

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

POR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN INMIGRACIÓN

Autor principal M^a ENCARNACIÓN PARRILLA SÁNCHEZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave Intervención multidisciplinar Desigualdades en salud Migración internacional Epidemiología

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Tras los últimos acontecimientos sucedidos en nuestras fronteras en los que el profesional sanitario ha de enfrentarse con la mayor preparación y disciplina, he creído oportuno presentar esta comunicación para establecer algunas consideraciones y reflexiones sobre el reto que supone el cuidado del paciente inmigrante, analizando los factores asociados a los procesos migratorios, las patologías de procedencia, elementos de riesgo del refugiado en el país de acogida, los medios necesarios para una práctica asistencial holística y por último la importancia que tiene la

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La inmigración es un proceso dinámico en el que España se ha convertido desde 1995 en una de las puertas de entrada a Europa repercutiendo en nuestra sociedad.

La nueva situación sociodemográfica vinculada a la incorporación de poblaciones inmigrantes, requiere mejorar el conocimiento de su estado de salud y determinar las prioridades preventivas y asistenciales. Desde el punto de vista sanitario, este creciente fenómeno migratorio ha despertado entre los profesionales de la salud un gran interés por el posible trasiego de enfermedades infecciosas transmisibles de unas zonas a otras, y por el impacto que ello pudiera suponer en el ámbito de la salud pública en nuestro país. Por ello cobra gran importancia la necesidad de que este colectivo reciba atención sanitaria de calidad y que sea accesible en las mismas condiciones que para la población española. (1,2)

La población de España disminuyó en 118.238 personas durante la primera mitad de 2013 y se sitúa en 46.609.652 habitantes a 1 de julio de 2013.

El número de extranjeros descendió un 4% debido sobre todo a la emigración y a la adquisición de nacionalidad española, hasta situarse en 4.870.487.

Durante el primer semestre de 2013 España registró un saldo migratorio negativo (-124.915 personas), un 50% mayor que el del semestre anterior, producido por un descenso de la inmigración en un 11% y un aumento de la emigración en un 10,7%.

En el caso de los españoles, el saldo migratorio es de -24.860 en el semestre.

Emigraron 39.690 e inmigraron 14.831.

Por comunidades autónomas, solo creció la población en Illes Balears (0,5%),

Canarias (0,2%) y la Región de Murcia (0,1%) además de la ciudad autónoma de Ceuta (0,2%).

Las principales nacionalidades de los inmigrantes extranjeros fueron los marroquíes (con 11.253 llegadas a España durante el semestre), los rumanos (10.471) y los británicos (6.875). (3)

El objetivo general de esta comunicación es conocer, por parte del equipo sanitario, el desarrollo y los movimientos migratorios, así como la cultura de salud y las necesidades de los colectivos minoritarios para promover la prevención y promoción de la salud adaptándonos a las

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

La población inmigrante a su llegada al país de recepción se encuentra ante diversas situaciones de desamparo que pueden derivar a dificultades para el acceso al sistema sanitario y la ineficiencia de este, entre ellas se enumera las más relevantes:

- La propia situación de irregularidad que imposibilita la obtención de la tarjeta sanitaria.

- Las condiciones de marginalidad.

- Desconocimiento del funcionamiento de los recursos sanitarios.

- Barreras culturales.

- Barreras idiomáticas.

- Desigualdades en salud.

- Tradiciones en salud materno-infantil.

- Formación deficitaria.

- Deficiente control sanitario de los alimentos.

- Hacinamiento y malas condiciones de la vivienda.

Diversos colectivos precisan de una especial atención debido a la posible evolución a enfermedad de infecciones latentes, ausencia de visitas para el control de embarazo, déficit nutricionales, escasa adhesión a los tratamientos farmacológicos y la prevención y promoción de la salud.

Para la elaboración de este trabajo de investigación se realiza una revisión bibliográfica de la información disponible sobre salud e inmigración, analizando sus contenidos desde una óptica de salud pública.

