



UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Medicina

Departamento de Medicina



**EL PERFIL DEL PACIENTE INMIGRANTE
ATENDIDO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL DE PONIENTE**

Francisco Manuel Parrilla Ruiz

TESIS DOCTORAL

2006



INDICE GENERAL POR CAPÍTULOS

CAPÍTULO	PÁGINA
GENERALIDADES	
1. Abreviaturas y Acrónimos	
2. Figuras	
3. Tablas	
4. Agradecimientos	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación Actual Demográfica de la Inmigración en Andalucía	1
1.2. El Fenómeno de la Inmigración: problema o realidad	16
1.3. Influencia del fenómeno de la inmigración sobre el Sistema Sanitario	18
1.4. La Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente de Almería: área de influencia	20
2. OBJETIVOS	81
2.1. Objetivos Genéricos	81
2.2. Objetivos Específicos	81
2.3. Objetivos Operativos	81
3. METODOLOGÍA	83
3.1. Diseño	83
3.2. Período de Estudio	83
3.3. Ámbito de Estudio	83
3.4. Sujetos	83
3.5. Variables	83
3.6. Método Estadístico	99
4. RESULTADOS	100
4.1. Características de la asistencia al inmigrante en la Unidad de Urgencias	100 109
4.2. Perfil sociosanitario del paciente inmigrante en urgencias	119
4.3. Influencia de las características sociales y culturales en la población inmigrante	124
4.4. Diferencias del concepto de salud y enfermedad en el paciente inmigrante	126
4.5. Trastornos adaptativos al entorno	138



4.6. Consideraciones especiales en la población inmigrante sobre patologías específicas	149
4.7. Enfermedades Hereditarias	154
4.8. Enfermedades endémicas transmisibles	168
4.9. Patología atendida en urgencias a pacientes inmigrantes interceptados en patera	171
4.10. Resultados de la encuesta sobre inmigración realizada a los facultativos de urgencias	173
5. DISCUSIÓN	173
5.1. Frecuentación y datos de filiación del paciente inmigrante atendido en urgencias	173
5.2. Perfil clínico, social y demográfico del paciente inmigrante atendido en urgencias	176
5.3. La medicina de urgencias como puerta de entrada al sistema sanitario	181
5.4. La problemática derivada de la barrera idiomática	184
5.5. El concepto de salud y enfermedad desde el punto de vista del inmigrante	188
5.6. Diferencias sociales y culturales	190
5.7. Trastornos de adaptación	193
5.8. Enfermedades Hereditarias	201
5.9. Enfermedades Endémicas	203
5.10. Patología de los pacientes inmigrantes atendidos tras ser interceptados en la costa	220
5.11. ¿Qué opinan los facultativos de urgencias de la inmigración?	221
5.12. Reflexiones	224
6. CONCLUSIONES	225
6.1. Conclusiones Principales	225
6.2. Conclusiones Secundarias	228
7. BIBLIOGRAFÍA	231
7.1. Bibliografía Introducción	231
7.2. Bibliografía Discusión	233
8. ANEXOS	244



ÍNDICE DESARROLLADO POR CAPÍTULOS

CAPÍTULO	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación Actual demográfica de la inmigración en España	1
1.1.1. Situación Actual demográfica de la inmigración en Andalucía	7
1.1.1.1. Situación sociodemográfica del inmigrante en Almería	9
1.2. El fenómeno de la inmigración: problema o realidad ¿?	16
1.3. Influencia del fenómeno de la inmigración sobre el Sistema Sanitario	18
1.4. La Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente de Almería: área de influencia	20
1.4.1. Entorno Externo: el área de salud	20
1.4.2. Entorno Interno: el hospital	28
1.4.2.1. La Empresa Pública	29
1.4.2.1.1. Funciones	30
1.4.2.1.2. El modelo de gestión	31
1.4.2.1.2.1. Planificación de la gestión	31
1.4.2.1.2.2. Organización de la gestión	31
1.4.2.1.2.3. Control de la gestión	32
1.4.2.1.2.4. Plan de garantía de calidad	33
1.4.2.1.3. Dimensionamiento. Cartera de Servicios	33
1.4.3. Entorno Interno: el área de gestión	36
1.4.3.1. Área de gestión Cuidados Críticos y Urgencias	36



1.4.3.2. Situación funcional de la Unidad de Urgencias	39
1.4.3.2.1. Características generales de la Unidad de Urgencias	39
1.4.3.2.1.1. Zona de Policlínica	42
1.4.3.2.1.2. Zona de Observación y Críticos	47
1.4.3.2.2. Definición de los principales elementos de la asistencia	53
1.4.3.2.2.1. Estudio de los factores relacionados con la llegada del paciente a Urgencias	54
1.4.3.2.2.1.1. Afluencia Temporal	54
1.4.3.2.2.1.1.1. Distribución Mensual	54
1.4.3.2.2.1.1.2. Distribución horaria	56
1.4.3.2.2.1.2. Procedencia	59
1.4.3.2.2.1.2.1. Relación Asistencial	59
1.4.3.2.2.1.2.2. Relación Geográfica	61
1.4.3.2.2.1.3. Motivo de asistencia	64
1.4.3.2.2.2. Estudios de las actuaciones en urgencias	67
1.4.3.2.2.2.1. Distribución de la asistencia por grupos de edades	67
1.4.3.2.2.2.2. Distribución de la asistencia por niveles de gravedad	71
1.4.3.2.2.2.3. Distribución de la asistencia por tiempos de atención	74
1.4.3.2.2.3. Estudio de los factores relacionados con la salida de los pacientes de urgencias	74
1.4.3.2.2.3.1. Distribución de la asistencia por grupos de edades	74
1.4.4. Conclusiones	78
2. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	81
2.1. Objetivos Genéricos	81
2.2. Objetivos Específicos	81
2.3. Objetivos Operativos	81
3. METODOLOGÍA	83
3.1. Diseño	83
3.2. Período de estudio	83
3.3. Ámbito del estudio	83
3.4. Sujetos	83



3.5. Variables	83
3.5.1. Frecuentación y características de la atención sanitaria al inmigrante	83
3.5.2. Perfil clínico del paciente inmigrante que acude a urgencias	84
3.5.3. Influencia de las características socioculturales	85
3.5.3.1. Problemas lingüísticos: la barrera idiomática	85
3.5.3.2. Influencia del Ramadán	86
3.5.3.3. Influencia del “día del cordero”	87
3.5.4. Diferencia del concepto de salud y enfermedad en el paciente inmigrante	87
3.5.4.1. Pacientes con pérdida de agudeza visual	87
3.5.4.2. Pacientes con detección casual de patologías	88
3.5.5. Trastornos adaptativos del entorno	89
3.5.5.1. Trastornos de ansiedad	89
3.5.5.2. Agresiones en la población inmigrante	89
3.5.5.3. Adaptación al entorno laboral: intoxicaciones por pesticidas	90
3.5.6. Consideraciones especiales sobre patologías específicas	91
3.5.6.1. Hemorragia digestiva alta en la población inmigrante	91
3.5.6.2. Patología urológica en la población inmigrante	92
3.5.6.3. Brucelosis aguda en pacientes inmigrantes	92
3.5.7. Enfermedades hereditarias en urgencias	93
3.5.8. Enfermedades endémicas del paciente inmigrante	94
3.5.8.1. Perfil sociodemográfico y clínico del paciente diagnosticado de tuberculosis en urgencias	94
3.5.8.2. Pacientes inmigrantes diagnosticados de paludismo	95
3.5.8.3. Pacientes inmigrantes diagnosticados de esquistosomiasis	96
3.5.8.4. Pacientes inmigrantes diagnosticados en urgencias de parasitosis intestinales	96
3.5.8.5. Perfil clínico el paciente diagnosticado de una enfermedad de transmisión sexual	97
3.5.9. Patología atendida en urgencias a pacientes inmigrantes interceptados en pateras	98
3.5.10. Encuesta sobre el fenómeno de la inmigración realizada a facultativos de urgencias	98
3.6. Método estadístico	99
4. RESULTADOS	100
4.1. Características de la asistencia al inmigrante en la Unidad de Urgencias	100



4.1.1. Índice de Frecuentación	100
4.1.2. Distribución por edad y sexo	103
4.1.3. Distribución de los ingresos hospitalarios en los pacientes inmigrantes	104
4.1.4. Legalización de la situación sanitaria del inmigrante	105
4.1.5. Relación entre frecuentación y posesión de la tarjeta sanitaria	106
4.2. Perfil sociosanitario del paciente inmigrante	109
4.2.1. Características sociodemográficas del paciente inmigrante	109
4.2.2. Motivos de consulta del paciente inmigrante en urgencias	112
4.2.3. Estandarización de la gravedad en el paciente inmigrante	113
4.2.4. Destino final del paciente inmigrante	113
4.2.5. Análisis del perfil sociodemográfico y clínico	114
4.3. Influencia de las características sociales y culturales en la población inmigrante	119
4.3.1. Problemática de la barrera idiomática	119
4.3.2. Influencia del Ramadán en la Unidad de Urgencias	121
4.3.3. Influencia del día del cordero en la frecuentación de urgencias	123
4.4. Diferencia del concepto de salud y enfermedad en el paciente inmigrante	124
4.4.1. Pacientes con pérdida de agudeza visual	124
4.4.2. Pacientes con detección casual de patologías	124
4.5. Trastornos adaptativos al entorno	126
4.5.1. Trastornos de ansiedad en el paciente inmigrante	126
4.5.2. Agresiones en la población inmigrante	128
4.5.3. Intoxicaciones por insecticidas organofosforados	132
4.6. Consideraciones especiales en la población inmigrante sobre patologías específicas	138
4.6.1. Hemorragia digestiva alta	138
4.6.2. Patología urológica	141
4.6.3. Brucelosis aguda	146
4.7. Enfermedades Hereditarias	149
4.7.1. Estudio de la anemia severa en la población inmigrante	149
4.8. Enfermedades endémicas transmisibles	154
4.8.1. Paludismo	155
4.8.2. Esquistosomiasis	157



4.8.3. Enfermedades de transmisión sexual	160
4.8.4. Parasitosis intestinales	161
4.8.5. Tuberculosis	164
4.9. Patología atendida en urgencias a pacientes inmigrantes interceptados en patera	168
4.10. Resultados de la encuesta sobre inmigración realizada a los facultativos de urgencias	171
5. DISCUSIÓN	173
5.1. Frecuentación y datos de filiación del paciente inmigrante atendido en urgencias	173
5.2. Perfil clínico, social y demográfico del paciente inmigrante atendido en urgencias	176
5.3. La medicina de urgencias como puerta de entrada al sistema sanitario	181
5.4. La problemática derivada de la barrera idiomática	184
5.5. El concepto de salud y enfermedad desde el punto de vista del inmigrante	188
5.6. Diferencias sociales y culturales	190
5.6.1. Influencia del Ramadán en la asistencia sanitaria	190
5.6.2. Fiesta del sacrificio o día del cordero	192
5.7. Trastornos de adaptación	193
5.7.1. Síndrome de Ulises	193
5.7.2. El problema de las agresiones en los pacientes inmigrantes	195
5.7.3. Hemorragia digestiva alta	196
5.7.4. Intoxicaciones por pesticidas organofosforados	196
5.7.5. Patología urológica del inmigrante	198
5.7.6. Brucelosis aguda en urgencias	199
5.8. Enfermedades Hereditarias (Hemoglobinopatías y Anemias Hemolíticas)	201
5.9. Enfermedades Endémicas (transmisibles) del paciente inmigrante	203
5.9.1. Paciente inmigrantes diagnosticados de malaria en urgencias	206
5.9.2. Parasitosis diagnosticadas en urgencias	209
5.9.2.1. Esquistosomiasis urinaria	209
5.9.2.2. Parasitosis intestinales	213
5.9.3. Enfermedades de transmisión sexual	215
5.9.4. Pacientes inmigrantes diagnosticados de tuberculosis en urgencias	216
5.10. Patología de los pacientes inmigrantes atendidos tras ser interceptados en la	220



costa	
5.11. ¿Qué opinan los facultativos de urgencias de la inmigración?	221
5.12. REFLEXIONES	224
6. CONCLUSIONES	225
6.1. CONCLUSIONES PRINCIPALES	225
6.2. CONCLUSIONES SECUNDARIAS	228
7. BIBLIOGRAFÍA	231
7.1. BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO DE INTRODUCCIÓN	231
7.2. BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO DE DISCUSIÓN	233
8. ANEXOS	244
8.1. ANEXO N ° 1. Consulta de Clasificación de Pacientes	
8.2. ANEXO N ° 2. Consulta de Atención de Pacientes Banales (Fast – Track)	
8.3. ANEXO N ° 3. Consulta de Atención al niño	
8.4. ANEXO N ° 4. Sistema de audit. Interno.	



1. INTRODUCCION

La “Inmigración” es un fenómeno ligado a nuestra cultura desde los años sesenta, momento en el cual, un volumen importante de españoles tuvieron que emigrar a otros países que le ofrecían mejores condiciones de vida. Sin embargo en los últimos veinte años a partir de:

1. la entrada de España en la Unión Europea
2. el proceso de industrialización
3. el declive de los países Subsaharianos y latinoamericanos
4. la desestabilización de los Balcanes
5. y la separación de los países de la URSS



han dado lugar a un fenómeno de inversión y actualmente se ha acelerado el flujo de inmigrantes que entran en Europa ^{1,2}. La Inmigración es un fenómeno de gran relevancia en nuestro país. Día a día observamos atónitos en los medios de comunicación como cientos de inmigrantes intentan llegar a nuestras costas para conseguir un trabajo que le permita una vida digna, sin importarle arriesgar su vida. Unos inmigrantes marroquíes al llegar a la costa gaditana exhaustos después de una travesía por el estrecho declararon al diario El país; “La Muerte es mejor que la Miseria”³, si me remito a titulares de diarios españoles observamos la importancia de este fenómeno: “Detenidos 97 inmigrantes”, “Inmigración ilegal”, “Detenida una red de inmigración ilegal”...etc

1.1. SITUACIÓN ACTUAL DEMOGRÁFICA DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

A fecha de 1 de Enero del 2005, según el Instituto Nacional de Estadística, están empadronados en España 3.730.610 extranjeros⁴ (8% de la población total, mientras que en la Unión Europea estas cifras están en torno al 10% y todo apunta a que es una situación a la que llegaremos paulatinamente⁵). Para controlar este fenómeno el Gobierno español tiene establecido un control de flujos migratorios mediante unos sistemas de cupos anuales de inmigrantes en función de la

economía nacional y de la capacidad de integración de la sociedad española, pero resulta difícil debido a la imposibilidad de control real de las fronteras españolas y a la situación administrativa de todos los extranjeros (los “sin papeles”)⁶.

Según el boletín estadístico de extranjería e inmigración del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 1.977.291 población inmigrante poseen tarjeta o autorización de residencia en vigor, es decir 1.753.319 (46%) inmigrantes no están regularizados⁷.

Figura n ° 1. Distribución según el Origen Geográfico.

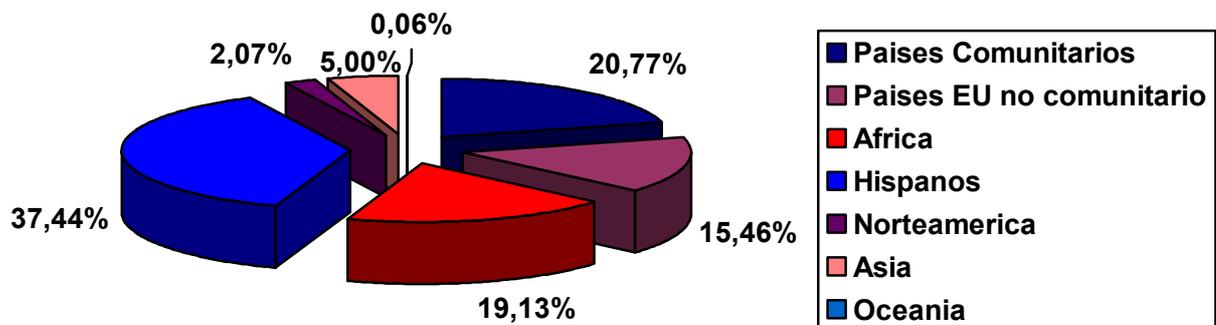


Figura n ° 2. Distribución según nacionalidad: podemos observar como, marroquíes, ecuatorianos, rumanos, colombianos, y británicos son los cinco colectivos mayoritarios.

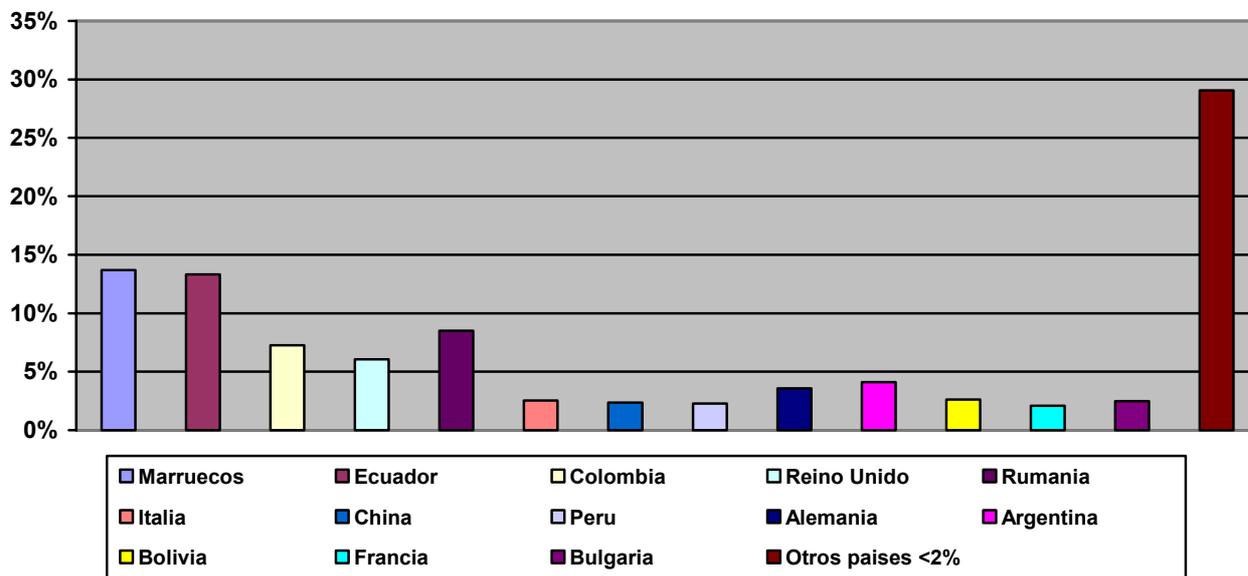


Figura n ° 3. Distribución por comunidad autónoma: Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias agrupan el 74,41% de los extranjeros que viven en España.

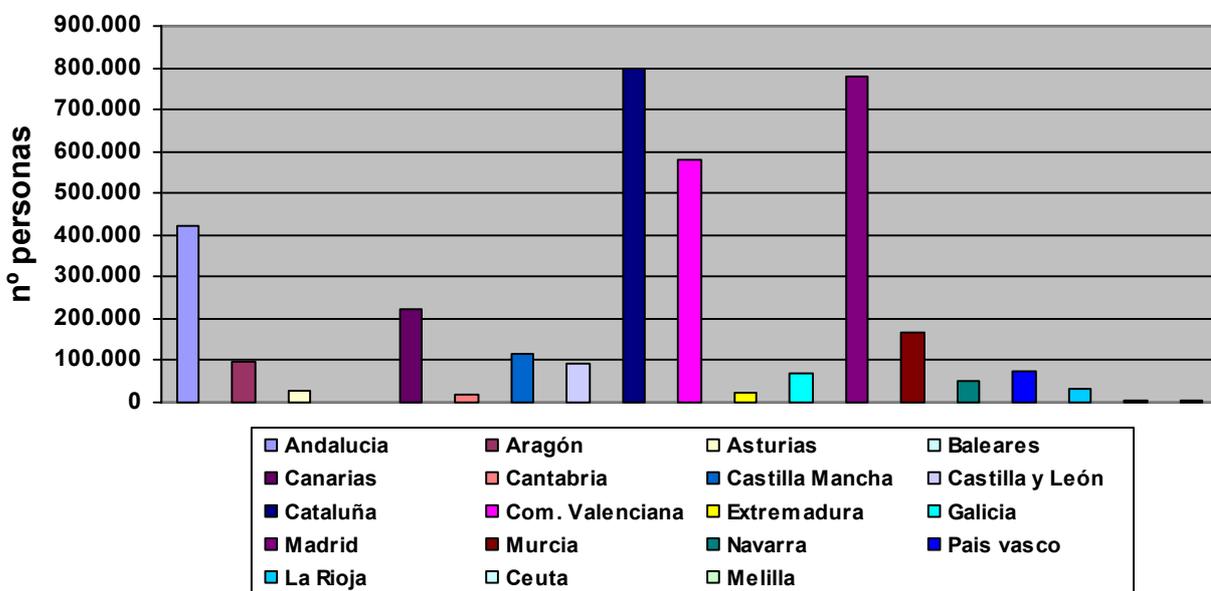




Tabla n ° 1. Distribución por provincias. Por orden de frecuencia las provincias con más inmigrantes son: Madrid, Barcelona, Alicante, Valencia, Málaga, Murcia, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife, Girona y Almería.

TOTAL EXTRANJEROS	
Ambos sexos	
Total	3.730.610
Andalucía	420.207
Almería	93.058
Cádiz	27.720
Córdoba	13.856
Granada	36.318
Huelva	18.809
Jaén	11.388
Málaga	181.589
Sevilla	37.469
Aragón	96.848
Huesca	15.132
Teruel	9.756
Zaragoza	71.960
Asturias (Principado de)	26.797
Balears (Illes)	156.270
Canarias	222.260
Palmas (Las)	108.793
Santa Cruz de Tenerife	113.467
Cantabria	20.547
Castilla y León	91.318
Avila	6.073



Burgos	17.357
León	14.184
Palencia	3.524
Salamanca	11.080
Segovia	11.933
Soria	5.370
Valladolid	18.080
Zamora	3.717
Castilla-La Mancha	115.223
Albacete	20.552
Ciudad Real	22.532
Cuenca	14.259
Guadalajara	17.316
Toledo	40.564
Cataluña	798.904
Barcelona	569.305
Girona	100.367
Lleida	45.144
Tarragona	84.088
Comunidad Valenciana	581.985
Alicante/Alacant	321.640
Castellón/Castelló	65.638
Valencia/València	194.707
Extremadura	25.341
Badajoz	12.466
Cáceres	12.875
Galicia	69.363



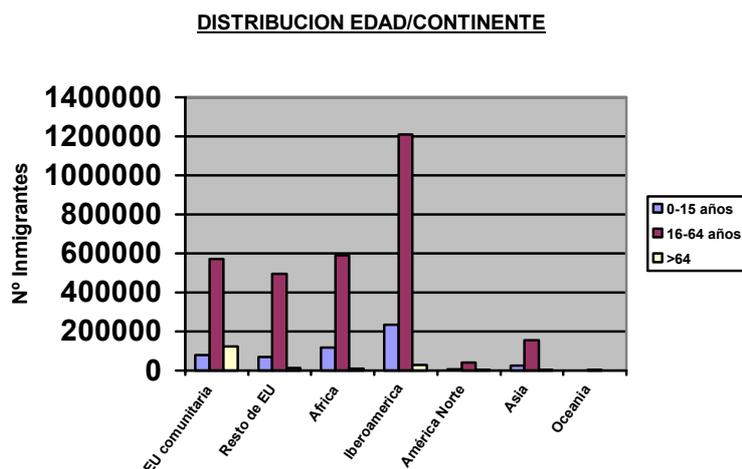
Coruña (A)	23.855
Lugo	6.930
Ourense	11.343
Pontevedra	27.235
Madrid (Comunidad de)	780.752
Murcia (Región de)	165.016
Navarra (Comunidad Foral de)	49.882
País Vasco	72.894
Alava	15.141
Guipúzcoa	21.536
Vizcaya	36.217
Rioja (La)	31.075
Ceuta	3.037
Melilla	2.891

Según el género, el 53,39% de los extranjeros eran varones y el 46,61% mujeres. Los varones eran mayoría en casi todas las comunidades autónomas, con la excepción de Melilla, Asturias, Ceuta, Galicia y Cantabria. Solo en el colectivo ibeoamericano eran mayoría las mujeres, y en el caso de los africanos su proporción era de 34,49%. La media de edad correspondiente al total de extranjeros era de 34 años, tanto en varones como en mujeres; la de los incluidos en el Régimen Comunitario era de 42 años y la de los del Régimen General de 30 años. El 13,60% de los extranjeros tienen de 0-15 años, el 81,01% entre 16-64 años y el 5,39% eran mayores de 64 años.

Según la procedencia continental, el grupo mayoritario son las personas con edades comprendidas entre 14 y 64 años. Tanto los procedentes de países de la Europa Comunitaria como los norteamericanos y los de Oceanía, tenían proporciones de menores de 16 años inferiores al 7% y, por el contrario, proporciones mayores de 64 años entre el 12 y el 19%. Los africanos constituían el colectivo con una mayor proporción de menores de 16 años (21,42%), mientras que los europeos no comunitarios tenían la menor proporción de mayores de 64 años (0,70%).

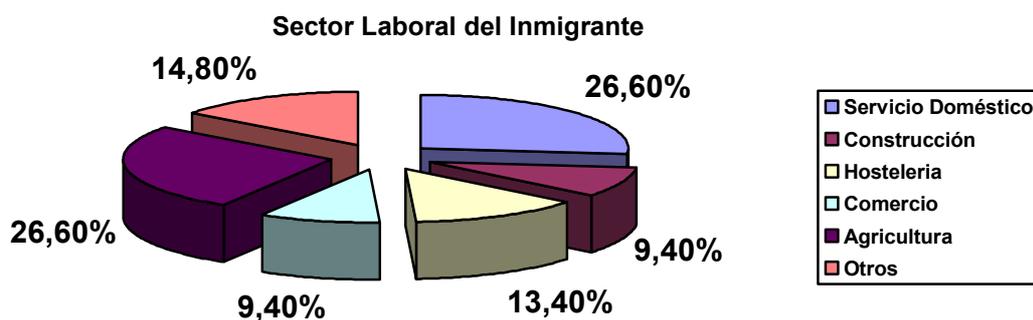
Entre los extranjeros menores de 16 años, el colectivo mayoritario era el de los ciudadanos africanos(39,72%) seguido de los iberoamericanos(31,87%) y por el de los europeos comunitarios, mientras que entre los mayores de 64 años estos últimos representaban más de las $\frac{3}{4}$ partes del total.

Figura n ° 4.
Distribución Edad / Continente



En el siguiente gráfico se describe una revisión de estadísticas oficiales, que define los sectores de trabajo del inmigrante⁸.

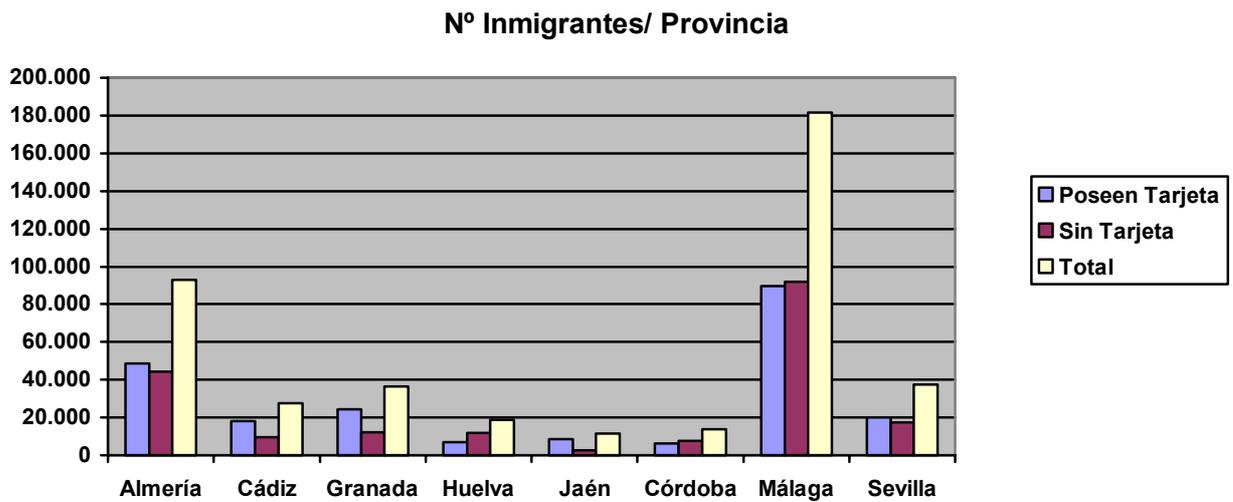
Figura n ° 5. Sector Laboral del inmigrante



1.1.1. Situación actual demográfica de la inmigración en Andalucía.

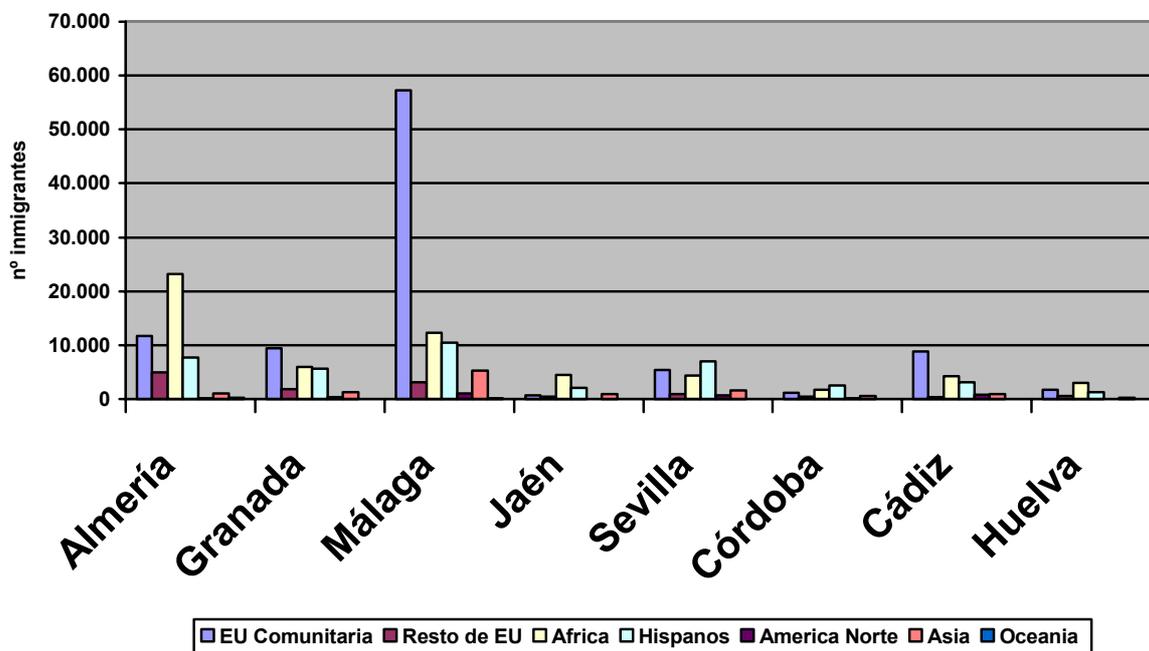
En Andalucía habitan a 1 de Enero del 2005, 420.207 (5,35% de la población total) extranjeros de los cuales (222.773 poseen tarjeta o permiso de residencia)⁴. Málaga es la provincia con mayor número de inmigrantes seguido de Almería, Sevilla, Granada, Cádiz, Jaén, Huelva y Córdoba.

Figura n ° 6. Distribución de los inmigrantes por provincias andaluzas



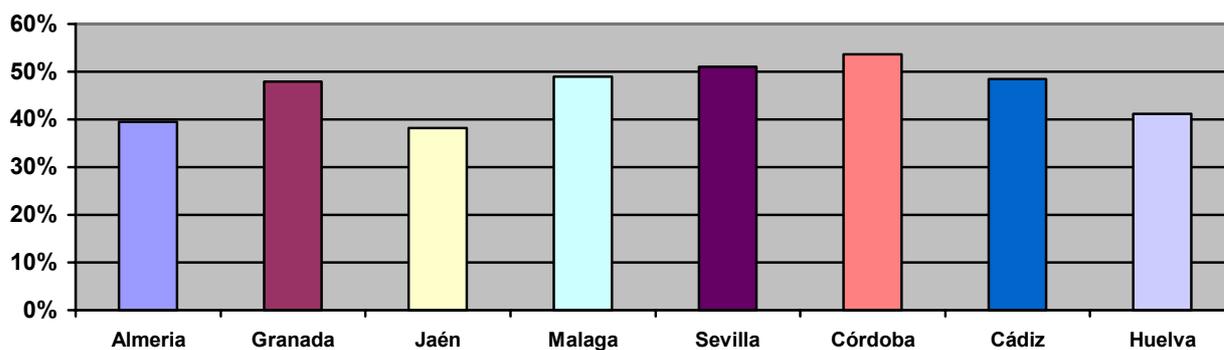
Según la distribución por origen continental, la inmigración en Andalucía procede fundamentalmente de la Europa Comunitaria, seguidos de África, Iberoamérica, Europa no comunitaria, América del Norte y Asia.

Figura n ° 7. Diferencias según provincias en relación al origen continental



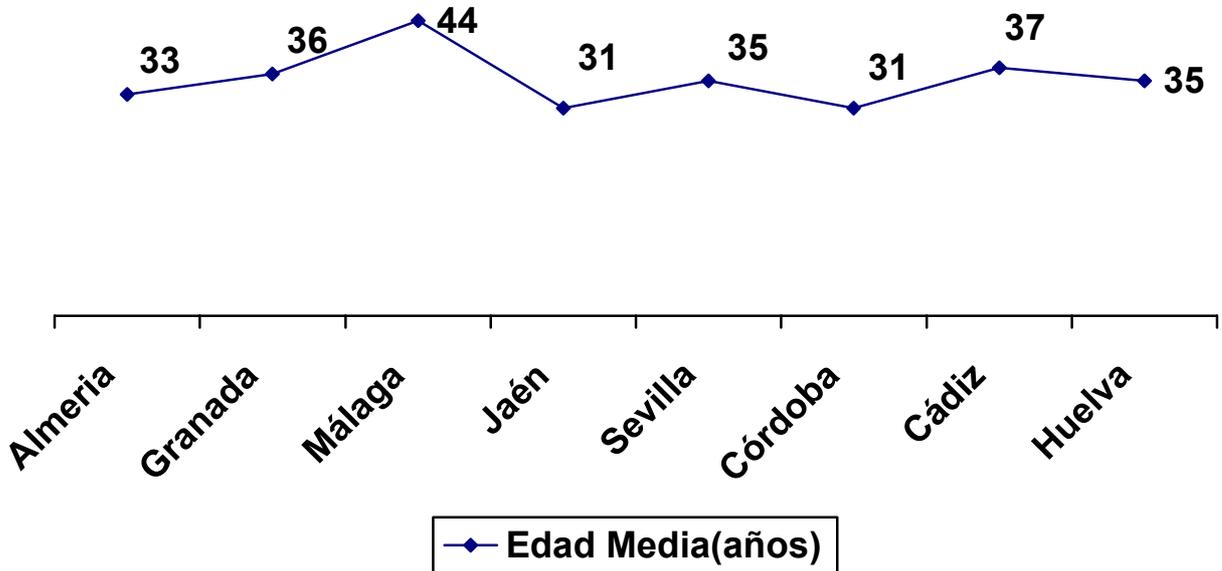
Por lo que respecta al sexo, el porcentaje de mujeres en Andalucía es de 46,39% del total de inmigrantes.

Figura n ° 8. Distribución por provincias en relación al sexo



La edad media de los inmigrantes en Andalucía es de 38 años.

Figura n ° 9. Distribución por provincias según la edad

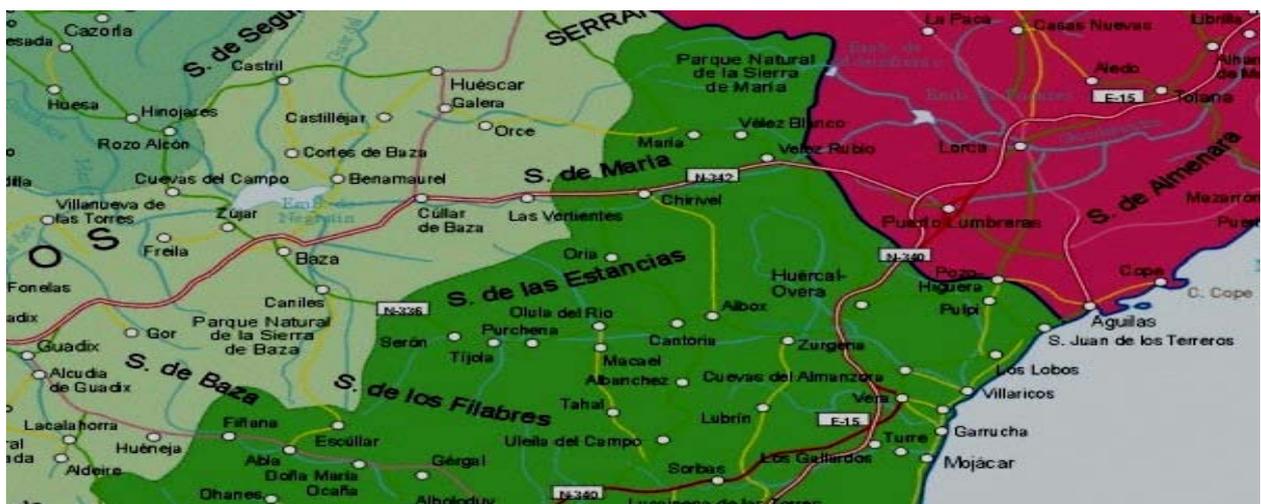


1.1.1.1. Situación sociodemográfica del Inmigrante en Almería

A día 1 de Enero del 2005, la población inmigrante en Almería es de 93.018 (15,19% de la población total de Almería)⁴.

Se concentra mayoritariamente en 2 zonas:

1. La comarca del poniente almeriense, destacando los municipios de El Ejido, Adra, Roquetas de Mar, Vicar, La Mojonera y Berja.
2. Comarca del levante almeriense: destacando los municipios de Vera, Nijar y Campohermoso.





Ambos lugares se caracterizan por su riqueza económica, siendo unas de las zonas con renta per cápita más elevada de Europa, como consecuencia de su sector agricultura basado en la agricultura intensiva bajo invernadero. Esto tiene como consecuencia una alta demanda de mano de obra, debido a que esta es escasa, se está ocupando gracias al flujo migratorio tanto de España como principalmente de otros países^{9, 10}.



No hay que olvidar que otro sector importante en la economía de la provincia de Almería es el turismo, donde el clima tropical como la calidad de sus playas son protagonistas de que miles de extranjeros decidan tener su residencia habitual en la provincia.



Actualmente en Almería conviven más de 100 nacionalidades destacando por orden de frecuencia: Marruecos, Rumania, Reino Unido, Ecuador, Argentina, Colombia, Lituania, Rusia, Senegal, Alemania, Bulgaria, Mali, Guinea Bissau y Ghana⁴.

Tabla n ° 2. Distribución de la población inmigrante en Almería

ALMERIA	
Total Extranjeros	93.058
Alemania	1.912
Austria	49
Bélgica	556
Dinamarca	52
Finlandia	16
Francia	1.190



Grecia	28
Holanda	553
Irlanda	188
Italia	890
Luxemburgo	5
Portugal	222
Reino Unido	9.856
Suecia	53
Chipre	1
Eslovenia	1
Estonia	4
Hungría	77
Letonia	17
Lituania	2.614
Malta	2
Polonia	172
República Checa	50
República Eslovaca	43
Armenia	77
Bosnia y Herzegovina	2
Bulgaria	1.771
Moldavia	111
Noruega	47
Rumanía	10.822
Rusia	2.218
Ucrania	1.186
Suiza	133



Serbia y Montenegro	24
Georgia	42
Albania	8
Andorra	45
Bielorrusia	74
Croacia	2
Turquía	2
Resto de nacionalidades europeas	2
Angola	6
Argelia	669
Cabo verde	9
Camerún	15
Congo	13
Costa de Marfil	64
Ghana	1.408
Gambia	338
Guinea	235
Guinea Bissau	1.427
Guinea Ecuatorial	129
Egipto	39
Liberia	24
Mali	1.865
Marruecos	27.800
Mauritania	763
Nigeria	420
Senegal	1.964
Sudáfrica	8



Sierra Leona	22
Túnez	41
Rep. Democrática del Congo	8
Resto de nacionalidades africanas	107
Costa Rica	11
Cuba	215
El Salvador	4
Guatemala	14
Honduras	46
Nicaragua	7
Panamá	5
República Dominicana	365
Resto de nacionalidades de América Central	9
Canadá	39
Estados Unidos	208
México	108
Argentina	4.139
Bolivia	550
Brasil	520
Colombia	2.805
Chile	278
Ecuador	8.793
Paraguay	50
Perú	333
Uruguay	186
Venezuela	307
Resto de nacionalidades de América del Sur	0



China	465
Bangladesh	19
Filipinas	12
India	15
Irán	7
Israel	7
Irak	11
Japón	32
Jordania	3
Líbano	3
Pakistán	867
Siria	18
República de Corea	6
Resto de nacionalidades de Asia	88
Australia	16
Resto de países de Oceanía	2
Apátridas	4

La distribución de la inmigración en Almería tiene algunas connotaciones, según nacionalidad y situación laboral. Los inmigrantes de origen marroquí se distribuyen con mayor proporción en la zona del poniente almeriense, en cambio los hispanoamericanos en el levante almeriense. Los subsaharianos casi en el 80% habitan en el municipio de Roquetas de Mar y sus adyacentes. Estos inmigrantes se dedican casi en 75% al sector agrícola, el resto a la construcción (con predominio de los países del Este), asistencia doméstica (predomino hispanoamericano) y otros.

En cambio los inmigrantes de origen Británico y Germano se distribuyen por los pueblos costeros tanto del poniente como del levante. Este tipo de inmigración es distinta a la anterior, se relaciona con el ámbito lúdico.



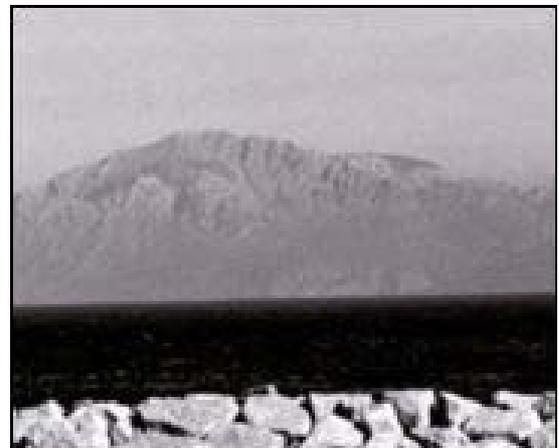
En el poniente almeriense, donde se ubica nuestro hospital, según ATIME (organización no gubernamental de ayuda al inmigrante), se cuantifica unos 30-40.000 (15-20% de la población) inmigrantes asentados en nuestra comarca.

1.2. EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN: PROBLEMA O REALIDAD ¿?

La localización geográfica de España la posiciona en una situación clave para la inmigración, ya que, se convierte en la puerta hacia Europa.

Los 14 kilómetros que la separan de Marruecos hacen que uno de los principales flujos migratorios provenga del Magreb y del África Subsahariana. Por otra parte, los lazos de afinidad que unen América Latina con España, sobre todo la lengua común, hacen que un gran número de inmigrantes tengan su origen en Sudamérica. Por último, los emigrantes del Este de Europa se están convirtiendo en una corriente migratoria importante.

Monte Ibel - Musa



En España hay más de tres millones y medio de extranjeros empadronados, según el Ministerio de Interior, pero menos de dos millones posee permiso de residencia. Una resta sencilla nos da la idea de que más de dos millones de estos extranjeros se encuentran en situación irregular⁷. En los últimos cuatro años se ha duplicado el número de inmigrantes en nuestro país y según un estudio de las cajas de ahorro existe una previsión de aumento en los próximos años¹¹.

La ley de extranjería que regula la entrada de extranjeros a nuestro país ha sufrido durante los últimos años varias reformas. La ley actual, que sustituía a la anterior de 1985, fue aprobada por el Parlamento en 1999. A partir de este original ha habido diferentes modificaciones, las primeras por parte del Partido Popular en los años 2000 y 2003. La última en diciembre del 2004; con el cambio de gobierno, el PSOE aprobó un Reglamento de desarrollo de la Ley de Extranjería, que incluía como novedad una regularización extraordinaria de inmigrantes¹². Regularización que a día de 1/5/2005 ya llega a 520.000 peticiones en las oficinas de la seguridad social, según fuentes del Ministerio de



Trabajo y Asuntos Sociales, de los 600.000 extranjeros empadronados y que son considerados población activa y por tanto podrían acogerse a este proceso¹³.

La normativa en materia de inmigración debe acogerse a lo estipulado en el acuerdo Schengen que regula la circulación de personas dentro de ciertos países de la Unión Europea. Este acuerdo tiene su origen en 1984 cuando Francia y Alemania lo firmaron. A partir de esta fecha el número de países participantes ha aumentando hasta llegar a los 15 actuales. Sus objetivos se basan en la libre circulación de personas dentro de los países signatarios. Además, la normativa Schengen prevé la unión de todos los países pertenecientes a la Unión Europea¹⁴.

Existen varias causas para que surja la emigración. Las que primero vienen a la mente son las razones económicas, pero no siempre son las principales. Además de éstas, encontramos la desconfianza que genera la existencia de gobiernos corruptos en muchos países. Esta corrupción frustra las expectativas de los trabajadores que se ven imposibilitados para medrar dentro de la escala social, mientras unos pocos se enriquecen. De esta forma la población pierda sus expectativas de futuro y ve como única solución la emigración.

El principal problema de la inmigración reside en que muchos de los emigrantes llegan a los países de forma irregular. Esta situación está creando grandes bolsas de pobreza entre quienes llegan a los países de esta manera. La falta de permiso de trabajo y de residencia, la falta de información y la falta de expectativas les lleva a tener que aceptar trabajos sin contrato y salarios ínfimos.

A pesar de estas ideas parece quedar patente que la Unión Europea necesita de estos flujos humanos para compensar, por un lado, la baja natalidad y por otro para cubrir puestos de trabajo que ningún ciudadano quiere ejercer. De esta manera algunos trabajos del sector primario están manteniéndose gracias a la mano de obra extranjera. Caso de algunas granjas en Inglaterra o de la recogida de la fresa en España, ambas realizadas mayoritariamente por personas procedentes del Este de Europa. El informe de la división de población de la ONU marcó la pauta en este sentido, al declarar que Europa precisará 160 millones de inmigrantes hasta el 2050, de los cuales España precisaría 12 millones en este mismo plazo¹⁵. Lo que subyace es la preocupación por el número de seres humanos productivos, que son los que cuentan para los economistas.



Según los datos del Instituto Nacional de Estadística la natalidad española ha bajado de un 12% en 1984 a un 10% en el año 2002, por otro lado la mortalidad española sigue rondando la misma cifra desde 1975 alrededor de un 8%⁴. Esto conlleva a un envejecimiento de la población, por lo cual es necesario la incorporación de los inmigrantes al terreno laboral para que el sistema de pensiones actual siga siendo viable.

Europa vive un proceso similar al de España pero con algunos años de adelanto. Países como Francia, Bélgica u Holanda llevan años siendo receptores de emigrantes¹⁶. Parece necesaria una unión entre los países de la Unión Europea con el objetivo de marcar las directrices a seguir dentro del terreno de inmigración; potenciando una emigración legal que garantice los derechos humanos de los emigrantes y que evite la su llegada irregular¹⁷.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística, que no dan cuenta de toda la realidad de la inmigración en España, sino de los inmigrantes regularizados, son muy llamativos en cuanto al aumento en el número de personas que vienen a España y se quedan a trabajar, en los últimos 7 años se ha multiplicado por 5 el número de inmigrantes en España.

Si bien son datos que reflejan un aumento importante de la población inmigrante en España, hay que ponerlos en relación con otros países europeos, en los que los flujos y las proporciones de población inmigrante son mucho mayores como Alemania, Bélgica, Reino Unido o Francia.

El cambio más importante que la inmigración implica es la nueva configuración de la sociedad, hacia un esquema de convivencia multicultural, en el que el respeto por la diferencia y la curiosidad por descubrir otras formas de pensar y de organizar la vida sean ingredientes a potenciar.

1.3. INFLUENCIA DEL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN SOBRE EL SISTEMA SANITARIO

El momento de la emigración se acompaña de una serie de pérdidas importantes para el sujeto que toma la decisión; cambio de país, idioma, cultura, amigos, familia, etc. así como del estatus de marginación, pobreza, xenofobia o racismo que se encuentra en el país receptor. Esto produce un choque psicológico, social y cultural que requiere una adaptación global del inmigrante¹⁸. La “Integración” debe ser mutua entre el inmigrante y la sociedad de acogida ayudando a la entrada



del inmigrante al sistema de trabajo, enseñanza, mercado de vivienda así como al Sistema Nacional de Salud.

Para los que dirigen y componen el Sistema Nacional de Salud comienza un reto importante para afrontar esta nueva situación y ofrecer una Asistencia sanitaria de calidad y en rigor con la vigente Ley de Extranjería que recoge en su artículo 12, “Derecho a la asistencia sanitaria”; cualquier extranjero que se encuentre en territorio español tendrá derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles¹.

El inicio de la Asistencia Sanitaria al Inmigrante se plantea con grandes problemas como la barrera idiomática, desconocimiento del médico de enfermedades por escaso manejo, precariedad de su situación económica que influye en los tratamientos, desconocimiento de la organización y entrada del Sistema Sanitario, etc. Este desconocimiento del acceso al Sistema de Salud hace que los pacientes inmigrantes tiendan a acudir a los Servicios de Urgencias obviándose la consulta de Atención Primaria y sin planificar sus visitas mediante cita previa^{1, 19, 20, 21, 22, 23}.

En nuestra Unidad de Urgencias Hospitalaria solicitaron asistencia sanitaria 28.000 inmigrantes, aproximadamente el 28% de la totalidad de las urgencias del 2005, esto nos hace recapacitar y comprobar que la Inmigración es un fenómeno real en nuestra sociedad que no podemos dejar al margen. Hoy en día, los médicos de urgencias de nuestro hospital, tenemos la gran oportunidad de ser pioneros, no solo en el ámbito nacional sino más haya de nuestras fronteras, en abrir nuevas líneas de investigación sobre el fenómeno migratorio, en pro de un mejor entendimiento y conocimiento, que nos ayude en nuestra labor diaria a conseguir una plena adaptación de estos pacientes a un nuevo hábitat (de novo, siempre difícil).

El fin de esta tesis es conocer al paciente inmigrante que acude a urgencias para intentar adaptarnos a sus necesidades, para ello estudiaremos hasta conseguir innumerables avances, que permitan que la tolerancia y la integración, no solo sanitaria sino global, del inmigrante sea una realidad.



1.4. LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE PONIENTE DE ALMERÍA

1.4. Área de Influencia

1.4.1. Entorno Externo: el área de salud

El Área Sanitaria dependiente de la Empresa Pública Hospital de Poniente, se corresponde con la zona Sudoeste de la Provincia de Almería, cubriendo una población de derecho (según censo de 1995) de 147.948 habitantes, asociada a una población no censada (estimada en unos 14000 a 15000 personas) de inmigrantes así como una afluencia estacional (sobre todo en períodos vacacionales) próxima a las 100000 personas.

La pirámide poblacional (Figura nº 10) presenta un crecimiento expansivo, con una amplia base que define el amplio porcentaje de jóvenes que presenta esta población, demostrándose que el 26 % tienen menos de 15 años, el 65 % entre 15 y 64 y sólo un 8 % más de 65 años¹.

Tabla nº 3. Distribución por edades de la población del Área de Poniente de Almería¹.

	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	
VARONES	5262	5812	6272	6944	7016	7636	
MUJERES	4983	5389	5869	6630	6489	6764	
TOTAL	10245	11201	12141	13574	13505	14400	
	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64
	7640	6319	4765	3905	3176	2696	2848
	6560	5800	4210	3665	2987	2732	2749
	14200	12119	8975	7570	6163	5428	5597
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	>85		
	2311	1707	864	505	318		
	2504	1886	1179	877	679		
	4815	3593	2043	1382	997	147948	

A su vez, esta área Sanitaria se encuentra dividida en dos Distritos de Atención Primaria: *Distrito Poniente* y *Distrito Roquetas de Mar*.

El Distrito Poniente agrupa una población aproximada de 87797 habitantes, destacando una accesibilidad excelente a nuestro centro ya que el 80 % de la población tiene un tiempo medio de acceso al Hospital inferior a 10 minutos, sólo Alcolea, Paterna y Bayarcal tienen unas isocronas entre 45 y 60 minutos. A su vez se encuentra dividido en cuatro Zonas Básicas de Salud: Adra, Berja, El Ejido y Santa María del Águila.

Figura n ° 10. Pirámide Poblacional Área de Poniente de Almería.

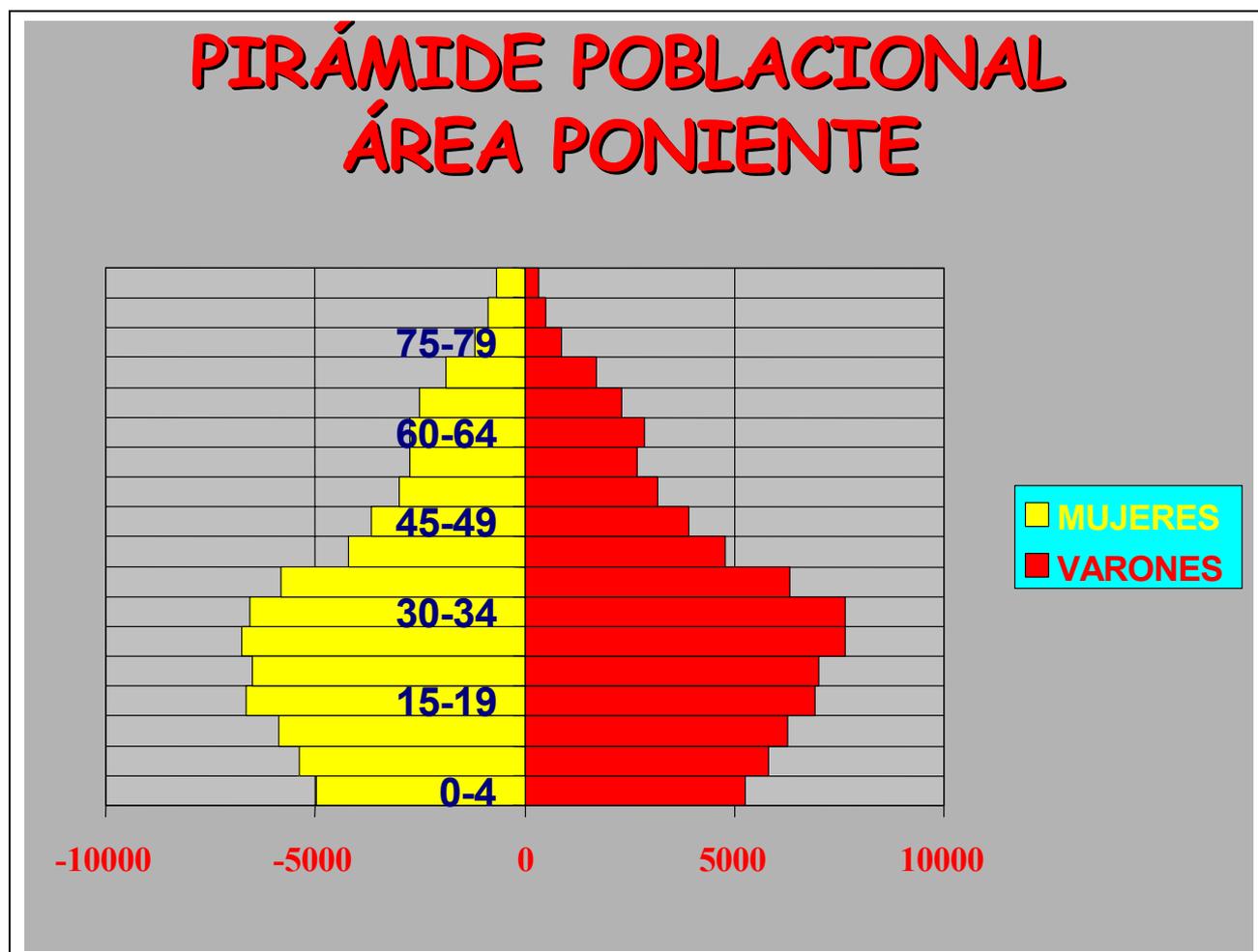
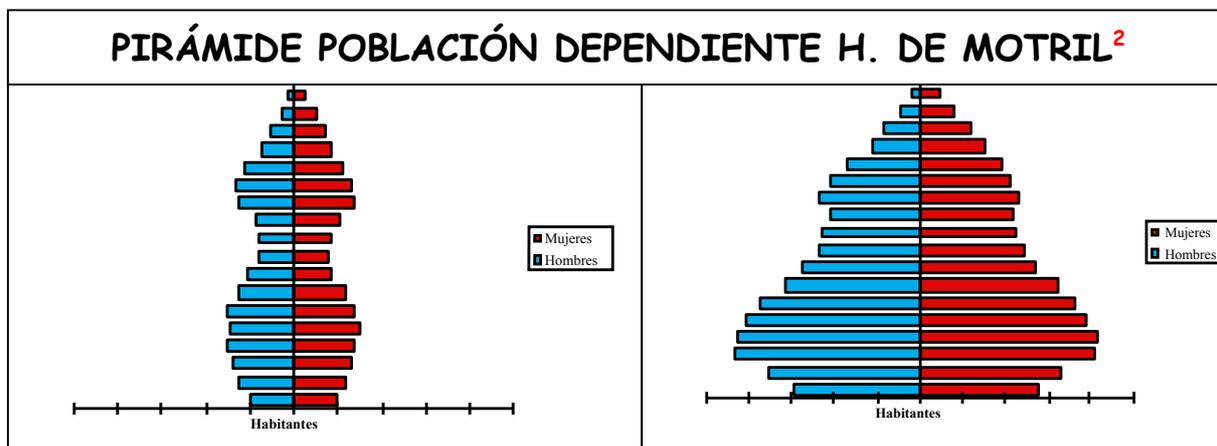


Figura n ° 11. Pirámide Poblacional dependiente del Hospital de Motril (Costa Tropical: Granada)



La distribución de dichas Zonas Básicas, en cuanto a constitución geográfica y poblacional queda reflejada en la siguiente tabla:

Tabla n ° 4. Zonas Básicas de Salud del Distrito Poniente¹

ZONA BÁSICA DE SALUD	MUNICIPIO	POBLACIÓN
Adra	Adra	21016
	Alcolea	849
	Bayárcal	334
Berja	Berja	13197
	Dalias	3639
	Fondón	918
	Laujar de Andarax	1830
	Paterna del Río	363
El Ejido	El Ejido	50170
Santa M ^a del Águila	Santa M ^a del Águila	7229
	Las Norias	4066
	San Agustín	2235

Dispone de un total de diecisiete centros de salud o consultorios y cuatro puntos de Atención Continua en El Ejido, Berja, Adra y Laujar, con disponibilidad de Radiología de urgencia en todos salvo en Laujar.

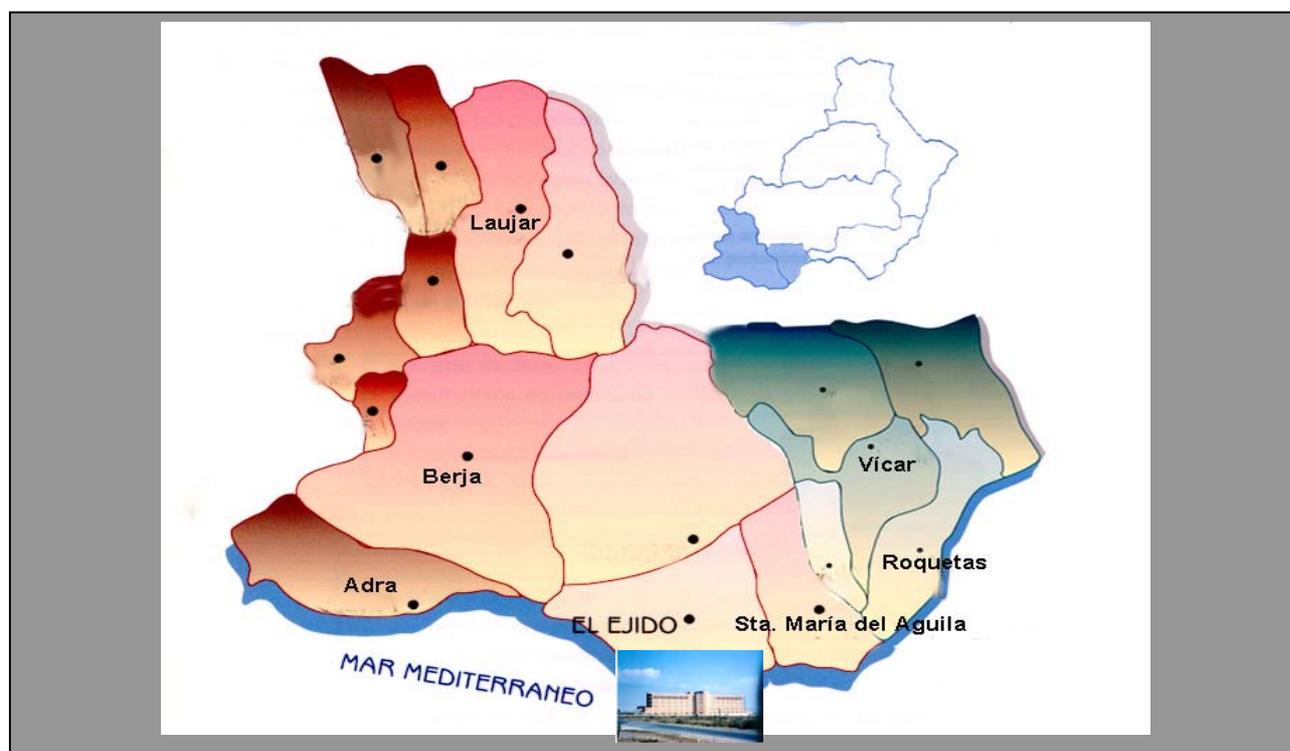
El Distrito Sanitario de Roquetas de Mar, reúne una población censada de 55.967 habitantes y una accesibilidad incluso mejor que la correspondiente para el Distrito de Poniente, presentando un acceso al Hospital para el 98 % de la población inferior a 10 minutos. Este Distrito se encuentra dividido en dos Zonas Básicas de Salud (Roquetas de Mar y Vicar), con diez centros de salud o consultorios y dos puntos de Atención Continuada con disponibilidad de radiología básica en el punto de atención de Roquetas de Mar. La distribución poblacional de este Distrito Sanitario queda reflejada en la siguiente tabla.

Tabla n ° 5. Zonas Básicas de Salud del Distrito Roquetas¹

ZONA BÁSICA DE SALUD	MUNICIPIO	POBLACIÓN
Roquetas de Mar	Enix	232
	Felix	565
	Roquetas de Mar	40852
Vicar	Vicar	14973
	La Mojonera	6561

Datos obtenidos del Ayuntamiento de El Ejido, según el registro censal de 1996.

Figura n ° 12. Distribución Física de los Distritos Sanitarios del Área de Poniente de Almería.





Junto a los datos establecidos anteriormente es importante destacar la distribución de la afluencia a urgencias que ha presentado nuestro hospital durante el año 1998 en relación con los diferentes Distritos y Zonas Básicas de Salud, con el objetivo de extraer conclusiones en relación con dos índices importantes como son:

1. Índice de Dependencia de la Población
2. Índice de Dependencia del Hospital



El cálculo de estos índices se ha realizado sobre un 93,5 % del total de las urgencias atendidas durante 1998.



Por lo que respecta al Índice de Dependencia de Población, es decir el porcentaje de urgencias que corresponde a cada Zona Básica de Salud queda reflejado en la siguiente tabla:

Tabla n ° 6. Índice de Dependencia (ID) para cada una de las Zonas Básicas de Salud.

DISTRITO	ZONA BÁSICA DE SALUD	ÍNDICE DE DEPENDENCIA
PONIENTE	Adra	7,6
	Berja	8,5
	El Ejido	34,8
	Santa M ^a del Águila	13,2
ROQUETAS DE MAR	Roquetas de Mar	15,0
	Vícar	12,7

Teniendo en cuenta que el porcentaje de pacientes que se correspondería con Adra y Roquetas sería un 14 % y 20 % respectivamente.

Como puede observarse existe una distribución poco homogénea de este índice, destacando tres hechos importantes:

1. En primer lugar, el elevado índice de dependencia de la población de la Zona Básica de Salud (ZBS) de El Ejido, el cual es tres veces mayor que cualquiera de los restantes. Este hecho puede ser explicado por la buena accesibilidad de los usuarios de esta zona a nuestras instalaciones así como por la imposibilidad de coordinar los horarios de asistencia en Atención Primaria con los horarios laborales que soportan la mayor parte de la población de nuestra Área Sanitaria.
2. En según lugar, el bajo índice de dependencia que presenta Roquetas de Mar :
 1. población de derecho: 40852 habitantes
 2. Número de urgencias atendidas: 8935
 3. Índice de Dependencia: 15

Este hecho puede venir explicado por el diferente grado de accesibilidad de nuestro centro y el Hospital de Torrecárdenas, lo cual hace que para la población de Roquetas, sea más fácil recurrir al Centro de Torrecárdenas que a nuestro centro, no existiendo otras explicaciones mejores, desde mi punto de vista.

3. Bajo Índice de Dependencia de la ZBS de Adra, para lo cual no tengo ninguna explicación plausible, motivo por el cual sería necesario establecer un programa de actuación encaminado a conocer el origen de este problema y tratar de solucionarlo, si es posible.

1. Población de derecho: 22119
2. Urgencias Atendidas: 4815
3. Índice de Dependencia: 7,6

Figura n ° 13. Índices de Dependencia del Hospital para las diferentes Zonas Básicas de Salud de nuestra Área Sanitaria.

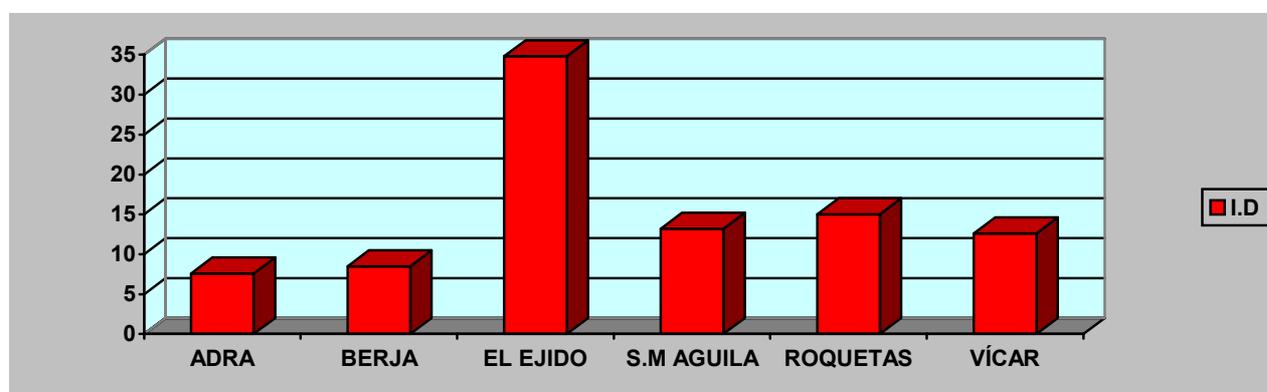
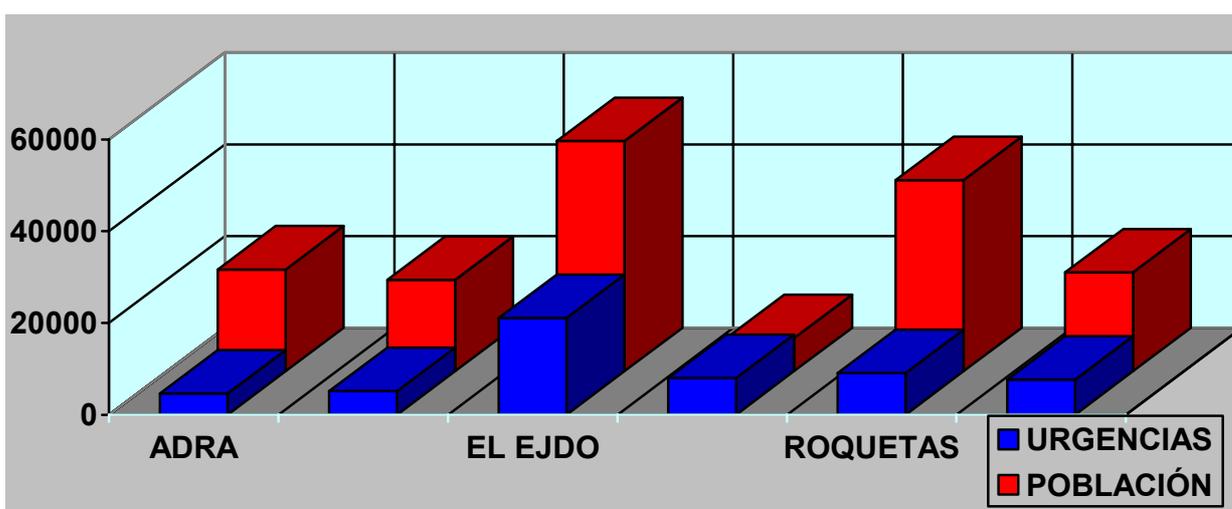


Tabla n ° 7. Relación entre la población y el número de urgencias atendidas.

