

**Documento de consenso sobre: "Valoración y preparación preoperatorias del paciente inmigrante"**

**Dra. Pilar Ariño**

**Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Mar-Esperança. Barcelona.**

**e-mail: [12965@imas.imim.es](mailto:12965@imas.imim.es)**

**Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor.**

**President: Dr. Jaume Canet**

**Secció d'Avaluació Preoperatoria (SAP de la SCARTD).**

**Vicepresident: Dr. Juan Castaño**

**Secretaria: Dra. Montserrat Ortiz**

**(1er borrador. 5/XI/2007)**

## Indice

- Introducción:
  1. Motivos del tema
  2. Variación demográfica de los diferentes colectivos inmigrantes que viven en la ciudad de Barcelona
  3. Demografía de los diferentes colectivos inmigrantes no comunitarios
  
- Salud e inmigración
  1. Definición de salud
  2. La salud en el inmigrante
  3. Percepción de enfermedad: creencia y conocimiento
  4. Formas de inmigración: Influencia de la manera de inmigrar en la salud
  5. Percepción de salud en el inmigrante con relación a su cultura o creencia
  6. Salud y dieta
  7. Factores determinantes de la salud en el inmigrante
  
- Utilización de los servicios sanitarios por el colectivo inmigrante
  1. Ley de Ordenación Sanitaria
  2. Frecuencia de utilización de los servicios sanitarios en los inmigrantes
  
- Valoración preanestésica
  1. Historia clínica
    - a) Forma de realizar la historia clínica en inmigrantes
    - b) Clasificación de las enfermedades en la inmigración
  
  2. Valoración/petición de las pruebas complementarias
    - a) Pruebas recomendadas

b) Datos a valorar en el preoperatorio del colectivo  
inmigrante

3. Explicación del proceso anestésico

a) Dificultades principales para la comprensión del proceso

b) Medidas alternativas

4. Consentimiento Informado

a) Características en la firma del Consentimiento Informado  
con relación a los diferentes colectivos

b) Actitudes del inmigrante con relación a la firma del  
Consentimiento Informado

- Medicación preanestésica

1. Diferencias culturales a tener en cuenta en el colectivo inmigrante con  
relación a la premedicación

- Resumen

- Bibliografía

# Valoración y preparación preoperatorias del paciente inmigrante

## Introducción

La incorporación a nuestro sistema sanitario de pacientes de diferentes culturas, ha llevado a los profesionales que trabajamos en él, a la necesidad de contemplar al paciente dentro de un contexto al que generalmente no estábamos habituados. Actualmente, una buena anamnesis en un paciente debe incluir factores sociales y culturales, que permitan contextualizar al paciente y su dolencia. Las enfermedades están compuestas por elementos biológicos, son universales y trascienden los contextos sociales y culturales. y su distribución varía en función del contexto social y ecológico, pero no ocurre lo mismo con el conocimiento médico<sup>1</sup>. La enfermedad está en relación con las formas culturales de una sociedad determinada.

Europa es el objetivo y destino de la mayoría de flujos migratorios provenientes de Hispanoamérica y África. España, por su situación geográfica, está entre los países más frecuentemente elegidos para llegar a Europa, mayoritariamente por inmigrantes procedentes de África, Sur y Centroamérica, y de inmigrantes asiáticos que intentan llegar a Europa a través de África. En este momento no solamente somos un país de paso hacia Europa, sino que España ha pasado a ser destino final del inmigrante. Según cifras del Departamento de Estadística, el ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es superior al 17 % anual de media, alcanzando cifras del 25 % en Cataluña. Estos flujos migratorios son necesarios en nuestra sociedad. Según el Banco Mundial, de aquí al año 2050 se precisarán 40 millones de inmigrantes económicos para mantener el estado de bienestar social conseguido. La incorporación de emigrantes a nuestra sociedad irá en aumento, sobre todo a través de inmigrantes procedentes del Continente

africano. Actualmente, los inmigrantes en Cataluña representan el 1% de su PIB (Producto Interior bruto).

Según datos del Instituto Municipal de Estadística de la ciudad de Barcelona se comprueba que mientras que en el año 2001 el número total de inmigrantes empadronados en la ciudad era de 29.354, lo que representaba un 1,9% de la población, en el año 2006 el número total pasó a ser de 250.789, o sea el 15,9% de dicha población. A 1 de septiembre de 2007 la proporción de inmigrantes extranjeros empadronados en dicha ciudad es del 16,5% lo que parece ralentizar el espectacular aumento apreciado en los 5 años precedentes.

La figura 1 muestra la evolución del colectivo inmigrante empadronado en la ciudad de Barcelona en el año 2006 con relación al existente en el año 2001, distribuidos con relación a sus continentes de procedencia. Se aprecia un aumento considerable de la inmigración dentro del continente americano, a través de inmigrantes procedentes de Hispanoamérica y en los originarios del continente europeo.

En la Tabla 1 se aprecia la evolución de los colectivos no comunitarios empadronados en la ciudad de Barcelona en el año 2006 con relación al 2001. Las comunidades más numerosas corresponden, dentro de los hispanoamericanos, al colectivo ecuatoriano, dentro de los africanos al colectivo marroquí y dentro de los asiáticos, al colectivo pakistaní.

