
La atención a la diversidad en urgencias

Attention to diversity in emergency care

C. Fuertes¹, E. Trujillo², M.A. Pinillos³, X. Balanzó⁴, Ò. Miró⁵, G. Burillo-Putze⁶

RESUMEN

La población inmigrante en general utiliza con menor frecuencia que la autóctona la mayoría de los servicios sanitarios. En la frecuentación de las urgencias generales no se encuentran diferencias significativas entre autóctonos e inmigrantes. Sin embargo la percepción de los profesionales que atienden las urgencias es la mayor utilización de este servicio por la población inmigrante. Quizás esto sea debido a la dificultad idiomática y de comprensión cultural puede requerir más esfuerzo y más tiempo en la atención al paciente inmigrante.

El médico que atiende a población inmigrante, así como a turistas y cooperantes españoles, debe familiarizarse 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 población inmigrante, frecuentemente debido a su menor desarrollo socioeconómico.

Algunos aspectos a tener en cuenta en la atención al paciente inmigrante pueden ser entre ellos el evitar el riesgo de minimizar las quejas psíquicas y achacarlas todas al desarraigo, o si se ha de prescribir una dieta o algunos fármacos, tener en cuenta el tipo de alimentación del país del paciente y las creencias religiosas.

El nivel de respeto y la capacidad de detección de las diferencias religiosas o culturales en relación con el cuidado de la salud, es una tarea fundamental que los profesionales sanitarios deben asumir con el mayor compromiso para lograr una atención culturalmente apropiada ante la diversidad.

Palabras clave. Urgencias. Inmigración. Multiculturalidad. Enfermedades importadas. Enfermedades tropicales.

ABSTRACT

The immigrant population in general uses the health services less frequently than the native population. No significant differences are found between immigrants and natives in the use of emergency services. However, the perception of professionals who attend to the emergency services is that there is a greater use of these services by the immigrant population. Perhaps this is because difficulties of language and cultural understanding might require more effort and time in the care given to the immigrant patient.

The doctor, who treats the immigrant population, as well as tourists and Spanish overseas voluntary workers, must become familiar with a series of pathologies, some of which might be exceptional among the native Spanish population, but which are endemic on some of the countries of origin of the immigrant population, frequently due to their lower socio-economic development.

Some aspects to bear in mind in treating the immigrant patient might be as follows: avoiding the risk of minimising psychic complaints and explaining them away to uprootedness; if a diet or medicine is to be prescribed, the type of food and religious beliefs of the patient's country should be taken into account. The level of respect and the capacity to detect religious and cultural differences in relation to health care are fundamental tasks that the health professionals must assume with the greatest commitment in order to achieve care that is culturally appropriate in the face of diversity.

Key words. Emergency care. Immigration. Multiculturalism. Imported diseases. Tropical diseases.

An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 149-161

1. Centro de Salud Txantrea. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
2. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.
3. Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra. Pamplona.
4. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Mataró. Barcelona.
5. Sección de Urgencias Medicina. Hospital Clínic. Barcelona.
6. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Correspondencia

Dr. Guillermo Burillo-Putze
Servicio de Urgencias
Hospital Universitario de Canarias
Ofra s/n, La Laguna
38320 Tenerife
E-mail: gburillo@huc.canarias.org

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria de urgencias a pacientes «distintos» a los habituales se mueve en ocasiones bajo la influencia de algunos tópicos. Salvo en las zonas donde ya la inmigración es una realidad bien asentada, es probable que el color de la piel, las creencias religiosas, la diversidad cultural, el idioma o la forma de expresarse, junto a la renta, condicionen en ocasiones la asistencia, jugando ello en contra del diferente¹.

Es posible que la diferencia en la asistencia sanitaria entre un turista rico y un inmigrante ilegal vía marítima, ambos del mismo país, no difiera. Nuestra misión es estar preparados para resolver las barreras idiomáticas (en general con el auxilio de la administración española y de los consulados), conocer las patologías específicas y tener en cuenta los condicionantes religiosos/sociológicos de cada colectivo. En nuestra experiencia hemos visto, por ejemplo, cómo en el caso de la inmigración en cayucos y pateras se ha pasado en un principio de auténticas situaciones de víctimas en masa o catástrofes para las emergencias

extrahospitalarias y los hospitales^{2,3} a una actividad con escasa repercusión en la asistencia diaria intra y extrahospitalaria⁴.

Como contrapartida a esta situación, o quizás en parte por ella, también al colectivo médico y de enfermería se han incorporado ciudadanos de la Europa Comunitaria y Extracomunitaria, así como de Centro y Sudamérica, con lo que la diversidad étnica terminará por instalarse en nuestra sociedad (sin duda afortunadamente) y en ambos lados del sistema sanitario, enriqueciendo nuestra cultura, nuestra formación humanística y mejorando nuestra visión sociocultural de un mundo globalizado.

