

ORIGINALES

Protegido: Intervención para la prevención del riesgo cardiovascular en población en riesgo de exclusión social

Ana Isabel Liébana Morán. Enfermera Familiar y Comunitaria. CS Trabajo- Valverde. León

Miriam Asensio de Caso. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Huerta del Rey. Valladolid

Mariana Eugenia Poza Poza. Enfermera Familiar y Comunitaria. CS Huerta del Rey. Valladolid

Manuel Ángel Martínez Argüelles. Profesor titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León

Para contactar:

Ana Isabel Liébana: aliebanam@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: la situación económica que atraviesa el país ha generado una disminución de los ingresos de los hogares, y se ha comprobado que estos problemas tienen un impacto negativo en la salud

Objetivos:

- Acercar a los estudiantes de enfermería a personas con riesgo de exclusión social.
- Identificar los factores de riesgo cardiovascular presentes en personas con riesgo de exclusión social

Metodología: se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Se calcularon frecuencias para el análisis de los datos. Se realizaron 30 sesiones en la sede de una ONG, donde los estudiantes de enfermería, como agentes de salud, realizaron un cuestionario sociodemográfico y de hábitos, se midió peso, talla y tensión arterial. Se procedió a dar consejo breve de salud.

Resultados: participaron 198 personas de diferentes nacionalidades con una media de edad de 44 años. El 75% estaba en situación de desempleo, y un 30% no percibía ningún tipo de ingreso.

En cuanto a las variables estudiadas, se encontraron cifras dentro de la normalidad, salvo la presencia de sobrepeso. Se detectó una falta de adherencia en un 20% de los encuestados, siendo el motivo más frecuente de incumplimiento la falta de recursos para poder adquirir la medicación.

Conclusiones: es importante acercar los agentes de salud a la población para crear una relación terapéutica que no siempre se consigue desde las consultas. Así mismo, se debe tener en cuenta la esfera social para ofrecer unos cuidados de calidad, implicando en los mismos a los estudiantes de pregrado.

Palabras clave: factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, vulnerabilidad social.

INTERVENTION TO PREVENT CARDIOVASCULAR RISK AMONG THE POPULATION AT RISK OF SOCIAL EXCLUSION

Abstract

Introduction: The current economic situation of the country has led to a drop in the income of the population, which has a negative impact on their health.

Objective: To build a relationship between nursing students and people at risk of social exclusion, and to identify cardiovascular disease risk factors among people at risk of social exclusion.

Methodology: A prospective, descriptive and cross-cutting study was designed and frequency data analysed. Nursing students working as healthcare professionals performed a socio-demographic survey during 30 sessions at the head office of an NGO, taking into consideration habits, weight, height and blood pressure. General advice on health was also given.

Results: 198 people of different nationalities participated in the study, with an average age of 44. 75% of the participants were unemployed and 30% of them did not receive any income. The results obtained were within a normal range apart from some cases of obesity. 20% of the group failed to comply with treatment and this was mainly due to the fact that they were on a low income, which made them unable to afford the prescribed medication.

Conclusions: It is important to develop a good professional relationship between patients and healthcare professionals that is not always possible at the surgery. The patients' social background must be taken into account so that high-quality nursing care can be delivered involving the students in the process.

Key words: risk factors, cardiovascular diseases, social vulnerability

INTRODUCCIÓN

El impacto de los movimientos migratorios, fruto de las desigualdades que genera la globalización, ha dibujado un paisaje multicultural en las principales ciudades de los países desarrollados. Así mismo, la situación económica que atraviesa el país ha generado una disminución de los ingresos de los hogares, existiendo evidencia de que estos problemas tienen un impacto negativo en la salud, en especial en la salud mental, pero también en las dificultades económicas para satisfacer otras necesidades básicas^{1,2}. Revisando la literatura, hemos encontrado estudios que relacionan las desigualdades sociales en la población inmigrante con la salud³, siendo más escasos los estudios en población autóctona en riesgo de exclusión^{4,5}. Esto se debe a la mayor exposición a peores determinantes sociales que influyen en el acceso sanitario, así como a las precarias condiciones de vida y de trabajo, que generan con frecuencia un acceso desigual a los servicios de salud⁶.