Si nos fijamos en la edad media de los colectivos no comunitarios más numerosos (Tabla 2), apreciamos una disminución significativa de la misma con relación a la edad media del colectivo autóctono que se interviene en nuestro ámbito sanitario, que en el Hospital del Mar de Barcelona corresponde a los 53 años. También comprobamos que dentro del colectivo hispanoamericano hay mayoría de inmigrantes de sexo femenino, a diferencia del colectivo africano y asiático en donde predominan los varones. Existe una excepción con relación a los inmigrantes asiáticos, el colectivo filipino se asemeja al sudamericano y también predomina el sexo femenino.

En todos los casos son personas que por su edad no han tenido tiempo de desarrollar patologías, salvo las genéticas o bien las prevalentes en su comunidad de origen.

## **Salud e inmigración**

La salud para los inmigrantes es un valor esencial y básico, porque es el vehículo necesario e imprescindible para poder trabajar. Las condiciones de salud en que se encuentra el inmigrante a su llegada a nuestro país se verán afectadas por la forma en que haya realizado la inmigración desde su país de origen. No se encontrarán en las mismas condiciones sanitarias, por ejemplo, un inmigrante político o un inmigrante económico, aunque una vez llegados al país de adopción pueden presentar situaciones sanitarias comunes. En general se ha comprobado, que la salud de los inmigrantes latinoamericanos o del Norte de África es mejor que la de los inmigrantes subsaharianos, de los provenientes del Sudeste asiático o del este de Europa.

El motivo de la emigración se produce por diferentes causas. Podemos encontrar una inmigración social que englobaría a refugiados políticos, personas desplazadas o personas demandantes de asilo, una inmigración económica que se produce en personas procedentes de países en vías de desarrollo, cuyo objetivo sería únicamente mejorar las condiciones de vida con relación a la que tenían en sus lugares de origen, y una inmigración irregular o "sin papeles"<sup>2</sup>. Esta clasificación queda desdibujada y se mezclan las tres facetas de la inmigración, cuando la inmigración social pasa a ser económica.

El inmigrante suele ser una persona joven y sana, capaz de soportar lo que comporta la emigración. Los inmigrantes procedentes de África y Asia pueden estar hasta dos años hasta llegar al país de destino, sobreviviendo en condiciones deplorables en la mayoría de los casos, lo que afectará al estado de salud en que se encuentran a su llegada.

Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud "*el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones*". Si nos atenemos literalmente a esta definición, entenderemos que el concepto de enfermedad es más amplio que el comúnmente utilizado. La percepción de enfermedad será diferente dependiendo de factores sociales y culturales, y no únicamente de factores médicos. Podríamos incluir en el término salud, también el de creencia. La creencia lleva a la práctica de actuaciones médicas adquiridas a través del conocimiento. El conocimiento está formado por elementos racionales (aquí podría incluirse la ciencia) y por elementos profundamente irracionales, que tienen en cuenta la atención al cuerpo y la preocupación por las dimensiones morales de la enfermedad y del sufrimiento. La forma de ver al cuerpo humano es diferente entre las culturas. Para la medicina occidental, el cuerpo humano es visto como una máquina biológica, pero para otras culturas, el cuerpo humano es visto desde un aspecto holístico integrador de la persona y de las relaciones sociales<sup>3</sup>. Por eso, la forma de entender la enfermedad será diferente dentro de las diferentes culturas existentes en el universo.

Dentro de la comunidad musulmana, la enfermedad se entiende como un desequilibrio entre cuerpo y alma, y puede ser efecto del incumplimiento de las normas que rigen los preceptos religiosos, lo que hace responsable al individuo de su enfermedad. Esta creencia no está muy alejada de la creencia cristiana sobre la responsabilidad del individuo en sus males, que pueden ser debidos a castigo o designio divino. Todavía percibimos en nuestra consulta, pacientes de una cierta edad que manifiestan sensación de culpa y vergüenza por el proceso que les aqueja.

La comunidad china explica la enfermedad como un desequilibrio de fuerzas entre el *Yin* o energía negativa y el *Yang* o energía positiva. La enfermedad ocurre al producirse una disarmonía en el plano individual entre el hombre y la naturaleza, entre el Ying y el Yang. Las plantas medicinales, la meditación y la acupuntura restablecerán el equilibrio.

En la cultura india encontramos el *karma* que expresado de forma simplista, justificaría la existencia del sufrimiento como una forma de conseguir una mejor vida en la próxima reencarnación.

Todas las religiones tienen una explicación irracional con un enfoque moral para demostrar la enfermedad. Si no actúas según los preceptos, enfermarás. Por ejemplo, la hematuria para un subsahariano puede representar un signo de virilidad y no una causa de patología, por lo que el paciente subsahariano no acostumbrará a consultar al médico por ese motivo. Los pacientes procedentes del Continente africano pueden ser reacios a las extracciones de sangre, al relacionarlas con prácticas de brujería de sus países de origen<sup>4</sup>

La cultura latina parece dar mucha importancia a la exploración física. La realización de pruebas complementarias y la utilización de tecnología para conocer el diagnóstico de una enfermedad es importante para ellos, lo que llevará a desconfiar de la aptitud del facultativo, si no les es explicado convenientemente el motivo de la no realización de las mismas.

