

Estudio descriptivo de características consideradas de riesgo social en pacientes ingresados en un hospital del Área I de Madrid

Pilar Cayón Cuarental

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
pilarcayon@yahoo.es

Tutor

Juan Beneit Montesinos

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
jvbeneit@enf.ucm.es

Resumen: Las razones por las que debemos seguir profundizando en determinantes de salud y sus correlaciones con el proceso de enfermar, nos dan la pauta para buscar en las características no biomédicas que influyen en el estado de salud y en la utilización que se hace de los servicios sanitarios, por aspectos del enfermar cuyo origen están relacionados con causas sociales. Las desigualdades sociales tienen efectos sobre la salud de las personas y los factores edad, sexo, ingresos económicos, violencia, situación familiar, viviendas, etc., aumentan la vulnerabilidad en éstas. Centrarse en averiguar las influencias sociales y sus interacciones puede mejorar la salud de la población menos favorecida y ayudar a establecer servicios de protección socio-sanitarios hasta alcanzar niveles de salud y bienestar equitativos.

Palabras clave: Indicadores de salud. Enfermos hospitalizados - Cuidados. Enfermos - Protección y asistencia.

Abstract: The reasons why we need to continue deepening on the decisive factors of health and their correlations with the process of getting ill, give us the clue to search in the non-biological characteristics, which influence in the state of health and in the use made of the sanitary services, due to aspects of the process of getting ill whose origin is related to social matters. Social differences have their effects on people's health and factors such as age, sex, economical income, violence, family situation, housing, etc., increase their vulnerability. Focusing on finding out the social influences and their interaction can improve the less favoured population's health and help to establish socio-sanitary protection services until reaching equitable levels of health and welfare.

Keywords: Health indicator. Inpatient-Nursing Care. Patients - Protection and assistance.

INTRODUCCIÓN

En las políticas de salud han predominado las estrategias centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre otras causas tales como por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las desigualdades en salud y atención sanitaria han aumentado y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio (OMS).

En el Consejo de Europa del 29 junio de 2000 sobre medidas en materia de determinantes sanitarios (2000/C218/03)⁽¹⁾ se dice:

“La Comunidad Europea debe contribuir a garantizar un elevado nivel de protección sanitaria”.

“Entre los principales retos en este contexto figuran los factores genéticos, biológicos, medioambientales, sociales, económicos y políticos que pueden influir considerablemente en la salud de las personas”.

“Sería necesario encauzar las energías y los recursos con miras a lograr avances concretos, orientados hacia la consecución de cambios para la salud de las personas”.

“Es necesario desarrollar conocimientos técnicos en materia de evaluación de impacto de las políticas sobre salud y sus determinantes”.

“Insta a los Estados miembros a que apoyen plenamente dichas políticas y faciliten su aplicación tanto a nivel nacional como comunitario”.

Los determinantes de salud más utilizados en los países de nuestro entorno y en los estudios revisados⁽²⁾ son:

- **Biológicos:** herencia, sexo, edad.
- **Estilos de vida:** conductas, hábitos individuales, alimentos, consumos, ocio, descanso.
- **Sociales:** empleo, ingresos, educación, vivienda, servicios públicos sanitarios-sociales.

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que hay en la sociedad. En la mayoría de los países del mundo, incluido el Estado Español, se ha puesto de manifiesto la presencia de desigualdades socioeconómicas en salud y la población menos favorecida es la que presenta peor salud. Es importante señalar que el impacto de estas desigualdades es enorme ya que causa un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos, y también destacar que las desigualdades están aumentando en la mayoría de países donde se han estudiado, debido a que la salud mejora más en las clases sociales más aventajadas. Hoy día se dispone de evidencias suficientes que demuestran que las desigualdades en salud son evitables, ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales⁽³⁾.

En los planes de salud de las comunidades autónomas hay muy pocos objetivos e intervenciones centrados en los factores contextuales o estructurales, probablemente porque se considera que estas intervenciones deben ser llevadas a cabo por otros sectores de las administraciones públicas distintos del sanitario (como el económico, social, de trabajo, etc.).