LOCALIDAD	POBLACIÓN	Nº URGENCIAS ATENDIDAS
Adra	21016	4619
Alcolea	849	138
Bayarcal	334	58
Berja	13197	2935
Dalías	3639	1506
El Ejido	50170	29100
Enix	232	20
Felix	565	120
Fondón	918	128
La Mojonera	6561	2958
Laujar de Andarax	1830	296
Paterna del Rio	363	77
Roquetas de Mar	40852	8935
Vícar	14973	4678
Almería		1021

Andalucía	1473
España	1503
Extranjero	272
No definidos	705

Figura n ° 14. Relación Población total / Población Atendida en Urgencias



Por lo que respecta al Índice de Dependencia de Hospital, para su cálculo necesitaríamos conocer el porcentaje de pacientes de nuestras Zonas Básicas de Salud que han consultado en el Hospital de Torrecárdenas³ y no en el nuestro. Teniendo en cuenta la dificultad para el acceso a la información de nuestro hospital de referencia, sólo he podido conseguir una estimación de los datos, siendo imposible conseguir una estandarización por Z.B.S, motivo por el cual no puede realizar un cálculo exacto del Índice de Dependencia de Hospital, reflejando a continuación los siguientes datos orientativos:

1. DATOS PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE HOSPITAL (I.D.H)

2. PERÍODO DE ESTUDIO (1 junio al 31 diciembre de 1998)

2.1. Urgencias Atendidas en Hospital Torrecárdenas (HT)	37.303
2.2. Urgencias Atendidas en Hospital Poniente (HP)	37.062
2.3. Urgencias Atendidas en HT de HP	04.108



2.4. Urgencias Atendidas en HP de HT	01.021
2.5. Urgencias propias de HT	33.195
2.6. Urgencias propias de HP	36.041

	H. PONIENTE	H. TORRECARDENAS	TOTAL
ZONA PONIENTE	36041	4108	40149
ZONA ALMERÍA	1021	33195	34216
TOTAL	37062	37303	

De lo anterior se deduce que los Índices de dependencia del Hospital de Poniente y Torrecárdenas para la población del Área Sanitaria de Poniente son:

1. Índice de Dependencia del Hospital de Poniente 89,76 %

2. Índice de Dependencia del H. Torrecárdenas 10,23 %

Lo cual nos informe que el 90 % del total de nuestra población de referencia acude a la unidad de urgencias del hospital y sólo un 10 % acuden al Hospital de Torrecárdenas. Aunque no disponemos de datos estandarizados por ZBS, parecen ser las zonas de Roquetas y Adra, las responsables de esta diferencia en cuanto a los índices de dependencia de hospital.

1.4.2. Entorno Interno: el hospital

En 1957, en el municipio de Roquetas de Mar, comienza el germen de lo que en el momento actual se conoce como Agricultura Intensiva, estableciendo un conjunto de cambios socioeconómicos que revolucionan la sociedad del poniente almeriense, bautizándose este fenómeno a partir de 1977 como “El Fenómeno Almería”⁴.





Este espectacular desarrollo económico, estableció un crecimiento poblacional que se aproximó al 4 % anual a lo largo de la década de 1980, lo cual conducirá, de continuar el mismo ritmo de crecimiento, a una población aproximada de 195.000 habitantes para el año 2005⁴.

De todo lo anterior podemos deducir que el dimensionamiento y la cartera de Servicios de nuestro centro, deberá contemplar estas expectativas de crecimiento demográfico para el futuro próximo.

1.4.2.1. La Empresa Pública.

El Hospital de Poniente de Almería inició su actividad asistencial a principios de 1996, enmarcándose dentro del Servicio Andaluz de Salud (SAS), disponiendo en la primera fase de actividad ambulatoria y zona de encamamiento para actividades obstétricas y cirugía menor. En el mes de mayo de 1997, se inicia el cambio de modelo de gestión del centro con el objetivo de aumentar la eficacia y eficiencia del mismo, creándose la Empresa Pública Hospital de Poniente, amparada en el Decreto 131/1997 de 13 de Mayo⁵ (B.O.J.A del 7 de Junio de 1997). Esta Empresa tiene como objeto llevar a cabo la gestión del Hospital de Poniente de Almería y prestar asistencia sanitaria a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional del poniente almeriense.

En el artículo 5 del capítulo II del referido Decreto⁵ se especifican los objetivos de la Empresa Pública, que paso a definir:

1. Prestar una asistencia sanitaria, personalizada y de calidad a la población adscrita
2. Garantizar al enfermo un proceso de diagnóstico correcto y rápido, la aplicación del tratamiento más eficiente, procurando la recuperación, así como la reincorporación del paciente a su medio, tan pronto como sea posible.
3. Prestar servicios sanitarios especializados, asegurando al conjunto de la población incluida en su ámbito de actuación, la equidad en el acceso a los procesos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.
4. Atender a las necesidades integrales del paciente para mejorar su satisfacción acerca de la



atención e información recibida, trato personalizado e intimidad.

5. Colaborar con los Distritos de Atención Primaria, fomentando el desarrollo de estrategias conjuntas, a fin de garantizar una asistencia integral a la población incluida en su ámbito
6. Colaborar con los dispositivos de emergencias sanitarias en la atención que deba prestarse con tal carácter a la población incluida en su ámbito de actuación.
7. Desarrollar los programas de formación y docencia que, en el ámbito del sistema sanitario público, dependa de la actuación de la Empresa Pública.
8. Desarrollar e impulsar los programas de investigación orientados a la promoción de la salud y prestación de la asistencia sanitaria, en el marco de las directrices generales establecidas por la Consejería de Salud.
9. Conseguir la máxima eficiencia en la utilización de sus recursos, adoptando los instrumentos de gestión que la situación del hospital demande.

1.4.2.1.1. Funciones.

En el artículo 6 del capítulo III del mismo decreto⁵ 131/1997 se especifican las funciones de la Empresa Pública, que serán las siguientes:

1. La organización, gestión y administración del Hospital de Poniente de Almería
2. La planificación, establecimiento, dirección y administración de los diferentes servicios e instalaciones del hospital
3. La elaboración del Reglamento de Régimen Interior de la Empresa, previa audiencia de los representantes sindicales, sometiéndolo a las Consejerías de Economía y Hacienda y Salud, para su aprobación, así como velar por la observancia del mismo
4. La planificación, proyección, contratación y ejecución de las obras de mantenimiento, conservación y reparación
5. Elaborar la información sanitaria precisa, de acuerdo con los sistemas de información establecidos por la Consejería de Salud
6. Proponer a la Consejería de Salud la fijación, actualización y revisión de las cuantías de los



ingresos de derecho público

7. Proponer a la Consejería de Salud la determinación, actualización y revisión de las cuantías de los ingresos de derecho privado, conforme a la legislación vigente
8. Ejercer las funciones necesarias para facilitar la asistencia sanitaria

1.4.2.1.2. El modelo de gestión.

A continuación voy a entrar en la descripción de los principios de gestión que posteriormente utilizaré a la hora de desarrollar el Plan de Mejora de la Unidad de Urgencias.

La gestión se puede definir como la acción de coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos. El proceso de gestión consta de unas fases básicas que son ^{6,7,8,9,10}:

1.4.2.1.2.1. Planificación de la gestión

Consiste en determinar las metas y objetivos que se desean alcanzar y las formas, estrategias y planes para conseguir esas metas.

1.4.2.1.2.2. Organización de la gestión

El estudio de la organización del hospital implica la realización de un análisis de ^{6,7}:

1. Su estructura formal
2. Su producción
3. Sus recursos materiales
4. Sus recursos humanos
5. Su funcionamiento
6. Su gestión de calidad
7. Sus finanzas





Por otra parte, la estructura de una organización comprende los recursos materiales y humanos y el modo de ordenarlos para producir los bienes o servicios que la empresa entrega a la sociedad.

Los sistemas sanitarios de los países desarrollados han evolucionado en los últimos años hacia una exigencia de mayor eficiencia y calidad, con una orientación más explícita al cliente. En este marco general se han desarrollado sistemas de medición del producto hospitalario, el principal de los cuales con los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), que no entraremos en su análisis por su poca relación o utilización en la unidad que pretende analizar esta memoria^{8,11,12,13}

1.4.2.1.2.3. Control de la Gestión.

El control de la gestión se define como el conjunto de normas y procedimientos empleados para evaluar las actividades, resultados y organización de los distintos servicios que integran un hospital. Sobre la base de este concepto de control de la gestión se establecerá el proceso de planificación presupuestaria del mismo.

Para la realización de este apartado es imprescindible la generación de un conjunto de objetivos que deben cumplir las siguientes características:

1. Número limitado (el menor número posible)
2. Bien definidos
3. Mensurables
4. Alcanzables
5. Con un período temporal claramente definido
6. Coherentes con los objetivos del sistema sanitario, hospital o servicio

Según la legislación actual la Consejería de Salud tiene la competencia de establecer una metodología de Dirección por Objetivos para el logro de sus objetivos sanitarios, debiendo subordinarse la actividad del hospital a dichos objetivos los cuales junto con los recursos y el nivel de calidad quedan plasmados en el Contrato Programa⁹. Este documento expresa unos compromisos y obligaciones entre la Consejería y el Hospital por el que se establecen las actividades a realizar,



las contraprestaciones a recibir (incentivos) así como el marco y dinámicas de sus relaciones. Asimismo cada servicio establece su propio Plan Anual de Objetivos que se pactarán con la Dirección del Hospital, que serán coherentes con los objetivos generales del hospital¹⁴.

Para el análisis de la actividad asistencial se han ideado diversas unidades de medida, como la Unidad Ponderada de Asistencia (UPAs). Se trata de un conjunto de unidades facturables de servicios muy dispares pero de gran utilidad a efectos de presupuestación o fijaciones de tarifa en el sector concertado.

1.4.2.1.2.4. Plan de Garantía de Calidad

La calidad es una vía para alcanzar los dos grandes retos del sector sanitario en los próximos años:

1. Conseguir la excelencia
2. Reducir los costes

Existe una coincidencia entre todos los componentes del sistema sanitario en el objetivo de la búsqueda de la calidad, sin embargo existen divergencias sobre el producto a medir y cómo medirlo. En los planes de garantía de calidad se recogerán los componentes de la asistencia sanitaria relacionados con la mejora de los servicios prestados. Estos componentes se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. Accesibilidad de los servicios
2. Continuidad de los cuidados
3. Calidad científico-técnica
4. Competencia profesional
5. Equidad
6. Eficiencia
7. Satisfacción profesional
8. Satisfacción del usuario

➔ **Calidad Científico-Técnica**

➔ **Eficiencia**

➔ **Calidad Percibida**



1.4.2.1.3. Dimensionamiento. Cartera de Servicios.

Los datos para la realización de este apartado están tomados de la *ENCUESTA DE ESTABLECIMIENTO SANITARIOS PARA RÉGIMEN DE INTERNADOS (E.E.S.R.I)*¹⁵ correspondiente a 1997. Teniendo en cuenta los datos estadísticos referidos por esta encuesta, nuestra población de referencia y el índice de frecuentación (ingresos/1000 habitantes), las características de nuestro centro para 1997 (las de 1998 no se encuentra publicadas en el momento de la realización de esta memoria), son las que quedan reflejadas a continuación:

Tabla n ° 8. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado

		DOTACIÓN HOSPITAL	
Camas Habilitadas		150	
Plazas Hospital de Día		39	
		DOTACIÓN TÉCNOLÓGICA	
Salas de Radiología		6	
Salas de TAC		1	
		PERSONAL	
SANITARIO			
<i>MÉDICOS</i>	<i>MUJERES</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>TOTAL</i>
Medicina	4	10	14
Cirugía	1	10	11
Traumatología	1	6	7
Obstetricia	6	3	9
Psiquiatría	2	2	4
Pediatría	2	2	4
S. Centrales	12	7	19
UCI		4	4
URGENCIAS	2	6	8
<i>FARMACEUTICOS</i>	<i>MUJERES</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>TOTAL</i>
	1	1	2
<i>OTROS TITULADOS</i>	<i>MUJERES</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>TOTAL</i>
	1	1	2
<i>ENFERMERÍA</i>	<i>MUJERES</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>TOTAL</i>
DUE	91	30	121
MATRONAS	7	3	10
FISIOTERAP.	1		1
<i>AYUDANTES SANITARIOS</i>	<i>MUJERES</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>TOTAL</i>
Auxiliar	97	9	106
Técnicos	32	4	36



NO SANITARIOS			
DIRECCIÓN Y GESTIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Titulados Sup.	1	9	10
Titulados Med.	1	2	3
Personal Oficio	0	39	39
Administrativo	47	7	54
ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN			
↻ Promedios Camas en funcionamiento			87
↻ Estancias Causadas			22176
↻ Altas totales			5753
↻ Altas por curación o mejoría			5333
↻ Altas por fallecimiento			88
↻ Ingresos Programados			1899
↻ Ingresos Urgentes			3655
↻ Ingresos por otra causa			204
ACTIVIDAD CONSULTAS			
↻ Primeras Consultas			42935
↻ Consultas Totales			85032
SERVICIOS CENTRALES			
↻ Total Pruebas Imagen			25648
↻ Total Pruebas Laboratorio			468759
↻ Anatomía Patológica			4206
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA			
	HOSPITAL.	C.M.A	AMBULA.
↻ Actos Quirúrgicos	913	939	2954
↻ Actos Quirúrgicos URG	1011		
↻ Actos Quirúrgicos Total	1924	939	2954
ACTIVIDAD OBSTÉTRICA			
PARTOS			
↻ Vía Vaginal		1376	
↻ Cesárea		295	
NACIMIENTOS			
↻ Recién Nacidos		1674	
↻ Recién Nacidos < 2500 gr		79	
FALLECIMIENTOS			
↻ Perinatal		8	

C.M.A : Cirugía Mayor Ambulatoria

Las conclusiones que se pueden extraer de esta compleja tabla son:





1. A lo largo de 1997, el dimensionamiento del hospital estuvo por debajo de las previsiones realizadas por el Sr. Director Gerente (Dr. Pérez Lázaro) en su Cartera de Servicios para diseñada en 1995, quien establecía un total de 220 camas como máximo, lo cual habla claramente a favor de una magnífica utilización de los recursos para mejorar una previsión, ya muy ajustada desde un principio.
2. La dotación tecnológica del hospital, se equipara a la de cualquiera de los centros de las mismas características, con la ventaja de disponer de material de última generación, lo cual se pone especialmente de manifiesto en la tecnología presente por ejemplo, en la Unidad de Cuidados Intensivos o en el Área Quirúrgica.
3. El personal sanitario en cuanto a número, está por debajo de la media para todas las Áreas de Gestión, con respecto a los hospitales del S.A.S con las mismas características y algo parecido ocurre con el personal de Dirección y Gestión.
4. En cuanto a la Actividad Hospitalaria, de Consultas, Quirúrgica y Obstétrica, se documentan unos parámetros por encima de la media de los hospitales de primer nivel del S.A.S, muy especialmente en lo que se refiere a Actividad Obstétrica y a Cirugía Mayor Ambulatoria.

A pesar de los buenos resultados, son muchas las mejoras de las que nuestro centro puede beneficiarse y este es uno de los objetivos que me ha impulsado, como establecía en la introducción a tomar la opción de solicitar la Plaza de Responsable de la Unidad de Urgencias.

1.4.3. Entorno Interno: el área de gestión

1.4.3.1. Área de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias.

La resolución 6/94 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, integra las Áreas de Urgencias Hospitalarias con las Unidades de Cuidados Intensivos, para la creación de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Esta integración, establece la ejecución de los planteamientos conceptuales del Plan Marco de Reorganización de las Áreas de Urgencias Hospitalarias.

La necesidad de esta reorganización a nivel nacional data de finales de los 80 y principios de los 90 (Plan Director de Urgencias Sanitarias del INSALUD, Informe Abril¹⁰, etc.), destacando el Informe del



Defensor del Pueblo sobre las Urgencias Hospitalarias que presentaba ante la opinión pública una negativa evaluación de los Servicios de Urgencias por parte de los ciudadanos.

El objetivo del Plan Marco Andaluz era garantizar una respuesta al problema creciente de la atención de los pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, que como todos sabemos se pueden agrupar en:

1. *Sobreutilización*: aumento geométrico de la demanda asistencial en las unidades de urgencias, apareciendo la figura del “hiperconsumidor de urgencias”
2. *Desconfianza* en el sistema de urgencias
3. Variabilidad en el índice de gravedad de las patologías que son atendidas en las urgencias hospitalarias
4. *Ausencia de homogeneidad* en la organización de los Servicios de Urgencias
5. *Falta de formación* específica del personal adscrito a dichas áreas
6. *Inadecuación* del tipo de demanda asistencial a los recursos técnicos y arquitectónicos disponibles
7. *Alto consumo de recursos* (muy bajo nivel de eficiencia)
8. *Aislamiento y enfrentamiento* con el resto de los servicios hospitalarios e incluso extrahospitalarios

Debido a todos los problemas anteriormente expuestos se intentó establecer una nueva fórmula organizativa que fuera capaz de estructurar un continuo en la asistencia de los enfermos urgentes, que oscilara desde la más leve de las consultas que son atendidas en la policlínica de la Unidad de Urgencias hasta la más grave que sería atendida en la Unidad de Cuidados Intensivos, teniendo en cuenta que este “continuo asistencial” tendría su reflejo como un todo organizativo y jerárquico en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, integrado por la fusión jerárquica, gestora y operativa de la Unidad de Urgencias, la Unidad de Cuidados Intensivos, todo en estrecha colaboración con los dispositivos de Urgencias Extrahospitalarios y el Sistema de Emergencias (061), siendo la Calidad Asistencial, Investigadora y Docente, el objetivo final buscado y por el que todos debemos regirnos.



Finalmente y antes de acometer el Análisis de Situación de la Unidad de Urgencias de nuestro centro, me gustaría realizar un repaso de las causas sociosanitarias y culturales que han establecido la modificación en la utilización de las unidades de urgencias en la últimas dos décadas^{16,17,18,19}

1. **CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS:** en las últimas dos décadas se han producido una serie de cambios sociodemográficos que han marcado la aparición de un problema social para el cual no se disponía de un Plan de Actuación Global, motivo por el cual fueron las unidades de urgencias las responsables de aliviar la demanda social establecida.

- 1.1. Aumento de la edad media de la población sin que esto lleve aparejado un aumento del nivel de recursos técnicos y humanos empleados para resolver el importante montante de problemas desencadenado por este núcleo poblacional²⁰
- 1.2. Aumento de la incidencia de alcoholismo y sus complicaciones sanitarias pero sobre todo sociales^{21, 22.}
- 1.3. Hiperutilización de las unidades de urgencias por parte de los pacientes pediátricos
- 1.4. Hiperutilización por las bolsas poblacionales con bajo nivel de ingresos (< un millón/año)^{23,24,25,26,27.} Considerando que la mayor frecuentación de urgencias de pacientes con algún tipo de drogadicción o pacientes de ínfimo nivel económico puede ser reflejo de una mayor frecuencia de problemas de salud derivados de un estilo de vida más desfavorable o de una búsqueda de ayuda o refugio en un sistema sanitario socializado que, por supuesto, está dispuesto a aceptarlos.

2. **FALTA DE ATRACCIÓN DEL PACIENTE POR LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA:** que puede derivar de los siguientes factores:

- 2.1. Falta de adecuación de la atención primaria a las necesidades reales de la población actual (valga como ejemplo la falta de adecuación de los horarios de asistencia sanitaria y los horarios laborales, hecho muy marcado en nuestra población de referencia)
- 2.2. Déficit de educación sanitaria poblacional que ha generado un continuo sentimiento de alarmismo, justificado en ocasiones por la mala política generada por los medios de comunicación en relación con las noticias sanitarias



- 2.3. Disminución de la confianza en el personal sanitario como persona y aumento de la confianza en la tecnomedicina ²⁸
- 2.4. Exceso de oferta médica tecnificada por parte de los centros hospitalarios

Todos los factores anteriores y algunos más han establecido una sobre utilización de las unidades de urgencias, que ha conducido a la modificación de la filosofía de asistencia urgente para tratar de establecer la mejor solución al problema planteado.

1.4.3.2. Situación Funcional de la Unidad de Urgencias

Pasamos a continuación a describir y analizar los elementos principales que constituyen la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente de Almería.

Para desarrollar este apartado, realizaré una descripción y análisis de los siguientes elementos:

1. Características Generales de la Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente
2. Datos Asistenciales
3. Recursos Materiales: su utilización
4. Recursos Humanos: su organización
5. Funcionamiento General
6. Resultados en cuanto a calidad asistencial



1.4.3.2.1. Características Generales de la Unidad de Urgencias

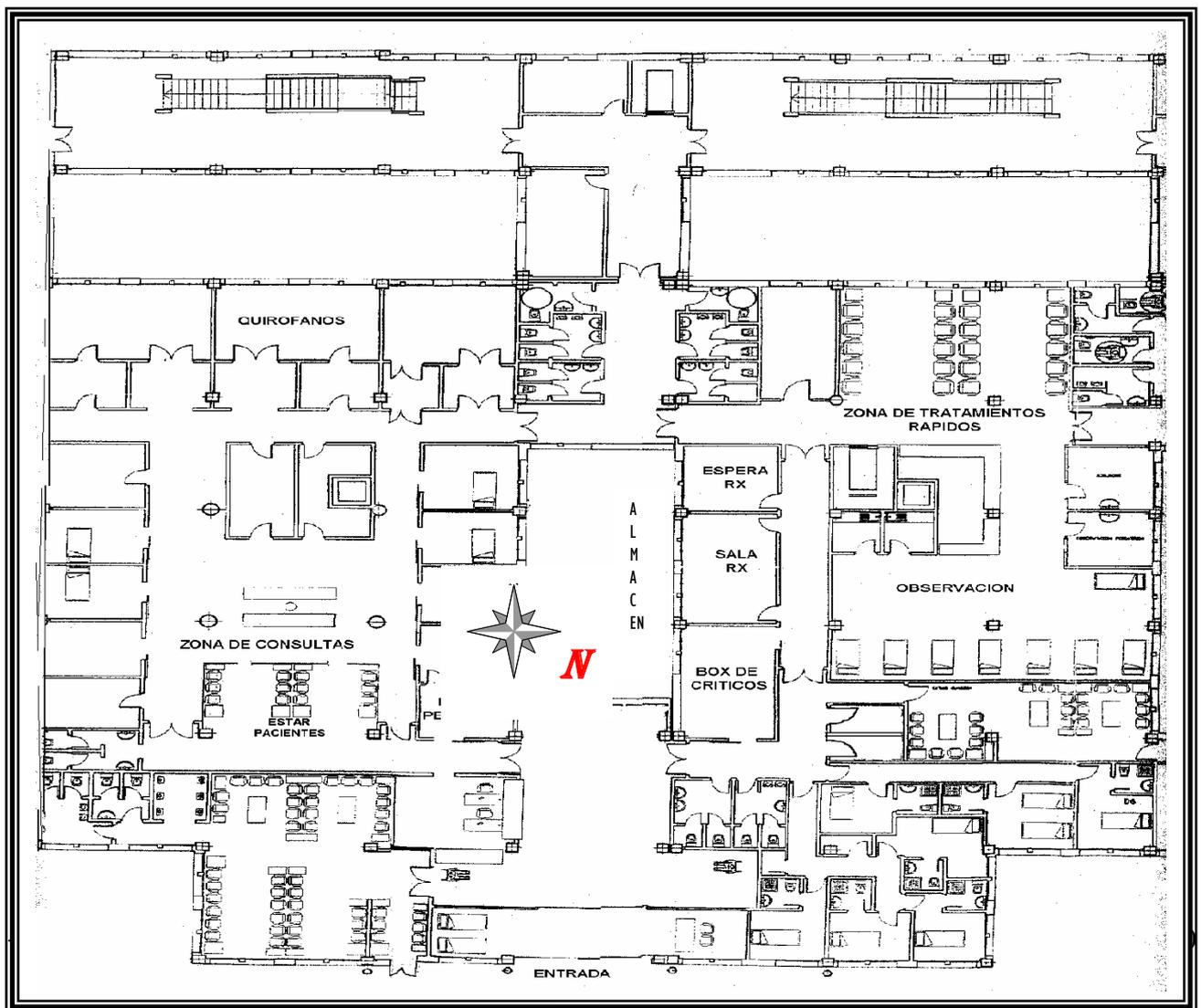
La Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente, nace con la apertura Oficial del área de encamamiento de esta institución, a las 00 horas del día 21 de Junio de 1997, con el objetivo fundamental de solucionar las demandas de atención urgente y emergente de la población del Área de Poniente de Almería, atendándose ya el primer día un total de 147 urgencias, lo que puso de manifiesto, el papel esencial que este servicio hospitalario brindaría a lo largo de su existencia.



La Unidad²⁹, perteneciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, se encuentra ubicada en la Planta Baja del Edificio, en la Zona de Hospitalización con una orientación Noreste, disponiendo de una superficie total aproximada de 2000 m².

Se encuentra comunicada con el exterior, por una amplia puerta de acceso, con dos sistemas de entrada, uno interno con dos puertas que disponen de sistema fotoeléctrico de apertura y una exterior, también con dos puertas, una de ellas con sistema de apertura fotoeléctrico y la otra con sistema convencional. La entrada de urgencias cubierta por un enorme porche donde pueden quedar aparcados “en espera “hasta un total de seis vehículos tipo furgón con todos sus elementos (pueden ser sobredimensionados, disponer de gálibos, iluminación, antenas de comunicación, etc.)

Figura n ° 15. Plano de la Unidad de Urgencias (ESCALA 1:200)





Las comunicaciones con el exterior se realizan a través de una rampa, bien señalizada y con muy buen acceso para todo tipo de vehículos, presentando un único sentido para los vehículos convencionales.



Figura n ° 16.

Entrada Urgencias Hospital de Poniente. (Marzo de 1999)



Figura n ° 17.

Acceso Exterior. Urgencias Hospital de Poniente. (Marzo de 1999)

En la entrada de la Unidad, pueden distinguirse tres zonas:

1. Una amplia zona de recepción general, decorada con diversos cuadros y elementos florales, donde además, se localizan los celadores, con sus dispositivos de soporte y transporte de pacientes (carros y camas).
2. Una zona administrativa, donde los pacientes a su llegada, contactan con el personal del Servicio de Admisión, para la entrega de documentación clínica, datos personales y de filiación, etc. Actualmente, esta zona está siendo remodelada, para la separación por unas mamparas. Esta zona está dotada actualmente, de dos puestos de trabajo para el personal administrativo, con sistemas informáticos. Durante las horas nocturnas, el personal que trabaja en esta zona, es el responsable de las comunicaciones con el exterior del hospital.

3. Una amplia zona, que cumple las funciones de sala de espera, que permite a los familiares, disponer de un área cómoda, hasta que finalice la atención del paciente al que acompañan. Esta zona está dotada con un conjunto de sillones modulares, así como teléfono público e intercomunicador con la zona de policlínica, para el contacto directo del personal sanitario con cada familiar.



Figura n ° 18.

Acceso interior a las Urgencias del Hospital de Poniente (Marzo de 1999)



Figura n ° 19.

Admisión de Urgencias Hospital de Poniente (Marzo de 1999)

Además del área de acceso, la Unidad, se encuentra dividida en dos grandes zonas, con objetivos, funciones, estructura y personal diferentes, que ha sufrido numerosas modificaciones desde su apertura hasta nuestros días, encontrándose en el momento actual inmersa en una profunda reestructuración y ampliación para dar cobertura a las más de 300 urgencias diarias que se atienden. Sin embargo, la estructura funcional se ha mantenido intacta y paso a describirla a continuación.

ZONA DE POLICLÍNICA

Donde se realiza la atención de todos los pacientes con problemas no considerados emergentes. Presenta una distribución rectangular, con una zona central donde se encuentran en todo momento localizados los pacientes y familiares acreditados (Sala de Espera de Pacientes), y un número total



de siete consultas, distribuidas en los laterales del rectángulo. En esta zona se realiza la atención personalizada al usuario. Esta área se completa con los siguientes elementos:

1. Un baño asistido (muy utilizado en nuestra zona, por la alta incidencia de pacientes que han sufrido intoxicaciones accidentales o voluntarias por plaguicidas)
2. Control de enfermería, donde además se encuentra el sistema de comunicaciones y el sistema neumático de transporte de muestras entre los servicios centrales y los servicios asistenciales
3. Habitaciones de apoyo (con utilidad, en el momento actual de almacén)
4. Habitación de descanso para el personal sanitario
5. Tres habitaciones situadas en la parte posterior del rectángulo, separadas de las habitaciones de apoyo por un pasillo, que presentan las siguientes funciones:
 - 5.1. Sala de traumatología, utilizada fundamentalmente para la implantación de los sistemas de inmovilización
 - 5.2. Quirófano Séptico, utilizado para la realización de cirugía menor de características sépticas
 - 5.3. Quirófano limpio, utilizado fundamentalmente para la realización de curas

La policlínica, es una zona de alto nivel de trabajo, que precisa de la integración de funciones de todo el personal sanitario y de servicios, para poder llevar a cabo la labor de atender a una media de 250 pacientes que circulan por dicha área a lo largo del día y la noche.

Debido a las características especiales de la actividad asistencial realizada en esta zona (flujo temporal de enfermos), el número de profesionales presentes varía según el horario, para intentar de esta forma adaptar los recursos humanos a los picos de máxima afluencia (quedan recogidos en otro apartado del capítulo). Así mismo, el sistema de funcionamiento en relación con el personal sanitario, también es diferente, para los días laborales y para los días festivos. Esta distribución de los recursos humanos del área de policlínica ha experimentado numerosos cambios a lo largo de los



8 años de existencia de la unidad, debido fundamentalmente al aumento progresivo en el total de urgencias atendidas en nuestro centro y otros factores como son:

1. Apertura de consultas específicas como la consulta de Fast - Track o la consulta de atención al paciente pediátrico.
2. Incorporación de médicos en formación

Los circuitos asistenciales de la unidad han experimentado numerosos cambios a lo largo de los años de existencia de la unidad. En el momento actual el sistema de funcionamiento diario pasa por:

1. SISTEMA DE ESTANDARIZACIÓN DE LA GRAVEDAD: **CONSULTA DE TRIAJE**. Consulta de atención rápida cuyo objetivo es establecer (en base a un conjunto de datos puramente clínicos) una clasificación de los pacientes que acuden a la unidad por nivel de gravedad. Las características específicas de esta consulta son:

- 1.1. Horario de Funcionamiento: 08.00 - 00.00 horas
- 1.2. Se encuentra a cargo del personal de enfermería, especialmente entrenado para la estandarización de la gravedad en medicina de urgencias.
- 1.3. Se basa en un protocolo de recogida de datos específicos que garantizan los diferentes pesos de gravedad para cada paciente (ANEXO N ° 1: PROTOCOLO DE TRIAJE EN URGENCIAS).
- 1.4. El tiempo transcurrido hasta el primer contacto con personal sanitario (tiempo hasta la realización del triaje o clasificación) debe de ser inferior a cinco minutos.
- 1.5. Se realiza siempre la toma de constantes (pulso, T^a y TA), con la excepción de los traumatismo leves.
- 1.6. Se realiza una clasificación por prioridades que a su vez se basan en estándares de gravedad.
- 1.7. La clasificación por prioridades establece:

1.7.1. Prioridad 1	Paciente Crítico	Box Críticos	Inmediato
1.7.2. Prioridad 2	Paciente Urgente	Consulta P-2	30 min
1.7.3. Prioridad 3	Paciente Urgente	Consulta P-3	50 min
1.7.4. Prioridad 4	Paciente Banal	Consulta F-T	Indefinido





- 1.8. Desde esta ubicación, y atendiendo a las características del paciente (necesidad de acceso vascular, oxigenoterapia, tratamiento continuado, etc.), el paciente puede quedar localizado en alguno de los puntos asistenciales que describimos a continuación.
2. **SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE: CONSULTAS DE ATENCIÓN GENERAL.** Actualmente el número total de consultas dispuestas para la atención integral del paciente en urgencias es de siete, distribuidas en dos grandes grupos:
 - 2.1. **CONSULTAS DE ATENCIÓN GENÉRICA:** existen cinco consultas de atención genérica donde se realiza la atención de los pacientes con Prioridad 2 y 3. Se trata de un conjunto de consultas atendidas por un facultativo y un DUE.
 - 2.2. **CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIAL:**
 - 2.2.1. **CONSULTA DE ATENCIÓN AL NIÑO:** se trata de una consulta (ANEXO N ° 3) cuyo objetivo fundamental es realizar una diferenciación entre un circuito de atención al adulto y el circuito específico de atención al paciente pediátrico. Es considerada como una consulta de atención especial, funcionando en horario limitado (08 a 00 horas) y atendida de forma continua por un facultativo y un DUE a tiempo completo.
 - 2.2.2. **CONSULTA DE ATENCIÓN PACIENTES CON PATOLOGÍAS BANALES (FAST - TRACK):** se trata de la consulta con mayor actividad cuantitativa de la unidad de urgencias, ya que soporta durante el total de horas que permanece abierta (08 a 00 horas) aproximadamente el 40 % del total de las consultas que diariamente se atienden en nuestra unidad. Atiendo a los pacientes que ha recibido la prioridad n ° 4 (patologías banales). En el ANEXO N ° 2, se describen las normas de funcionamiento de esta consulta. A lo largo del devenir de los años, entre las funciones de esta consulta, se han incorporado la atención específica al paciente inmigrante (como detallaremos más adelante).
3. **SISTEMA DE EVOLUCIÓN DE PACIENTES:** se trata del área utilizada para la evolución inicial de pacientes de corta estancia y con necesidad mínima de cuidados. En esta zona destacamos:
 - 3.1. **SALA DE ESPERA DE ENFERMOS** (donde el paciente queda acompañado por un familiar, sólo en el caso de niños e impedidos). En esta localización, el paciente espera la asistencia después del triaje, los resultados de las diferentes exploraciones realizadas o la consulta con algún otro médico especialista del hospital. El paciente no precisa venoclisis, ni oxigenoterapia ni tratamiento continuado.

- 3.2. **SALA DE TRATAMIENTO RÁPIDO.** Es una sala, localizada en la otra gran área asistencial de la unidad (todavía no descrita), donde se realiza tratamiento continuado de aquellos pacientes que por sus características clínicas, el médico responsable, ha considerado que pueden tener una evolución temporal no superior a 4 horas. En esta sala, el paciente está a cargo del personal de enfermería, suelen precisar venoclisis, oxigenoterapia, monitorización periódica de constantes y tratamiento continuado, habitualmente por vía parenteral. En esta ocasión, el paciente queda establecido en un sillón, confortable, con capacidad de ser reclinado.
4. SISTEMA DE ESTABILIZACIÓN DE PACIENTES: se trata de la zona asistencial de urgencias donde se atienden los pacientes que precisan:
- 4.1. actuaciones específicas
 - 4.2. estabilización de patologías graves o críticas
 - 4.3. cuidados o técnicas específicas
 - 4.4. Esta zona se divide en dos grandes núcleos asistenciales que se describirán más adelante:
 - 4.4.1. Sala de Observación. Esta localización es utilizada para pacientes, que van a precisar de tratamiento más específicos y / o prolongados (realización de endoscopia digestiva, transfusión sanguínea, etc) o que, el médico responsable, ha considerado la necesidad de establecer una evolución temporal del paciente pudiendo ser utilizada, tanto por los médicos especialistas de urgencias, como por los médicos especialistas del hospital.
 - 4.4.2. Área de atención al paciente crítico

Estas dos últimas salas (observación y tratamiento rápido), son zonas con un alto recambio de pacientes, muy ágiles (especialmente la sala de tratamiento rápido) y que permiten de esta forma, la valoración, tratamiento y recuperación de un volumen de pacientes extremadamente alto, que posteriormente describiremos y sobre todo *analizaremos*.

Figura n ° 20 . Distribución del Área de Policlínica





Finalmente, las consultas de la zona izquierda de la policlínica, son utilizadas, como elemento polivalente, tanto por parte de los médicos de urgencias, como por parte de los médicos especialistas del hospital, existiendo una de ellas, especialmente dedicada para la atención de los pacientes pediátricos, siendo importante destacar la existencia, tanto a nivel de la zona de tratamiento rápido como de observación, de áreas dedicadas en exclusiva a la atención de este tipo especial de pacientes.

Para terminar esta zona de policlínica comunica con un pasillo lateral, situado al final del lateral derecho, con la zona de Críticos y Observación, así como con la zona de Hospitalización y Consultas del Hospital con buenos sistemas de transporte.

ZONA DE OBSERVACIÓN Y CRÍTICOS

Pasamos a continuación a desarrollar de forma más específica los recursos arquitectónicos disponibles para el desarrollo de los circuitos asistenciales de evolución y estabilización de los pacientes que se engloban dentro del área conocida como Observación y Críticos.

El objetivo de esta área asistencial, es establecer la asistencia para las emergencias médico/quirúrgicas, así como el manejo de los pacientes que precisen ingreso temporal en la Unidad de Urgencias.

La entrada a esta área, se realiza por el lateral derecho pudiendo dividirse en 4 zonas, claramente diferentes aunque integradas entre sí:

1. Zona de Críticos (Box de Reanimación)
2. Zona de Observación
3. Zona de Tratamiento Rápido
4. Zona Administrativa y de Descanso (dormitorios, almacenes, despachos, zona del Equipo de Emergencias Sanitarias)

Esta área presenta las siguientes comunicaciones:

1. Comunicación directa con el Servicio de Diagnóstico por Imagen (muy importante, ya que permite el acceso rápido, cómodo y fácil de los pacientes a este Servicio Central, tan utilizado por todos los facultativos de urgencias).
2. Comunicación con la zona de Hospitalización y Consultas Externas, a través de una puerta convencional.
3. Comunicación con el Área Quirúrgica, a través de un sistema de elevación convencional
4. Comunicación con la Unidad de Cuidados Intensivos, a través del mismo elevador que la zona quirúrgica





Es la zona donde se realiza la atención de los pacientes en situación de riesgo vital inmediato (P1: zona de atención de la emergencia). Está equipado con dos puntos de trabajo independientes, dotados del siguiente material:

1. Camilla de Reanimación y Transporte, dotada de movilización en los tres planos así como de sistemas de portasueros, transporte de monitor, respirador, sistemas de oxigenoterapia y bombas de infusión
2. Monitorización: 2 monitores multicanal Marquette® con posibilidad de monitorización continua de ECG, TA, capnografía, pulsioximetría y dos presiones invasivas.
3. Sistema de Desfibrilación y marcapasos transtorácico
4. Oxigenoterapia y Sistemas de Vacío
5. Material de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada
6. Cardiocompresor neumático
7. Un respirador tipo Oxilog® 2000 (Dräger), controlado por presión, para traslados de pacientes graves.
8. Un respirador volumétrico de cabecera tipo Amadeus®.

Esta sala de reanimación, tiene una puerta de entrada y otra de salida con sistema de apertura lateral. Dispone, además de un sistema de comunicación por vía telefónica con el resto del hospital y con los sistemas de buscapersonas de los diferentes especialistas.

En esta zona, se procede a la reanimación y estabilización de cualquier paciente con riesgo vital (real o potencial), previo a su traslado a cualquier otra área asistencial de nuestro centro.

Considerando que el número total de pacientes que acude durante un período temporal de 1 año oscila alrededor de 2000, siendo el turno de noche donde se produce la máxima asistencia.

La responsabilidad de la atención inicial de este tipo de pacientes, corre a cargo del Facultativo que está trabajando en el área de observación y del personal de enfermería que está realizando su





atención en la zona de tratamientos rápidos motivo por el cual, la sala de críticos está dotada de un sistema de aviso acústico.



de nuestra Unidad de Urgencias, debido a varias de sus peculiaridades:

1. Disponibilidad de Personal Facultativo de presencia física las 24 horas del día
2. Posibilidad de monitorización continua del 100 % de las camas
3. Polivalencia, para pacientes adultos y pediátricos
4. Elevado flujo y recambio de pacientes, gracias a las normativas internas, aprobadas por la Dirección Médica del Hospital (**IMPOSIBILIDAD PARA PERMANECER EL PACIENTE MÁS DE 24 HORAS EN ESTA ÁREA**)

Todos las características anteriores, la conviertan en un área imprescindible, no sólo para la Unidad de Urgencias, sino para el buen funcionamiento de todas las áreas del resto del hospital, muy especialmente de las zonas de Hospitalización.

La Observación de nuestra Unidad, está construida, arquitectónicamente, en forma rectangular, disponiendo de un total de 9 camas para adultos (una de ellas, permite el aislamiento completo de pacientes) y dos “cunas“ para pacientes pediátricos de las primeras edades de la vida (no debemos perder nunca de vista el carácter *polivalente* de nuestra unidad de urgencias). Presenta una zona de control, sin sistema de monitorización central, aunque se puede acceder visualmente al 80 % de las camas, gracias a su distribución. Cada una de las zonas de asistencia a pacientes, se encuentra individualizada por unos sistemas de “ cortinas “ que si bien no es lo más correcto, por el momento no parece viable, la posibilidad de otros sistemas que nos permitan por una parte, asegurar la

intimidad del paciente y por la otra, garantizar la correcta vigilancia de los mismos. Hay que tener en cuenta que aunque no conocemos por el momento, el índice de gravedad de los pacientes ingresados en observación, éste al menos debe ser moderado (en un futuro, sería interesante disponer de un sistema informático de análisis de gravedad y predicción de mortalidad de los pacientes ingresados en las áreas de observación de urgencias).

En esta área existen dos habitaciones auxiliares, que son utilizadas como almacén de medicación y zona “sucia”.

La responsabilidad de los enfermos ingresados corre a cargo del Facultativo de Urgencias y del personal auxiliar y de enfermería (un DUE y un auxiliar), por turno, aunque existen algunos pacientes bajo la responsabilidad directa de especialistas hospitalarios.

La comunidad de la zona de observación, es aceptable y se realiza con:

1. Zona de Críticos
2. Radiología
3. Zona de Hospitalación
4. Área Quirúrgica
5. Unidad de Cuidados Intensivos



Arquitectónicamente se encuentra, en el lateral posterior del rectángulo que constituye el área de Críticos y Observación. Está dividida en dos grandes módulos:

1. Módulo para adultos: formado por 8 sillones que permiten el tratamiento y transporte del paciente, incluso cuando es necesario para el mismo elementos como: venoclisis, oxigenoterapia, aereosolterapia, etc.
2. Módulo pediátrico: con dos sillones y la posibilidad de utilizar cunas, con características similares a las anteriores.

Es otra zona, de alto recambio de pacientes y con falta de personal, sobre todo de enfermería (otra de las prioridades de la unidad). Las pacientes ubicados en esta zona, están a cargo de una única enfermera/o y del facultativo que ha indicado su ingreso en esta área, aunque en determinadas ocasiones (sobrecarga asistencial en la zona de policlínica), es el médico de observación, el que se encarga del manejo de este tipo de pacientes.



Esta zona, considerada como de apoyo al área asistencial, está ubicada en la zona de Críticos y Observación y constituida por lo siguientes elementos arquitectónicos:

1. Sala de Juntas de la Unidad
2. Sala de Información
3. Almacén de fungibles
4. Almacén de Historias Clínicas de Urgencias
5. Zona del Equipo de Emergencias Sanitarias
6. Dormitorios para el personal Facultativo
7. Despacho del Responsable de Unidad





8. Despacho de la Supervisión de Urgencias

Se trata de una zona perfectamente integrada en la dinámica asistencial, que probablemente en un futuro próximo precise algunos cambios, pero que en el momento actual, salvo la *necesidad urgente* de disponer de una zona de archivo para las historias clínicas de urgencias, es una zona que puede seguir cumpliendo perfectamente su función, sin grandes modificaciones.

Podemos resumir todo lo expuesto hasta el momento, con una frase que engloba la filosofía actual de la Unidad de Urgencias:

“las pequeñas cosas son, con mucho, las más importantes” Arthur Conan Doyle.

1.4.3.2.2. Definición de los Principales Elementos de la Asistencia en la Unidad de Urgencias

Con la realización de este capítulo pretendo llamar la atención sobre la complejidad que supone la gestión de esta Área Asistencial.

Los tres grandes capítulos son a desarrollar son:

1. Estudio de los factores relacionados con la llegada del paciente a la unidad de urgencias:

1.1. Afluencia Temporal:

1.1.1. Distribución Horaria

1.1.2. Distribución Mensual

1.2. Procedencia:

1.2.1. Relación asistencial

1.2.2. Relación geográfica

1.3. Motivo de asistencia



2. Estudio de los factores relacionados con las actuaciones sobre el paciente que se encuentra en urgencias:

2.1. Distribución por edades

2.2. Distribución por nivel de gravedad



2.3. Distribución por tiempo de atención y tiempo de espera

3. Estudios de los factores relacionados con la salida del paciente, una vez concluida su asistencia en urgencias

3.1. Destino final del paciente



Unidad de Urgencias

1.4.3.2.2.1. Estudio de los Factores Relacionados con Urgencias

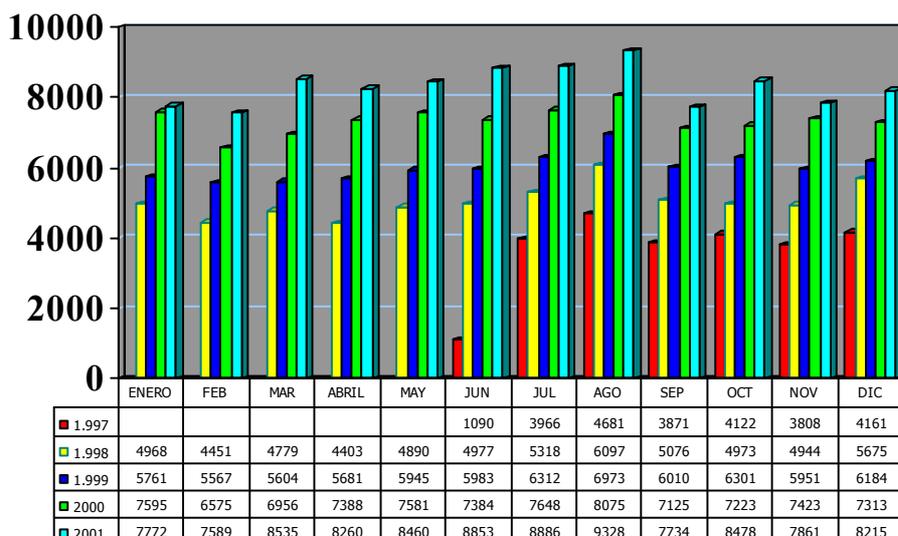
1.4.3.2.1.1. AFLUENCIA TEMPORAL

1.4.3.2.1.1.1. DISTRIBUCIÓN MENSUAL

Tabla n ° 9. Urgencias atendidas en 1997 y 1998

AÑO	Nº PACIENTES	CRECIMIENTO
1997	25.669	
1998	60.551	
1999	74.542	
2000	88.286	
2001	99.968	13,23 %

Figura n ° 21. Afluencia mensual 1997 / 98 / 99 / 00 / 01. Datos Absolutos

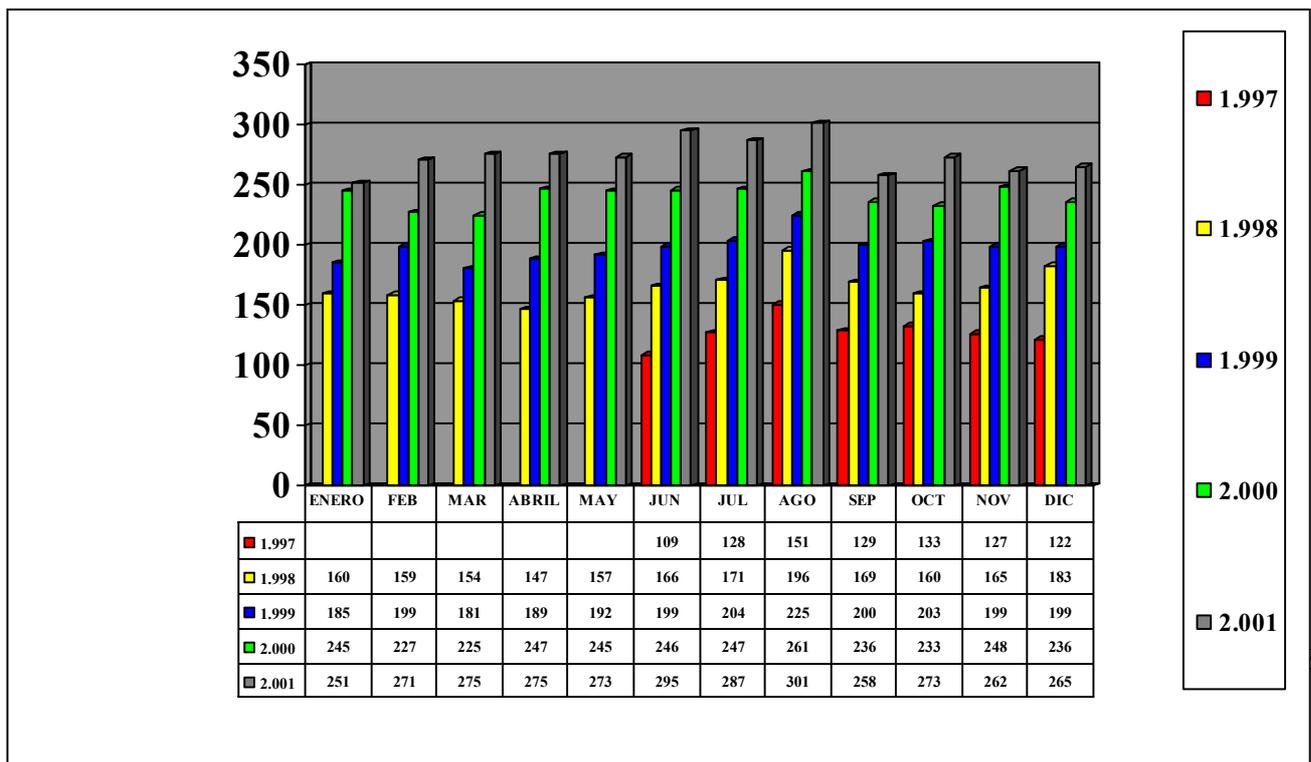




De la figura número 15, podemos extraer como conclusiones:

1. El aumento que se ha establecido en el crecimiento del número de urgencias atendidas desde el inicio del funcionamiento de la unidad
2. La existencia de una variabilidad estacional (se estudiará con más profundidad en otro apartado), que se ha puesto de manifiesto a o largo de todos los años, durante los meses de Julio, Agosto y Diciembre.

Figura n ° 22. Atención en el área de urgencias. Datos medios mensuales.





En este gráfico se pone de manifiesto, un ritmo de crecimiento del 23 % con respecto al año de inicio de la actividad asistencial, habiendo pasado de 133 pacientes/día en el año 1.997 a 166 en el año 98, con un claro pico estacional durante el verano

Como puede observarse, el ritmo de crecimiento se establece en un 13,23 % anual. Se ha establecido una media de pacientes para el año finalizado de 274 con respecto a los 241 en el 2000, persistiendo el pico estacional durante los meses estivales y durante el mes de diciembre, aunque también es necesario desatacar como durante los meses primaverales de 2001 se estableció un aumento de la afluencia significativo.

1.4.3.2.1.1.2. DISTRIBUCIÓN HORARIA

Si importancia tiene conocer el flujo de enfermos que se recibe en urgencias a lo largo de los diferentes meses del año, no menos importante es la descripción y posterior análisis de flujo horario de los enfermos en urgencias, ya que dicho flujo además de influir en las cargas de trabajo del personal, es claramente diferente para cada centro asistencial. Este elemento depende de gran número de variables, muchas de ellas imposibles de controlar motivo por el cual, es necesario un esfuerzo de adaptación (recursos humanos y técnicos), para ofertar el mayor número de recursos en los espacios temporales de mayor demanda asistencial.

Nuevamente, comparamos los datos del año natural completo que esta institución ha vivido, con los dos años incompletos (1997 y 1999).

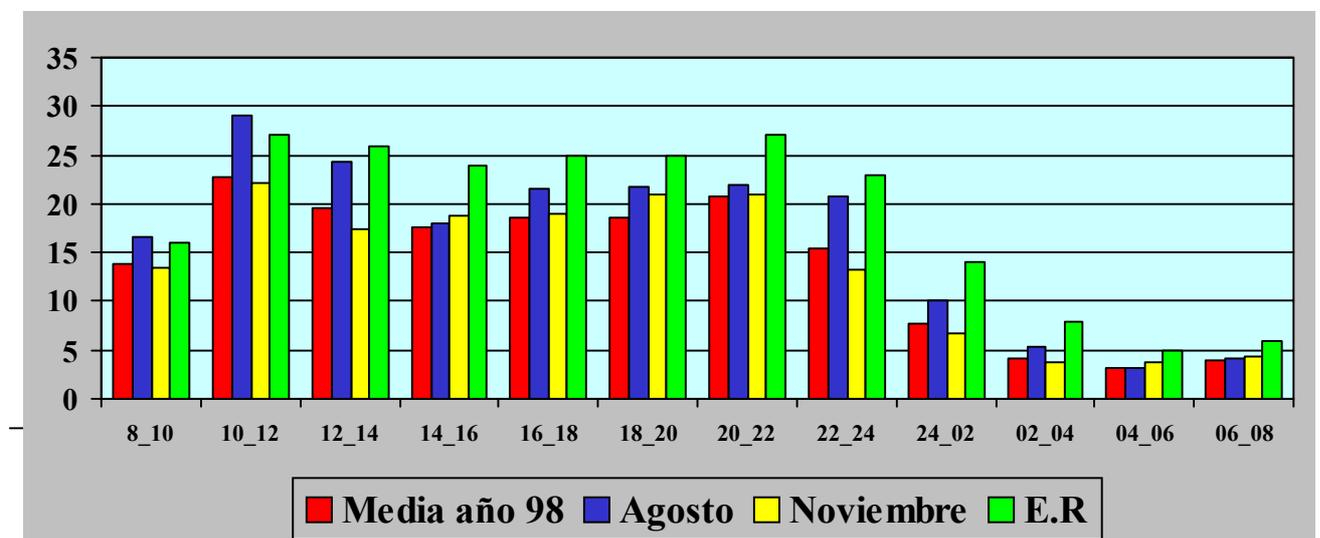


Figura n ° 23. Distribución horaria de la afluencia

De la figura número 15 se puede deducir que la distribución horaria de la afluencia de pacientes a lo largo del día no es homogénea.

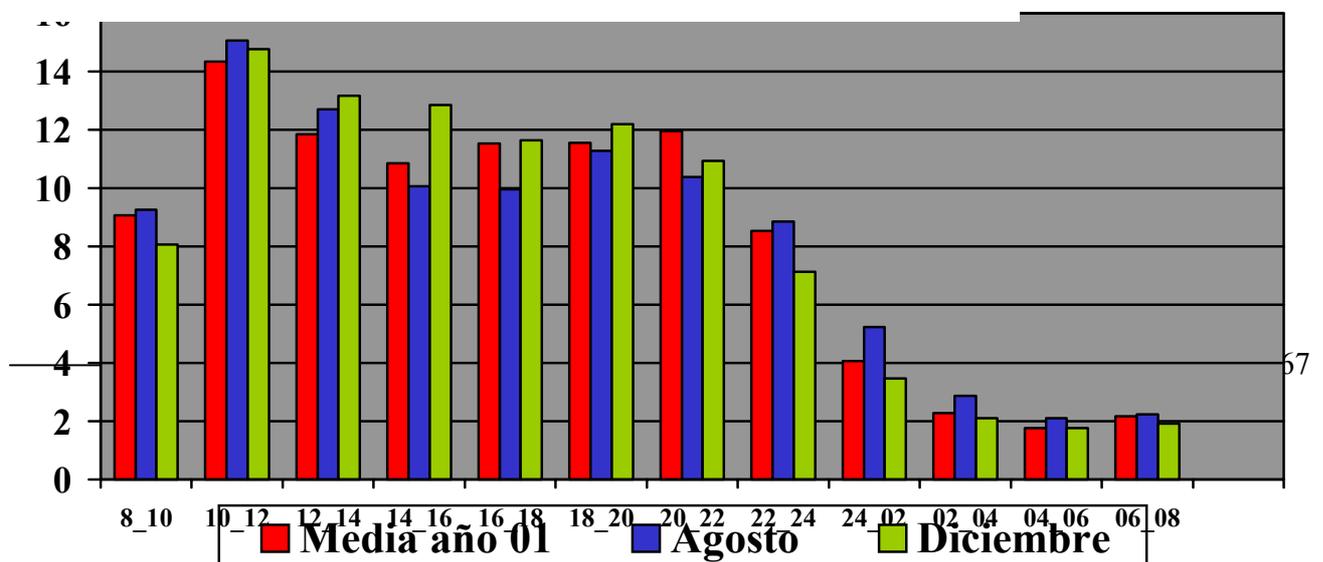
Existen dos “picos” diarios, uno de ellos matutino, que se concentra entre las 10 y las 14 horas y otro vespertino, menos concentrado que se extiende a lo largo de las primeras horas de la tarde, siendo máximo de 18 a 22 horas. En verano se puede apreciar como el pico de la tarde se extiende hasta las 24 horas. En el gráfico se puede observar las diferencias entre dos meses, uno de invierno y otro de verano.

Además en esta figura se introduce el apartado de *enfermos reales (ER)* presentes en la unidad de urgencias en una franja horaria, que representa el número de pacientes que corresponde a esa franja más el número de pacientes que no han sido todavía resueltos en las horas anteriores y que permanece en urgencias.

El gráfico anterior expresado para el año 98 y para dos meses, uno estival y otro invernal, es comparable a los datos derivados del análisis de actividad asistencial para 1999, manteniendo dos “picos” diarios de máxima afluencia, uno matutino, concentrado entre las 10 y las 14 horas y otro vespertino que se extiende algo mas difusamente desde primeras horas de la tarde, siendo máximo de 18 a 22 horas, con su máximo entre las 20 y 22 horas.

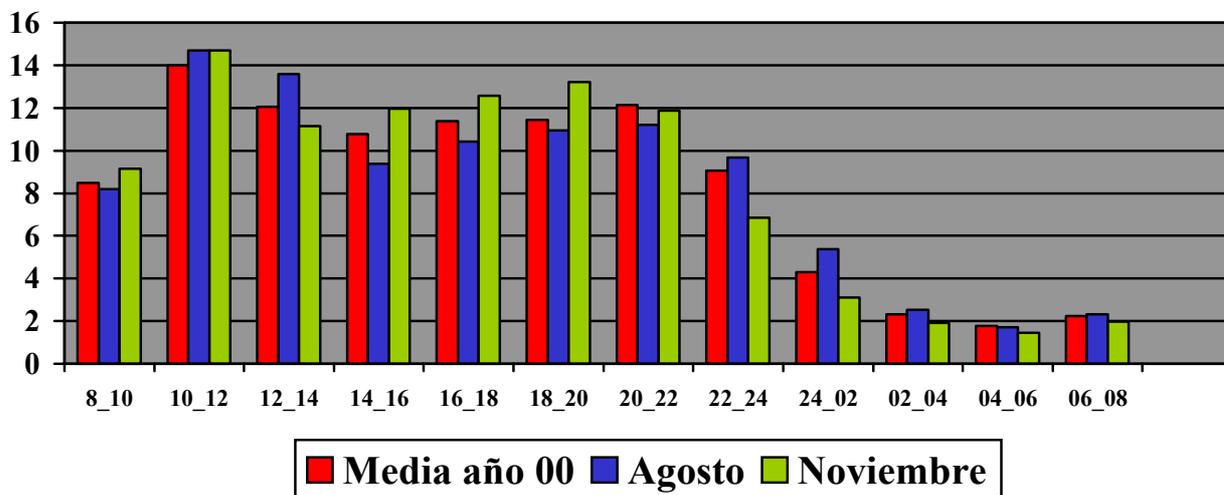
En verano el pico de la tarde se extiende hasta las 24 horas (véase en el gráfico las diferencias entre dos meses “típicos” de invierno y verano).

Figura n ° 24. Distribución de la afluencia por picos mensuales



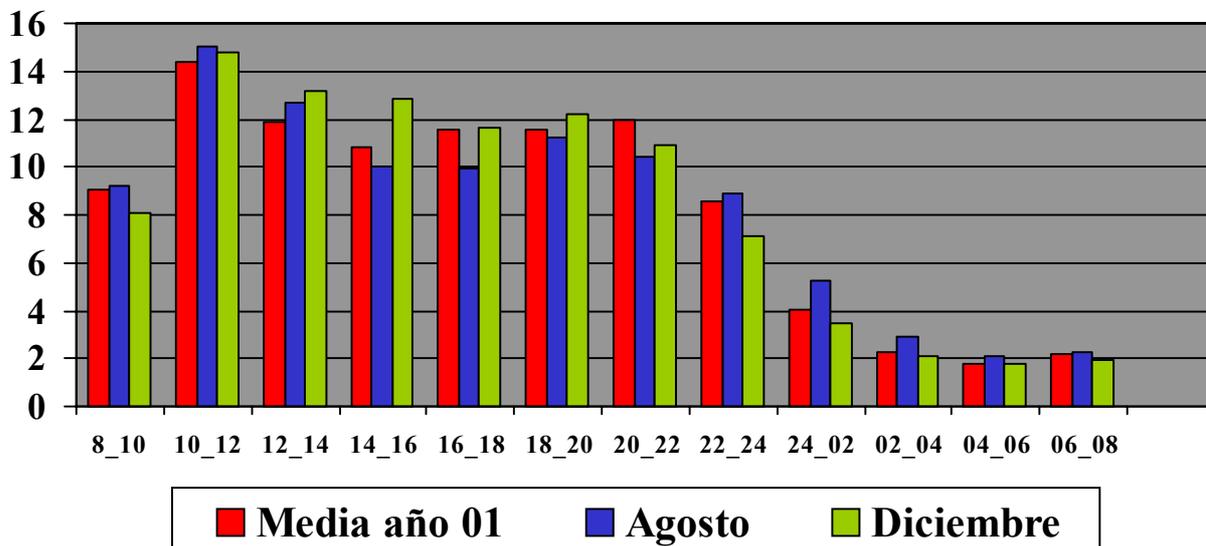


Por lo que respecta al año 2000 no existen grandes diferencias, persistiendo el pico de máxima afluencia durante el período temporal de 10 a 12 horas lo que representa un total del 14,01 % del total de las asistencias prestadas a lo largo del día. Sin embargo, se ha producido un discreto desplazamiento del segundo pico de máxima afluencia hacia el tramo horario comprendido entre las 20 y 22 horas, con un total del 12,15 % del total de las asistencias, estando este pico de afluencia mucho más marcado que en los años anteriores. Esta característica persiste para el análisis del mes estival (agosto), pero no para el análisis del mes invernal donde el segundo pico de máxima



afluencia si se corresponde con el tramo horario de 18 a 20 horas que por otra parte se constituye como el pico de máxima afluencia a lo largo de todo el día.

Si pasamos a analizar el año 2001, se puede observar:





No existen diferencias con respecto a los años previos al 2000, ya que para el año de análisis (2001) los picos por tramos horarios de mayor afluencia de pacientes independientemente de la época estacional siguen siendo de 10 a 12 y de 12 a 14 horas, siendo el tercer pico de afluencia para los meses estivales el período comprendido entre las 18 y 20 horas y para los meses invernales de 14 a 16 horas.

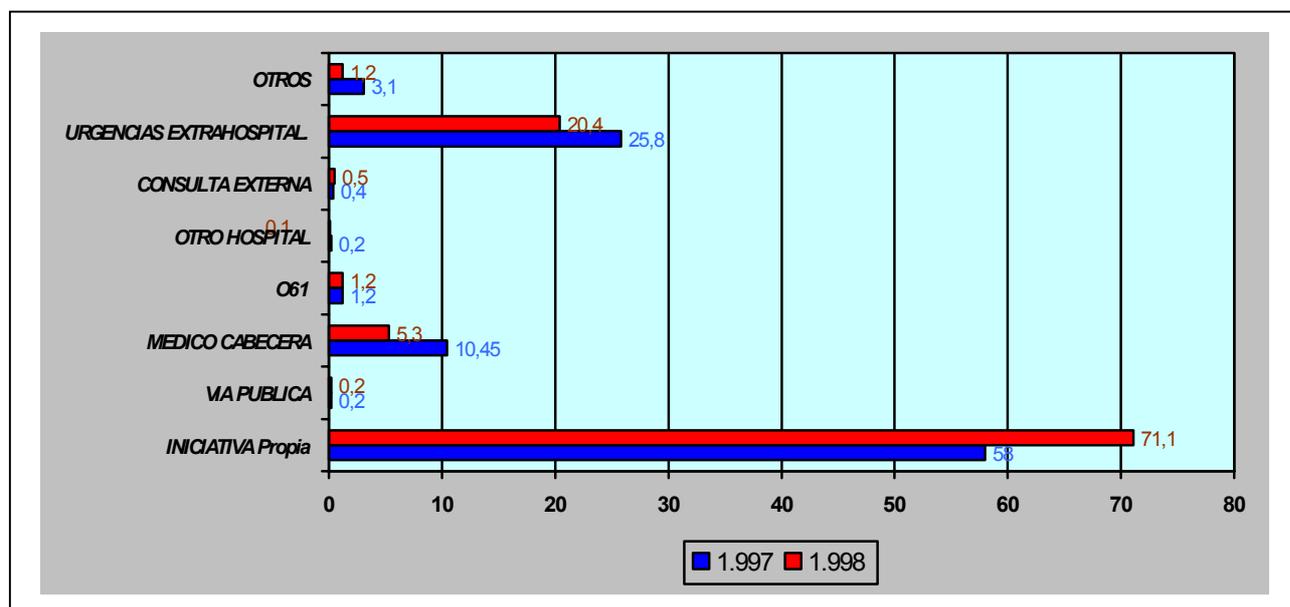
1.4.3.2.1.2. PROCEDENCIA

1.4.3.2.1.2.1. RELACIÓN ASISTENCIAL

En este apartado pasamos a describir, la evolución que ha sufrido a lo largo del tiempo el *punto de partida* de los pacientes que han acudido a las urgencias de nuestro centro, con cualquier problema. He realizado una comparación entre 1997 y 1998, centrándome fundamentalmente en el concepto de “*indicación para la asistencia urgente*”.

Como puede observarse, la gran mayoría de los pacientes que acuden a las urgencias de nuestro centro, lo hacen por *iniciativa propia*, sin que en su decisión participe ningún tipo de filtro sanitario previo y además esta realidad, se puede observar como se va acentuando con el paso del tiempo, existiendo diferencia significativas entre 1997 y 1998. Aunque por el momento no he analizado los datos de 1999, parece que continúan en la misma línea que la expuesta anteriormente.

Figura n ° 24. Procedencia de los enfermos. Iniciativa para acceder a la Unidad de Urgencias.