No debemos olvidar las prácticas indígenas y populares como el chamanismo, brujería... de fuerte arraigo en comunidades rurales. Los emigrantes procedentes de dichas culturas rurales pueden mantener estas prácticas una vez establecidos en nuestro país y entorpecer o impedir nuestra atención sanitaria. Debemos tener presente que esa forma curativa, puede haber sido la única disponible para la comunidad en su país de origen. Una vez establecidos en nuestra sociedad, las prácticas de brujería o chamanismo suelen eliminarlas al tener acceso a la medicina occidental ,pero no así la aplicación de los conocidos "remedios caseros".

Es importante para el profesional conocer estos matices, para poder eliminar la sensación de culpa percibida en el paciente y conseguir el cumplimiento del tratamiento necesario según el conocimiento racional.

La influencia de la dieta en la salud de los individuos está ampliamente comprobada. En el caso de los inmigrantes existen una serie de alimentos que pueden favorecer la aparición de patologías:

- Karela utilizada por los musulmanes más ortodoxos como hipoglucemiante. Es una fruta de la familia de las cucurbitáceas conocida como "bitter melon" por su sabor amargo. Es comúnmente utilizada en India, China y África tropical
- Los pacientes provenientes de Asia, África y Caribe, suelen utilizar la yuca o mandioca y la tapioca en su dieta. La yuca muy rica en hidratos de carbono y azúcares, pero muy pobre en proteínas, es la base de alimentación en países subdesarrollados. La tapioca se obtiene de la harina de la yuca. Esta planta contiene tiocianatos, compuestos formados por una combinación de azufre, carbono y nitrógeno. Los tiocianatos se producen principalmente por la reacción de cianuro libre con azufre y es la manera con que el cuerpo se deshace del cianuro. Se encuentran en varios alimentos y plantas. Aunque los tiocianatos son menos perjudiciales que el cianuro en los seres humanos, se sabe que afectan a la glándula tiroides, reduciendo la producción de hormonas tiroideas dando lugar a hipotiroidismo.
- Vetsin o salsa de los restaurantes chinos. Contiene glutamato o sal sódica del ácido glutámico. El glutamato es un condimento habitualmente utilizado para conservar o para incrementar el sabor de la comida. Actúa sobre las neuronas cerebrales a nivel del núcleo arcuato hipotalámico. Impide el buen funcionamiento de los mecanismos inhibidores del apetito. Da un cuadro conocido como "*Síndrome del restaurante chino*" con dolor de cabeza, enrojecimiento, sudoración, inflamación facial, entumecimiento y/o ardor alrededor de la boca. Suele ser benigno pero puede progresar a un cuadro más severo con dolor torácico, taquicardia, inflamación de la garganta y posibilidad de dificultad respiratoria por el edema.
- Chapati o pan plano típico de países como India o Pakistán, también se come en países del África del este. El ácido fítico se encuentra de forma natural en la mayoría de los cereales, nueces, legumbres y semillas aceitosas en

cantidades variables. Es un agente quelante, secuestra numerosos minerales como el Ca, Fe, ... impidiendo su absorción por el tracto digestivo

- Chicle de Betel: El betel produce un alcaloide tónico y estimulante pero también carminativo y astringente. Su uso continuado ocasiona úlceras en la cavidad bucal y en el esófago que pueden degenerar en una neoplasia.

Finalmente, hemos de tener siempre presente que una vez en el país de acogida, la salud del inmigrante vendrá determinada por:

- la falta de acceso a un trabajo normalizado, mayormente por no disponer de documentación.
- la vivienda, situada generalmente en zonas de riesgo social elevado y en condiciones de deficiente salubridad, suele estar compartida por varias familias, favoreciendo el hacinamiento y la transmisión de enfermedades infecciosas (TBC, diarreas...).
- las condiciones de salud a la llegada al país de adopción, influida por las condiciones en que haya realizado la inmigración, las enfermedades prevalentes de sus países de origen y las enfermedades adquiridas en el país de adopción.
- dificultad de acceso a los servicios sanitarios, por falta de información o documentación .

## **Utilización de los Servicios Sanitarios por el colectivo inmigrante**

Dentro de los pacientes provenientes de la inmigración que utilizan el sistema sanitario encontramos cinco grandes colectivos: originarios del Sudeste asiático,

norte de Africa, África subsahariana, América latina y Europa del Este, cada uno de ellos aporta sus diferentes culturas y peculiaridades.

Para tener cobertura sanitaria dentro del Estado Español, el inmigrante sólo precisa estar empadronado. Aunque no estén empadronados, los menores de 18 años, las embarazadas y la atención de urgencias quedan cubiertas a través de la Ley orgánica 4/2000, actualizada en la 8/2000. En Cataluña, la Ley de Ordenación Sanitaria (LOSC) aprobada en el Parlamento Catalán en 1990 recoge la universalización de la asistencia sanitaria.