En el último informe sobre el estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid (Informe Anual 2007) que está estructurado analizando los objetivos del 1 al 12 de la Estrategia “Salud Siglo XXI por la OMS”⁽⁴⁾, figura el estudio sobre la situación actual y dice:

“La Comunidad de Madrid (1 enero 2006) contaba con 6.008.913 personas empadronadas. La población mayor de 65 años es de 870.077 personas (14,5%) siendo el 59% mujeres y el 41% hombres; destacándose un feminización de la vejez. Hay un aumento en la esperanza de vida y se calcula que en el 2017, el 29,9% serán mayores de 80 años”.

“La proporción de personas mayores en la Comunidad de Madrid con discapacidad o dependencia se eleva a 26,5%, cinco puntos más baja que la media nacional (31,9%), considerando las 18 actividades de la vida por las que se preguntó en la Encuesta “Condiciones de vida de mayores” (ECVM-06), y en un sentido amplio (todo tipo de discapacidad, desde la leve o ligera hasta la muy grave)”.

“La discapacidad y la dependencia muestran proporciones sistemáticamente mayores en el caso de mujeres, llegando incluso a duplicar el porcentaje que representan los hombres: 34,4% de las madrileñas de edad tienen alguna discapacidad (14,4% entre los varones). Posiblemente confluyan en estas cifras otros factores, como prevalencia de algunas enfermedades (unas más discapacitantes en el caso de mujeres, o más letales en el caso de varones), como la viudez (más alta entre las mujeres), menores ingresos (por preponderancia de pensiones de viudedad), nivel de instrucción más bajo (en estas generaciones el nivel educativo femenino es inferior al masculino) y una edad media más elevada (mayor esperanza de vida)”.

“La prevalencia de discapacidad y dependencia se acentúa notablemente según se va cumpliendo años; la edad es precisamente otro factor determinante. Entre los 65 y 74 años, sólo un 10,6% de los madrileños tienen dificultades para realizar alguna actividad, pero sube a 74,4% entre los de edad más avanzada (85 y más años): tres de cada cuatro madrileños necesita ayuda para mantener una cierta autonomía personal y de hogar. Este patrón de sexo y edad se repite entre la población española, aunque siempre con proporciones superiores a la madrileña”.

“Mas se suele entrar en situación de dependencia más tarde, a más edad, y suelen ser los más graves, los que requieren ayuda frecuente o continua, y a veces, es la señal para plantearse una institucionalización si los recursos informales y los formales a domicilio no son suficientes”.

Las necesidades de ayuda se precisan en:

- Comer.
- Andar por la casa.
- Utilizar el WC.
- Levantarse/acostarse.
- Ponerse los zapatos.
- Preparar comidas.
- Asearse/arreglarse.
- Vestirse/desvestirse.
- Tomar medicación (control).
- Administrar el dinero.
- Hacer tareas domésticas.
- Hacer compra.
- Bañarse/ducharse.
- Salir a la calle”.

“Como consecuencia de proporciones más altas de discapacidad, peores índices de salud subjetiva y peores condiciones de salud, las personas mayores dependientes utilizan el sistema sanitario de forma extensiva y en claro contraste con el resto de la población más joven. Según la “Encuesta Nacional de Salud 2003”, el 95,5% de los españoles de edad ha acudido al médico al menos una vez en el último año y se eleva al 99,3% si se trata de dependientes (58,5% en las dos últimas semanas, y entre éstos, uno de cada cuatro realiza dos o más visitas en ese período de tiempo)”.

“La severidad crece con la edad de forma extraordinaria, aumentando la proporción de graves y muy graves hasta veinte veces entre los viejos jóvenes (65-74 años) y los de 85 y más años. El resto de categorías de severidad aumentan en proporciones menos dramáticas. A partir de los 85 años, el 11,9% de los madrileños presenta una situación de discapacidad grave o muy grave (13,2% en España) y precisan ayuda intensiva”.

