



CLÍNICA

¿QUÉ CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEMANDAN LOS INMIGRANTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA?

WHAT KIND OF NURSING CARE DO IMMIGRANTS GOING IN INTERNAL MEDICINE NEED?

*Campo Martínez, C., Etxabarri Etxarte, G., Viñuela Bravo, Y.

*Enfermeras. Hospital SANTIAGO APÓSTOL, Vitoria-Gasteiz. España.

Palabras clave: Inmigrante. Cuidados Enfermería. Necesidades de Salud. Zaineri.
.Key words: Immigrant. Nursing care. Healthcare needs. Zaineri.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los inmigrantes pueden caer en situación vulnerable y necesitan que sus derechos fundamentales, como la salud, sean garantizados por las sociedades receptoras.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer qué cuidados demanda la población inmigrante ingresada en Medicina Interna.
- 2.- Detectar posibles problemas de interrelación con el inmigrante

MATERIAL Y MÉTODO:

- . Estudio retrospectivo-descriptivo.
- . Período: año 2005
- . Muestra: Altas producidas en Medicina Interna.
- . Los datos se recogieron del programa informático Zaineri, procesados manualmente, expresados en porcentajes y números absolutos.

RESULTADOS:

- . 34 Personas estudiadas.
- . El 44,12 % precisó cuidados para la termorregulación.
- . El 41% precisó cuidados de observación del dolor.
- . El 20, 5% precisó cuidados para la necesidad de respiración.
- . El 20,5% precisó cuidados para la necesidad de eliminación.
- . El 11,7% presenta problemática social.
- . El 35,29% presenta problemas de comunicación por desconocimiento del idioma local.

CONCLUSIONES:

- 1.- El inmigrante acude al médico por motivos similares al resto de la población local, se adapta al contexto sanitario de manera fácil y cumple los protocolos sanitarios como cualquiera.
- 2.- No se ha percibido menor garantía en la administración de los cuidados, por los problemas de comunicación, porque el equipo sanitario se esfuerza en comprender las peculiaridades del paciente-inmigrante.
- 3.- Las enfermeras hemos detectado algunos problemas que no han sido reflejados en los planes de cuidados por carecer el programa Zaineri de opciones adecuadas para ello, sin que esto signifique que no se hayan cubierto dichas necesidades, por lo que proponemos áreas de mejora para dicho programa.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Immigrants can find themselves in a situation of vulnerability and there is a need for the societies receiving them to guarantee basic human rights as healthcare.

AIMS:

- 1.- To ascertain the immigrants care needs admitted into Internal Medicine.
- 2.- To detect possible problems in relationships with the immigrant.

MATERIAL AND METHODS.

- . We used a retrospective descriptive study.
- . Period: 2005 year
- . Sample: patients discharged from Internal Medicine.
- . The data were collected from the computer program Zaineri, manually processed, and expressed in percentages and absolute numbers.

RESULTS:

- . 34 persons were studied.
- . 44.12 % required care for problems in heat regulation.
- . 41% required observational care for pain.
- . 20.5% required care for respiratory needs.
- . 20.5% required care for the need to eliminate.
- . 11.7% had social problems.
- . 35.29% had problems in communicating caused by lack of knowledge of the local language.

CONCLUSIONS:

- 1.- The immigrant consults the doctor for similar reasons to those of the rest of the local population, adapts easily to the healthcare setting and abides by the healthcare protocols the same as anyone else.
- 2.- We did not find a lower guarantee of care administration due to problems in communication. The healthcare team makes an effort to understand the peculiarities of the immigrant patient.
- 3.- We, nurses, have detected some problems that are not reflected in the care plans because the Zaineri program lacks appropriate options to record them. This does not mean that the needs were not covered, and for this reason we suggest areas to improve the program.

INTRODUCCIÓN.

La inmigración constituye uno de los principales fenómenos sociales de nuestro tiempo. Hay pocos países que no se ven afectados por la migración internacional.

