
Urgencias médicas del inmigrante adulto

Medical emergencies in the adult immigrant

M. Junyent¹, S. Núñez², O. Miró¹

RESUMEN

La necesidad de atención médica de la población inmigrante crece en la misma proporción en que aumenta el número de inmigrantes residentes en España. En el presente trabajo se revisan las características sociodemográficas de la población inmigrante que consulta en urgencias y se discuten cuáles son las particularidades médicas (neurocisticercosis, tuberculosis, infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida, hepatitis, paludismo, parasitosis, síndrome de Ulises) y paramédicas (conocimiento de la tarjeta sanitaria, concepto de la medicina, barrera idiomática) que los diferencian de la población autóctona. No obstante, por tratarse de población joven, y en un principio sana, sus motivos de consulta no difieren en gran manera de la población general. Es de destacar la elevada satisfacción de esta población con la atención dispensada en los servicios de urgencias hospitalarios.

Palabras clave. Inmigrantes. Urgencias hospitalarias.

ABSTRACT

The need for medical care of the immigrant population is growing in proportion to the increase in the number of immigrants resident in Spain. This article reviews the socio-demographic characteristics of the immigrant population that come for consultations in the emergency services and discusses those particularities, both medical (neurocysticercosis, tuberculosis, infection by the AIDS virus, hepatitis, malaria, parasitosis, Ulysses syndrome) and paramedical (knowledge of the health card, concept of medicine, language barrier), that differentiate them from the native population. Nonetheless, since we are dealing with a young population that is in principle healthy, their reasons for consultation do not greatly differ from the general population. It is worth drawing attention to the high level of satisfaction of this population with the care afforded them in the hospital emergency services.

Key words. Immigrants. Hospital emergencies

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 1): 27-34.

-
1. Sección de Urgencias de Medicina. Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona.
 2. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Correspondencia:

Dr. Òscar Miró
Urgències-Hospital Clínic
Villarroel 170
08036 Barcelona.
Tfno. 93 2279833
Fax: 93 2275693
E-mail: omiro@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en España residen más de un millón y medio de inmigrantes, sin incluir aquellos que han adquirido la nacionalidad española o que se encuentran en situación no regularizada¹. Esta cifra supone un aumento no previsto de población, la cual tiene necesidades de atención sanitaria. Si dicho aumento no se acompaña de un incremento paralelo de recursos, puede contribuir a la saturación de los servicios sanitarios por un exceso de demanda de los mismos. Entre los niveles asistenciales de la red pública, los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son especialmente vulnerables a cualquier incremento de la presión asistencial^{2,3}. Además, el hecho que todo inmigrante, en situación de urgencia, tiene derecho a ser atendido con independencia de su situación administrativa, hace que estos SUH soporten una parte sustancial de la carga asistencial de esta población. El objetivo del presente trabajo es revisar las características esenciales y diferenciales que presenta la población inmigrante (PI) con respecto a la autóctona.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INMIGRANTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

La PI que acude a los SUH suele ser una población joven y, en principio, sana. Sin embargo, la demanda de asistencia médica urgente no es despreciable. Así, los porcentajes de PI referidos varían entre el 5 y el 10% del total de pacientes visitados en los SUH^{2,4} dependiendo del lugar geográfico en el que se haya realizado el estudio y de la tipología de las urgencias consideradas. A modo de ejemplo, en una muestra realizada en febrero del 2004 en la sección de urgencias médicas del Hospital Clínico de Barcelona se constató que el 6,5% de pacientes atendidos era PI. La edad media fue de 36 años con predominio del sexo femenino (60%), y las principales procedencias fueron Sudamérica en un 52%, el norte de África 15% y Asia en un 10%, de forma similar a la referida en otros trabajos de nuestro entorno^{4,5}. En función de

nuestros datos, la mayoría de PI (80%) tenía una situación administrativa regularizada y el 13% se encontraba en trámites. La mayoría de ellos trabajaban como cuidadores o en el ámbito de la hostelería (44%), aunque el 27% de ellos carecía de trabajo en el momento de la consulta en urgencias. El 50% de la PI tenían estudios primarios finalizados y, en el 30% de los casos, estudios superiores (Tabla 1).