Existe una amplia aceptación del concepto de equidad formulado por Whitehead y avalado por la International Society for Equity in Health⁽⁵⁾, que considera que equidad en salud implica la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas.

a) “Desigualdad (inequality) no es sinónimo de inequidad (inequity). La inequidad es una desigualdad injusta y evitable. No obstante, medir las desigualdades en las condiciones de vida y de salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades”.

b) “Las cifras promedio y los indicadores agregados correspondientes a grandes áreas (países, regiones) no miden adecuadamente las desigualdades en salud. En la mayor parte de los casos, tales promedios ocultan importantes disparidades entre diferentes sectores de la población. Asimismo, los datos epidemiológicos útiles sobre incidencia, prevalencia y mortalidad de muchas enfermedades son insuficientes (excepto, probablemente, sobre cáncer)”.

c) “La equidad en salud no se puede entender sólo como de la atención sanitaria. La equidad de acceso no es relevante; lo que realmente interesa es comprobar si se produce una igualdad en la utilización de los recursos asistenciales, ante una necesidad sanitaria similar”.

d) “La presencia y accesibilidad a los servicios sanitarios no son exclusivos para valorar la equidad, la inclusión de las características del sistema sanitario también son importantes. En este sentido, parece existir un claro beneficio expresado como equidad en aquellos servicios sanitarios orientados hacia la atención primaria”.

“Hay que dotarse de unos sistemas de información sanitaria capaces de aportar datos fiables y contrastables que permitan articular la política sanitaria. Si los determinantes de la salud son más sociales y económicos, es necesario que las estadísticas sanitarias muestren información sobre la influencia de estos aspectos sobre la salud. Es decir, si queremos ampliar nuestro campo de visión debemos de dotarnos de estadísticas y sistemas de información sanitaria centrados más en la salud que en los servicios sanitarios”⁽⁶⁾.

“Los profesionales como agentes sociales debemos sensibilizarnos e investigar en aquellos factores de riesgo que derivan en un incremento de la probabilidad mórbida y comprometernos en la búsqueda de datos y soluciones que proponer, a las diferentes administraciones, para reducir las desigualdades”⁽⁷⁾.

Este proyecto pretende conocer qué factores personales y sociales se presentan en los pacientes que están ingresados en un hospital del Área I de Madrid, en el mes de Diciembre 2007 y que se han considerado como riesgo social.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer qué porcentaje de pacientes ingresados en el Hospital reúnen características consideradas de riesgo social.

Objetivos específicos

- Describir las características del paciente con riesgo social.
- Identificar los servicios con mayor prevalencia de pacientes con riesgo social.
- Identificar cuántos pacientes cumplen criterios de “anciano frágil”^(8,9).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio (observacional)

Estudio transversal descriptivo.

Población de estudio

Todos los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización el día 11 de Diciembre de 2007.

Criterios de exclusión

Quedarán excluidas del estudio las siguientes Unidades, debido a que la permanencia en esos servicios es temporal y muy variable:

Quirófanos.
Unidades de despertar post-quirúrgicas.
Paritorios.
Áreas ambulatorias de las Urgencias.
Hospitales de día.
Unidades de pacientes críticos adultos.

Recogida de datos

Previa autorización de las personas y de la institución, la recogida de datos respetará la legislación vigente, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La dirección informará a los mandos del objetivo y la metodología del estudio. Se les hará entrega de la documentación precisa para poder realizar dicho estudio (Anexos I y II).

El día 11 de diciembre los jefes de unidad valorarán el riesgo social de todos y cada uno de los pacientes ingresados en su unidad, utilizando el registro diseñado para tal efecto.

Un grupo de expertos en el tema se presentarán a los mandos correspondientes y recogerán, durante la mañana del día señalado, los registros cumplimentados; asimismo, recogerán el aforo de la Unidad estudiada, que dejarán consignado en el registro específico (Anexo III).

Registro de recogida de datos

El registro que se utilizará es una ficha diseñada para tal efecto. Contiene en un primer bloque las siguientes variables:

Centro.
Fecha.
Servicio.
Unidad.
Cama.
Sexo.
Edad.
Cuidador habitual.
Relación del cuidador con el paciente.