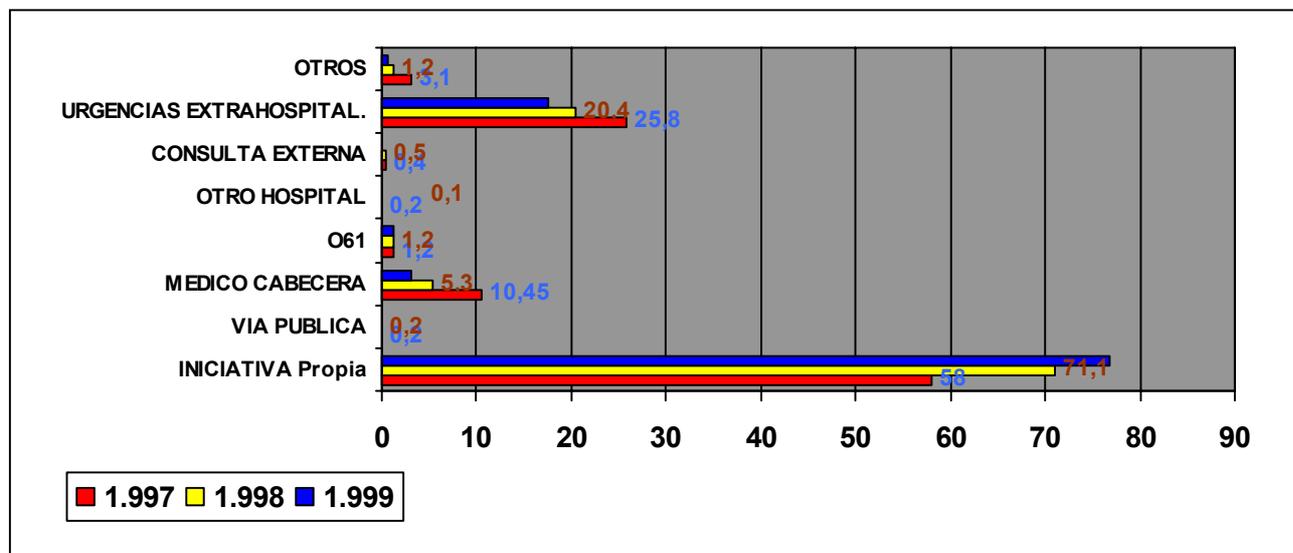




Esta realidad (mayor utilización de las urgencias hospitalarias que las extrahospitalarias), coincide con los datos reflejados en los trabajos realizados para acceder a la plaza de Jefe de Sección de Urgencias por los Dres. Ballesteros (Hospital Clínico de Granada), Rodríguez Elvira y Navarrete (Hospital Universitario Virgen de las Nieves). Teniendo en cuenta, que esta diferencia es directamente proporcional al grado de satisfacción que percibe el usuario cuando es atendido en un Servicio de Urgencias.

Si comparamos los datos referentes a este capítulo durante los primeros tres años de funcionamiento de esta unidad, pudiendo demostrarse como no se han producido diferencias significativas con respecto al apartado *“Procedencia de los pacientes que son atendidos en la unidad de urgencias”*, con las siguientes excepciones:

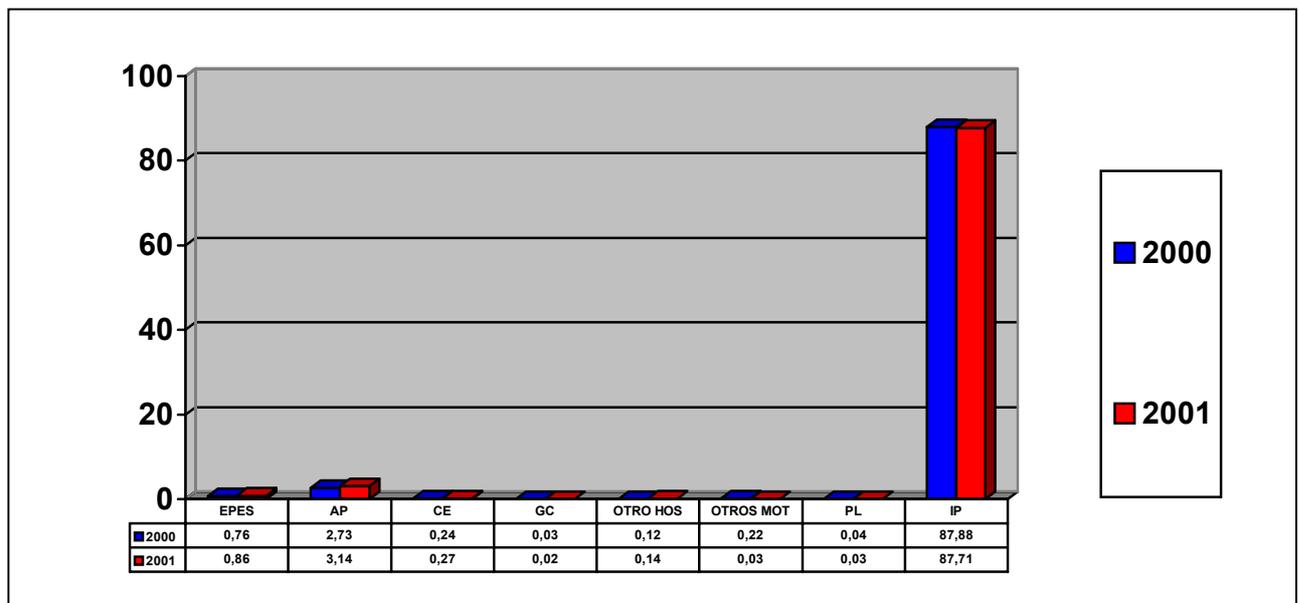
1. Disminución en el número de pacientes que proceden de Consultas Externas de nuestro centro
2. Disminución en el número de pacientes procedentes de atención primaria
3. Aumento importante en el número de pacientes que acuden a urgencias por iniciativa propia (76,8%)



Si analizamos los datos obtenidos en relación con la procedencia de los pacientes a la unidad de urgencias durante el año 2000, es necesario destacar:

1. Aumento progresivo de los pacientes que acuden a nuestro centro por iniciativa propia (próximo al 88 % del total)
2. Mínimo descenso en el porcentaje de pacientes procedentes de atención primaria (sólo un 2,73 % con respecto al año anterior)

Quedando demostrados el resto de los datos en el gráfico siguiente:



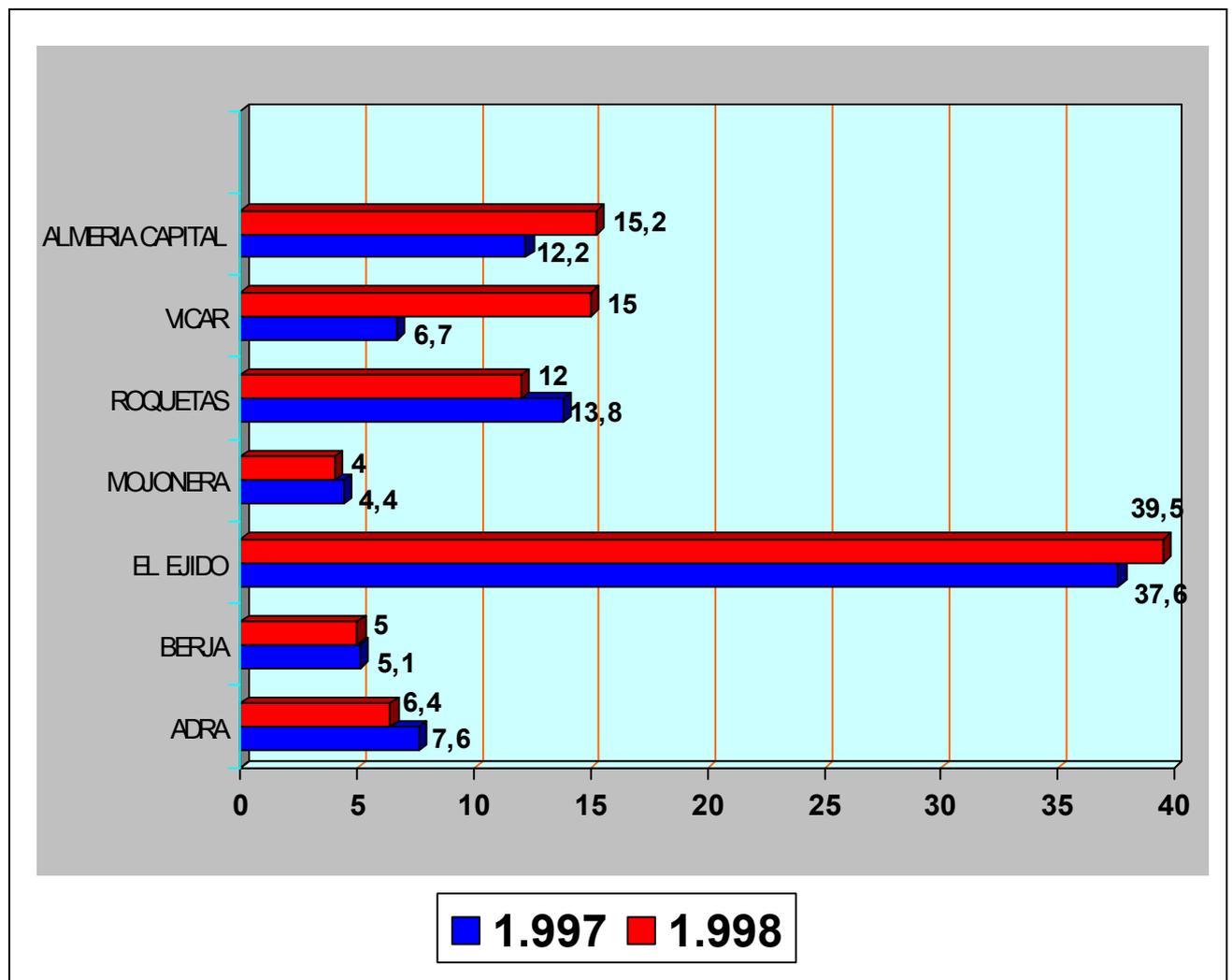
Como puede observarse no existen diferencias significativas entre los dos períodos de tiempo analizados. La única salvedad es la introducción en el análisis realizado por primera vez del número total de pacientes que son derivados a nuestro centro desde Urgencias Extrahospitalarias que suponen un total de un 7,85 %, dato por el momento que no aporta ningún valor añadido y que será discutido en los próximos años cuando dispongamos de valores de referencia.

1.4.3.2.1.2.2. RELACIÓN GEOGRÁFICA

Paso a describir, las zonas geográficas de nuestra comarca que presentan mayor frecuentación en el área de urgencias, expresando los datos en forma de porcentajes con respecto al total de urgencias atendidas en 1997 y 1998.

Además, hemos tomado una muestra de aquellas poblaciones con un mayor número de habitantes, para utilizarlas como ejemplo.

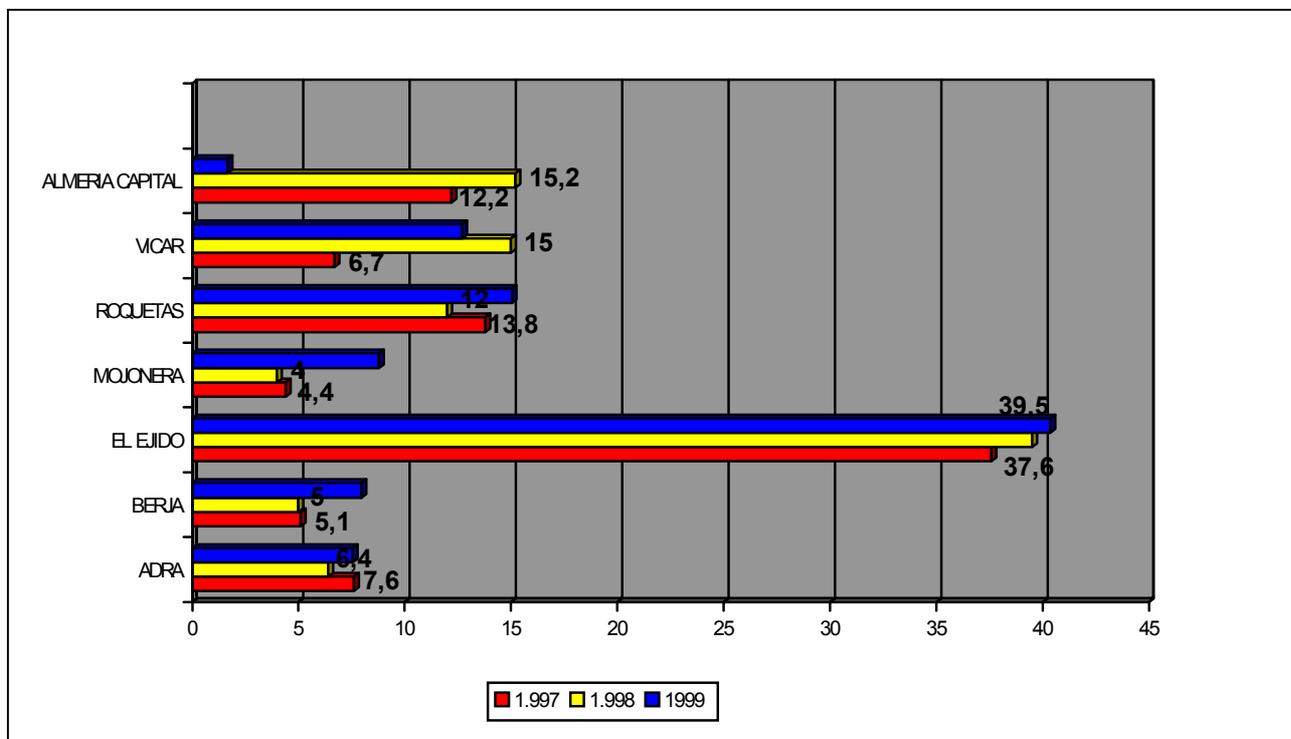
Figura n ° 25. *Procedencia Geográfica de los pacientes atendidos en la Unidad de Urgencias durante 1997 y 1998.*



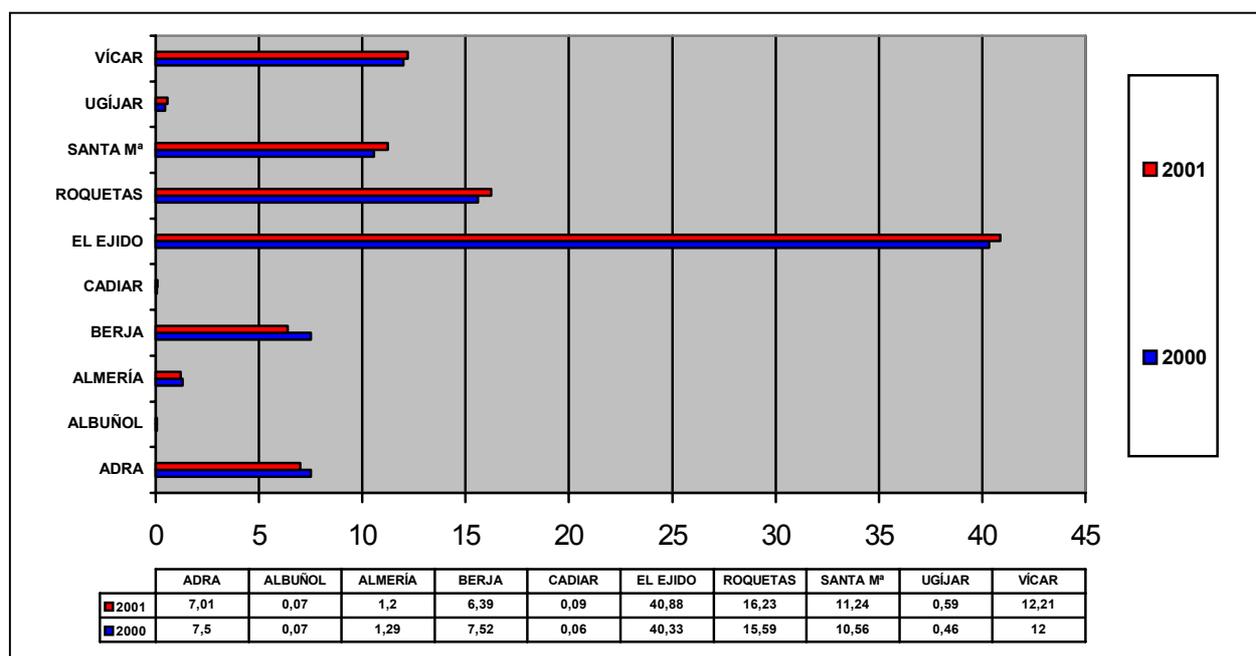
Del gráfico anterior, podemos extraer los siguientes datos de interés:

1. Existe un conjunto de poblaciones, donde a lo largo de 1998, se ha producido una disminución en el número total de consultas, como son: Roquetas de Mar, Adra y la Mojonera. Sin embargo, de todos ellos, el único que presenta diferencias significativas de la afluencia por su volumen de población, es Adra.
2. Aumento significativo en la frecuentación de pacientes procedentes de Vícar y sobre todo de Almería Capital.

En el siguiente gráfico se muestra los domicilios de residencia de nuestros pacientes, analizando solo las poblaciones mas habitadas de nuestra zona de referencia. (datos expresados en porcentajes con respecto al total de Urgencias del año). Se ha producido un discreto descenso de la afluencia de los residentes en Adra, con respecto al año pasado, habiendo aumentado la frecuentación de los de Vicar, El Ejido, La Mojonera, Berja y Roquetas. En cualquier caso la afluencia de Adra es inferior de forma significativa a lo que correspondería por su volumen de población. Los datos de Almería, no son fiables.



Si entramos en el análisis de este capítulo para el año 2001, es necesario destacar la ausencia de modificaciones significativas en relación con la asistencia prestada por ZBS en el pasado año (2000):



1.4.3.2.1.3. MOTIVO DE ASISTENCIA (TIPOS DE PATOLOGÍAS)

Debido al sistema de codificación utilizado, el análisis de las causas o motivos de asistencia, solamente nos permite realizar una clasificación general en cuatro grandes grupos:

1. Enfermedad Común

2. Origen Traumatológico

3. Origen Ginecológico

4. Autolisis

5. Otros

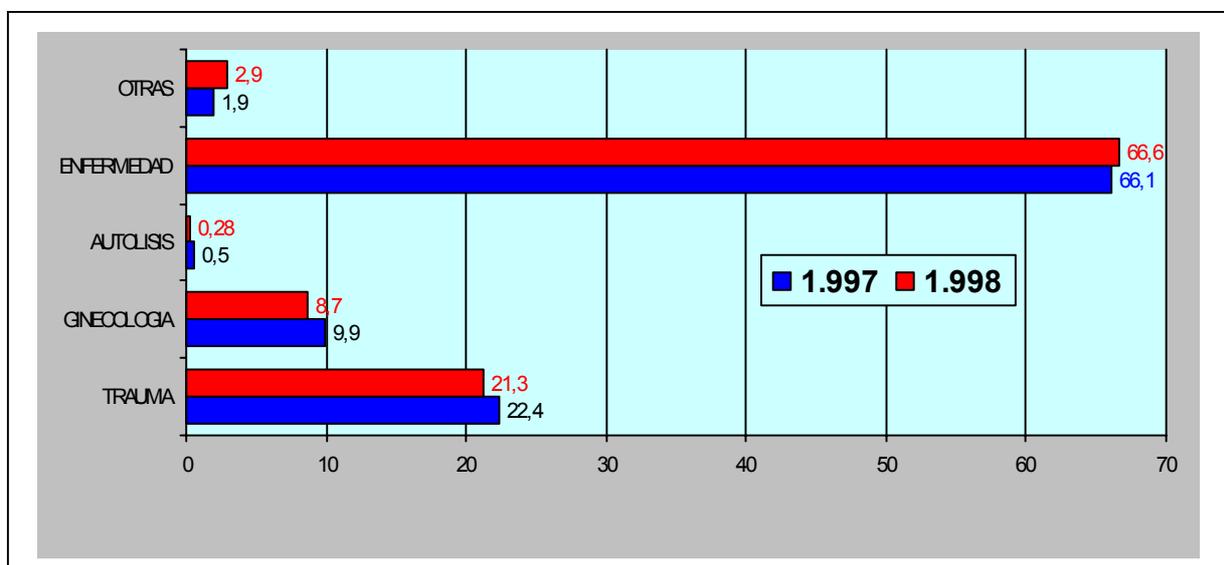
no pudiendo realizar una estandarización más precisa por patologías lo cual nos permitiría, obtener un análisis más detallado de la situación actual que presenta nuestra unidad, así como la comparación con otras unidades en relación con: complejidad de cada patología, cargas de trabajo para personal facultativo y personal de enfermería, índices de gravedad, utilización de recursos, etc.

Comparando nuestros resultados, con el resto de los publicados (utilizando, como ejemplo, los datos recogidos en la Memoria Funcional y Orgánica de la Unidad de Urgencias del Hospital de Motril, presentada en 1998 por el Dr. Ferres Romero²), podemos observar unos datos muy parecidos, siendo el motivo de consulta: “ enfermedad común”, el que establece más del 50 % de las asistencias en cualquier unidad de urgencias polivalente, como es nuestro caso, con la única salvedad de un aumento significativo en el número de consultas ginecológicas, fácilmente explicable por la amplia base de la pirámide poblacional de nuestra comarca.

Tabla n ° 10. Causas de Asistencia. Unidad de Urgencias Hospital de Motril. 1998²

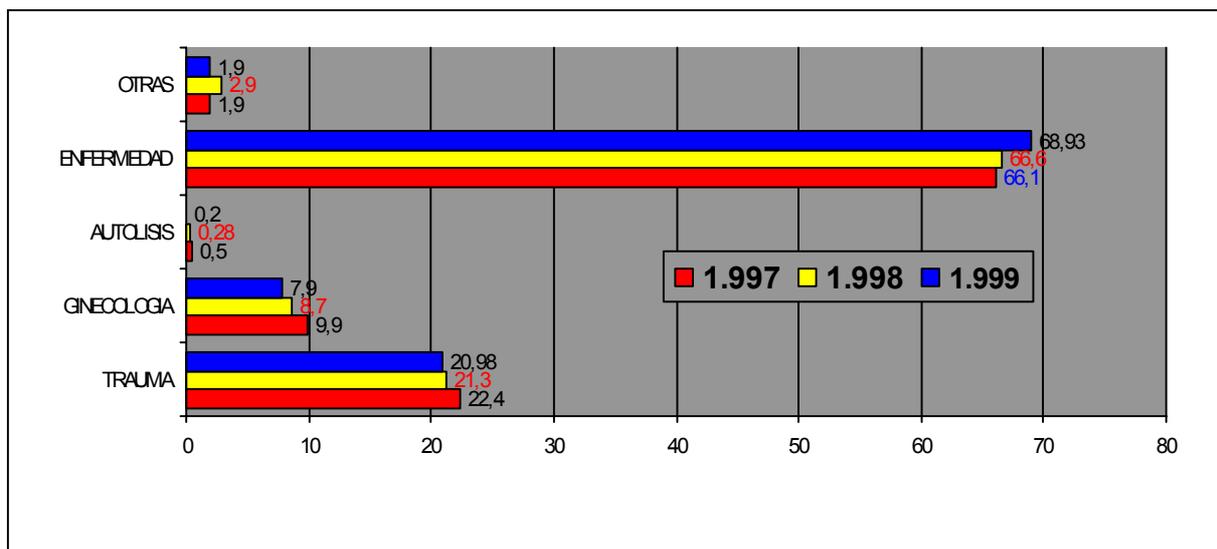
MOTIVO ASISTENCIA	% PACIENTES
Enfermedad Común	69.7
Origen Traumatológico	26.8
Origen Obstétrico	3.4

Figura n ° 26. Motivos de Consulta en la Unidad de Urgencias durante los años 1997 y 1998.



Por lo que respecta a nuestros datos, no existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en 1997 y 1998, observándose la tendencia al aumento progresivo en el número de consultas para cada uno de los apartados, con excepción de lo ocurrido en el motivo de consulta obstétrico/ginecológico, donde se aprecia una cierta tendencia al descenso, aunque no significativa.

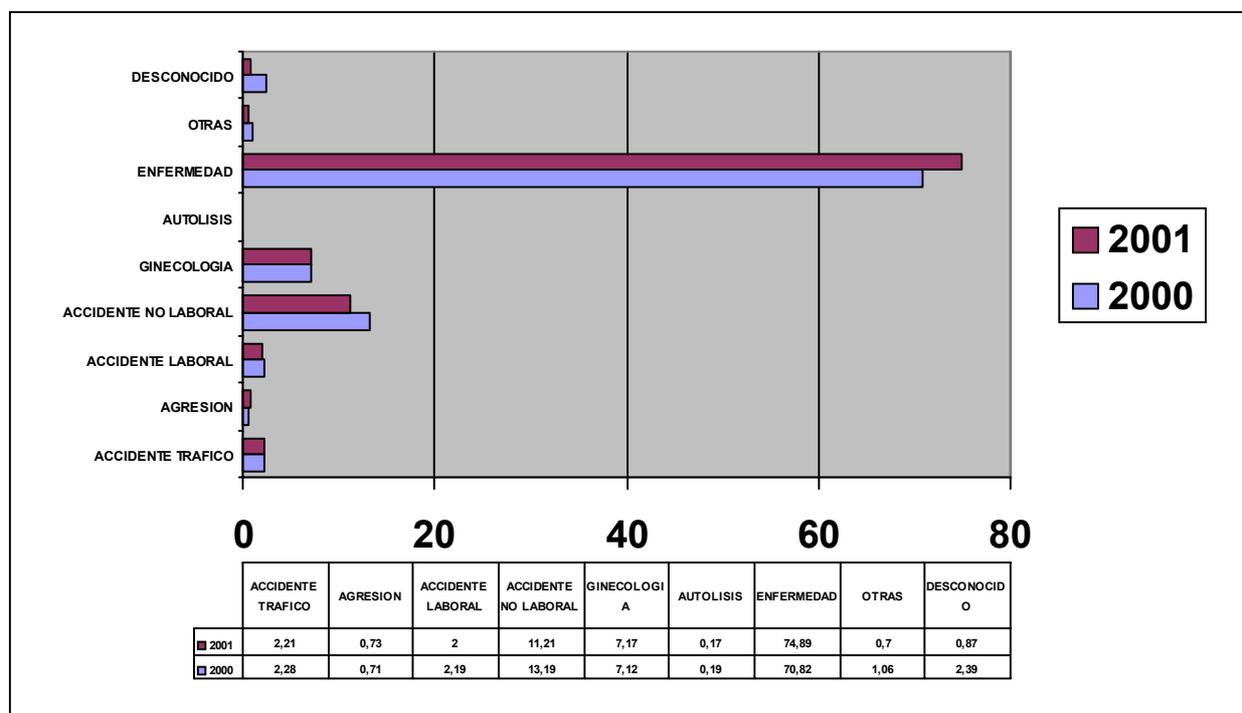
En el siguiente gráfico se pone de manifiesto la tendencia (durante el año 1999) a la disminución progresiva en el número de Consultas por motivo Obstetrico-Ginecologico y el discreto aumento en la consulta por enfermedad común.



Por lo que respecta a la distribución del motivo de asistencia para el año 2000, destaca en primer lugar que debido a la modificación en la base de datos utilizada el capítulo recogido anteriormente como “trauma” no existe en esta nueva base, añadiendo otros apartados como: agresión / accidente de tráfico / accidente laboral / accidente no laboral, etc. lo que representa un total de

un 18,87 % que viene a ser prácticamente igual que las cifras ofrecidas en el apartado “trauma” (20,98 %) para la base de datos utilizada anteriormente.

Como se derivará del análisis del gráfico siguiente, no existen diferencias significativas con respecto al resto de las causas de asistencia analizadas (enfermedad, autolisis, ginecología, etc), existiendo un grupo que se corresponde con el 2,38 % que se ha dispuesto de datos para clasificarlos. El estudio comparativo con respecto al año 2000 demuestra:



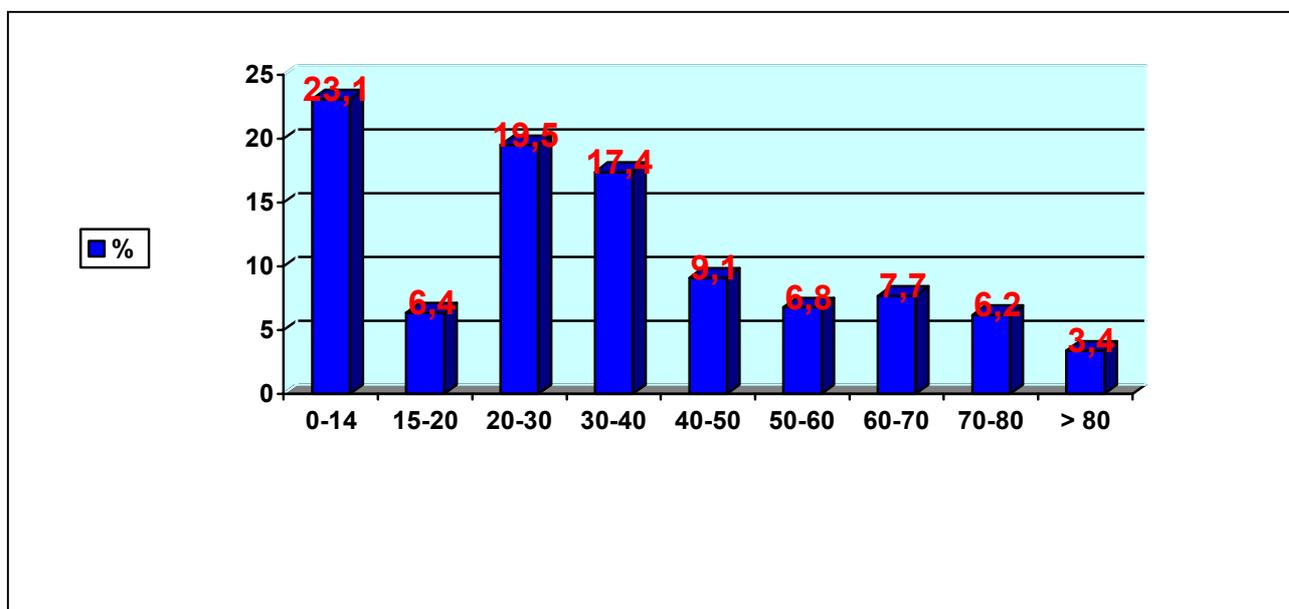
1.4.3.2.2.2. Estudio de las Actuaciones en Urgencias

1.4.3.2.2.2.1. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA POR GRUPOS DE EDADES

Como puede observarse es la edad pediátrica, en todas sus fracciones temporales, la que establece el mayor número de admisiones en la unidad de urgencias de nuestro centro.

Es de destacar el hecho de que esta cifra presenta también una relación estacional, ya que existe un mayor número de atenciones en período invernal y un menor número en período estival.

Por otra parte podemos observar como el 67 % de los enfermos que se atendieron en 1998 presentaban una edad inferior a 40 años, probablemente relacionado con la alta incidencia de patología pediátrica banal y de traumatismo, mucho más frecuente en pacientes jóvenes.



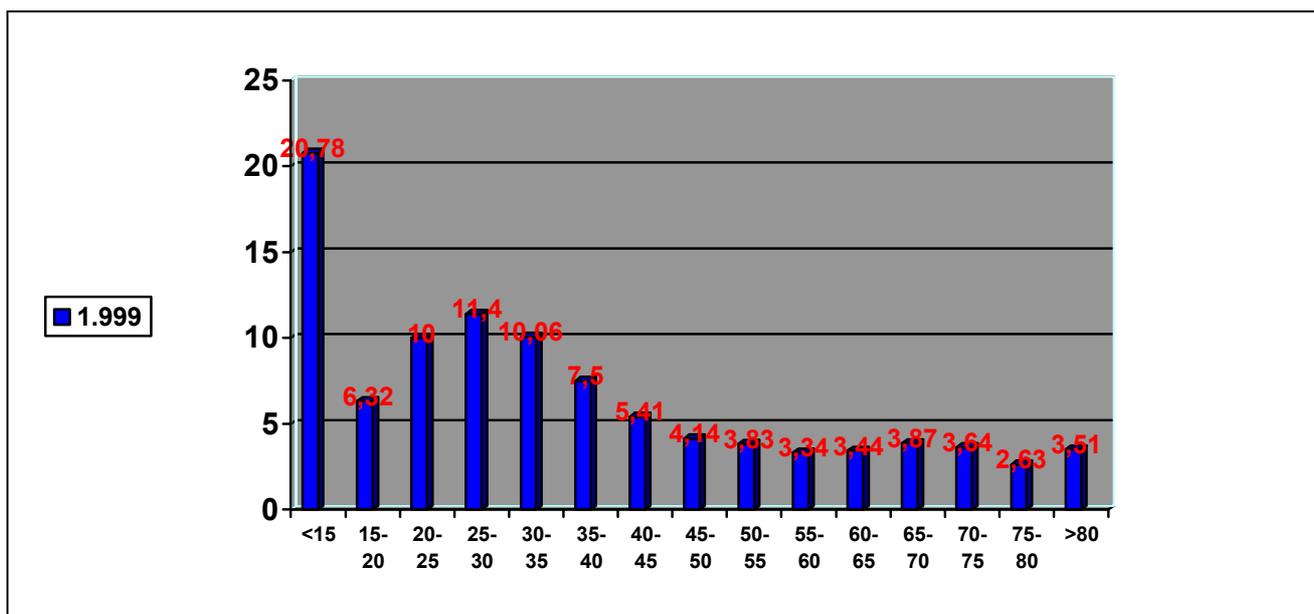
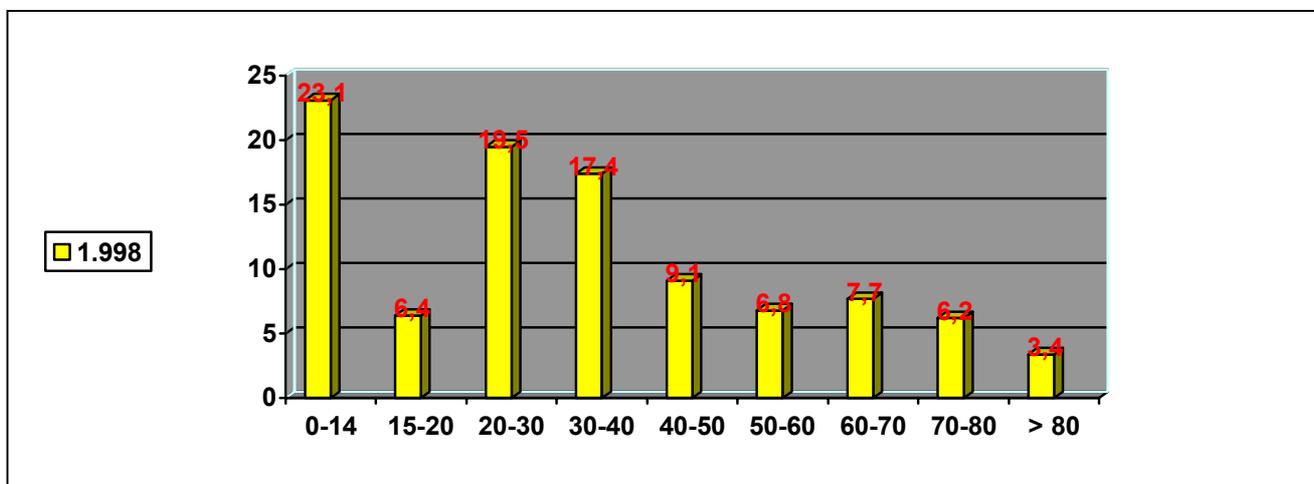
Si comparamos nuestros datos con los referidos por la Unidad de Urgencias del Hospital de Motril (para 1998)², se observa que la franja de edad que establece la mayor afluencia en urgencias, es la comprendida entre los 15 y 34 años y mucho más en la segunda década de la vida, siendo estadísticamente significativa con respecto a la edad pediátrica, sobre todo en los primeros cuatro años de vida.

Probablemente y sólo con visualizar la pirámide poblacional de nuestra comarca, sea suficiente para conocer el origen de esta pequeña diferencia en cuanto a la distribución por grupos de edad de los enfermos atendidos en urgencias entre dos hospitales comarcales con un muy pequeño espacio físico de separación (80 kilómetros)



Como puede verse en el gráfico, los pacientes en edad pediátrica suponen un 23 % del total de las admisiones en Urgencias.

Esta cifra aumenta ligeramente en los meses de invierno hasta un 28 %, descendiendo en verano hasta un 21 %. Otro dato que se puede extraer es que el 67 % de nuestros enfermos tiene menos de 40 años (por la alta incidencia de patología pediátrica banal y la alta incidencia de traumatismos, más frecuentes en pacientes jóvenes).

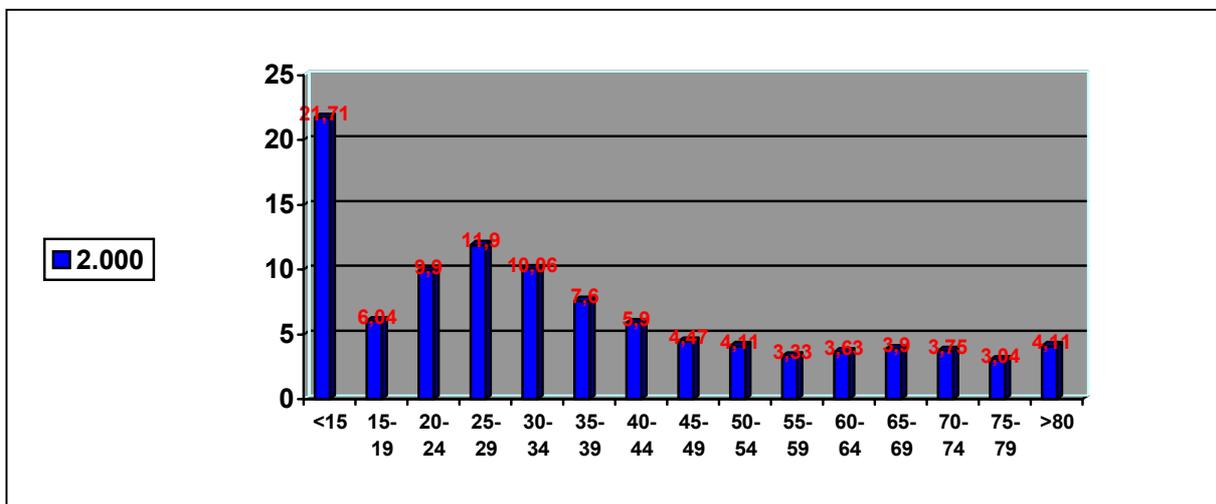




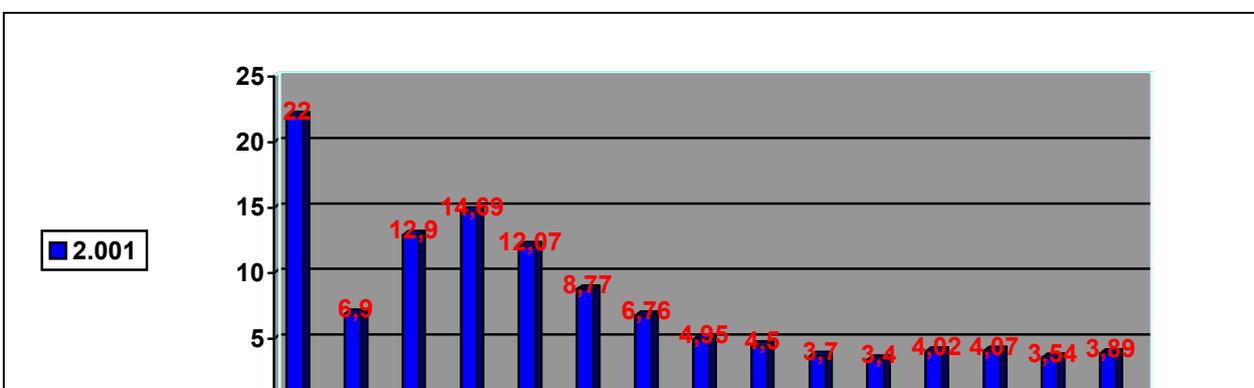
Los resultados obtenidos en relación con la distribución etaria de la asistencia a urgencias de nuestra población es similar a la encontrada en el año anterior:

1. El 20 % de las asistencias en la unidad de urgencias se producen en la edad pediátrica, con una distribución claramente estacional
2. El 65 % de los pacientes atendidos tienen una edad inferior a 40 años, lo cual se deriva claramente con la distribución de la pirámide poblacional que atendemos en nuestra comarca
3. Existe una mínima proporción de pacientes ancianos atendidos (>75 años), que se corresponde con un total de 6,14 %, aunque estos requieren el empleo de una gran cantidad de recursos técnicos y humanos que por el momento no podemos cuantificar.

Por lo que respecta al año 2000 sólo se puede destacar un pequeño aumento en el porcentaje de pacientes atendidos con más de 80 años aunque sin significación estadística.



Finalmente y por lo que respecta al año 2001, no existen grandes diferencias en este capítulo con respecto a los años anteriores:





1.4.3.2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA POR NIVELES DE GRAVEDAD

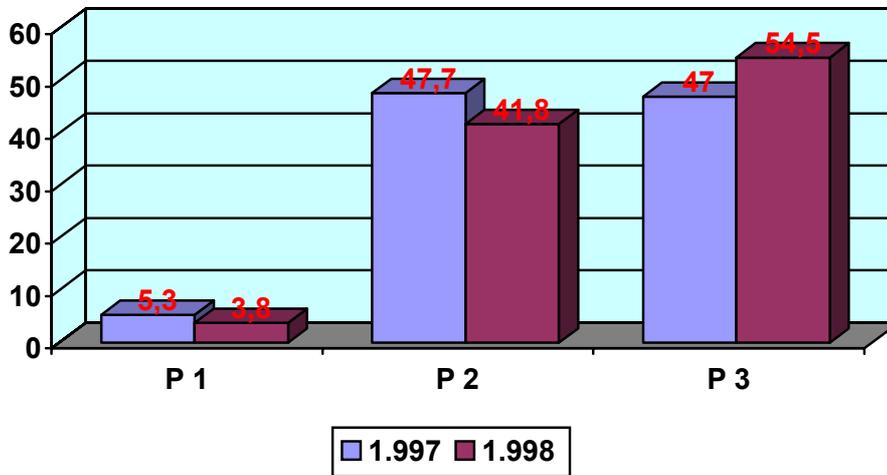
Al intentar describir y analizar los niveles de gravedad de los pacientes que acuden a nuestra unidad, nos encontramos con el serio problema de la inexistencia, por el momento, de codificación por patologías, lo cual impide la utilización de cualquiera de los sistemas de estandarización de gravedad y riesgo de mortalidad para pacientes que acuden a urgencias (Ej. SAPS).

Ante la presencia de esta dificultad, utilizaremos el sistema de Priorización que ha venido utilizándose en nuestra unidad de urgencias desde su apertura:

Tabla n ° 11. *Sistema de Priorización de la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente.*

PRIORIDAD	DEFINICIÓN
P1	EMERGENCIA
P2	<i>URGENCIA: No demorable</i>
P3	<i>URGENCIA: demorable</i>

Figura n ° 27. En este gráfico, se representa la distribución por prioridades, observándose que casi *la mitad* de las patologías se catalogaron como graves o potencialmente graves.



Otro dato que nos puede orientar sobre el nivel de gravedad de los enfermos que acuden al Servicio es el porcentaje de pacientes que son atendidos en el box de críticos y Observación.

Desafortunadamente las cifras que aporta el sistema informático son poco fiables debido a las muchas pérdidas. Tras una revisión del libro de ingresos de Observación, las cifras aproximadas serian:

1. 8 % de los pacientes ingresan en Observación
2. 12 % en sillones
3. Solución desde consultas cerca de un 80 % de los enfermos.
4. Aproximadamente una media de unos 13 ingresos diarios en Observación y 20 en Sillones.

Con respecto a los pacientes que son atendidos en el Box de Críticos, la cifra oscilaría alrededor de un 3 % (unos cinco pacientes al día, con la media del año 98) aunque esta cifra posiblemente está subestimada.

INGRESOS POR CRÍTICOS

TOTAL DE PACIENTES.	
3 %	CRÍTICOS
5 PACIENTES POR DÍA	

SUBESTIMACIÓN

INGRESOS EN OBSERVACIÓN / TTO RÁPIDO (ESTIMACIÓN):

TOTAL DE PACIENTES	
OBSERVACIÓN	8 %
TRATAMIENTO RÁPIDO	12 %
POLICLINICA	80 %



No existen datos discordantes con los ofrecidos por otras áreas de urgencias, salvo en el lo que al número de pacientes ingresados por el área de críticos, donde sospechamos que se esté infraestimando dicho volumen de pacientes. Ante esta sospecha he realizado una nueva estimación del porcentaje de pacientes que diariamente ingresan en nuestra unidad a través de esta área. La estimación la he realizado sobre un total de 55.583 pacientes, en el período comprendido entre el 2 de febrero de 1998 y el 13 de enero de 1999, ofreciendo los siguientes resultados:

Período de Reclutamiento (PR)	02/02/98 al 12/01/99		
Paciente atendidos durante el PR	55.583		
Nº paciente Box Críticos	1.886		
Porcentaje total	3,39 %		
Porcentaje por turnos de trabajo:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
	30% (585)	35% (650)	35% (651)
<i>Porcentaje Ingresos UCI</i>	5,51	104	

Como puede observarse, no existe una infraestimación de la utilización del Box de Críticos y lo que destaca es la mayor afluencia de enfermos a esta área durante los turnos de trabajo de tarde y noche.

De todo lo expuesto anteriormente, se puede extraer la conclusión de la necesidad inmediata de:

1. Establecer una codificación por patologías en el área de urgencias
2. Analizar el mejor sistema de estandarización de gravedad, iniciando la validación de este estudio en la zona de observación y extrapolarlo posteriormente al resto de las áreas de la unidad de urgencias
3. Posibilidad de reforzar los turnos de trabajo en el área de críticos y observación durante el turno de noche.

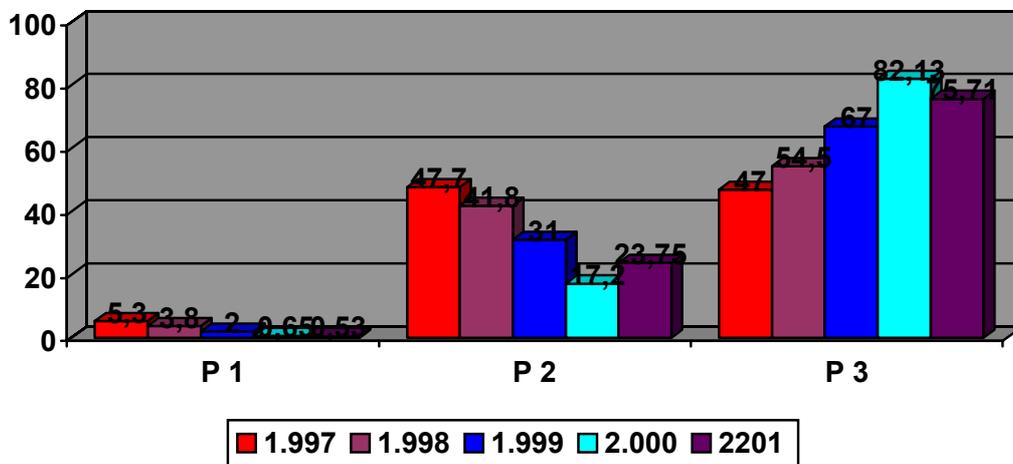
entendiendo como prioritario, todas las necesidades anteriormente expuestas.

La evolución en los años siguiente con respecto al sistema de estandarización de la gravedad de los pacientes que acuden a nuestra unidad de urgencias queda reflejada en los siguientes párrafos:

P1	Emergencia	0,53 %
P2	<i>Urgencia No Demorable</i>	23,75 %
P3	Urgencia Demorable	75,71 %

Los datos anteriores se han calculado sobre un total de 79.954 registros, lo que establece unas pérdidas aproximadas de unos 10.000 registros. Estas pérdidas presentadas es la única explicación que por el momento podemos dar a esta diferencia tan significativa en relación con la distribución de prioridades con respecto a los años previos, ya que como se demuestra se ha producido una reducción prácticamente a la mitad de las prioridades dos y un aumento significativo de las prioridades tres, lo cual no coincide claramente con la realidad.

Figura n ° 28. Distribución de las prioridades



El dato más importante es el demostrar que el número total de Prioridades 2 atendidas el año pasado fue probablemente un error informático y se estabiliza dicha proporción de atención a las prioridades 2 en torno al 25 %.



1.4.3.2.2.3. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA POR TIEMPOS DE ATENCIÓN / TIEMPOS DE ESPERA

Los datos referentes a la asistencia por tiempos de atención y espera quedan recogidos en el Anexo n ° 4: Auditoría Interna de la Unidad de Urgencias.

1.4.3.2.2.3. Estudio de los Factores Relacionados con la salida de los pacientes de Urgencias

1.4.3.2.2.3.1. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA POR GRUPOS DE EDADES

En primer lugar es necesario destacar que el porcentaje de pacientes que desde urgencias son remitidos, bien a su domicilio o a su Médico de Cabecera supera el 80 % lo cual pone de manifiesto:

1. el alto porcentaje de patologías no graves que se atienden diariamente en las unidades de urgencias
2. el alto nivel de solución de problemas por parte de estas unidades

Si comparamos, los dos años de funcionamiento de nuestra unidad, se pone de manifiesto dos elementos claves:

1. Aumento en 1998 del número de pacientes remitidos directamente a Atención Primaria, así como una disminución del número de remisiones a su domicilio
2. Disminución en 1998 con respecto a 1997, del número de pacientes que han sido remitidos, al final de su atención en urgencias, a las Consultas Externas de nuestro centro.
3. Existencia de un pequeño aumento en 1998 con respecto a 1997, del número total de ingresos hospitalarios desde el área de urgencias, aunque sin significación.

Comparando nuestros datos, con los publicados por el Dr. Ramos Cortés³¹ en 1996 (Características de la atención en urgencias del Hospital de Motril. 1996. EASP: trabajo de campo), no existen diferencias importantes, salvo por la mayor tendencia en nuestro centro a la utilización de las consultas externas como final de la atención de los pacientes.

Figura n ° 29. *Destino de los pacientes una vez finalizada su atención en el área de urgencias.*

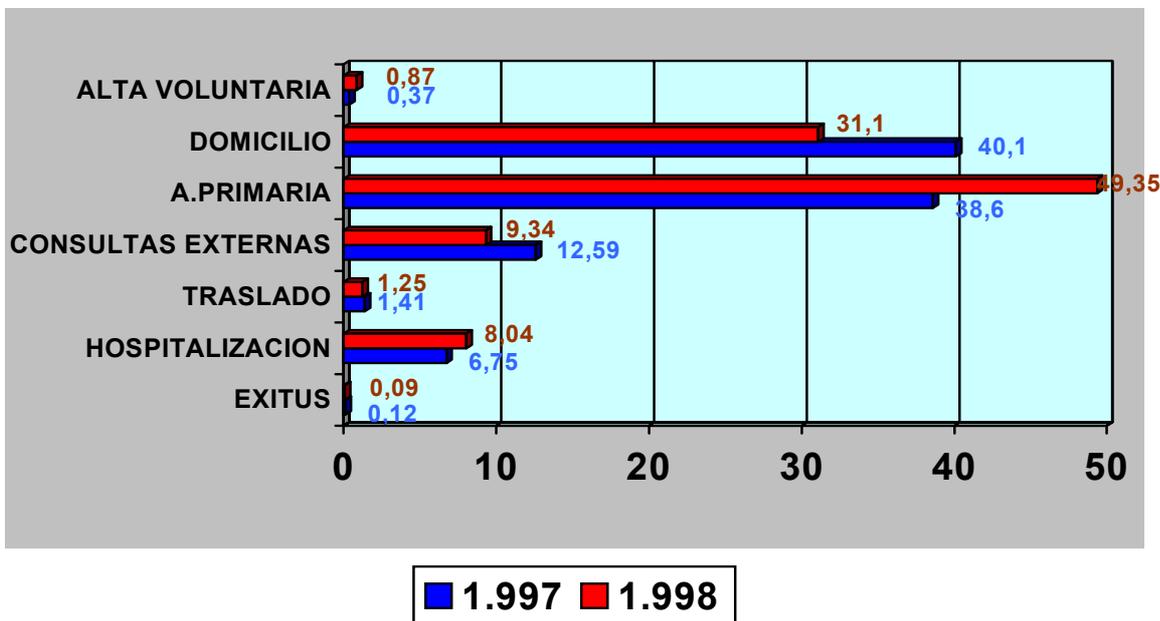


Tabla n ° 9. Destino al alta de los pacientes admitidos en la Unidad de Urgencias del Hospital de Motril durante 1996².

DESTINO DESDE URGENCIAS	% PACIENTES
Domicilio	80.4
Consultas Externas	10.9
Hospitalización	8.2
Éxitus	0.1
Derivaciones a otros hospitales	0.35
Altas Voluntarias	0.07

Uno de los puntos clave, en el análisis del destino de los pacientes que han sido admitidos en urgencias, es el estudio de los traslados secundarios realizados desde la unidad de urgencias de nuestro centro. Para realizar la descripción y el análisis de este parámetro, lo vamos a dividir en cuatro grandes apartados:

1. *Descripción y análisis del centro al que se traslada el paciente.* En los dos años de existencia de esta unidad, el porcentaje de Traslados a otros Centros ha disminuido un 0.16 % (1,41 en 1997 a 1,25 % en 1.998), posiblemente como consecuencia de la apertura de nuevos Servicios durante

el año 98, realizándose durante este último año un total de 756 traslados a otros centros desde el área de urgencias.

2. *Descripción y análisis del personal sanitario empleado para la realización del traslado:* a lo largo de 1998 se han realizado un total de 444 traslados con personal sanitario, 336 con personal de Enfermería y 108 con personal Facultativo, con una media mensual de 28 y 9 respectivamente.
3. *Estudio de los servicios de origen de los traslados:* como se recoge en el gráfico n ° 24, la unidad de origen del hospital, responsable de la mayor parte de los traslados, es urgencias, seguida de la Unidad de Cuidados Intensivos, lo cual queda claramente justificado por las características de la cartera de servicios de este centro.
4. *Descripción del destino de los pacientes trasladados:* como era lógico esperar, prácticamente el 75 % de los pacientes trasladados, tuvieron como hospital de destino, nuestro centro secundario de referencia, el Hospital de Torrecárdenas, seguido por el centro de Referencia primario de Granada, siendo pequeñas las cantidades de otros centros utilizados para el traslado de pacientes muy concretos.

De los traslados con personal sanitario, tenemos datos fiables desde Mayo, destacando que en estos 8 meses se ha realizado un total de 257, quedando reflejados estos datos en el siguiente gráfico

Figura n ° 30. *Distribución absoluta de los traslados realizados desde el mes de mayo de 1998.*

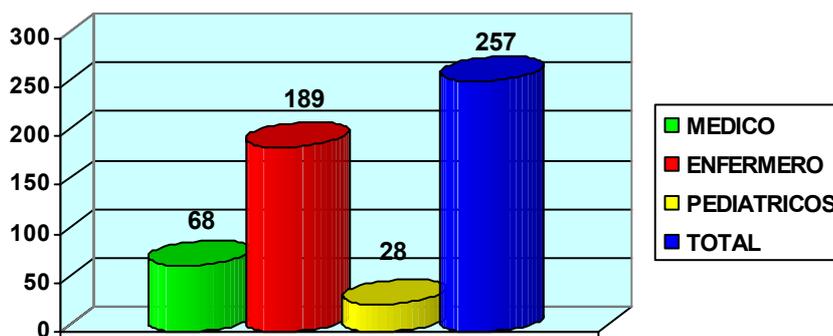


Figura n ° 31. *Servicios de origen de los traslados realizados desde mayo de 1998. Distribución porcentual sobre un total de 257.*

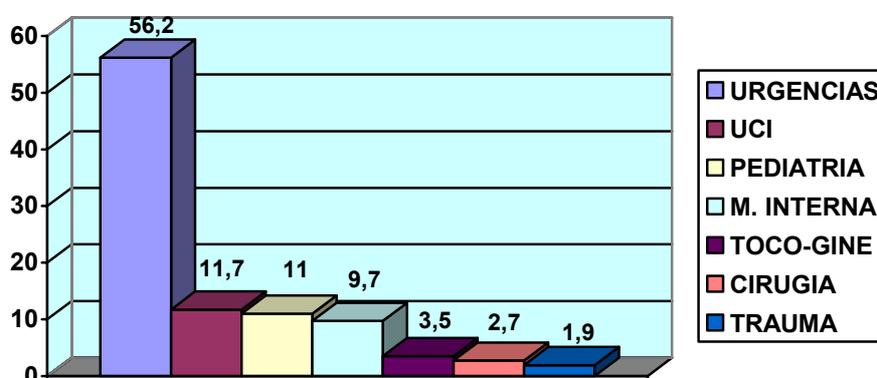
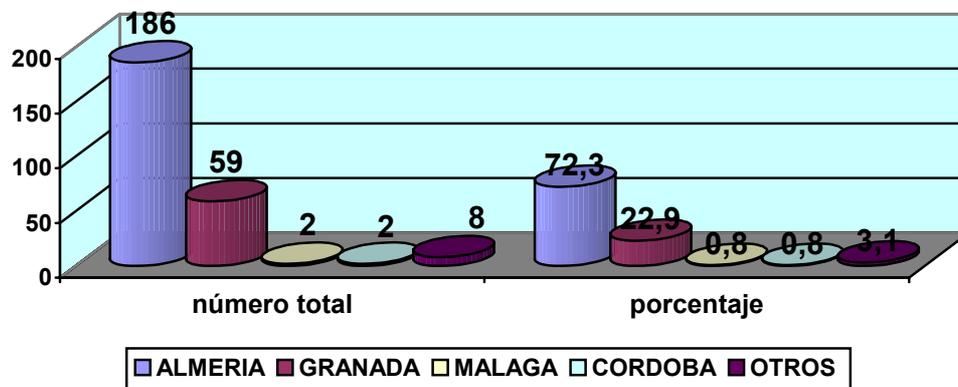


Figura n ° 32. Destino de los pacientes trasladados



Finalmente y a modo de resumen, podemos concluir:

1. La unidad de urgencias del Hospital de Poniente de Almería es una unidad polivalente, de reciente creación, con una estructura arquitectónica, aunque mejorable muy válida, sobre todo debido a su modernidad
2. Los recursos técnicos de los que disponemos, son aceptables considerando que uno de los objetivos que más tarde describiré consistirá en establecer una mejoría de éstos, tanto en el terreno puramente sanitario como en el terreno administrativo. Destacaré la importante y apremiante necesidad de un soporte informático individual y en red, para los profesionales sanitarios de esta área.
3. Por lo que respecta a los recursos humanos, es necesario destacar:



- a) **PERSONAL FACULTATIVO:** actualmente y gracias a la combinación de médicos de plantilla y médicos con contrato a tiempo parcial, no es necesario de forma inmediata la incorporación de nuevos facultativos (basándome en las normas del ACEP³² con la plantilla actual se podrían resolver hasta un máximo de 200 a 220 urgencias diarias). Sin embargo, existe un problema que es necesario solucionar de forma inmediata y consiste en la imposibilidad por el momento de mantener una plantilla estable de médicos con contrato a tiempo parcial, lo cual está generando, un conjunto de problemas con una única solución, *el establecer un conjunto de médicos con contrato a tiempo parcial, pero estables en el tiempo*, de forma que no desaparezcan de nuestro entorno a los seis meses de su llegada, momento en el cual se está consiguiendo de ellos la máxima eficiencia.
- b) **PERSONAL DE ENFERMERÍA Y AUXILIAR:** es imprescindible, generar al menos 1 puesto más de plantilla en personal de enfermería con ubicación, en Observación o Sala de tratamientos rápidos o en la Policlínica, con el objetivo de evitar el trasiego de este tipo de personal entre una y otra zona de la unidad de urgencias, lo cual, lo único que genera es una disminución de la optimización de los recursos disponibles. Así mismo, sería bueno contar con un puesto más de auxiliar para la zona de Observación/Sala de Tratamiento Rápidos, con el objetivo de aumentar la efectividad de las actuaciones en dichas zonas.
- c) **CELADORES:** el problema de los celadores, es algo compartido con la otra unidad hospitalaria que conozco y donde actualmente desempeño mis funciones, la Unidad de Cuidados Intensivos. Actualmente, los celadores, está siendo compartidos entre ambas unidades, lo cual genera, la imposibilidad en la mayor parte de las ocasiones de conseguir una adecuada función en las dos zonas, por lo tanto mi propuesta, no radica en obtener nuevos contratos, más bien, consiste en asignar celadores de actuación exclusiva en UCI y / o Urgencias. De todas formas, entiendo, que este problema no exige una solución inmediata y precisaría de la solución compartida entre el DAIG, el RU y la Supervisión de la unidad.
4. Por lo que respecta a la *relación de los miembros de la unidad con el entorno* ya sea hospitalario (resto de los servicios hospitalarios) o extrahospitalario (atención primaria, EPES, Universidad, etc.), actualmente y reconocido por la mayor parte de los invitados que han venido a conocer nuestras urgencias, recibe el calificativo de **ENVIDIABLE**. Esta definición, que más que definición es un elogio, deriva por una parte del talante social de la mayor parte de los miembros de nuestra unidad y por otra parte del esfuerzo de todos por la integración



hospitalaria y muy especialmente de la integración de las dos unidades que constituyen el Servicio (Urgencias y UCI), hecho que ha sido especialmente difícil o imposible de conseguir en otros servicios de nuestra Comunidad Autónoma. Todo lo anterior, no elimina la necesidad de seguir mejorando o mejor dicho, seguir perfeccionando este talante, sobre todo a nivel extrahospitalario, siendo necesario la integración en todos los aspectos con los dispositivos de atención primaria, dispositivos de atención a las emergencias y con los diferentes estamentos universitarios (tanto de la Universidad de Almería como de la Universidad de Granada), para continuar con la importante labor docente y discente que ya se inició en 1997 con la inauguración del Servicio.

5. Con respecto a los diferentes *parámetros de calidad*, analizados hasta el momento, sería necesario destacar:
 - a) Aumento significativo que ha sufrido la unidad desde su apertura en relación con la afluencia de usuarios a nuestra área, aunque dicho aumento se centre fundamentalmente en patología no grave
 - b) Aumento significativo de las consultas realizadas en urgencias, por iniciativa propia, sin que se establezca el filtro de la atención primaria. Lo cual nos vuelve a imponer la necesidad de mejorar las relaciones con la atención primaria y participar de forma directa con las labores de educación sanitaria de la población de nuestro entorno
 - c) “Pico Horario” en la demanda de asistencia por parte de los usuarios, lo cual fundamenta la necesidad de seguir manteniendo los turnos de trabajo del personal facultativo y enfermería con el objetivo prioritario de optimizar los recursos disponibles
 - d) “Pico Estacional” en la utilización de la unidad de urgencias, sobre todo en los meses de verano. Teniendo en cuenta el carácter turístico de gran parte de la comarca donde desarrollamos nuestra actividad, nos exigirá en un futuro muy próximo la creación de planes de actuación específicos, que incorporarán la necesidad de aumentos temporales de plantilla por una parte y por otra, la necesidad de optimizar recursos, probablemente desarrollando programas de cooperación con los dispositivos de Atención Primaria a las urgencias e incluso con los dispositivos del Sistema de Emergencias Sanitarias
 - e) Necesidad de continuar con el liderazgo desde la unidad de urgencias del equipo de traslados, justificado claramente por los datos recogidos (el 75 % aproximadamente de los traslados, se realiza desde la unidad de urgencias), consiguiendo establecer un programa de



formación continua para los profesionales participantes en este equipo, así como la normalización de todas las actuaciones a seguir, teniendo en cuenta que muchos de los elementos anteriores ya se están iniciando.

Concluiré esta capítulo de la memoria con una famosa frase de Nicolás Maquiavelo en el “Príncipe“:

“ No hay nada más difícil de llevar a cabo, ni de más dudoso éxito, ni más peligroso de controlar, que el comienzo y la continuación de un nuevo orden de cosas “.

2. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENÉRICOS

- 2.1.1. Conocer y describir el perfil del paciente inmigrante que es atendido en la Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería (EPHPA).
- 2.1.2. Determinar las necesidades básicas de salud y los mecanismos de adaptación de nuestro sistema sanitario a la atención del paciente inmigrante en urgencias.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Determinar la actividad asistencial prestada el inmigrante en la Unidad de Urgencias de la EPHPA.
- 2.2.2. Describir el perfil clínico, social y cultural del inmigrante que acude a Urgencias de la EPHPA.
- 2.2.3. Conocer la incidencia, prevalencia y morbilidad de las patologías más frecuentes del inmigrante en la Unidad de Urgencias de la EPHPA.
- 2.2.4. Analizar la influencia de las características socioculturales de la población inmigrante atendida en la Unidad de Urgencias de la EPHPA.



2.2.5. Determinar la adaptación de nuestros recursos sanitarios al fenómeno migratorio.

2.2.6. Conocer las inquietudes de los facultativos de la Unidad de Urgencias de la EPHPA al enfrentarse al paciente inmigrante.

2.3. OBJETIVOS OPERATIVOS

2.3.1. Diseñar una base de datos que permita compartir y mejorar la información que proporcionan los Cuadros de Mandos de nuestro centro.

2.3.2. Analizar de forma retrospectiva las Historias Clínicas de los pacientes inmigrantes que acuden a urgencias, para catalogar el tipo de problema que condiciona su asistencia.

2.3.3. Generar un álbum fotográfico de la patología más prevalente en el inmigrante con fines docentes.

2.3.4. Diseñar una encuesta enfocada a los facultativos de urgencias para conocer su opinión en relación con la atención genérica que se presta al paciente inmigrante en nuestra Unidad de Urgencias.

2.3.5. Diseñar el conjunto de variables que va a definir el perfil clínico del paciente inmigrante que acude a la Unidad de Urgencias.

2.3.6. Aplicar el sistema de estandarización de gravedad de la Unidad de Urgencias a la atención al paciente inmigrante.

2.3.7. Definir los medios de transmisión de la anamnesis utilizados en nuestro centro para comunicarse con el paciente inmigrante.



3. METODOLOGIA

3.1. DISEÑO

Análisis retrospectivo y prospectivo mediante recogida de datos de las historias clínicas de la Unidad de Urgencias, así como de encuestas personales dirigidas a población inmigrante realizado por personal facultativo adscrito a la Unidad de Urgencias.

3.2. PERIODO DE ESTUDIO

Desde el 1 de Enero de 2000 al 1 de Marzo del 2006.

3.3. AMBITO DEL ESTUDIO

Unidad de Urgencias adscrita al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente. Hospital de Primer Nivel de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El Ejido. Almería.

3.4. SUJETOS

Pacientes inmigrantes que demandaron asistencia sanitaria en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

3.5. VARIABLES

3.5.1. Frecuentación y Características de la Atención Sanitaria al Inmigrante

Es imprescindible destacar dos tipos fundamentales de variables:

1. Variables Sociodemográficas





2. Variables Clínicas

1. EUROPA
2. EUROPA DEL ESTE
3. ÁFRICA DEL NORTE
4. ÁFRICA SUBSAHARIANA
5. HISPOAMÉRICA

3.5.2. Perfil Clínico del paciente inmigrante que acude a urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA

1. CONTUSIONES	8. PROBLEMAS GENITO/URINARIOS	5. Prioridad 1	Paciente Crítico	Asistencia Inmediata
2. OFTALMOLOGÍA / OTORRINOLARINGOLOGÍA	9. DOLOR ABDOMINAL	6. Prioridad 2	Paciente Urgente	Tiempo Asistencia: 30 m
3. DERMATOLOGÍA	10. SALUD MENTAL	7. Prioridad 3	Paciente Urgente	Tiempo Asistencia: 50 m
4. HERIDAS	11. PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS	8. Prioridad 4	Paciente Banal	Tiempo Asistencia > 50 m
5. ÁLGIAS OSTEOMUSCULARES	12. INFECCIONES VÍAS RESPIRATORIAS			
6. CEFALES	13. PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS			
7. PROBLEMAS GINECOLÓGICOS	14. OTROS			



1. DOMICILIO
2. ATENCIÓN PRIMARIA
3. ATENCIÓN ESPECIALIZADA
4. OTRO CENTRO HOSPITALARIO
5. ALTA VOLUNTARIA
6. ÉXITUS
7. INGRESO HOSPITALARIO

3.5.3. Influencia de las Características Socioculturales

Nos planteamos como influye en nuestra unidad 2 periodos culturales importantes dentro de la población mayoritaria (musulmana) que acude a nuestra unidad de urgencias.