La incidencia de hipertensión arterial (HTA) en la población adulta es muy elevada, ya que en nuestro medio afecta a más del 20% de la población, lo que la convierte en uno de los principales factores de riesgo cardiovascular establecidos en los estudios realizados en España, según los metanálisis^{7,8}. Así mismo, un alto porcentaje de personas no diagnosticadas presentan cifras de HTA y el 44,1% están en estadio prehipertensivo⁹, lo que supone un coste sobreañadido a los sistemas de salud, que incluso llega a doblar que se produciría por paciente hipertenso diagnosticado¹⁰.

En estudios multicéntricos se ha observado que un alto porcentaje de inmigrantes presentan criterios compatibles con hipertensión¹¹, debido, principalmente, a hábitos de vida concretos como el tabaquismo o el sobrepeso^{12,13}.

El personal sanitario debe sensibilizarse ante esta nueva realidad. Es necesario realizar una valoración social para detectar situaciones de vulnerabilidad y poder actuar sobre ellas. Así mismo, hay que fomentar las actividades comunitarias para acercar a los estudiantes de enfermería a las zonas más desfavorecidas e implicar a los futuros profesionales sanitarios en esta realidad.

Por todo ello, de la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y la ONG Cáritas de León nace un programa de prevención del riesgo cardiovascular en el que los estudiantes de enfermería ofrecen consejo breve a los usuarios.

OBJETIVOS

- Acercar a estudiantes de enfermería a personas con riesgo de exclusión social.
- Identificar los factores de riesgo cardiovascular (HTA, sobrepeso, tabaquismo) presentes en personas con riesgo de exclusión social.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, y se solicitó su evaluación al Comité Ético de Investigación Clínica, que lo aprobó.

Entre la población de estudio se encontraban todas las personas mayores de 18 años en riesgo de exclusión social que acudían a Cáritas de León.

Tomando como referencia la Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la Mejora del Crecimiento y del Empleo¹⁴, que establece que la situación de exclusión social se acreditará por la pertenencia a alguno de los colectivos que mencionamos a continuación:

- a. Perceptores de rentas mínimas de inserción o cualquier otra prestación de igual o similar naturaleza, según la denominación adoptada en cada comunidad autónoma.
- b. Personas que no puedan acceder a las prestaciones a las que se hace referencia en el párrafo anterior por alguna de las siguientes causas:
 - Falta de período exigido de residencia o empadronamiento o para la constitución de la unidad perceptora.
 - Haber agotado el período máximo de percepción legalmente establecido.
- c. Jóvenes mayores de 18 años y menores de 30, procedentes de instituciones de protección de menores.
- d. Personas con problemas de drogadicción o alcoholismo que se encuentren en procesos de rehabilitación o reinserción social.
- e. Internos de centros penitenciarios cuya situación penitenciaria les permita acceder a un empleo, así como liberados condicionales y exreclusos.

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para ello, se ofertó la posibilidad de participar en el estudio a cada uno de los usuarios mayores de 18 años que cumplieran los criterios mencionados y que acudían a la mencionada ONG, hasta alcanzar una muestra de 200 personas. Se excluyeron las personas menores de 18 años, aquellas que rechazaron participar y también a aquellos que se encontraban institucionalizados.

De las 200 personas captadas para el estudio, 198 finalizaron el mismo y dos lo abandonaron al inicio.

La intervención se realizó en las instalaciones de Cáritas de León. Los estudiantes de grado de enfermería participaban en la intervención dentro de las prácticas de la asignatura optativa Proyectos de Cooperación Sanitaria y Ayuda Humanitaria, establecida en el plan docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de

Figura 1. Algoritmo de abordaje de consejo breve

León.