En un segundo bloque están incluidos aquellos factores que se han identificado como criterios de riesgo:

- Mayor de 75 años.
- Vive sólo/con otra persona limitada.
- No tiene apoyo familiar.
- Claudicación familiar.
- Precisa ayuda en domicilio para:
 - Deambular.
 - Comer.
 - Aseo personal.
 - Salir a la calle.
- Barreras arquitectónicas en su domicilio.
- Padece algún trastorno mental:
 - Demencia.
 - Enfermedad psiquiátrica.

- No recibe visitas/se desconocen teléfonos de contacto.
- Tiene frecuentes ingresos hospitalarios.
- Padece enfermedad incapacitante a largo plazo.
- Adicciones tóxicas.
- Persona sin hogar.
- Sospechosa de malos tratos/agresiones.
- Embarazo en menor de edad.
- Malformaciones congénitas en recién nacido.
- Dificultades sociales para hacerse cargo del menor.
- Dificultad en la relación con el menor.

Los criterios aparecen escritos en mayúsculas o minúsculas según la categoría del criterio. Se ha considerado que si el paciente presenta un criterio en mayúscula es suficiente para ser considerado con riesgo social, así como si presenta dos criterios en minúscula (Anexo I y II).

Indicadores de evaluación

Los indicadores de evaluación serán los siguientes:

- % de pacientes ingresados en el hospital que cumplen criterios de riesgo social.
- % de Unidades de Hospitalización que superan el % medio de pacientes con riesgo social.
- Criterios de riesgo más prevalentes.
- % de pacientes que cumplen criterios de “anciano frágil”.

Métodos estadísticos

El análisis de datos se realizará con SPSS 14v, mediante análisis descriptivo de las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas con media y desviación estándar. Asimismo, se analizarán las variables agrupadas para determinar el perfil de paciente con riesgo y el perfil del paciente “anciano frágil”.

Limitaciones del Estudio

Hay que tener en cuenta que se realiza en el último mes del año y esto supone una época de mayor frecuentación de pacientes al Hospital, y hay un aumento de morbilidad por ser época de invierno, por tanto, es esperable unas cifras de riesgo social más elevadas.

Sería conveniente realizar otro estudio de riesgo social en otra época del año (Junio) donde el perfil de los pacientes sea diferente con el fin de conseguir así una valoración ajustada de las características de los pacientes.

Presupuesto

No es necesario.

RESULTADOS

Tasa de Prevalencia

37,02 %.

Pacientes con Riesgo Social (518 casos detectados / 1399 pacientes ingresados)

DEPARTAMENTOS	Nº DE PACIENTES INGRESADOS	Nº DE PACIENTES CON RIESGO	% SOBRE EL Nº TOTAL DE INGRESOS POR DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES CON RIESGO
ESPECIALIDADES MÉDICAS	345	215	62,31%	41,50%
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	448	132	29,46%	25,48%
CARDIOLOGÍA	77	46	59,74%	8,88%
REHABILITACIÓN	67	36	53,73%	6,9%
INFANTIL	128	32	25%	6,2 %
ONCOLOGÍA	109	27	24,77%	5,2%
PSIQUIATRÍA	79	12	15,18%	2,3%
OFTÁLMICO	31	10	32,25%	1,9%
URGENCIAS DE ADULTOS	115	8	6,9%	1,5%
TOTALES	1.399	518	-	-

Perfil del Paciente con Riesgo Social

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
HOMBRES	285	55%
MUJERES	233	45%
TOTALES	518	100%

EDAD	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
	67,58	23,40

Características de riesgo detectadas

VARIABLES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
MAYOR DE 75 AÑOS	283	54,6%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	233	45%
VIVEN SOLOS/ CON OTRAS PERSONAS LIMITADAS	190	36,7%
INGRESOS FRECUENTES	176	34%
PRECISAN AYUDA EN DOMICILIO	158	30,5%
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	112	21,6%
TRASTORNOS MENTALES	98	18,9%
NO APOYO FAMILIAR	57	11%
ADICCIONES	46	8,9%
NO RECIBEN VISITAS	36	6,9%
MALFORMACIONES	26	5%
CLAUDICACIÓN FAMILIAR	23	4,4%
SIN HOGAR	23	4,4%
MALOS TRATOS	5	1%
DIFICULTAD PARA HACERSE CARGO DEL MENOR	5	1%
EMBARAZOS EN MENORES	2	0,4%
DIFICULTAD EN LA RELACIÓN CON EL MENOR	2	0,4%