3.5.3.1. Problemas Lingüísticos: la barrera idiomática

Para valorar la problemática del idioma, nos planteamos si esta barrera influía en las características de la anamnesis así como en la resolución de un diagnóstico. Además valoramos si el paciente se ayudaba de un traductor espontáneo y si esto ayudaba en la asistencia al paciente inmigrante.

Para realizar el estudio elegimos la consulta de Fast-Track ya que es la consulta que asiste casi al 80% de los inmigrantes.

Este estudio se diseñó de forma transversal durante el periodo de 01//03/01 - 01/09/01.

Se incluyeron a todos los inmigrantes mayores de edad con desconocimiento del idioma.

A todos los incluidos en el estudio, el facultativo que los atendía les pasaba una encuesta personal que constaba de 5 ítems:

1. Edad y Género.

2. País de procedencia.

3. Medios para la realización de la anamnesis:

3.1. **Grupo A:** La anamnesis se realiza a través de un acompañante con conocimiento de castellano.

3.2. **Grupo B:** Paciente inmigrante que acude solo y únicamente utiliza palabras aisladas de castellano.

3.3. **Grupo C:** Paciente inmigrante que acude solo, realizándose la anamnesis mediante gestos - mímica.

3.4. **Grupo D:** Paciente inmigrante que acude solo y la anamnesis se realiza de forma mixta; palabras aisladas - mímica.

4. Tiempo de duración de la anamnesis:

4.1. Mayor de 5 minutos.

4.2. Menor de 5 minutos.

5. Diagnóstico:

5.1. Específico.

5.2. Inespecífico.



3.5.3.2. Influencia del Ramadán

Para valorar sin influía el periodo del Ramadán en Urgencias, decidimos comprobar si este periodo aumentaba o disminuía la frecuentación a urgencias y si el motivo de consulta era distinto o no. Además queríamos comprobar si el facultativo de urgencias adecuaba la posología del tratamiento a las características de ayuno de este periodo.

Para esto diseñamos un estudio transversal de una semana de duración (26/11/01 al 3/12/01) en el periodo del ramadán del año 2001, y lo comparamos con un periodo fuera del ramadán.

1. **Sujetos:** Pacientes inmigrantes musulmanes que acudieron solicitando asistencia sanitaria a nuestra Unidad de Urgencias en los periodos de estudio
2. **Mediciones:** A partir de una encuesta personal mediante cuestionario con los siguientes ítems, se aplicó en los 2 periodos:
 - 2.1. Edad y Género.
 - 2.2. Ramadán: Si o No.
 - 2.3. País de procedencia
 - 2.4. Motivo de consulta
 - 2.5. Posología del tratamiento.
 - 2.5.1. cada 8 / horas.
 - 2.5.2. Cada 12 / horas.
 - 2.5.3. Cada 24 / horas.



3.5.3.3. Influencia del “Día del Cordero”

1. **Diseño:** Estudio transversal retrospectivo.
2. **Periodo del estudio:** Mes de enero del 2006.
3. **Sujetos:** Pacientes inmigrantes que acudieron solicitando asistencia sanitaria a nuestra Unidad de Urgencias en los periodos de estudio.
4. **Mediciones:** Número de urgencias al día en el mes de Enero.

3.5.4. Diferencia del Concepto de Salud y Enfermedad en el paciente inmigrante

Existe definido en la bibliografía consultada que la población inmigrante tiene algunas peculiaridades diferentes con respecto al concepto de salud y enfermedad.

Para valorar este concepto se realizaron dos estudios:

1. Pacientes con pérdida de agudeza visual que nunca consultan por dicho motivo:

1.1. **Diseño:** Estudio transversal prospectivo.

1.2. **Periodo del estudio:** Marzo del 2005.

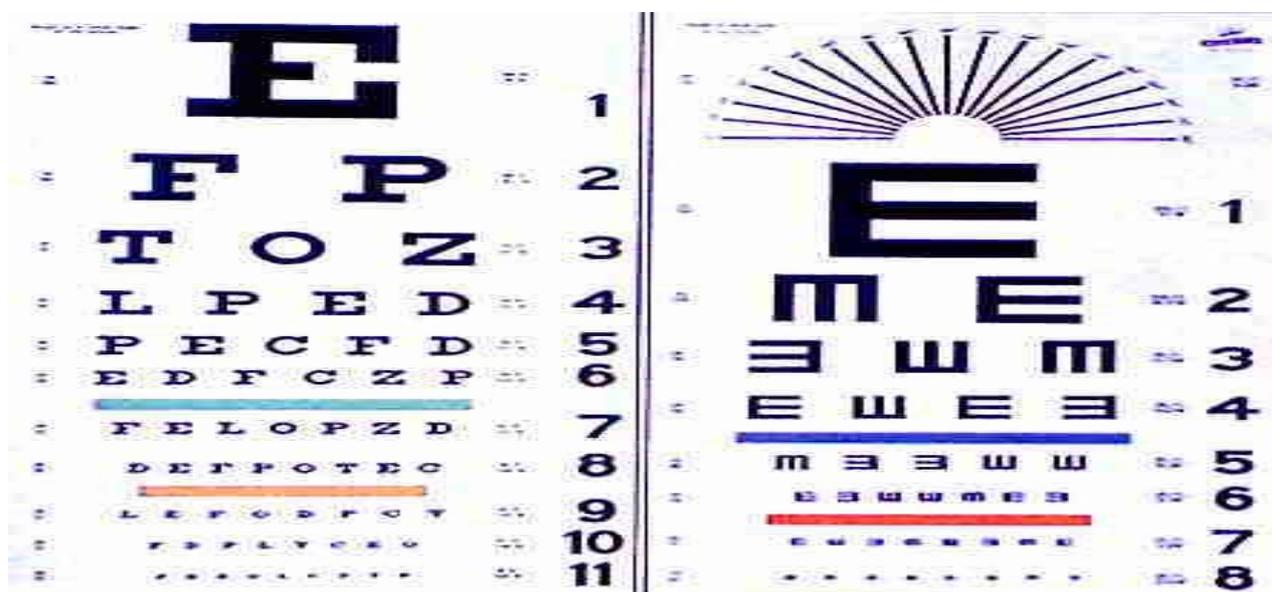
1.3. **Sujetos:** Pacientes inmigrantes que acudieron solicitando asistencia sanitaria a nuestra Unidad de Urgencias en los periodos de estudio.

1.4. **Mediciones:** Se les preguntó a todos los inmigrantes que acudieron a urgencias:

1.4.1. Si alguna vez fue valorada, en su país de origen o en España, la agudeza visual:
SI/NO.

1.4.2. Si tenían pérdida de agudeza visual. SI/NO.

1.4.3. A todos los pacientes se les realizó un examen de agudeza visual con la Tabla de la “E” de Snellen.



2. Pacientes con detección casual de patologías, que no solicitan asistencia por dicho motivo

2.1. **Diseño:** Estudio transversal prospectivo.

2.2. **Periodo del estudio:** Marzo del 2005.

2.3. **Sujetos:** Pacientes inmigrantes que acudieron solicitando asistencia sanitaria a nuestra Unidad de Urgencias en los periodos de estudio.

2.4. **Mediciones:** El facultativo de urgencias tras tratar el motivo de consulta, realizaba la exploración de la agudeza visual, además exploración bucal y dérmica.

3.5.5. *Trastornos Adaptativos al entorno*

1. Trastornos de Ansiedad en el paciente inmigrante

1.1. **Diseño:** Estudio transversal prospectivo.

1.2. **Periodo del estudio:** desde Julio-2002 hasta Julio-2003.

1.3. **Sujetos:** paciente inmigrante que acudía a urgencias con crisis de ansiedad.

1.4. **Mediciones:** A todos los pacientes que acudían a urgencias por trastornos relacionados con ansiedad, se recogieron las siguientes variables:

1.4.1. Género

1.4.2. Edad

1.4.3. País de Procedencia

1.4.4. Datos Clínicos

1.4.5. Etiología

1.4.6. Exploraciones complementarias

1.4.7. Tratamiento

1.4.8. Episodios previos

1.4.9. Resultados de la revisión en salud mental



(FOTO: AFP)



2. Agresiones en población inmigrante:

2.1. **Diseño:** Estudio transversal prospectivo.

2.2. **Periodo del estudio:** desde Julio-2002 hasta Julio-2003.

2.3. **Sujetos:** paciente inmigrante que acudía a urgencias por agresión.

2.4. Mediciones:

2.4.1. edad

2.4.2. género

2.4.3. país de procedencia

2.4.4. tiempo de estancia en España

2.4.5. situación laboral

2.4.6. tipo de agresión (físico, con arma o sin ella, sexual)

2.4.7. tipo y localización de las agresiones

2.4.8. signos de intoxicación etílica

2.4.9. motivo de la pelea

2.4.10. destino final al alta

3. Adaptación al medio laboral: intoxicación por pesticidas organofosforados

3.1. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

3.2. **Periodo de estudio:** Del 2001 al 2003.

3.3. **Sujetos:** Pacientes atendidos por intoxicación de pesticidas OF en nuestra unidad en el periodo de estudio.



3.4. Mediciones: Se recogieron de la ficha de control en la intoxicación por organofosforados (del servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Poniente) las distintas variables:

- 3.4.1. Edad
- 3.4.2. Género
- 3.4.3. Nacionalidad
- 3.4.4. Municipio
- 3.4.5. Régimen laboral
- 3.4.6. Intoxicaciones previas
- 3.4.7. Vía de intoxicación
- 3.4.8. Diploma de manipulador
- 3.4.9. Uso de protección
- 3.4.10. Clínica
- 3.4.11. Nivel de colinesterasa (valor Normal 5400-13200)
- 3.4.12. Tratamiento
- 3.4.13. Evolución



3.5.6. Consideraciones especiales sobre patologías específicas

1. Hemorragia digestiva alta en población inmigrante

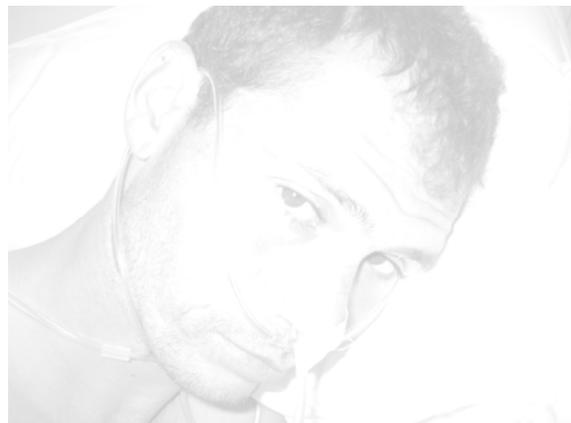
1.1. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

1.2. **Periodo de estudio:** Enero-2000 hasta Febrero-2005.

1.3. **Sujetos:** Pacientes inmigrantes que fueron diagnosticados de hemorragia digestiva alta en urgencias.

1.4. **Mediciones.** Variables de estudio:

- 1.4.1. Edad
- 1.4.2. Género
- 1.4.3. Nacionalidad



- 1.4.4. Antecedentes Personales
- 1.4.5. Hábito Enólico y Tabaquismo
- 1.4.6. Historia de ingesta de antiinflamatorios
- 1.4.7. Actividad de la lesión
- 1.4.8. Clasificación de Forrest
- 1.4.9. Localización de ulcus péptico
- 1.4.10. Esclerosis endoscópica
- 1.4.11. Recidiva de HDA
- 1.4.12. Necesidad de cirugía
- 1.4.13. Días de estancia hospitalaria
- 1.4.14. Exitus



2. Patología urológica en población inmigrante:

2.1. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

2.2. **Periodo del estudio:** Del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001.

2.3. **Mediciones:** Se recogieron de las historias clínicas las siguientes variables:

- 2.3.1. Edad
- 2.3.2. Sexo
- 2.3.3. País de origen
- 2.3.4. Motivo de consulta
- 2.3.5. Origen de la derivación



3. Brucelosis aguda en paciente inmigrante

3.1. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

3.2. **Periodo de estudio:** Del 1 de Enero de 2001 al 15 de Noviembre de 2003.

3.3. **Sujetos:** Pacientes diagnosticados de Brucelosis Aguda tras el Test de Rosa Bengala Positivo.

3.4. **Mediciones:** Se recogieron de las Historias Clínicas con Rosa Bengala Positivo las siguientes variables:

- 3.4.1. Edad
- 3.4.2. Género
- 3.4.3. Nacionalidad
- 3.4.4. Profesión
- 3.4.5. Vía de transmisión
- 3.4.6. Síntomas
- 3.4.7. Duración del cuadro
- 3.4.8. Serología
- 3.4.9. Complicaciones
- 3.4.10. Tratamiento



3.5.7. Enfermedades Hereditarias en Urgencias

Realizamos en estudio de las enfermedades genéticas de la población inmigrante que acudía a urgencias. La manifestación clínica más frecuente de estas enfermedades (mayoritariamente asintomáticas) es la anemia.

En urgencias realizamos por protocolo el estudio de anemias en pacientes con Hemoglobina < 8 g/dl.

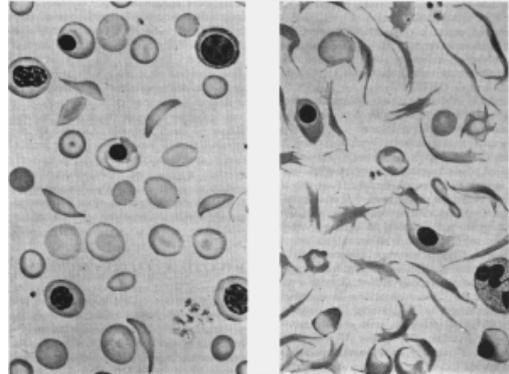
El objetivo era conocer la etiología y características de la anemia severa en la población inmigrante que acudía a nuestro servicio de urgencias, así como determinar si existían diferencias entre esta población y la autóctona.

1. **Diseño:** estudio transversal retrospectivo.
2. **Periodo del estudio:** Enero a Diciembre del 2004.

3. **Sujetos:** Todos los pacientes que acudieron a urgencias y se les detecta una cifra de hemoglobina inferior a 8 g/dl.

4. **Variables:**

- 4.1. Edad
- 4.2. Género
- 4.3. Cifra de hemoglobina
- 4.4. Etiología de la anemia



3.5.8. Enfermedades endémicas (transmisibles) del paciente inmigrante

Se realizó un estudio donde recogimos todas las enfermedades endémicas que se diagnosticaron en urgencias (2000 al 2005).

De las más frecuentes se realizó un estudio más detallado de sus características:

1. Tuberculosis
2. Paludismo
3. Esquistosomiasis
4. Parasitosis intestinales
5. Enfermedades de Transmisión Sexual

3.5.8.1. Perfil sociodemográfico y clínico del paciente inmigrante que se diagnostica de tuberculosis en urgencias.

1. **Diseño:** estudio transversal retrospectivo.

2. **Periodo del estudio:** Desde enero del 2000 a Diciembre del 2005.

3. **Variables:**

3.1. Edad

3.2. Género

3.3. Nacionalidad

3.4. Año de diagnóstico

3.5. Estancia en España (años)

3.6. Número de convivientes en domicilio

3.7. Número de asistencias a urgencias relacionadas con la enfermedad

3.8. Antecedentes de tuberculosis previa

3.9. Clínica

3.9.1. Duración de la fiebre (días)

3.9.2. Presencia de hemoptisis

3.9.3. Tos

3.9.4. Dolor torácico/costal

3.9.5. Disnea

3.9.6. Astenia

3.9.7. Otros

3.10. Enfermedades concomitantes: VIH, VHB, VHC

3.11. Radiografía de tórax:

3.11.1. Normal

3.11.2. Patológica:

3.11.2.1. Condensación

3.11.2.1.1. apical

3.11.2.1.2. lóbulo medio

3.11.2.1.3. lóbulo inferior

3.11.2.2. patrón miliar

3.11.2.3. condensación bilobulada

3.12. Baciloscopia





- 3.13. Complicaciones
- 3.14. Días de ingreso

3.5.8.2. Pacientes inmigrantes diagnosticados de paludismo

El objetivo era determinar las características demográficas, clínicas y analíticas de los casos de paludismo diagnosticados en nuestras urgencias.

1. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.
2. **Periodo del estudio:** Enero 1998 a diciembre de 2005.
3. Se recogieron **variables** demográficas, clínicas y analíticas:



- a. Edad
- b. Nacionalidad
- c. Duración de la clínica (días)
- d. Síntomas
- e. Tipo de Plasmodium
- f. Analítica: Hemoglobina (g/dl)/ Leucocitos($\times 10^9/l$)/ Plaquetas($\times 10^9/l$)
- g. Tratamiento

95

3.5.8.3. Pacientes inmigrantes diagnosticados de esquistosomiasis

1. **Diseño:** Estudio transversal retrospectivo.
2. **Periodo del estudio:** Enero 2000 a diciembre 2005.
3. **Variables:**



1.1. Nombre del paciente

1.2. Fecha de Ingreso



82



- 1.3. Género
- 1.4. Edad
- 1.5. País de origen
- 1.6. Estancia en España
- 1.7. Retorno al país de origen
- 1.8. Hematuria
- 1.9. Síndrome miccional
- 1.10. Fiebre
- 1.11. Eosinofilia
- 1.12. Creatinina
- 1.13. Sedimento de orina
- 1.14. Radiología de Abdomen
- 1.15. Tratamiento establecido
- 1.16. Complicaciones

3.5.8.4. Pacientes inmigrantes diagnosticados en urgencias de parasitosis intestinales:

1. **Diseño:** Estudio transversal retrospectivo.
2. **Periodo del estudio:** Enero 2000 a diciembre 2005.
3. **Método:** Se recogieron todas las solicitudes de búsqueda de parásitos en heces que fueron positivas del servicio de microbiología, y se seleccionaron las peticiones que se solicitaron de 96 urgencias. Con el número de historia clínica accedimos a la historia de urgencias.
4. **Variables:** De la historia clínica recogimos las siguientes variables:

- 4.1. Edad
- 4.2. Género
- 4.3. Nacionalidad
- 4.4. Clínica
- 4.5. Tiempo de Evolución
- 4.6. Eosinofilia: SI/NO
- 4.7. Parásito en heces:



3.5.8.5. Perfil Clínico del paciente diagnosticado de una enfermedad de transmisión sexual

1. **Diseño:** Estudio transversal retrospectivo.
2. **Periodo del estudio:** Enero 2004 a diciembre 2005.
3. **Método:** Se recogieron todas las historias de urgencias de la consulta de Fast Track (donde normalmente se atiende el 90% de esta patología) que tenían como diagnóstico cualquier enfermedad venérea de transmisión sexual y se analizaron las siguientes variables:



- 3.1. Edad
- 3.2. Género
- 3.3. Nacionalidad
- 3.4. Estado civil
- 3.5. Tiempo en días del contacto sexual
- 3.6. Diagnóstico
- 3.7. Utilización de método de barrera (preservativo)
- 3.8. Solicitud de cultivo y/o antibiograma del exudado



3.5.9. Patología atendida en urgencias a pacientes inmigrantes interceptados en patera.

97

Este estudio se realizó para determinar:

1. Volumen asistencial de un dispositivo sanitario de asistencia médica “in situ” a pateras y las derivaciones a urgencias de nuestro hospital.
2. Patologías atendidas y frecuencia.
3. Distribución temporal de asistencias y meses de mayor incidencia.



1. **Diseño:** Estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo y observacional.
2. **Sujetos:** Inmigrantes que llegaron a la costa almeriense, siendo atendidos “in situ” por personal sanitario y voluntario dedicados a Inmigrantes que llegan por mar “ilegalmente” en “pateras” interceptadas por la autoridad competente.
3. **Periodo del estudio:** Marzo- Diciembre de 2005.
4. **Mediciones:** Se recogieron las siguientes variables:
 - 4.1. nº de inmigrantes que recibieron asistencia médica por parte del dispositivo.
 - 4.2. Distribución y frecuencia de la patología atendida.



- 4.3. Tipo de intervención.
- 4.4. Distribución de asistencia por meses.
- 4.5. Derivaciones a Urgencias Hospitalarias.

3.5.10. Encuesta sobre el fenómeno de la inmigración realizada a los facultativos de urgencias

A los adjuntos de nuestra unidad de urgencias se les encuestó sobre como influía y como podían mejorar la asistencia del inmigrante a urgencias.

La encuesta valoraba las siguientes variables:

98

1. Edad del facultativo
2. Años de experiencia en urgencias
3. ¿Piensas y en qué influye el fenómeno de la inmigración en nuestra unidad de urgencias?
4. ¿Cuáles son los problemas principales que te encuentras a la hora de asistir al inmigrante?
5. ¿Qué soluciones plantearías para mejorar la asistencia de dicha población?
6. ¿Piensas que deberíamos realizar una formación específica en la atención al inmigrante?

3.6. MÉTODO ESTADÍSTICO

Para atender a los objetivos de este trabajo, se llevo a cabo un análisis estadístico con las variables disponibles, que se resume en los siguientes pasos:

1. Para el conjunto de los individuos se llevo a cabo un análisis descriptivo para todas las variables; para cada variable se obtuvo su tabla de frecuencia y en los casos que fue posible se usaron medidas clásicas de resumen como, la media, mediana, cuartiles, el rango y la desviación típica.
2. La comparación se realizó de doble manera, si la variable era cuantitativa se empleó Análisis de la Varianza de una vía, si daba significativo, se llevaban a cabo comparaciones por parejas según metodología de Bonferrini. Si la variable era cualitativa se realizó tabla de contingencia y el estadístico Chi- cuadrado y Test exacto de Fisher para tablas de contingencia.



3. En todos los casos se aplicó el programa estadístico SPSS.V.13.0
4. Definimos en todos los casos significación estadística $p < 0,05$.
5. Búsqueda bibliográfica

4. RESULTADOS

4.1. Características de la Asistencia al Inmigrante en la Unidad de Urgencias

99

4.1.1. ÍNDICE DE FRECUENTACIÓN

El número total de pacientes inmigrantes atendidos en urgencias entre los años 2000 y 2005 fue de 137.786 (19,20% del total de las urgencias).

Figura n ° 33. Distribución comparativa por años entre el número total de urgencias atendidas y el número total de urgencias en pacientes inmigrantes.

AÑO/Nº URGENCIAS TOTALES/ Nº URGENCIAS INMIGRANTES

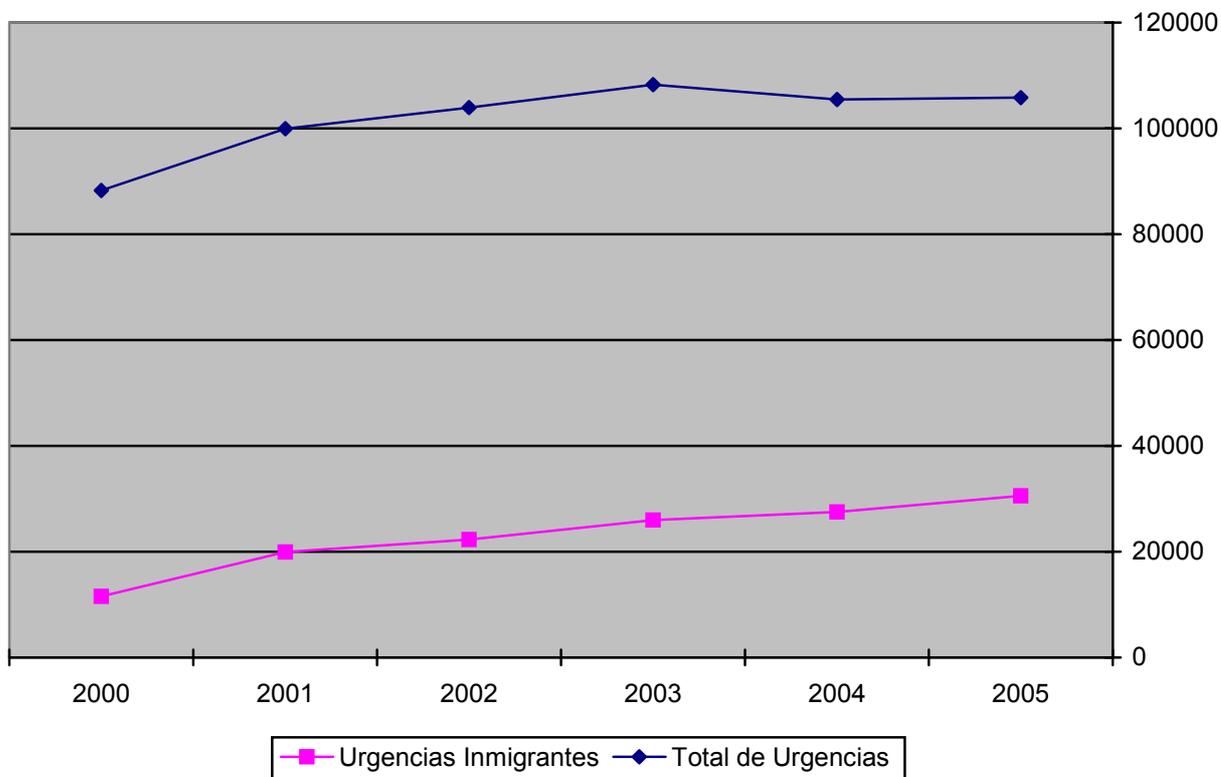


Figura n °34. Distribución comparativa por años del porcentaje de urgencias atendidas en inmigrantes con respecto al total de urgencias.

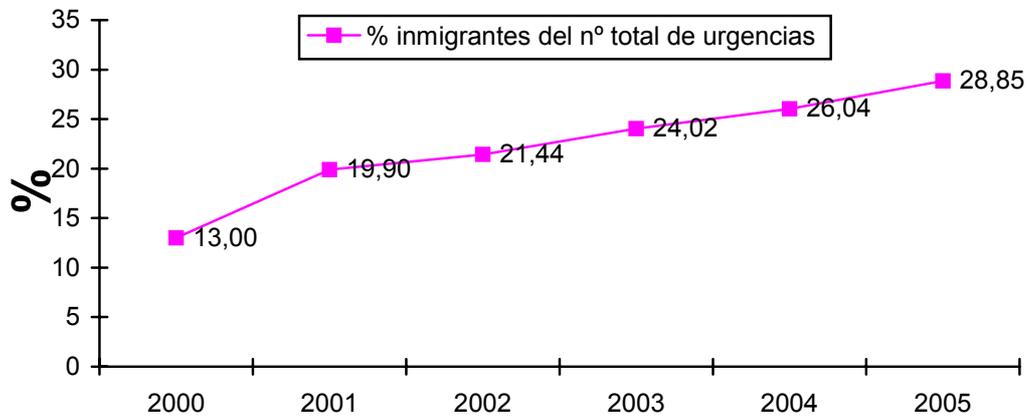


Figura n ° 35. Distribución de los pacientes inmigrantes atendidos en urgencias según año/mes:

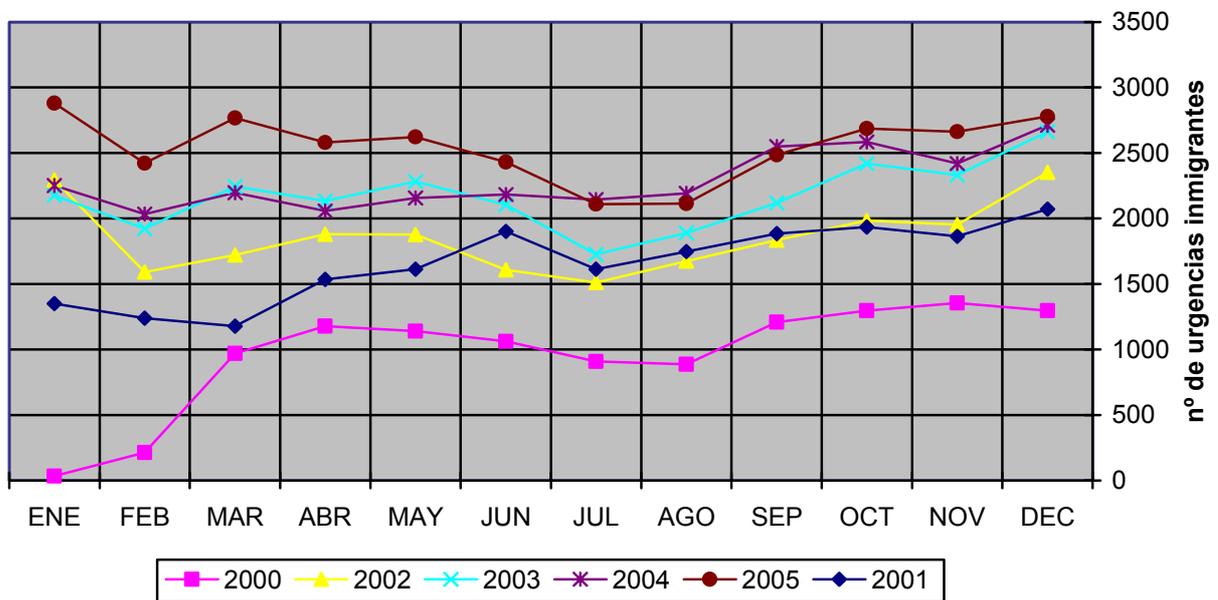


Figura n °36. Distribución de los pacientes atendidos en urgencias según día de la semana:

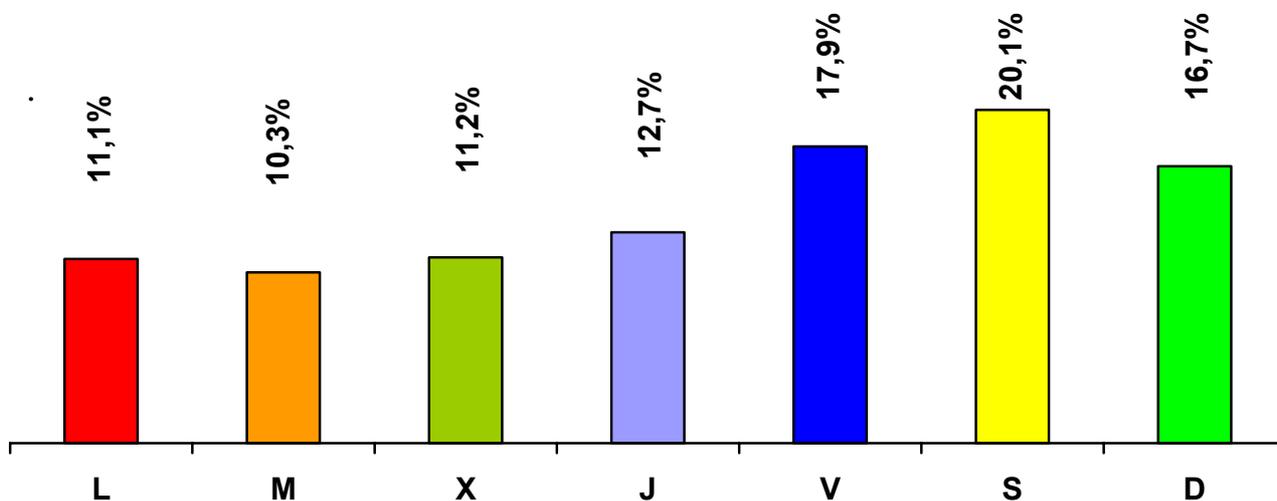
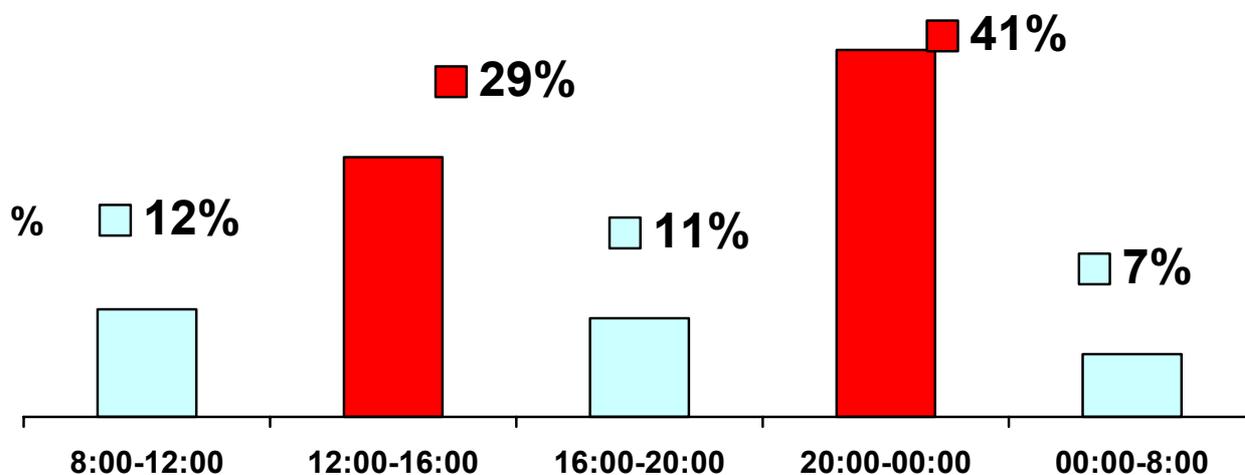
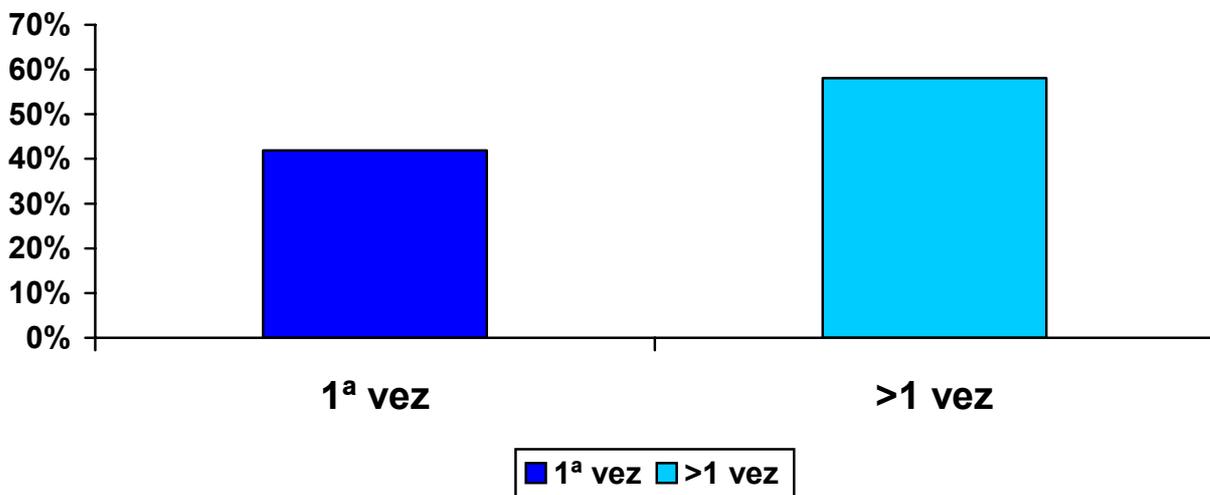


Figura n ° 37 . Distribución de los inmigrantes atendidos en urgencias según horario:



Por lo que respecta a la hiperfrecuentación, el 41,9% acude al servicio de urgencias por primera vez y el 58,1% más de una vez, siendo la media de frecuentación de 1,7.

Figura n ° 38 . Distribución de la hiperfrecuentación en el paciente inmigrante



4.1.2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTE INMIGRANTES

Figura n ° 39. Distribución de los pacientes inmigrantes según género y año:

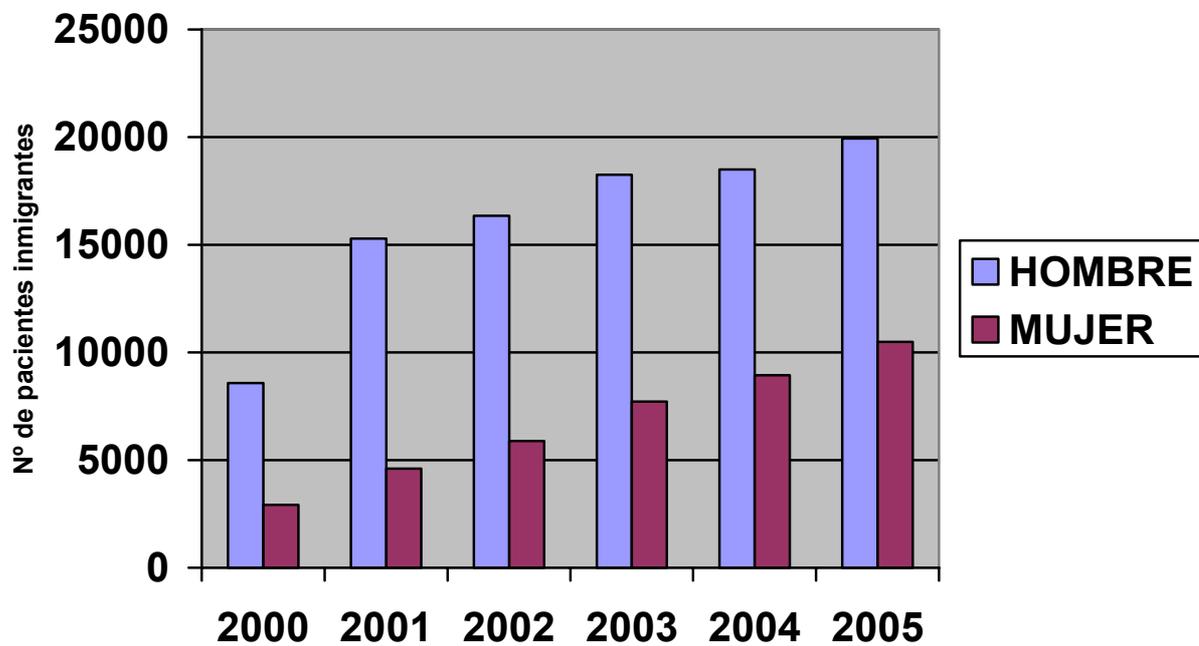
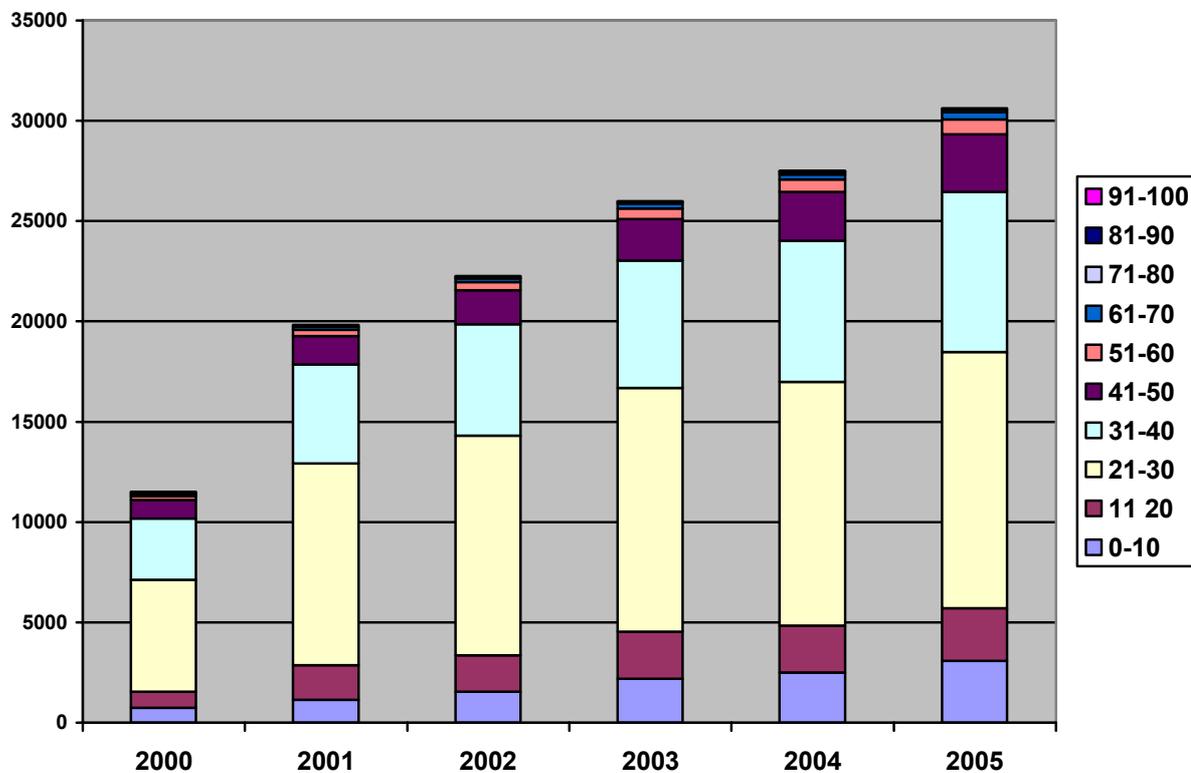
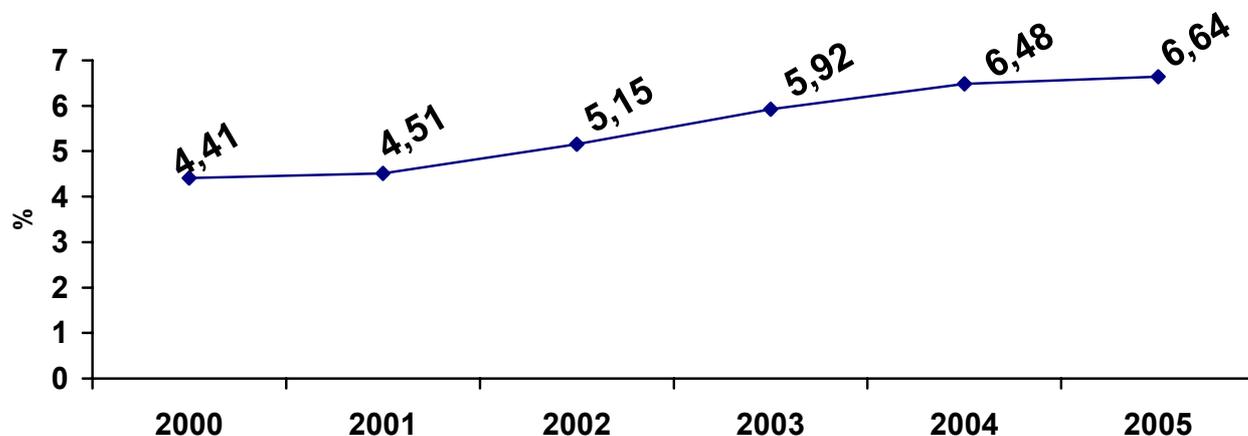


Figura n ° . Distribución de los pacientes inmigrantes por año y rango de edad:



4.1.3. DISTRIBUCIÓN (%) DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES INMIGRANTES



4.1.4. LEGALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN SANITARIA DEL INMIGRANTE (tarjeta sanitaria)

Cuando los pacientes inmigrantes acuden a urgencias son atendidos inicialmente en el Zona de Admisión, donde se les solicita la tarjeta sanitaria. Dependiendo de la posesión o no de esta tarjeta, se realiza la siguiente clasificación administrativa:

1. **00/**. No disponen de tarjeta sanitaria. Habitualmente se trata de inmigrantes ilegales
2. **60/**. Identificación para inmigrantes no legalizados que permite la asistencia sanitaria gratuita. Se trata también de pacientes ilegales
3. **Sin 60 / ni 00 /**. Disponen de la tarjeta sanitaria. Suelen ser inmigrantes con permiso de residencia.

Figura n ° 41. Número de pacientes inmigrantes relacionado con la posesión o no de tarjeta sanitaria y sus diferentes tipos.

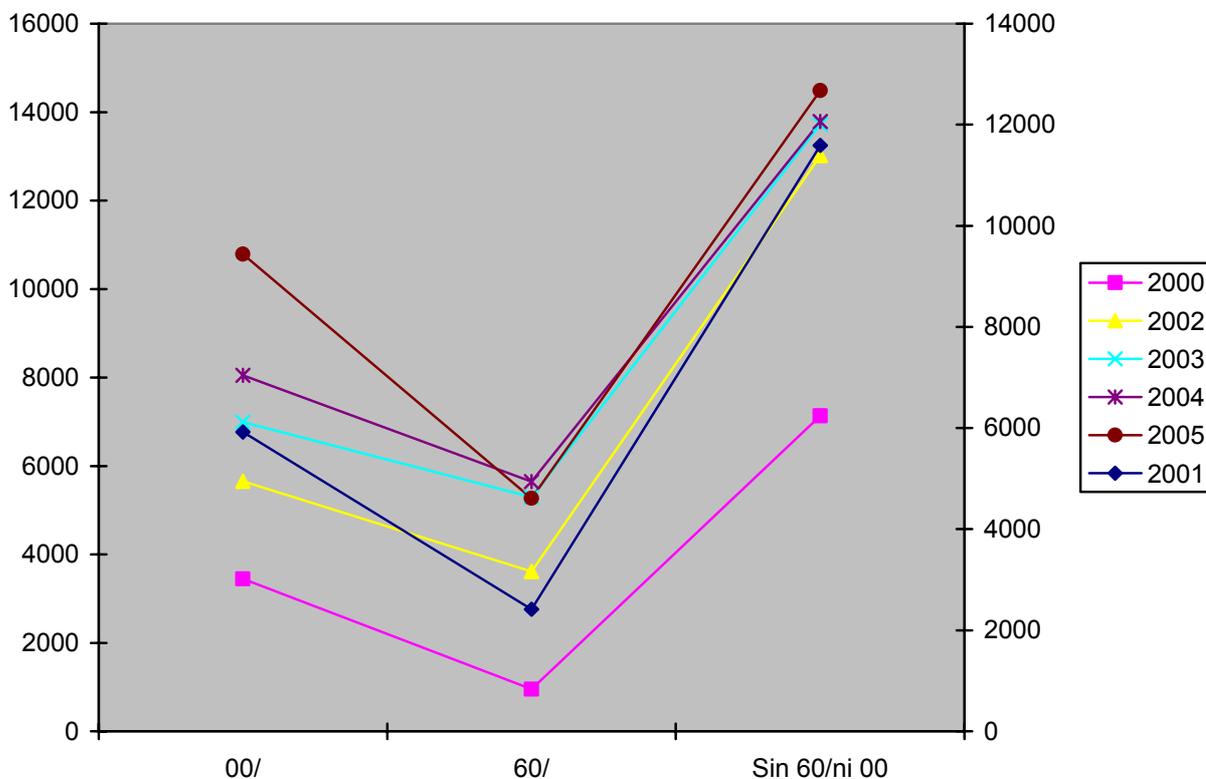


Figura n ° 42. Distribución de los inmigrantes totales según posesión o no de tarjeta sanitaria:

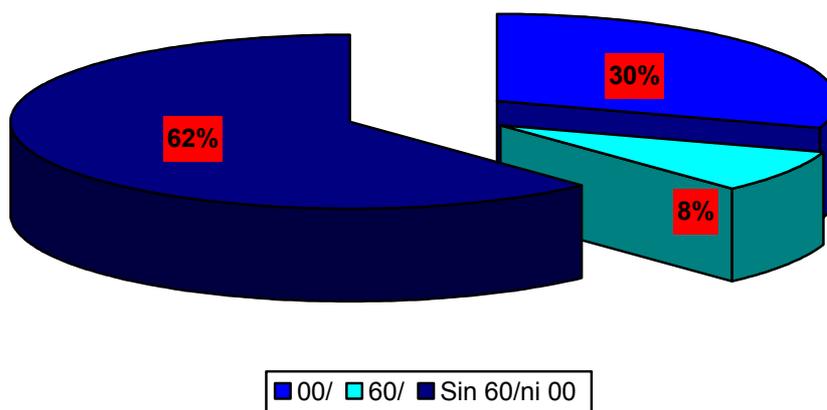
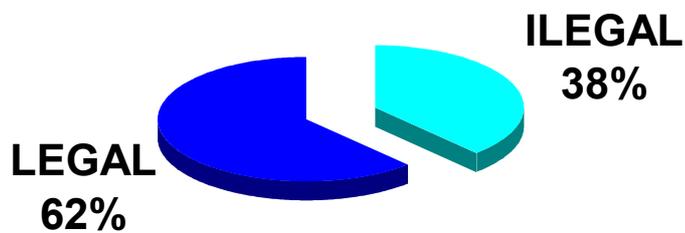


Figura n ° 43 . Porcentaje de paciente inmigrante legal vs ilegal:



INMIGRANTE LEGAL: dispone de permiso de residencia y trabajo en España.

INMIGRANTE ILEGAL: no dispone de permiso de residencia ni trabajo reconocido en España

4.1.5. RELACIÓN ENTRE FRECUENTACIÓN Y POSESIÓN DE TARJETA SANITARIA

Tras realizar un análisis estadístico entre las variables de frecuentación y posesión o no de tarjeta sanitaria, encontramos significación estadística con $p < 0.05$:

Figura n ° . Relación entre hiperfrecuentación y posesión de la tarjeta sanitaria

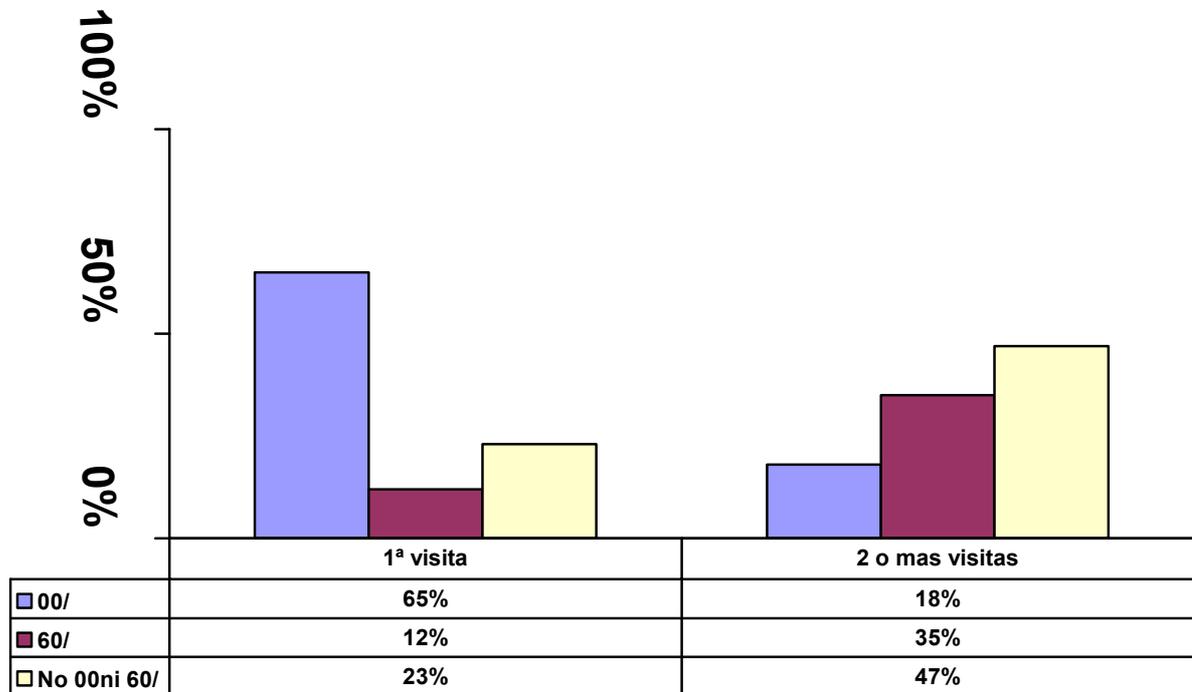


Figura n ° 45. Relación entre horario de asistencia y posesión de la tarjeta sanitaria

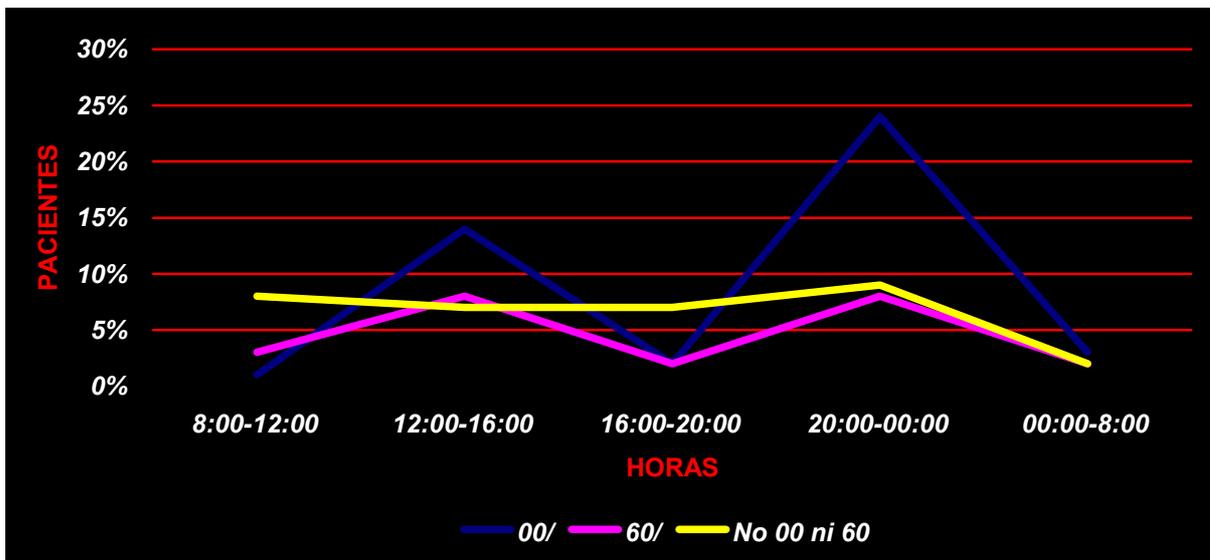
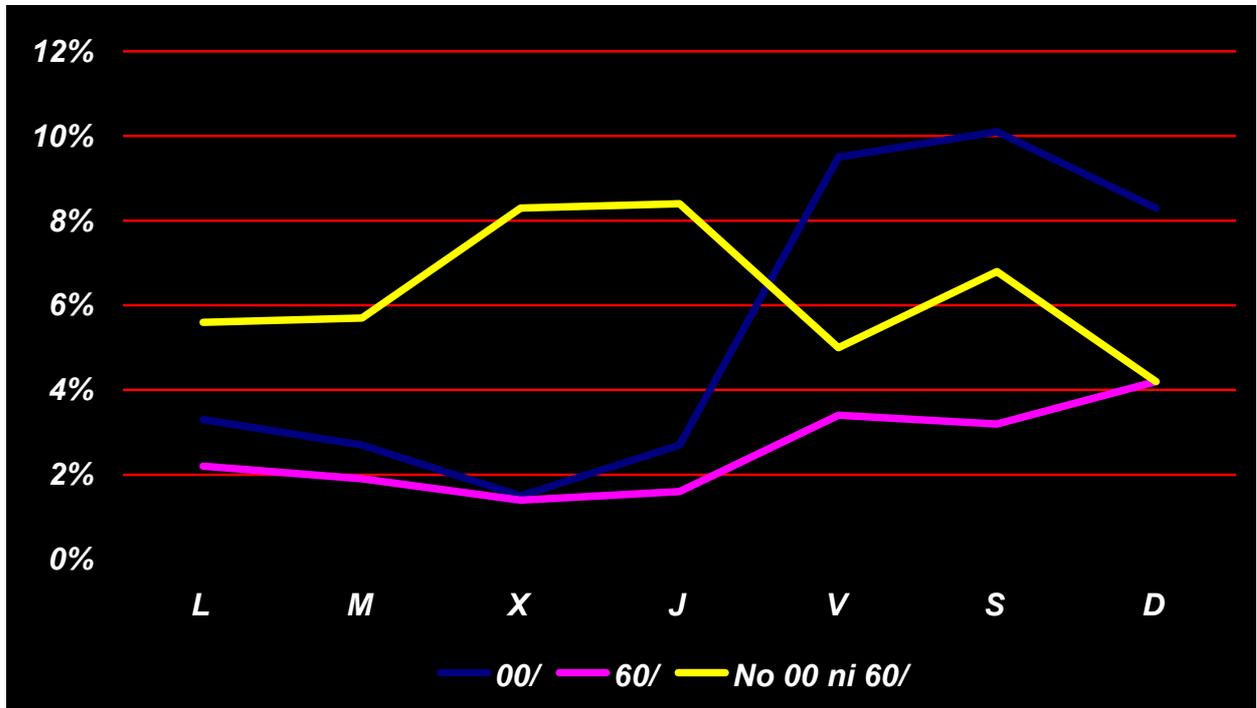


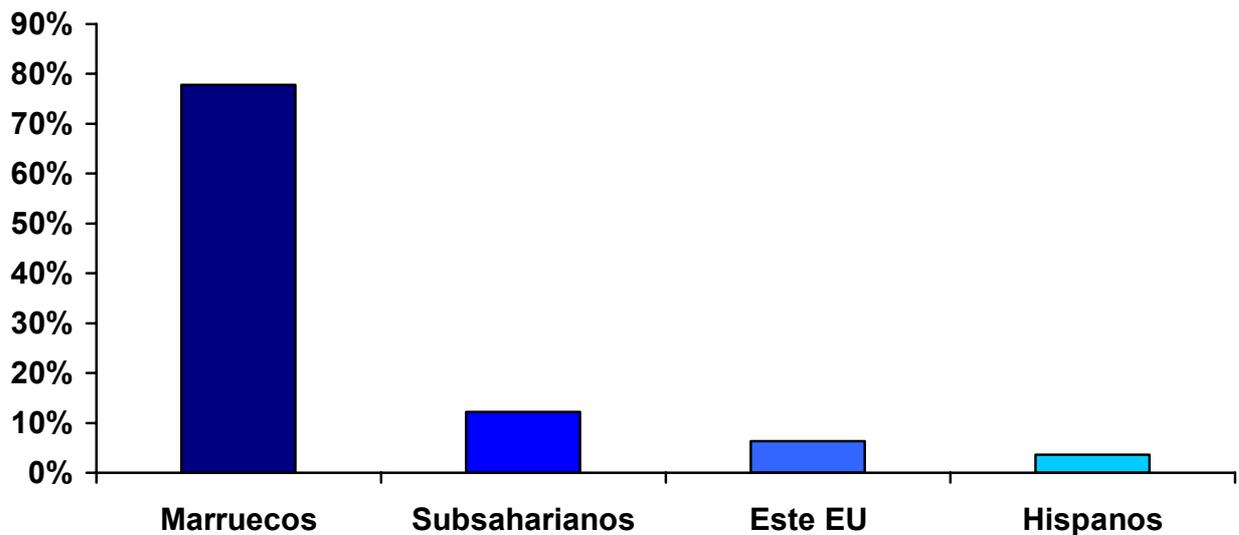
Figura n ° 46. Relación entre día de asistencia y posesión de la tarjeta sanitaria



4.2. Perfil Socio - Sanitario del paciente inmigrante

4.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE INMIGRANTE

De los pacientes encuestados (N=3245), el 77´9% son hombres y el 22´1% son mujeres. El 98% tiene una edad comprendida entre 18 y 40 años. El 77´8% procede del Norte de África y el resto, un 22´2%, de países subsaharianos, América del Sur y Países de la Europa del este.



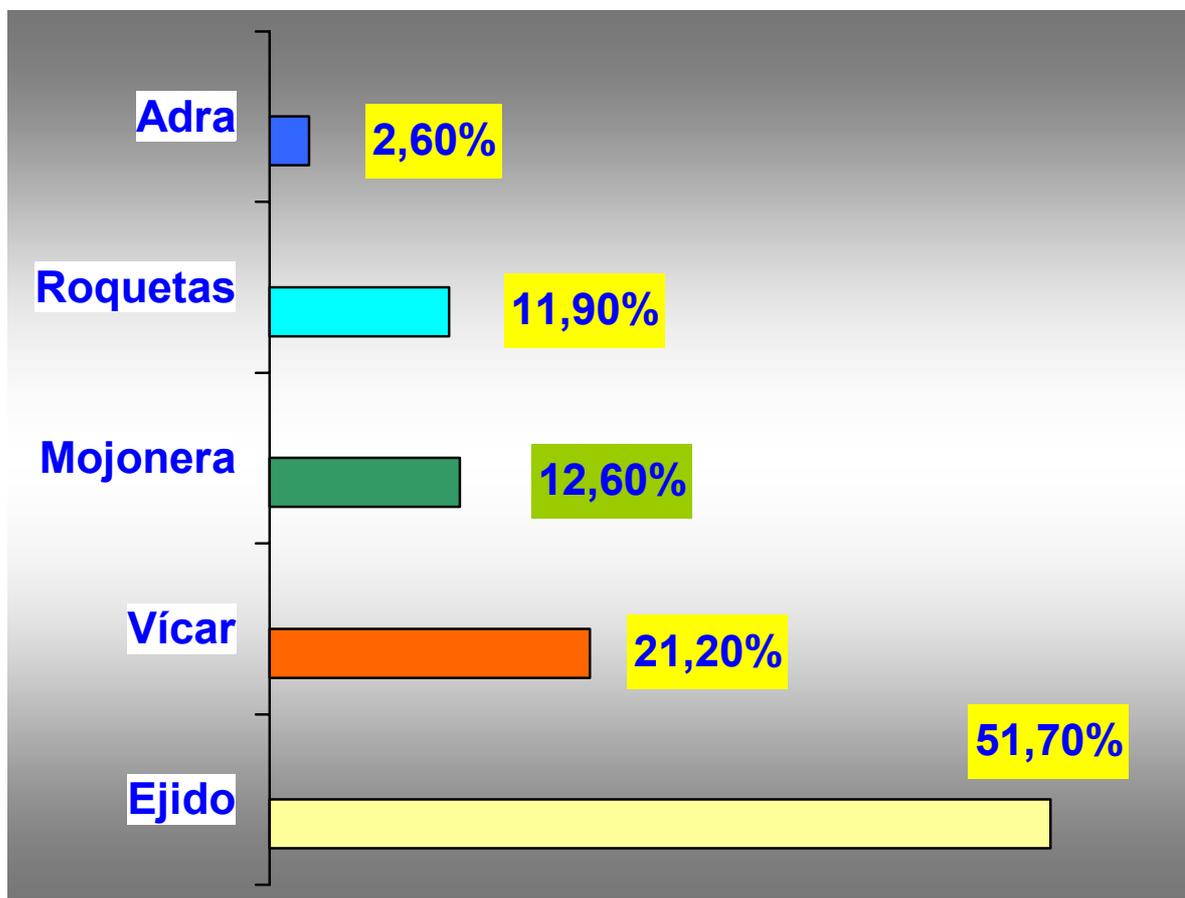
El 51´7% de los inmigrantes encuestados reside en la Zona Básica de Salud (ZBS) de El Ejido, el resto de los pacientes inmigrantes en:

1. V́icar
2. Adra
3. La Mojonera
4. y sobre todo, Roquetas de Mar.



Por lo que respecta al tiempo de permanencia en España:

1. el 69,7% llevan menos de dos años
2. y el 33´3% más de 2 años.



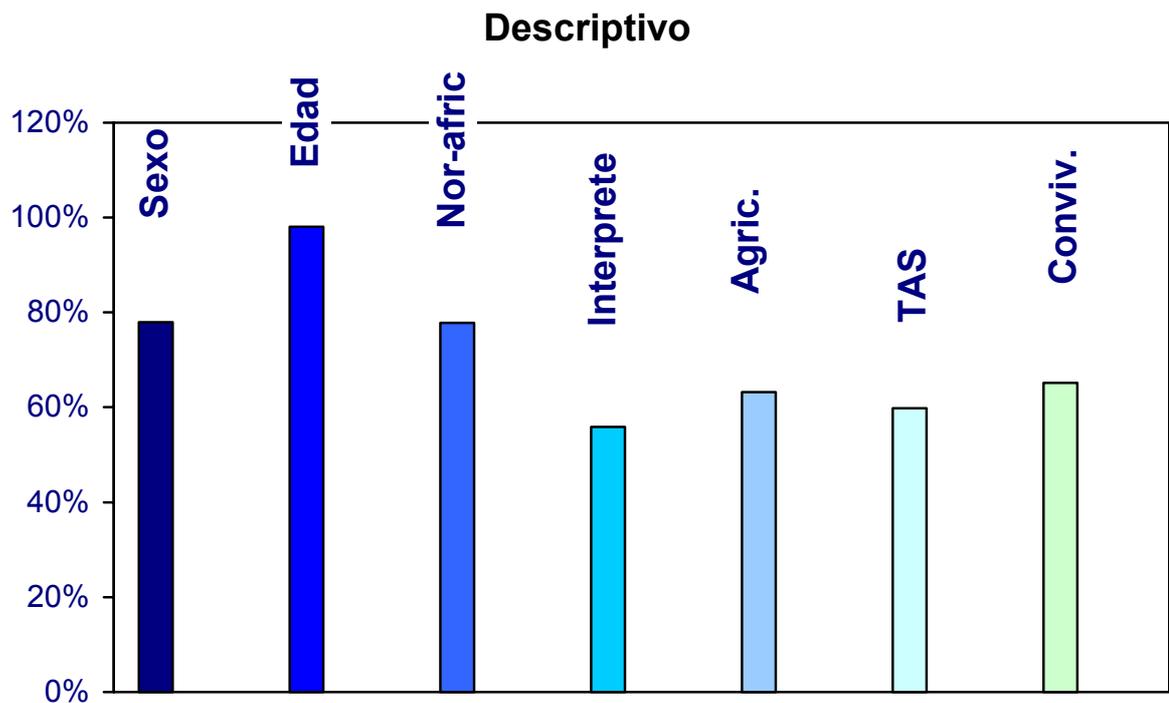
Por lo que respecta al dominio del idioma, el 55,9% de los inmigrantes encuestados precisan un intérprete para sus relaciones habituales y el 44,1% presenta un nivel aceptable de castellano.

Respecto a su formación el 43'2% tiene un nivel de estudios básico, el 19'5% un nivel medio-superior y el 37'3% son analfabetos funcionales.

El 63'2% trabajan en el sector agrario, el 25'2% se encuentran en paro y el 12'5% trabajan en el sector servicios.

El 59'8% disponen de tarjeta de asistencia sanitaria (TAS) y el 40'2% carece de ella.

Si observamos el entorno convivencial, el 65´1% conviven con compañeros, el 29´1% vive con la familia y el 5,8% viven solos. El 64´5% viven en una casa de dos habitaciones y el 35´5% en una casa con más de dos habitaciones.