EL CONCEPTO DE DIVERSIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS

La diversidad asistencial en medicina de urgencias representa un concepto amplio que debe limitarse para saber a qué colectivos de pacientes nos referimos. Así podríamos hablar de tres grandes grupos: inmigrantes, turistas y etnias/religiones (Tabla 1).

Tabla 1. Acercamiento a la diversidad en urgencias.

Inmigrantes	Regulares	1ª generación Generaciones previas y posteriores	
	Irregulares	Recién llegados	Vía marítima Otras vías
		Permanencia larga	
Turistas	Corta estancia Larga estancia-residentes "Turistas sanitarios"		
Etnias/religiones	Etnia gitana Colectivos de China (55 etnias, 3 religiones) Religión musulmana Testigos de Jehová		

Cada uno de estos grupos tiene características sanitarias, sociales y psicológicas distintas. Así, no es lo mismo un inmigrante regularizado y en primera generación, generalmente gente sana y que

habitualmente utiliza las urgencias porque en el horario habitual está trabajando, que sus hijos y padres. Los hijos de inmigrantes que ya han nacido en España se incorporan como ciudadanos nacionales (al me-

nos cultural y sanitariamente) y los padres de inmigrantes, que estos han traído por reagrupación familiar, importarán sus problemas de salud de origen, generalmente enfermedades crónicas. Respecto a los inmigrantes irregulares, algunos trabajos han analizado sus condiciones médicas al llegar, cuando la hacen en cayucos o pateras, destacando el buen estado de salud que presentan a pesar de lo penoso del viaje^{2,3}. Eso sí, estos trabajos contabilizan sólo a los que alcanzan la costa y no los que perecen en la travesía⁴.

Respecto a los turistas, generalmente la sanidad privada se hace cargo de los problemas agudos por los conciertos con aseguradoras, existiendo auténticos expertos y centros dedicados a esta «medicina turística». Junto a ellos, determinados turistas, por los costes sanitarios, las pocas restricciones de la sanidad española y lo barato de los medicamentos, han conformado una práctica denominada «turismo sanitario» que en algunas comunidades autónomas lastran de forma no desdeñable sus presupuestos. También existen turistas de larga estancia, cuando no residentes en España de forma permanente que, a medida que se hacen mayores, presentan problemas de desarraigo y ausencia de apoyo familiar lo que obliga a su internamiento.

Finalmente, existen colectivos con características sociológicas, étnicas, religiosas o de otro tipo que, en la asistencia urgente pueden requerir una atención singularizada, como pueden ser los conocidos problemas con las transfusiones sanguíneas de los Testigos de Jehová⁵, el ayuno prolongado de los practicantes de la religión musulmana durante el Ramadán⁶, la atención a pacientes de etnia gitana⁷ y el derecho a la privacidad de la información médica que choca en ocasiones con su estructura familiar en forma de clanes con un patriarca a la cabeza⁸. Otro colectivo singular en urgencias son los niños procedentes de adopciones internacionales, desconociendo en ocasiones sus antecedentes familiares y los aspectos específicos de su raza, etc. Por último, los viajes interconti-

mentales por trabajo, vacaciones de tipo exótico⁹ o cooperación internacional, así como específicamente los inmigrantes que viajan de turistas a sus países de origen, generan problemas sanitarios en no pocas ocasiones atendidos en urgencias, que podrían englobarse como propios de este capítulo.

ALGUNOS DATOS SOBRE INMIGRACIÓN

Según los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España, a finales de 2008 había en España 4.473.000 inmigrantes con permiso de residencia, cuando sólo 10 años antes la población era de 720.000. Esto supone un aumento del 620% desde 1998. En el tercer trimestre de 2009, la cifra era de 5.598.000, lo que supone el 12,7% de la población española. En determinadas regiones y poblaciones, este porcentaje representa un 20%, porcentaje similar a otros países europeos y, en barrios de grandes ciudades, puede representar hasta el 40-50%. Ésta es indudablemente una realidad incontestable y este crecimiento abrupto conlleva una cadena de repercusiones cuyas ventanas más llamativas son sanidad y educación. En la tabla 2 puede observarse la procedencia de los principales colectivos de extranjeros residentes en España.

Otros grupos de población, amén de los inmigrantes en situación irregular, incluyen a los estudiantes extranjeros, que suman 42.000 potenciales usuarios de urgencias, 26.000 de ellos procedentes de Iberoamérica.