El desconocimiento de la existencia de los centros de asistencia primaria (CAP), la no exigencia de documentación que en una mayoría de casos no se tiene, o bien porque les permite no romper su jornada laboral y evitar las posibles represalias o sanciones que pudieran derivarse de la no presentación al trabajo, son los motivos más comunes que explican el por qué los inmigrantes entran en el hospital mayormente a través del servicio de urgencias.

No se ha demostrado que los inmigrantes utilicen más los servicios sanitarios que los autóctonos. En un trabajo realizado en el Hospital del Mar de Barcelona<sup>5</sup> cuyo objetivo era estudiar el costo sanitario que representaba la alta proporción de inmigrantes que son atendidos en el hospital como consecuencia de la situación geográfica del centro dentro de la ciudad, se pudo comprobar cómo los autóctonos lo utilizaban más y por lo tanto, eran más caros para el sistema sanitario, excepto en lo concerniente a ginecología, donde los inmigrantes estaban 6 puntos por encima de los autóctonos. A nadie le ha pasado desapercibido el aumento de la natalidad que se ha producido en España con la llegada de los inmigrantes. La mujer inmigrante es joven y en edad fértil. Según datos del año 2002, nacieron de madres españolas 2.266 bebés más que en el año 2001. Los bebés nacidos de madres inmigrantes durante el mismo período de tiempo, fueron 10.393 más que en el año 2001, mayormente de mujeres hispanoamericanas, colectivo que por su mayor proporción en nuestro país es el que más contribuye al aumento de la

natalidad<sup>6</sup>. Es lógico pensar en la menor utilización de los servicios sanitarios por el colectivo inmigrante debido a la edad media del mismo.

Un trabajo realizado en la ciudad de Valencia<sup>7</sup> obtiene datos semejantes a los obtenidos en el trabajo realizado en el Hospital del Mar de Barcelona.<sup>5</sup> Los ingresos hospitalarios más frecuentes en la población inmigrante corresponden a medicina general, obstetricia y ginecología y en menor proporción a traumatología.

Con el paso del tiempo y conforme aumente la edad del paciente inmigrante por un mayor arraigo en el país de acogida, los datos se acercarán a los obtenidos en la población autóctona.

## **Valoración preanestésica**

La valoración preanestésica del colectivo inmigrante, igual que la de la población autóctona, constará de:

- Historia clínica del paciente
- Pruebas complementarias
- Explicación al paciente del proceso anestésico con relación a la cirugía propuesta
- Firma por el paciente del Consentimiento Informado
- Premedicación

Como aspectos específicos destacamos los siguientes puntos, algunos descritos previamente:

- La prevalencia de enfermedades genéticas o infecciosas en la zona de origen del inmigrante
- Los problemas sobre la diferente percepción de salud en los diferentes colectivos

- La utilización de medicinas alternativas que pueden entorpecer el tratamiento previsto
- Problemas de comunicación derivados del desconocimiento del idioma del país de adopción

## **Historia clínica**

El primer problema que solemos encontrar en la realización de la historia clínica al paciente inmigrante, es el desconocimiento del idioma. La incorporación de mediadores culturales a los centros hospitalarios, facilitan el trabajo al profesional, no solamente desde un punto de vista lingüístico sino también cultural. No debemos olvidar preguntar previamente al paciente si acepta la mediación, ya que puede no aceptar la presencia de una persona ajena a su familia. De hecho nos hemos encontrado en algunas ocasiones, que declinan la mediación que se les ofrece. Tampoco están definidas las implicaciones legales que esta situación puede comportar.

Fuertes et als.,<sup>4</sup> para realizar una buena historia clínica en el caso del paciente inmigrante, recomiendan la utilización del modelo de comunicación de Western Ontario, basado en el paciente, en el que se definen diferentes fases:

1. Explorar la enfermedad y la dolencia
2. Comprender a la persona
3. Buscar puntos comunes con ella respecto al plan establecido
4. Incorporar la prevención y promoción de la salud
5. Incrementar la relación médico-paciente
6. Ser realista.

Desde un punto de vista médico debemos conocer las posibles patologías específicas asociadas que describimos a continuación.

## Enfermedades específicas que pueden asociarse a la inmigración

Jansá<sup>8</sup> divide las enfermedades del colectivo inmigrante en:

- Enfermedades importadas o propias de sus países de origen. No suelen ser transmisibles a la población autóctona, al no existir las mismas condiciones ecológicas y el vehículo necesario para que se puedan transmitir; corresponde mayoritariamente a enfermedades parasitarias o infecciosas tipo malaria.
- Enfermedades reactivas o de adaptación. Generalmente están ligadas a las condiciones de vida del inmigrante y se originan en el país de adopción
- Enfermedades genéticas. Por déficit congénito de glucosa-6-fosfato-dehidrogenasa (G6PDH), o ciertas formas de hemoglobinopatías (estructurales o enzimáticas) con una frecuencia superior a la encontrada en la población autóctona.

Los inmigrantes, en general, no suelen consultar por enfermedades de la mente, ya que no son contempladas como tales. Tampoco suelen hacerlo por las molestias que pueda ocasionar un embarazo, ya que son percibidas como propias del estado en que se encuentra la paciente.

