

RESUMEN

Introducción:

Para conocer el "estado de la ciencia" sobre la atención a la población inmigrante en los servicios de urgencias hospitalarios es necesario que los investigadores aborden una revisión exhaustiva con técnicas de Enfermería Basada en la Evidencia de la literatura disponible sobre salud de la población inmigrante en el ámbito del Estado español.

Objetivos:

- (1) Analizar críticamente, mediante técnicas de Enfermería Basada en la Evidencia, la literatura científica sobre interacción de la población inmigrante con nuestros servicios de urgencias hospitalarias.
- (2) Determinar las características socio-sanitarias de dicha atención sanitaria para establecer áreas de mejora de la calidad asistencial.

Metodología:

Revisión sistemática de la literatura científica con criterios de enfermería basada en la evidencia.

Resultados:

La mayoría de estudios seleccionados eran descriptivos (41; 80,3%). Únicamente 4 trabajos pudieron clasificarse de explicativos por el tratamiento de las variables de confusión en el diseño o el análisis. En relación al nivel de evidencia (excluidos los estudios cualitativos) fue predominantemente nivel III (opiniones basadas en estudios descriptivos) con el que se clasificaron 45 (95,7%) y sólo los dos restantes alcanzaron un mejor nivel de evidencia científica II-3. Dadas las características epidemiológicas del objeto de estudio se consideró que el estudio de cohortes II-2 y II-3 era el mejor diseño no experimental disponible en este tipo de investigaciones ya que lamentablemente ningún trabajo estaba diseñado con nivel de evidencia I.

Conclusiones:

Los resultados de la investigación en este campo no son concluyentes debido a que mayoritariamente se han obtenido de forma retrospectiva con inadecuada identificación y selección de la población inmigrante, presentan problemas con las fuentes de información o bien carecen de validación rigurosa de los instrumentos empleados.

Palabras clave (términos Mesh): Inmigración, servicios de urgencias, revisiones sistemáticas, enfermería basada en la evidencia.

INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social garantiza la atención sanitaria en los servicios de urgencias para cualquier ciudadano extranjero con independencia de su situación administrativa en nuestro país.

Este marco legal establece una visión humanitaria muy loable de nuestro sistema sanitario pero conlleva que, teóricamente, la población potencial que debería atenderse en estos servicios podría alcanzar los 6.000 millones ya que toda la población mundial adquiere derecho para su asistencia urgente.

Este hecho, entre otros, justifica el que los Servicios de Urgencias sean la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario de la población inmigrante. Esta realidad se observa en la mayoría de estudios como el de Cots et al¹, que en un trabajo descriptivo y transversal sobre la utilización de servicios sanitarios de inmigrantes y autóctonos encontró que los inmigrantes de países de renta baja (renta per cápita inferior a 746 dólares) representaban el 13,3% de las admisiones en estos servicios.

Para conocer el "estado de la ciencia" sobre este tema es necesario que los investigadores aborden una revisión exhaustiva con técnicas de Enfermería Basada en la Evidencia de la literatura disponible sobre salud de la población inmigrante en el ámbito del Estado español.

El número de estudios, realizados en nuestro país, dirigidos a analizar la atención sanitaria de estos colectivos ha aumentado progresivamente, especialmente en los últimos cinco años. Mientras que entre 1993 y 1999 sólo se publicaron 14 trabajos², entre 1999 y 2004 la cifra se multiplicó por catorce alcanzando los 162 estudios publicados.

Sin embargo, sigue siendo necesario el análisis crítico de estas publicaciones para detectar posibles limitaciones metodológicas, tanto problemas de diseño como insuficiente tamaño muestral, que limiten la validez de los resultados necesarios para conocer la situación actual del problema en nuestro país.

OBJETIVOS

- Analizar críticamente, mediante técnicas de enfermería basada en la evidencia, la literatura científica sobre interacción de la población inmigrante con nuestros servicios de urgencias hospitalarias.