Se programaron 30 sesiones de 4 horas de duración cada una, en las que se establecieron mesas divulgativas en las instalaciones de la ONG, compuestas por cuatro estudiantes y un enfermero titulado. En estas mesas se procedía a contestar a las preguntas en el ámbito de la salud que tenían los usuarios que se acercaban voluntariamente y se les daba un consejo breve de salud siguiendo el algoritmo de la figura 1. Para preservar la intimidad, el usuario y el estudiante se dirigían a otra mesa apartada. Tras una evaluación inicial, se proporcionó a cada participante asesoramiento breve relacionado con sus necesidades según lo indicado en la tabla 1, de máximo 10 minutos de duración, facilitando el diálogo, informando de las consecuencias de los hábitos no saludables y reforzando los estilos de vida más adecuados. Se realizó una evaluación indagando el nivel de satisfacción del participante, preguntando el grado de satisfacción con la actividad en una escala numérica, donde uno era poco satisfecho y cinco muy satisfecho. Así mismo, se solicitó a los estudiantes de enfermería que hicieran una valoración de la experiencia vivida.

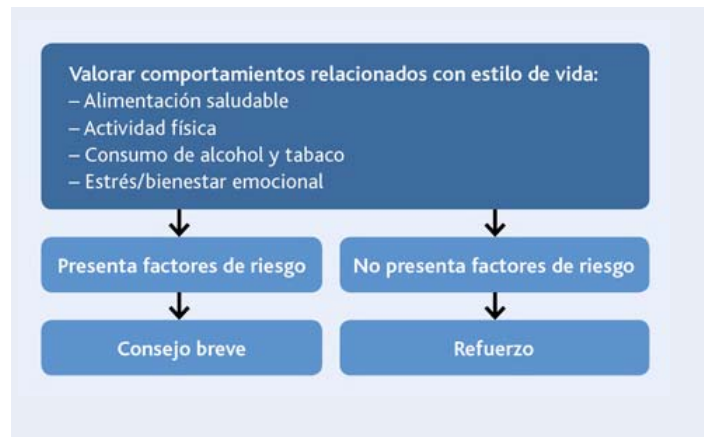


Tabla 1. Consejos breves de salud realizados

Alimentación saludable
<ul style="list-style-type: none">• Lograr un equilibrio energético y un peso normal• Limitar la ingesta energética procedente de las grasas• Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos• Limitar la ingesta de azúcares libres• Limitar la ingesta de sal
Actividad física
<ul style="list-style-type: none">• Fomentar el transporte activo• Aumentar las actividades al aire libre• Reducir períodos de sedentarismo prolongado• Facilitar ejercicios de equilibrio
Alcohol y tabaco
<ul style="list-style-type: none">• Evitar consumo
Manejo del estrés
<ul style="list-style-type: none">• Técnicas de afrontamiento• Técnicas de relajación

Con todo ello se pretendía que las personas participantes reflexionasen sobre cómo afectan las conductas sobre la salud cardiovascular, estableciendo una relación en la que se aportara otra visión de los problemas de salud existentes en el colectivo. Así mismo, se ofrecía a los estudiantes un nuevo marco de actuación, siendo parte activa en la dinamización de acciones de promoción de la salud en la comunidad, participando como nexo de unión con el sistema sanitario.

La variable dependiente del estudio fue el riesgo cardiovascular. Dentro de las variables independientes se encontraban variables demográficas, situación económica y estilos de vida.

Una vez que cada sujeto aceptó participar en el estudio, previamente explicados los objetivos del mismo, se llevó a cabo la entrevista, iniciada con la firma del consentimiento informado. En el momento de la captación se les informó de que los datos obtenidos serían tratados en todo momento con las máximas garantías de confidencialidad, conforme a la legislación vigente, y que no se incluiría ningún dato que permitiera identificar al participante, siendo estos solo accesibles al equipo investigador.

