Urgències i immigració

Xavier Balanzó

Servei de Medicina Intensiva i Crítica. Hospital de Mataró

Immigració i urgències hospitalàries

L'increment de la immigració en els països de la Unió Europea és un fet reconegut. El nombre d'estrangers oscil·la entre el 6% de França i el 35% de Luxemburg. En alguns països l'increment en els darrers 10 anys ha estat superior al 120% com és el cas d'Espanya o Àustria. A Catalunya, com a la resta de l'Estat, la immigració procedent dels països de renda baixa genera un fort impacte en diversos àmbits de la societat, entre ells el sanitari, malgrat que el nombre d'immigrants sigui encara relativament petit (inferior al 3% de la població).

En els serveis hospitalaris d'urgències (SHU) s'ha produït un augment en la demanda d'atenció que suposa nous reptes al sistema sanitari i a tots els professionals, especialment en les zones i comarques de major taxa d'immigració. Tot i que aquests col·lectius són formats majoritàriament per joves, sans, emprenedors (els febles, els malalts i els grans no emigren), les condicions immigratòries produeixen noves necessitats sanitàries que es veuran incrementades amb el reagrupament familiar.

Els SHU han esdevingut la porta principal d'accés al nostre sistema sanitari. A Catalunya, on la taxa de freqüentació ens els SHU oscil·la entre les 450 i 630 consultes per 1000 habitants/any, aquests serveis han hagut d'assistir als col·lectius d'immigrants, donant resposta a una nova realitat per a la que no hem estat preparats, amb no poc voluntarisme i imaginació.

Algunes dificultats en l'assistència a Urgències

Pel que fa als professionals de les ciències de la salut, els reptes són nombrosos: formació en pre i postgrau en àmbits que eren impensables fa 10 o 15 anys, recerca sobre la nova realitat, coneixement dels trets diferencials de les cultures per tal que les nostres actuacions tinguin un mínim d'eficàcia, millora dels nostres àmbits competencials o millora de la interrelació entre els diversos nivells assistencials a partir de la definició de les dificultats detectades[1]. En els SHU això és particularment necessari per les següents raons:

a) El col·lectiu d'immigrants utilitza, tant o més que els propis ciutadans autòctons, els SHU per a resoldre els seus problemes sanitaris. En molts SHU d'hospitals comarcals les consultes d'aquests col·lectius representen entre el 3% i el 5%, especialment al final de la jornada o durant el caps de setmana, en la franja horària de "guàrdia" on hi ha menors recursos humans i tecnològics.

b) Les dificultats de comprensió dels processos de salut per part dels professionals, especialment pel que fa a l'idioma, la cultura, les tradicions, la religió, l'educació, encara que el temps d'immigració sigui superior als 3 o 5 anys, junt a les limitacions del temps que hom disposa per a resoldre consultes d'urgències.

c) Les dificultats afegides per l'escàs coneixement que tenim de la geografia mèdica i de les malalties importades que, malgrat ser poc prevalents -ja que la majoria pateixen problemes cosmopolites-, tenen impacte sobre l'individu.

d) Determinades malalties cosmopolites es donen amb major prevalença per les condicions de marginalitat o precarietat econòmica i laboral i poden afectar l'estat de salut de la pròpia comunitat d'immigrants o la receptora, com és el cas d'algunes malalties transmissibles.

e) Les dificultats a l'hora de derivar el pacient a l'atenció primària o especialitzada si aquest està en situació d'irregularitat, fet que provoca no pocs retorns a l'SHU on la nova consulta l'haurà de resoldre un altre professional en haver canviat el torn de guàrdia.

Salut i immigració. Factors que influeixen en l'estat de salut i repercussions en l'assistència

La immigració per si mateixa suposa un risc per a la salut[2]. Tot professional, i de manera particular en els SHU, ha de saber identificar quines són les condicions que afecten la salut d'un col·lectiu. Això, que pot semblar una obvietat, convé esmentar-ho ja que del seu reconeixement i del seu aprofundiment se'n derivaran noves actituds i una millor acció. Els factors que cal considerar són:

Correspondència: Dr. Xavier Balanzó Fernández
Servei de Medicina Intensiva i Crítica
Hospital de Mataró
Carretera de Cirera s/n
08304 Mataró
Tel. 93 741 77 47
Fax 93 741 77 70
Adreça electrònica: balanzo@csm.scs.es

Annals de Medicina 2002; 85: 141-143.

a) Situació de regularització, nucli social i familiar.

b) Habitatge. De la seva qualitat en depenen molts processos sanitaris i condicions d'emmalaltir.

c) Situació laboral, tipus i condicions del treball.