Los inmigrantes procedentes de países desarrollados constituyen lo que se conoce como inmigración *social* (se incluyen los refugiados políticos y las personas desplazadas y demandantes de asilo). Los procedentes de países de baja renta conforman la inmigración *económica*, que llegan buscando oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. (1)

Estas personas pueden caer en una situación vulnerable fácilmente; necesitan que sus derechos fundamentales, especialmente sus necesidades humanitarias como la salud, sean garantizados por las sociedades receptoras.

El crecimiento de las migraciones étnicas de países pobres a países ricos ha provocado desajustes en los dispositivos asistenciales causados por la presencia de barreras lingüísticas y por formas de interpretación culturalmente sesgadas de las enfermedades o de sus tratamientos. (5)

Uno de los debates principales en torno a cómo debe ser afrontado el aumento de la población inmigrante en las sociedades industrializadas es la del tipo de prestaciones sanitarias que debe merecer, dentro de lo que se supone que son mínimos de atención que todo ser humano debe ver satisfechos. (6).

Es necesario un análisis profundo de esta nueva situación y del impacto que ocasiona en el sistema sanitario, aunque sabemos que los inmigrantes suelen ser personas sanas (1)

Se puede decir, en general, que el perfil del inmigrante que viene a España responde al de una persona joven, con un nivel de salud de partida bueno. Las personas que afrontan el proceso de adaptación provocado por la migración tienen mayor riesgo de enfermar, que va aumentando cuanto más tiempo permanecen en el país anfitrión siendo factores determinantes las condiciones socioeconómicas en las que viven en nuestro país (precariedad económica y marginación social). Presentan un mayor número de accidentes laborales y trastornos de tipo psiquiátrico y psicosomático.

En los estudios realizados se constata que los inmigrantes enferman en los países de acogida a causa de las malas condiciones socio laborales (en su mayoría precarias). Las malas condiciones de trabajo explicarían la alta prevalencia de complicaciones y patologías osteomusculares. (7), y a la forma en que se ven forzados a vivir por no tener vivienda. Hay, además de la patología osteoarticular, patología gástrica por el cambio de dieta y por un factor psicosomático. (9)

El Sistema Nacional de Salud español definido en la Ley 14/1986 (Ley General de Sanidad), garantiza que la atención sanitaria sea universal y gratuita para todas las personas que residan en el territorio nacional. Para ello, la accesibilidad a los servicios sanitarios debe ser universal y en trato de equidad. (1)

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero de 2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, hace referencia expresa al derecho de los inmigrantes a la protección de la salud.

El único requisito para la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones con los españoles es encontrarse empadronado en el municipio de residencia. (2)

La legislación vigente permite a los inmigrantes acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles bajo el requisito del empadronamiento. Por tanto, la mayoría de ellos (inmigrantes no regularizados), puede acceder al sistema sanitario a través del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes. (1)

Los inmigrantes en situación legal en España suponen en la actualidad aproximadamente el 3% de la población. En el 2010 se estima que este porcentaje llegará a ser del 15% (2)

La población de nacionalidad extranjera empadronada, la residente en Vitoria-Gasteiz, representa el 88,5% de la población extranjera del conjunto de Álava.

En Marzo de 2004 había un total de 6605 personas de origen extranjero afiliadas a la Seguridad Social en Álava, representando el 4,5% del total de personas afiliadas a Seguridad Social en Álava, porcentaje superior al conjunto de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2,4%) y del resto de Territorios Históricos: 2,1% en Gipuzkoa y 1,9% en Bizkaia. (8)

No obstante, actualmente se detectan problemas de acceso al Sistema Nacional de Salud de los inmigrantes económicos.

En ocasiones, los requisitos administrativos que se exigen para poder recibir atención sanitaria son demasiado complejos para una población que muchas veces desconoce nuestra lengua y nuestros complicados circuitos burocráticos.