Por el contrario, debido a la actual crisis económica, en estos momentos se constata una disminución de la inmigración irregular, cuya población activa ha descendido respecto al segundo trimestre de 2008 en 51.8000 personas, fundamentalmente a expensas de la población latinoamericana, marroquí y europeos extracomunitarios.

Tabla 2. Procedencia de la inmigración con permiso de residencia en 2008 (en miles).

Europa comunitaria	1.794	Rumanía	718
		Reino Unido	219
		Bulgaria	144
		Italia	139
		Portugal	121
		Alemania	102
Resto Europa	122		
Iberoamericanos	1.333	Ecuador	421
		Colombia	274
		Perú	130
Africanos	922	Marruecos	717
Asia	270	China	119

Se relacionan sólo los países con más de 100.000 residentes.

BARRERAS Y DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE INMIGRANTE

Con el fenómeno de la inmigración nos hallamos ante una realidad sanitaria que supone un reto para los profesionales de la salud, que deben afrontar dificultades a la hora de resolver los problemas que conlleva la atención de estos colectivos. A todo ello habrá que añadir la variabilidad de países de procedencia. Además de las dificultades que para el profesional sanitario puede suponer la atención al inmigrante, éste también tiene una serie de dificultades para ser atendido en urgencias. Las dificultades pueden ser derivadas de su propia condición de inmigrante o de su cultura diferente de la del país receptor y a su vez diferente entre los distintos colectivos de inmigrantes.

Mencionaremos sólo algunas de las dificultades más importantes tanto desde el punto de vista de los sanitarios como de los inmigrantes:

1. Dificultades para los profesionales sanitarios:

- Realizar una buena anamnesis tanto en los aspectos de comunicación, culturales, lingüísticos, religiosos, etc.

- Dificultades en el proceso diagnóstico por lo que se refiere al desconocimiento de determinadas patologías importadas, así como a lograr la colaboración en los exámenes físicos o complementarios, etc.
- Dificultades en poder instaurar un tratamiento comprensible y un buen control de las orientaciones y normas, ya que chocan con el recelo o la falta de conciencia del inmigrante. En las urgencias de atención primaria, en las que se procura derivar al paciente a la consulta programada para el seguimiento del proceso crónico, es importante hacerle entender la idea de continuidad asistencial. Esto no siempre se consigue y ello conlleva un incumplimiento notable del tratamiento a medio o largo plazo (ulcus, tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, etc.), incumplimiento en las visitas de control, etc.
- Después de la atención en urgencias, sobre todo si se hace en atención primaria, en ocasiones se hace necesario un control epidemiológico de enfermedades transmisibles, la mayoría cosmopolitas (tuberculosis, sida...), pero que pueden tener repercusiones en el propio colectivo,

especialmente en zonas de llegada clandestina (mayormente Canarias y Andalucía) por ser núcleos inestables, sin asentamiento.

- Dificultades derivadas de la constitución del núcleo familiar y segunda generación, salud materno-infantil, etc. Sobre todo, para las urgencias pediátricas, las dificultades de entendimiento con los progenitores, ya remarcadas en los apartados anteriores, dificultan una buena atención al niño y sobre todo la preocupación de si se habrán comprendido las pautas y tratamientos indicados.
- El profesional sanitario ha de pensar en las enfermedades adquiridas con motivo de los viajes de retorno transitorio a los países de origen. Sobre todo los niños que viajan a los países de los padres y no tienen inmunidad para las enfermedades endémicas de allí, pueden regresar con estas patologías adquiridas en el viaje.

2. Dificultades para el inmigrante. Por las condiciones propias de ser inmigrante y de su cultura, puede ocurrir:

- Desconocimiento de la sociedad receptora y de los procedimientos en los cuales se rige (problemas lingüísticos).
- Desconocimiento del alcance de su derecho en cuanto a salud (miedo por estar irregulares en algunos casos).
- Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, la forma de acceder a él y de proceder en el mismo.
- Miedo del inmigrante irregular a solicitar la tarjeta sanitaria. Por problemas de salud sólo acude a urgencias si lo considera imprescindible.
- Incompatibilidad laboral con el horario de atención en los centros de salud.
- Desconocimiento de la forma de conseguir información en muchas ocasiones al tener distinto idioma. Hasta

que aprende el español, le puede suponer serias dificultades para comunicarse con el personal sanitario y hacerle entender sus padecimientos. Así mismo presenta dificultades para comprender las indicaciones del cuidado de sus dolencias

- Para el inmigrante, la salud es un valor esencial y básico, porque es el vehículo necesario para poder trabajar, pero su principal preocupación suele ser económica.
- Las creencias religiosas y prácticas culturales a veces le impiden comprender y/o aplicar algunos tratamientos y/o procedimientos diagnósticos.
- La condición de la mujer, la concepción de la sexualidad, la anticoncepción, puede ser diferente de cómo la ha vivido en su país.