PROBLEMAS PARAMÉDICOS ESPECÍFICOS

Conocimiento de la tarjeta sanitaria

En nuestra experiencia, la población inmigrante carece de información respecto a los recursos sanitarios disponibles. En el estudio anteriormente comentado, pudimos comprobar cómo alrededor de una cuarta parte de los casos desconocían (o referían no tener asignado) cuál era su centro de asistencia primaria de referencia, y aún un porcentaje superior no sabía cómo se estructura la atención médica urgente en nuestro país. Estos datos contrastaban con el hecho que la mayoría (82%) de PI que acudió al SUH disponía de la tarjeta de identificación sanitaria. Por tanto, el incrementar el conocimiento del sistema sanitario ha de ser uno de los objetivos de las campañas de información lanzadas desde las administraciones sanitarias.

Concepto de la medicina

En muchos casos, y sobre todo si la cultura del inmigrante está alejada de la nuestra, el paciente acude al SUH con sus conocimientos ancestrales, sus mitos y su manera tradicional de actuar en cuestiones de salud. Por ello no debe de extrañarle al profesional de urgencias la forma peculiar (por lo diferente a la nuestra) que tienen algunos inmigrantes de interpretar los síntomas. Tampoco resulta infrecuente que existan conflictos entre lo que el médico de un SUH aconseja al paciente y lo que el paciente entiende que ha de hacer⁶. Por ello, deberá aplicarse en muchos casos un esfuerzo suplementario al del acto médico habitual con la finalidad de alcanzar un diagnóstico y proponer un tratamiento que resulte comprensivo para estos pacientes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población inmigrante que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona durante el período de estudio.

VARIABLE	FRECUENCIA (n=181)
SEXO (n, %)	
Mujeres	107 (59)
EDAD MEDIA (años±DE)	36,4±13,9
ESTANCIA MEDIA EN ESPAÑA (meses±DE)	73±95,3
MOTIVO DE LA MIGRACIÓN (n, %)	
Económico	99 (55)
Reagrupamiento familiar	43 (24)
Estudios	37 (20)
Político	2 (1)
NACIONALIDAD (n, %)	
Sudamericana	94 (52)
Norte de África	27 (15)
Asiática	19 (10)
Europa Este	15 (8)
Centroamericana	6 (3)
África subsahariana	5 (3)
Resto	16 (9)
RELIGIÓN (n, %)	
Católica	130 (72)
Musulmana	18 (10)
Otras	7 (4)
Atea	26 (14)
ESTUDIOS (n, %)	
Primarios	92 (50)
Superiores	54 (30)
Secundarios	32 (18)
Sin estudios	3 (2)
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA (n, %)	
Regularizada	144 (80)
En trámites	23 (13)
No regularizada	14 (8)
TRABAJO (n, %)	
Sin trabajo	49 (27)
Cuidadores	40 (22)
Hostelería	37 (20)
Otra actividad de servicios	21 (12)
Otros	34 (19)
FUENTE DE INFORMACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO (n, %)	
Oral	115 (64)
Asistente social CAP	22 (12)
Ayuntamiento	9 (5)
Trípticos	4 (2)
Medios de comunicación	2 (1)
EXISTENCIA DE BARRERA IDIOMÁTICA (n, %)	19 (11)

Barrera idiomática

No cabe duda en que el idioma es el problema más importante con el que nos encontramos habitualmente a la hora de atender a la PI⁶. Este hecho supone una

barrera importante para la comunicación entre el médico y el paciente. Es importante puntualizar que el hecho de no conocer el idioma no exime de atender al paciente, aunque ello suponga un mayor riesgo de