### **Enfermedades importadas**

Las enfermedades parasitarias o infecciosas como por ejemplo la malaria, presentan poca probabilidad de transmisión a la comunidad autóctona por lo que hemos comentado anteriormente, y poca o nula afectación al proceso anestésico. No obstante, ante una fiebre persistente y sin causa aparente en un inmigrante, y

con mayor probabilidad si proviene de una zona afectada, sospecharemos que es portador de malaria hasta que no se demuestre lo contrario.

La tuberculosis (TBC) es la enfermedad que adquiere mayor importancia en nuestro trabajo diario, tanto desde el punto de vista médico como de nuestro trabajo como anestesiólogos, por las posibles lesiones pulmonares existentes, o de contagio para otros pacientes, caso de practicar una anestesia con desconocimiento de un proceso activo. Hemos de ser cuidadosos en la valoración del paciente con relación a este tema en inmigrantes procedentes del Continente africano, Europa del este, Sudeste asiático y Pacífico occidental, todas ellas zonas de alta prevalencia de la enfermedad. En los pacientes originarios del Continente africano<sup>9</sup> es frecuente la afectación no pulmonar de la TBC: digestiva, renal, ósea... Se ha comprobado que un paciente inmigrante proveniente del continente africano que presenta dolor abdominal, lo primero a descartar es una parasitosis y después una TBC digestiva.

La TBC es la enfermedad que ha ocasionado más alarma social con relación a la inmigración. Esta enfermedad se extendió de forma generalizada durante el siglo XIX y principios del XX como consecuencia de la creación de barrios marginales, de la extrema pobreza existente, de la deficiente alimentación y de unas condiciones higiénicas insuficientes, todo ello impuesto por un naciente capitalismo<sup>10</sup>. A finales del siglo XIX y principios del XX, un sexto de la mortalidad general en la ciudad de Barcelona se debía a esta enfermedad<sup>11</sup>.

En la comunidad catalana nunca ha estado erradicada la TBC. En el año 1999 hubo un incremento de los casos declarados en 3,6 puntos. De los casos declarados un 6,7% estuvieron asociados al colectivo inmigrante con menos de 2 años de estancia en el país<sup>11</sup>. En la Comunidad de Madrid la proporción de casos de tuberculosis en extranjeros pasó de 3,2% en 1994 al 14,9% en el año 2000 y en ese mismo año, la prevalencia de TBC para el conjunto de la población inmigrante era del 2,5%<sup>12</sup>. La prevalencia de tuberculosis en los asentamientos de Ceuta que acogen a inmigrantes recién llegados es del 32,5%, similar a la encontrada en algunos sectores de Madrid o Barcelona<sup>13</sup>. Se ha comprobado que la distribución de la TBC

en Barcelona está relacionada con diferentes indicadores sociales como el desempleo, hacinamiento social, pobreza extrema y la situación de la vivienda en los barrios del centro o casco antiguo de la ciudad<sup>14</sup>

La hepatitis B es endémica en África del sur y África subsahariana. Se da con una prevalencia de un 10 - 15%<sup>14</sup> de la población y es causa de muerte por cáncer de hígado en los pacientes afectados provenientes de esa zona del Continente africano<sup>15</sup>.

Por la posibilidad de contagio, dentro de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la sífilis y el VIH son frecuentes en pacientes provenientes del África subsahariana. La sífilis es positiva en el 8 - 15% de los pacientes y con relación al VIH, de 10 pacientes infectados, 7 provienen de esa parte del planeta<sup>15</sup>. No obstante su alta prevalencia, la incidencia de VIH es superior en España con relación a los países de procedencia de la mayoría de inmigrantes<sup>16</sup>

También encontramos en los colectivos inmigrantes, alteraciones en el metabolismo del calcio y del fósforo, que junto a las alteraciones tiroideas podrían venir influidas por la dieta habitual de sus países de origen.

Las afecciones cardíacas son sobretodo valvulopatías de origen reumático. La juventud de los pacientes enmascara dicha patología, ya que no han sufrido descompensaciones, por lo que es obligatoria la auscultación cardíaca sistemática en estos pacientes .

### Enfermedades reactivas

Las enfermedades reactivas se originan en el país de adopción. Las más frecuentes son de origen respiratorio. También son frecuentes los dolores abdominales por parasitosis, cambios en la dieta, de origen psicossomático,.... Un inmigrante, con un tiempo de estancia corto en nuestro país, o que tras una estancia prolongada en España haya regresado recientemente de su país de origen, y presente dolores abdominales, se debe descartar un origen parasitario de la afección.

Un trabajo de Guerrero y Colomina<sup>16</sup> analiza las diferentes patologías motivo de consulta del colectivo inmigrante en Asistencia Primaria: Respiratoria (20%), Osteo-articular (19%), cefaleas (12%), salud sexual y reproductiva (10%), digestivas (9%), accidentes (5%), y otras patologías (26%). Vemos cómo la patología más relacionadas con nuestra especialidad (respiratoria) es la más frecuente.