Por todo ello, se debe tener en cuenta una serie de apoyos y ayudas para la buena atención al paciente inmigrante como puede ser contar con la figura de los mediadores culturales. Todavía es muy bajo el número de centros hospitalarios que han introducido a profesionales de la mediación intercultural, o han implantado programas de mediación en España. La experiencia de uno de los hospitales donde se ha implantado constató que, después de la hospitalización, donde más se había requerido de los mediadores (37% de la actividad del programa de mediación) fue en el área de urgencias⁷.

Barrera idiomática

No cabe duda de que el idioma es el problema más importante con el que nos encontramos habitualmente a la hora de atender a la población inmigrante⁸. 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 población inmigrante atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario (SUH). Dado

que en los SUH no existe la posibilidad de demorar la consulta para el día siguiente (cuando el paciente pudiera acudir 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 graves. 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) y existe también en Canarias. A través de dicho teléfono se deriva la llamada a un servicio de traductores a distancia vía telefónica y que dispone de forma permanente de 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.

Otros problemas de lenguaje, aunque sin duda menores, pueden ser palabras ambivalentes en el español peninsular y el hablado en América Latina.

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 hacer. 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.

En una encuesta realizada a población inmigrante sobre el concepto de salud, relacionaban éste con tres áreas fundamentales: mantenimiento del cuerpo, representación imaginaria de la enfermedad y relación que establece el inmigrante entre el cuerpo y su representación imaginaria¹⁰. Las ideas más importantes referidas a estas tres áreas fueron las siguientes:

- En cuanto al mantenimiento del cuerpo: los latinoamericanos dan mucha importancia de la higiene, la práctica del deporte y la salud bucodental. Los marroquíes dan importancia a una buena higiene del sueño.
- En la representación imaginaria de la enfermedad: para los musulmanes la religión les orienta en el modo de entender la salud y la enfermedad y la consideran un desequilibrio entre cuerpo y alma, consecuencia del incumplimiento de los preceptos religiosos, y convierten al individuo en responsable de la enfermedad. En la cultura latina el concepto de enfermedad está ligado al cuerpo; dan mucha importancia a la exploración física, pruebas complementarias y empleo de tecnología para saber el diagnóstico de la enfermedad. Los africanos son a veces muy reacios a que se les realice extracciones de sangre por el vínculo que han vivido entre la sangre y diversas prácticas de brujería y magia negra.
- En la relación que establece el inmigrante entre el cuerpo y su representación imaginaria: hay que destacar la práctica de medicinas alternativas tradicionales, tanto en su país o incluso ya en España. Es importante distinguir entre «curanderismo» y «remedios caseros». El conocimiento

de «remedios caseros» puede ser una oportunidad para establecer vínculos con los pacientes.

ENFERMEDADES Y ENFERMOS

En un monográfico como éste, destinado a la gestión de urgencias, conviene poner en su sitio algunos mitos respecto a la diversidad en general y a la inmigración en particular. El primero de ellos es aquél que, de forma categórica y generalizada, indica que la población inmigrante satura el sistema sanitario y ayuda al colapso de las urgencias. Este fenómeno se ha estudiado y la realidad nos dice que, muy al contrario, es utilizado de forma similar a la población autóctona^{11,12}, cuando no menos que ella¹³. Eso no quita que, en determinados servicios de urgencias hospitalarios y de atención primaria, barrios y ciudades, donde presentan una mayor densidad poblacional, de forma pues localizada, la presión asistencial percibida por los sanitarios y la sensación de la población residente anterior a su desarrollo demográfico sea la contraria. Es evidente que cualquier movimiento migratorio origina a nivel local distorsiones en los servicios públicos, máxime con el rápido crecimiento que ha habido en España, ya comentado.

Consultas médicas urgentes más frecuentes

La población inmigrante que acude a los SUH es una población joven y en principio sana y ello 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^{2,5,14,15}. Según los datos recogidos en el Hospital Clínic de Barcelona, los principales motivos de consulta médica de la población inmigrante 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 al-

canzó 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 población inmigrante atendida. Estos datos concuerdan con los publicados en otros trabajos en nuestro país.

En cuanto a los motivos de consulta de algunos colectivos, como el de los pacientes musulmanes, se observa que consultan por diferentes causas. Cuando está haciendo el Ramadán, es más frecuente el dolor abdominal que cuando no está en Ramadán, en que el motivo más frecuente suele ser más por infecciones respiratorias altas o por dolores osteo-musculares. Es importante en estas circunstancias de Ramadán adecuar el tratamiento prescrito a la situación especial que está viviendo el paciente musulmán y prescribir pautas en las que el fármaco se tenga que tomar cada 12 o cada 24 horas¹⁶.