Es importante que entiendan la necesidad de realizar determinados trámites administrativos, resolviendo todas las dudas y alejando las sospechas que les puedan generar. (1)

El Parlamento español votó que todas las personas que viven en nuestro país tengan cartilla sanitaria, pero, en el momento de obtenerla, hay diferencias de unas autonomías a otras. En el País Vasco no hay problemas para la tramitación de esta tarjeta, ya que el Gobierno Vasco facilita su obtención. (1)

Según datos del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en Abril de 2004, 5591 adultos y 1313 niños de nacionalidad extranjera disponen de tarjeta sanitaria en la provincia de Álava. El resto de las personas extranjeras o bien no tienen cobertura sanitaria (o no han requerido atención de este tipo), o bien poseen algún tipo de seguro privado. (8)

En la mayoría de los casos se insinúa que los problemas asociados a la atención de usuarios de la sanidad pública que no son ciudadanos, son la consecuencia de su excepcionalidad cultural, es decir, de su pertenencia a universos identitarios cuyos rasgos son de algún modo un obstáculo para una atención sanitaria plenamente satisfactoria. (6).

Una enfermedad no constituye exclusivamente una entidad natural sino una realidad socio-histórica cuyo significado no puede ser entendido simplemente como un conjunto de síntomas definidos (Good 1977).

Cada cultura delimita o construye un conjunto peculiar de respuestas al proceso salud enfermedad que otorgan la condición de enfermo.

La sociedad evoluciona y con ella deben hacerlo los cuidados de enfermería. Por ello, la labor de los profesionales de enfermería debe ser sensible a la diversidad cultural de las poblaciones a las que presta sus servicios, y aplicar sus conocimientos científicos adaptados a esa pluralidad (12)

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer qué cuidados demanda la población inmigrante que ingresa en nuestra Unidad de Enfermería.
- 2.- Detectar posibles problemas en la interrelación con el inmigrante.

MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio descriptivo y retrospectivo.

Población estudiada: inmigrantes ingresados en la Unidad de Enfermería 5B del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz durante el año 2005.

Los datos, dado el tamaño de la muestra, se han procesado manualmente y son expresados en porcentajes y números absolutos.

Datos extraídos del programa informático Zaineri.

El programa “**Zaineri**” recoge bajo soporte informático todos los cuidados y actividades que la enfermería realiza en la práctica diaria.

Está basado en una sistematización de los cuidados, implicando un marco conceptual y una metodología concreta, que sirve para facilitar la labor asistencial que las enfermeras desarrollan diariamente.

Este programa informático de cuidados está apoyado en el modelo de Virginia Henderson como referencia de los cuidados relacionados con el área autónoma de Enfermería, basado en Necesidades Humanas, y en un modelo Biomédico basado en Sistemas/Aparatos, para reflejar los cuidados y actividades relacionados con el área interdependiente o de colaboración con los médicos, que conlleva principalmente las vigilancias y observaciones de las manifestaciones de determinados signos y síntomas.

RESULTADOS

- 1.- Se han estudiado 34 pacientes de los que 15 pertenecen al continente africano (12 varones y 3 mujeres), 2 al continente asiático (1 varón y 1 mujer), 9 personas que provienen de Europa (5 varones y 4 mujeres), 4 latinoamericanos (2varones y 2 mujeres) y 4 personas sin datos de su país de origen.
- 2.- El 44,12% ha precisado cuidados para la necesidad de termorregulación.
- 3.- El 41% ha precisado observación de dolor y valoración de analgesia pautada (dolor articular, abdominal y costal).
- 4.- El 20,5% ha precisado cuidados para la necesidad de respiración y oxigenoterapia.
- 5.- El 20,5% ha precisado cuidados para la necesidad de eliminación.

6.- El 11,7% ha precisado cuidados de vigilancia de hiper e hipoglucemia.

7.- El 11,7% ha precisado observación de la conducta (ideas autolíticas y desorientación y conducta irrespetuosa hacia el personal y el ámbito sanitario).

8.- Hay un 11,7 % con problemática social.

9.- Hay un 8,8% de alcohólicos y un 8,8 % de Ex ADVP.

10.- El 6% es VIH +

11.- El 3% ha referido sentirse triste

12.- El 50% ha precisado cuidados de vigilancia y prevención de flebitis por tratamiento con sueroterapia y medicación endovenosa.