Según la OMS la posibilidad de diseminación de patógenos desde la comunidad inmigrante es muy pequeña, debido a que en nuestro país no existen las condiciones apropiadas, en cambio, otras enfermedades como la tuberculosis, hepatitis virales, VIH, estrongiloidiasis, esquistosomiasis y enfermedad de Chagas, melioidosis y quiste hidatídico, triquinosis, cisticercosis, oncocercosis, amebiasis, lepra, sífilis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, si son un riesgo para la comunidad.

Tuberculosis

Más de 90% de los casos de tuberculosis en el mundo se encuentran en países en desarrollo, especialmente África Subsahariana y Sudeste asiático.

La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España está aumentando en nuestro país. Actualmente el haber nacido fuera de España es el factor de riesgo de enfermedad tuberculosa que aparece con más frecuencia, seguido de la infección por VIH/SIDA.

Los estudios de epidemiología molecular destacan la complejidad de la infección tuberculosa en nuestro país: gran parte de los casos son resultado de infecciones adquiridas en el país de origen, pero otra buena parte es el resultado de transmisiones recientes entre los miembros del colectivo de inmigrantes una vez llegados a España, e incluso de infecciones por cepas autóctonas.

Existe la posibilidad de importación de cepas de gran infectividad y/o multiresistencia.

VIH e ITS

Las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH están en África Subsahariana, así como el 77% del total de mujeres VIH +.

Paralelamente al aumento de población inmigrante en nuestro país, la proporción de casos de VIH en este colectivo respecto al total ha ido aumentando en los últimos años. Sin embargo el número absoluto de nuevos diagnósticos de VIH apenas se ha modificado en los últimos años, a pesar de que la población de extranjeros prácticamente se duplicó.

Los inmigrantes son un grupo de riesgo para el VIH, por diversos factores que aumenta su vulnerabilidad, lo que provoca que hasta un tercio de los diagnósticos de VIH en inmigrantes son infecciones adquiridas tras su llegada a España.

Hepatitis virales

Los países en vías de desarrollo son países de endemidad alta de hepatitis A, donde la práctica totalidad de la población se infecta por el virus en la edad pediátrica.

La infección por el virus de la hepatitis B se adquiere durante la infancia en muchos países en desarrollo, por ello al llegar a la 3ª y 4ª décadas de la vida pueden presentar complicaciones propias de la fase crónica.

Las tasas más altas de infección por el virus de la hepatitis C corresponden al sudeste de Asia y África Subsahariana, y se refleja en la alta prevalencia de infección por este virus en los inmigrantes procedentes de dichas zonas.

Enfermedades inmunoprevenibles

Enfermedades virales exantemáticas: los inmigrantes pueden adquirir en el país de acogida enfermedades para las que no son inmunes porque no recibieron las vacunas necesarias para prevenirlas. Ejemplo de ello fueron los brotes de rubéola en 2003, en el que se identificaron 19 casos en latinoamericanos, 14 de ellos en mujeres en edad fértil, y el de sarampión en 2006 con 59 casos, ambos en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Meningitis meningocócica A y C: los inmigrantes pueden adquirir la infección al viajar a sus países si éstos se encuentran en zona endémica, como el cinturón de la meningitis en África, o en zonas con brotes epidémicos recientes.

Poliomielitis: en algunos países de baja renta (como por ejemplo Níger) sigue habiendo transmisión de la enfermedad.

Enfermedad de Chagas

La llegada de inmigrantes procedentes de países con alta endemidad, como Bolivia, ha ido aumentando en los últimos años.

En los países donde la enfermedad no es endémica, como España, la llegada de población proveniente de áreas endémicas posibilita la aparición de nuevos casos de enfermedad de Chagas por transmisión congénita, transfusional o en trasplante de órganos.

En España, el reciente Real Decreto sobre hemodonación (Real Decreto 1088/2005) permite aceptar las donaciones de riesgo si se realiza el cribado para marcadores de *Trypanosoma cruzi*.