d) Religió, cultura, educació. En una societat on la influència del cristianisme ha format part de la cultura i de molts hàbits no ens hauria d'estranyar la influencia de la religió en els col·lectius d'immigrants; ens cal identificar de quins col·lectius es tracta i quina és la seva religió. Ja que una gran part d'immigrants procedeix de l'àrea d'influència de l'Islam, practicat per més de 800 milions de creients i que forma part de la cultura, educació i tradicions d'uns altres tants, els professionals sanitaris no podem oblidar aquest fet i convindria tenir nocions sobre el que suposa l'Islam, quin és el nivell d'escolarització o les principals tradicions. Desconèixer en quina època es fa el Ramadà o el grau de pràctica religiosa d'un individu pot dificultar o impedir l'acompliment d'un tractament mèdic, exploracions diagnòstiques o el seguiment d'un procés. Desconèixer els costums d'un col·lectiu pot fer inútil l'establiment de mesures preventives.

e) Alimentació. Quins són els costums de cada col·lectiu?[3] Quines són les dificultats en l'acompliment de dietes especials (diabetis, hipertensió, etc.)? Quin menjar fan la majoria dels immigrants que treballen al camp?

Principals problemes de salut

En el nostre sistema sanitari en què els SHU atenen el 70% de pacients amb processos no urgents, la consulta dels immigrants ha suposat un augment de la càrrega i del grau de polivalència dels professionals. Convé identificar quins són els processos que pateixen en general, ja que seran els que motivaran la major part de les consultes a urgències[4]. Convindrà saber si es tracta d'un immigrant recent, el país d'origen i la manera d'arribar. En general, els pacients que provenen del nord d'Àfrica, de Llatinoamèrica o de l'Europa de l'Est consulten per processos comuns. En immigrants recents de l'Àfrica negra cal considerar les malalties importades.

Majoritàriament, els processos pels que consulten són comuns; entre els més específics destaquen –a part dels processos traumatològics- el dolor abdominal crònic com expressió d'helmintosis, els problemes gastrointestinals on prevalen l'ulcus, l'hèrnia d'hiatus o el restrenyiment derivat del tipus de dieta. Són freqüents els dolors osteoarticulars, molt lligats a la patologia laboral, la síndrome miccional crònica en africans negres, expressió d'una esquistosomiasi urogenital o seqüela de malaltia de transmissió sexual, la pruïja per les freqüents dermatitis laborals, per dermatomicosis o per les característiques de la pell molt pigmentada.

Pel que fa als immigrants recents procedents de l'Àfrica negra o en alguns procedents del continent asiàtic, a més dels problemes comuns, es poden categoritzar quatre tipus de processos:

a) Patologia importada i patologia cosmopolita d'alta prevalença: en general, tret del paludisme o de l'esquistosomiasi urogenital, cal sempre sospitar-ne la possibilitat ja que per al diagnòstic són necessaris exàmens complementaris que no estan a l'abast d'Urgències. Entre les helmintosis intestinals destaca l'anquilostomosi, que afecta uns 700 milions de persones; entre les hepatopaties, la secundària als diversos tipus d'hepatitis i a algunes parasitosis; en immigrants equatorians, la cisticercosi; i en immigrants africans, les formes agudes del paludisme per *P. falciparum,* sense oblidar els immigrants del continent asiàtic amb paludisme crònic (*P. vivax, P. ovale).* Pel que fa a patologia no infecciosa, s'han de considerar les alteracions hematològiques amb prevalença d'anèmia i hemoglobinopaties que poden afectar entre el 15% i el 20% de la població[5].

b) Patologia adquirida: per les condicions de precarietat i pràctiques de risc, cal tenir en compte la tuberculosi pulmonar i extrapulmonar no lligada a la SIDA, les malalties de transmissió sexual, les dermopaties infeccioses i els trastorns digestius funcionals.

c) Patologia de l'adaptació: destaquen els trastorns psicoafectius, tant en primeres com en segones generacions, i els derivats de les condicions de vida que hem descrit.

d) Patologia del retorn: processos adquirits al viatjar de nou als països d'origen, un cop perduda la semiimmunitat a partir d'uns tres anys de viure als països d'acollida. Cal destacar especialment el paludisme, per l'absència o mal acompliment de la quimioprofilaxi, altres parasitosis o altres malalties transmissibles. En general, els processos serien superposables als que pateixen els catalans quan viatgen a països de baixa renda per a cooperació o turisme.

Les limitacions de l'espai no ens permeten comentar dos grups amb peculiaritats específiques: els fills d'immigrants nascuts als països d'acollida[6] i tot el que es refereix als problemes de salut de la dona en relació a la perinatalitat i a planificació familiar. L'atenció als parts s'ha de fer sovint sense que els obstetres disposin de dades prèvies i si es fa precisa una cesària són testimonis de la reacció de pànic que tenen les noies marroquines, manifestació del temor derivat del coneixement de l'elevada mortalitat per cesària que es dóna al Marroc.