Sexo. Varón./**Edad.** 18-40 años./ **TAS.** Posesión de tarjeta sanitaria./**Convivencia.** compañeros

De todo lo anteriormente expuesto se deduce que el perfil del paciente inmigrante que acude a la unidad de urgencias del Hospital de Poniente de Almería se caracteriza por:

1. Paciente varón de 18 a 40 años de edad
2. Dispone de la tarjeta sanitaria
3. Nacionalidad, marroquí





4. Convive con sus compañeros

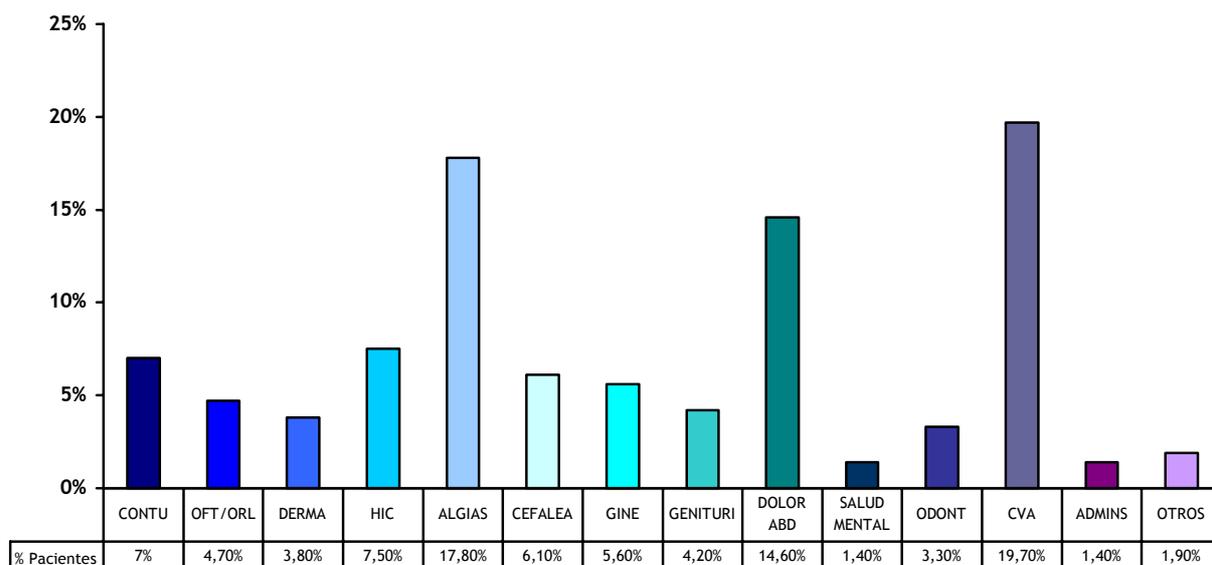
4.2.2. MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE INMIGRANTE EN URGENCIAS

Las patologías más frecuentes por orden de frecuencia son:

MOTIVO CONSULTA	% DEL TOTAL	MOTIVO CONSULTA	% DEL TOTAL
Catarro vías altas	19,7 %	Problemas ORL y oftalmológicos	4,7 %
Algas osteomusculares	17,8 %	Problemas Genitourinarios	4,2 %
Dolor Abdominal	14,6 %	Problemas odontológicos	3,3 %
Heridas	7,5 %	Problemas de Salud Mental	1,4 %
Contusiones	7 %	Problemas administrativos	1,4 %
Cefaleas	6,1 %	Otros (enfermedades endémicas)	1,9 %
Problemas ginecológicos	5,6 %		

Figura n ° 47. Distribución de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias

MOTIVOS DE CONSULTA

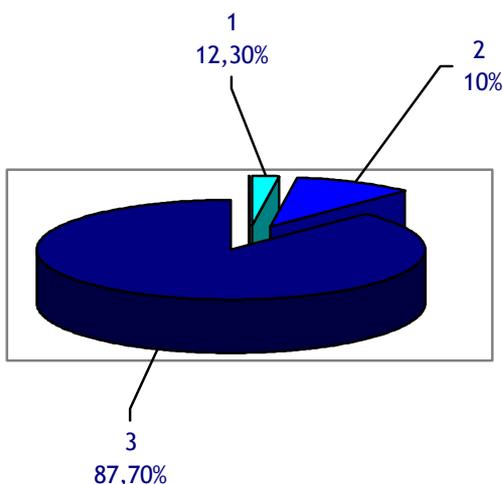


4.2.3. ESTANDARIZACIÓN DE LA GRAVEDAD EN EL PACIENTE INMIGRANTE

La mayor parte de los paciente inmigrantes que acuden a urgencias, el 87'7%, presentan un problema banal de salud que es catalogado como Prioridad 3 (ya descrito en el capítulo de introducción) o Prioridad 4, con la nueva clasificación, lo cual apunta a la utilización de la unidad de urgencias como puerta de entrada a la sanidad, debido probablemente a la poca flexibilidad horaria, de los servicios de atención primaria en nuestra zona de referencia.

Figura n ° 48 . Distribución de los pacientes inmigrantes por niveles de gravedad

PRIORIDAD



1. PRIORIDAD 1 ATENCIÓN INMEDIATA
2. PRIORIDAD 2 ATENCIÓN < 30 minutos
3. PRIORIDAD 3 ATENCIÓN < 50 minutos
4. PRIORIDAD 4 ATENCIÓN INDEFINIDA

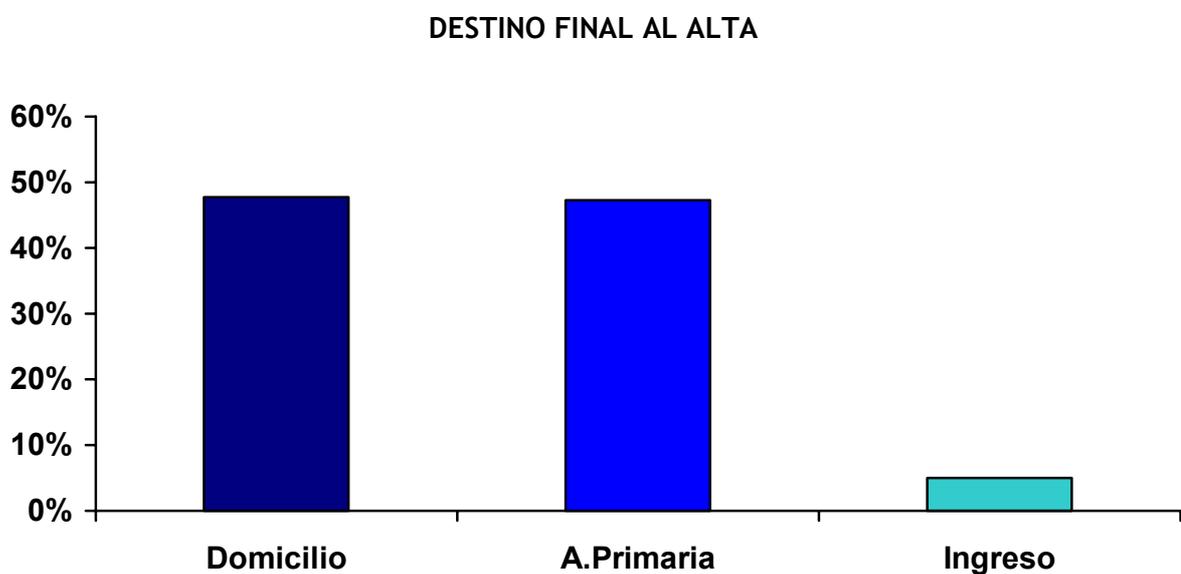
4.2.4. DESTINO FINAL DEL PACIENTE

Una vez finalizada la atención del paciente inmigrante en urgencias:

1. El 47'7% de los pacientes fueron derivados a su domicilio

2. El 47´3% fueron derivados a Atención Primaria y Consultas Externas
3. El 4´5% fueron hospitalizados, de los cuales el 0´2% resultaron “exitus”. La estancia media de los inmigrantes hospitalizados en el Hospital del Poniente es de 10´2 días.

Figura n º 49. Distribución de los pacientes inmigrantes atendiendo al destino final tras el alta de la unidad de urgencias



De los anteriores datos se deduce que más del 90 % de los pacientes atendidos en urgencias presentaron una solución completa o prácticamente completa del problema que condicionó la visita a urgencias y destacar que el volumen de pacientes inmigrantes ingresados con respecto al total de pacientes ingresados en el centro (aproximadamente 9 %) es bastante inferior.

4.2.5. ANÁLISIS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO

Las variables analizadas que presentan significación estadística son:



1. Existe una relación estadísticamente significativa entre el número de años de permanencia en España y la posesión de la Tarjeta Sanitaria ($p < 0,05$), de forma que los inmigrantes con más de dos años de permanencia en España, poseen en más de un 90 %, la tarjeta sanitaria.

2. Así mismo, existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre la prioridad de la urgencia (estandarización de la gravedad) y:
 - 2.1. El país de origen
 - 2.2. El número de años de residencia en España
 - 2.3. El sexo
 - 2.4. Y el nivel de estudios

3. Finalmente, existe una relación estadísticamente significativa entre la prioridad asignada y destino al alta ($p < 0,05$).

Figura n ° 50. Relación entre el tiempo de estancia en España y la posesión de la tarjeta sanitaria

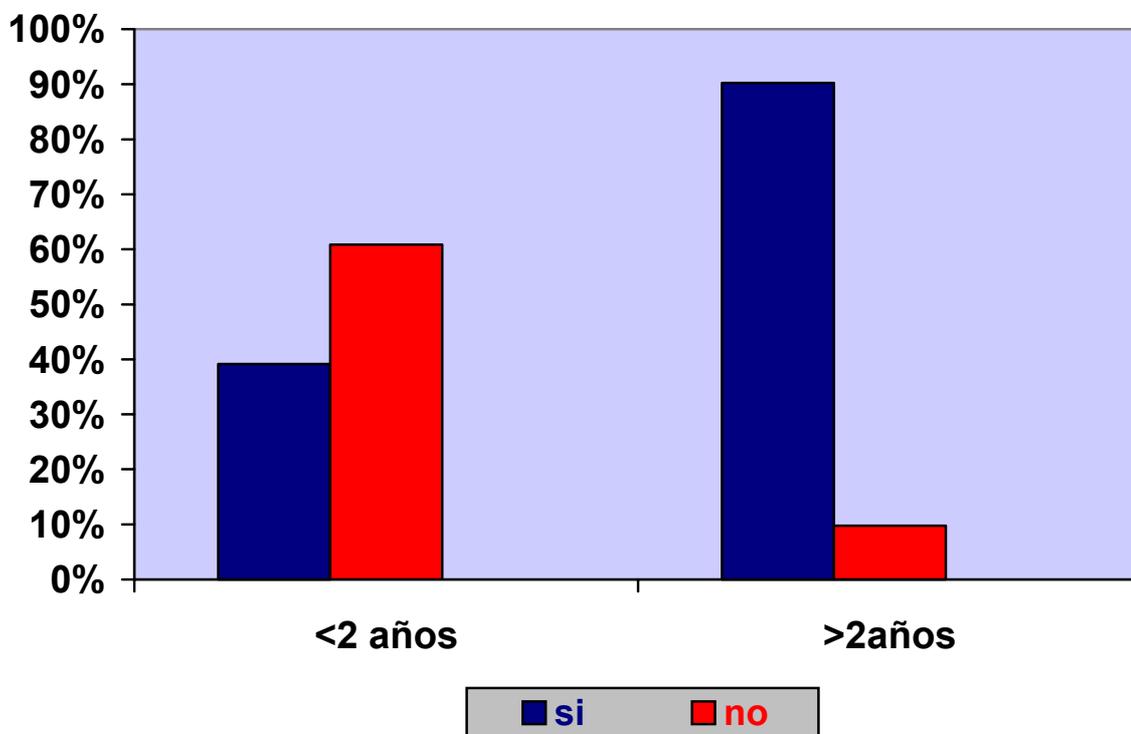


Tabla n ° 13 . Relación del país de procedencia, el sexo, el nivel cultural y los años de residencia con la estandarización de la gravedad del paciente que acude a urgencias.

RELACIÓN PAIS DE PROCEDENCIA Y PRIORIZACIÓN			
	PRIORIDAD 1	PRIORIDAD 2	PRIORIDAD 3
MARRUECOS	NS	8,56 %	91,44 %
RESTO DE PAISES	NS	16,49 %	83,51 %

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA EN ESPAÑA Y LA PRIORIZACIÓN			
	PRIORIDAD 1	PRIORIDAD 2	PRIORIDAD 3
< 2 AÑOS	NS	7,52 %	92,48 %
> 2 AÑOS	NS	19,51 %	80,49 %

RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LA PRIORIZACIÓN			
	PRIORIDAD 1	PRIORIDAD 2	PRIORIDAD 3
MUJER	4,76 %	12,86 %	82,38 %
HOMBRE	1,72 %	9,14 %	89,14 %



RELACIÓN ENTRE EL NIVEL CULTURAL Y LA PRIORIZACIÓN

ANALFABETO	NS	8,8 %	91,20 %
BÁSICO	NS	8,83 %	91,17 %
MEDIO / ALTO	NS	15,51 %	84,49 %

De los datos anteriores se puede deducir que:

1. Los pacientes procedentes del área de Marruecos, consultan en la unidad de urgencias de forma más frecuente por problemas banales de salud.
2. Existe una relación clara entre el tiempo de permanencia en España y la forma de utilización del servicio de Urgencias. Los inmigrantes con poco tiempo de permanencia en España utilizan la unidad de urgencias a modo de “consulta de atención primaria”, motivo por el cual el número de consultas por problemas banales es estadísticamente superior. El origen de este problema puede radicar en:
 - 2.1. el desconocimiento de las prestaciones del sistema público andaluz de salud
 - 2.2. falta de adecuación de los horarios de los servicios de atención primaria a las necesidades del paciente inmigrante, ya que la mayor parte de estos pacientes presentan contratos precarios que le impiden abandonar su puesto para acudir a las consultas de atención primaria.
3. El nivel de solicitud de atención por problemas banales es mayor en el hombre que en la mujer. Probablemente tendremos que buscar la explicación en los fundamentos sociales de las diferentes culturas presentes en nuestro medio, especialmente la musulmana.
4. Finalmente el nivel cultural conduce a una clara mejora en la utilización del sistema sanitario, consultando menos por procesos banales y más por problemas reales urgentes, los pacientes con un nivel cultural medio / alto.

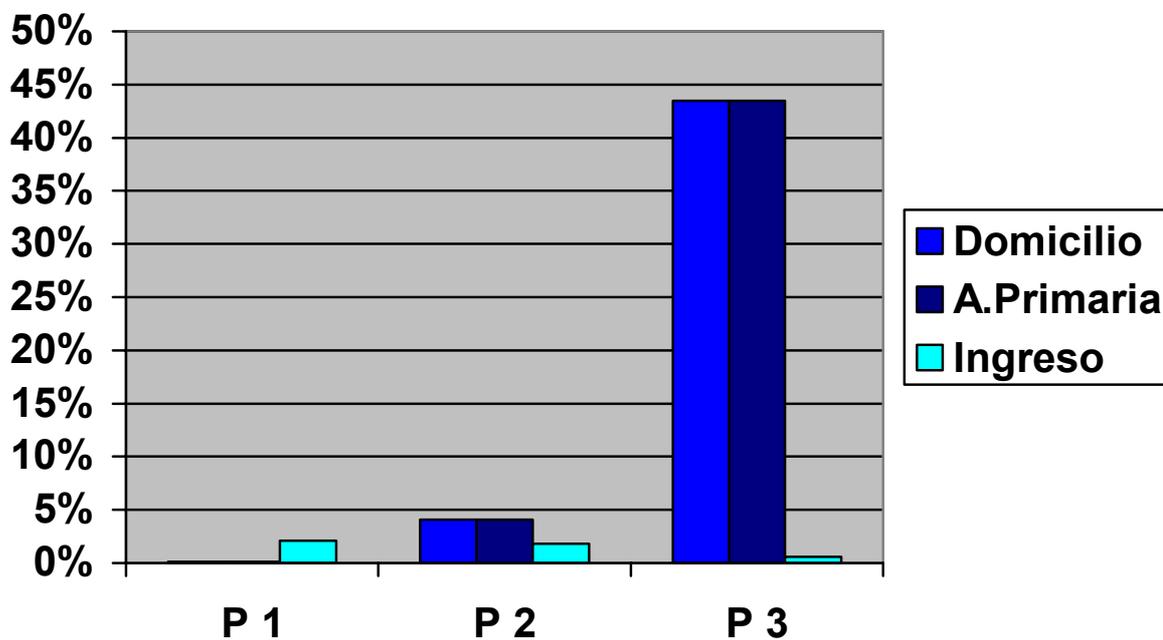


Por lo que respecta a la relación entre la Prioridad Asignada (estandarización de la gravedad) y el destino final del paciente cuando es dado de alta en urgencias, nos puede servir como elemento de retroalimentación para conocer la efectividad de nuestro sistema de triaje o clasificación de pacientes por niveles de gravedad. En la siguiente figura como existe una concordancia entre el nivel de gravedad asignado y el destino final del paciente, de forma que las Prioridades 1 (emergencias), su destino final es siempre el ingreso hospitalario y las prioridades 3 (patologías banales) en más del 40 % de las ocasiones su destino es bien el domicilio (por solución completa del problema) o una consulta de atención primaria (solución parcial del problema).

De los datos reflejados en la siguiente figura podemos destacar:

1. Elevada Eficacia del sistema de estandarización de la gravedad (triaje o clasificación) disponible en la unidad de urgencias. Se trata de un sistema diseñado de forma específica para nuestra unidad que incluso se ha exportado a otras unidades de urgencias de nuestro entorno.
2. Relación entre el tipo de prioridad asignada y el destino final del paciente (problemas banales a domicilio y problemas graves a ingreso hospitalario).

Figura n ° 51 . Relación prioridad asignada/ destino final al alta de urgencias:



4.3. Influencia de las Características Socio - Culturales en la población inmigrante



4.3.1. PROBLEMÁTICA DE LA BARRERA IDIOMÁTICA

Se incluyeron en el estudio 500 pacientes inmigrantes, 412 hombres (82.4%) y 88 mujeres (17.6%), con una media de edad de $25,3 \pm 5,4$ años.

Marruecos sigue siendo el país de origen más frecuente 94%, seguido de los países Subsaharianos 5% y de los países del este de Europa 1%.

Clasificamos a los pacientes inmigrantes en 4 grupos (grupo A, B, C, D) según el medio de transmisión de la anamnesis. Se calculó el % de pacientes inmigrantes en cada grupo, la duración en minutos de la anamnesis y el % de diagnóstico específico-inespecífico que se consiguió.

La distribución de los grupos fue la siguiente:

1. El 56% de los pacientes inmigrantes acude con un acompañante que realizó la función de traductor (Grupo A)
2. En el 31% utilizaron palabras aisladas y gestos adicionales durante la anamnesis (Grupo D)
3. En el 11% acudieron solos y la anamnesis se realizó mediante palabras aisladas que conocía el paciente (Grupo B)
4. y en un 2% solo fue posible la anamnesis mediante gestos (Grupo C).

El tiempo que necesitó el facultativo para la realización de la anamnesis fue mayor de 5 minutos (Tiempo medio $9,3 \pm 1,3$ minutos) en los grupos que no acudían con traductor (B, C, D) y menor de 5 minutos (Tiempo medio $4,4 \pm 0,4$ minutos) en el que acudía con acompañante que conocía el castellano(Grupo A).

Tras la realización de la anamnesis y la exploración física del paciente el facultativo llegaba a la consecución de un diagnóstico específico de un 90% en el Grupo A, mientras que en los restantes grupos (B, C, D) se conseguía un diagnóstico específico en menos de un 70%.



Tabla n ° 14. Distribución de los resultados según los grupos de realización de anamnesis

METODO EMPLEADO PARA LA ANAMNESIS	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
% PACIENTE INMIGRANTES	56 %	11 %	2 %	31 %
TIEMPO PARA REALIZAR LA ANAMNESIS				
1. > 5 MINUTOS		+	+	+
2. < 5 MINUTOS	+			
% DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	> 90 %	< 70 %	< 70 %	< 70 %

1. Grupo A: Inmigrantes con un acompañante que hace de traductor.

2. Grupo B: Inmigrantes que conocen palabras aisladas de castellano.

3. Grupo C: Inmigrantes que utilizan la mímica.

4. Grupo D: Inmigrantes que utilizan palabras aisladas y mímica.

Tras el análisis estadístico podemos destacar que:

1. las mujeres en el 92% no conocen nuestro idioma y acude con traductor, en la mayoría su propio marido.
2. Entre los grupos que acudían sin traductor la anamnesis se alargaba a 12 minutos:
 - 1.1. Grupo B, C: TM: 12,4 ± 1,6 minutos.
 - 1.2. Grupo D: TM: 10,5 ± 1,9 minutos.
2. Destacar que los pacientes del África subsahariana y de los países de la Europa del este, son pacientes que acuden solos.

4.3.2. INFLUENCIA DEL RAMADAN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS





En el periodo sin Ramadan (NR) acudieron a la Unidad de Urgencias 213 pacientes inmigrantes musulmanes de los cuales el 87.3 % afirmaron ser fieles al Ramadán. El 100 % procedían del área del Magreb. El 72 % eran hombres. La edad media era de $31,2 \pm 8,3$ años.

En el periodo del Ramadan (R) acudieron 192 pacientes musulmanes de los cuales 92.7% seguían el Ramadan. El 100 % procedían del área del Magreb. El 76 % eran hombres. La edad media era de $29,1 \pm 7,8$ años.

Tabla n ° 15. Distribución de los pacientes estudiados para la valoración de la influencia del Ramadan en la Unidad de Urgencias.

INFLUENCIA DEL RAMADAN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

	PACIENTES	SEXO	EDAD	FIELES
NO RAMADÁN	213	72 % VARONES	78 % (18-50 años)	87,3 %
RAMADAN	192	76 % VARONES	92 % (18-50 años)	92,7 %

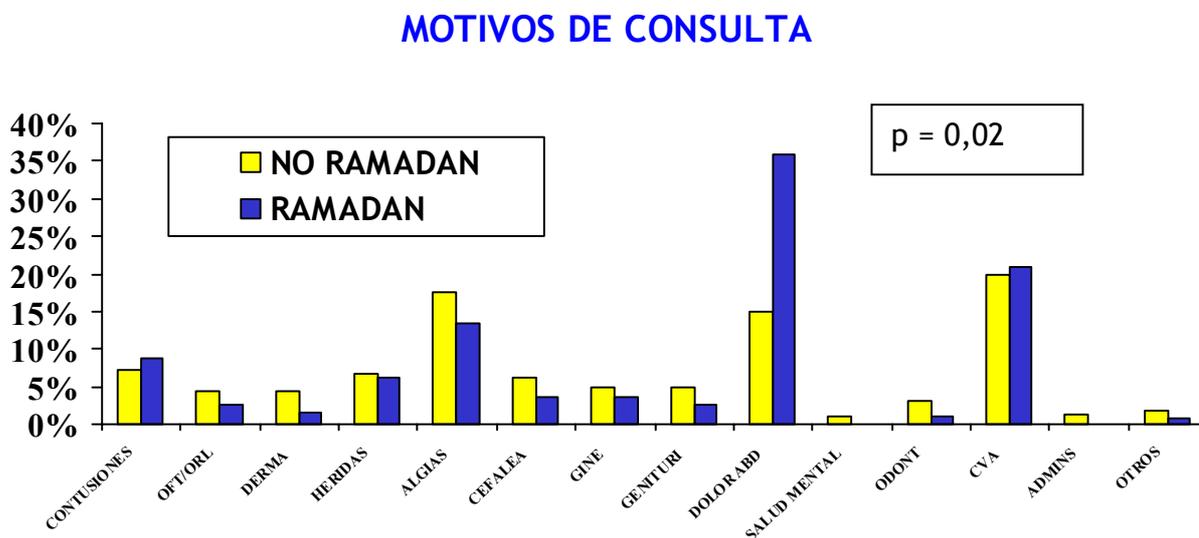
Tras la recogida de datos se diferenciaron catorce grupos con los motivos de consulta más frecuentes:

1. Traumatismos, Torceduras, caídas; NR; 7,2 %, R; 8,8%
2. Otorrino-Oftalmología: NR; 4.5 %, R; 2,6%
3. Dermatología; NR; 4,5 %, R; 1,5%
4. Heridas, curas, abscesos; NR; 6,8 %, R; 6,2%
5. Algias osteomusculares; NR; 17.6 %, R; 13.5%
6. Cefaleas; NR; 6,2%, R; 3,6%
7. Patología abdominal; NR; 14.9 %, R; 36%
8. Ginecológico; NR; 4,9 %, R; 3,1%
9. Genitourinario; NR; 4.9%, R; 2,6%
10. Gripes, Catarros, Resfriados; NR; 19.9 %, R: 20,8%
11. Salud mental; NR; 1.1 %, R; 0%
12. Odontalgia; NR; 3.1 %, R; 1%
13. Administrativos; NR; 1.4 %, R; 0%
14. Otros; NR; 1.9 %, R; 0,7%.

No Ramadan ■
Si Ramadan ■



Figura n ° 52. Distribución de los motivos de consulta más frecuentes.



Por lo que respecta a la forma de administración de los tratamientos, destacar:

1. Periodo del Ramadan:

1.1. cada 8 horas 49 %

1.2. cada 12 horas 44 %

1.3. cada 24 horas 7 %.

2. Periodo del no Ramadan:

2.1. Cada 8 horas 78 %

2.2. Cada 12 horas 20 %

2.3. Cada 24 horas 2 %.

Tras análisis estadístico se encontró significación estadística en:

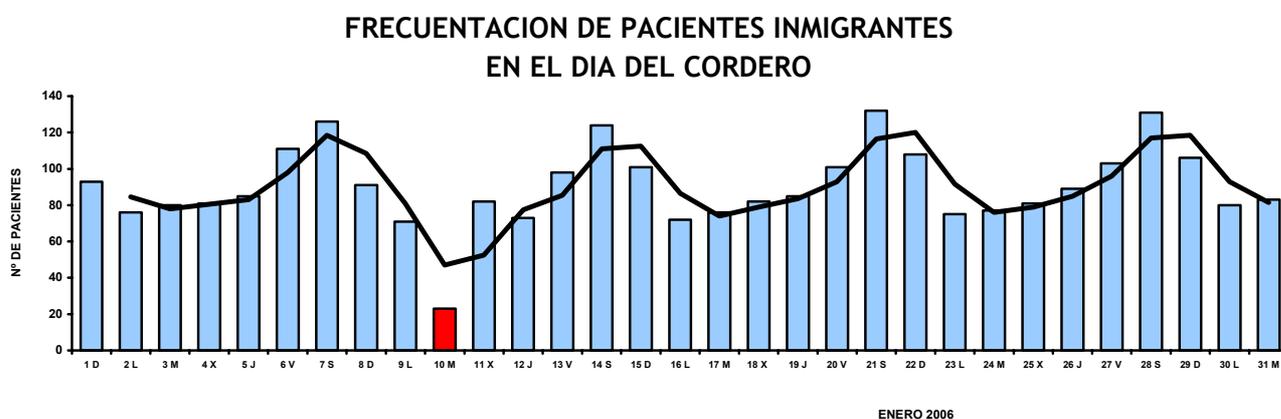
1. El dolor abdominal como motivo de consulta más frecuente ($p = 0,02$) en el período de Ramadán
2. Y la posología cada 12 horas ($p = 0,03$) en el periodo del Ramadán con respecto al no Ramadán.

Tabla n ° 20. Forma de administración de los medicamentos durante el periodo de Ramadan

POSOLOGIA COMPARATIVA (Ramadan vs no Ramadan)			
	CADA 8 HORAS	CADA 12 HORAS	CADA 24 HORAS
Periodo no Ramadán	78 %	20 %	2 %
Periodo Ramadan	49 %	44 %	7 %

4.3.2. INFLUENCIA DEL “DIA DEL CORDERO” EN LA FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS

Durante el mes de enero de 2006, acudieron a urgencias solicitando asistencia sanitaria 2814 pacientes inmigrantes de los cuales el 87% eran de origen musulmán. Destacando una disminución significativa de la asistencia a urgencias de pacientes inmigrantes el día 10 de enero, día del cordero.



4.4. Diferencia del Concepto de Salud y Enfermedad en el paciente inmigrante

4.4.1. PACIENTES CON PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL SIN CONSULTA POR ESTE MOTIVO

Acudieron 1869 pacientes inmigrantes durante el mes de Marzo a la consulta de Fast - Track (consulta de atención rápida), de los cuales el 99% afirmó no haber asistido nunca a un reconocimiento de agudeza visual, ni solicitar asistencia por dicha patología ni en su país de origen ni en nuestro país.

El 89% de los pacientes negaron presentar disminución de la agudeza visual, mientras el 11% restante afirmaron presentar disminución de la agudeza visual. A este último grupo se le realizó un examen de agudeza visual mediante panel de optotipos (Tabla de Snellen), resultando patológico en el 100% de los casos (menor de 20/20).

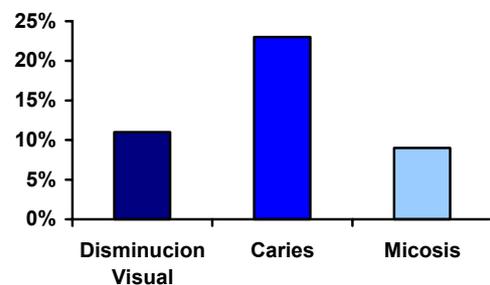
Tras el reconocimiento se les preguntó ¿por qué no solicitaron asistencia por dicho motivo?, respondiendo:

1. El 77%, lo consideraban una variable de la normalidad
2. El 14% por no tener medios económicos
3. Y el 9%, no contestaban.

4.4.2. PACIENTES CON DETECCIÓN CASUAL DE PATOLOGÍAS (INCIDENTALOMA)

De los 1869 pacientes inmigrantes que acudieron a la consulta de Fast - Track, se detectó patología, distinta por la que acudían en el 43% de los casos.

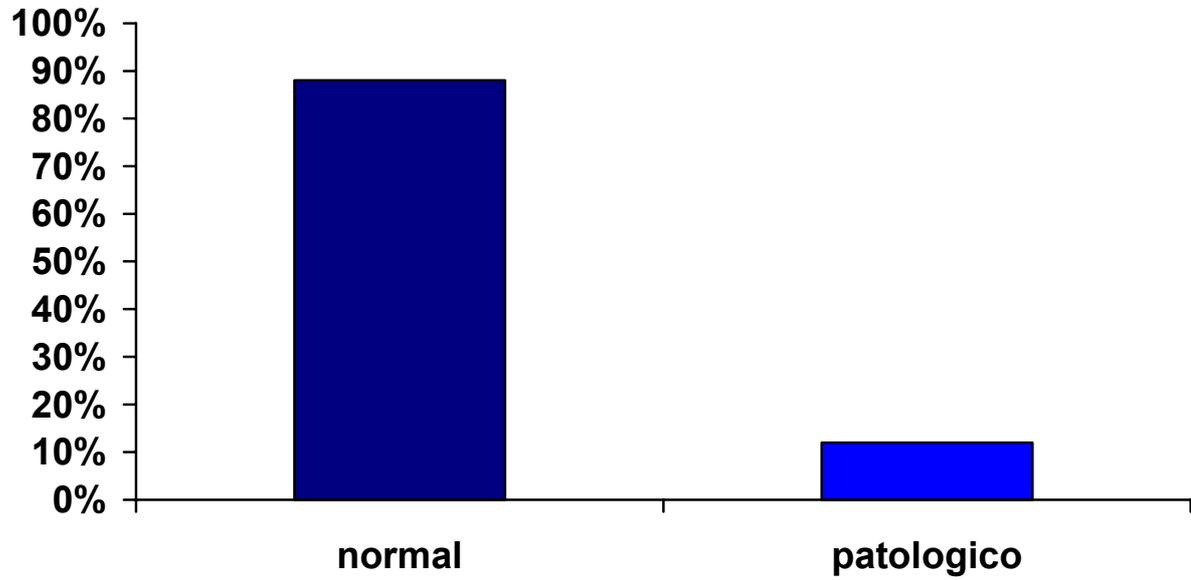
Figura n °53. Detección Casual de patologías



A continuación, se les preguntó: ¿lo detectado lo c...
en el siguiente gráfico los resultados.

ose

Figura n ° 54. Consideración de la patología como normalidad



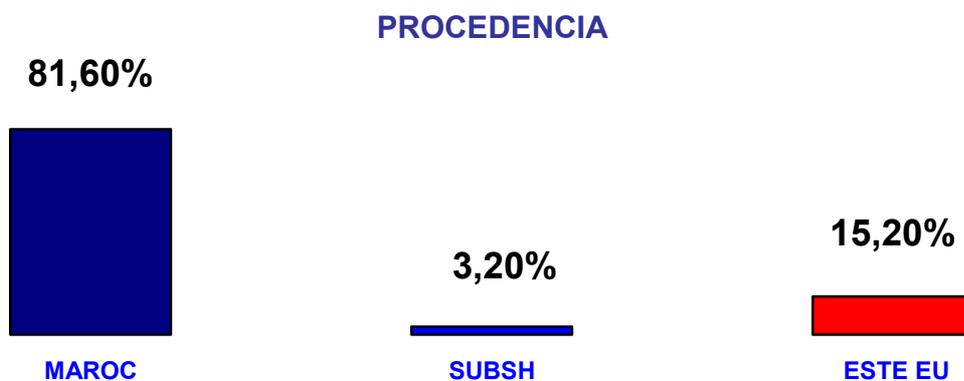
4.5. Trastornos adaptativos al entorno

4.5.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE INMIGRANTE

Se estudiaron un total de 600 pacientes. Los resultados más destacados son:

1. El 71,3% de los pacientes de la muestra que acudieron a urgencias por trastornos de ansiedad eran varones y un 29,7% eran mujeres.
2. La edad media era de $27,4 \pm 10$ años.
3. Respecto a su país de origen un 81,6% procedían de Marruecos, el 3,2% del África Subsahariana, y el 15,2% países del Este.

Figura n ° 55 . Distribución de la muestra de pacientes para el estudio de los trastornos de ansiedad

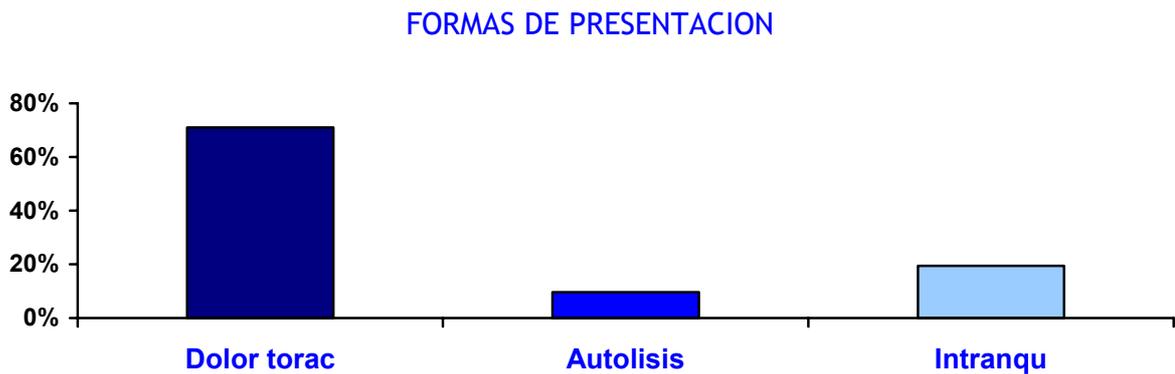


Los motivos de consulta que condujeron a la asistencia en urgencias y que se relacionaban con un problema de ansiedad fueron:

1. Dolor torácico, palpitaciones y sensación disneica en el 71% de los casos
2. Intento autolítico en el 9,6% de los casos

3. Intranquilidad en el 19,4 % de los casos

Figura n ° 56. Motivo de consulta como substrato de la ansiedad



Respecto a las pruebas complementarias, destacar que:

1. En el 97,2% de los electrocardiogramas realizados, el resultado fue normal
2. En el 2,8% se encontraron hallazgos causales que no tenían relación con la clínica que motivó la consulta.
3. En un 91,7% de las crisis, se resolvieron con medicación oral siendo el fármaco más utilizado en el 94,5% el Diazepám.

Analizando las causas desencadenantes de la crisis hallamos que:

1. En el 56% de los casos analizados, presentaban un problema de adaptación al entorno:

1.1. Problemas idiomáticos

1.2. Problemas relacionados con la vivienda

1.3. Problemas de integración social

2. En el 24% de los casos, el origen radicaba en problemas de índole familiar:

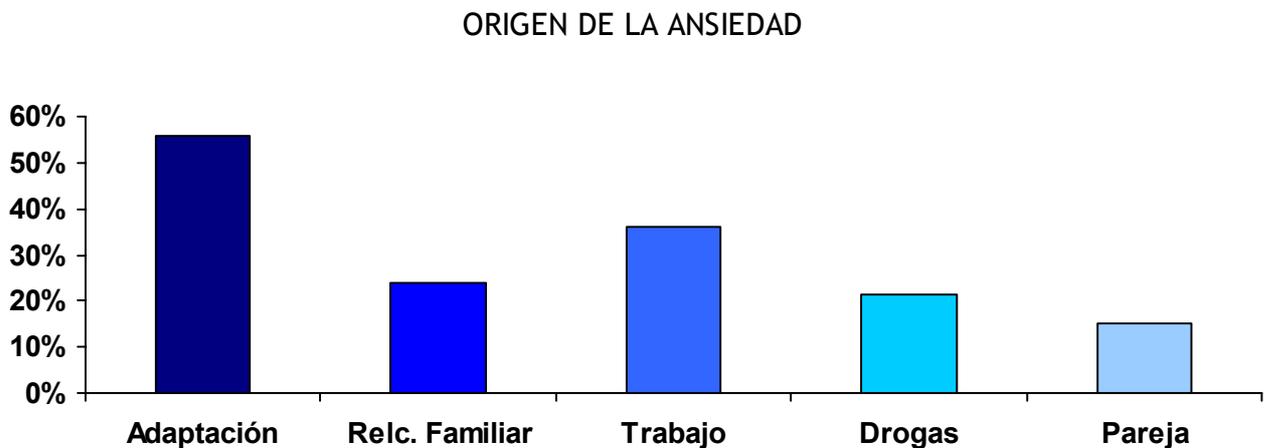
2.1. Desarraigo

3. En el 36% de los casos, los problemas eran de índole laboral

4. En el 21,2% de los casos, se relacionaban con el uso de sustancias tóxicas

5. Y en el 15% casos se trataba de problemas conyugales (problemas de pareja).

Figura n ° 57. Etiología de la ansiedad como motivo de consulta en urgencias.



El 76,2% de los pacientes referían que en su país de origen nunca le había sucedido, el 14,6% referían antecedentes pero en menor intensidad y el 9,2% habían presentado crisis similares en su país.

Respecto al seguimiento en consultas externas sólo un 12,8% acudieron a su cita.



4.5.2. AGRESIONES EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

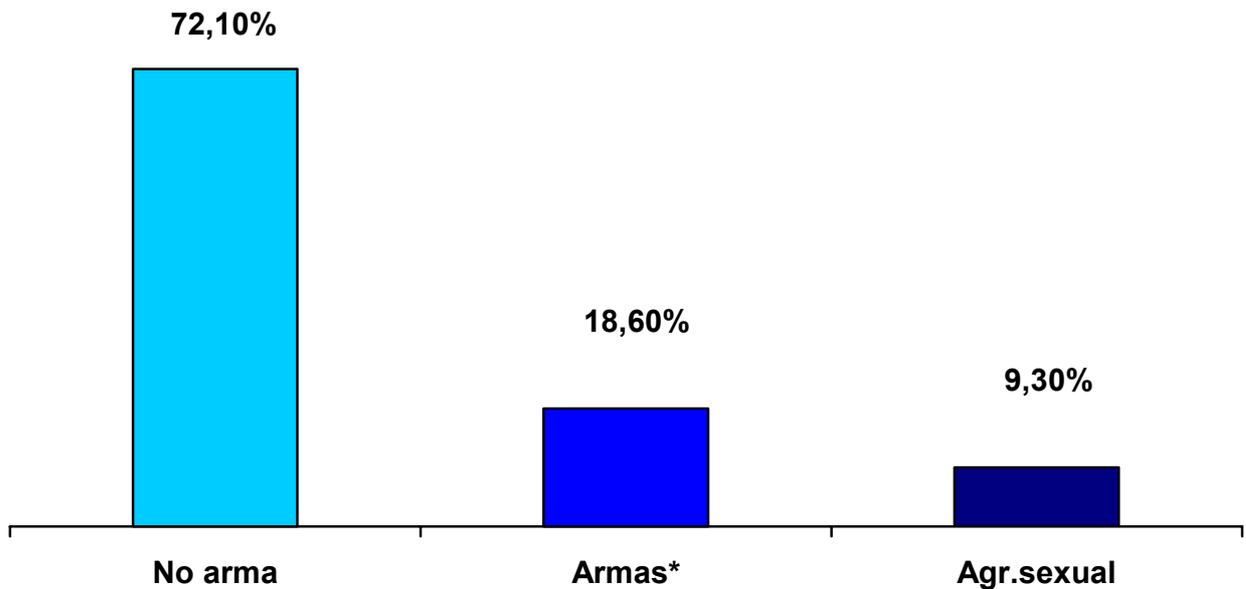
De un total de 300 pacientes estudiados:

1. El 86,4% de los pacientes que sufrieron una agresión como motivo de consulta eran varones y el 13,6% mujeres.
2. La edad media era de $27,4 \pm 10,2$ años.
3. Respecto al país de procedencia:
 - 3.1. el 70.1% eran de Marruecos
 - 3.2. el 22,7% de países del este
 - 3.3. el 6,4% Subsaharianos.
4. Su estancia media en España es de 18,4 meses
5. Y su situación laboral era desempleado en el 61,43% (en el momento de la consulta).

Si nos centramos en el tipo de agresión:

1. En el 72,1% de los casos, se produjeron cuerpo a cuerpo sin la presencia de objetos contundentes
2. En el 18,6% se utilizaron arma blanca, objeto cortante u objeto punzante
3. Y en el 9,3% de los casos, se trató de agresiones sexuales.

Figura n ° 58. Distribución de las agresiones e inmigrantes



La distribución de la localización de las heridas fue la siguiente:

1. En la cabeza en un 37,6% en la cabeza
2. En el tronco en un 20,8%
3. Y en las extremidades en un 9,3 %

Por lo que respecta al tipo de lesión producida, podemos destacar:

1. En el 80,2% de los casos se trataba de contusiones y hematomas
2. En el 22,8% de los casos, de heridas incisocontusas
3. En el 8,3% de los casos, de heridas penetrantes

4. Y un 4,3% de los casos, de fracturas de diversa consideración.

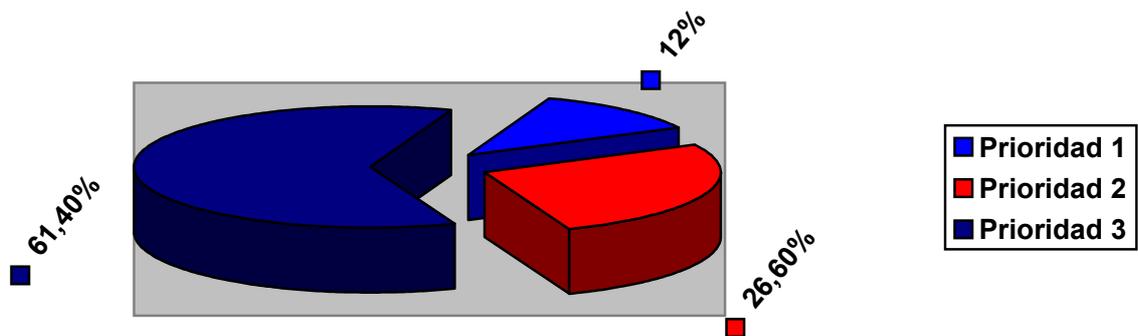
Respecto a la prioridad de la atención destacar que:

1. 61,4% **PRIORIDAD 3**

2. 26,6 % **PRIORIDAD 2**

3. 12 % **PRIORIDAD 1**

Figura n ° 59. Distribución de las agresiones por Nivel de Gravedad y Prioridad de Atención



El 36,7% presentaban signos de intoxicación alcohólica y un 32,1% reconocieron haber tomado algún tipo de sustancia tóxica.

Por lo que respecta al motivo de la pelea:

1. El 39,4% fue por discusión bajo los efectos del alcohol o drogas

2. El 30,6% por robo

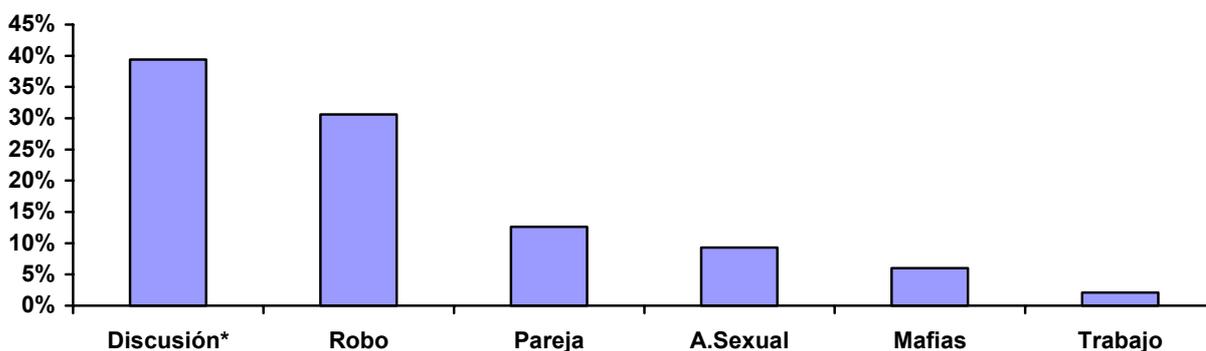
3. El 12,6% por problemas de pareja

4. El 9,3% por agresión sexual,

5. El 6% por problemas relacionados con delincuencia organizada (mafias)

6. Y un 2,1% por problemas laborales

Figura n ° 60. Clasificación de las agresiones



* Discusión bajo el efecto de alcohol y/ u otras sustancias

El 87,2% fueron derivados a su domicilio en el momento del alta.

Cuando le preguntamos por el agresor/es un 96,2% eran inmigrantes de su propia nacionalidad.

La mayor tasa de incidencia la encontramos los viernes, sábados y vísperas de festivos con un 86,7% siendo la franja horaria más frecuentada entre las 01 horas hasta las 05 horas a.m.

4.5.3. INTOXICACIONES POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS (IOF)

De los 299 pacientes atendidos en urgencias por intoxicaciones por insecticidas órganofosforados:

1. El 88% fueron varones y el 12% mujeres

2. La edad media fue de 36.5 ± 15.05 años.

3. Por lo que respecta a la nacionalidad:

3.1. el 57,2% era española

3.2. el 18,3% magrebí

3.3. y el resto era subsahariana, países del Este de Europa y sudamericana.

Figura n ° 61. Distribución del origen de los pacientes que han sufrido intoxicaciones por IOF

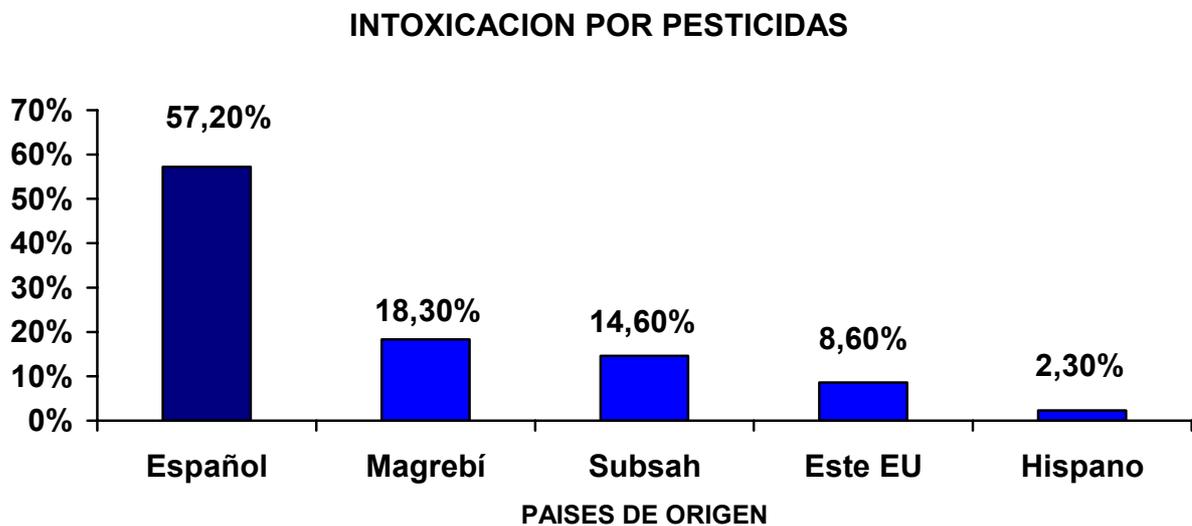
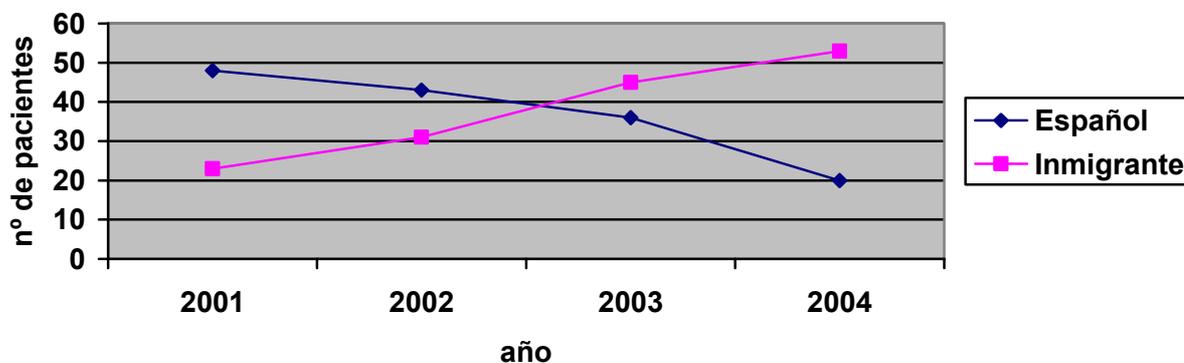


Figura n ° 62. Relación entre el país de origen y el año de presentación de la intoxicación

Nº pacientes año/ inmigrantes/españoles



Por lo que respecta a la localización geográfica de la intoxicación:

1. El 44,1% procedían del término municipal de El Ejido
2. El 17,4% del término municipal Roquetas de Mar
3. Y el resto de los otros municipios de la zona.

Respecto al régimen laboral de los pacientes que sufrieron las intoxicaciones, tenemos que destacar que:

1. El 37,5% era trabajadores autónomos
2. El 20,7% trabajaban por cuenta ajena
3. Y el resto era desconocido.

Sólo un 5,7 % de los pacientes afectados poseía el carnet de aplicador de productos fitosanitarios.

En el 62% no existían antecedentes de intoxicaciones previas.



En el 59.5% de los casos, la intoxicación se produjo dentro del invernadero y en el 5,4 % de los casos la intoxicación se produjo en el seno de un intento de autolisis.

La vía más frecuente de intoxicación fue la cutánea en el 50,2%, seguido por la inhalatoria en 34.4%.

En el 73,6 % de los casos, no utilizaron ninguna protección.

Por lo que respecta a la forma clínica de presentación, destacar:

1. La clínica digestiva fue la más frecuente:

1.1. náuseas 44,4%

1.3. dolor abdominal 21,7%

1.2. vómitos 36,5%

1.4. diarrea 7,4%)

2. Síndrome vertiginoso en el 31%

3. Diaforesis 24,4%

4. cefalea 14%

5. sialorrea 12%

6. temblores 11%

7. disnea 9,4%

8. prurito 8,7%

9. y menos del 3%

9.1. palpitaciones

9.4. hipotensión

9.2. tos

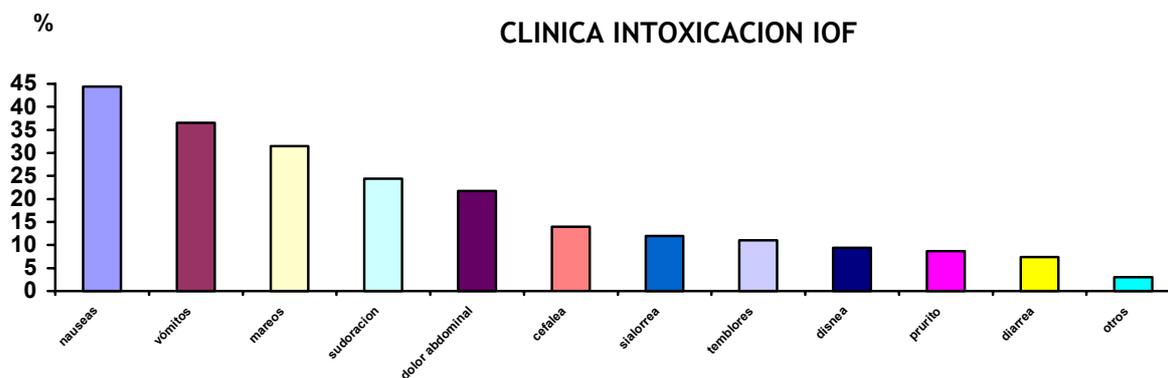
9.5. eritema

9.3. bradicardia

9.6. fasciculaciones

9.7. convulsiones

Figura n ° 63. Distribución de la forma clínica de presentación en las intoxicaciones por IOF



En relación con las características de las intoxicaciones por IOF, también es necesario destacar:

1. Se realizó la prueba de la colinesterasa al 62.2% de los pacientes, resultando un nivel medio de $8828.4 \pm 7814,06$.
2. El tratamiento que se realizó fue:
 - 2.1. En el 31% lavado corporal
 - 2.2. En el 17,7% administración de atropina
 - 2.3. En el 4,3% lavado gástrico
 - 2.4. En el 2% administración de regeneradores de la colinesterasa (oximas).
3. La evolución fue satisfactoria y derivado a su domicilio en el 98%.

Tras la realización del análisis estadístico de correlación entre la clínica y nivel de colinesterasa encontramos significación estadística para:

1. Presencia de Sialorrea y un nivel de colinesterasa medio de 6209 (P=0.02)
2. Hipertensión y un nivel de colinesterasa medio de 4.451(P=0.03)
3. Ausencia de cefalea y un nivel de colinesterasa medio de 8.161(P=0.01)



- 4. Presencia de miosis y un nivel de colinestesa medio de 5.887 (P=0.003)**
- 5. Presencia de Fasciculaciones y un nivel de colinesterasa medio de 4.999 (P=0.01)**
- 6. Situación clínica de coma y un nivel de colinestesa medio de 3.206 (P=0.001)**
- 7. Cianosis y un nivel de colinestesa medio de 138 (P=0.000).**

Así mismo hallamos correlación estadísticamente significativa entre:

- 1. La vía de intoxicación inhalatoria y un nivel de colinesterasa medio de 10.667(P=0.01)**
- 2. La vía digestiva y un nivel de colinestesa medio de 6.004(P=0.02).**

Entre la vía de intoxicación y el nivel de colinesterasa encontramos significación estadística:

- 1. vía inhalatoria (p=0.04) y nivel de colinestesa medio de 10667**
- 2. y vía digestiva (p=0.05) y nivel de colinesterasa medio de 6004.**

Entre población inmigrante y situación laboral desconocida, encontramos significación estadística p=0.03.

También se encontró significación estadística entre ser inmigrante y el tipo de semiología encontrada, miosis y fasciculaciones (p=0.02). Excepto esta correlación, no se ha encontrado más diferencias entre las intoxicaciones por IOF entre inmigrantes y población autóctona.



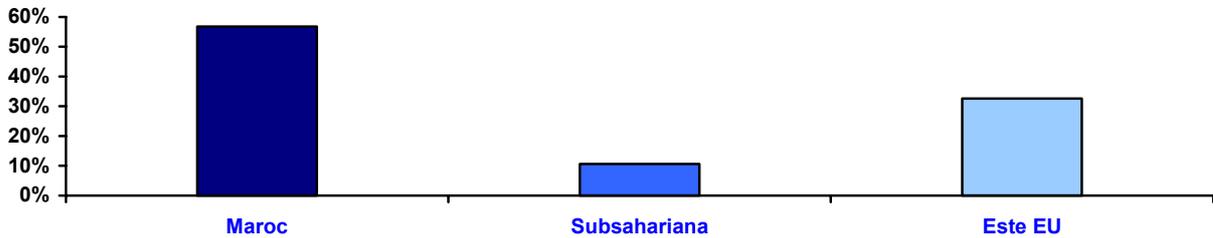
4.6. Consideraciones especiales en la población inmigrante sobre patologías específicas

4.6.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

De los 226 pacientes estudiados:

- 1. El 56,8% de los pacientes inmigrantes que acudieron por hemorragia digestiva alta a nuestra unidad de urgencias procedían de Marruecos**
- 2. Un 10,6% del África Subsahariana**
- 3. Y un 32,6% de los países del este.**

Figura n ° 64. Distribución geográfica de los pacientes inmigrantes con HDA



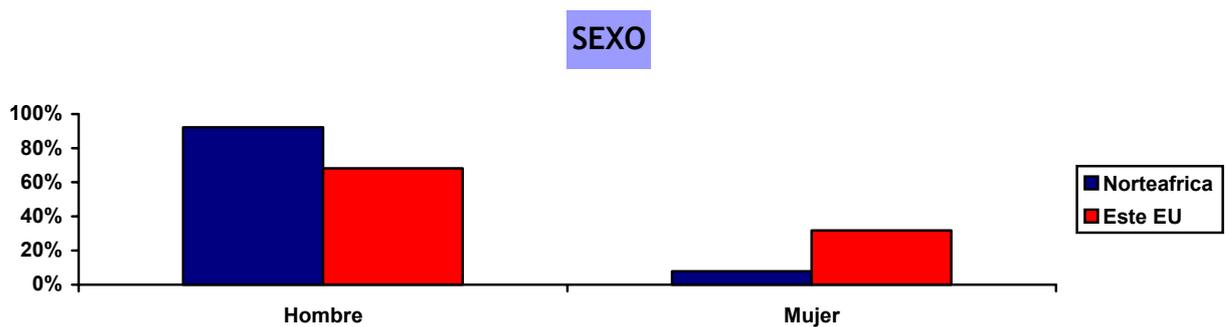
La edad media de los pacientes fue:

1. Norte de África	27,2 ± 10,6 años
2. Europa del este	50,7 ± 22,7 años

Encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Respecto al sexo en pacientes norteafricanos el 92,1% son varones el 7,9% mujeres, en los pacientes de los países del este un 68,2% son varones y un 31,8% mujeres, por tanto también diferencias significativas ($p < 0,05$).

Figura n ° 65. Distribución por género de los pacientes inmigrantes con hemorragia digestiva



Respecto a los estilos de vida o antecedentes personales en la población marroquí:



1. el 78,2% de la población fumaba
2. un 18,6% eran bebedores habituales
3. un 67,2% presentaban de base afecciones osteomusculares
4. y el 72,1% eran consumidores habituales de AINES.

Por lo que respecta a la población de los países del Este de Europa:

1. un 81,6% eran fumadores
2. un 43,2% eran bebedores habituales
3. un 34 % presentaban antecedentes de ulcus gástroduodenal
4. un 26,2% tenían antecedentes de hipertensión arterial
5. un 9,8 % se diagnosticó cirrosis hepática en diferentes estadios
6. y un 6,5% presentaban antecedentes de hemorragia digestiva

Encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) excepto en el hábito tabáquico.

Respecto a la actividad de la lesión mediante la clasificación de Forrest, la localización de ulcus péptico, la realización de esclerosis endoscópica, la presencia de recidiva de la hemorragia, la necesidad de cirugía, los días de estancia hospitalaria y el éxito del paciente, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Figura n ° 66. Relación entre antecedentes personales y procedencia del paciente inmigrante

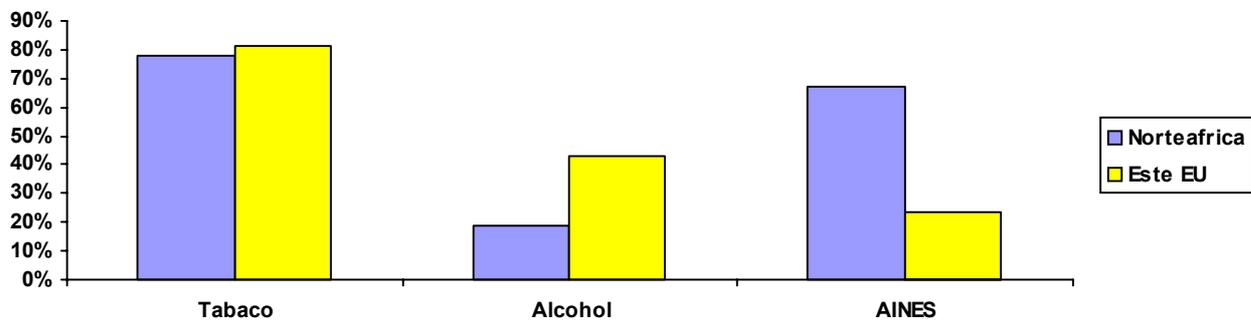


Figura n ° 67. Actividad de la lesión

ACTIVIDAD DE LA LESION

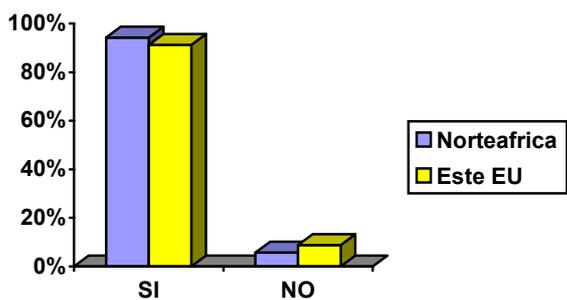


Figura n ° 68. Esclerosis Endoscópica

ESCLEROSIS ENDOSCOPICA

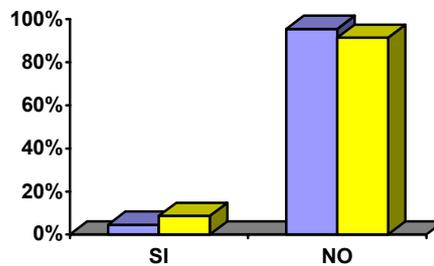


Figura n ° 69. Actuación Quirúrgica

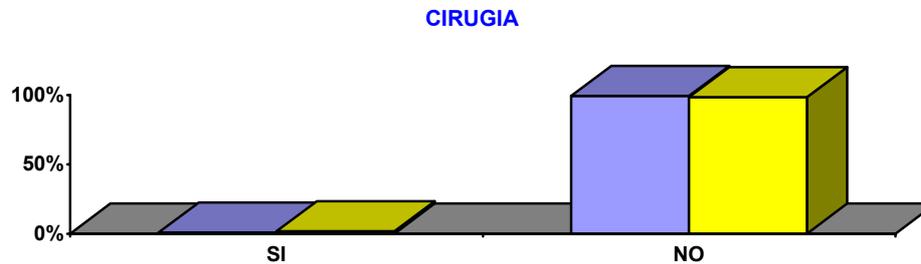


Tabla n ° 21. Localización y Clasificación de Forrest de las Lesiones Hemorrágicas

LOCALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE FORREST

	LOCALIZACIÓN GÁSTRICA	LOCALIZACIÓN DUODENAL	C LASIFICACIÓN FORREST IIa
NORTE DE ÁFRICA	62,6 %	37,4 %	81,9 %
ESTE DE EUROPA	65,4 %	34,6 %	78,2 %

4.6.2. PATOLOGÍA UROLÓGICA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Con los pacientes que se remitieron a la Consulta de Urología se estudiaron un total de 176 inmigrantes, de los cuales solo acudieron 104.

La edad media fue de $36,7 \pm 16,7$ años, el 93,7% son varones y el 6,3% mujeres.

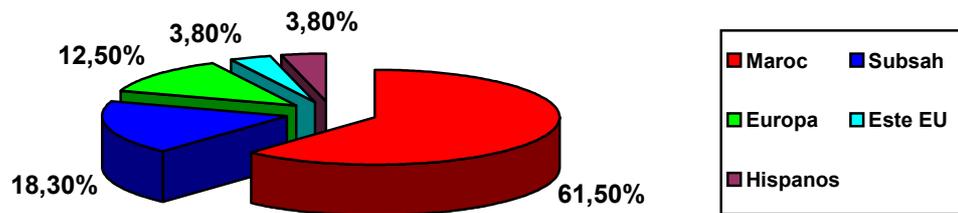
Según el país de origen:

1. MAGREBIES	61,5%
2. SUBSAHARIANOS	18,3 %

3. EUROPEOS 12,5 %

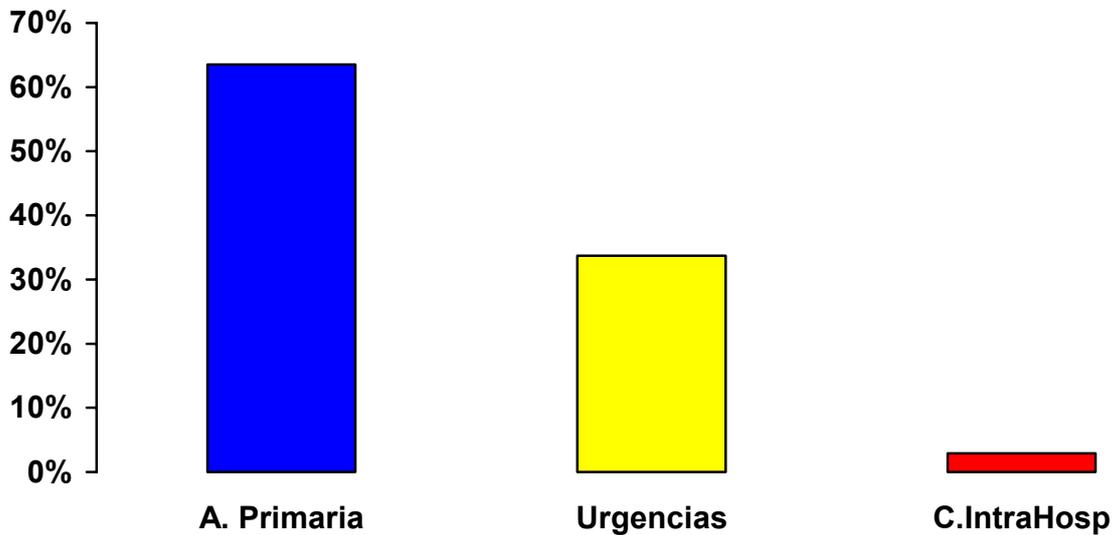
4. HISPANOAMERICANOS 03,8 %

Figura n ° 70. Distribución geográfica de los pacientes atendidos en la consulta de urología.



La derivación se realizó a través de Atención Primaria en el 63,5%, Urgencias 33,7%, y Consulta intrahospitalaria 2,9%.

Figura n 71. Localización de las derivaciones realizadas

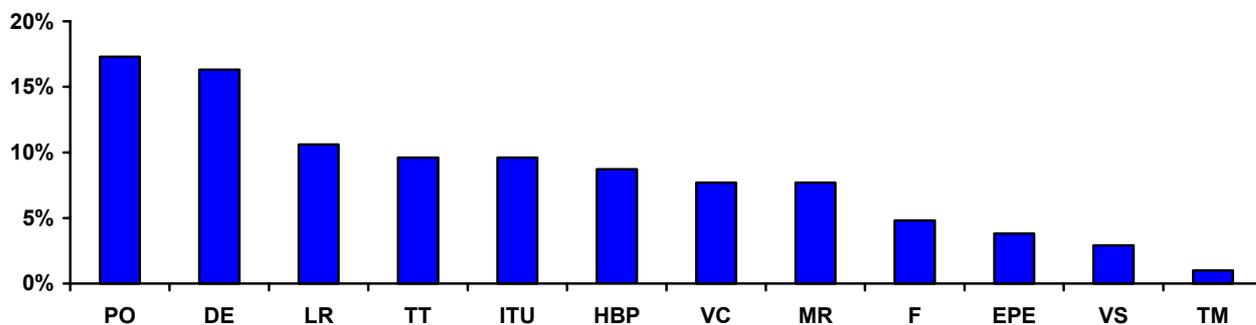




Los motivos de consulta más frecuentes fueron:

1. PROSTATODINIA / ORQUIALGIA	17,3%
2. DISFUNCIÓN ERÉCTIL / ESTERILIDAD	16,3%
3. LITIASIS RENAL	10,6%
4. TUMORACIONES TESTICULARES	09,6%
5. INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	09,6%
6. HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	08,7%
7. VARICOCELE	07,7%
8. MALFORMACIONES RENALES	07,7%
9. FIMOSIS	04,8%
10. EPIDIDIMITIS	03,8%
11. VASECTOMÍA	02,9%
12. TUMORES MALIGNOS (RENALES, TESTICULARES, VEJIGA)	01%.

Figura n ° 72. Distribución de los motivos de consulta de origen urológico.



Tras el análisis estadístico comprobamos como:

1. Los inmigrantes procedentes de Europa acuden desde Atención Primaria derivados por hipertrofia benigna de próstata
2. Los magrebíes y subsaharianos consultan por problemas relacionados con la esterilidad y disfunción eréctil
3. Los Hispanoamericanos consultan fundamentalmente por fimosis.