Parásitos intestinales

La prevalencia de parasitación intestinal disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor, y los helmintos prácticamente no se encuentran a los tres años de estancia (excluyendo el *Strongyloides stercoralis*).

Los niños están parasitados con mayor frecuencia que los adultos y las parasitaciones múltiples son frecuentes.

En países con buen saneamiento de aguas, como España, la transmisión fecal-oral de los parásitos que se transmiten por esta vía es muy improbable.

La transmisión de geohelmintos precisa de unas determinadas condiciones climáticas presentes en regiones tropicales y subtropicales.

Strongyloides stercoralis: dado su ciclo autorreplicativo puede permanecer en el cuerpo del hospedador hasta 40 años. No existe transmisión persona-persona.

Fiebres hemorrágicas virales

Las fiebres virales hemorrágicas (virus de Marburg, Ebola, Lassa, Crimea-Congo) tienen un corto periodo de incubación, lo que hace muy difícil ver a pacientes con dichas enfermedades en las consultas. (4)

Otro aspecto importante a considerar es la asistencia a inmigrantes en los servicios de urgencias cuando éstos llegan a nuestro país de forma masiva y por medios precarios. En estas circunstancias, y cuando este tipo de embarcaciones quedan a la deriva, muchos de los inmigrantes rescatados presentan ahogamientos, cuadros graves de deshidratación, hipotermia y traumatismos. Tras su primera asistencia por los sistemas de emergencias son trasladados a los SUH donde se le presta la atención sanitaria definitiva. La movilización y organización de recursos para

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

El aumento de patologías específicas asociadas a la situación actual en la que existen movimientos migratorios en constante evolución, además del libre comercio de suministros y animales está provocando un cambio paulatino, que a veces puede pasar desapercibido por los profesionales y ciudadanía, en nuestro sistema sanitario que precisa Unidades de Referencia de Medicina Tropical, en las que se pueda realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado, estudios de investigación de las patologías, pruebas de detección de enfermedades y la elaboración de sistemas eficaces para el estudio e intercambio a nivel internacional de información necesaria para mejorar la efectividad de los servicios sanitarios.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Este trabajo pretende recabar la información más relevante sobre los procesos migratorios y la repercusión que tienen en nuestra sociedad, proporcionar al profesional una visión global sobre las patologías inherentes a dichos procesos para poder ofrecer una asistencia sanitaria integral

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Son diversos los registros existentes en España que recaban información epidemiológica como el Sistema de enfermedades de declaración obligatoria, el Conjunto mínimo básico de datos y la Red de investigación cooperativa en enfermedades tropicales, son muy útiles aunque presentan algunas limitaciones por lo que se crea la Red Redivi en 2009 con el objetivo de optimizar la planificación de los recursos, el cribado de las infecciones, el consejo individualizado a los viajeros, las políticas de vacunación, el control vectorial, la educación para la salud y los programas adaptados culturalmente tanto de diagnóstico como de tratamiento.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Fuertes PZ, Pérez-Ayala A, Pérez Molina JA, Norman FF, Monge-Maillo B, Navarro M, et al. Clinical and epidemiological characteristics of imported infectious diseases in Spanish travelers. *J Travel Med.* 2010 Sep;17(5):303-9.
2. Arguin PM, Marano N, Freedman DO. Globally mobile populations and the spread of emerging pathogens. *Emerg Infect Dis.* 2009 Nov;15(11):1713-4.
3. Instituto Nacional de Estadística [Internet]: Cifras de Población a 1 de julio de 2013. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2013.[citado 27 Ene 2014]. Disponible en: www.ine.es/prensa/prensa.htm.
4. Lopez Velez R, Navarro Beltrá M, Jiménez Navarro C. Estudio de Inmigración y Salud Pública: enfermedades infecciosas importadas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
5. Pérez-Gruoso MJ, Julián A. Actuación ante catástrofes y múltiples víctimas. En: Manual de protocolos y actuación en urgencias. Editor A. Julián