13.- El 35,29% presenta problemas de comunicación por desconocimiento del idioma local.

14.- Un 3% presenta conducta irrespetuosa hacia el personal y ámbito sanitario.

15.- El 8,8% solicita Alta Voluntaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Los inmigrantes acuden al médico por motivos similares al resto de la población local.
- Se adaptan al contexto sanitario de manera relativamente fácil y rápida y cumplen los protocolos sanitarios como cualquiera.

Los estudios empíricos demuestran lo relativamente fácil y rápida que es la adaptación de los inmigrantes a los contextos en que se van viendo involucrados. (6).

- No se ha percibido menor garantía en la administración de los cuidados derivada del problema de la comunicación ya que, el equipo profesional, se esfuerza en comprender y en adaptarse a las peculiaridades del paciente-inmigrante.
- Los pacientes con VIH de nuestro estudio son portugueses, dato coincidente con lo expresado por la Dra. Estébanez: *“lo que más nos llama la atención es que el grupo de inmigrantes que más casos de VIH reporta es el de los portugueses”*(13).
- Esta misma doctora expone que la primera causa de enfermedades suelen ser las osteoarticulares (13); en nuestro estudio esta causa aparece en un 14,7% de los casos. En otros estudios publicados, esta causa es el motivo de consulta más frecuente.
- Es importante que, entre el equipo profesional que administra los cuidados y la persona que los recibe, exista un diálogo donde se establezcan esfuerzo para comprender y respeto mutuo para llevar a cabo el cuidado.
Cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo (12).

- Como área de mejora, desde la enfermería transcultural, proponemos plantear diagnósticos diferenciales que aparezcan relacionados directamente con el fenómeno migratorio, ya que éste produce desarraigo, diferencias culturales y religiosas, lingüísticas, de hábitos y costumbres. Estos diagnósticos podrían ser: Deterioro de la comunicación verbal, Deterioro de la interacción social, Alteración de los procesos familiares, Baja autoestima situacional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cañadas Millán JL, Coll Verd J, Díaz Olalla M, Hernández González E, Martínez Pastor A, Ochoa Prieto J, Solsona Díaz LL, Vázquez Villegas J. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Disponible en: www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum017.html
- 2.- Rivera Castiñeira B. Inmigración y Atención Sanitaria en España: Impacto sobre los Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas. Jornada Técnica AES, 2005. Universidad de A Coruña. Disponible en: www.Komplexblog.blogspot.com/2005/10/movilidad-humana.html
- 3.- Grupo trabajo sobre salud e inmigración. Resumen ejecutivo. Disponible en: www.ifrc-org/meetings/regional/europe/berlin02/mig_healthESsp.pdf
- 4.- Thomas V. La multiculturalidad, un nuevo reto para la atención primaria. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/N082002.HTM
- 5.- Comelles JM^a, Martínez A. Enfermedad, Cultura y Sociedad. Eudema Antropología Editores. 1993
- 6.- Anrubia E. (ed.) Cartografía cultural de la enfermedad. QUADERNA EDITORIAL, 2003
- 7.- La Parra D. La inmigración no supone una amenaza para la salud de los inmigrantes receptores. Disponible en: www.ua.es/es/servicios/comunicación/notas/03052901.html
- 8.- Excmo. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz Estudio-Diagnóstico para el conocimiento de la realidad inmigratoria en Vitoria-Gasteiz. 2005
- 9.- Cid G, Gómez ML, Porras T, Antón MJ, Vázquez MD, Buedo B. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo?. Revista enfermería comunitaria 2005
- 10.- Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta Sanitaria 2004;18(Supl.):207-13
- 11.- Bover A. Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras: globalización, promoción y acceso a la salud. Nure investigación, nº21, Marzo-Abril 06.
- 12.- González T, Martínez L, Luengo R. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1):155-61
- 13.- Estébanez P. Encuentros digitales.

Disponible en: www.el-mundo.es 2005/05/1557

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia