

IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LA PREVALENCIA DE LA BETA-TALASEMIA HETEROCIGOTA EN EL ÁREA SANITARIA DE LANZAROTE

J.M. Calvo-Villas^a, S. de la Iglesia Iñigo^b, M.F. Zapata Ramos^c, P. Ropero Gradilla^d, E. Carreter de Granda^a, I. Álvarez Twose^a y F. Sicilia Guillén^a

^aServicio de Hematología y Hemoterapia y ^cServicio de Análisis Clínicos del Hospital General de Lanzarote. ^bServicio de Hematología del Hospital Doctor Negrín de Las Palmas. ^dServicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid.

Introducción: El crecimiento de los flujos migratorios desde regiones con alta prevalencia de hemoglobinopatías hacia la comunidad canaria puede condicionar un incremento de la prevalencia de la β -talasemia en nuestra área sanitaria.

Objetivo: Valorar la tasa de prevalencia de β talasemia heterocigota en Lanzarote en la que se mezcla una población autóctona con una elevada endogamia y que acoge población inmigrante desde países en vías de desarrollo y de la zona mediterránea.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal desarrollado de Julio-2001 a Octubre-2003. Se consideraron portadores de β talasemia las muestras con microcitosis (VCM < 75 fl), % HbA₂ > 3,5% por cromatografía por microcolumnas y ausencia de hemoglobinas anormales en la electroforesis. Los portadores heterocigotos de β talasemia cumplimentaron un cuestionario con nombre, edad, lugar de nacimiento y origen familiar (en españoles provincia y comunidad autónoma, y en extranjeros país y continente). Las tasas de prevalencia/100.000 habitantes se presentan junto con los intervalos de confianza (IC) al 95%. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 12.0.

Resultados: La tasa de prevalencia global de la β talasemia heterocigota fue del 1,7‰ IC 95% (1,1-1,9) y entre los que tenían origen familiar en Lanzarote la prevalencia fue del 0,92‰ IC 95% (0,7-1,1). Se han detectado 201 portadores de β talasemia, de los cuales 103 (51,2%)/17 familias eran de Lanzarote y 98 (48,8%)/60 familias tenían su origen fuera de la isla. Los portadores β talasémicos cuyo origen familiar no era Lanzarote se distribuyeron en 44 individuos (21,9%)/27 familias españolas y 54 (26,9%)/33 familias de origen extranjero. La distribución por Comunidades Autónomas fue (nº portadores de β talasemia /nº familias): 14 individuos/7 familias de Gran Canaria, 13/9 de Andalucía, 6/4 de Galicia, 3/1 de Castilla-La Mancha, 3/3 de Madrid, 2/1 del País Vasco, 2/1 de Castilla León y 1/1 de La Rioja. La distribución por países y continentes de los 54 portadores procedentes de 33 familias con origen fuera de España fue (nº portadores de β talasemia (%)/nº familias): 11 individuos (5,5%)/6 familias con procedencia europea (4/1 de Francia, 3/2 de Italia, 2/1 de Rumania, 1/1 de Malta y 1/1 de Grecia); 10 (5%)/7 de América (4/1 de Ecuador, 3/2 de Argentina, 1/1 de Cuba, 1/1 de Uruguay y 1/1 de Perú); 8 (4%)/5 de Marruecos y 25 (12,4%)/15 de Asia (24/14 de India y 1/1 de China).

Conclusión: La prevalencia de β talasemia heterocigota ha sido 0,17‰ lo que supone un caso por cada 589 individuos, con casi la mitad de portadores de origen familiar fuera de la isla. El estudio de prevalencia en Lanzarote puede servir de referencia a otras provincias para conocer el impacto real de una alta tasa de inmigración en el aumento de portadores de β -talasemia y diseñar campañas de detección de β -talasemia.