Los inmigrantes presentan mayores tasas de depresión y problemas de ansiedad que grupos con idénticas características socio-demográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona<sup>17</sup>

### **Enfermedades genéticas**

Las enfermedades genéticas representan una mínima parte de las patologías del colectivo inmigrante que se aprecian en las consultas médicas. Las más comunes son las anemias hemolíticas, bien de origen enzimático por alteraciones de la glucosa 6 fosfato dehidrogenasa (G6PDH) o de origen estructural como las talasemias, tanto la talasemia mayor como la talasemia menor y por la persistencia de Hb S.

### **Pruebas complementarias**

Actualmente, disponemos de guías de consenso para solicitar únicamente las pruebas que la medicina basada en la evidencia ha demostrado necesarias<sup>18</sup>. Sin embargo, por la frecuencia de ciertas patologías dentro del colectivo inmigrante, debemos ser más estrictos en la petición de pruebas complementarias. Así, en cirugía programada es aconsejable solicitar:

- *Radiografía de tórax*

Alcalde J et al<sup>19</sup> indican la radiografía de tórax solamente a inmigrantes a quienes no se les haya practicado dicha exploración en menos de un año. Pero dada su utilidad no sólo para descartar patología respiratoria, sino cardíaca, nosotros aconsejamos su solicitud a toda persona que deba ser intervenida, independiente de la edad y aunque no tengan clínica pulmonar.

- *Hemograma y pruebas de coagulación* para detectar posibles hemoglobinopatías

- *Hormonas tiroideas* si apreciamos clínica sugestiva de patología tiroidea o en la exploración apreciamos la existencia de aumento de tamaño de la glándula, o bien en pacientes originarios de zonas endémicas
- *Marcadores de hepatitis* sobretodo en pacientes originarios del África del sur y subsahariana. Si hay indicios de TBC, pedir también marcadores VIH
- *Eco-cardiograma* en pacientes con procesos de amigdalitis de repetición o procesos reumáticos , soplos cardíacos ,etc..

No hay consenso sobre la realización de la *prueba indiscriminada de la tuberculina* para descartar una TBC; sí que se suelen aconsejar *marcadores de hepatitis* en los inmigrantes originarios del África subsahariana por la alta frecuencia de la enfermedad.

## **Explicación del proceso anestésico con relación a la cirugía propuesta**

Como ya hemos mencionado anteriormente, la dificultad mayor será la barrera idiomática. Eliminada ésta, deberemos hacerles comprender lo que se les va a hacer y por qué. Puede ocurrir que no entiendan el motivo de tanta información e incluso en ocasiones, hemos tenido la impresión que desconfiaban del profesional, interpretando el "exceso" de información como inseguridad del mismo. No suelen estar acostumbrados a recibir información en sus países de origen. La posibilidad de discusión con el médico sobre su dolencia, lleva a una mayoría de ellos, incluso a desconfiar del sanitario.

La incorporación de los folletos explicativos sobre la anestesia y mejor, probablemente, los vídeos sobre la misma, pueden ser de gran ayuda para favorecer la comprensión de lo que se les va a hacer, cuando la disponibilidad de Mediadores culturales no existe.

## **Consentimiento Informado (CI)**

La firma del documento conocido como Consentimiento Informado no es admitida igualmente dentro de las diferentes comunidades. En la mayoría de países europeos es obligatorio, por lo que no hemos encontrado diferencias con relación a la actitud del colectivo europeo y de los pacientes autóctonos. Los colectivos hispanoamericanos con una mayor comprensión del idioma, lo entienden e incluso una minoría suele solicitar explicación sobre el mismo. Dentro de los colectivos africanos y asiáticos es donde existen las mayores divergencias. No suele ser habitual la firma de un CI en sus países, y además son los colectivos con mayor desconocimiento idiomático, por lo que la presencia de mediadores culturales es necesaria para la comprensión adecuada de lo que firman.

El hecho de pedirles un documento identificativo que verifique la firma les debe ser explicado convenientemente. A nuestro entender existen tres actitudes en el inmigrante frente al CI: 1. El paciente que se muestra reticente a su firma por no entender que debe firmar un documento para ser atendido, y desconfía abiertamente cuando se le solicita que incluya en el mismo el número del documento de identidad; 2. el inmigrante que tiene la posibilidad de una medicina impensable en su país de origen, y acepta todo lo que se le propone para que se le atienda, independiente de que lo haya entendido o no. 3. la persona que comprende e incluso solicita información, bien porque haya tenido contacto previo con la sanidad y considere habitual la firma del documento, o bien porque en sus países de origen también sea habitual la firma del CI previamente a una actuación sanitaria.

Según nuestra experiencia, la actitud del inmigrante ante la firma del CI, se parece cada vez más a la observada en los pacientes autóctonos

## **Premedicación**

Es importante para el anestesiólogo conocer las diferentes características culturales de los colectivos inmigrantes:

- La observancia del período de ramadán dentro de la comunidad musulmana. Aunque los enfermos están exentos del mismo, si la persona es creyente seguirá la conducta del ayuno. Podemos solucionar el problema recetando

fármacos ansiolíticos de larga duración a tomar la noche antes de la intervención después del cese del ayuno

- Los pacientes de religión musulmana, judíos o hindúes no aceptan la toma de cápsulas por estar confeccionadas con gelatinas animales de cerdo o vaca
- Las insulinas de vaca o cerdo no son aceptadas por los musulmanes e hindúes, por lo que deberemos encontrar sustitutos a las mismas si queremos que cumplan el tratamiento
- Los medicamentos que contengan alcohol como jarabes, colirios,...son rechazados por los pacientes de religión musulmana
- Los fármacos que alteran la psique sólo son aceptados como parte del tratamiento.