cometer una equivocación. Según nuestros datos, existen dificultades idiomáticas importantes en alrededor de un 10% de la PI atendida en nuestro SUH. Dado que en los SUH no existe la posibilidad de demorar la visita para el día siguiente cuando el paciente pueda acudir (tal vez) acompañado de un intérprete, en la entrevista deberemos hacer valer nuestros recursos en lenguaje no verbal (gestos o mímica), utilizar guías o cuestionarios traducidos a las lenguas más requeridas o bien, realizar con mayor flexibilidad pruebas complementarias que pueden resultar de gran ayuda en casos de duda o al menos para descartar algunas de las patologías más graves⁷. Otra opción posible para superar este escollo es el de estructurar un servicio telefónico de contacto con un intérprete que esté disponible las 24 horas del día a través de un teléfono que sea conocido desde toda la red asistencial. Esta iniciativa se puso en marcha hace unos años de una forma pionera en Cataluña (*Sanitat Respon*, 902 111 444). A través de dicho teléfono se deriva la llamada a un servicio de traductores a distancia vía telefónica y que dispone de forma permanente más de 60 idiomas. Este servicio nos permite mantener, al cabo de pocos minutos, una conversación telefónica triple entre paciente, intérprete y médico, y en la experiencia de los profesionales que hemos podido utilizarlo creemos que se trata de una herramienta de una inestimable ayuda para llegar al diagnóstico clínico, especialmente cuando se trabaja en el ámbito de urgencias.

PROBLEMAS MÉDICOS ESPECÍFICOS

El aumento de PI en nuestro país hace que tengamos que familiarizarnos con una serie de patologías, algunas de las cuales pueden resultar excepcionales entre la población autóctona, pero que son endémicas en algunos de los países de procedencia de la PI, frecuentemente debido a su menor desarrollo socioeconómico. Algunas de las más frecuentes se describen a continuación.

Neurocisticercosis

La neurocisticercosis es una zoonosis endémica en países de bajo nivel socio-

económico y excepcional en nuestro medio. Esta enfermedad ocurre por la afectación del sistema nervioso central por la larva de la *Taenia solium* al ingerir carne de cerdo poco cocinada que contiene cisticercos. La manifestación clínica más frecuente son las crisis tónico-clónicas, la cefalea y otros síntomas derivados de la hipertensión endocraneal como las náuseas, vómitos, disminución del nivel de conciencia, alteraciones del comportamiento y déficit neurológicos focales. El diagnóstico se base en pruebas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) y técnicas de ELISA. El tratamiento consiste en albendazol por vía oral a dosis de 15 mg/kg/día en 3 dosis durante 8 a 28 días, así como corticoides para reducir la inflamación⁸. En ciertas áreas de Sudamérica, la neurocisticercosis es una de las etiologías más frecuentes a tener en cuenta en pacientes de edad media que presentan una crisis convulsiva o en los que se detectan lesiones cerebrales ocupantes de espacio en las pruebas de neuroimagen⁹.

Tuberculosis

En algunas ocasiones los inmigrantes se ven obligados a vivir en condiciones muy precarias, hecho que condiciona que la incidencia de tuberculosis sea similar e incluso mayor a la observada en los autóctonos que viven en zonas deprimidas. Así mismo, el hacinamiento favorece la transmisión de la infección tuberculosa. En el trabajo publicado por Arce y col¹⁰, se evidenciaba una tendencia decreciente en la incidencia global de tuberculosis, con una clara disminución en la población autóctona y un aumento de casos en la PI. En la mitad de los casos, el inmigrante desarrolla la tuberculosis durante los dos primeros años de estancia en el país receptor. Un tratamiento bien realizado junto con un sistema que refuerce la adherencia al tratamiento (Tratamiento Directamente Observado) es el pilar fundamental para el control de la enfermedad y evitar la aparición de resistencias al tratamiento antituberculostático^{10,11}. El tratamiento de enfermos iniciales consiste en 2 meses con isoniacida (H), rifampicina (R) y pirazinamida (Z) seguido de 4 meses con H+R (2HRZ+4HR). Se ha de introducir un cuarto

fármaco, etambutol (E), en poblaciones con tasas de resistencia primaria a H superiores al 4% (inmigrantes de Europa del Este, América Latina, África y Asia). Las dosis recomendadas se muestran en la tabla 2¹². En cuanto a las cepas aisladas en la PI, la tasa de resistencias a los antituberculostáticos habituales utilizados en nuestro país es del 2,2% mientras que en diversos países que nos aportan inmigrantes alcanzaba entre el 5,6 y el 24%¹³.