También hay que tener en cuenta que, entre los motivos de consulta en urgencias del paciente inmigrante, pueden estar subyaciendo algunas somatizaciones y sus dolores abdominales o cefalea pueden ser un indicador de su grado de sufrimiento o problemas de adaptación, ansiedad, etc.

La población gitana se estima que supone entre el 1,8% y el 2,1% de los ciudadanos españoles. Es un colectivo en el que sus indicadores de salud son más bajos que en la población general al estar influidos por sus condiciones sociales que, en general, son peores puesto que tienen un deficiente acceso a la vivienda, al empleo, a la educación, en definitiva, a la integración social y la participación ciudadana. El uso de los servicios de urgencias por la población gitana, según un estudio realizado en 2006, es mayor que el uso que hace la población general, sobre todo en mayores de 35 años y, en algunos tramos de edad, se llega a doblar en frecuentación a la población general. En el grupo de menores de 15 años se observa que las niñas gitanas que habían acudido alguna vez en el año a servicios de urgencias era de un 40,4% frente al 36,4%

de las niñas no gitanas. Sin embargo, en los niños el porcentaje era de 29,8% frente al 38,6% respectivamente. En la población de 16 a 55 años la frecuentación a servicios de urgencias es similar a la de la población general, refiriendo en la citada encuesta que un 39% de las mujeres gitanas habían acudido a servicios de urgencias frente al 36% de los hombres. Sin embargo, en la población de más de 55 años acude más a servicios de urgencias la población gitana, tanto en mujeres, un 39,8%, como en hombres, un 46%. Además, los grupos sociales con mejor situación socioeconómica son los que menos han acudido a servicios de urgencias y es el grupo de mujeres con edades intermedias y avanzadas, sobre todo las que viven en chabolas/infravivienda, las de mayor probabilidad en utilizar las urgencias¹⁷.

Finalmente, pueden requerir más atención los inmigrantes por procesos en relación con patología o siniestralidad laboral, ya que se han descrito más accidentes laborales entre esta población¹⁸. Por su extensión, no podemos abordar además aspectos específicos como la atención a las pacientes gestantes o a la población pediátrica, temas ya abordados no obstante en anteriores números de esta revista^{19,20}.

PROBLEMAS MÉDICOS ESPECÍFICOS

El segundo mito a romper es el referido al peligro que corre la población autóctona con las enfermedades que importan los inmigrantes y que ponen en peligro la salud de los primeros. Como escribe el profesor Pérez-Arellano «aunque teóricamente las posibilidades de aparición de una neumopatía importada son elevadas, en la práctica clínica, tanto la frecuencia como las causas de infección pulmonar en colectivos de inmigrantes, son similares a las de la población autóctona. Además, las características biológicas (ciclo biológico, reservorios, etc.) de los agentes causales de estas enfermedades dificultan o hacen imposible la transmisión a la población autóctona, teniendo en cuenta las actuales condiciones higiénicas y sanitarias de nuestro país. Por

ello, la mayor amenaza en lo que respecta a las enfermedades pulmonares importadas, con excepción de la tuberculosis, supone su no reconocimiento en los colectivos mencionados»²¹.

Dicho lo anterior, el médico que atiende a población inmigrante debe familiarizarse 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 población inmigrante, frecuentemente debido a su menor desarrollo socioeconómico. Además, como decíamos con anterioridad, los turistas y cooperantes españoles están siendo víctimas de enfermedades importadas por sus viajes, las cuales deben no sólo conocerse sino buscarse de forma activa en la anamnesis y el diagnóstico diferencial²².

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 basa en pruebas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) y técnicas de ELISA. 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 neuroimagen¹⁴.

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 deprimidas²². Así mismo, el hacinamiento favorece la transmisión de la infección tuberculosa. En el trabajo publicado por Arce y col²³, 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 población inmigrante. 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 es el pilar fundamental para el control de la enfermedad y evitar la aparición de resistencias al tratamiento antituberculostático.

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 realizar la serología del VIH, previo consentimiento informado a todo paciente diagnosticado de TBC si procede de países de elevada endemia de esta enfermedad. Es más, 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 col²⁴ 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 desarro-

llo, 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. Destacar aquí el trabajo de Bartolomé y col²⁵ 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, al igual que otros similares realizados en población pediátrica²⁶, 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 helmintiasis²⁷. 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 renta²⁸. 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 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. En el cenenario de su definición, la enfermedad de Chagas, producida por el *Trypanosoma cruzi* y con importante repercusión a nivel cardiológico, aunque se ha conseguido disminuir su prevalencia por medio del control de vectores, es la tercera parasitosis en frecuencia en la América latina²⁹.