- Determinar las características sanitarias de dicha atención para establecer áreas de mejora de la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura con criterios de Enfermería Basada en la Evidencia basada en la búsqueda y evaluación crítica de todos los estudios primarios que dan respuesta a una misma pregunta.

Los criterios de praxis incluyeron:

- a. Objetivos claros y establecidos, o sea que la pregunta clínica que se desea responder esté claramente especificada en cuanto a población de interés, intervención o exposición que se desea evaluar, y resultados que se desean medir.
- b. Estrategia de búsqueda de la evidencia documentada y comprensible, para lo cual se especificaron los criterios de selección de las investigaciones que se incluirán en la revisión, en cuanto al tipo de pacientes (población), tipo de intervención, resultados a medir, y al tipo de diseño metodológico de las investigaciones que se incluirán.
- c. Evidencia obtenida sujeta a una evaluación de calidad mediante un sistema explícito, en cuanto a su diseño, implementación y análisis para determinar si sus resultados son suficientemente confiables.
- d. Evaluación de calidad de los estudios realizada por más de una persona utilizando criterios preestablecidos, realizada en forma independiente y en lo posible con el desconocimiento de los nombres de los autores y las revistas, los países de procedencia y los resultados, ya que estos datos podrían influir en la evaluación de calidad de los estudios e introducir sesgos.
- e. La forma de combinar la evidencia de los estudios individuales claramente especificada mediante un test de homogeneidad que descarte la probabilidad de que las diferencias entre los resultados se deban al azar.

Atendiendo a estos preceptos, la búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline, Embase, Pascal, Índice Médico Español, BDIE-enfermería, Cuiden, Cuidatge, CSICCiencias Humanas y Sociales. Esta búsqueda se complementó con los catálogos bibliográficos de la US National Library of Medicine y el Catálogo español del ISBN. Se utilizaron tres categorías de descriptores relativos a inmigración, salud, utilización de servicios sanitarios y localización en instituciones del Estado español.

Las ecuaciones de búsqueda se confeccionaron mediante los tres tipos de descriptores, adaptados al thesaurus e idioma de la base de datos, unidos por el operador booleano AND. Se restringió la búsqueda a ensayos clínicos realizados en humanos, publicados en inglés, francés, castellano o catalán en fecha posterior a diciembre de 1999.

Se excluyeron los estudios de población inmigrante de países desarrollados (rentas medias y altas).

Los estudios filtrados mediante la tabla de lectura crítica de Sackett³ que superaron el análisis fueron transcritos a una tabla de síntesis de la evidencia que incluyó como variables principales autor, año de publicación del estudio, tipo estudio, población y pérdidas en el seguimiento, resultados: (variable/s principal/es y variables/s secundaria/s), magnitud efecto (valores de las de la/s variable/s principal/es y las variables/s secundaria/s mediante los estimadores más relevantes para caracterizar los grupos –odds ratio, intervalos de confianza, media y desviación estándar- así como el nivel significación estadística inferencial en la comparación) y nivel evidencia según la escala de la US Preventive Task Force⁴:

I=Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada.

II-1=Evidencia obtenida a partir de meta-análisis, revisiones sistemáticas o ensayos controlados no aleatorizados y bien diseñados.

II-2=Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.

II-3= Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención 3.

III=Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos sin base experimental).

Una vez los datos fueron transferidos a una tabla de síntesis de la evidencia se sometieron a un test de homogeneidad para garantizar la relevancia de los resultados.

RESULTADOS

Se identificaron 162 resúmenes de documentos con los criterios citados. Dos revisores expertos en lectura crítica de la literatura científica revisaron de forma independiente (peer review) los estudios descartando los trabajos con nivel de evidencia III que no aportaban datos experimentales así como los que no representaban una contribución de interés sobre temas de salud o uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante.