A continuación, se cumplimentó un cuestionario con datos sociodemográficos (nacionalidad, sexo, edad, ocupación, ingresos económicos, convivencia, vivienda) y se registraron los tratamientos farmacológicos crónicos prescritos (dosis, pauta, número y tipo), así como la adherencia terapéutica, mediante el Test Haynes-Sackett. Y, por último, se plantearon preguntas sobre hábitos alimentarios y de ejercicio físico, así como sobre consumo de alcohol y tabaco.

Tras la encuesta, se realizó un estudio antropométrico en el que se tomaron medidas como peso y altura, calculando el índice de masa corporal (IMC), y se realizaron dos tomas de tensión arterial a todos los sujetos, con un intervalo de 5 minutos entre ellas, en posición de sedestación, con un esfigmomanómetro anerode, tras 10 minutos de reposo. De no estar diagnosticado previamente, se consideró que la persona era hipertensa cuando se hallaron cifras de tensión arterial > 140/90 mmHg.

Se realizó un cálculo de frecuencias mediante tablas de contingencia. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete SSPS para Windows.

RESULTADOS

Participaron 198 personas de diferentes nacionalidades con una media de edad de 44 años, siendo mayoritaria la participación del grupo con edades comprendidas entre los 40 y 50 años. El 56,57% de los encuestados fueron mujeres y el 43,43% hombres.

En cuanto a la procedencia, el 31,80% eran españoles, el 27,30% procedía de África, principalmente de Marruecos, y el 26,8% de Latinoamérica, siendo el resto de orígenes menos representativos, como se muestra en la figura 2.

El 75,25% estaba en situación de desempleo, de los cuales un 30,30% no percibía ningún tipo de ingreso y un 51,52% cobraba una ayuda inferior al salario mínimo interprofesional. El 9,09% eran pensionistas y un 15,66% tenían empleo.

Se detectó que un 36,87% de los entrevistados fumaba, siendo la distribución del hábito tabáquico como se muestra en la figura 3. En cuanto al IMC, un 33,33% presentaba sobrepeso y un 26,27% algún grado de obesidad, mientras que un 1,52% se encontraba en situación de bajo peso.

Figura 2. Origen de los participantes en el estudio

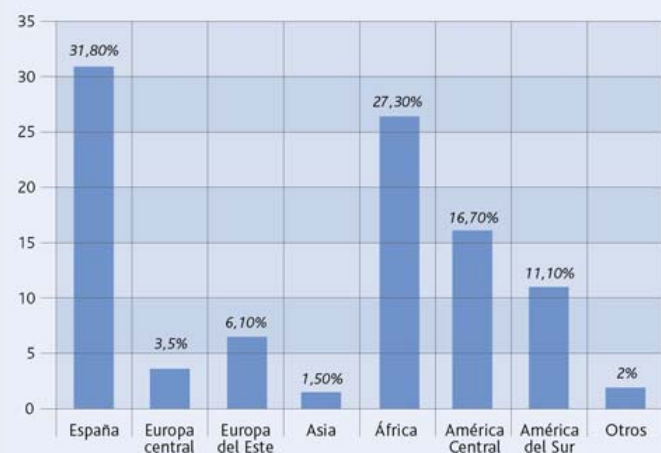
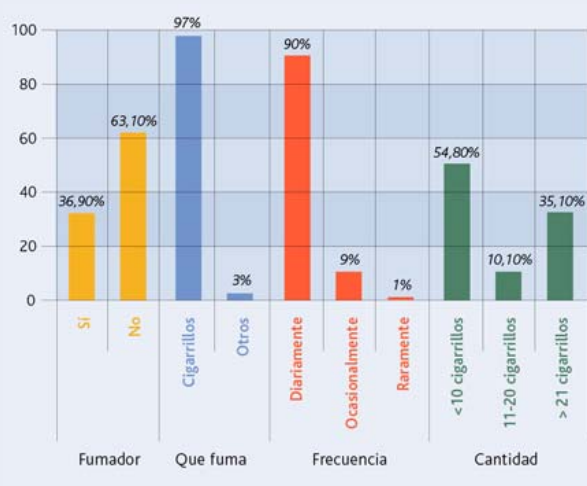


Figura 3. Distribución del hábito tabáquico



Teniendo en cuenta las cifras de tensión arterial, se observó que el 17,68% presentaba cifras de tensión arterial sistólica > 140 mmHg, y el 2,02%, cifras de tensión arterial diastólica > 90 mmHg, encontrándose cifras más elevadas en hombres que en mujeres.