Síndrome de Ulises

La población inmigrante presenta unos problemas psicológicos específicos comunes derivados de su proceso de adaptación³⁰. En este sentido, el «síndrome de Ulises»³¹ 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.

ÉTICA ASISTENCIAL Y COMPETENCIA CULTURAL

En toda interrelación entre personas, y por tanto también en la atención sanitaria en urgencias, es necesario tener en cuenta las características de los individuos que interrelacionan para llegar a un mejor entendimiento. Es conveniente saber a qué colectivo pertenece el individuo y puede

ser de gran ayuda tener conocimientos de algunos grupos respecto a su cultura, religión, hábitos, creencias y estructura social. Sin olvidar que, aunque la persona atendida en urgencias pueda pertenecer a un grupo relativamente homogéneo, hay que evitar basarnos en los estereotipos de cada cultura y es preciso individualizar. Todo esto podemos afirmarlo, si afrontamos la atención sanitaria desde el punto de vista de la ética y consideramos diversos aspectos como los siguientes:

- El principio de justicia de la bioética habla de la obligación de tener en cuenta a todas las personas con la misma consideración y respeto y a no discriminar a nadie por razón de etnia, sexo, creencias, edad, etc., promoviendo así la igualdad de oportunidades.
- El sanitario debe saber atender a la población considerando los aspectos diferenciales de cada uno, de manera que pueda personalizar la asistencia teniendo en cuenta la diversidad y las diferencias culturales y religiosas.
- La atención en salud es aceptable si es respetuosa de la ética médica y culturalmente apropiada, respetuosa de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y sensible a los requisitos del género y del ciclo de vida.

De ello deducimos que los profesionales sanitarios, incluidos los que trabajan en urgencias, deben ser culturalmente competentes.

Competencia cultural

La competencia cultural ha evolucionado desde la creación de ideas sobre pacientes en base a su cultura, a la puesta en práctica de los principios del cuidado centrado en el paciente que incluye la empatía, la exploración de creencias, la valoración de la sensibilidad de los pacientes, sus necesidades, valores y preferencias. La competencia cultural no es una panacea que, de una manera simple mejorará los

resultados en salud y eliminará las desigualdades, sino un necesario repertorio de habilidades para los sanitarios que desean suministrar cuidados de alta calidad a sus pacientes. Si aceptamos esta premisa, veremos la competencia cultural como un movimiento que no tiene nada de marginal sino que se constituye como una fuerte corriente de pensamiento³². Teniendo en cuenta la importancia de la comunicación en toda entrevista clínica, el que ésta sea culturalmente competente puede ser un requisito imprescindible para conseguir una buena entrevista clínica.

El concepto de competencia cultural, desarrollado en EEUU en los años 60, ha ido cobrando relevancia en España por circunstancias obvias. Así, la atención sanitaria culturalmente competente supone la integración de conocimientos, actitudes y habilidades del profesional sanitario para adaptarse a situaciones –que implican un contexto determinado y un tipo de comunicación específica– donde se pone de manifiesto la diversidad cultural.

Aspectos a tener en cuenta para ser competentes culturalmente

En relación al reconocimiento de la diversidad cultural existe, en general, en los profesionales sanitarios un etnocentrismo que sustenta la no comprensión de lo diferente, representado en los otros. Esta concepción puede dar lugar a estigmatizaciones por la pertenencia a otra cultura, fruto de la procedencia de una sociedad y territorio diferente y más aún cuando este territorio se enmarca en el llamado tercer mundo³³. En la atención a los pacientes interesa tener en cuenta, por una parte, las costumbres y creencias que por su carácter cultural tienen ciertos significados diferentes para distintos grupos y, por otra, las diferentes culturas comunicativas como distintos lenguajes o paralenguajes, distinta distribución del tiempo conversacional, etc.

Dentro del primer apartado de las diferentes creencias, costumbres o lo que podríamos denominar distinta «cultura material», encontraríamos distintos aspectos,

entre los que podríamos destacar: la familia; la alimentación y hábitos dietéticos; conceptos de salud, enfermedad, del cuerpo y concepción de aspectos sobre el nacimiento, la vida o la muerte³⁴. Así podemos ver que es distinto atender a pacientes de origen senegalés o chino o europeo, que tienen distinta concepción de todos estos aspectos señalados. Es de destacar que tanto para un senegalés como para un chino, y no tanto para un europeo, la enfermedad es de carácter holista, sin poder separar la mente y el cuerpo. Para el senegalés el origen de la enfermedad puede estar en el «ánima» y en cuestiones pendientes suyas o de sus familiares muertos. No le estaríamos comprendiendo ni siendo eficaces en el tratamiento si no lo abordamos desde sus creencias e incluimos estos aspectos. Por el contrario, en un chino al que encontramos deprimido, no podemos darle una terapia sólo verbal o de consejos, desligada de una terapia farmacológica o de la medicina alternativa, para mejorar el funcionamiento del cuerpo que según sus creencias es el causante de su depresión, etc.