Actitud a Urgències

Convé que cada centre determini uns circuits propis a partir de l'anàlisi de la pròpia realitat i d'altres experiències[7-9] destacant alguns aspectes:

a) Anamnesi ampliada: País d'origen, per establir si pot haver-hi patologia derivada de la geografia mèdica. Data d'emigració i data d'immigració (entre la sortida del seu país i l'arribada al país d'acollida poden haver recorregut països amb prevalença d'altres malalties). Data de l'últim viatge (pot haver viscut 10 anys al país d'acollida i retornar), condicions socioculturals i personals: ètnia,

religió i grau de pràctica, estat civil, idiomes, habitatge, condicions de residència, aspectes laborals i nutricionals.

b) Semiologia: Estat nutricional, exploració cutània exhaustiva amb cerca d'adenopaties i nòduls (tuberculosi, filariosi, larva migrans, micosis). Cerca de viscerome-gàlies (esquisosomiasi intestinal, paludisme, hepatopaties cròniques).

c) Biologia. Destaquem alguns paràmetres. En hematologia bàsica: anèmies, hemoglobinopaties, eosinofília (filariosi, esquistosomiasi). Bioquímica hepàtica: hepatopaties parasitàries o posthepatitis. Funció renal com a expressió de malalties uronefrològiques (esquistosomiasi, paludisme, filariosi).

d) Microbiologia: el sediment urinari, a més de descartar infeccions, permet trobar ous d'*Schistosoma haematobium*. Pel que fa a l'extensió de sang, es poden trobar microfilàries o paludisme. És convenient promoure, en les visites posteriors a l'atenció d'urgències, la serologia luètica i l'anàlisi de paràsits en femta. Aquest és un procediment poc sol·licitat, mentre es continuen sol·licitant coprocultius amb escassa rendibilitat.

e) Altres exploracions complementàries. Als SHU pot ésser necessària la radiografia de tòrax per descartar processos d'escassa expressió semiològica com ara la tuberculosi i una radiografia simple d'abdomen per valorar un dolor abdominal crònic en africans negres (calcificacions de la bufeta urinària secundàries a esquistosomiasi urogenital). Atesa la freqüència amb què dones joves recentment immigrades consulten a l'SHU per dolor abdominal i les dificultats d'anamnesi per qüestions d'idioma o barreres culturals és imperativa la pràctica d'una prova d'embaràs prèvia a la realització de la radiografia.

Conclusions

La immigració suposa un nou repte per als professionals sanitaris i, de manera especial, per als qui treballen en els SHU, porta principal d'accés al sistema sanitari d'aquests col·lectius. Es tracta de promoure, en el personal assistencial, una cultura d'acolliment i de comprensió, acompanyada d'una informació més intel·ligible als pacients.

Les malalties "importades" són limitades. Les persones sanes són les que emigren i la malaltia neix en els països hostes a causa d'una sèrie de factors com el xoc cultural, el malestar psicològic, l'absència de suport familiar, l'aïllament, la marginació, el clima, els diversos hàbits alimentaris, l'alimentació insuficient, la degradació de l'habitatge, la manca de treball, el risc laboral, etc.

Als metges i als guaridors de la seva salut ens pertoca comprendre els seus problemes interns, progressar en el coneixement dels problemes de morbiditat i encertar en el com i quan fer-los arribar els nostres missatges sanitaris.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Balanzó X. Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. Aten Primaria 1991; 8: 527-528.
2. Fernández Roure JL et al. Jornades Catalanes sobre Salut i Immigració. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura, Secretaria General de Joventut, 1999. http://www3.gencat.es:81/joventut/docs/migracio.pdf.
3. Serra ME, Salvador G, Ribas L, Torres T, Serra L, Bolívar I. Aproximación a los hábitos alimentarios de la población inmigrante de origen africano residente en Mataró. Rev Esp Nutr Comunitaria 1999: 143-146.
4. Roca C, Balanzó X, Fernández Roure JL, Pujol E, Corachan M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de africanos de la comarca del Maresme. Med Clin (Barc) 1999; 111: 215-217.
5. Las Heras G. Hemoglobinopaties i dèficit de G-6-PD en immigrants del Maresme. Tesi Doctoral. Universitat Autònoma. Barcelona, 2000.
6. Cabot A. Problemes de salut en fills d'immigrants africans. Pediatr Catalana 1996; 56: 37-41.
7. Jaumà R, Vinyamata B, Gascón J, Menéndez C, Corachan M. Protocol clínic davant l'immigrant de l'Àfrica occidental en l'atenció primària de salut. Girona: Generalitat de Catalunya Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Girona, 1995.
8. Loutan L, Bierens de Hann D, Subilia L. La santé des demandeurs d'asile: du despistage de maladies tansmisibles à celui des séquelles post-traumatiques. Bull Soc Path Ex 1997; 90: 233-237.
9. Protocol per a vigilància de les malalties importades. Documents de vigilància epidemiològica 11. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública, 1999. http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/spprot2.pdf.