Es muy importante la actitud del profesional con relación a estas variaciones para la aceptación o no por el inmigrante del tratamiento propuesto. Hemos de consensuar con el paciente la necesidad de dicho tratamiento para conseguir su curación.

## Resumen

Las dos diferencias básicas que podemos encontrar en la valoración anestésica con relación a la población autóctona son : los problemas derivados del idioma y las características culturales. El establecer comunicación con los colectivos de inmigrantes es el reto que hoy tenemos los profesionales: demostrar nuestra competencia cultural para la realización de una adecuada historia clínica.

La asistencia a personas inmigrantes no debe ser diferente a la que realizamos habitualmente. Únicamente en los primeros años de estancia en el país de acogida deberemos dedicar a los inmigrantes una atención más específica. Conforme se produce su arraigo en la sociedad de acogida la comunicación se hace más fluida y se reduce considerablemente el tiempo necesario en su atención.

R. Colasanti en el II Congreso de Medicina y Emigración que tuvo lugar en la ciudad de Roma en 1990, definió adecuadamente lo que representa la medicina de la inmigración en el siguiente párrafo: *"La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores"*.

Las diferencias existentes, nos enriquecen culturalmente a pesar del esfuerzo personal sobreañadido que nos ocasiona en nuestras masificadas consultas. El éxito o fracaso de nuestra actuación siempre dependerá de la capacidad del profesional en crear empatía con el paciente. En el colectivo inmigrante, el solo hecho de manifestar una actitud flexible y respetuosa con su cultura sin imponer nuestro criterio, bastará para conseguir nuestro objetivo. Es importante tener presente durante la entrevista los signos no verbales de la comunicación, a veces obtenemos más información sobre los pacientes de ellos que a través de la comunicación oral. Como bien dice Benjamin Paul<sup>20</sup>, *"si alguien desea ayudar a una comunidad para que mejore su salud, tiene que aprender a pensar como los miembros de esa comunidad"*.

Para conseguir una adecuada valoración anestésica del paciente inmigrante es aconsejable:

- Formación del anestesiólogo en competencia cultural
- Conseguir adecuada comunicación con el paciente
- Valorar al paciente dentro de un contexto social y cultural
- Eliminar prejuicios y generalizaciones que pueden distorsionar nuestro criterio profesional

Las entidades oficiales deberían proporcionar a los profesionales la posibilidad de formarse adecuadamente en el tema. El profesional sanitario debe aprender competencia cultural y no ver al paciente únicamente desde su punto de vista. Nuestra percepción de salud o enfermedad, influida por nuestros propios elementos culturales, no tiene motivo para ser mejor o superior a ninguna otra, sencillamente es diferente.

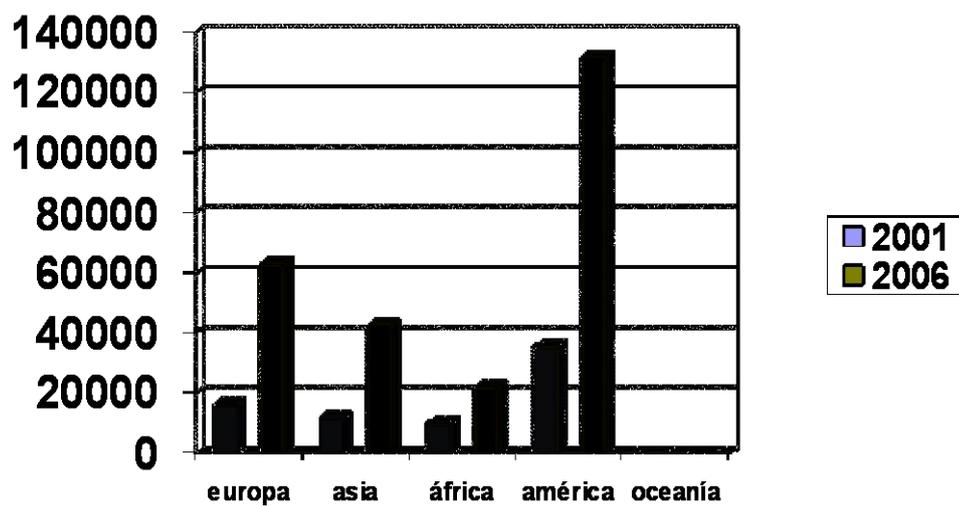
## Bibliografía

- 1.- Good B.J. La antropología médica y el problema de la creencia. En: Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2003 (1994). p 21-60
- 2.- Santamaría N, F et als Inmigrantes y atención sanitaria en España. (en línea) Disponible en:  
<[http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva//especifica/congr  
esoXV-18.html](http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva//especifica/congresoXV-18.html)
- 3.- Good B.J. Representaciones de la enfermedad en la antropología médica. En: En: Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2003 (1994). p 61-128
- 4.- Fuertes C, Martín Laso M.A. El inmigrante en la consulta de atención primaria (en línea) 2006 (029). Disponible en:  
<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple2a.html>
- 5.- Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain) *BMC Health Serv Res.* 2007 Jan 19: 7- 9.
- 6.- León Salas, Beatriz. La contribución demográfica de la inmigración: el caso de España. Política y cultura (en línea) 2005, (023). Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdf.jsp?iCve=26702308ISSN0188-7742>
- 7.- Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. Centro Nacional de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal. 2003; 11(5): 49-52