Además, en el caso de las personas de etnia gitana, y también en los musulmanes, hay que incorporar el concepto de familia y de colectividad e imagen del grupo, que para ellos está por encima del individuo. Las interacciones y decisiones no se pueden tomar a nivel del individuo enfermo, sino que él/ella precisan consultar con las personas que ostentan la autoridad en su colectivo.

En el caso de la población gitana, hay un escaso conocimiento sobre las características y cultura de esta minoría entre los profesionales sanitarios, lo que da lugar, en numerosas ocasiones, a la aparición de prejuicios y estereotipos preconcebidos. En general se aprecia que no se sabe diferenciar entre los aspectos específicamente culturales y otros más bien relacionados con la situación socioeconómica en la que se encuentran muchas familias gitanas. Es decir, que no se diferencia entre lo que es cultura gitana y lo que es «cultura de la marginación»³⁵.

Dentro de la competencia cultural, más en relación con la cultura comunicativa, se diferencian los distintos colectivos en aspectos como:

- Lenguajes diferentes (tanto verbal como no verbal). Así el problema del idioma es la primera dificultad en algunas ocasiones para la comunicación con una persona que acude a urgencias. Incluso teniendo el mismo idioma, podemos encontrar expresiones diferentes que dificultan la comunicación.
- Paralenguajes, incluyendo tonos de voz, enfatizaciones, etc. característicos de cada grupo poblacional y que a veces es preciso conocer para no interpretar que el paciente está enfadado si sabemos que su forma de hablar habitual es con un tono de voz alto.
- Distinta distribución del tiempo conversacional. Algunos colectivos son más tendentes a una actitud de respeto y de dejar hablar al profesional, en otros son más tendentes al relato y la narración con muchos adornos.

Para mejorar en competencia cultural y en concreto en la atención al paciente inmigrante, podemos remitirnos a lo expresado en un estudio de grupos focales y entrevistas en profundidad a profesionales sanitarios, llevado a cabo en Cataluña por Vázquez y col³⁶, en el que emergen con fuerza diversas necesidades de apoyo para la atención a la población inmigrante. Por un lado, para superar las barreras a la comunicación e información se requieren materiales en diversos idiomas y servicios de traducción, así como más tiempo por paciente. Por otro lado, para proveer la atención a pacientes con culturas diversas se requiere formación centrada en aspectos culturales y de carácter práctico con aplicación inmediata.

El nivel de respeto y la capacidad de detección de las diferencias religiosas o culturales en relación con el cuidado de la salud es una tarea fundamental que los profesionales sanitarios deben asumir con el mayor compromiso para lograr una atención culturalmente apropiada ante la diversidad

BIBLIOGRAFÍA

1. MORRIS DA, GORDON JA. The role of the emergency department in the care of homeless and disadvantaged populations. *Emerg Med Clin N Am* 2006; 24: 839-848.
2. RODRÍGUEZ DEL ROSARIO C, NUÑEZ DÍAZ S, GARCÍA DE CARLOS P, RODRÍGUEZ PALMERO I, MAHTANI MAHTANI V, HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ MA et al. Características de la asistencia sanitaria a la llegada de inmigrantes africanos en las Islas Canarias. Un estudio descriptivo. *Emergencias* 2008; 20: 411-418.
3. MATOS CASTRO S, PADRÓN PEÑA MP. Necesidades de asistencia a los inmigrantes ilegales recién llegados en cayuco a Tenerife. *Emergencias* 2008; 20: 405-410.
4. HERNÁNDEZ SANCHEZ MJ, SEGURA CLAVELL J, BURILLO-PUTZE G. Papel clave de los servicios de emergencias en la tragedia de la inmigración ilegal por vía marítima. *Emergencias* 2008; 20: 377-379.
5. PEIRÓ A. Base ética y legal de actuación ante la negativa de un paciente testigo de Jehová a recibir una transfusión sanguínea. *Med Clin (Barc)* 2008; 130: 558-559.
6. FERNÁNDEZ MIRÓ M, GODAY A, CANO JF. Tratamiento de la diabetes mellitus durante el Ramadán. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 303-308.
7. INIESTA C, SANCHO A, CASTELLS X, VARELA J. Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2008; 130: 472-475.
8. Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Fundación Secretariado Gitano. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en:
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#saludComuGitana>.
9. GASCÓN J, MACIÀ M, OLIVEIRA I, CORACHÁN M. Intoxicación por ciguatoxina en viajeros. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 777-779.
10. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid. Inmigración, salud y servicios sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública (91). Edita: Instituto de Salud Pública. Madrid 2004.
11. JUNYENT M, MIRÓ Ò, SÁNCHEZ M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006; 18: 232-235.