Cuando se les preguntó si tenían dificultades para tomar la medicación prescrita, un 79,41% no presentaban problemas en el cumplimiento del tratamiento prescrito. Los motivos principales de incumplimiento fueron carecer de poder adquisitivo para comprar los medicamentos (66,67%), olvidos (23,81%) y la creencia de no tener la necesidad de medicación (9,52%).

DISCUSIÓN

Tanto para los estudiantes de enfermería como para los usuarios de la ONG, las sesiones fueron muy satisfactorias. Los estudiantes manifestaban que para ellos era una novedad salir de los centros sanitarios para relacionarse con la comunidad en su ámbito y que entrar en contacto con la parte más vulnerable de la sociedad les había abierto a otra de las dimensiones de la salud casi siempre olvidada: la social. Ver en primera persona cómo la situación de los usuarios podía influir en su salud les hacía olvidar los modelos clásicos basados en la biología y vivenciar el modelo holístico, teniendo en cuenta los determinantes sociales propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que conocían en la teoría, pero que pocas veces habían visto en la práctica. Todos los participantes evaluaron la experiencia como muy positiva, tanto a nivel personal como profesional. Los usuarios mostraron su apoyo a la iniciativa, ya que se sentían escuchados sin sentirse juzgados y porque dijeron estar menos intimidados que en la consulta.

Comparando los resultados obtenidos en el estudio con los observados en la encuesta de población activa de Castilla y León¹⁵, se puede concluir que el porcentaje de desempleo entre nuestros participantes es notablemente superior, 72,25%, frente al 20,28% de la población de la comunidad, dato muy similar al nacional (23,70%). Esta diferencia podría explicarse por el hecho de que las personas que acuden a la institución están en una situación de vulnerabilidad avanzada, correspondiéndose con el porcentaje de población excluida relacionada con el empleo (77,1%), según el *Informe sobre exclusión y desarrollo social en Castilla y León*¹⁶.

Cabe señalar también que más de la mitad de la población estudiada percibía ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional, y un porcentaje también notorio, ningún tipo de ingreso. Datos que hemos de relacionar con la dificultad para adquirir los medicamentos prescritos de este grupo estudiado y, por tanto, con la falta de adherencia terapéutica.

En cuanto a la variable de la tensión arterial, se encontraron cifras compatibles con HTA en un porcentaje < 38,7%, cifra detectada en el *Estudio del riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León*¹⁷. Estas cifras difieren, así mismo, de las mostradas en el estudio INTEGRA¹¹, en el que el 31,4% de los participantes, población inmigrante, cumple criterios de HTA. Esta diferencia podría deberse a las diferencias socioculturales y de hábitos higiénico-dietéticos entre etnias, las cuales tienden a agruparse por zonas.

El factor de riesgo cardiovascular predominante detectado fue el sobrepeso, presentando cifras similares a la población general^{18,19}. Estaría relacionado con el sedentarismo y con una dieta poco equilibrada²⁰. Manifestaban tener dificultades para adquirir productos frescos y basaban su alimentación en productos no pereceros, muchas veces adquiridos mediante el banco de alimentos. Es importante conocer las particularidades en el acceso a los recursos de la población en riesgo de exclusión social para establecer las intervenciones más oportunas²¹, como enseñar cómo combinar los alimentos disponibles

para que tener una dieta lo más equilibrada posible.

Las cifras de tabaquismo no difieren de las que aparecen en el *Informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías* (OEDT)²², donde se muestra que el 31% de la población de 15-64 años ha consumido tabaco diariamente en el último mes.

Con los datos observados en el estudio, no se puede concluir que haya diferencia entre el riesgo cardiovascular en personas en riesgo de exclusión social y la población general, por lo que serían necesarios nuevos estudios más amplios.