Se seleccionaron 51 publicaciones que superaron los filtros metodológicos citados. La temática más frecuente fue la relativa a salud y morbimortalidad (33 estudios; 64,8%) seguida de la utilización de servicios sanitarios (9 estudios; 17,7%) y de las condiciones socioeconómicas de la población inmigrante (6; 11,7%). Sorprendentemente sólo 3 trabajos (5,8%) hacían referencia a la interacción entre el personal sanitario y el paciente inmigrante.

La mayoría de estudios seleccionados eran descriptivos (41; 80,3%) ya que presentaban descripción de las frecuencias sin relación de asociación entre las diferentes variables. Únicamente 4 trabajos pudieron clasificarse de explicativos por el tratamiento de las variables de confusión en el diseño o el análisis. Las investigaciones publicadas incluían mayoritariamente metodología cuantitativa (47; 82,1%) y sólo cuatro utilizaron métodos cualitativos.

En relación al nivel de evidencia (excluidos los estudios cualitativos) fue predominantemente nivel III (opiniones basadas en estudios descriptivos) con el que se clasificaron 45 (95,7%) y sólo los dos restantes alcanzaron un mejor nivel de evidencia científica II-3. Dadas las características epidemiológicas del objeto de estudio se consideró que el estudio de cohortes II-2 y II-3 era el mejor diseño no experimental disponible en este tipo de investigaciones ya que lamentablemente ningún trabajo estaba diseñado con nivel de evidencia I.

Las principales limitaciones de estos trabajos fueron de tres tipos:

1- Problemas en la identificación y selección de la población inmigrante que constituye la muestra. Este hecho introduce sesgos de selección como el observado en el estudio de Cañabate⁵ sobre la frecuentación en consultas y urgencias que incluye turistas e inmigrantes de países desarrollados. Además muchos de los trabajos presenta otros sesgos de selección como el descartar individuos que no entienden el castellano (sin apoyarse en mediadores y/o

traductores culturales)⁶ y carecer de predeterminación rigurosa del tamaño muestral y de aleatorización con estratificación según la prevalencia de los diferentes colectivos de inmigrantes⁷.

2- Problemas con el diseño de la investigación y las fuentes de información especialmente en los estudios retrospectivos basados en el análisis de historias clínicas en el que la captura de datos tiene una sensibilidad limitada para identificar la nacionalidad especialmente en los inmigrantes iberoamericanos ⁸ . Este problema dificulta conocer las auténticas tasas de prevalencia de los problemas de salud y la frecuentación de los dispositivos sanitarios.

3- Falta de validación de los instrumentos. El 45% de los estudios cuantitativos utiliza encuestas o cuestionarios de diseño propio. En ningún trabajo los autores demostraron concluyentemente que las herramientas utilizadas habían sido validadas adecuadamente. Este es un hallazgo concordante con revisiones previas² que demuestran que en la mayoría de investigaciones los instrumentos no habían sido sometidos a estudios piloto ni a técnicas tipo Delphi o alfa de Chronbach que demostrasen la solidez de constructo y validez interna y sólo ocasionalmente se habían empleado métodos de test-retest para confirmar su estabilidad temporal.

DISCUSIÓN

A pesar de estas limitaciones la información disponible, respecto al estado del conocimiento del problema, puede sintetizarse en los siguientes puntos:

1- El crecimiento de la población inmigrante (de 200.000 personas a principios de los años 90 a más de 1.600.000 en 2003) plantea un reto ineludible para nuestro Sistema Nacional de Salud⁹.

2- Por las razones citadas los servicios de urgencias representan una de las principales puertas de entrada de los inmigrantes de países de renta baja a nuestro sistema sanitario representado una séptima parte de su actividad asistencial.

3- El principal problema consiste en diseñar intervenciones frente a estos colectivos vulnerables, que teniendo en cuenta sus características diferenciales (lengua, cultura, religión, interpretación de salud y 4 enfermedad) permitan adaptar los dispositivos sanitarios para mejorar la calidad de la atención sanitaria ofertada.