Infección por el virus inmunodeficiencia adquirida (VIH)

La infección por el VIH presenta una amplia difusión por todo el mundo, aunque en ciertas áreas la prevalencia es altísima. Éste es el caso de muchos de los países del África Subsahariana, por lo que este dato deberá tenerse especialmente en cuenta durante la valoración de pacientes procedentes de dichos países. Así, es recomendable solicitar la serología del VIH a todo paciente diagnosticado de tuberculosis si procede de países de elevada endemia de VIH¹¹. De hecho, la posibilidad de tratamiento de la infección por el VIH en los países desarrollados es una causa bien conocida de emigración de pacientes infectados procedentes de países en los que no se tiene acceso universal a dicho tratamiento.

Hepatitis

En el trabajo de Ros y col¹⁴ se objetiva una elevada prevalencia de las hepatitis virales en la población pakistaní. En este trabajo, la prevalencia de infección por el virus de la hepatitis A (86%) concuerda con la esperada en países en vías de desarrollo, de la misma manera que la prevalencia para el virus de la hepatitis B y C, 29 y 11%, respectivamente, es claramente superior a la de la población española. Por tanto, la incidencia de hepatopatía crónica

también resulta superior en esta población.

Paludismo

El paludismo, que afecta a entre 300 y 500 millones de personas y causa más de 2.000.000 de muertes al año, tiene un control difícil debido a las condiciones de subdesarrollo de los países endémicos y al aumento de resistencias a los fármacos contra los plasmodios. En la presente monografía se puede encontrar un capítulo específico en el que se discute esta enfermedad con mayor profundidad. Aquí tan solo nos gustaría destacar el trabajo de Bartolomé y col¹⁵ en el que de los 64 nuevos casos de paludismo diagnosticados en su entorno predominaban los casos diagnosticados en inmigrantes subsaharianos (72%). Este trabajo concluye que el paludismo importado es una enfermedad emergente, potencialmente mortal, que debe ser tenida en cuenta en zonas con una elevada tasa de inmigración.

Parasitosis

En los inmigrantes africanos las enfermedades infecciosas y parasitarias son las más prevalentes, sobre todo a expensas de las helmintiasis¹⁶. La uncinariasis es una parasitosis de amplia distribución mundial que afecta a más de mil millones de personas y constituye un problema importante de salud pública en áreas rurales de los países con baja renta¹⁷. En España es una enfermedad generalmente importada. Suele afectar a personas que están en contacto con el suelo húmedo contaminado con heces humanas. La infección se produce por el paso de la larva filariforme a través de la piel íntegra. Una vez que ha penetrado, a través del sistema vascular llega a los pulmones hasta la faringe, donde es deglutida para completar su desarrollo en el intestino. La manifestación

Tabla 2. Dosis recomendadas para el tratamiento inicial de la tuberculosis.

Fármacos	Dosis diaria
Isoniacida (H)	5 mg/kg dosis máxima 300 mg
Rifampicina (R)	10 mg/kg dosis máxima 600 mg
Pirazinamida (Z)	30 mg/kg dosis máxima 2g
Etambutol (E)	25 mg/kg los 2 primeros meses seguidos de 15 mg/kg

clínica más significativa es la anemia ferropénica de instauración crónica y por lo general bien tolerada. Por lo tanto, es recomendable realizar un análisis microbiológico de heces en los inmigrantes procedentes de países con elevada prevalencia de parasitosis, aunque no presenten sintomatología digestiva o alteración en el hemograma. Así mismo, también deberemos analizar las heces en busca de parásitos en aquellos pacientes con alteraciones en el ritmo deposicional.

Síndrome de Ulises

La PI presenta unos problemas psicológicos específicos comunes derivados de su proceso de adaptación¹⁸. En este sentido, el “síndrome de Ulises”¹⁹ o trastorno por estrés crónico aparece con más frecuencia en los inmigrantes con situación irregular y está relacionado con cuatro factores: la soledad, al no poder traer a su familia; el sentimiento interno de fracaso, al no tener posibilidad de acceder al mercado laboral; el sentimiento de miedo, por estar muchas veces vinculados a mafias; y el sentimiento de lucha por sobrevivir. Junto con la distimia y la depresión, constituyen las patologías de la esfera psíquica más frecuentes entre los inmigrantes atendidos en los SUH. Dada la gran prevalencia de estos trastornos, sería conveniente la adecuación de dispositivos de atención y soporte pertinentes para su atención.