12. 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.
13. REGIDOR E, SANZ B, PASCUAL C, LOSTAO L, SÁNCHEZ E, DÍAZ OLALLA JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit* 2009; 23: 4-11.
14. MARCHENA IGLESIAS P, REGÍ BOSQUE M, GARCÍA GONZÁLEZ I. Crisis comicial en un inmigrante latinoamericano. *Emergencias* 2008; 20: 139.
15. SUPERVÍA A, DEL BAÑO F, ESTEVE E, AGUIRRE A, CAMPODARVE I, PALLÁS O. Tuberculosis en población inmigrante: casos diagnosticados en urgencias según el lugar de procedencia. *Emergencias* 2009; 21: 410-414.
16. PARRILLA F, CÁRDENAS DP, VARGAS DA, CÁRDENAS A. El ayuno del Ramadán y una unidad de urgencias. *Aten Primaria* 2003; 32: 62.
17. Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Fundación Secretariado Gitano. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/equidadSalud_05Mayo.pdf
18. PARRA A, FERNÁNDEZ BARAIBAR J, AYERSTARÁN JR, EXTRAMIANA E. Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (Supl. 1): 77-95.
19. DE LA TORRE J, COLL C, COLOMA M, MARTÍN JI, PADRÓN E, GONZÁLEZ GONZÁLEZ NL. Control de gestación en inmigrantes. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (Supl. 1): 49-61.
20. POCH J, MONTESDEOCA A, HERNÁNDEZ BORGES A, APARICIO JL, HERRANZ M, LÓPEZ ALMARAZ R et al. Valoración del niño inmigrante. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (Supl. 1): 35-47.
21. PÉREZ ARELLANO JL, CARRANZA C. Infecciones respiratorias importadas: nuevos retos y amenazas. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 289-291.
22. SOLSONA L, DE BALANZÓ X. Prevención de enfermedades del viajero; el viajero que regresa. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (Supl. 1): 105-120.
23. ARCE A, IÑIGO J, CABELLO L, BURGOA M. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución de la década 1994-2003. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 210-212.
24. 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 (Barc)* 2005; 125: 317.
25. BARTOLOMÉ M, BALANZÓ X, ROCA C, FERRER P, FERNÁNDEZ JL, DAZA M. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 372-374.
26. ÁLVAREZ FERNÁNDEZ B, GARCÍA ESTEBAN C, SOTO INSUGA V, RUIZ JIMÉNEZ M, RUBIO GRIBBLE B, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ F et al. Revisión de los casos de Paludismo de los últimos 12 años en el Hospital Universitario de Getafe. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71: 196-200.
27. ROCA C, BALANZÓ X, FERNÁNDEZ ROURE JL, SAUCA G, SAWALL R, GASCÓN J et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos; estudio de 1321 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 616-619.
28. ROCA C, BALANZÓ X, SAUCA G, FERNÁNDEZ ROURE JL, BOIXEDA R, BALLESTER M. Uncinariasis importada en inmigrantes africanos: estudio de 285 casos. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 139-141.
29. GASCÓN J, ALBAJAR P, CAÑAS E, FLORES M, GÓMEZ I, PRAT J, HERRERA RN, et al. Diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por Trypanosoma cruzi no es endémica. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60: 285-293.
30. OCHOA E, VICENTE N, LOZANO M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 116-118.
31. OCHATEGUI J. Emigration in hard conditions: the Immigrant syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses´ Syndrome). *Vertex* 2005; 16: 105-113.
32. BETANCOURT JR. Cultural competence-marginal or mainstream movement? *N Engl J Med* 2004; 351: 953-955.
33. URIBE JM. Migraciones y salud. Préstamos de ida y vuelta. En: *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ed. Abya-Yala. Quito-Ecuador 2004: 83-92.
34. PERTIÑEZ MENA J, CLUSA GIRONELLA T. Inmigración y Atención sanitaria. Dic. 2008 *Revista Humanidades*, disponible en URL: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero34/revista.html
35. Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Fundación Secretariado Gitano. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2004.
36. VÁZQUEZ ML, TERRAZA R, VARGAS I, LIZANA T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit* 2009; 23: 396-402.