- 8.- Jansá J.M. Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones desde la salud pública. Rev Esp Salud Publica 1998; 72 (3):165-168.
- 9.- Fernández Sanfrancisco MT et als.. Prevalencia de infección tuberculosa en la población de inmigrantes en Ceuta, España. Rev Esp Salud Publica 2001; vol 75 ( 6 ) : 551-558
- 10.- Humphreys, M. The tuberculosis: the "consumption" and civilization. In Kiple, K. F Plague, pox and pestilence. Disease in history. Londres: Weidenfeld & Nicolson 1977. p 136
- 11.- Buj A. ¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000) Scripta Nova (en línea) 2001 N° 94 (95) Disponible en: [www.ub.es/geocrit/sn-94-95.htm](http://www.ub.es/geocrit/sn-94-95.htm).
- 12.- Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis. Med Clin (Barc) 2000; 114: 530-537
- 13.- Documentos Técnicos de Salud Pública nº 91. Inmigrantes, salud y servicios sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid 2005.
- 14.- Díaz de Quijano et als. Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por tuberculosis en la ciudad de Barcelona. Rev Esp Salud Publica 2001; 75:517-528

- 15.- Vázquez Villegas J et als. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Medicina de Familia* 2000; 1(2): 50-56
- 16.- Guerrero Espejo A, Colomina Rodriguez J. Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Rev Esp Salud Publica* 2004; 78 (5): 565-570
- 17.- Ekblad S, Kohn R, Jansson B. Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. En: *Clinical methods in transcultural psychiatry*. SO Okpaku. Washington: American Psychiatry Press, 1998.
- 18.- Vilarasau J, Escolano F. Guía práctica para la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio. *Secció d' Avaluació preoperatoria (SAP)*. 2005. Disponible en : <http://www.scartd.org>.
- 19.- Alcalde J, Ruiz P, Acosta F, Landa JI, Jaurrieta E. Proyecto para la elaboración de un protocolo de evaluación preoperatoria en cirugía programada. *Cir Esp* 2001; 69: 584 - 590
- 20.- Paul, Benjamin D. *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. Russell Sage Foundation, New York 1955

Figura 1. Datos del Departamento Municipal de Estadística de la ciudad de Barcelona



**Tabla 1 Evolución de los colectivos no comunitarios más numerosos empadronados en la ciudad de Barcelona**

| <b>País</b>     | <b>Año 2001</b>     | <b>Año 2006</b> |
|-----------------|---------------------|-----------------|
| Ecuador         | 8.204 (11,1%)       | 31.423 (12,1%)  |
| Bolivia         | 1.116 (1,5%) (2002) | 11.495 (5%)     |
| Perú            | 6.879 (9,3%)        | 16.115 (6,2%)   |
| Marruecos       | 7.165 (9,7%)        | 15.522 (6%)     |
| Pakistán        | 3.405 (4,6%)        | 14.251 (5,5%)   |
| Colombia        | 4.708 (6,4 %)       | 14.616 (5,6%)   |
| China           | 2.460 (3,3%)        | 11.632 (4,5%)   |
| Argentina       | 2.504 (3,4 %)       | 13.265 (5,1%)   |
| Brasil          | 1.880 (1,7%)        | 6.313 (2,4%)    |
| Rep. Dominicana | 4.136 (5,6%)        | 7.697 (3%)      |
| Filipinas       | 3.176 (4,3%)        | 6.660 (2,6%)    |

Datos del Instituto Municipal de Estadística de Barcelona

**Tabla 2. Colectivos no comunitarios más frecuentes que viven en BCN. Año 2006**

| <b>País</b>      | <b>Edad media</b> | <b>Hombres (%)</b> | <b>Mujeres (%)</b> |
|------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Ecuador          | 29                | 45,2               | 54,8               |
| Perú             | 34                | 44,8               | 55,2               |
| Marruecos        | 29                | 64,5               | 35,5               |
| Colombia         | 32                | 46                 | 54                 |
| Pakistán         | 31                | 88,9               | 11,1               |
| Argentina        | 33                | 51,8               | 48,2               |
| China            | 29                | 53,6               | 46,4               |
| Bolivia          | 29                | 39,2               | 60,8               |
| Repúb.Dominicana | 29                | 39,7               | 60,3               |
| Filipinas        | 32                | 45                 | 55                 |
| Brasil           | 30                | 43,2               | 56,8               |

Datos del Instituto Municipal de Estadística de Barcelona