Gestión de la asistencia a grupos numerosos de inmigrantes

Otro aspecto importante a considerar es la asistencia a inmigrantes en los servicios de urgencias cuando éstos llegan a nuestro país de forma masiva y por medios precarios, como son las pateras o “barcos negreros” como habitualmente los denominan los medios de comunicación. En estas circunstancias, y cuando este tipo de embarcaciones quedan a la deriva, muchos de los inmigrantes rescatados presentan ahogamientos, cuadros graves de deshidratación, hipotermia y traumatismos. Tras su primera asistencia por los sistemas de emergencias son trasladados a los SUH donde se le presta la atención sanitaria definitiva. La movilización y orga-

nización de recursos para atender a estas personas en los SUH están al mismo nivel que las actuaciones en los accidentes con múltiples víctimas²⁰. En primer lugar el centro coordinador de emergencias alerta al hospital, a continuación el SUH prepara un área de clasificación y de asistencia que puede verse complicado por la saturación que el servicio presente en ese momento, y finalmente, cuando llegan los pacientes se les asigna de forma individual un equipo con una identificación y documentación para la realización de la historia clínica y petición de pruebas complementarias. En aquellas zonas en las que por su situación geográfica esta situación puede producirse, los SUH y los sistemas de emergencias deberán contar con planes de actuación específicos previamente diseñados.

CONSULTAS MÉDICAS URGENTES MÁS FRECUENTES

Después de todas las particularidades comentadas anteriormente cabe decir que, a pesar de ellas, el hecho que la PI que acude a los SUH es una población joven y en principio sana, explica que los principales motivos de consulta sean procesos agudos muy similares a los de la población autóctona de la misma edad de nuestro país^{2-5,21,22}. Según los datos recogidos en el Hospital Clínic de Barcelona, los principales motivos de consulta médica de la PI fueron los síntomas inespecíficos (mareo, malestar general, astenia, dolor mal definido) en una tercera parte de los casos, los síntomas respiratorios en el 18%, el dolor abdominal inespecífico en el 11% o las lesiones dermatológicas en un 10%. De estas consultas, la necesidad de ingreso alcanzó al 9% de pacientes atendidos, un porcentaje muy inferior al porcentaje global de ingresos de los pacientes atendidos en la sección de urgencias medicina, y que fue del 21%, pero muy similar cuando se comparó a la de un grupo de pacientes de igual edad que la PI atendida. Estos datos concuerdan con los publicados en otros trabajos en nuestro país (Tabla 3). Un aspecto que debe remarcar es que el PI valora muy satisfactoriamente (al igual que hace la población autóctona) la atención que recibe en los SUH. En nuestra muestra, esta valoración mediante una

Tabla 3. Descripción de los principales motivos de consulta en la población inmigrante (PI).

VARIABLE	Serie Hospital Clínic de Barcelona (n=181)	Sánchez-García ⁵ y col (n=344)	Ballesteros-Pérez ²¹ y col (n=156)	Sanz y col ⁴ (n=300)
Principales síntomas consulta (n, %)				
Síntomas respiratorios	33 (18)	68 (20)	17 (11)	121 (40)
Dolor abdominal	20 (11)	31 (9)	20 (13)	96 (32)
Lesiones dermatológicas	18 (10)	-	-	27 (9)
Alteraciones ritmo deposicional	10 (6)	-	-	-
Cefalea	13 (7)	41 (12)	-	87 (30)
Dolor torácico	17 (9)	-	8 (5)	-
Lumbalgia	11 (6)	65 (19)	-	207 (69)
Síntomas inespecíficos	59 (33)	89 (26)	106(68)	115 (38)
Embarazo	-	31 (9)	-	-
Accidentes	-	17 (5)	-	84 (28)
Ansiedad, depresión reactiva	-	-	5 (3)	55 (18)
Fiebre	-	-	-	12 (4)
Problemas oftalmológicos	-	-	-	18 (6)

escala de Likert alcanzó una puntuación media de 8,2 puntos sobre un máximo de 10 puntos. A pesar de que existen pocos trabajos que hayan analizado esta característica, en el estudio de Norredam y col²³, se señala la baja satisfacción de la PI en el ámbito de la atención primaria. En este mismo trabajo se señala este argumento como condicionante a la sobreutilización de los SUH por parte de la PI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio del Interior 2004. Balance 2003. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración.
2. COTS F, CASTELLS X, OLLÉ C, MANZANERA R, VARELA J, VALL O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002; 16: 376-384.
3. TORNÉ E, GUARDA A, TORRAS MG, POZUELO A, PASARIN M, BORRELL C. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. *Aten Prim* 2003; 32: 423-429.
4. 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. *Med Clin (Barc)* 2000; 26: 314-318.
5. SÁNCHEZ GARCÍA R, SOTO GARCÍA M, PÉREZ VILLARDE N, ALONSO MORENO FJ, DE CASTRO MESA C, GARCÍA BAJO MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del área de salud de toledo. *Semergen* 2005; 31: 408-412.
6. SEGÚÍ M. El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *Semergen* 2005; 31: 505-507.
7. MORENA J, VALERO. Comunicación médica con la población inmigrante sin fluidez en la lengua de contacto. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 287-29.
8. MARTÍNEZ PÉREZ J, CALDEVILLA BERNARDO D, VILLENA FERRER A. Neurocisticercosis, una causa infrecuente de cefalea. *Semergen* 2005; 31: 284-285.
9. GARCÍA-ALBEA E. Cisticercosis en España. Algunos datos epidemiológicos. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 3-6.
10. ARCE A, IÑIGO J, CABELLO L, BURGOA M. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin* 2005; 125: 210-212.
11. Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin* 2003; 121: 549-562.
12. GARCÍA RAMOS R, LADO LADO, FL, TUNEZ BASTIDA V, PÉREZ DEL MOLINO BERNAL ML, CABARCOS-ORTIZ DE BARRON A. Tratamiento actual de la tuberculosis. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 91-100.
13. ESPINAL MA, LASZLO A, SIMONSEN L, BOULAHBAL F, KIM SJ, RENIERO A et al. Global trends in resis-

- tance to antituberculosis drugs. World Health Organization-International Union against Tuberculosis and Lung Disease Working Group on AntiTuberculosis Drug Resistance Surveillance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1294-1303.
14. ROS CERVERA G, ÁLVAREZ FERNÁNDEZ M, MORENO GALARZA G, MÉRIDA MARTOS AM. Prevalencia de hepatitis virales en inmigrantes adultos pakistaníes atendidos en un centro de salud. *Med Clin* 2005; 125: 317.
 15. BARTOLOMÉ M, BALANZÓ X, ROCA C, FERRER P, FERNÁNDEZ JL, DAZA M. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 372-374.
 16. ROCA C, BALANZÓ X, FERNÁNDEZ-ROURE JL, SAUCA G, SAVALL R, GASCÓN J, CORACHÁN M. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 616-619.
 17. ROCA C, BALANZÓ X, SAUCA G, FERNÁNDEZ-ROURE JL, BOIXEDA R, BALLESTER M. Uncinariasis importada por inmigrantes africanos: estudio de 285 casos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 139-141.
 18. OCHOA E, VICENTE N, LOZANO M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 116-118.
 19. ACHOTEGUI J. Emigration in hard conditions: the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome). *Vertex* 2005; 16: 105-113.
 20. PÉREZ-GRUESO MJ, JULIÁN A. Actuación ante catástrofes y múltiples víctimas. En: Manual de protocolos y actuación en urgencias. Editor A. Julián Jiménez. 2ª Edición patrocinada por Bayer Healthcare 2005; 45-58.
 21. BALLESTEROS AM, ANAYA JA, CÁMARA MA, LÓPEZ CARAVACA J, PAGAN E, GHELICHKAMI M. El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente? *Semergen* 2005; 31: 516-520.
 22. LAGARES D, MORA JI. Morbilidad en inmigrantes subsaharianos en un área urbana. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 437-439.
 23. NORRENDAM M, KRANSNIK A, MOLLER SORENSEN T, KEIDING N, JOOST MICHAELSEN J, SONNE NIELSEN A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health* 2004; 32: 53-53.