En cuanto a la adherencia terapéutica, llama la atención que el motivo más frecuente de no cumplimiento sea la dificultad en el acceso a la medicación. Al preguntarles si su equipo de Atención Primaria (EAP) era conocedor de tal situación, la respuesta mayoritaria era negativa. Sentían vergüenza de comentar su situación con los profesionales de su EAP. Como profesionales de la salud, debemos tener en cuenta la esfera social y detectar los posibles problemas que conlleve. Así mismo, es necesario crear una relación terapéutica para que los usuarios puedan plantear sin miedo todas las cuestiones relacionadas con su salud. Muchas veces esta relación se ve reforzada cuando las intervenciones salen de nuestro ámbito habitual, la consulta, y se realizan en la comunidad.

Por otro lado, el personal sanitario ha de concienciarse de que los factores sociales influyen sobre la salud de las personas. Esta visión ha de iniciarse desde la formación pregrado, ya sea de manera transversal o de forma específica dentro del currículo, implicando a los estudiantes en la atención comunitaria.

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a los alumnos de Grado de Enfermería de la Universidad de León y a los voluntarios y técnicos de Cáritas de León por su colaboración en la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Novoa AM, Bosch J, Díaz F, Malmusia D, Darnell M. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda, Informe SESPAS, Gac Sanit. 2014;28(1):44-50.
2. Márquez S, Villejas R, Gosalves V, Martínez F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(1):116-23.
3. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión de la literatura. Rev Esp Salud Pública. 2014;88(6):687-701.
4. Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet. 2005;365(9464):1099-104.
5. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? PLoS Med. 2010;7(8). e1000320.
6. SESPAS. El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2014.
7. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clín. 2005;124(16):606-12.
8. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo MJ, Artigao LM, Banegas JR, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. Rev Esp Cardiología. 2008;61(10):1030-40.
9. De la Sierra A, González-Segura D. Factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial sin eventos cardiovasculares previos. Med Clín. 2011;136(13):559-64.
10. Sáez M, Barceló MA. Coste de la hipertensión arterial en España. Hipertensión y riesgo vascular. 2012;29(4):145-51.
11. Llisterri JL, Alonso MA, Martincano JA, López JM, Rodríguez GC, Banegas JR. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población inmigrante asistida en atención primaria en España. Med Clín. 2007;129(6):209-12.
12. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2008;61(01):e1-e49.
13. Baena JM, Ramos R, Marrugat J. Capacidad predictiva de las funciones de riesgo cardiovascular: limitaciones y oportunidades. Rev Esp Cardiol Suplementos. 2009;9(2):4-13.
14. Ley para la Mejora del Crecimiento y del Empleo. Ley 43/2006 de 29 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, número 312, de 30 de diciembre de 2006.
15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa; 2015.
16. Fundación FOESSA. Informe sobre exclusión y desarrollo social en Castilla y León; 2014.
17. Vega T, Lozano JE, Álamo R, Lleras S. Estudio del riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León. Gac Sanit. 2008;22(4):330-6.
18. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo xxi: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. Rev Esp Cardiol. 2011;64(4):295-304.
19. López A, Bennasar M, Tauler AA, Tomàs M. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. Gac Sanit. 2015;29(1):27-36.
20. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev Esp Cardiol. 2012;65(2):10-6.
21. Álvarez C, Vaquero M, Ruiz A, Romero M. Factores de riesgo cardiovascular en la población en situación de riesgo de pobreza y exclusión social. Aten Primaria. 2017;49(3):140-9
22. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

Fecha de recepción: 31 de enero de 2017 **Fecha de aceptación:** 14 de junio de 2017

Intervención para la prevención del riesgo cardiovascular en población en riesgo de exclusión social
Ana Isabel Liébana Morán, Miriam Asensio de Caso, Mariana Eugenia Poza Poza y Manuel Ángel Martínez Argüelles
Comunidad Junio 2017;():6
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

0
comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

