor demanda asistencial en los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP), sino la migraña². Además, una cantidad importante de pacientes que padece migraña nunca lo ha consultado con su médico de familia, y se limitan a acudir a los servicios de urgencias cuando tienen una crisis que no controlan. Parte de esta situación podría explicarse porque muchos migrañosos no entienden que es una enfermedad (no tienen «conciencia de enfermedad») y, por lo tanto, no creen necesario consultar el problema con su médico.

Once servicios de urgencias de atención primaria de Cantabria (que cubren una población de 196.758 habitantes) hicieron una recogida de datos prospectiva durante 10 meses para llevar a cabo un estudio descriptivo transversal. Se recogió información de la población consultante por cefalea, representativa de la población general para las variables edad y sexo. Por cada paciente se cumplimentó un cuaderno de recogida de datos, haciendo énfasis en la anamnesis y la exploración física de la cefalea³. Para unificar criterios diagnósticos, todos los profesionales participantes acudieron previamente a una sesión presencial en la que se repasó la clasificación diagnóstica de la Internacional Headache Society (IHS)⁴.

Entre los datos recogidos se valoró si habían consultado previamente por cefalea, y si el paciente tenía «conciencia de enfermedad» en los casos de migraña. Un total de 149 pacientes consultaron por cefalea. De ellos, 118 (79%) eran mujeres y 31 (21%), varones, con una media de edad de 43 años. El diagnóstico de migraña, con 108 (72%) pacientes, fue el más frecuente (el 22%, migraña con aura y el 50%, sin aura), seguido por la cefalea tensional con 30 (20%) pacientes. Los otros 11 (8%) casos de cefalea fueron catalogados como «otras cefaleas» (figs. 1 y 2). Del total

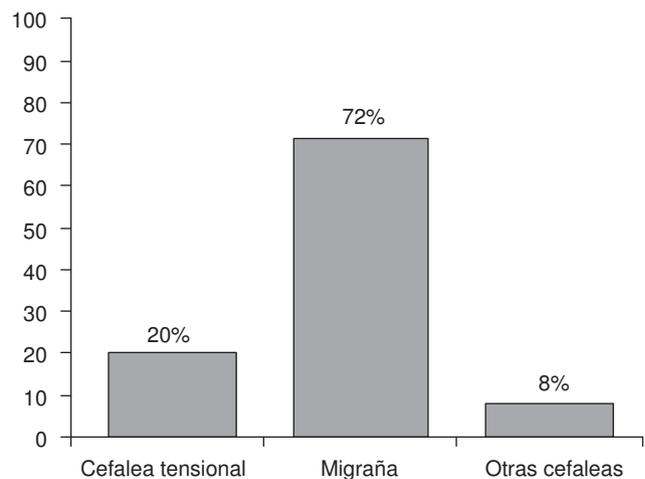


Figura 1 Distribución por diagnósticos de las cefaleas.

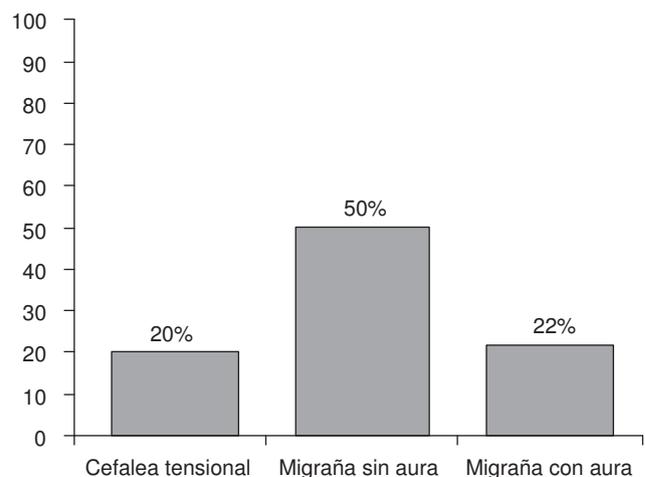


Figura 2 Distribución de las cefaleas, según su presentación.

de pacientes diagnosticados como migrañosos según la IHS (N = 108), 85 (79%) habían consultado a su médico de atención primaria por su cefalea, mientras que 23 (21%) no lo habían hecho. Además, de los pacientes migrañosos, 79