4- Los resultados de la investigación en este campo no suelen ser concluyentes debido a que mayoritariamente se han obtenido de forma retrospectiva con inadecuada identificación y selección de la población inmigrante, presentan problemas con las fuentes de información o bien carecen de validación rigurosa de los instrumentos empleados. A estas limitaciones se añade el que sólo abordan en menos del 6% de los estudios uno de los elementos clave de la calidad percibida: la interacción entre profesionales sanitarios y pacientes inmigrantes.

5- Existe suficiente evidencia científica para caracterizar, sin hallazgos totalmente concluyentes, algunos de los rasgos diferenciales que podrían tener estos pacientes como²:

- a. Una edad media más joven y motivos de consulta prevalentes propios de este segmento de edad como la atención gineco-obstétrica en mujeres y la patología digestiva en hombres¹⁰.
- b. Su precariedad laboral que podría influir en su salud.
- c. Una prevalencia probablemente más alta de mala salud autopercebida y mayor incidencia de somatizaciones y menor de psicopatías crónicas¹¹
- d. Una supervivencia menor en enfermedades como la infección por HIV¹².
- e. Un probable peor seguimiento de las pautas preventivas y terapéutica¹³.

CONCLUSIONES

1. Quedan interrogantes originados por la escasez de información relevante sobre aspectos clave para garantizar la equidad, en relación a los pacientes autóctonos, en la provisión de atención sanitaria a los inmigrantes. En este sentido, conocemos parcialmente el estado de salud de estos colectivos pero desconocemos el impacto de otros factores como los socioeconómicos, los clínicoasistenciales o el papel de las intervenciones preventivas que influyen tanto en la accesibilidad como en la utilización o en la percepción de calidad de la atención sanitaria.

2. En un campo donde la investigación clínica plantea muchas preguntas y ofrece pocas respuestas, existen cuestiones que deben resolverse prioritariamente. Entre ellas destacan las centradas en el elemento clave de la atención: la interacción profesionales-pacientes inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1 Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante. Gac Sanit 2002; 16(5): 376-384. Nivel de evidencia científica II-3

2 S, Elorza-Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004. Nivel de evidencia científica I

3 Sackett DL. Evidence-based Medicine: How to practice and teach BM. 2da ed. New York: Churchill Livingstone. 2000; 1-252.

4 U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2d ed. Washington, D.C., Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996: 209-18.

5 Cañabate J. Los efectos de la inmigración en el campo de la salud en la Región de Murcia. An Hist Contemporánea 2002; 18: 175-190. Nivel de evidencia científica III

6 Belza MJ, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. AIDS Care 2001; 13: 677-82. Nivel de evidencia científica III.

7 Peña MM. Motivos de Consulta y características demográficas de la comunidad de Inmigrantes indocumentados en el Distrito de Usera-Villaverde (Madrid). Aten Primaria 2001; 27: 25-28. Nivel de evidencia científica III 5

8 Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de capturarecaptura. Aten primaria 2002; 29: 463-468

9 Rodríguez G. Informe sobre la situación de los inmigrantes en España. Naciones Unidas.UNE. Nueva York. 2003. [documento electrónico]. Disponible en: <http://www.december18.net / UNConvention010703 StatementSR.pdf>. Consultado el 2-6-4

10 Sanz B, Torres A, 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; 26:314-8

11 Pertíñez J, Viladrás L, Clusa T, Menacho I, Nadal S, Muns M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Aten Primaria 2002; 29: 6-13. Nivel de evidencia científica II-3

12 Vall-Mayans M, Arellano E, Armengol P, Escriba JM, Loureiro E, Saladie P, Sanz B, Saravanya M, Vall M, Villena MJ. Infección por VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente en pacientes Inmigrantes en Barcelona. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002; 20: 154-156. Nivel de evidencia científica II-3

13 Ramos M, García R, Prieto M.A., March J.C. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanitaria 2001; 15 (4): 320-326. Nivel de evidencia científica III