Figura n ° 73. Relación entre la procedencia geográfica y el motivo de consulta

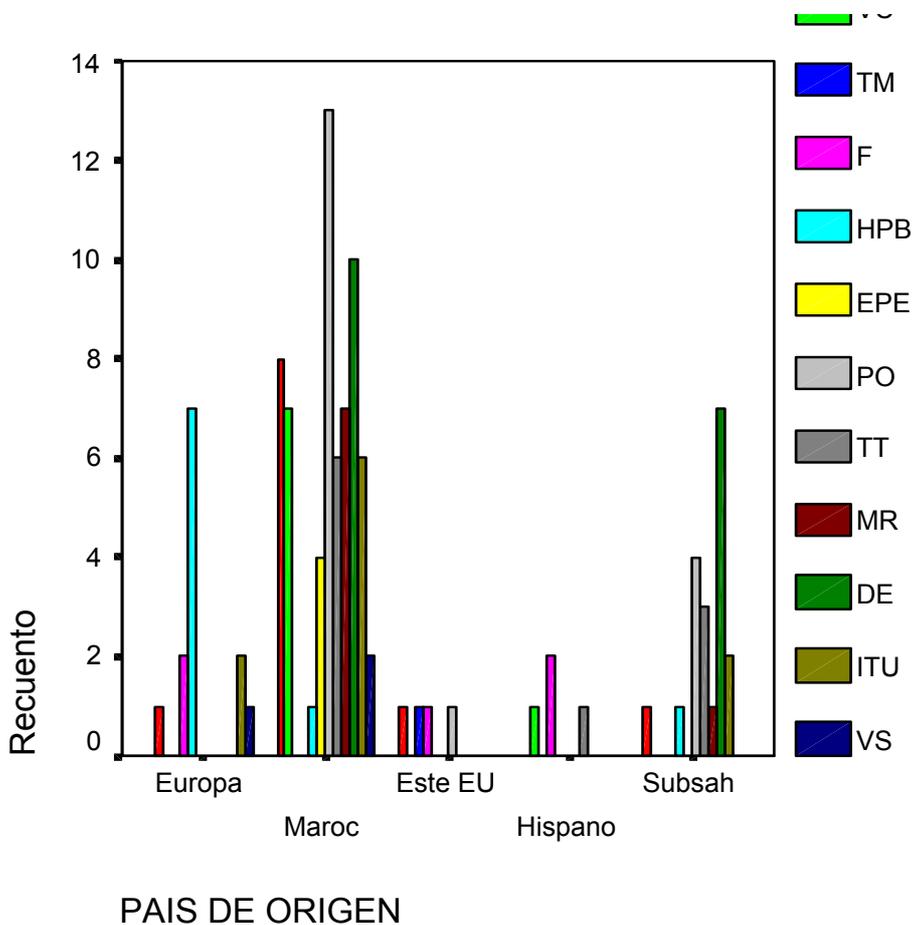


Figura n ° 74. Derivación desde urgencias por litiasis renales en pacientes magrebíes.

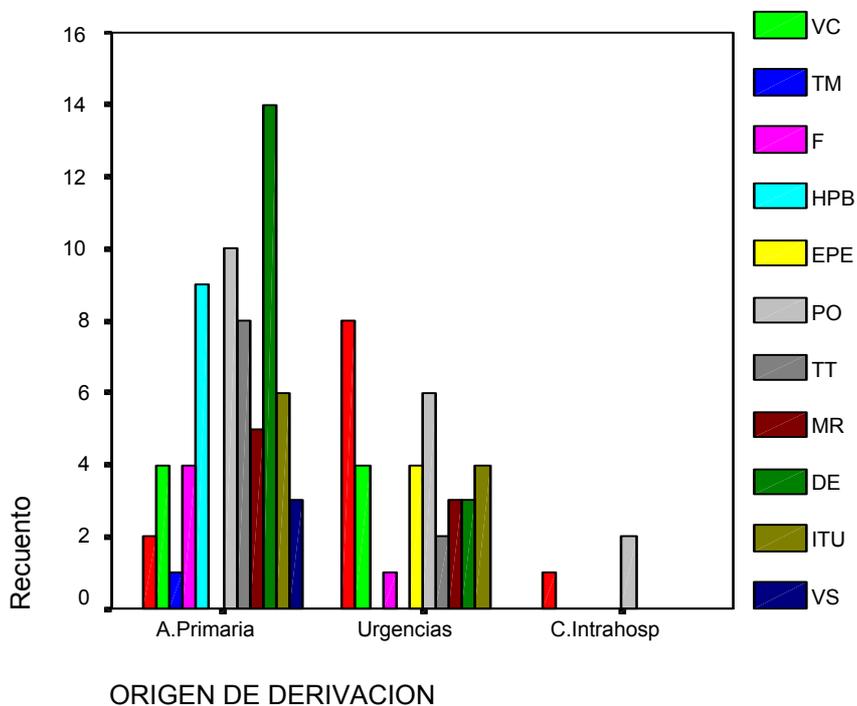
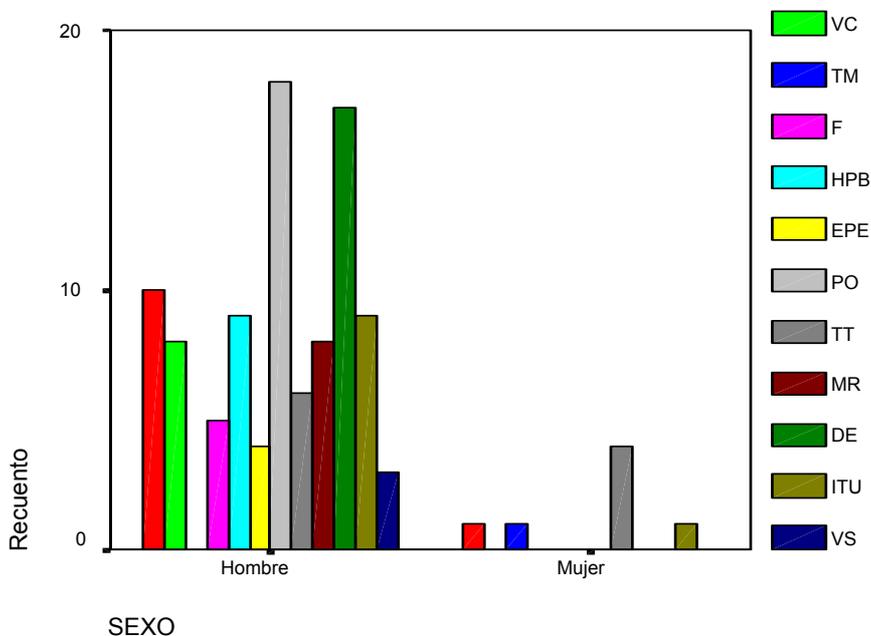


Figura n ° 75. Motivos de consultas más frecuentes en los inmigrantes Magrebíes.



4.6.3. BRUCELOSIS AGUDA EN PACIENTE INMIGRANTES ATENDIDOS EN URGENCIAS

Se recogieron 38 pacientes diagnosticados de Brucelosis Aguda en la Unidad de Urgencias. 30 eran varones con una edad media de $41 \pm 5,3$ años y 8 mujeres con edad media de $43 \pm 6,8$.

Según país de origen: 20 pacientes de nacionalidad española, el resto (18 pacientes) eran inmigrantes. La nacionalidad más frecuente era la marroquí con 16 casos y 2 de origen subsahariano.

Figura n ° 76. Distribución de la profesión de los pacientes diagnosticados de brucelosis

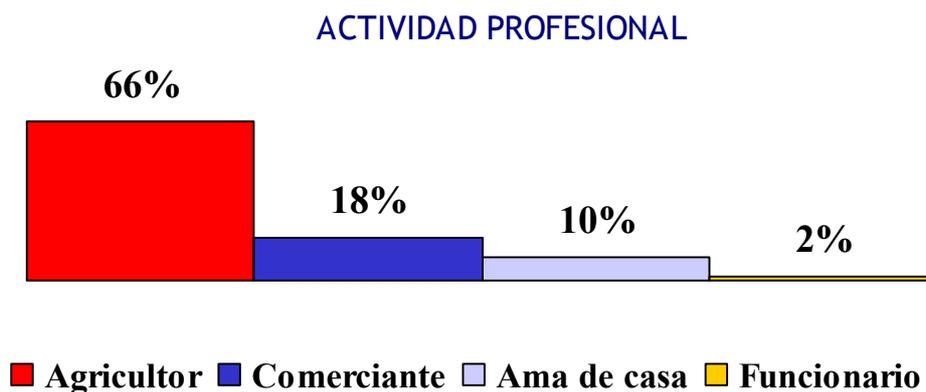
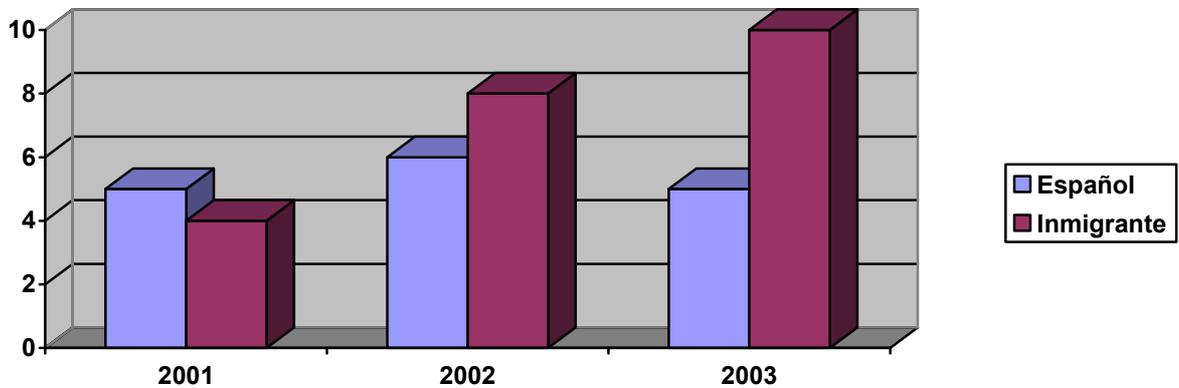


Figura n ° 77. Distribución de los pacientes según el año de diagnóstico y la nacionalidad



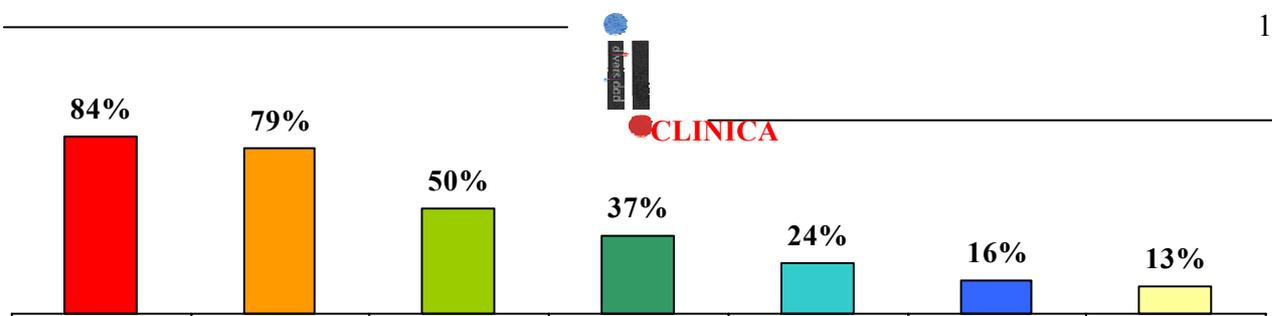
El 100% de los pacientes inmigrantes se dedicaban a la agricultura.

De los pacientes estudiados, 22 (18 de los cuales eran inmigrantes) reconocían la ingesta de productos lácteos y 2 de carne de cabra u oveja. El resto niega ingesta pero sí contacto con cabra / oveja.

Por lo que respecta a la sintomatología destacar:

1. Febrícula con una duración de $13 \pm 6,4$ días en 32 de los pacientes
2. Malestar general / Astenia en 30 de los pacientes
3. Sudoración en 19
4. Poliartalgias en 14
5. Cefalea en 6
6. Lumbalgia en 5
7. Otros síntomas en 9.

Figura n ° 78. Distribución de los datos semiológicos presentados por los pacientes diagnosticados de brucelosis





El 100% de los pacientes presentaron títulos de Anticuerpos a Brucella positivos.

Solo 6 pacientes tuvieron complicaciones, de los cuales 5 eran inmigrantes:

1. Sacroileitis en 4 de los pacientes (de los cuales uno era español)

2. Osteomielitis vertebral en 1 paciente

3. Meningoencefalitis en 1 paciente.

El tratamiento de elección es la combinación de Doxiciclina vía oral (100 % de los pacientes) más estreptomycinina vía intramuscular (18pacientes) o Rifampicina vía oral (12 pacientes) o Moxifloxacino vía oral (8 pacientes).

Tras análisis demostramos significación estadística de $p=0.02$ para padecer brucelosis y ser inmigrante para tener complicaciones.



4.7. Enfermedades Hereditarias (Hemoglobinopatías: Déficit de glucosa difosfatasa)

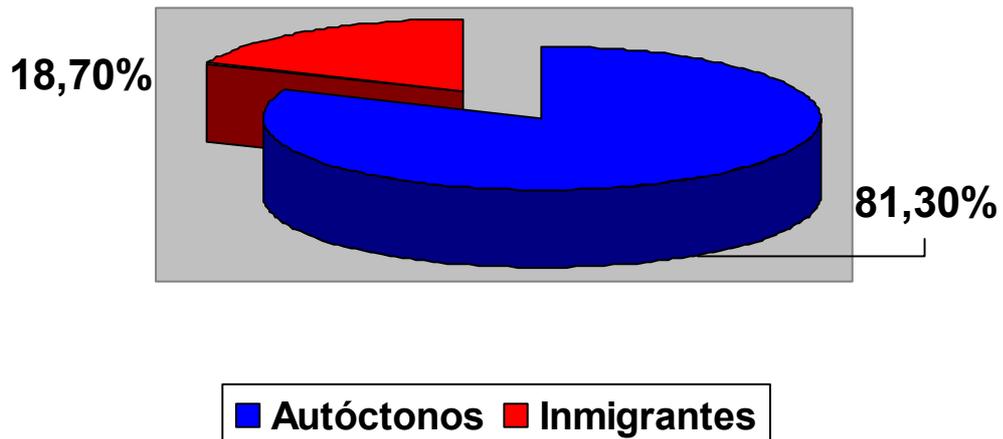
4.7.1. ESTUDIO DE LA ANEMIA SEVERA EN POBLACIÓN INMIGRANTE

Durante el 2004 en nuestra unidad de urgencias, se detectaron 268 pacientes con una concentración de hemoglobina menor o igual a 8 g/dl.

El 81,3% (218) eran pacientes autóctonos y el 18,7% (50) inmigrantes.

Figura n ° 79. Distribución de los casos de anemia entre a población autóctona e inmigrante

Población total con Hb<8

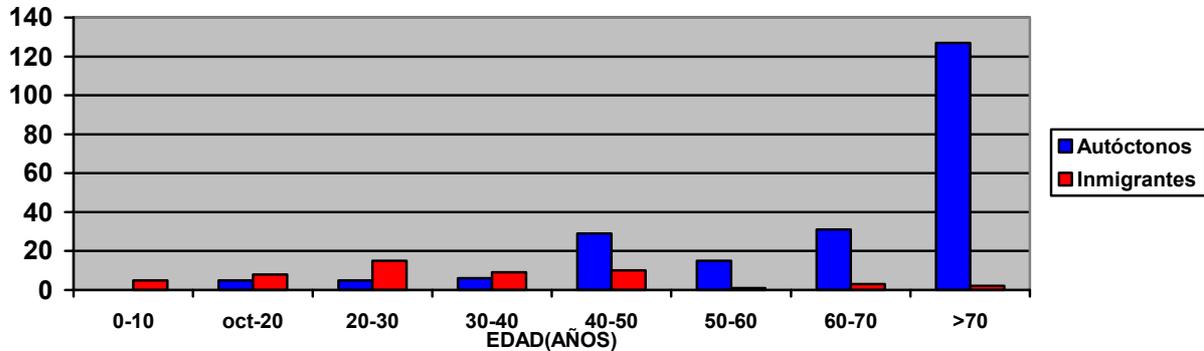


Del total de los pacientes estudiados, el 47,8%(128 casos) eran mayores de 70 años. Así mismo, el rango de edad donde aparece con más frecuencia la anemia severa en la población autóctona es en los mayores de 70 años (127 casos, el 58,3%). Sin embargo, no es así en la población inmigrante donde la anemia severa aparece con más frecuencia en los menores de 40 años (33 de los casos, 66%).

Figura n ° 80. Distribución de los casos de anemia atendiendo a la edad

Nº CASOS

DISTRIBUCION POR EDAD



Por lo que respecta a la distribución por género entre la población estudiada tenemos que destacar:

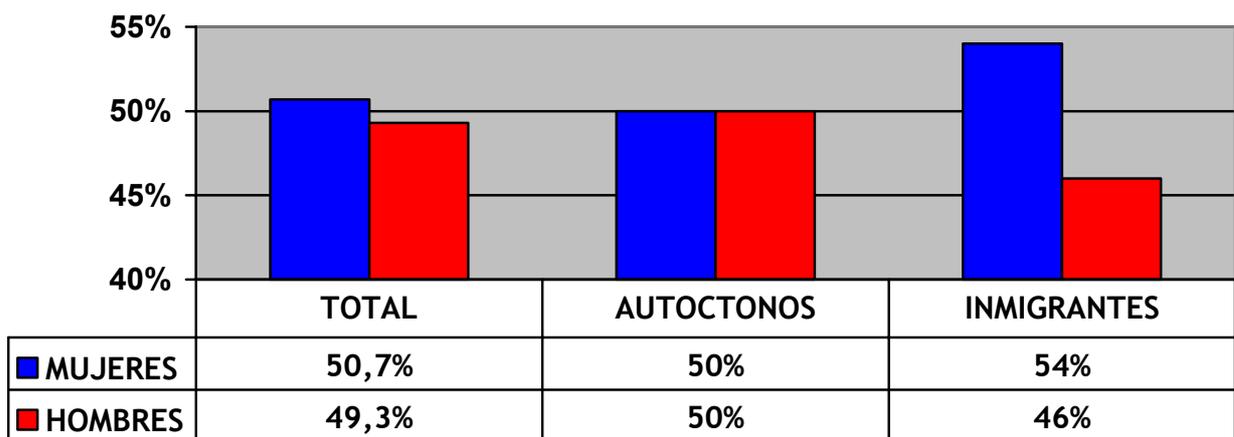
1. El 50,7% eran mujeres (136 casos)

2. El 49,3% (132 casos) eran varones.

De la población autóctona, había igual número de hombres que de mujeres (109 casos). De la población inmigrante, el 46%(23 casos) eran hombres y el 54%(27 casos) mujeres.

Figura n ° 81. Distribución por género de los pacientes con anemia atendidos en urgencias

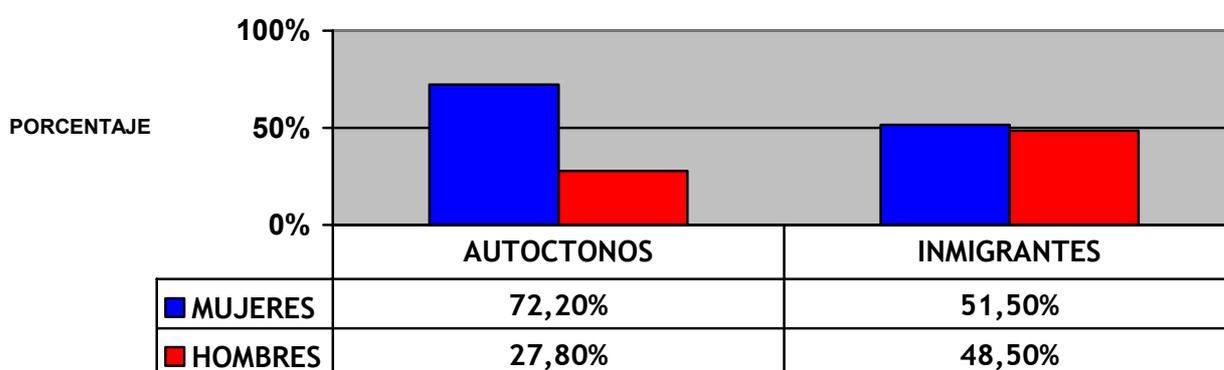
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



Sin embargo, si se tiene en cuenta sólo a los menores de 40 años, el 72,2% de la población autóctona eran mujeres (13 casos), mientras que en la población inmigrante se sigue manteniendo la alta proporción de hombres, el 48,5%(16 casos).

Figura n ° 81. Distribución de los pacientes con anemia atendiendo al género y la edad

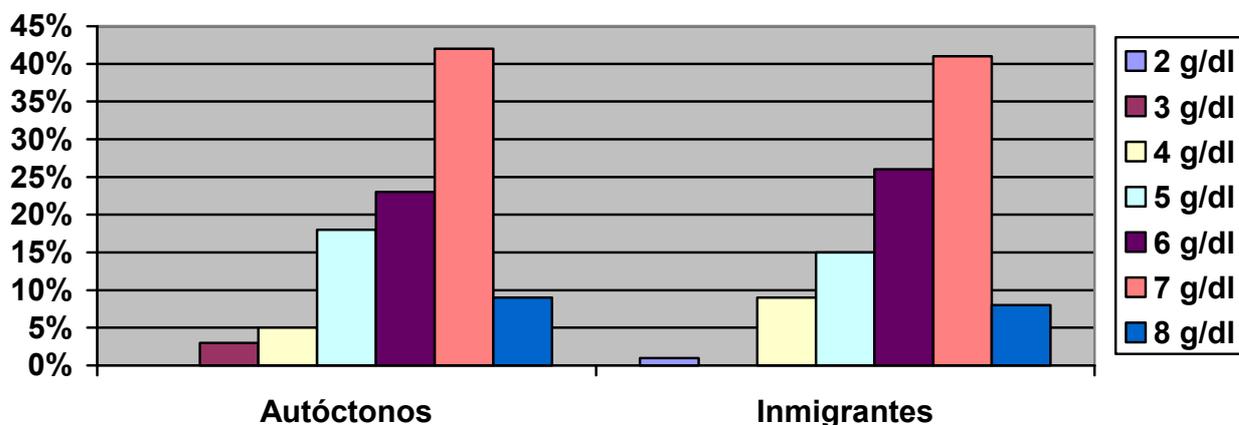
DISTRIBUCION POR GÉNERO EN MENORES DE 40 AÑOS



En ambas poblaciones, en el 42% de los casos, la cifra de hemoglobina estaba entre 7-8 g/dl.

Figura n ° 82. Distribución de los pacientes por cifras de hemoglobina

DISTRIBUCION POR CIFRA DE HEMOGLOBINA





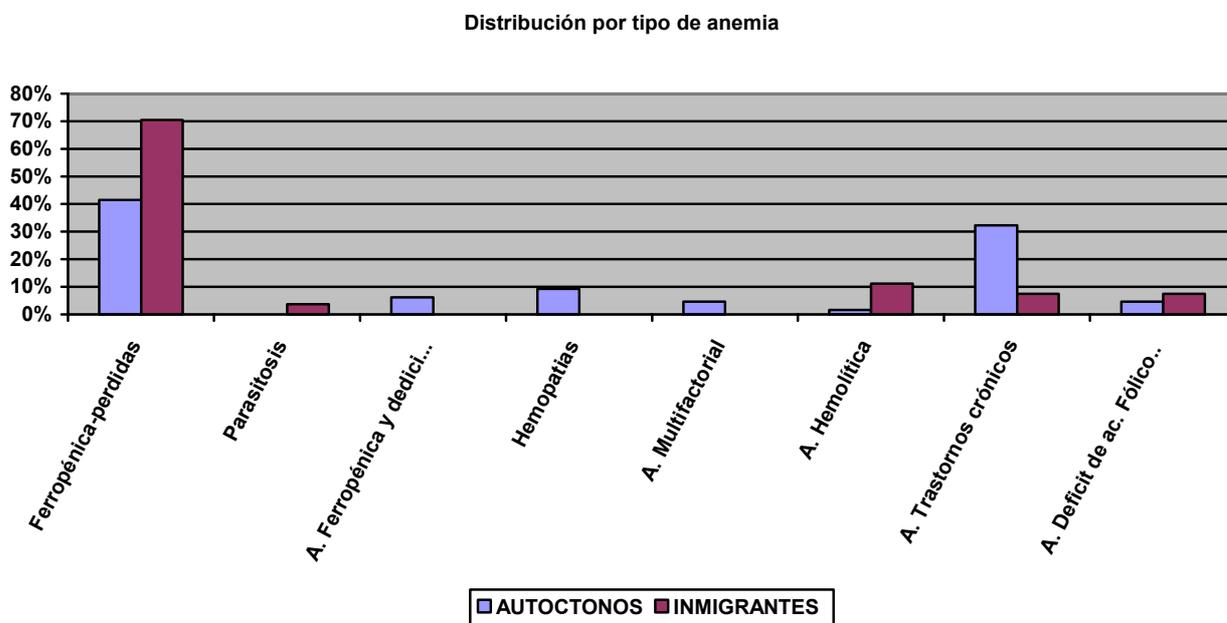
Por lo que respecta a la distribución de los pacientes atendiendo al tipo de anemia tenemos que destacar:

-
1. En la población autóctona, el 41,5% de las anemias son ferropénicas (ninguna por parásitos)
 2. El 32,3% de las anemias aparecían por trastornos crónicos
 3. El 6,15% de las anemias ferropénicas se encontraban asociadas a déficit de vitamina B12 o ácido fólico,
 4. El 4,62 de las anemias aparecían por déficit de vitamina B12 o ácido fólico
 5. El 9,23% de las anemias se relacionaban con hemopatías malignas
 6. El 1,54% de las anemias eran hemolíticas
 7. Y el 4,62% de las anemias eran de causa multifactorial.
-

En la población inmigrante tenemos que destacar:

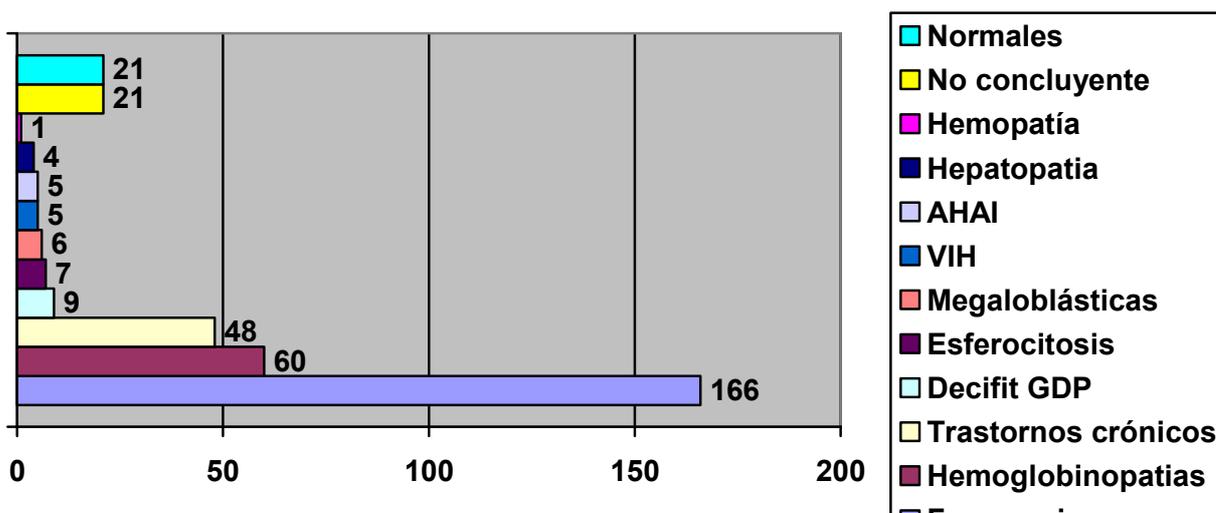
-
1. El 74,1% de las anemias son ferropénicas
 2. De las anemias ferropénicas, el 3,7% coincidía con eosinofilia, por pérdidas digestivas por parasitosis intestinales
 3. El 11,1% eran anemias hemolíticas
 4. El 7,41% hemoglobinopatias
 - 4.1. Talasemia minor
 - 4.2. Drepanocitosis heteocigótica
 5. Y el 7,41% de las anemias eran por trastornos crónicos
-

Figura n ° 83. Distribución de las anemias atendiendo al origen.



Además analizamos el porcentaje de estudios de anemias que se solicitaron en la totalidad del los servicios de nuestro hospital, desde el año 1997-2005. De 2605 estudios de anemia que se solicitaron, 353(13,5%) eran de inmigrantes.

Figura n ° 84. Resultados de los estudios de anemias realizados.





4.8. Enfermedades Endémicas Transmisibles del paciente inmigrante en urgencias

Durante el periodo de estudio todas estas entidades fueron sospechadas y diagnosticadas en urgencias:

ENFERMEDADES ENDÉMICAS TRANSMISIBLES ESTUDIADAS EN URGENCIAS

1. TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR	305
2. HEPATITIS B (HEPATITIS FULMINANTE) Y HEPATITIS C	2 - 45
3. HEPATOCARCINOMAS	2
4. VIH	65
5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	MUESTRA
6. PARASITOSIS INTESTINALES	142
7. FILARIASIS LINFÁTICA(ELEFANTIASIS)	1
8. FILARIASIS CUTÁNEA (ONCOCERCOSIS)	3
9. LEISHMANIOSIS CUTÁNEA	2
10. LEPROA	1
11. ESQUISTOSOMIASIS URINARIA	4
12. PALUDISMO	22
13. NEUROCISTERCOSIS	1
14. ENFERMEDAD DE CHAGAS	1

De todas estas patologías realizamos un estudio de las más frecuentes.



4.8.1. PACIENTE INMIGRANTES DIAGNOSTICADOS DE PALUDISMO EN URGENCIAS

En la provincia de Almería se han diagnosticado desde 1998 al 2005 un total de 40 casos de paludismo:

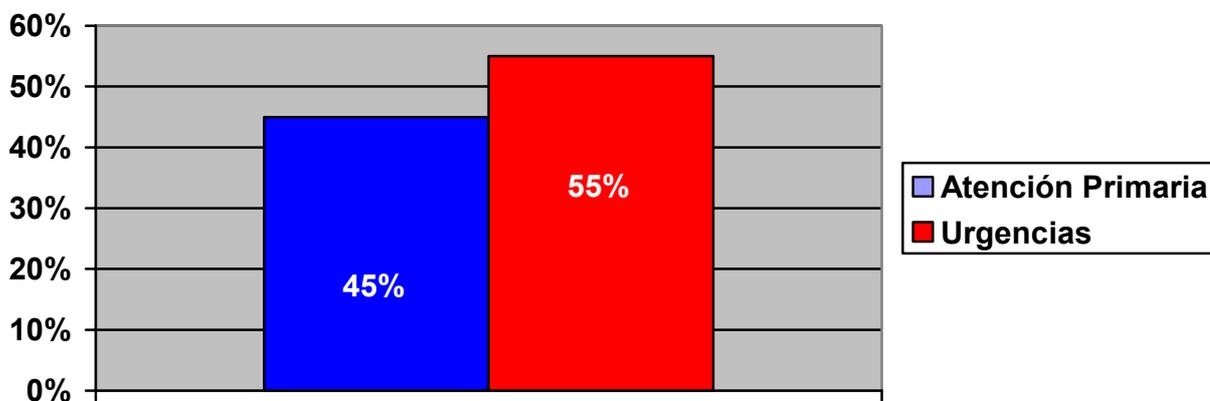
1. EN DISTRITO SANITARIO CENTRO 14 (35%)

2. EN DISTRITO LEVANTE 04 (10%)

3. EN DISTRITO PONIENTE 22 (55%)

Figura n ° 85. Distribución del diagnóstico de malaria por centros sanitarios.

LUGAR DE DIAGNOSTICO DE MALARIA



De los 22 casos diagnosticados en urgencias de nuestro centro:

1. 21(95,4%) eran varones

2. la edad media era de 30,7 años (rango 17-40)

3. y todos ellos habían regresado de su país hacia menos de un mes, excepto 2 casos con un año y seis meses respectivamente de permanencia en nuestro país que fueron diagnosticados de parasitación por *P. Vivax*. En los restantes, la infección fue por *P. Falciparum*.

4. Por lo que respecta al origen los pacientes procedían de:

4.1. Guinea-Bissau (6)

4.5. Mali (2)

4.2. Senegal (5)

4.6. Mozambique (1)

4.3. Mauritania (3)

4.7. Costa de Marfil(1)

4.4. Nigeria (3)

Figura n ° 86. Tipo de parásitos diagnosticados

TIPO DE PARASITO DIAGNOSTICADO/Nº CASOS



■ P. Falciparum	20
■ P Vivax	2

El diagnóstico se realizó con el examen microscópico de sangre periférica y tinción con MGG. A partir del año 2002, además contamos con el test de diagnóstico rápido de los antígenos de *P. Falciparum* y *Vivax*.



Los casos de *P. Vivax* además fueron confirmados por PCR. No detectamos ningún caso de doble parasitación. En un caso de *P. Falciparum* no se visualizaron parásitos intracelulares, pero sí el pigmento malárico. La parasitación fue confirmada por PCR.

Los síntomas más frecuentes fueron:

1. FIEBRE	95%
2. CEFALEA	60%
3. AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL	50%
4. VÓMITOS	25%

Entre las alteraciones hematológicas más frecuentes tenemos que destacar:

1. ANEMIA NORMOCÍTICA NORMOCRÓMICA	9 CASOS	40,9 %
2. LEUCOPENIA	7 CASOS	31,8 %
3. TROMBOPENIA	20 CASOS	90,9%

Con una cifra media de $92.800 \times 10^9/l$ plaquetas (rango 36000-250000), y de $81.500 \times 10^9/l$ en los casos de trombopenia.

Todos los casos respondieron a tratamiento con sulfato de quinina y doxiciclina.

4.8.2. PACIENTE INMIGRANTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUISTOSOMIASIS

Se han diagnosticado en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente, 4 casos de esquistosomiasis que quedan reflejados en la siguiente tabla:

Tabla n ° 22 . Descripción de los casos de Esquistosomiasis diagnosticados en la Unidad de Urgencias





DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUITOSOMIASIS

PACIENTE	1	2	3	4
1. Fecha	2003	2004	2004	2005
2. Género	H	H	H	H
3. Edad	19	22	21	23
4. País origen	MALI	GUINEA	GUINEA	NIGERIA
5. Estancia en España	13 MESES	14 MESES	5 MESES	33 MESES
6. Retorno a país origen	NO	NO	NO	3 meses
CLINICA				
1. Hematuria	SI	SI	SI	SI
2. Síndrome miccional	SI	NO	NO	NO
3. Fiebre	SI	NO	NO	NO
ANALITICA				
1. Hemoglobina	9,8	10,2	12,4	11,3
2. Eosinofilos	9,2	8,3	2,2	9,4
3. Creatinina	3.2	1.0	0.9	1,1
4. Sedimento:Orina	>100 Hematíes	50-60 Hematíes	10-20 Hematíes	>100 Hematíes
RX ABDOMEN	Calcificaciones Ureter/Vejiga	NORMAL	NORMAL	NORMAL
TRATAMIENTO	Prazicuantel	Prazicuantel	Prazicuantel	Prazicuantel
COMPLICACIONES	Uropatía obstructiva	NO	NO	NO



Los 4 pacientes acuden a urgencias por hematuria, sin disuria ni polaquiuria ni tenesmo vesical ni cortejo vegetativo, afebril y sin dolor abdominal.

Los casos 2 y 4 estaban en tratamiento en Atención Primaria con ciprofloxacino, sin mejoría, diagnosticados de infección del tracto urinario.

Los 4 pacientes referían episodios similares en su país de origen.

A la exploración física era totalmente anodina.

Tras la realización de un hemograma solo destacaba una eosinofilia, siendo la coagulación y bioquímica normal. El sedimento de orina: >100 hematias/campo.

En los estudios de imagen, solo en el caso 1 la radiografía simple de abdomen demostró calcificación de la vejiga y de ambos uréteres en su porción distal.

Ante la sospecha de esquistosomiasis, se interconsultó con el servicio de microbiología que realizó un examen bajo microscopio de la muestra de las orinas tras centrifugado, detectando huevos de esquistosomas (tipo haematobium).

Tras la confirmación de la enfermedad pautamos tratamiento con Prazicuantel, una dosis única de 40 mg/kg. Debido a que es un fármaco importado, no se encuentra en las farmacias, por lo que contactamos con nuestro servicio de farmacia que nos suministra la dosis.

Tras el alta se derivaron a consulta de urología de forma preferente.

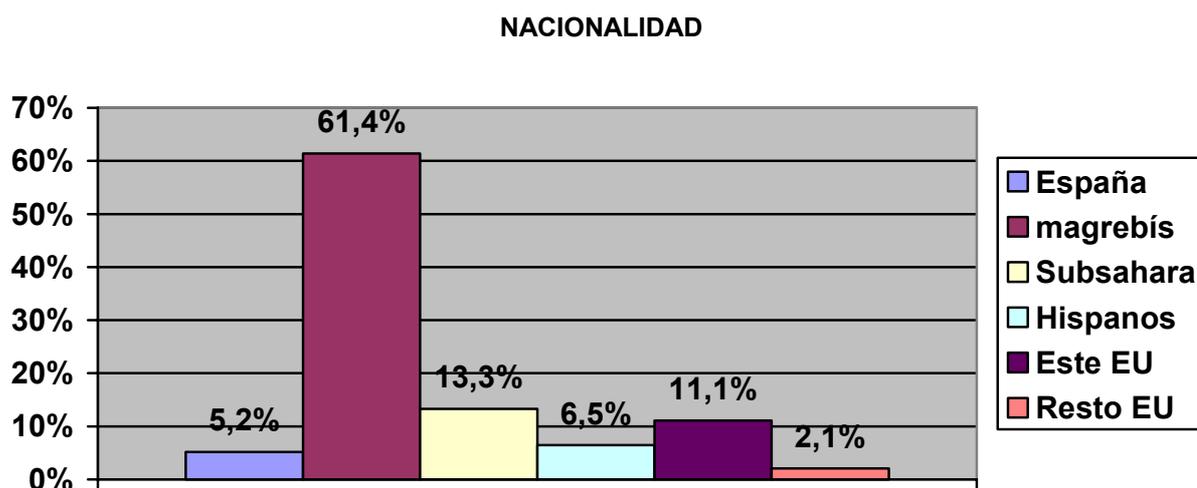
Solo el caso 1 presentó complicaciones; el paciente actualmente esta en situación de pre - diálisis, por insuficiencia renal crónica 2ª a uropatía obstructiva y con urostomía derecha.

4.8.3. PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se recogieron 644 pacientes con diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual durante el periodo de estudio, de enero del 2004 a diciembre de 2005, atendidos en la consulta de Fast - Track o consulta de atención rápida.

En cuanto al género el 90,9% eran hombres (edad media de $27 \pm 6,4$ años) y 9,1% mujeres (edad media de $24 \pm 3,3$ años).

Figura n ° 87. Procedencia geográfica de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual



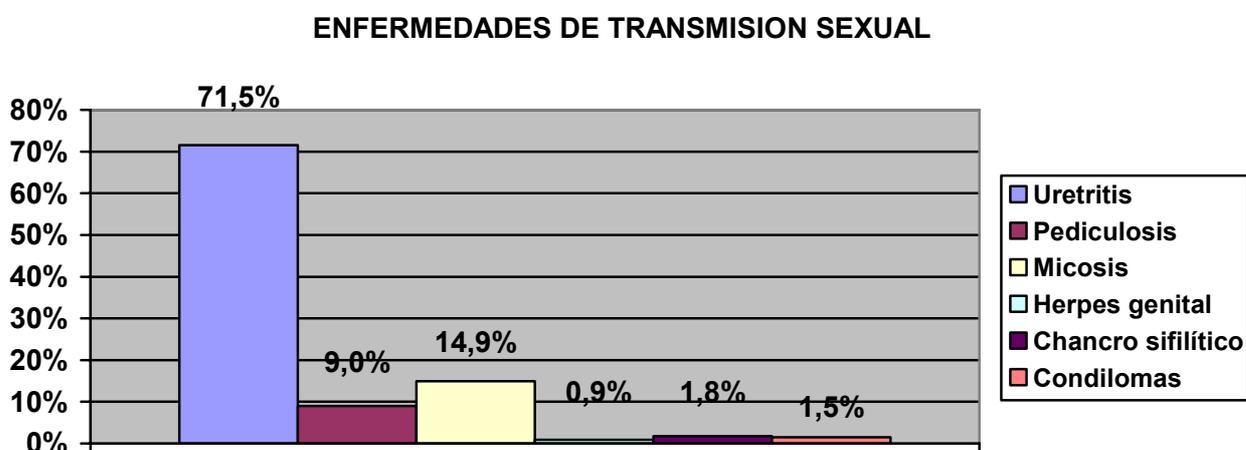
Con respecto al estado civil, el 13% afirmaba estar casado/a.

Comprobamos como existe una correlación estadísticamente significativa entre estar casado y nacionalidad española y mujer magrebí. Así como género mujer y nacionalidad magrebí y países del Este de Europa.

Referían tiempo de contacto a la aparición de la clínica de $5,1 \pm 1,9$ días. El 67% refiere contacto sexual en relación con la prostitución.

Cuando se les preguntó si utilizaron método de barrera (preservativo): el 92,5% respondieron que no.

Figura n ° 88. Principales Diagnósticos Realizados



Tras el análisis estadístico observamos como el herpes genital diagnosticado es casi exclusivo de mujeres de Europa del Este, así como la sífilis en pacientes subsaharianos y la uretritis en magrebíes.

Cuando comprobamos si se solicitó alguna prueba complementaria, observamos que solo en el 7,4% se realizó algún estudio complementario:

1. Exudado uretral: 16 solicitudes (14 con resultado de gonococia y 2 negativos),

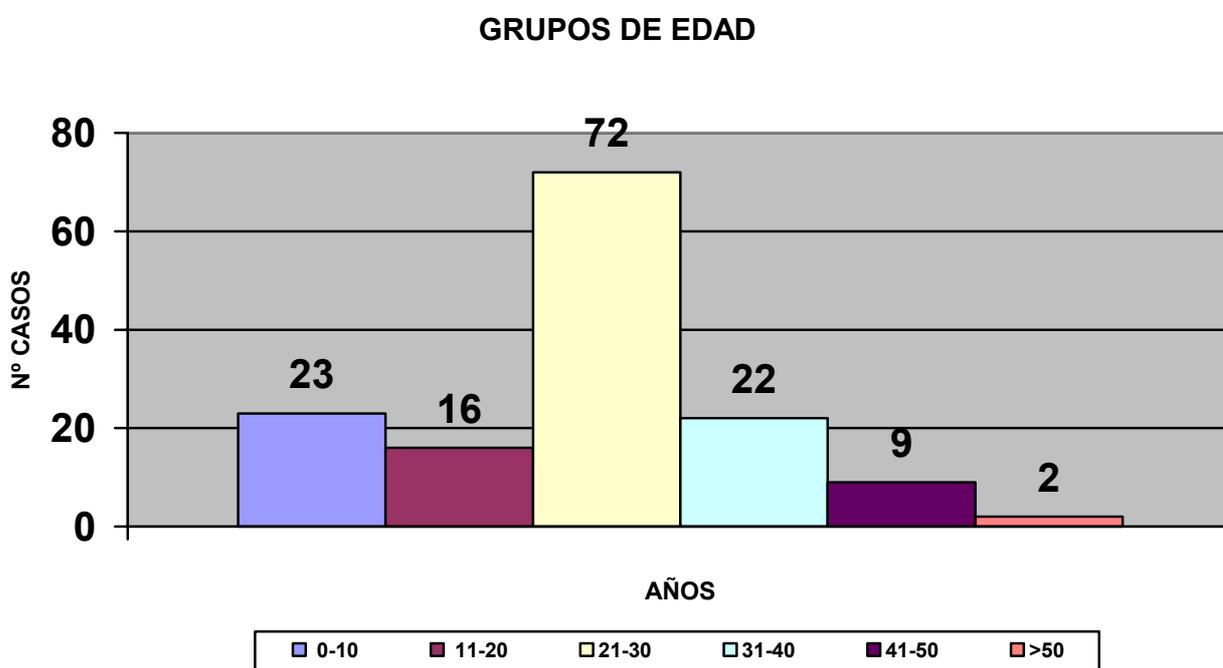
2. Exudado vaginal: 22 solicitudes (15 positivos a candidiasis, 4 Chlamydia trachomatis, 2 Gardnerella, 1 Trichomonas),

3. Serología Lúes: 10 solicitudes (siendo positivas solo 2).

4.8.4. PACIENTE DIAGNOSTICADOS DE PARASITOSIS INTESTINALES

Durante el periodo de estudio desde el 2000 al 2005, sólo se encontraron parásitos en las heces en 142 casos de solicitudes realizadas desde urgencias.

Figura n ° 89. Grupos de edad en los pacientes diagnosticados de parasitosis intestinal



Con respecto al género el 79% eran hombres.

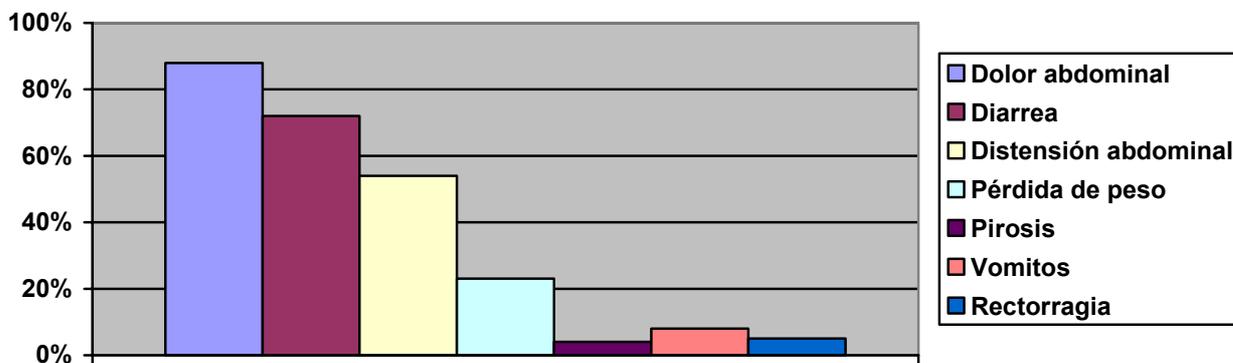
El origen geográfico de los pacientes diagnosticados eran:

1. PAÍSES DEL ZAGREB 33%

2. PAÍSES HIPANO-AMERICANOS 52%

3. PAÍSES SUBSAHARIANOS: 15%

Figura n ° 90. Manifestaciones clínicas en los pacientes con parasitosis intestinales



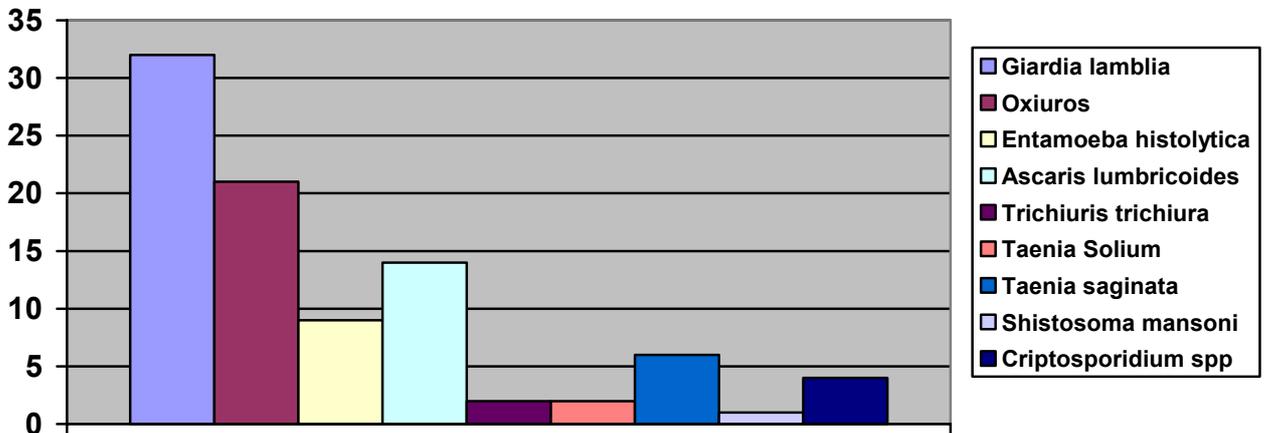
El tiempo de evolución era de 13,1 + 4,2 días. Hasta el 79 % de los pacientes referían episodios similares en los años previos.

La eosinofilia estaba presente en el 68% de los pacientes.

Figura n ° 91. Identificación de parásitos.

Nº DE CASOS

PARASITOS INTESTINALES

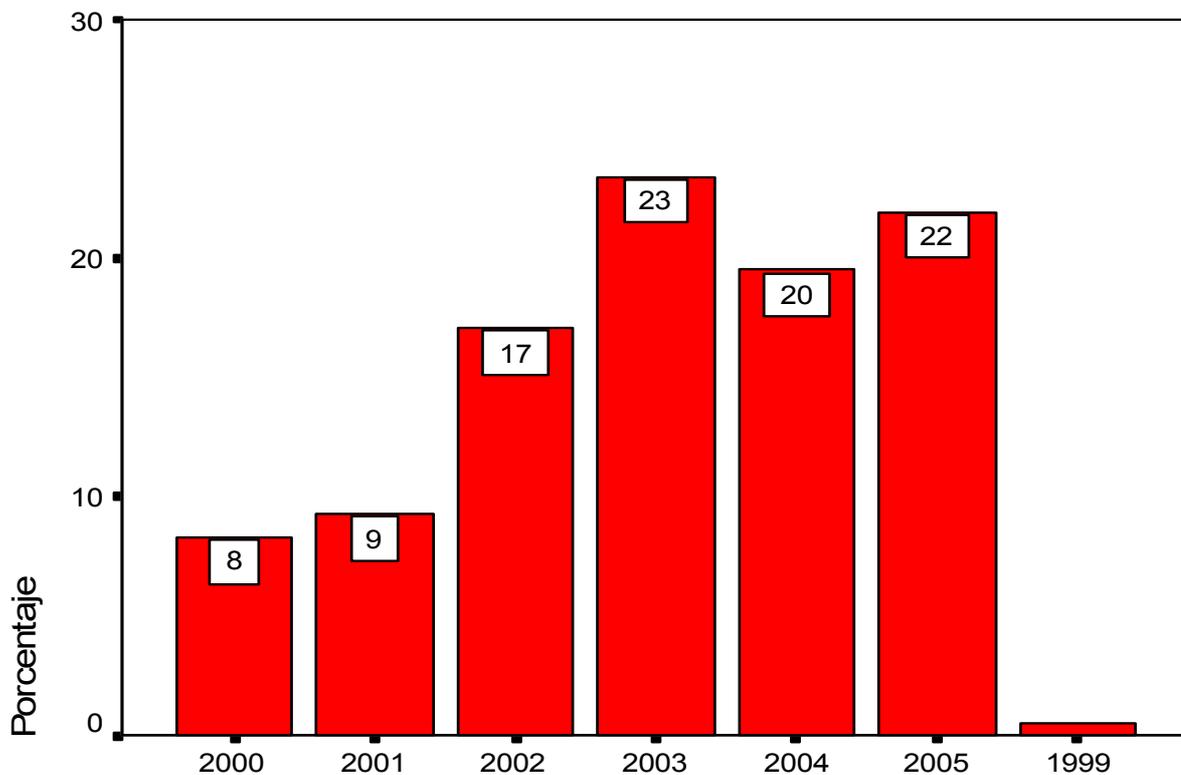


4.8.5. PACIENTE DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS EN URGENCIAS

Durante el periodo de estudio (1999 a 2005) se diagnosticaron en nuestro hospital 305 casos de tuberculosis, de los cuales el 95% se sospecho en nuestra unidad de urgencias.

Fig. n ° 92. Distribución anual del porcentaje de casos diagnosticados

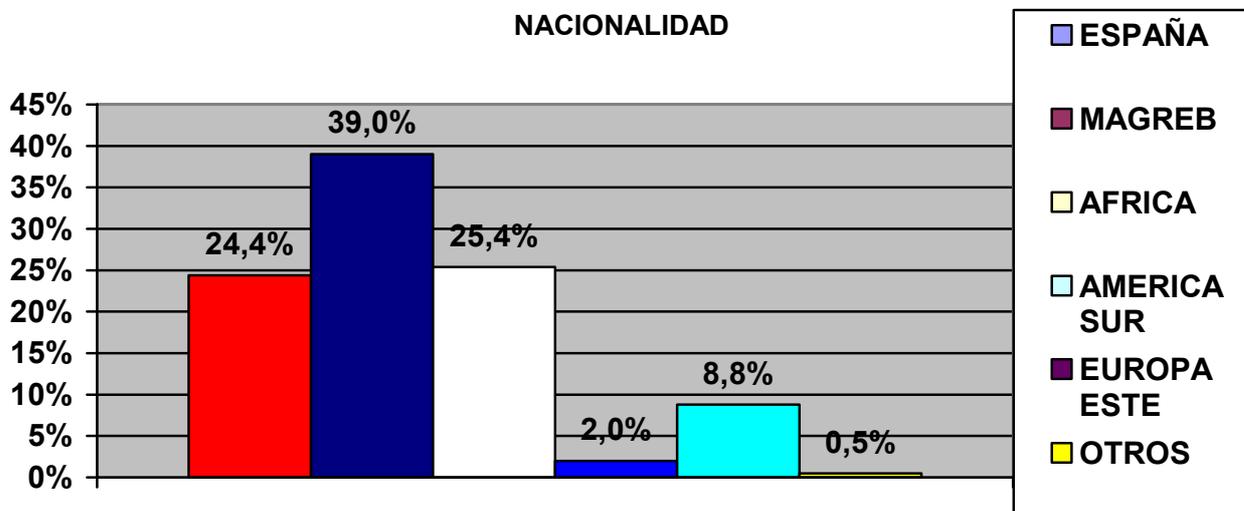
año de diagnóstico



El 76% de los pacientes diagnosticados eran inmigrantes, con una estancia media en España de 2.7 ± 2.8 años.

Con respecto a su país de origen destacar que la mayor parte de los pacientes diagnosticados procedían del área de Magreb y de los países Subsaharianos, existiendo una proporción muy baja de pacientes procedentes de América del Sur con el diagnóstico de Tuberculosis.

Figura n ° 93. Distribución de los pacientes diagnosticados de tuberculosis por procedencia geográfica.



El 94% de los diagnosticados eran hombres. La edad media fue $35,5 \pm 14,3$ años. No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población autóctona.

Es importante destacar que los pacientes inmigrantes diagnosticados convivían con una media de $4,8 \pm 3,99$ personas en el mismo domicilio (condiciones de hacinamiento), con respecto a la población autóctona que fue de $2,4 \pm 1,1$ personas.

Los motivos de consulta por los cuales solicitaron asistencia sanitaria fueron:

MOTIVO DE CONSULTA	PORCENTAJE
1. TOS	81 %
2. FIEBRE	71 %
3. SÍNDROME CONSTITUCIONAL	62,9 %
4. DOLOR TORÁCICO (DOLOR TIPO PLEURÍTICO)	53 %
5. HEMOPTISIS	24,9 %
6. DISNEA	23,4 %
7. OTROS	12,4 %

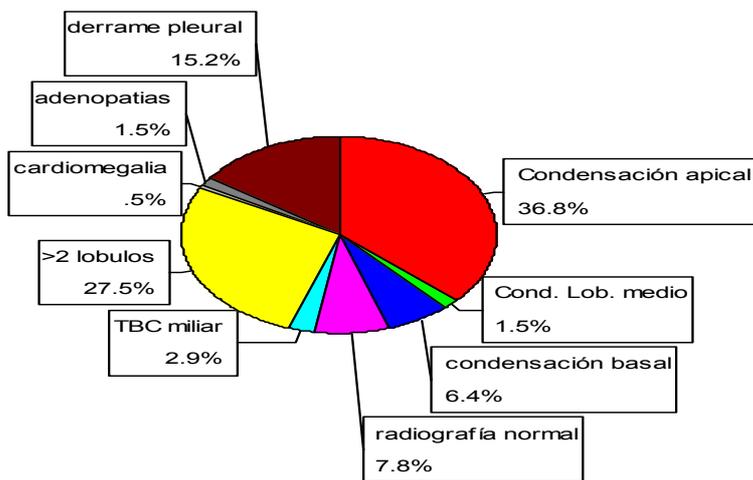
Pudimos comprobar como existe una relación entre la manifestación clínica hemoptisis y nacionalidad española ($p = 0.01$).

La localización orgánica de los cuadros de tuberculosis diagnosticados fue:

LOCALIZACIÓN	PORCENTAJE
1. PULMOMAR	82 %
2. PLEURAL	8 %
3. GANGLIONAR	6 %
4. PERICÁRDICA	0,5 %
5. OTROS:	5,5 %
5.1. MENÍNGEA	
5.2. VERTEBRAL	
5.3. PERITONEAL	
5.4. HEPÁTICA	
5.5. OCULAR	
5.6. GENITAL (FEMENINA)	

Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.03$) en la presentación de la tuberculosis extrapulmonar siendo casi exclusiva de población inmigrante.

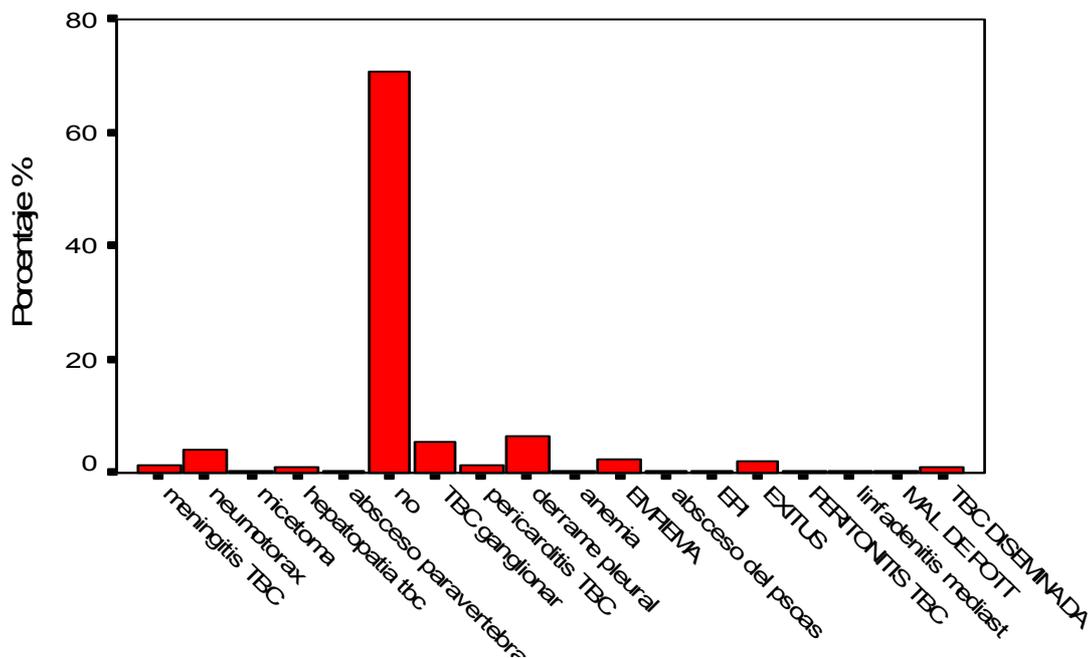
Figura n ° 94. Resultados de los estudios radiológicos de tórax practicados



Las complicaciones más frecuentes quedan descritas en la siguiente figura.

Figura n ° 95. Complicaciones presentadas por los pacientes diagnosticados de TBC.

complicaciones



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.001$) entre la presencia de complicaciones y el pertenecer al grupo de inmigrantes.

Además estudiamos la presencia de Hepatitis B, C y VIH concomitante con la tuberculosis:

1. el 15,1% de los pacientes eran positivos a VIH
2. el 9,8% tenían Hepatitis B
3. el 4,9% tenían Hepatitis C.

Tras el análisis estadístico se demostró relación estadísticamente significativa ($p = 0.04$) entre población inmigrante y la serología positiva para VIH y entre la nacionalidad subsahariana y la serología positiva para VIH ($p = 0.02$).

4.9. Patología atendida en urgencias a paciente inmigrantes interceptados en patera



En la costa del poniente almeriense se detectaron en el periodo de estudio 1419 inmigrantes, los cuales acudieron en 40 pateras diferentes.

1. Por lo que respecta a la nacionalidad el 69% eran de origen magrebí y el resto (31%) de origen subsahariano.
2. Con respecto al género; 84%: Hombres, 16%: Mujeres.
3. La Edad media era de $26 \pm 9,2$ años.
4. Destacar que 3 de las mujeres atendidas se encontraban en estado de gestación.
5. Tras la asistencia inicial de los voluntarios de la cruz roja, solo necesitaron ayuda sanitaria 481 de los inmigrantes (33,8%).



Los procedimientos sanitarios realizados fueron:

1. 284 CURAS LOCALES

2. 197 INTERVENCIONES SANITARIAS:

2.1. Tensión Arterial,

2.2. Frecuencia cardiaca,

2.3. Saturación de Oxígeno,

2.4. Temperatura, Inyectables,

2.5. Acceso vía venosa periférica,

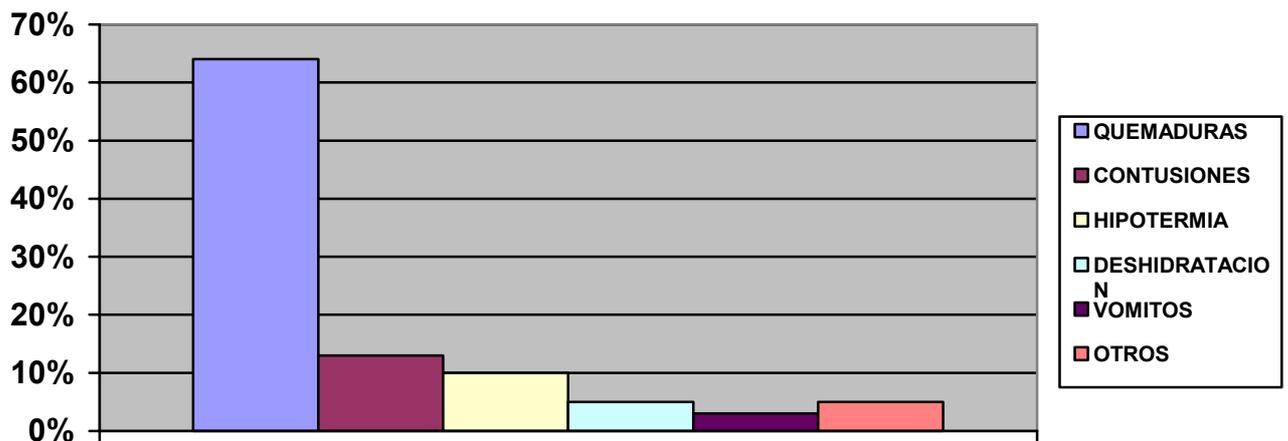
2.6. Aplicación de mantas térmicas

2.7. Administración de líquidos y alimentos).

Las patologías atendidas en este tipo de pacientes quedan reflejas en la siguiente gráfica.

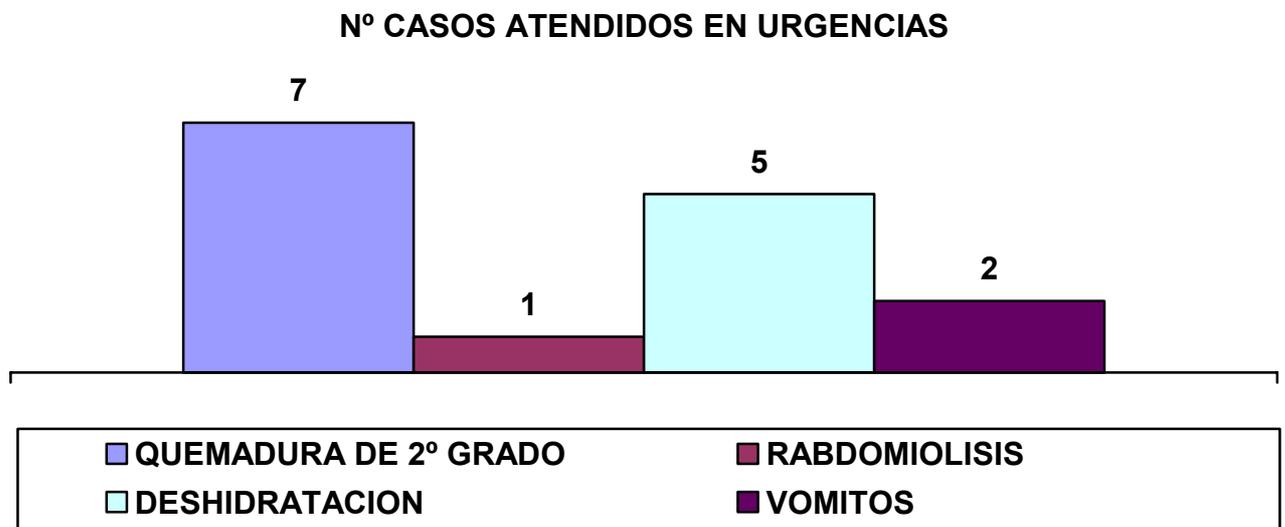
Figura n ° 96. Distribución de los problemas de salud presentados por los pacientes interceptados en pateras.

Patología atendida in situ en paciente inmigrante en patera



De los atendidos in situ por los voluntarios de la cruz roja solo 15 inmigrantes precisaron derivación a nuestra Unidad de Urgencias. La patología atendida queda reflejada en la siguiente tabla.

Figura n ° 97. Distribución de los casos atendidos



De los valorados en urgencias 5 necesitaron ingreso hospitalario: 2 quemaduras y 3 deshidrataciones.

El 80 % de la atención a estos pacientes se realizó durante los meses de Agosto y Septiembre.

EL CALENDARIO

- **1 de agosto:** Llegan 106 inmigrantes en dos pateras en sólo dos horas. La mayor trae 73 personas.
- **25 de julio:** Tras 15 horas de expedición arriban 64 personas asfixiadas por el calor.
- **3 de julio:** Llegan 3 pateras en 12 horas con 93 inmigrantes.
- **22 de julio:** En cuatro días han puesto pie en Granada 138 inmigrantes de 4 pateras.
- **1 de junio:** Entre los 65 inmigrantes que llegan se encuentran tres menores y dos tienen que ser hospitalizados.
- **11 de mayo:** Llega la cuarta patera en tres días.
- **3 de mayo:** En dos días, han llegado sesenta nuevos indocumentados.
- **30 abril:** Hasta 40 extranjeros arriban a las costas granadinas.
- **27 de abril:** Se supera el centenar por primera vez en el año, 101.
- **26 de abril:** 65 indocumentados.
- **10 de abril:** Salvamento Marítimo rescata a 29 indocumentados en una patera que se hundía.
- **28 de marzo:** 31 inmigrantes más llegan en patera.
- **30 de enero:** La primera gran patera del año trae 58 indocumentados.

Dos inmigrantes llegan heridos a Motril tras una reyerta en la patera

La embarcación fue interceptada ayer tarde y transportaba 64 pasajeros, **ocho de ellos menores**, que llegaron en buen estado de salud a la plaza de la Aurora acogerá **esta tarde un homenaje por Andaki**, el inmigrante fallecido en la UCI tras pasar dos semanas a la deriva

El Gobierno convocará a las comunidades y a los partidos para abordar la inmigración ilegal

De la Vega asegura que se **financiará la distribución por la Península** de los menores llegados a Canarias

Luz verde a las peticiones de los ministros de **Interior y Trabajo para comparecer** en el Congreso



**Llegan a Motril 64 inmigrantes,
que viajaban hacinados en una
patera de 8 metros de eslora**

Canarias pide al resto de comunidades «responsabilidad y no
solidaridad» para afrontar la actual avalancha de cayucos hacia las islas

4.10. Resultados Encuesta sobre la Inmigración a los Facultativos de Urgencias

La encuesta fue realizada a los 20 facultativos adscritos a la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente.

La edad media de los facultativos es de $35,5 \pm 4,9$ años.

La experiencia profesional en urgencias era de $4,4 \pm 2,1$ años.

La pregunta realizada a los facultativos fue:

“¿Piensas en qué influye el fenómeno de la inmigración en nuestra unidad de urgencias?”

El 100% de los encuestados consideran que este fenómeno conlleva un aumento asistencial importante, el cual no está relacionado con el número de recursos disponibles.

Además, planteamos varios problemas que el facultativo de urgencias encuentra cuando asiste a un inmigrante, a los cuales se les valora de 4 a 1 punto (de más importante a menos):

PROBLEMA	PUNTOS (MEDIA)
1. BARRERA IDIOMÁTICA	3.9



2. DESCONOCIMIENTO DE PATOLOGÍA ENDEMICA	1.4
3. DIFERENCIAS CULTURALES	2.05
4. DESCONOCIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO	2.6

Tras identificar los problemas plantearon posibles soluciones para mejorar la asistencia del inmigrante en urgencias.

En orden de frecuencia tenemos que destacar:

1. Traductores.
2. Consulta especial para los inmigrantes.
3. Educación e información del sistema sanitario al inmigrante.
4. Formar mediante cursos de atención al inmigrante a los facultativos de urgencias.
5. Programas conjuntos de atención al inmigrante entre Atención Primaria y Urgencias Hospitalaria.

Finalmente se les preguntó:

“¿piensas que deberíamos realizar una formación específica en la atención al inmigrante?”

El 100% contestó que sí.





5. DISCUSIÓN

La Inmigración es un fenómeno de gran relevancia en nuestro país. Día a día observamos atónitos en los medios de comunicación como cientos de inmigrantes intentan llegar a nuestras costas para conseguir un trabajo que le permita una vida digna, sin importarle arriesgar su vida.

Alrededor de este fenómeno se están creando asociaciones para ayudar a la adaptación de esta población en el país de acogida, pero a pesar nuestro, además se crean redes de aprovechamiento ilícito que utilizan a los inmigrantes como moneda de cambio, el coordinador de la Coalición Española contra el Racismo, la Xenofobia y las Discriminaciones Relacionadas (CECRA) explicó que cerca de 250.000 inmigrantes trabajan en condiciones de esclavitud en España. La Inmigración además ha aportado en estos últimos años en nuestro país y en el resto de Europa fenómenos de rechazo y xenofobia que perjudican a la integración de esta población, enturbiando la lucha de tantas organizaciones, gobiernos, voluntarios que trabajan por una sociedad racional y abierta a mejorar la vida de los demás. Con este trabajo queremos ayudar a la integración del inmigrante, aunque solo sea una gota en un mar en la adaptación total del inmigrante.

En nuestra provincia estamos viviendo con gran intensidad la llegada de inmigrantes debido a la gran demanda de mano de obra no cualificada que se necesita en el Sector de la agricultura, permitiendo que entre 30-40.000 inmigrantes actualmente estén trabajando en el poniente almeriense.

La llegada de esta población a nuestra zona ha producido cambios a nivel laboral, económico, sociocultural y por supuesto, sanitario.

5.1. Frecuentación y datos de filiación del paciente inmigrante atendido en Urgencias

En el año 2000 nuestra Unidad de Urgencias (Hospital de Poniente. El Ejido) prestó asistencia sanitaria a 11548 inmigrantes (13 % de las urgencias totales), esta cifra progresivamente ascendió en el 2005 a 30538 pacientes (28% de las urgencias totales).



Observamos como en los últimos 4 años el total de las urgencias se mantienen alrededor de las 100000 asistencias, destacando una disminución proporcional de las urgencias realizadas por la población autóctona a expensas de un ascenso de la población inmigrante, esto es consecuencia del aumento de la demografía de la zona que se produce mayoritariamente por la llegada de población inmigrante.

Las características de la asistencia prestada en la unidad de urgencias a la población inmigrante son:

1. Solicitan asistencia mayoritariamente los fines de semana
2. Si acuden en días entre semana lo hacen en horario no laboral (13:00 a 16:00 y a partir de las 20:00), coincidiendo con otros trabajos ⁹⁹.

Esta tendencia se relaciona fundamentalmente con la situación de ilegalidad de los pacientes, ya que la población inmigrante en situación legal y la autóctona sigue un esquema de distribución de asistencia a urgencias diferente.

El origen de este fenómeno es multifactorial:

1. La situación de ilegalidad del paciente inmigrante le impide tener una estabilidad en el mundo laboral, por lo que no dispone de días libres para acudir al médico sin detrimento de su salario. Un paciente marroquí ilegal me dijo "día que no trabajo día que no cobro".
2. El horario de las consultas de Atención Primaria no se adaptan al horario laboral ²².

Con respecto al género, comprobamos que el más frecuente es el masculino, pero vemos como la tendencia, según pasan los años, es que la mujer va aumentando en porcentaje; en el año 2000 el 26% del total de las urgencias de inmigrantes eran mujeres, con respecto al 35% del 2005. Esta situación probablemente sea debida a la reunificación familiar. El hombre inmigrante es el que suele iniciar la inmigración, con el tiempo tras legalizar su situación realiza los trámites para traerse a su familia. Además se está produciendo un aumento importante de la mujer a expensas de los países del Este, actualmente en el Ejido casi el 20% de las bodas son entre español y mujeres procedentes de la Europa del Este ¹.



Con respecto a la edad, el inmigrante que asistimos es un adulto joven, casi el 75% de todos se encuentran en el rango de 21-40 años. Esto es significativo pero a la vez comprensible, ya que el que emigra suele ser el que está “sano y fuerte”. Estos datos son comunes a otras zonas de España y de Europa ^{2, 3, 4}.

Con respecto a la posesión de tarjeta sanitaria, observamos como a pesar de que la Consejería de Salud en convenio con los distritos sanitario, ONG y sindicatos, da la posibilidad de solicitar la asistencia sanitaria de forma gratuita a los inmigrantes en situación ilegal mediante la Tarjeta sanitaria 60/ a pesar de no estar empadronados, el inmigrante es reacio a solicitarla debido a que debe aportar datos de filiación, ausencia de pasaporte, trabas a la hora de empadronarse ⁵, aunque en los 2 últimos años vemos como se está produciendo un aumento de los pacientes que acudieron a urgencias con tarjeta sanitaria.

Hay que tener en cuenta que más el 50% de las urgencias atendidas en inmigrantes presentaban tarjeta sanitaria (sin tener en cuenta la tarjeta gratuita 60/). Esto sorprende ya que la sensación es que acuden más lo ilegales, aunque luego analizando los datos observamos como los pacientes que acuden solo una vez en el año están en situación irregular, en cambio los que acuden más de una vez son pacientes en situación regular. Sobre este fenómeno aparecen varios interrogantes:

1. ¿la situación de legalidad conlleva más utilización del sistema sanitario?
2. ¿Actualmente se consigue más rápido el permiso de residencia? probablemente esto sea difícil de valorar y explicar.

Observamos en nuestra unidad con frecuencia pacientes que acuden varias veces en el mismo día y por varios motivos, además casos como el paciente que tiene en días anteriores como motivo de consulta “herida con sutura”, y no la presenta en el momento actual, como otro paciente de género masculino que tiene como motivo de consulta anterior: gestante con parto en curso...etc.

Es obvio que la situación de legalidad de un conocido hace que se presten la tarjeta, evitando de esta forma problemas burocráticos ²¹, a pesar del conocimiento de la gratuidad de la sanidad.



Además también observamos como en verano se produce una disminución significativa de la asistencia del inmigrante a urgencias, coincidiendo con el paro de la agricultura, sobre todo del paciente legal. Estos períodos son los que utiliza el paciente para volver a su país de origen.

Sin embargo, el paciente ilegal acude más en verano, debido a su situación de no regularización que no le permite acudir a su país de origen por miedo a ser descubierto, además aprovecha este paro laboral para solucionar problemas de salud que ha arrastrado durante todo el año.

5.2. Perfil clínico, social y demográfico del paciente inmigrante atendido en Urgencias

En general el perfil del inmigrante que recibimos en la actualidad se caracteriza fundamentalmente por:

1. Paciente varón
2. Con edad laboral
3. Norteafricano con corta estancia en nuestro país
4. Baja cualificación profesional
5. Bajo nivel cultural
6. Ocupación laboral en la agricultura intensiva.

Podemos observar en nuestro estudio a diferencia de otros estudios similares, un aumento de la población femenina inmigrante (a expensas de inmigrantes de países del Este con alto índice de prostitución) y a su vez de la población mayor de 65 años ^{2, 3, 4}.

La inmigración sigue siendo mayoritariamente Norteafricana aunque observamos una tendencia al alza de individuos saharianos, ecuatorianos y europeos sobre todo de los países del Este (en este sentido hay diferencias con otros estudios, sobre todo comparado con el Levante español donde mayoritariamente la inmigración es ecuatoriana) ^{6,7}.



La mayoría de los inmigrantes llevan menos de 2 años en nuestro país, en general no suelen vivir solos sino con varios compañeros y en casas con sólo dos habitaciones, es significativo que el porcentaje de los que se traen a sus familias ha aumentado de forma considerable en comparación con otros estudios ^{6, 7, 8}.

Con respecto a la vivienda, el inmigrante en general vive diseminado fuera del casco urbano. La ubicación de los alojamientos de los inmigrantes en Andalucía presenta una doble tipología, por un lado están los diseminados y por otro los alojamientos localizados en las periferias urbanas o en los centros degradados de los núcleos urbanos.

El primer tipo de asentamiento predomina en los grandes núcleos rurales y en las pequeñas y medianas ciudades, con fuerte actividad económica de origen agrario. El segundo tipo, predomina mayoritariamente en las ciudades y capitales de provincia, aunque también hay inmigrantes viviendo en el ámbito urbano de algunas de estas modernas “agrociudades”.

Cuando hablamos de diseminados hacemos referencia a aquellos habitáculos residenciales fuera de los cascos urbanos, es decir, en suelo no urbanizable. Éste tipo de construcción residencial ha sido una constante en gran parte de Andalucía. Pero en la actualidad se ha consolidado como residencia permanente o temporal de los inmigrantes en muchas de las ciudades o pueblos andaluces que requieren de su trabajo.

La tipología de diseminados, a su vez, es amplia, podemos encontrar como viviendas diseminadas a los tradicionales cortijos, pero también están los almacenes de productos y aperos del campo, chabolas, autoconstrucciones, naves, lonjas, etc., como lugares de residencia en hábitat disperso.

En El Ejido de los 6.385 inmigrantes empadronados (2000), 3.326 residían en diseminados (mayoritariamente en el típico “cortijo almeriense”), esto equivale a algo más del 50% de la población, frente al 7.6% de la población nacional que sólo vive en residencias dispersas por el campo ⁹.

Un porcentaje alto cuando acuden a nuestro servicio de Urgencias poseen la tarjeta sanitaria lo que nos indica que han tenido un contacto con el Sistema Sanitario, a diferencia de otras zonas de España donde la mayoría acuden sin tarjeta sanitaria ^{10, 11}.



Las patologías por las que más frecuentemente consultan son:

1. Álgias musculares
2. Dolor abdominal
3. Infección de vías respiratorias altas
4. Cefaleas



En nuestra Unidad utilizamos un sistema de estandarización de la gravedad (Triage), que clasifica al paciente atendido en urgencias en Prioridades Asistenciales (descrito en el capítulo de Introducción). Las prioridad 4 se atiende en una consulta especial, Consulta rápida o Fast Track (ya que el origen de este tipo de consultas radica en las Unidades de Urgencias de EEUU). Entre el 70-80% de los pacientes atendidos en esta consulta, son inmigrantes. La inmensa mayoría de las asistencias son catalogadas como patologías de prioridad 4 o banales, coincidiendo con otros estudios^{8, 12}. Esta consulta de Fast Track, anecdóticamente, se denomina entre la población autóctona como “la consulta del inmigrante”.

Diariamente nos enfrentamos a una población que adquiere la patología autóctona de nuestra región por un lado, condicionada en gran medida:

1. Por su actividad laboral habitual, la agricultura intensiva:

- 1.1. Algias osteomusculares
- 1.2. Intoxicaciones por pesticidas
- 1.3. Golpes de calor, etc.



2. Por sus condiciones de hacinamiento:

2.1. Enfermedades transmisibles

3. Por el estrés derivado de:

3.1. La propia inmigración

3.2. La decepción derivada de no ver cumplidas sus expectativas

3.3. La adaptación a una nueva cultura

3.4. La pobreza extrema.

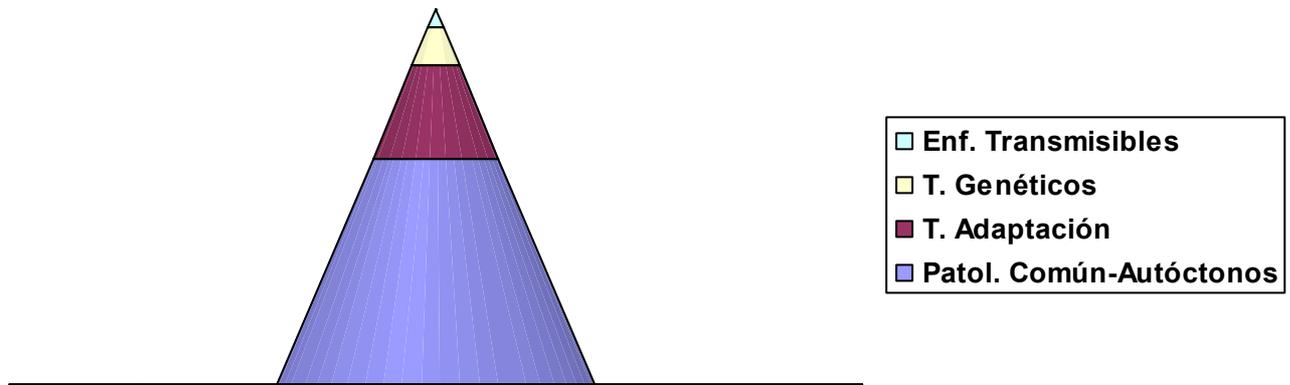


Por otro lado no podemos olvidar todo lo referente a la patología importada de sus países de origen, poco usual en nuestro medio y que nos obliga a pensar continuamente en ella (tuberculosis, enfermedades virales, enfermedades tropicales, etc.).

Comprobamos como la idea sobre la relación del inmigrante con enfermedades raras o enfermedades exóticas es errónea, al menos desde el punto de vista cuantitativo. Cuando nos enfrentamos ante un paciente inmigrante debemos pensar en la famosa frase: *“lo más frecuente es siempre lo más frecuente”*. Según la bibliografía disponible, en concordancia con este estudio, la patología del inmigrante tiene una distribución piramidal, donde la base, definida por la patología adoptada de la población autóctona, constituye la proporción más frecuente, seguido de las enfermedades relacionadas con los Trastornos de adaptación al medio y Trastornos genéticos, y finalmente en la punta de la pirámide las enfermedades transmisibles

13.

Figura n ° 98. Distribución piramidal de la patología presente en el paciente inmigrante.



Tras finalizar la asistencia sanitaria en la unidad de urgencias, el paciente tiene diferentes destinos finales:

1. Domicilio
2. Atención Primaria
3. Atención Especializada:
 - 3.1. Consulta Externas
 - 3.2. Hospitalización
 - 3.3. Traslado Interhospitalario.



Observamos como el paciente inmigrante en el 95% de los casos es derivado a Atención Primaria, presentando una tasa de ingreso



La tasa de ingreso del paciente inmigrante que acude a urgencias es menor que la de población autóctona (10,5%). En los últimos años vemos como la tasa de ingreso en pacientes de la zona no



ha variado significativamente, pero la de inmigrantes está teniendo un ascenso significativo, del 4,41% del 2000 al 6,64% del 2005. Probablemente sea consecuencia de:

1. El aumento de partos en la población de inmigrante
2. La llegada de familiares adultos
3. El aumento en el diagnóstico de enfermedades endémicas debido a la vuelta de sus países de origen
4. El aumento del paciente crónico
5. Y el aumento de la población inmigrante que acude a urgencias.

Es importante señalar, que tras la asistencia sanitaria en urgencias, el facultativo lo remite a su médico de cabecera, pero el paciente omite dicha consulta. Son pacientes difíciles de captar para la consulta programada, no dudan en acudir de nuevo a urgencias para revisar la enfermedad (es un hecho frecuente en nuestro servicio que tras una sutura se remite al centro de salud para curas y retirada de puntos, el paciente inmigrante debido a su omisión frecuente de la atención primaria, acude diariamente a nuestra unidad para realizar dicha acción).

5.3. La Medicina de Urgencias como puerta de entrada al Sistema Sanitario

Actualmente en España, la atención sanitaria de urgencia y la atención a las pacientes gestantes y los niños, está garantizada para cualquier ciudadano extranjero, según la Ley orgánica 4/2000, 11 Enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social.

El inmigrante cuando llega a nuestro país, tiene a veces su primer contacto con la sanidad española gracias a las ONG ¹⁴, si no es así, se encuentra con un Sistema Sanitario totalmente diferente al de su país de origen (cuando lo hay), por lo que es fundamental y primordial, una educación de salud básica en los primeros contactos, ya que como indican nuestros resultados y según la bibliografía consultada, se está haciendo un uso inadecuado de los recursos de nuestro Sistema Sanitario, utilizando las Unidades de Urgencias Hospitalarias en la mayoría de los casos



para patología banal fácilmente solucionada en los puntos de Urgencias Extrahospitalarias, saltándose un punto básico en nuestro Sistema de Salud como es la Atención Primaria (estos términos en muchas ocasiones aplicables a la población general) ^{19, 20, 15,16, 17, 96, 97}.

Podemos afirmar que todo esto es solucionable con una buena educación sanitaria, empezando desde un escalón básico y facilitando el acceso a nuestro sistema sanitario como demuestra nuestro estudio ya que los inmigrantes que llevan más tiempo en nuestro país, con mejor conocimiento del idioma más integrados social y económico y mejor nivel cultural, son menos frequentadores de los Servicios de Urgencias Hospitalarios realizando además un uso coherente y razonable de los mismos¹⁸.

Al acceder el inmigrante al Sistema Sanitario observamos un desconocimiento importante de la estructuración sanitaria por su parte, acude a Urgencias Hospitalaria sin pasar por Atención Primaria (no utiliza la consulta programada) y no aporta tarjeta sanitaria. Los que aportan dicha tarjeta sanitaria afirman en un buen porcentaje desconocer a su médico de cabecera.

Coincidiendo con la bibliografía consultada, creemos que el inmigrante acude a Urgencias para evitar documentos burocráticos que reconozcan su ilegalidad, a pesar de que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha creado la tarjeta sanitaria 60/ para inmigrantes sin papeles que le permite asistencia sanitaria gratuita. El Distrito de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud de Poniente - Roquetas, ha emitido hasta el 31 de diciembre de 2000, un total de 9.608 tarjetas de extensión de cobertura sanitaria, al amparo del Acuerdo alcanzado entre la Consejería de salud de la Junta de Andalucía y diversas organizaciones humanitarias y sindicales)¹⁸.

Además utilizan las urgencias hospitalarias para conseguir un documento público (el informe médico de alta), con el objetivo de demostrar su estancia en España, ya que ese documento es válido dentro de los requisitos de solicitud del permiso de residencia en nuestro país. En le 2004 una sentencia de un juzgado ovetense, permite a un inmigrante conseguir el permiso de residencia por demostrar su estancia en nuestro país con un informe de urgencias hospitalaria¹⁹.

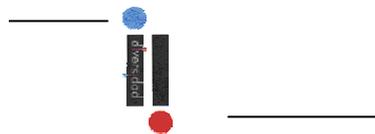
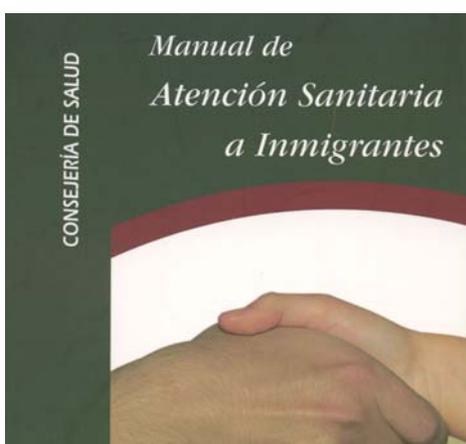


Figura nº 99.

Plan de Atención al Inmigrante de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Una peculiaridad general de nuestro hospital es la alta accesibilidad. Se encuentra en la Salida El Ejido - Norte de la Autovía del Mediterráneo (N-340), con acceso específico para el hospital y rodeado de invernaderos.



Además está a 100 metros de un gran centro comercial (COPO), que se une al Hospital mediante un paso elevado. Esto hace que muchos inmigrantes tras realizar la compra durante el fin de semana, aproveche el viaje para acercarse a nuestra unidad de urgencias y resolver algún problema de salud.

De todos es conocido que la mayoría de los inmigrantes nos conocen por el sobrenombre de “*los médicos del COPO*”.



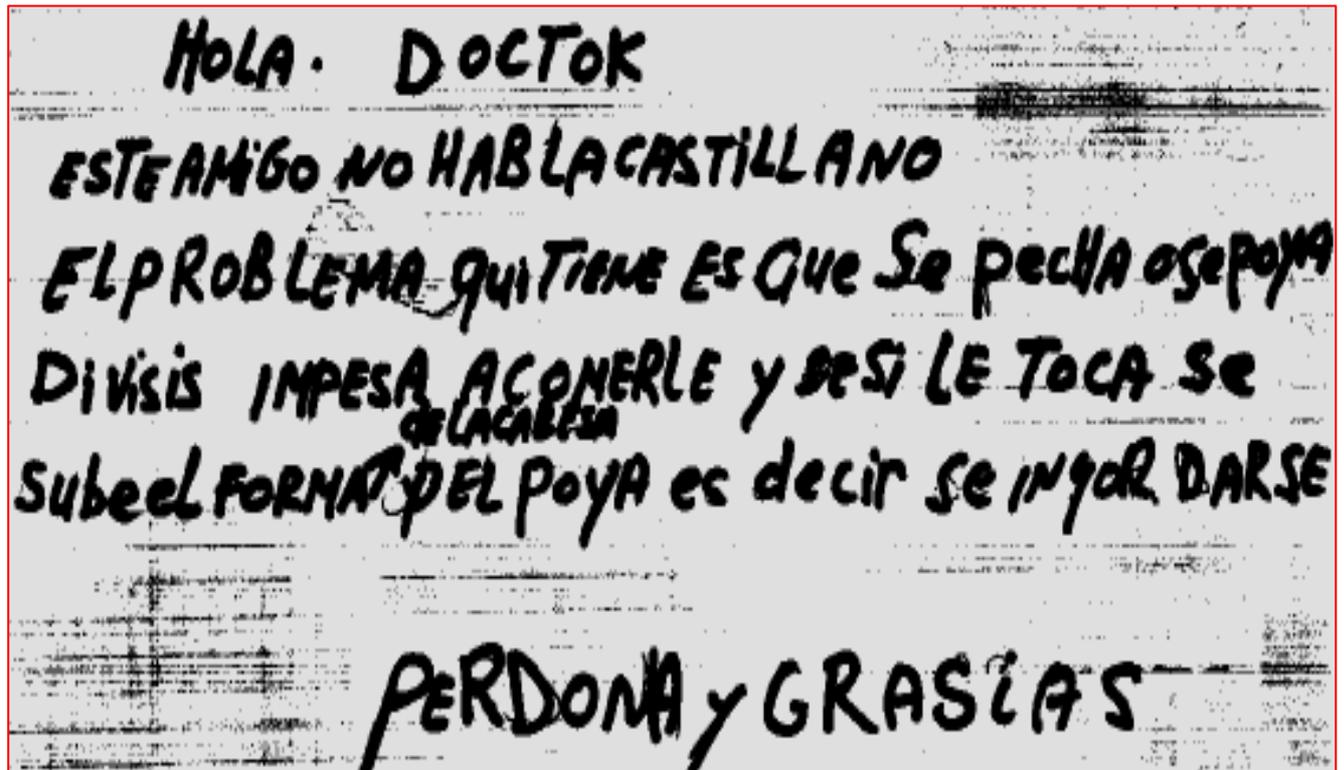
Médicos del Copo

5.4. La problemática derivada de la Barrera Idiomática

En el primer contacto con el paciente inmigrante nos encontramos con la barrera lingüística recíproca. La comunicación es ardua y difícil llegando a ser una odisea la obtención de datos durante la anamnesis. Cómo hemos podido comprobar los pacientes inmigrantes desconocen en la gran mayoría el idioma castellano, cuando acuden a nuestra Unidad de Urgencias.

Desde que el paciente se presenta en administración comienzan los problemas así como ante el facultativo. La simple pregunta ¿es alérgico algún medicamento?, es un reto impensable para el profesional que durante años sólo se ha preparado para adquirir conocimientos médicos.

La mayoría de los pacientes inmigrantes que desconocen nuestro idioma aprovechan que en la sala de espera se encuentran inmigrantes de su mismo país que conocen el idioma y acuden a consulta con ellos para que realice la función de traductor, esto es una ayuda que con el tiempo se está convirtiendo en una rutina. A veces somos nosotros mismos los que le pedimos que llame a algún amigo que nos haga de traductor, aunque a veces el paciente acude solo y con una traducción escrita de su enfermedad que más que ayudar confunde.



En Singapore, inmigrantes con desconocimiento del idioma acuden a urgencias en un 48% con un acompañante que conoce el idioma²⁰. Si no recibimos esa ayuda los medios de transmisión de la anamnesis se convierten en algo personal del facultativo. Las palabras aisladas y los gestos se entremezclan con la ansiedad de tener que llegar a un diagnóstico en alguien que te responde al azar y sin sentido. Esto hace que además de necesitar un tiempo más prolongado para llegar a realizar una anamnesis en condiciones, tengamos que utilizar otras actitudes no médicas como mímica, dibujo, idiomas, etc. con la finalidad conseguir un diagnóstico, que paradójicamente en pacientes que desconocen totalmente el idioma pero acude con un compañero traductor es más específico que en los pacientes que conocen algo de nuestro idioma. Además señalar que la barrera lingüística es el primer impedimento para no poder realizar un adecuado tratamiento^{21,22,23}.

En EEUU donde en 1990 habitaban 14 millones de personas que no hablaban bien el inglés, unos psicólogos compararon si existía diferencia entre el tiempo dedicado a inmigrantes que dominaban el inglés con respecto a población inmigrante que no lo dominaba. Tras los resultados no evidenciaron diferencia, al contrario²⁴ en un estudio realizado en unas Urgencias Pediátricas, demostraron que los hijos de las madres inmigrantes con desconocimiento del inglés



permanecían más tiempo en urgencias y se les realizaba más pruebas complementarias que al resto de los niños de la población general²⁵.

Los problemas de nuestro estudio han sido la clasificación de los pacientes en los distintos grupos, sobre todo en los pacientes que sabían palabras aisladas, en este grupo hemos confiado en la experiencia de los facultativos que llevan entre 1 y 3 años asistiendo a población inmigrante. Se excluyeron a los pacientes que no hubo acuerdo entre los autores (46 pacientes).

Nuestras conclusiones principales sobre la barrera idiomática son:

1. La mayoría de los pacientes inmigrantes que acuden a Urgencias son de origen marroquí. En la mayoría de los casos desconocen el idioma castellano y suelen acudir acompañados de un compatriota que nos sirve de traductor.
2. La anamnesis es más larga y más complicada en los pacientes que acuden solos y se consigue un diagnóstico más específico en los que acuden con traductor
3. En los pacientes que acuden solos se encuentra un llamativo aumento del diagnóstico sindrómico.

Queremos animar a que se estudien medidas que mejoren la asistencia de la población inmigrante en el sistema sanitario, sin olvidar el “Idioma” como problema subyacente y advertir de las dificultades de los facultativos ante la barrera idiomática²⁶, para evitar sucesos como le ocurrió a un niño inmigrante en Canadá: se trataba de un paciente pediátrico que al llegar a Canadá sus padres desconocían totalmente el idioma. El niño comenzó con un dolor en fosa iliaca derecha, sus padres tardaron 3 días en hacerle comprender a unos vecinos que su hijo estaba enfermo y no sabían dónde acudir. El paciente acudió a urgencias a punto de una perforación apendicular, actualmente este niño es médico y ha puesto en marcha un proyecto de intérpretes para inmigrantes en su Hospital²⁷.

Con el tiempo todos los que trabajamos en nuestra Unidad hemos ido aprendiendo palabras aisladas en árabe ya que es la población que más acude y con los que tenemos mayores impedimentos (ya que los europeos y subsaharianos, suelen dominar parcialmente el castellano o



**PERFIL DE LA ATENCIÓN
SANITARIA AL INMIGRANTE EN
LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL DE PONIENTE**



el inglés), llegando a crear un pequeño diccionario con las palabras más usuales en la anamnesis como fiebre, dolor, vómitos, etc. disponible en todas las consultas.

Figura n ° 100. Diccionario de palabras en árabe del Hospital de Poniente.



Incluso personal sanitario de nuestra Unidad acude voluntariamente a un curso de árabe impartido por el Ayuntamiento del Ejido para personas que está frecuentemente en contacto con esta población. Recordar que casi un 20% de las urgencias que atendemos son inmigrantes.

Desde el año 2005 tenemos contacto directo con un traductor las 24 h vía telefónica, este sistema tiene acceso a más de 50 idiomas diferentes. Mediante un móvil con 2 auriculares, uno para el facultativo y otro para el paciente se realiza la traducción simultánea. A pesar de esto este sistema fue utilizado en 1 año solo 2 veces. El facultativo prefiere el sistema del diccionario y apoyado por el acompañante con conocimientos de español. Se trata de un sistema privado que ha sido adquirido por la Consejería de Salud. Su nombre es DUALIA © y se informa sobre sus características especiales en el ANEXO N ° .



5.5. El concepto de Salud y Enfermedad desde el punto de vista del inmigrante

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los inmigrantes, proceden de países donde la medicina es un lujo al alcance de unos pocos privilegiados.

Comprobamos como en el 80% de los pacientes subsaharianos atendidos en urgencias, nunca habían recibido asistencia médica en sus países de origen. En su consulta, buscaban solución a sus problemas de salud en la medicina alternativa.

En alguna población inmigrante el concepto de salud y enfermedad puede estar disociado con respecto al mundo occidental.

Observamos, como determinadas poblaciones de inmigrantes, la presencia de lo que nosotros consideramos como enfermedades, ellos lo entienden como una variante de la normalidad, debido a su alta prevalencia entre dicha población²⁸. Hay que destacar entre estas enfermedades:

1. las micosis cutáneas en pacientes magrebíes:

1.1. Pitiriasis alba

1.2. Pitiriasis versicolor

1.3. onicomycosis



2. hematuria en pacientes subsaharianos por equistosomiasis haematobium

Además hay que tener en cuenta el concepto del origen de la enfermedad. Algunas culturas relacionan la enfermedad con creencias exotéricas o místicas, siendo difícil reconducir al paciente en la creencia de nuestro diagnóstico²⁹.

En nuestra unidad nos llamó la atención que raramente el paciente inmigrante consultaba por déficit visual, además menos del 1% de los pacientes poseían lentes oculares. Comprobamos en una encuesta a pacientes inmigrantes que acudían a urgencias por otro motivo, que a la pregunta si presentaban déficit visual, el 40% contestó que sí. A estos se les pregunto si alguna vez habían consultado en algún centro sanitario por pérdida de agudeza visual, a lo que respondieron en el 95% que no, refiriendo como excusa que estaba dentro de la normalidad. Tras una exploración básica tras osteotipos, el 22% presentaban algún déficit visual.

La discordancia del concepto de salud y enfermedad en población inmigrante, es un factor determinante para el médico de urgencias a la hora de enfrentarse ante las peculiaridades de estos pacientes, ya que raramente consultará por dicho motivo.

Debemos investigar ya que algunas enfermedades son potencialmente graves, como por ejemplo, la hematuria por parasitosis en subsaharianos, ya que su diagnóstico precoz puede evitar la progresión de esta patología hacia una neoplasia vesical.

5.6. Diferencias Sociales y Culturales

5.6.1. INFLUENCIA DEL RAMADAN EN LA ASISTENCIA SANITARIA

La población mayoritaria en nuestra zona es de origen magrebí. Parte importante de su devenir diario es el seguimiento de los periodos del Islam. El Ramadan se considera uno de los cinco pilares en la que se fundamenta la espiritualidad (Islam) de todos los practicantes musulmanes. Este periodo tiene lugar una vez al año, exige a los musulmanes adultos y sanos a abstenerse de comer, beber, fumar y tener relaciones sexuales desde la primera luz del día hasta la puesta del sol. Refieren que es un medio para que la persona se separe de las ansias mundanas y materiales, para no distraerse en la búsqueda de Allah³⁰.





Durante el mes del Ramadan está estimado que en el mundo, aproximadamente 400 millones de Musulmanes ayunan entre el amanecer y la puesta del sol³¹. El Islam hace una excepción con los niños, ancianos, enfermos, embarazadas, lactancia, menstruación, soldados en guerra, el viajero, personal que necesita estar en buenas condiciones para el cuidado de la población (médicos, bomberos, etc.)³².

Existen estudios donde se preguntan si el Ramadan influye o no en la salud, demostrando cambios a nivel metabólico, estado nutricional y psíquico. A nivel metabólico, aumentan los niveles en sangre de ácido úrico, colesterol, hormonas tiroideas³³. A nivel psíquico, produce una disminución de la función cognitiva y fatiga psíquica³⁴. A nivel nutricional, produce una pérdida de peso y deshidratación. A pesar de esto, concluyen que el Ramadan no tiene una afectación importante en el sujeto sano³⁵.

En pacientes con patología previa como la Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID) se demostró que en el periodo del Ramadan tenían más eventos hipoglucémicos aunque no necesitaron de tratamiento hospitalario. Se concluye que el Ramadan no está contraindicado en DMNID, teniendo cuidado con las hipoglucemias, en cambio se contraindica en la DMID³⁶. También se demostró que en pacientes con úlcera péptica aumentaban las molestias en el periodo del Ramadan por el aumento de secreción del Ácido Clorhídico (HCl)³³.

En algunas situaciones especiales como mujeres en el período de lactancia, se produce un cambio en la osmolaridad y concentración de lactosa, sodio y potasio en la leche, y los lactantes están más irritables³².

Revisando el tema, compruebo que los estudios actuales discuten las alteraciones del Ramadan en la salud, pero ninguno profundiza si el paciente musulmán seguidor del Ramadan acude al médico por distinta patología de lo habitual. Esta fue la finalidad de nuestro estudio, comprobar si influye el Ramadan en el motivo de consulta en pacientes musulmanes y como objetivo secundario, comprobar si el facultativo intentaba adecuar la posología del tratamiento a





Otro motivo de nuestro objetivo era comprobar si el facultativo, a la hora de prescribir el tratamiento, intentaba adecuarlo a esta situación especial. Como resultado objetivamos una tendencia a prescribir las dosis cada 12 horas o cada 24 horas. Una complicación del Ramadan es la omisión de dosis en los tratamientos, a pesar de que los sujetos enfermos pueden abstenerse del ayuno, en un estudio se comprobó que un porcentaje alto omitía las dosis en el periodo de ayuno³⁷. A la hora de prescribir un tratamiento durante este periodo, debemos adaptarlo a sus necesidades para evitar el no cumplimiento del tratamiento, buscar alternativas de los fármacos elegidos, con preferencia los de una o dos dosis diarias.

5.6.2. FIESTA DEL SACRIFICIO O DIA DEL CORDERO

La fiesta del sacrificio se celebra el décimo día del mes de Dhul-Hiya, es la conmemoración del sacrificio de un cordero a cargo de Abraham en lugar de su hijo Isaac, como dios le había pedido en principio para probar su fé³⁸. Este día es un día importante en la población musulmana que observamos como indirectamente influye en nuestra unidad de urgencias.



El paciente inmigrante, como hemos comprobado,



Solo acuden pacientes con una prioridad 1 o 2, que realmente necesitan de una asistencia sanitaria hospitalaria. Reafirmamos como el paciente inmigrante en días señalados no acude a urgencias, tras extrapolar los resultados a la población autóctona comprobamos como en días señalados de navidad, semana santa y verano, no se produce dicho evento, estableciéndose un efecto contrario, aumentando las urgencias.

5.7. Trastornos de Adaptación

5.7.1. SINDROME DE ULISES

La “Inmigración” es un fenómeno real en nuestra sociedad que no podemos dejar al margen, tenemos que adaptarnos y dejar adaptarse por la tolerancia de la vida misma, este proceso de adaptación por parte del inmigrante conlleva la aparición de trastornos psicosomáticos por la pérdida de valores básicos en la integridad de la persona: familia, amigos, hábitat, idioma, cultura, etc.

La inmigración se ha definido como un fenómeno estresante por sí mismo, en ésta última época hemos observado un aumento en la incidencia de pacientes inmigrantes con algún trastorno de ansiedad en diferente grado, en nuestra Unidad de Urgencias. Se acepta que estos pacientes presentan mayores tasas de trastorno de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. La razón principal, sería los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la inmigración ³⁹.



Desde un comienzo los servicios de urgencias hospitalarios, asumen con mayor frecuencia un papel clave para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Para el paciente, el médico de urgencias no solo es la puerta de acceso al sistema sanitario (en este caso a salud mental), sino que además la mayoría de las demandas derivadas de su patología es satisfecha en los propios servicios de urgencias hospitalarios. Esta situación conlleva un alto consumo de recursos sanitarios, debido no solo al volumen de trabajo que genera, sino también la necesidad de formación específica en la materia que suscita⁴⁰.

En general los pacientes inmigrantes son varones jóvenes, procedentes en su mayoría de norteáfrica, siendo la estancia en España inferior a dos años, son pacientes alejados de sus familias, con bajo nivel socioeconómico, con difícil adaptación al entorno: problemas idiomáticos y relaciones sociales, suelen tener trabajo precario y mala relación de pareja.

Atoxotegui et al, plantean que la inmigración provoca distintos tipos de duelo, en relación con la familia y los amigos, el grupo étnico, la situación social, la lengua, la cultura, la tierra y la seguridad y los riesgos físicos. Todo ello se relaciona con la aparición de conductas psicopatológicas por parte de los varones jóvenes⁴¹.

Estudios en pacientes refugiados describen que la separación familiar significa un impacto emocional importante, confirmando el papel importantísimo que juega el núcleo familiar en la identidad emocional del individuo⁴². A sí mismo se observa que estos trastornos psicopatológicos van apareciendo conforme aumenta la estancia del inmigrante en nuestro país^{43, 44, 45, 46, 47, 48}.

Estudios en Inglaterra desvelan que existe una marcada variabilidad en la salud mental entre grupos étnicos, haciendo una reflexión sobre el nivel socioeconómico y la salud mental: la desigualdad de viviendas y el soporte social, explican trastornos psicopatológicos directamente influenciados por el nivel de satisfacción en la vida^{49, 50}.

Un tema importante a tener en cuenta es la “somatización”. El motivo de consulta más frecuente en urgencias es la “algia osteomuscular”, que tras una exploración física y complementaria sin alteraciones significativas se determina que sea secundario a su trabajo habitual. Suelen ser pacientes reincidentes en urgencias y por el mismo motivo, siempre siendo de alta con el mismo diagnóstico y tratamiento. En esta situación debemos pensar y evaluar si estamos ante un trastorno de somatización.

El psiquiatra Joseba Achotegi denomina a los trastornos psicopatológicos derivados de la migración como **Síndrome del inmigrante con estrés crónico** o **“Síndrome de Ulises”**^{51,52}, metáfora de las desventuras de Ulises que pasó tras la batalla de Troya, que embarco de regreso a su país de origen, vagando durante diez años por el mar mediterráneo con múltiples calamidades. La sintomatología de este síndrome abarca 4 áreas:

1. Área depresiva: tristeza, llanto y sentimientos de culpa.
2. Área de ansiedad: ansiedad, insomnio e irritabilidad.
3. Área somatomorfa: cefaleas, fatiga y algias osteoarticulares.
4. Área disociativa: despersonalización, desrealización, confusión temporoespacial y déficit de atención y memoria.

Dicho síndrome que se asocia a malestar psicológico específico, por el propio hecho migratorio y adaptativo, se le suma las dificultades en la detección y tratamiento de dicho malestar, por el desconocimiento de los profesionales de la salud. Por todo esto, recomiendo que desde la administración se plantee la formación de los facultativos en este tema por el bien del paciente así como de los profesionales.

5.7.2. EL PROBLEMA DE LAS AGRESIONES EN LOS PACIENTES INMIGRANTES

A veces como consecuencia de los trastornos adaptativos surge inevitablemente un grave problema social como es la agresión en el paciente inmigrante. No hemos podido comparar con otros estudios ya que no hemos encontrado bibliografía sobre el tema, excepto que en un estudio se relaciona la 2ª causa de ingreso del inmigrante los traumatismos con la elevada accidentalidad y violencia⁵³, lo que nos anima a ser el inicio de una puerta tolerante al fenómeno de la agresión, para países que soportan dicho evento, que día a día son portada de innumerables medios de comunicación por situaciones de rechazo, intolerancia y racismo.





En general el paciente inmigrante agredido es un varón joven marroquí con una estancia en España de más de un año, con precaria situación laboral. Afortunadamente en la mayoría de los casos las agresiones son de carácter leve, necesitando sólo un bajo porcentaje ingreso hospitalario.

Reseñar como ciertos hábitos tóxicos, ausentes en las culturas de origen, son adoptadas por el inmigrante a la llegada al país receptor, y problemas sociales de fondo (precariedad, inestabilidad laboral) favorecen en gran medida el aumento de incidencia de agresiones.

Es llamativo el hecho de que las agresiones son producidas por otros inmigrantes, siendo bajísima la tasa de agresiones por autóctonos de la zona lo que nos indica una buena convivencia y bajo nivel de conflictividad con esta población.

5.7.3. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La inmigración conlleva adoptar nuevos estilos de vida que favorecen la aparición de ciertas patologías que se hacen más prevalentes y con características diferenciales a las de sus países de origen, reseñar la hemorragia digestiva alta.

Encontramos en nuestro estudio diferencias cuantitativas y cualitativas según el grupo étnico, los norteafricanos son en general pacientes jóvenes varones con alta incidencia de patología osteomuscular y consecuentemente consumidores habituales de AINES. En cambio los procedentes del Este de Europa son pacientes de mediana edad sin diferencias de género, con alta incidencia de patología gástrica previa y alto consumo de alcohol. Comprobamos como las hemorragias digestivas en pacientes norteafricanos tiene mejor pronóstico y tratamiento que en pacientes del este (aunque no se encontró diferencias significativas). No hemos podido extrapolar estos datos por la ausencia de bibliografía.

5.7.4. INTOXICACION POR PESTICIDAS ORGANOFOSFORADOS

El paciente inmigrante de nuestra zona está dedicado casi exclusivamente al sector agrario. Predominantemente tiene baja cualificación, aprendiendo progresivamente las técnicas a desempeñar en el invernadero.

Observamos como en los últimos años las intoxicaciones por pesticidas han aumentado a expensas de población inmigrante. Esta tendencia se debe al mayor protagonismo del inmigrante en el trabajo de más riesgo, destacando que estos que asumen dicho riesgo no presentan una situación regularizada.

La intoxicación se produce mayoritariamente en el invernadero mientras fumigan, destacando que no toman medidas de protección, siendo la vía de intoxicación más frecuente la cutánea. Clínicamente las manifestaciones más frecuentes son las digestivas, no existiendo diferencias con la población autóctona, a pesar de que los casos más graves se dieron en pacientes inmigrantes. Hay que resaltar que ninguno poseía el carnet de aplicación de pesticidas.



Esta situación es importante tenerla en cuenta, ya que observamos que el paciente inmigrante con síntomas de intoxicación por pesticidas acude a urgencias e intenta omitir que ha estado fumigando para evitar preguntas y la realización del médico del parte de lesiones. Tienen miedo a declarar que ha sido un accidente laboral.

Como en otros estudios, observamos como los inmigrantes están más expuestos a los pesticidas y a otras sustancias químicas, presentando frecuentemente problemas asociados con depresiones y trastornos neurológicos ^{54,55}.

Creemos que el ascenso de las intoxicaciones por organofosforados en paciente inmigrantes, se debe a que la población autóctona está dejando dicho trabajo de riesgo al inmigrante, y sobre



todo al ilegal, este acepta por su situación de irregularidad y esto sumado a su baja cualificación favorece el riesgo de intoxicarse. Además todo esto podría sumarse el desconocimiento del inmigrante de la lengua española que dificulta la lectura e identificación de peligros laborales¹⁷.

Concluyendo, en estudios nacionales e internacionales también determinan que la población inmigrante es una población propensa a sufrir accidentes laborales y que las tasas de accidentalidad son mayores que en la población autóctona^{56, 57, 58, 59,95}.

Para el médico de urgencias es importante conocer esta adaptación laboral del paciente inmigrante, para un abordaje de signos y síntomas de etiología desconocida que ayuden orientar y comprender la situación del inmigrante.

5.7.5. PATOLOGIA UROLOGICA DEL INMIGRANTE

Encontramos como influye la cultura de la población inmigrante en los motivos de consulta urológicos, en nuestro estudio reseñamos como los pacientes inmigrantes de origen magrebí consultan por problemas relacionados con la esterilidad, a priori no es de extrañar ya que es un motivo de consulta importante también dentro de la población autóctona, pero lo que nos llamó la atención es que estos pacientes ya eran padres de 1 o 2 hijos, pero en su cultura favorece la familia numerosa.

Además los pacientes que más acuden son jóvenes de origen magrebí consultando por disfunción eréctil, tras la exploración inicial y pruebas complementarias son diagnosticados de trastorno funcional, vemos como el inmigrante a la llegada a un país extraño el fenómeno de adaptación tiene consecuencias como la ansiedad y la disfunción eréctil. Este es un problema que muchos de ellos ocultan por timidez o por dificultad de expresarse ante el facultativo, en Yorkshire (EEUU) se estudió la experiencia de mujeres musulmanas que padecían incontinencia urinaria; las mujeres musulmanas están obligadas por su religión a estar siempre limpias y rezar 5 veces al día, para estas pacientes este problema les hacen sentirse impuras provocándoles alteraciones psicológicas, la mayoría lo callan por vergüenza y sobre todo si son atendidos por facultativos de género masculino⁶⁰.

En San Diego (EEUU) se analizó los problemas que presentaban las mujeres con mutilación genital femenina, siendo estos:



1. Dispauremia
2. Infecciones del Tracto Urinario
3. Problemas psicosexuales ^{61, 62}

Debemos reflexionar y comprender sus costumbres para facilitar nuestro trabajo así como hacer que se sientan comprendidos para ayudarlos a su adaptación.

5.7.6. BRUCELOSIS AGUDA EN URGENCIAS

La brucelosis es una zoonosis de distribución mundial que algunos países desarrollados han erradicado, pero actualmente la zona del mediterráneo, Oriente próximo, Arabia, India y Latinoamérica son áreas de enfermedad endémica de brucelosis por *Brucella Mellitensis*. Todo es debido a una mala planificación de prevención de la epidemiología de la brucelosis animal, sobre todo ganado ovino y caprino ^{63, 64}.

A pesar que en los últimos 50 años en España, se ha producido un descenso importante de los casos diagnosticados de brucelosis humana, pasando de 22,33 casos por 100.000 habitantes en el año 1984 a 2,8 casos en el año 2001, coincidiendo con intensas campañas de vacunación y de intervenciones sobre la brucelosis animal en muchas regiones españolas ⁶⁵, comprobamos como en nuestra unidad de urgencias hemos pasado de una tasa de 4,5 casos por 100.000 habitantes en el 2001 a 7,5 casos en el 2003, destacando una tendencia de ascenso que se ha producido a expensas de población inmigrante, casi exclusivamente de procedencia magrebí.

Con diferencia a la población autóctona todos los pacientes inmigrantes afirman ingerir leche de cabra sin control. Estamos observando la presencia de ganado caprino sin control sanitario en sus viviendas, ya que habitan en el denominado “cortijo”, el cual suele tener un terreno adyacente para el ganado.



Clínicamente no existen diferencias con la población receptora, presentando habitualmente los típicos síntomas:

1. fiebre ondulante
2. sudoración
3. poliartralgias⁶⁶



Florence
Nightingale

Hay que destacar que existe una relación estadísticamente significativa entre brucelosis/inmigrante y tener complicaciones. Observamos en nuestro estudio como el 90% de las complicaciones se produjeron en pacientes inmigrantes, destacando la sacroileitis y un caso de neurobrucelosis. Estos hallazgos son difíciles de contrastar ya que no se evidencia en la bibliografía estudios similares.



A la hora del tratamiento no existen diferencias entre dicha población y la autóctona, recibiendo el tratamiento habitual con doxiciclina o rifampicina.

Es importante conocer esta situación, ya que el cuadro clínico de esta enfermedad es inespecífica, pasando desapercibido para el médico de urgencias si no piensa en ella. Ante todo paciente inmigrante en nuestra unidad que acude a urgencias con síndrome febril sin foco siempre hay que tener en cuenta la brucelosis como diagnóstico diferencial, ya que es habitual que omitan la ingesta de leche de ganado caprino por no darle importancia.

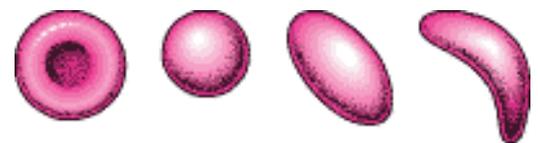
5.8. Enfermedades Hereditarias (Hemoglobinopatías y Anemias Hemolíticas).

Las enfermedades hereditarias constituye el tercer lugar en la patología más frecuente en el inmigrante (después de la patología adquirida de la población autóctona y enfermedades secundarias a la adaptación) ²⁸.

Este grupo de patologías las podemos clasificar en:

1. Hemoglobinopatías:

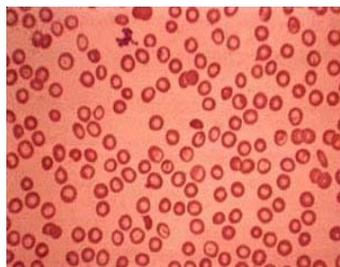
1.1. Drepanocitosis (anemia falciforme)



1.2. Síndromes talasémicos

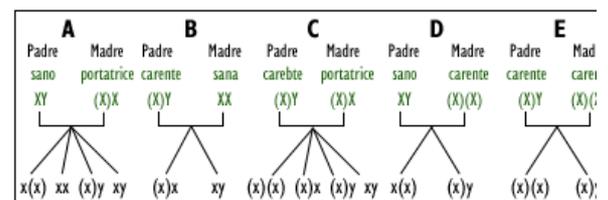
1.2.1. Talasemia mayor

1.2.2. Talaemia minor



2. Anemias hemolíticas:

2.1. déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.



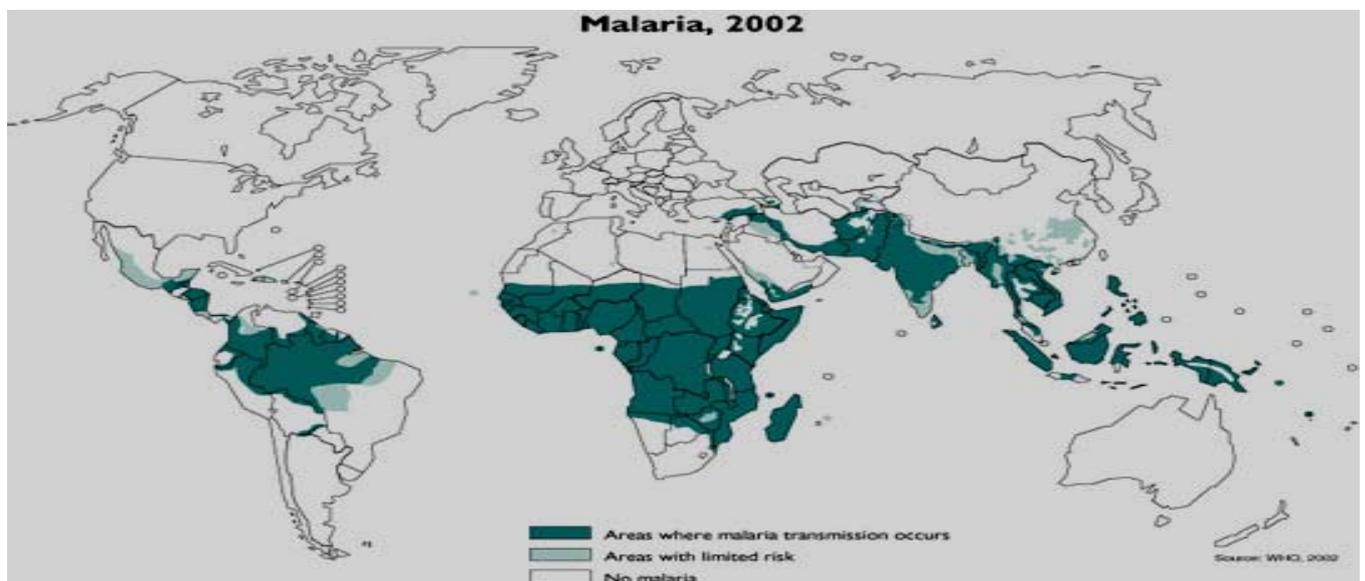
Tras nuestro estudio de anemias en urgencias, observamos que las anemias más frecuentes en el inmigrante son las mismas que la población autóctona: anemia ferropénica y secundario a déficit de vitaminas.

Pero además hay que tener en cuenta la alta prevalencia no existente en la población autóctona de anemias ferropénicas secundarias a parasitosis, anemia hemolíticas y hemoglobinopatías, de acuerdo con lo descrito en la bibliografía existente ^{67, 68, 69, 70, 71, 72, 73}.

Estas enfermedades hereditarias se caracterizan por ser asintomáticas y estar sin diagnosticar. Se diagnostican de forma casual en atención primaria o en urgencias por presentar crisis agudas.

La Drepanocitosis se caracteriza por anemia crónica con crisis agudas de dolor óseo, infecciones bacterianas y víricas ^{74, 75, 76}.

Destacar la anemia hemolítica por déficit de 6 PDH, observamos como es casi exclusivo de población inmigrante, tiene una distribución similar al paludismo. Es una enfermedad asintomática, es decir, portadores sanos.



Se caracteriza por crisis hemolíticas agudas y fiebre tras la ingesta de habas y/o provocadas por infecciones- fármacos ^{77, 78, 79, 80}.

En nuestra unidad se diagnosticaron al acudir el paciente con síntomas y signos de anemia hemolítica.

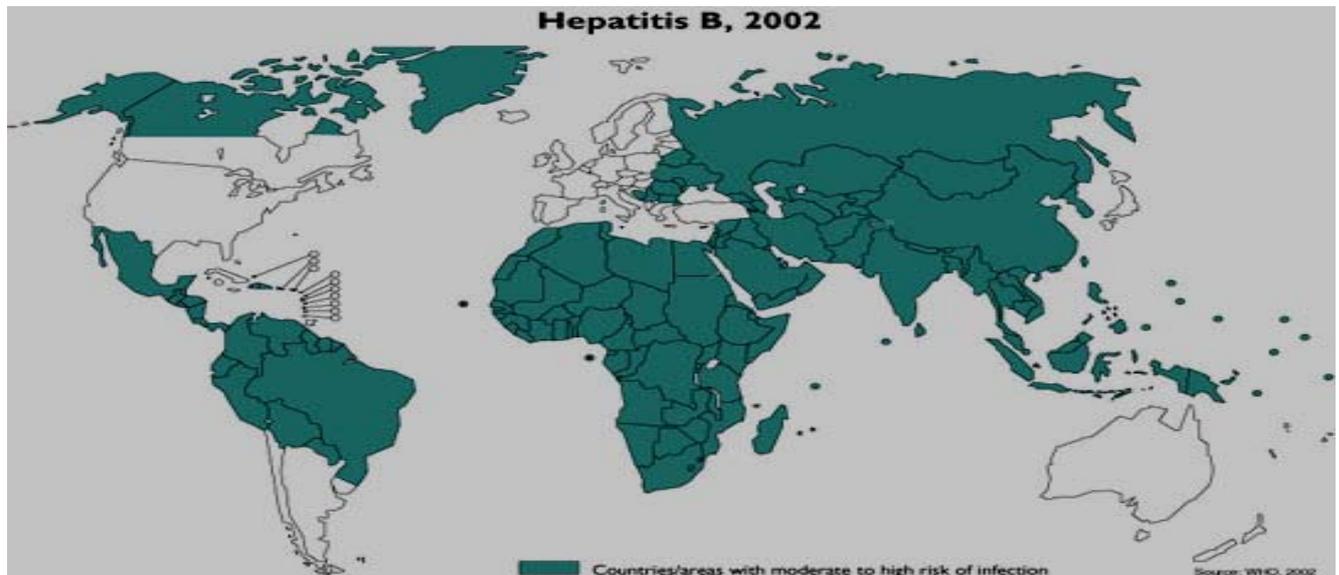
Es característica su incidencia temporal, predominando en primavera, coincidiendo con la recogida de la “haba”, a pesar de que en nuestra zona predomina el invernadero y no se cultiva la haba. Tras la anamnesis comprobamos como existían pequeños cultivos en el invernadero pero para consumo propio del propietario.

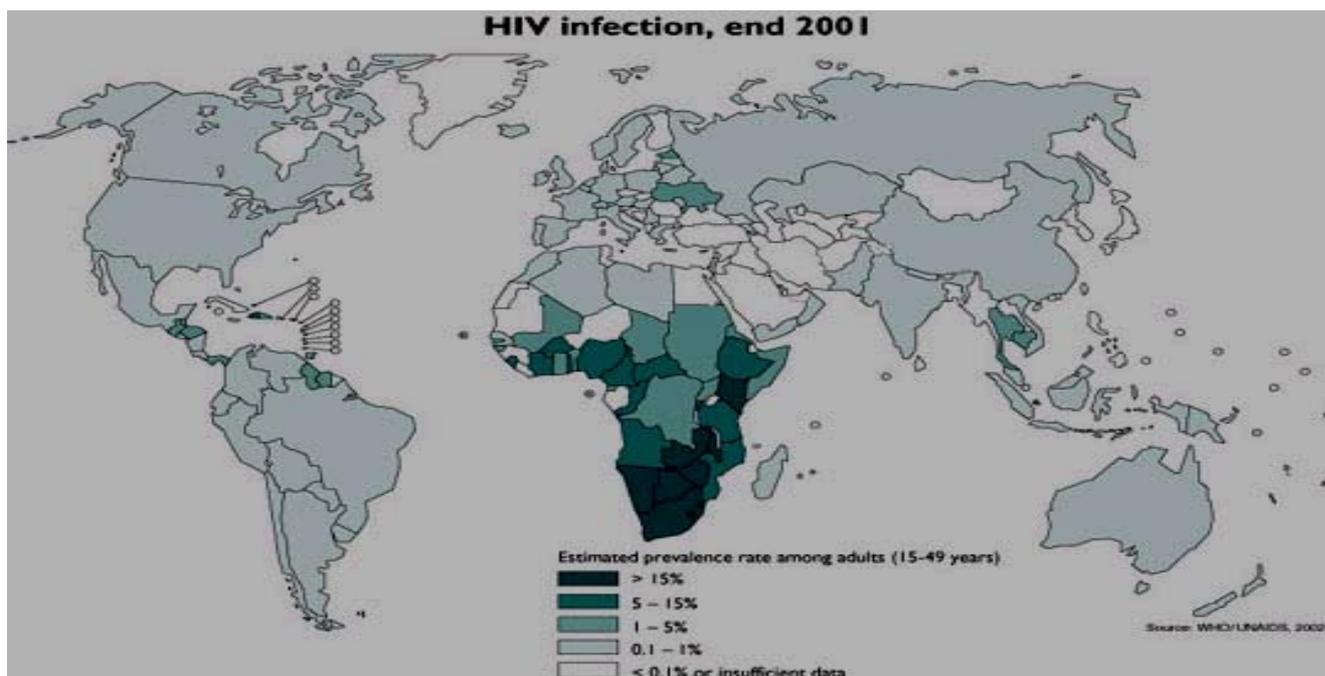
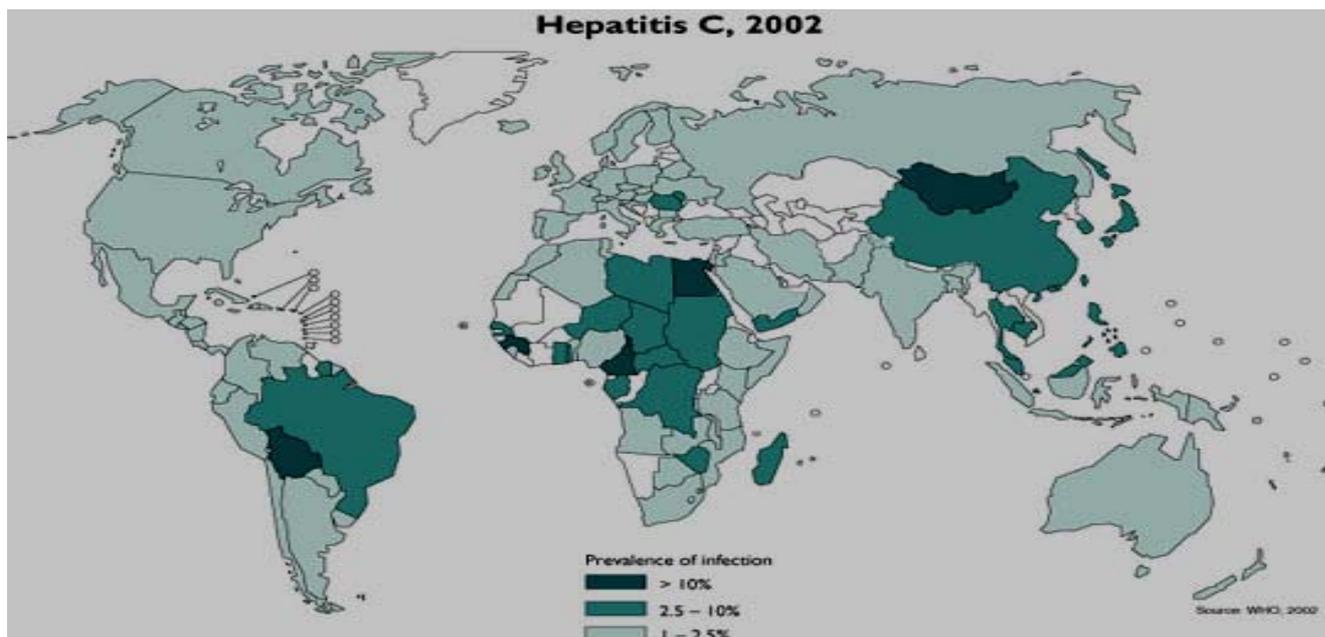
Cuando se sospechaba en nuestra unidad un caso, la anamnesis se complicaba a la hora de explicarles si habían ingerido habas siendo difícil que entendieran la descripción debido a la barrera lingüística. Al final tras varios casos decidimos tenerlas en nuestra unidad y se las enseñamos.

Para el médico de urgencias es importante conocer estas enfermedades ya que con pruebas simples y pensando en su existencia se pueden diagnosticar.

5.9. Enfermedades Endémica (transmisibles) del Paciente Inmigrante

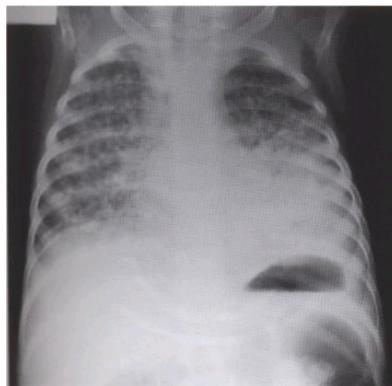
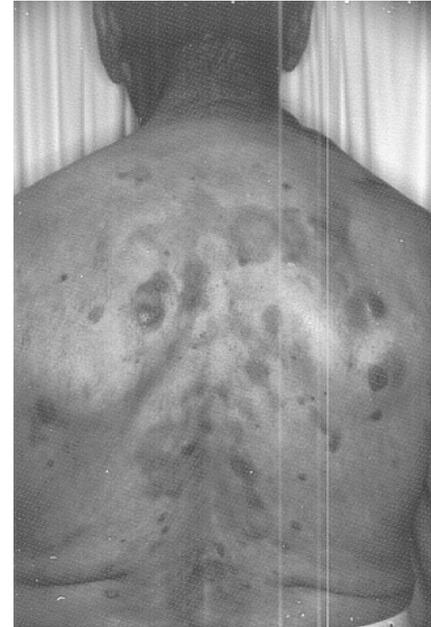
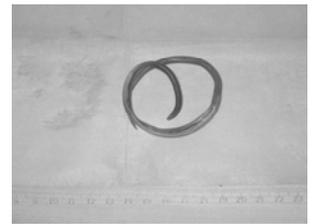
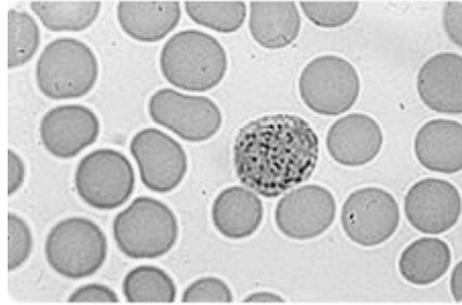
La población inmigrante que acude a nuestro país procede de países donde la prevalencia de enfermedades infecciosas son más altas que en España (como vemos en los mapas de distribución de la OMS ⁸¹) y otras inexistentes por erradicación años atrás, de las cuales la mayoría son asintomáticas⁸² (en un estudio en España se solicitó a pacientes subsaharianos asintomáticos una serología de hepatitis B y C, confirmando serología positiva a Hepatitis B el 81% y el 17% a Hepatitis C ⁸³).





Hay publicaciones nacionales e internacionales donde clasifican los diagnósticos más frecuentes de la población inmigrante, coincidiendo con nuestro estudio, comprobando como los inmigrantes acuden a nuestra unidad de urgencias por patología banal, pero sin que olvidar el aumento de enfermedades importadas por esta población:

1. Paludismo
2. Portadores de Hepatitis B
3. SIDA
4. Parasitosis intestinales
5. Esquistosomiasis
6. Filarías cutánea-linfática
7. Tuberculosis
8. Sífilis
9. Micosis
10. Uretritis
11. Leishmaniosis,
12. Lepra ^{84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93}



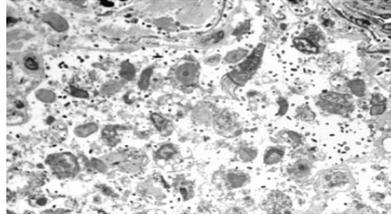
En nuestra unidad las enfermedades infecciosas más importantes que necesitaron ingreso fueron:

1. Tuberculosis Pulmonar
2. Neumonía
3. Paludismo



4. Hepatitis vírica
5. Infecciones respiratorias
6. Tuberculosis extrapulmonar
7. Gastroenteritis Agudas

8. Meningitis⁹⁴.

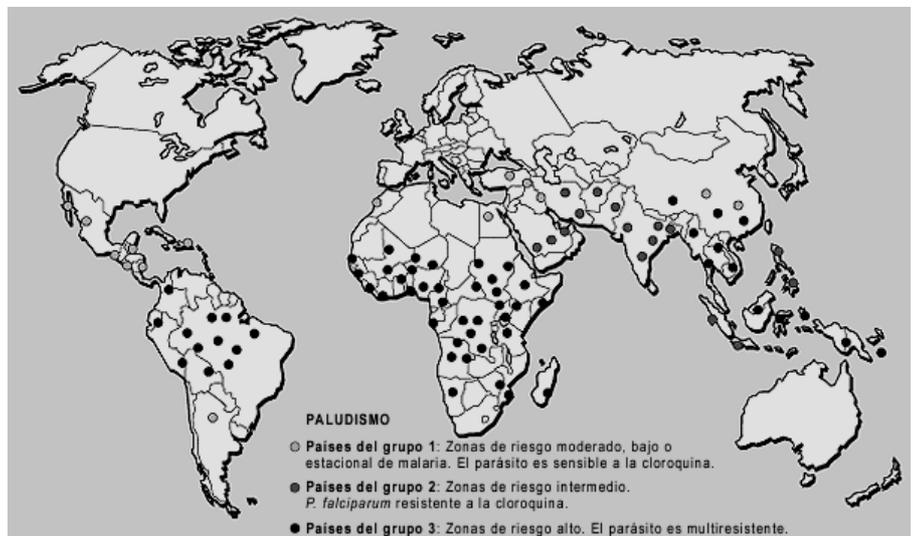


Hay que tener en cuenta que muchos pacientes se encuentran asintomáticos o paucisintomáticos. En el día a día vemos como pacientes que acuden por síntomas banales e inespecíficos, padecen enfermedades mas serias de lo que primeramente se suponía⁹⁸.

5.9.1. PACIENTES INMIGRANTES DIAGNOSTICADOS DE MALARIA EN URGENCIAS

El paludismo o malaria es específica de los países tropicales sobre todo de:

1. África
2. América central
3. Asia

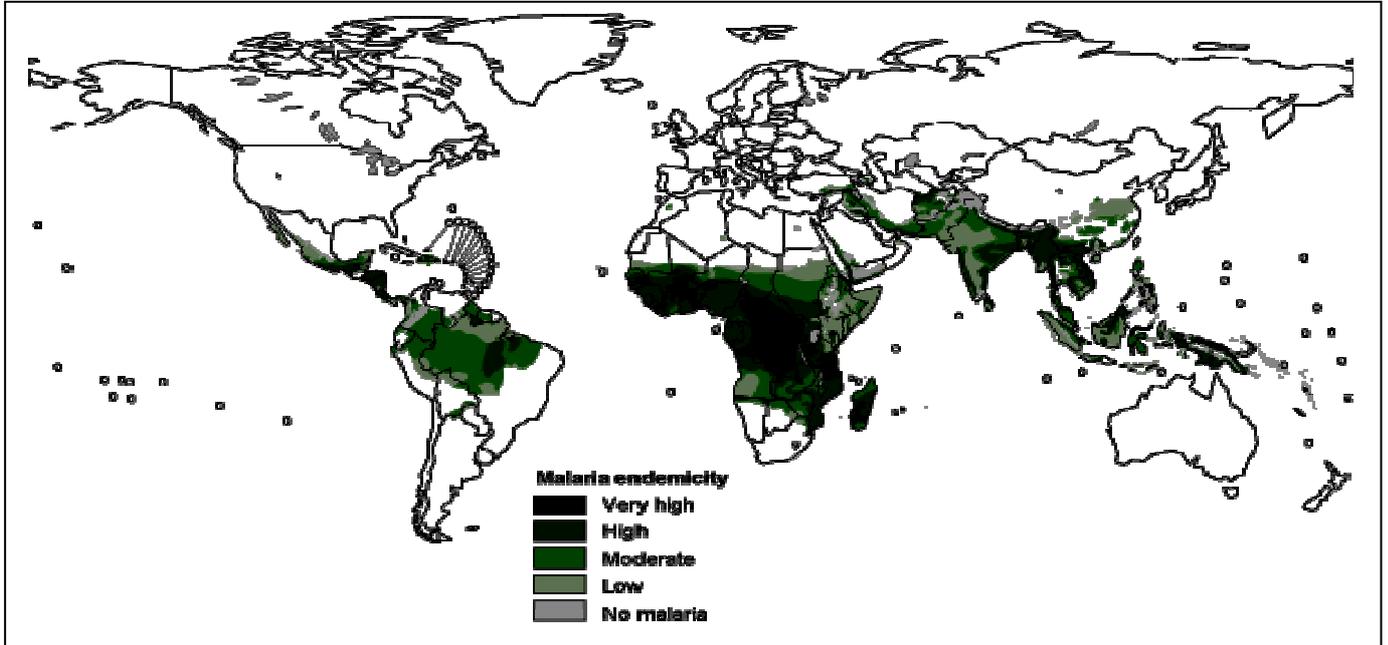


Aunque debido a la inmigración los países occidentales están siendo receptores de la aparición de nuevos casos.

Figura n^o. Distribución de la Malaria

Se calcula uno 300 millones de casos graves, de los cuales 3 millones de personas mueren al año, el 90% en África^{100, 101}.

Figura n ° . Distribución Global del riesgo de transmisión de la Malaria en 2003.



El parásito que causa la malaria es inoculado al humano por la hembra del mosquito “Anopheles”.

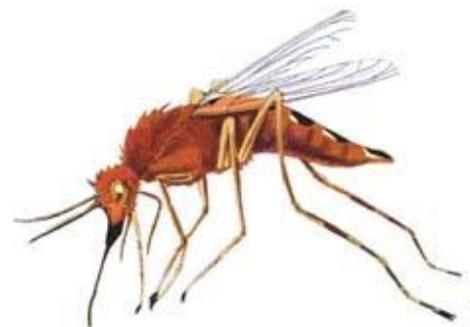
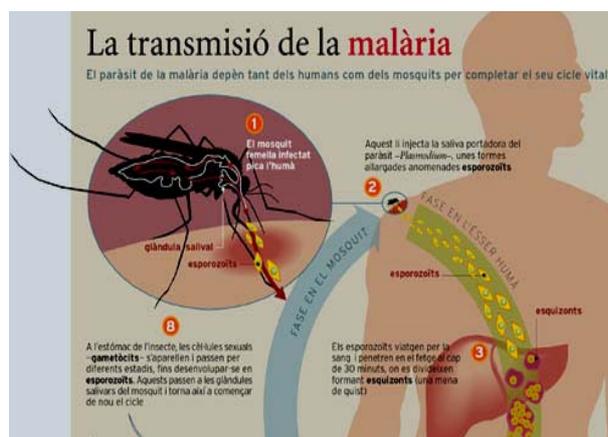


Figura n ° . Ciclo Vital del Plasmodium





Los agentes causantes de la enfermedad en el humano son 4 parásitos, el más frecuente el *Plasmodium falciparum* (el más agresivo), seguido del vivax, ovale y malariae^{102, 103, 104, 105}.

Comprobamos como en nuestro estudio los casos son exclusivamente de pacientes procedentes de los países subsaharianos. El germen identificado con más frecuente el *P. falciparum* lo que se corresponde con los estudios analizados.^{106, 107}

El periodo de incubación oscila entre 10 y 30 días, aunque el *P. Vivax* puede tener un periodo de incubación entre 8-10 meses, y el ovale - malariae pueden tener crisis después de 5 a 30 años.

De los 40 casos diagnosticados en la provincia de Almería, 22 fueron diagnosticados en urgencias de nuestro hospital, demostrando la importancia del conocimiento de esta enfermedad por los facultativos de urgencias^{106, 107}.

Los pacientes acudieron a urgencias con la sintomatología típica de la malaria: fiebre, cefalea, mialgias, malestar general, vómitos¹⁰⁸, coincidiendo con una media de 17,1 días tras la vuelta de sus países de origen, exceptuando dos casos que superaron el año. Estos fueron diagnosticados de malaria por *plasmodium vivax*.

En la analítica coincidiendo con la bibliografía presentaba anemia hemolítica, leucopenia y sobre todo plaquetopenia^{109, 110, 111}. Se confirmó el diagnóstico mediante el test de la gota gruesa.

Para el médico de urgencias es un reto diario realizar un diagnóstico diferencial al enfrentarse al inmigrante, ya que puede presentar cualquier enfermedad que a priori puede pasar desapercibida, pero el trabajo y la formación diaria ha hecho que los facultativos de urgencias no dejen de pensar en esta enfermedad, siendo lo prioritario su diagnóstico precoz debido a su alta mortalidad ^{112, 113}.

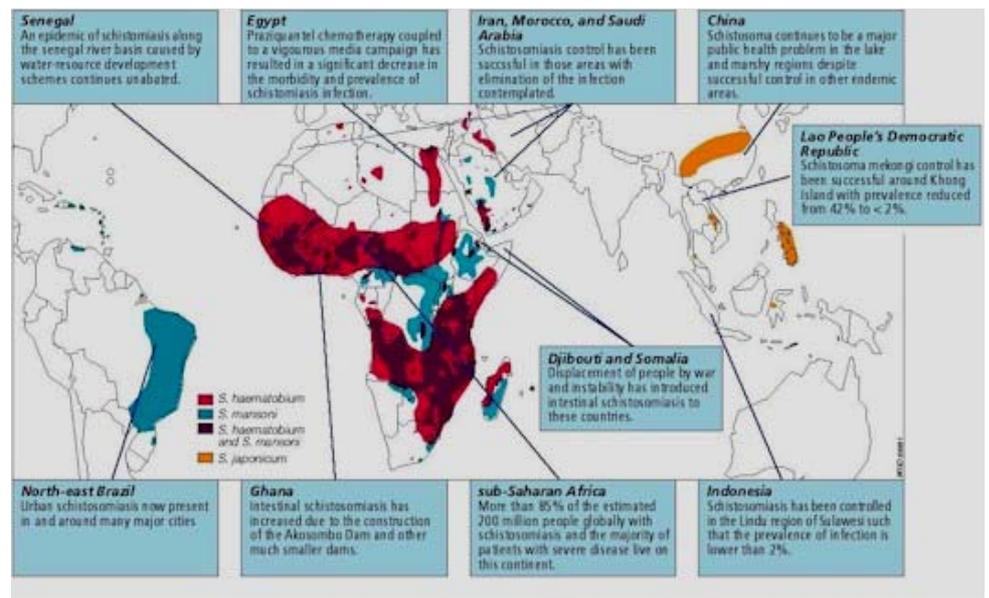
5.9.2. PARASITOSIS DIAGNOSTICADAS EN URGENCIAS

5.9.2.1. ESQUISTOSOMIASIS URINARIA

La esquistosomiasis es una helmintiasis producida por un trematodo del género *Shistosoma*. Se trata de una patología endémica en:

1. África
2. América latina
3. Oriente Medio
4. Asia

Figura n ° . Distribución Global de la Esquistosomiasis



En España es una infección importada por aumento de los inmigrantes así como los viajeros.

En nuestra unidad de urgencias hemos diagnosticado 4 casos, exclusivamente inmigrantes procedentes de países subsaharianos.

Se conocen siete especies de esquistosoma que afectan al hombre:

1. *S. Mansoni*



2. *S. Japonicum*

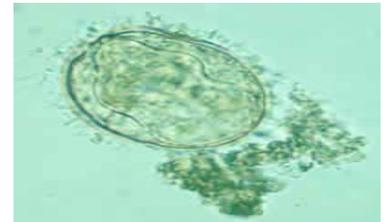
3. *S. Mekongi*

4. *S. Malawi*

5. *S. Haematobium*

6. *S. Intercalatum*

7. *S. Matheii*.



De todos solamente el *S. Haematobium* produce afectación del sistema urinario. El resto producen afectación digestiva^{114, 115}.

La enfermedad se adquiere al bañarse o trabajar en aguas encharcadas contaminadas. Las personas infectadas eliminan huevos por orina o heces (según la especie), estos eclosionan en el agua y dan salida a un miracidio, si existe en el agua dulce un caracol específico de especie, este actúa como huésped intermediario. El caracol procesa en miracidio y lo convierte en cientos de cercarias, estas penetrarán en la piel del ser humano que esté bañándose. Las cercarias evolucionan a esquistosómula pasando por el circuito pulmonar, hasta transformarse en helmintos maduros con diferenciación sexual. La copulación se realiza en plexos mesentéricos, y desde ahí las hembras preñadas depositan los huevos en los plexos perivesicales(*S. haematobium*) o perihemorroidales(resto de esquistosomas de tracto digestivo)¹¹⁶.

Las manifestaciones clínicas de la esquistosomiasis urogenital están relacionadas con los periodos de desarrollo del parásito. La penetración de las cercarias en la piel produce una dermatitis llamada “prurito de los nadadores”; reacción local con edema y prurito seguido de

una erupción maculopapular que suele durar 2-3 días. Este periodo no lo encontramos en nuestros pacientes diagnosticados en urgencias, ya que los inmigrantes llegan con la enfermedad cronicada.

La fase aguda de la esquistosomiasis urogenital se correlaciona con la maduración del parásito, comienza entre las 3-8 semanas postexposición y dura 2-4 semanas. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por un cuadro de tos, escalofríos, mialgias, cefalea, astenia, linfadenopatías, hepatomegalia y diarrea, acompañados de una intensa eosinofilia en sangre, este cuadro se denomina “Síndrome de Katayama” ^{117, 118, 119}.

La fase de enfermedad establecida se produce la eliminación de los huevos por la orina, manifestándose por hematuria de tipo terminal, polaquiuria, disuria y molestias hipogástricas ^{120, 121}.

La hematuria era el motivo de consulta por el cual acudían a urgencias, destacando que eran pacientes que habían asistido varias veces a urgencias y a su médico de cabecera, siendo diagnosticados de infección del tracto urinario, pautándole un antiséptico habitual pero sin mejoría.

A veces se les solicitó urocultivo siendo negativo. Esto muestra el desconocimiento de la enfermedad, los facultativos sospechaban con la causa más frecuente de hematuria en paciente joven que es la infección bacteriana, pero en este tipo de paciente si se sospecha en la esquistosomiasis y simplemente con la solicitud de búsqueda de parásitos en la orina se llega al diagnóstico.

El periodo de estado y aparición de complicaciones es consecuencia de la inflamación crónica y reacción fibrosa, que producen los huevos atrapados en la vejiga, da lugar a granulomas, ulceraciones y pólipos que son responsables de la hematuria.

Las complicaciones más frecuentes:

1. Anemia secundaria a la hematuria



2. Litiasis

3. Calcificación uretero-vesical

4. Uropatía obstructiva

5. Insuficiencia renal

6. Reflujo urinario

7. Hidronefrosis

8. Infecciones urinarias de repetición por Escherichia coli y Salmonella.

9. Además se relaciona con la aparición de cáncer de vejiga (tipo celular escamoso) ¹²².

Si los huevos pasan a circulación sanguínea pueden alcanzar el hígado, pulmón y sistema nervioso, produciendo: hipertensión portal y hepatoesplenomegalia, hipertensión-cor pulmonale y neumonitis aguda, convulsiones.

El diagnóstico se realiza por la sospecha clínica y la observación e identificación de huevos en orina y más raramente en heces.

La radiografía simple de abdomen y a la ecografía pueden mostrar calcificaciones ureterovesicales (“vejiga en porcelana”) ¹¹⁵.

El tratamiento más utilizado es el praziquantel. En España solo está comercializado para uso veterinario. Se puede obtener mediante solicitud al Departamento de Medicamentos Extranjeros del Ministerio de Sanidad y Consumo, pero debido a la alta frecuencia encontrada no solo en urgencias sino en el servicio de urología, actualmente tenemos el fármaco en nuestro hospital. La dosis recomendada es de 40 mg/kg en dosis única o dividida en dos dosis. Hay que examinar a los pacientes a los 3 y 6 meses después del tratamiento ¹¹⁶.

Como médicos de urgencias, al enfrentarnos al inmigrante con hematuria, la causa más frecuente siempre es la más frecuente pero no debemos olvidar la presencia de enfermedades endémicas.

Como vemos, la esquistosomiasis urogenital es una enfermedad fácil de diagnosticar si se piensa en ella.

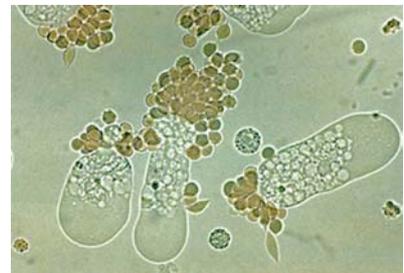
5.9.2.2. PARASITOSIS INTESTINALES

Las enfermedades parasitarias representan un grave problema de salud mundial, particularmente en áreas tropicales, en las que se ubican los países menos desarrollados y de los que proceden la mayoría de los inmigrantes que acuden a nuestra urgencia (Centroamérica, Magreb y Países Subsaharianos).

Con respecto a la parasitosis intestinal, la OMS estima que más de 2000 millones de personas sufren geohelmintosis. Los más frecuentes son:

1. La Entamoeba histolytica con 480 millones de infectados
2. Y la Giardia lamblia con 200 millones de infectados ¹²³.

Lo que caracterizan a estos oportunistas es que clínicamente presentan síntomas digestivos inespecíficos (dolor abdominal tipo cólico intermitentes, pirosis, etc.).



en
del

En nuestro estudio, coincidiendo con la bibliografía, comprobamos como los síntomas digestivos inespecíficos son los motivos de consulta más frecuente en pacientes con parasitosis ^{124, 125}, ya que los pacientes asintomáticos no consultan en nuestra unidad. Pero hay que reseñar que el 76% tenían síntomas desde hace años.

Analíticamente destacaba que en el 68% de los pacientes presentaban eosinofilia, dato presente frecuente pero no exclusivo de la parasitosis ¹²⁶.

Tras solicitar parásitos en las heces, los gérmenes más frecuentes fueron, por orden de más frecuencia:

1. Giardia lamblia
2. Oxiuros
3. Entamoeba Histolytica
4. Ascaris lumbricoides



Datos todos ellos similares a los encontrados en la bibliografía, aunque no encontramos en nuestro estudio casos de poliparasitación ^{127, 128, 129, 130}.

Observamos que en 5 años solo se encontraron 149 casos de parasitosis intestinales, como vemos son pocos los casos que encontramos para el gran volumen de inmigrantes que atendemos, así como la existencia de alta prevalencia de esta enfermedad y siendo el dolor abdominal uno de los motivos más frecuentes. Creemos que esta poca prevalencia de solicitudes de parásitos en heces en urgencias se debe al relativo desconocimiento de estas enfermedades, si no pensamos en estas enfermedades no se diagnostican.

Actualmente la idea que intentamos transmitir a nuestros compañeros facultativos de urgencias, es que ante la sospecha de esta enfermedad, si por causas administrativas no podemos tener a mano esta prueba, debemos activar el sistema sanitario y mediante el informe de alta de urgencias derivarlo a su centro de salud para continuar el estudio.

5.9.3. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Como hemos comprobado, el paciente inmigrante que acude a urgencias tiene un perfil caracterizado por: edad joven, soltero y con una vida sexual activa.

Debido a la dificultad de encontrar pareja suele atender sus necesidades mediante la prostitución.

Como vemos en nuestro trabajo, el 67% de los pacientes que fueron diagnosticados de ETS refieren antecedentes los días previos de relación sexual con prostituta y la mayoría sin métodos de barrera, sin olvidar que su procedencia de áreas de infecciones de transmisión sexual más altas que las del lugar de destino, la situación de precariedad socioeconómica y afectiva de los inmigrantes en el país receptor, determina una mayor vulnerabilidad ante estas infecciones ^{131, 132, 133}.

Además hay que tener en cuenta la migración femenina, que esta provocando un ascenso entre la población dedicada a la prostitución (superando el 80 %), favoreciendo la transmisión de ETS debido a un pobre control sanitario ^{134, 135}.

La ETS más frecuente diagnosticada en nuestra urgencia con diferencia, casi en el 80%, fue la uretritis, se trató de forma empírica con antibióticos, destacando que solo al 5% se le solicitó un exudado dando mayoritariamente positiva a gonococia.

No hay que olvidar que no tenemos en cuenta otras ETS como el VIH, HB debido a que no solicitábamos esta prueba de urgencia.

Como médicos de urgencias debemos poner nuestro granito de arena en promover una educación sanitaria ¹³⁶ a este tipo de paciente para evitar riesgos.



promover una

5.9.4. PACIENTES INMIGRANTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS EN URGENCIAS

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que más muertes causa en el mundo, declarándose emergencia mundial por la Organización Mundial de Salud A. Se ha atribuido a diversos factores:

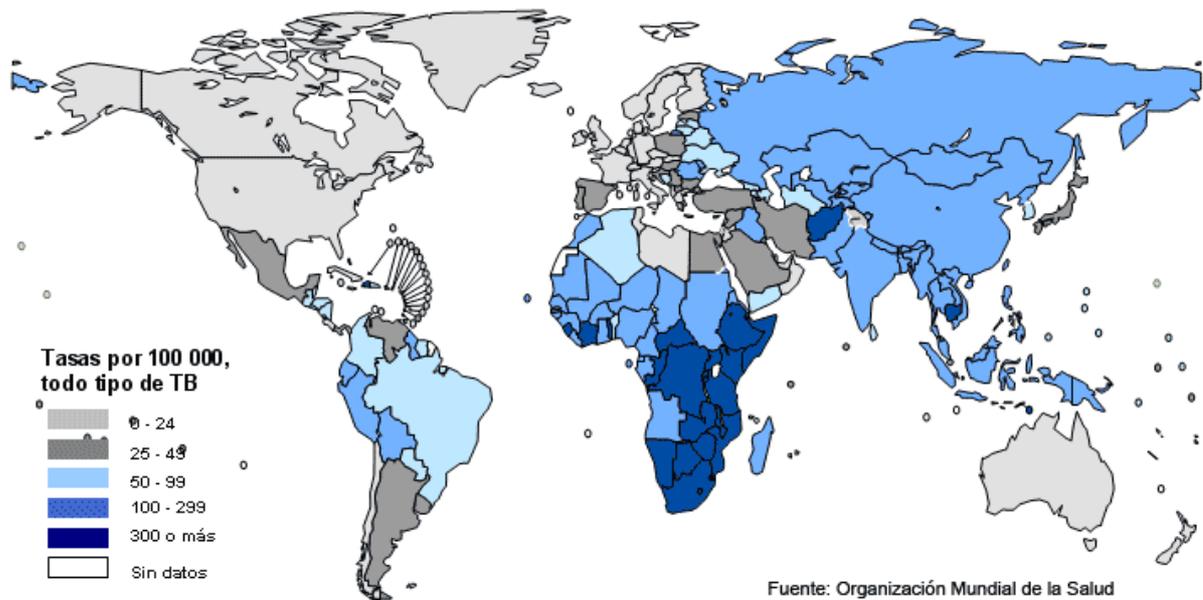
1. Incremento demográfico
2. Desarrollo y difusión del SIDA
3. Deficientes programas de control



4. Desplazamientos de la población.

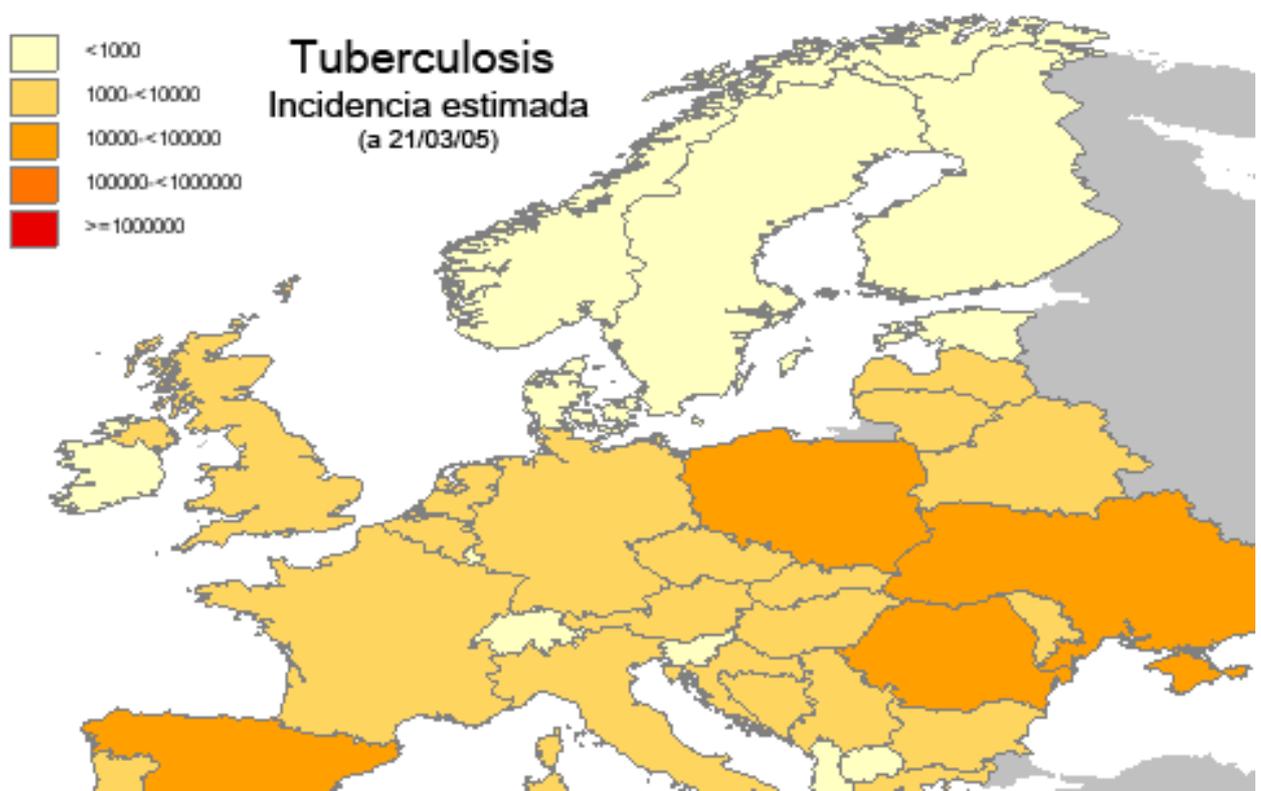
Figura n °. Distribución de la Tuberculosis a nivel mundial

Tasas estimadas de incidencia de TB, 2003



En los países pobres, que son el origen de la inmigración, la incidencia de tuberculosis oscila entre 100 y 400 casos por 100.000 habitantes, al contrario que la población autóctona entre 5-30 casos por 100.000 habitantes B.

Figura n °. Distribución de la Tuberculosis a nivel europeo





En Europa Occidental la tuberculosis ha resurgido de nuevo por la inmigración, actualmente una tercera parte de los casos de tuberculosis en la Unión Europea se producen en inmigrantes, llegando al 60% en Suecia, Holanda y Dinamarca C. En nuestro hospital el 76% de las tuberculosis se diagnosticaron en población inmigrante, siendo el porcentaje más alto descrito en territorio español D, E, F, G.

Con respecto a la nacionalidad, en nuestra zona la más frecuente fue la marroquí, esto difiere de otros estudios debido a que en otras zonas españolas predominan otras nacionalidades C.

Con respecto a la edad del paciente inmigrante, no existe diferencias estadísticamente significativa con el respecto a la población autóctona, en cambio, en otros estudios concluyen que el paciente inmigrante con tuberculosis es más joven que el de la población autóctona C.

Hay que reseñar que el paciente inmigrante con tuberculosis lleva una media de 2 años viviendo en España, coincidiendo con otros estudios, y conviven en condiciones hacinadas con una media de 5 personas en el domicilio, esto nos hace pensar como en un estudio, que pocos de los inmigrantes estén enfermos de tuberculosis a la hora de empezar su duro viaje, ya que el problema le espera en España, hacinamiento en pisos minúsculos, en condiciones sociosanitarias muy bajas siendo muy probable que pueda desarrollar la enfermedad e infectar fácilmente a sus compañeros H.

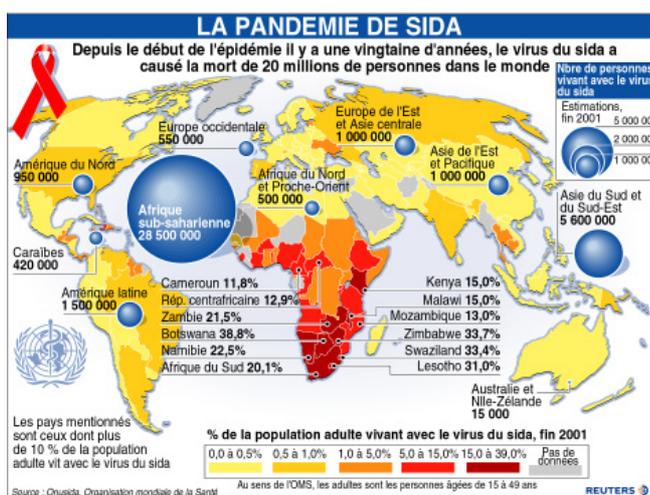


La Tuberculosis es una enfermedad que predominantemente tiene una manifestación pulmonar, aunque como sabemos puede tener una afectación sistémica pudiendo extenderse a cualquier sistema: meníngeo, pleural, pericardio, linfático, urogenital, etc. I.

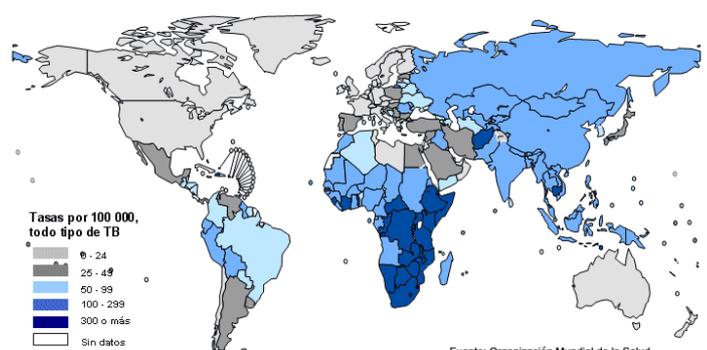
En nuestra unidad la tuberculosis más frecuente ha sido la tuberculosis pulmonar, destacando que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: tos, fiebre, síndrome constitucional y dolor torácico o costal. Nos llama la atención como la hemoptisis estaba presente en un pequeño porcentaje y casi exclusivo de la población autóctona. Esto nos hace reflexionar que ante un paciente inmigrante de zonas de alta prevalencia de TBC, que acude por tos y fiebre debemos solicitar una radiografía e tórax.

Además vemos como la TBC extrapulmonar también está presente en nuestra unidad, pero en un bajo porcentaje, siendo la más frecuente la TBC pleural y ganglionar, encontrando casos aislados de TBC meníngea, TBC hepática, TBC ósea, TBC pericárdica, etc. destacando que eran casi exclusivos de población inmigrante.

Es conocido en la bibliografía la asociación de VIH y TBC, en nuestro estudio vemos como la existencia concomitante de estas patologías es baja, pero su existencia es predominantemente en inmigrantes de origen subsahariano.



Tasas estimadas de incidencia de TB, 2003



La TBC es un problema urgente de salud pública que está en aumento en los países desarrollados y debido mayoritariamente a la inmigración J, K. Nosotros desde el punto de vista de médicos de urgencias, debemos tener en cuenta que la entrada al sistema de salud de esta población esta siendo a través de nuestros servicios, por ello debemos poner todos nuestros reflejos ante la sospecha de esta enfermedad, ya que como hemos visto se pueden presentar de formas no habituales, para evitar la falta de diagnóstico.

5.10. Patología de los Inmigrantes atendidos tras ser interceptados en la Costa

El inmigrante de nuestra zona utiliza la “patera” como medio para alcanzar nuestras costas. Además de los peligros marítimos que conlleva, se producen lesiones durante el viaje secundario al hacinamiento en la patera, no ingesta de líquidos, exposición al frío, quemaduras provocadas por la mezcla de agua del mar y gasolina, etc.



A la llegada a nuestro país puede tener la suerte de no ser interceptado por las autoridades, pero los que son detenidos en alta mar o en las playas son atendidos en primera instancia por los voluntarios de la ONG Cruz Roja.

La asistencia se realiza por voluntarios en la mayoría no sanitarios pero acompañados por un DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) que realiza las funciones de clasificación.

Como observamos en nuestro estudio solo el 33% de los inmigrantes interceptados en patera necesitaron asistencia por la Cruz Roja, siendo la patología más frecuente las quemaduras de primer grado y las policontusiones leves. Destacando que solo derivaron a nuestras urgencias un 3% de las asistencias; por orden de frecuencia: Quemaduras de 2º grado, Deshidratación severa asociado a rabdomiolisis los cuales necesitaron ingreso hospitalario.

Esto es común en otras zonas de España donde inicialmente la asistencia es realizada por las ONG ^{137, 138, 139}, siendo de una utilidad importantísima su labor como clasificadores para derivar a urgencias sólo los casos necesarios.

5.11. ¿Qué opinan los Facultativos de Urgencias del Fenómeno de la Inmigración?

Como hemos podido comprobar, nuestra unidad soporta una presión asistencial de población inmigrante de casi 1/3 de las urgencias totales, esto conlleva una carga adicional debido a que el facultativo de urgencias ve cómo tiene que asistir a una población que en la mayoría de los casos no entiende, que presenta algunas patologías no habituales en su trabajo diario y que debe resolver por el posible problema de salud que puede acarrear ¹³⁷. Esto puede producir a veces sentimientos negativos y de rechazo, pues en un sistema sanitario público con exceso de demanda asistencial, no existe tiempo para su correcta atención. Y es que se necesita tiempo para superar los escollos que te suponen la diferencia idiomática, cultural y la presión asistencial no los impide ¹⁴⁰.



Cuando pregunté a mis compañeros de urgencias si influenciaba y en qué el fenómeno de la inmigración en nuestra unidad de urgencias, en el 100% respondieron que sí y afirmando que conlleva un aumento excesivo asistencial disorde con los recursos disponibles. El aluvión de inmigrantes no ha facilitado la creación de una estructura social de acogida preparada para su integración, así como tampoco los servicios sanitarios están suficientemente preparados para asumir el auge de un nuevo tipo de población con culturas, idiomas y entidades nosológicas específicas, esto como queda reflejado en la bibliografía, ha supuesto una dificultad añadida a la práctica de los profesionales sanitarios ¹⁴¹.

Al enfrentarnos en urgencias a este tipo de pacientes el problema principal que abogan los estudios y mis compañeros no cabe duda alguna es la “barrera idiomática”, supone una barrera importante para la comunicación y el desarrollo de una buena historia clínica, que debido a la inmediatez de la asistencia en urgencias debemos hacer valer nuestros recursos en entrevista no verbal, gestos y mímica y una exploración a veces muy complicada con la que llegar a un diagnóstico de presunción. Esto además puede conllevar una excesiva solicitud de pruebas complementarias en pacientes por solo hecho de ser inmigrantes. Es importante dejar por escrito en la hoja de urgencias las dificultades de comunicación que han existido en la entrevista y la carencia de un intérprete en ese momento, en previsión de los posibles errores médicos ^{140, 141, 142, 143}. Lo que resulta paradójico es que los profesionales reconozcan tener barreras idiomáticas y no prioricen la incorporación de traductores al sistema sanitario. Existen algunas experiencias en Europa que demuestran que la incorporación de mediadores culturales mejora la calidad de la asistencia sanitaria a la población inmigrante ¹⁴⁴.

Además refirieron los siguientes problemas:

- 1. Desconocimiento del sistema sanitario, lo que hace que el paciente inmigrante acude a urgencias obviando el nivel de Atención Primaria**
- 2. Diferencias culturales**
- 3. Desconocimiento de enfermedades endémicas.**



Tras la identificación de los problemas por los facultativos de urgencias se plantearon posibles soluciones, que concuerdan con otros estudios:

1. Intérpretes
2. Mediadores culturales
3. Formación específica sobre enfermedades tropicales.



La Universidad oferta mediadores culturales a los ayuntamientos para integrar a inmigrantes

60 alumnos han participado en un curso sobre conciliación social que se clausura hoy

La CAM, la Universidad de Almería y UNO han puesto en marcha el primer curso sobre mediación social e intercultural

Los profesores del departamento de sociología de la Universidad de Almería han participado en un curso sobre mediación social e intercultural que se clausura hoy.

El curso, que ha contado con la participación de 60 alumnos, ha sido organizado por la Universidad de Almería, el Ayuntamiento de Almería y UNO. El curso ha sido impartido por los profesores del departamento de sociología de la Universidad de Almería.

El curso ha sido impartido por los profesores del departamento de sociología de la Universidad de Almería.

El curso ha sido impartido por los profesores del departamento de sociología de la Universidad de Almería.

Los clínicos debemos ser sensibles los problemas de comunicación y aumentar sus habilidades clínicas. Los problemas de acceso, barreras y organizativos requieren que las instituciones sanitarias garanticen una calidad de la atención sanitaria igual para todos los ciudadanos ^{145, 146}.

Actualmente en nuestra unidad de urgencias hay un grupo de trabajo dedicado la atención del inmigrante en urgencias. Desde hace 2 años estamos formando a nuestros médicos y médicos internos residentes en la atención al inmigrante, donde se enseñan habilidades de tipo cultural y clínico.

Figura n °. Directores del Grupo de Inmigración del Hospital de Poniente de Almería.





REFLEXIONES

La “Inmigración” es un hecho real en nuestra sociedad que no podemos dejar al margen, debemos enfrentarnos de frente a ella ya que en nuestro medio es uno de los más implicados.

Las Unidades de Urgencias Hospitalarias están siendo la puerta de entrada al sistema sanitario de cientos de miles de inmigrantes que buscan en nosotros una esperanza de salud.

Los profesionales de la sanidad debemos intentar aprovechar la situación y adaptarnos a sus requerimientos sociales, culturales y enfermedades poco usuales en nuestro medio.

Además debemos llamar la atención a nuestras autoridades y requerir programas de atención al inmigrante en urgencias para dar una asistencia de calidad.





6. CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES PRINCIPALES.

1. El porcentaje de inmigrantes asistidos en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente ha ido en aumento de forma progresiva, estando en el momento actual en un 28 % del total de los pacientes atendidos.
2. El paciente inmigrante tiene una tendencia de acudir a urgencias durante los meses de la campaña agrícola, disminuyendo su asistencia en verano, así como durante los festivos y durante la semana en horarios de medio día y tarde / noche, es decir en horario no laboral.
3. El perfil sociodemográfico del inmigrante que acude a urgencias se caracteriza por:
 - 3.1. Varón de origen magrebí
 - 3.2. Edad media de 26 años
 - 3.3. Bajo nivel cultural
 - 3.4. Suele ir acompañado de un compatriota que asume el papel de intérprete
 - 3.5. Trabajador del sector agrario





3.6. Y poseedor de tarjeta sanitaria.

4. Los motivos de consulta más frecuente del inmigrante en urgencias son por orden de frecuencia:

4.1. Catarro de vías respiratorias altas

4.2. Algías osteomusculares

4.3. Dolor abdominal no quirúrgico

Los cuales no difieren de los motivos habituales de consulta de la población autóctona.

Por lo que respecta a los motivos de consulta específicos de la población inmigrante, son mucho menos frecuentes desde el punto de vista cuantitativo:

4.4. Trastornos de somatización

4.5. Enfermedades hereditarias

4.6. Y por último enfermedades endémicas.

5. Por lo que respecta a la priorización por nivel de Gravedad:

5.1. La mayor parte de los pacientes consultan por problemas banales de salud (Prioridad 3 o urgencia no hospitalaria)

5.2. La tasa de ingreso hospitalario es muy inferior a la tasa de ingreso de la población autóctona.



6. El facultativo de urgencias requiere mayor tiempo para realizar la anamnesis ante el inmigrante, siendo los diagnósticos realizados en la mayor parte de las ocasiones, sindrómicos.
7. Durante el periodo del Ramadán el motivo de consulta más frecuente fue la epigastralgia relacionada con el ayuno prolongado seguido de una excesiva ingesta de alimentos.
8. Durante el evento festivo del “Día del cordero” se produce un descenso de más del 70% de la asistencia a urgencias de inmigrantes.
9. El paciente inmigrante que acude a urgencias difiere con respecto al concepto salud y enfermedad en relación con dicho concepto en la población autóctona.
10. Los pacientes inmigrantes que acuden a urgencias por crisis de ansiedad refieren problemas de adaptación social, problemas laborales y problemas emocionales en relación con la ausencia de la familia.



6.2. CONCLUSIONES SECUNDARIAS.

1. Las Intoxicaciones por Plaguicidas continúan en aumento en los pacientes inmigrantes.
2. La Etiología de la Hemorragia Digestiva Alta en pacientes originarios de países del Este está relacionada con la ingesta de alcohol y en los pacientes de origen magrebí con el consumo de AINES.
3. Los motivos urológicos de consulta más frecuentes son:
 - 3.1. Prostatodinea
 - 3.2. Orquialgia
 - 3.3. Disfunción eréctil
 - 3.4. Y litiasis renal
4. El diagnóstico de Brucelosis ha aumentado en nuestra unidad de urgencias a expensas de la población inmigrante magrebí, debido al consumo de leche caprina con nulo control biosanitario.



5. Con respecto a las enfermedades genéticas más frecuentes comprobamos que las anemias hemolíticas y las anemias ferropénicas secundarias a parásitos son más frecuentes en población inmigrante que en la autóctona.
6. Las enfermedades endémicas y/o transmisibles constituye menos del 1% de todas las urgencias atendidas en población inmigrante, pero son casi exclusivas de dicha población. Las más frecuentemente diagnosticados en urgencias son:
 - 6.1. Enfermedades de Transmisión sexual, siendo la más frecuente la uretritis no gonocócica
 - 6.2. Parasitosis intestinales, sobre todo por Giardia lamblia)
 - 6.3. Tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar afecta casi en exclusiva a los pacientes inmigrantes
 - 6.4. Paludismo. Inducido en el 90% de los casos por Plasmodium falciparum
7. Nuestra unidad de urgencias ha potenciado algunas adaptaciones para mejorar la atención al inmigrante:
 - 7.1. Traductores vía telefónica las 24 horas del día.
 - 7.2. Vocabulario individual con las palabras más importantes para la anamnesis en distintos idiomas.
 - 7.3. Protocolos con otros servicios hospitalarios para el diagnóstico de enfermedades tropicales.
 - 7.4. Desarrollo de un grupo de trabajo de atención al inmigrante en urgencias.
 - 7.5. Desarrollo de cursos específicos para nuestro personal facultativo de urgencias como para Médicos Internos Residentes de atención al inmigrante en urgencias.



8. Las patologías más frecuentes en pacientes inmigrantes interceptados en patera por las autoridades españolas en las costas españolas que fueron derivados a urgencias fueron las quemaduras y las deshidrataciones.

9. Los facultativos de urgencias opinan que el fenómeno de la inmigración influye directamente en la sobrecarga asistencial. Refieren como principal problema al enfrentarse al inmigrante la barrera idiomática seguida del desconocimiento del sistema sanitario por parte del inmigrante, diferencias culturales y desconocimiento de enfermedades endémicas.

10. Proponen y solicitan medidas a los responsables de la sanidad pública como:
 - 10.1. Desarrollo de un puesto en urgencias de Mediador Sociocultural

 - 10.2. Educación sanitaria a la población inmigrante

 - 10.3. Y formación específica a los profesionales para dar una asistencia de calidad al paciente inmigrante



7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.

DOCUMENTO

1. Guijo García C. Datos sobre el fenómeno de la inmigración en España. Aten Primaria 2001; 28 Suppl I: 99.
 2. Solsona Díaz L. Situación actual en España y Europa. Aten Primaria 2001; 28 Suppl I: 99.
 3. López- Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). FMC 1996; 3:221-29.
 4. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.
 5. Esteban M. Los inmigrantes sin papeles en atención primaria. FMC 1998; 7:486.
 6. Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC 1996;3:276-9.
 7. Boletín estadístico de extranjería e inmigración. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/general/Boletin-Num-06-Web.pdf>.
 8. Cachón L. Segregación sectorial de los inmigrantes en el mercado de trabajo en España. Cuadernos de Relaciones Laborales 1997;(10):49-73.
 9. Disponible en: <http://averroes.ced.juntaandalucia.es/18500280/bellotamotril/index.php?d=038m=048y=068category=7>
-



8.

10. Memoria Anual 2000. Empresa Pública Hospital de Poniente. 9-10.
11. Disponible en : <http://madridhabitable.org/modules.php?name=News&file=article&sid=18>.
12. Boletín Oficial del Estado. Número 6. 7/1/05. página. 485:539. Disponible en:
http://estaticos.elmundo.es/especiales/2005//sociedad/inmigración/ley/reglamento_extranjeria.pdf.
13. Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/index.html>.
14. Acuerdo de Schengen. Ministerio del Interior. Disponible en:
<http://www.mir.es/SGACVT/extranje/extschengen/origen.html>.
15. Leguina Herran. J. Proyecciones demográficas y de los flujos migratorios en España. Disponible en:
<http://www.instituto.cajamar.es/mediterraneo/revista/me0109.pdf>
16. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. BMJ 1998;316(7140):1310-3.
17. Nogués Meléndez B, Varo Gonzalo J. Atención al inmigrante en atención primaria. Un enfoque integral. FMC 2004;Suppl 3;11:6-11.
18. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Aten primaria 1995;15:321.
19. Solas O, Ugalde A, editores. Inmigración salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública;1997.
20. Cañabate J. Los efectos de La inmigración en el campo de la salud en la Región de Murcia. Anales de Historia Contemporánea 2002;18:175-90.
21. Manzanera R, Berenguer J, Picas JM, Guanyabens J. Factors relacionats amb els consums sanitaris de la població d`una mutua d`afilació obligatòria (PAMEN). Gac Sanit 1988;2:88-10.
22. Ruiz- Beltran M, Kamau JK. The socio- economic and cultural impediments to well-being alog the us-Mexico border. J Community Health 2001;26:123-32.
23. León Molina J, Guerrero Fernandez M, Ferrandiz Gomis R, Acosta Villegas F, Marqués Epi JA, Alfonso Sanchez JL. Asistencia a extranjeros en urgencias. Hospital Virgen de la Arrixaca. Gestión Hospitalaria 2002;13: 149-4.



7.2. BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 2: DISCUSIÓN.

DOCUMENTO

1. Datos aportados por el departamento administrativo del Ayuntamiento de El Ejido.
 2. Roca/Capara, Nuria. Situación actual en España, inmigración y salud. Revista Rol de Enfermería; 24 (10): 26-30.
 3. Serra Majem L; Santana Armas JF. La inmigración en Canarias: un cambio en los problemas de salud. Med Clíni. 2000; 115 (10): 398-399.
 4. Díez M; Becerra I ; Lavandero C; Batiz J; Izquierdo R. Atención socio sanitaria a inmigrantes en el Hospital San Juan de Dios. Centro de Salud. 1999; 7(5):298.
 5. Disponible en: <http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum01t.html>
 6. Borrero Infantes M; Burgos Rodríguez M; Casado Aguilar J; Díaz Ramos J; Domínguez Augusta M^a Carmen; García Cazorla MJ; et al . El entorno sociosanitario del inmigrante agrícola magrebí. Documentos de Enfermería. 2002; 18: 18-21.
 7. Jansà J.M. Inmigración extranjera en el estado español. Revista Especial Salud Publica. 1998; 72 (3).
 8. Riera Salinas R; Torregrosa BJOR N; Frutos Gallego E; Pardo Casado A. Circuito y experiencia asistencial en un centro de Atención Primaria con inmigrantes sin residencia legal. Trabajo social y Salud; 455-457.
 9. Fernández Gutiérrez F, Checa Olmos J. Vivienda y segregación de los inmigrantes en Andalucía. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Universidad de Barcelona. ISSN:1138-9788. Depósito legal: B. 21.741-98. Vol. VII, núm:
-



-
- 146(061), 2003. Disponible en: [http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(061\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(061).htm)
10. Salinas SC, Altube UL, Espana Yandiola PP, Capelastegui SA, Quintana Lopez JM. Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. Arch Bronconeumol 2002;38(11):506-10.
 11. Condiciones de vida y necesidades de la población inmigrante beneficiaria del programa de Rainbow. Iniciativa Comunitaria empleo integra-desfavorecidos en la comunidad de Valencia. Ofrim Suplementos 2000;189-207.
 12. De Miguel Arenal J.M. Inmigración y salud. A tu salud. 2000; 29.
 13. Vazquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E. Asistencia inicial a inmigrantes en atención primaria. FMC 2003;10:83-97.
 14. Ramos M, Garcia R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit 2001;15(4):320-6.
 15. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned?. J Epidemiol Community Health 2000;54(6):283-9.
 16. Cots F, Castells X, Olle C, Manzanera R, Valera J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit 2002;16:376-84.
 17. Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población inmigrante marroquí en un área de la Comunidad de Madrid. Ofrim Suplementos 1999;185-94.
 18. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Asuman S, Serra-sutton, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Informe. Técnico. IN01/2004.
 19. Disponible en: <http://www.extranjerossinpapeles.com>.
 20. Timmins, C.L. The impact of language barriers on the health care of latinos in the United States a review of the literature and guidelines for practice. J Midwifery womens Health 2002;47:80-96.
 21. Chen K, Tham KY, Seow E, Wong HP. Extent and appropriateness of emergency department services usage by foreign-workers in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1999;28:199-204.
 22. Stolk Y, Ziguras S, Saunders T, Garlick R, Stuart G, Coffey G. Lowering the language barrier in an acute psychiatric setting. Aust N Z J Psychiatry 1998 Jun;32:434-40.
 23. Williams SA, Godson JH, Ahmd IA. Dentists' perceptions of difficulties encountered in providing dental care for British Asians. Community Dent Health 1995;12:30-4.
 24. Ovid, Tocher. Do physicians Spend More Time with Non-English-Speaking?. J. Gen Intern Med. 1999;14:303-309.
-



25. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency y department. *Pediatrics* 1999;103:1253-6.
26. Garcia-Campayo J, Sanz CC. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin* 2002;118(5):187-91.
27. Wlodarczyk K. The Interhospital Interpreter project. *Can Nurse* 1998;94:22-5.
28. Vázquez Villegas J et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Medicina de Familia(And)* 2000;2:162-168.
29. 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. *Aten Primaria* 2000;26(5):314-8.
30. Winter T.J. La gran narrativa musulmana. *7DM* 2001;500:108-113.
31. Langford J E, Ishaque MA, Fothergill J, Touquet R. The effect of the fast of Ramadan on accident and emergency attendances. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994;87:517-518.
32. Ozturk Ertem I, Kaynak G, Kaynak C, Ulukol B, Baskan Gulnar S. Attitudes and practices of breastfeeding mothers regarding fasting in Ramadan. *Child: Care, Health and Development* 2001;27:545-554.
33. Malk G.M, Musbarik M, Hussain T. Acid Peptic Disease in relation to Ramadan Fasting: A Preliminary Endoscopic Evaluation. *AJG* 1995;90:2076-2077.
34. Rashed A.H. The fast of Ramadan. *BMJ* 1992;304:521-522.
35. Abdalla A.H, Shaheen F.A, Rassoul Z, Owda A.K, Popovich W.F, Mousa D.H et al. Effect of Ramadan Fasting on Moslem Kidney Transplant Recipients. *Am J Nephrol* 1998;18:101-104.
36. Uysal A.R, Erdogan M. F, Sahin G, Kamel N, Erdogan G. Clinical and Metabolic Effects of Fasting in 41 Type 2 Diabetic Patients During Ramadan. *Diabetes Care* 1998;21:2033-2034.
37. Aslam M, Wilson J.V. Clinical Problems during the Fast of Ramadan. *The Lancet* 1989;Abril 29:955.
38. Más de 1.200 millones de musulmanes celebran su Fiesta del Sacrificio. Disponible en: <http://www.elpais.es>.
39. García Campayo J. Psiquiatría transcultural: el desafío de la psicopatología en el nuevo milenio. *C. Med. Psicoson* 2000;54:5-6.
40. Herrero M, Gonzalez E, Valverde T, Caballero L. Utilización del cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. 2002;9:498-504.
41. Rousseau C, Makki-Berrada A, Moreau S. Trauma and extended separation from family among Latin American and African refugees in Montreal. *Psychiatry* 2001;64:40-59.



42. Zilber N, Lerner Y, Eidelman R, Kertes J. Depression and anxiety disorders among Jews from the former Soviet Union five years after their immigration to Israel. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:993-9.
43. Silveira ER, Ebrahim S. Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:801-12.
44. Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D, Sathymoorthy G, Ismail H. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees-preliminary communication. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:35-43.
45. Mazel M, Stein A. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child* 2002;87:366-70.
46. Den Velde WO, Hovens JE, Bramsen I, McFarlane AC, Aarts PG, Falger PR, de Groen JH, Van Duijn H. A cross-national study of posttraumatic stress disorder in Dutch-Australian immigrants. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:919-28.
47. Sinnerbrink I, Silove D, Fildes A, Steel Z, Manicavasagar V. Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *J Psychol* 1997; 131: 463-70.
48. Ekblad S, Roth G. Diagnosing posttraumatic stress disorder in multicultural patients in a Stockholm psychiatric clinic. *J Nerv Ment Dis* 1997 Feb;185:102-7.
49. Sack WH. Multiple forms of stress in refugee and immigrant children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7:153-67.
50. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:175-81.
51. Achotegui J. Depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Editorial Mayo. Barcelona 2002.
52. Achotegui J. Depresión y ansiedad en el inmigrante. Editorial Mayo. Barcelona 2003.
53. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia(2001-2002). *Rev Esp Salud Pública* 2003;77:713-23.
54. Castelló SF. Condiciones de trabajo y seguridad e higiene en los invernaderos. Ponencia presentada en el curso sobre inmigración y enfermedades transmisibles. Nerja. Málaga, 1992.
55. Sole C. Inmigració econòmica(apunts). Curs de formació per a professionals sobre les polítiques d'immigració a Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003. ref ID.
56. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):936-44.
57. Àmbit Prevenció. Estudios del trabajo sexual de calle en el barrio del Raval y en el de la Corts de la ciudad de Barcelona. Enero y junio de 2001.



58. Huerga H, Lopez- Velez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatric Infect Dis J* 2002;21(9):830-4.
59. Holgado I. las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en laas calles de Barcelona. Migración y cambio social. Número extraordinario dedicado al III Coloquio Internacional de Neocrítica del 28-31 mayo de 2001. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias sociales*. Barcelona: Universitat de Barcelona. 2003. Disponible: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-100.htm>.
60. Wilkinson K. Pakistani women,s perceptions and experiences of incontinence. *Nurs Stand* 2002;16:33-9.
61. Morris RI. Female genital mutilation: perspectives, risk, and complications. *Urol Nurs* 1999;19:13-9.
62. Knight R, Hotchin A, Bayly C, Grover S. female genital mutilation-experince of The Royal Women ´s Hospital, Melbourne. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999;39:50-4.
63. Rodriguez Zapata M, Sanchez Martínez L, Solis J, Solera Santos J. Brucelosis. *Medicine* 2006;9:3465-74.
64. Ariza J. Brucelosis en el siglo XXI. *Med Clin (Barc)* 2002;119:339-4.
65. Villalta Morales M, Morata Aldea C, Solaz Moreno E, et al. Espondilitis brucelósica: a propósito de un caso atípico. *An. Med. Interna (Madrid)* 2005(22);3:55-6.
66. Gómez Puerta JA, Pomes J, Santamarti R. Brucelosis humana. Características clínicas con énfasis en las manifestaciones osteoarticulares. *Semen Fund Esp Reumatol* 2005;06:90-102.
67. Malcoma JJ, Balda MI, Campo C, Mataix R, Molero T, Castro E. Hemoglobinopatías y talasemias en la colonia hindú afincada en las islas Canarias. *Sangre (Barc)* 1993; 38(4): 342.
68. Sonogo M, García Perez J, Pererira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 489-91.
69. Val O, García O, Puig C. Familias inmigrantes: enfermedades pediátricas prevalentes. Simposio de Pediatría Social. Hospital Niño Jesús. Madrid, 24-27 de Mayo de 2000.
70. Martín Fontelos P, et al. Niños adoptados, patología importada. *An Esp Pediatr* 2002; 56 (supl 5): 60.
71. Fumado V. Enfermedades importadas en pediatría. *JANO EMC* 2003; 64: 54-58.
72. Castillo M, Payá A, Rueda C, Basil C, Pascual J, Robles A, Carreras R. Gestación, anemia e inmigración. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2004; 5(4): 214-20.
73. López- Vélez R. Revisiones y actualizaciones: enfermedades infecciosas. Paludismo. *Medicine* 2002; 8 (70): 3742-50.
74. Díaz de Heredia Rubio C. Complicaciones pulmonares de la drepanocitosis. *An Esp Pediatr* 2005; 62 (supl 1): 12-17.



75. Cantalejo López MA, et al. Protocolo de anemia de células falciformes o drepanocitosis. BOL. S. VASCO- NAV PEDIATR 2005; 38: 20-38.
76. Vilachá D, Salazar Lugo R. Patrón clínico y hematológico de pacientes con drepanocitosis o diagnóstico presuntivo de talasemia. Rev Invest Clin 2006; 58(2): 94-100.
77. Rovira A, Vives Corrons JL, Estrada L, Gutiérrez A, Pujades MA, Colomer D, et al. Identificación de variables moleculares de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa mediante la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa. Med Clin (Barc) 1994; 102: 281-84.
78. Frank JE. Diagnosis and management of G6PD deficiency. Am Fam Physician. 2005 ; 72(7):1277-82.
79. [Hundsdoerfer P](#), [Vetter B](#), [Kulozik AE](#). Chronic haemolytic anaemia and glucose-6 phosphate dehydrogenase deficiency. Case report and review of the literature. [Acta Haematol.](#) 2002;108(2):102-5.
80. Vives Corrons JL. Anemias por alteraciones bioquímicas del eritrocito. Membranopatías y defectos del metabolismo. Medicine 2001; 80(51): 2694-2702.
81. Mapas de distribución de Hepatitis B, C, VIH. Organización mundial de la salud. Disponible en: <http://www.who.int/en/>.
82. Cabezos J, Durán E, Trevino B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. Med Clin (Barc) 1995; 104(2): 45-8.
83. García -Samaniego J, Soriano V, Enriquez A, Lago M, Martínez ML, Muno F. Hepatitis B and C virus infections among African immigrants in Spain. Am J Gastroenterol 1994; 89(10): 1918-9.
84. López- Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). FMC 1996; 3: 221-29.
85. López- Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). FMC 1996; 3: 278-86.
86. Pérez Arellano JL, Hernández GA, Sanz PO, Moreno Maroto AA. Inmigración Africana en Canarias e infección tuberculosa (Carta). Med clin (Barc) 2002; 118(1): 38.
87. Roca SC, Balanzo F, Fernández Roure JL, Pujol RE, Corachan CM. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos en la comarca del Marcéeme. Med Clin 1999; 112(6): 215-7.
88. [Cacciani L](#), [Baglio G](#), [Rossi L](#), [Materia E](#), [Marceca M](#), [Geraci S](#), [Spinelli A](#), [Osborn J](#), [Guasticchi G](#). Hospitalisation among immigrants in Italy. Emerg Themes Epidemiol. 2006 11; 3: 4.



89. [Tompkins M](#), [Smith L](#), [Jones K](#), [Swindells S](#). HIV Education Needs Among Sudanese Immigrants and Refugees in the Midwestern United States. *AIDS Behav.* 2006 Feb 15; [Epub ahead of print].
90. [Weitzel T](#), [Muhlberger N](#), [Jelinek T](#), [Schunk M](#), [Ehrhardt S](#), [Bogdan C](#), et al. Imported leishmaniasis in Germany 2001-2004: data of the SIMPID surveillance network. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24(7):471-6.
91. [Nikolopoulos G](#), [Arvanitis M](#), [Masgala A](#), [Paraskeva D](#). Migration and HIV epidemic in Greece. *Eur J Public Health.* 2005; 15(3): 296-9.
92. [Barnett ED](#). Infectious disease screening for refugees resettled in the United States. *Clin Infect Dis.* 2004 15; 39(6): 833-41.
93. [Gushulak BD](#), [MacPherson DW](#). Globalization of infectious diseases: the impact of migration. *Clin Infect Dis.* 2004 15;38(12):1742-8.
94. Laynez F, Jiménez G, López G, Lozano C, Rivera F, Díez F. Inmigrantes africanos ingresados por enfermedades infecciosas. *Aten Primaria* 2001;28 Suppl I:133.
95. [Farchi S](#), [Giorgi Rossi P](#), [Chini F](#), [Baglio G](#), [Cacciani L](#), [Lori G](#), et al. Injuries in immigrants from non-industrialized countries: analysis of emergency admissions in Lazio, Italy, in the year 2000. *Ann Ig.* 2005;17(4):335-42.
96. [Norredam M](#), [Krasnik 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(1):53-9.
97. [Diaz VA Jr](#). Cultural factors in preventive care: Latinos. *Prim Care.* 2002; 29(3): 503-17.
98. [Hoffner RJ](#), [Esekogwu V](#), [Mallon WK](#). Leprosy in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2000; 7(4): 372-6.
99. [Chen K](#), [Tham KY](#), [Seow E](#), [Wong HP](#). Extent and appropriateness of emergency department services usage by foreign workers in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 1999; 28(2): 199-204.
100. Abal A, Zubero Z, Santamaría JM. Presentación atípica del paludismo cerebral. *Med Interna* 2001; 18(11): 63.
101. Candel FJ, Alramadan M, Bonilla I, Matesanz M, Merino P, Candel I, et al. Malaria, una enfermedad en auge. Análisis del quinquenio 1997-2001 en un hospital de Madrid. *An. Med. Interna* 2004; 21(1): 49-50.
102. Legros F, Danis M. Surveillance of malaria in European countries. *Eurosurveillance* 1998; 3: 45-47.
103. Bouchaud O, Cot M, Kony S, Durand R, Schiemann R, Ralaimazava P et al. Do African immigrants living in France have long-term malarial immunity? *Am J Trop Med Hyg* 2005; 72: 21-25.
104. Doherty JF, Day JH, Warhurst DC, Chiodini PL. Treatment of Plasmodium vivax malaria-time for a change? *Trans*



-
- Roy Soc Trop Med Hyg 1997; 91: 76.
105. Muñoz J, Velasco M, Valls ME, Corachán M., Gascón J. ¿Cuánta primaquina para los hipnozoitos de plasmodium vivax? *Enf Infecc Microbiol Clin* 2006; 24: 29-30.
106. [Kockaerts Y](#), [Vanhees S](#), [Knockaert DC](#), [Verhaegen J](#), [Lontie M](#), [Peetermans WE](#). Imported malaria in the 1990s: a review of 101 patients. *Eur J Emerg Med.* 2001; 8(4): 287-90.
107. [Kyriacou DN](#), [Spira AM](#), [Talan DA](#), [Mabey DC](#). Emergency department presentation and misdiagnosis of imported falciparum malaria. *Ann Emerg Med.* 1996; 27(6): 696-9.
108. Gascón i Brustenga J. Paludismo importado por inmigrantes. *An. Sist. Sanit. Navar* 2006; 29(Supl 1): 121-25.
109. [Bouchaud O](#). Diagnosis and management of imported malaria. *Rev Prat.* 2005; 55(8): 863-74.
110. [Ladhani S](#), [Khatri P](#), [El-Bashir H](#), [Shingadia D](#). Imported malaria is a major cause of thrombocytopenia in children presenting to the emergency department in east London. *Br J Haematol.* 2005; 129(5): 707-9.
111. [Rabe C](#), [Paar WD](#), [Knopp A](#), [Munch J](#), [Musch A](#), [Rockstroh J](#), [Martin S](#), et al. Malaria in the emergency room. Results of the emergency treatment of 137 patients with symptomatic malaria. *Dtsch Med Wochenschr.* 2005; 130(4): 145-9.
112. [Trampuz A](#), [Jereb M](#), [Muzlovic I](#), [Prabhu RM](#). Clinical review: Severe malaria. *Crit Care.* 2003; 7(4): 315-23.
113. [Lamparter S](#), [Schoner K](#), [Moll R](#), [Mennel HD](#), [Maisch B](#). Fulminant course of falciparum malaria. *Dtsch Med Wochenschr.* 2001; 126(4): 76-8.
114. Bou A, Gascón J, Valls ME, Corachán M. Fiebre de Katayama en turistas españoles: análisis de 25 casos. *Med Clin* 2001; 116: 220-22.
115. Corachán M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. *Jano, Medicina y Humanidades* 2003; 64:36-41.
116. Gairi Burgués MA, Bosch Muñoz J, Llusá Parramon A, Gomá AR. Shistosoma haematobium como causa de hematuria. *An Esp Pediatr* 2002;56:368-69.
117. Sauca Subías G. Enfermedades importadas y esquistosomiasis urogenital.
118. Fleta Zaragozano J, Rodríguez Martínez G. Aspectos actuales de la esquistosomiasis. *Medicina Integral* 2000;35:316-19.
119. Elcuaz R, Armas M, Ramirez M, Noguera FJ, Bolaños M, Quiñones I, Lafarga B. Brote de esquistosomiasis en un grupo de viajeros procedentes de Burkina Fasso. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;16:368-72.
120. Maese Heredia R, Rubí Palomares I, Peña Muñoz M, Bueno Fernández A, Weil Lara B. Hematuria recurrente. *An*
-



Esp Pediatr 2002;57:501-2.

121. López-Calleja AI, Torres L, Revillo MJ, Clavel A, Arazo P. Dolor cólico en hipogastrio y eosinofilia en paciente procedente de Gambia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003 ;21 :315-6.
 122. Bichler KH, Zumbragel A, Eipper E. Shistosomiasis: a critical review. *Curr Opin Urol* 2001; 11(1): 97- 101.
 123. Turrientes MC, Huerga H, López Vélez R. Coste económico y carga asistencial en el laboratorio de parasitología derivados de atención al inmigrante. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 188-92.
 124. Valerio L, Sabriá M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. *Med Clin* 2002; 118: 508-14.
 125. Díaz J, Igual R, Alonso C, Moreno MJ. Estudio del parasitismo intestinal en inmigrantes de la comarca de La Sabor (Comunidad Valencia). *Med Clin* 2002; 119: 36.
 126. Pérez- Arellano JL, Muro- Alvarez A. Conducta diagnóstica y terapéutica ante una eosinofilia importada. *JANO EMC* 2006; 1599: 35- 39.
 127. Roca C, Balanzó X, Fernández- Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascón J, Corachan M. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudios de 1321 pacientes. *Med Clin* 2002: 119: 616- 9.
 128. Aramburu Huerga H, López- Vélez R. Estudio comparativo de la patología infecciosa en niños inmigrantes de distintas procedencias. *An Pediatr* 2004; 60: 16-21.
 129. Turrientes López MC, López- Vélez R. Diagnóstico de parasitosis intestinales. *JANO* 2003; 1458: 39-42.
 130. Martín Sánchez AM, Hernández García A, González Fernández M, Afonso Rodríguez O, Hernández Cabrera M, Pérez Arellano JL. Parasitosis intestinales en población inmigrante subsaharianos asintomática. *Gran Canaria* 2000. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 14-17.
 131. López de Munain J, Cámara M, Santamaría JM, Zubero Z, Baraia- Etxaburu J, Muñoz J. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin* 2001; 117: 654-6.
 132. Vall Mayans M, Arellano E, Armengol P, Escriba JM, Loureiro E, Saladié P, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20: 154-6.
 133. Marin V, Bertoncetto C. Sexually transmitted diseases: epidemiological and social aspects. *Ann Ig.* 2002; 14(2): 163-9.
 134. Carballo M, Grocutt M, Hadzihasanovic. Women and migration: a public health issue. *World Health Stat Q* 1996; 49(2): 158-64.
-



135. Belza MJ, Calvo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* 2004; 18: 177-83.
136. Maroto Vela M. Present sanitary problems of immigrant women. *An R Acad Nac Med* 2000; 119(2): 367-80.
137. Masvidal Aliberch RM, Miguel Gil B, Vall Mayans M, Zabaleta del Olmo E, Carnero Olmedo E, Rodríguez de la Rubia E. Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. *An Pediatr* 2004; 60: 22-27.
138. Alcalde Megías J, Altet Gómez MN, de Souza Galvao ML, Jiménez Fuentes MA, Milá Auge C, Solsona Peiró J. Búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes en Barcelona. *Arch Brononeumol* 2004; 40: 453-58.
139. Ramos JM, Masía M, Rodríguez JC, Padilla I, Soler MS, Gutiérrez F. Tuberculosis en inmigrantes: diferencias clinicoepidemiológicas con la población autóctona (1999-2002). *Enferm Infecc microbiol Clin* 2004; 22: 315-18.
140. Vázquez Torres MC, Otero Pulme A. Tuberculosis en inmigrantes: intervalo desde la llegada a España hasta el diagnóstico de la infección. *Med Clin* 2004; 122: 796-798.
141. Vallés X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansá JM, Caylá JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med clin* 2002; 118: 376-78.
142. Bran C, Gómez i Prat J, Caylá JA, García de Olalla P. Estudio de los factores asociados a la infección tuberculosa latente en inmigrantes menores de 35 años. *Enferm Infecc Microbiol clin* 2006;24: 322-25.
143. de March Ayuela P. Tuberculosis importada. ¿Cuál es la tuberculosis autóctona española? *Med Clin* 2002; 119: 677-677.
144. Del Aguila C. Inmigración y tuberculosis, el peligro de las "camas calientes". *Jano* 2006; 1616: 16.
145. Arce Amáez A, Iñigo Martínez J, Cabello Ballesteros L, Burgoa Arenales M. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin* 2005; 125: 210-12.
146. Carceller A, Lebel MH. Tuberculosis en zona de gran incidencia y con elevado porcentaje de inmigrantes. *An Pediatr* 2004; 61: 185-6.
147. Palomo Pinto M, Rodríguez Martín-Millares C, Ayerbe Mateo-Sagasta T. Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. *Rev Esp Salud Pública* 1996;70: 345-9.
148. Díez E, Rosana P. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2004; 18: 158-67.
149. Mazarrasa- Alvear L, Montero- Corominas M. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. *Gac Sanit* 2004; 18: 214-20.



-
150. Declaración de Canarias. Gac Sanit 2006; 20: 80- 1.
 151. Martín Laso MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? Aten Primaria 2001; 28: 89-90.
 152. Seguí Díaz M. El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. Semergen 2005; 31(11): 505-7.
 153. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la asistencia sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. Aten Primaria 2006; 37: 154-9.
 154. Ballesteros Pérez AM, Anaya Reche JA, Cámara López MA, López Caravaca J, Pagan Dato E, Ghelichkhani Latify-Alavijeh M. El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente?. Semergen 2005; 31(11): 516-20.
 155. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit 2001; 15: 320-6.
 156. Jansa JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit 2004; 18: 207-13.
 157. Sánchez García R, Soto García M, Pérez Villaverde N, Alonso Moreno FJ, Castro de Mesa C, García Bajo MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo. Semergen 2005; 31(9): 408-12.
-
-