Las Unidades que tienen un % de pacientes con Riesgo Social mayor que el porcentaje medio, pertenecen, por orden, a los siguientes departamentos:

Especialidades Médicas.
Especialidades Quirúrgicas.
Cardiología.
Rehabilitación.
Infantil.
Oncología.
Psiquiatría.
Oftalmología.
Urgencias.

Anciano Frágil⁽⁸⁻⁹⁾

Se han considerado así a aquellas personas iguales o mayores de 75 años que padezcan patologías crónicas invalidantes de las que se deriven dependencias funcionales con carácter transitorio o permanente (demencias, ACVA, Parkinson,

inmovilidad por otras causas, patología mental, etc.) y habiendo encontrado en nuestro estudio a 151 pacientes que cumplen estos criterios, de los 518 con Riesgo Social que componen nuestra muestra:

Tasa de prevalencia =29,15%.

Se han encontrado 283 pacientes iguales o mayores de 75 años, pero que no reúnen las características definidas como ancianos frágiles.

Con características de riesgo significativas en el anciano frágil

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIAS Totales = 151	PORCENTAJES
VIVE SOLO/CON PERSONA LIMITADA	60	39,7%
INGRESOS HOSPITALARIOS FRECUENTES	53	35%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	39	25,8%
TRASTORNOS MENTALES	31	20,5%
NO TIENEN APOYO FAMILIAR	9	6%
CLAUDICACIÓN FAMILIAR	3	2%

La distribución por departamentos de ancianos frágiles (igual o mayor de 75 años, con enfermedad invalidante) es la siguiente:

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS DE ANCIANO FRÁGIL	% DE ANCIANO FRÁGIL SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES CON RIESGO DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE ANCIANOS FRÁGILES (151)
ESPECIALIDADES MÉDICAS	84	215/ (39,06%)	55,6%
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	22	132/ (16,66%)	14,56%
REHABILITACION	19	36/ (52,77%)	12,58%
CARDIOLOGIA	16	46/ (34,78%)	10,6%
ONCOLOGÍA	7	27/ (14,81%)	4,6%
OFTÁLMICO	2	10/ (20 %)	1,3%
URGENCIAS	1	8/ (12,5%)	0,66%
TOTALES	151	518/ (29,15%)	100%

ANÁLISIS DEL RIESGO SOCIAL POR DEPARTAMENTOS

Especialidades médicas (EE.MM)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	215	41,50%	37,02 %
SEXO:			
HOMBRES	111	51,6%	285/55%
MUJERES	104	48,4%	233/45%
EDAD	MEDIA 74,27	DESV. TÍPICA 15,61	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV.TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	9	4,2%	109/21%
MAYOR DE 75 AÑOS	142	66%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	96	44,7%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	16	7,4%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	163	75,8%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	47	21,9%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	75	34,9%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	132	61,4%	233/45%
ADICCIONES	22	10,2%	46/8,9%
SIN HOGAR	9	4,2%	23/4,4%
MALOS TRATOS	2	0,9%	5/1%
MALFORMACIONES	2	0,9%	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	130	60,5%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	119	55,3%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	158	73,5%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	136	63,3%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	32	14,9%	112/21,6%

Especialidades quirúrgicas (EE.QQ)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	132	25,48%	37,02%
SEXO: HOMBRES MUJERES	82 49	62,6% 37,4%	285/55% 233/45%
EDAD	MEDIA 68,67	DESV. TÍPICA 17,82%	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	71	54,2%	109/21%
MAYOR DE 75 años	65	49,6%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	43	32,8%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	21	16%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	93	71%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	15	11,5%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	54	41,2%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	52	39,7%	233/45%
ADICCIONES	17	13%	46/8,9%
SIN HOGAR	8	6,1%	23/4,4%
MALOS TRATOS	-	-	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	70	53,4%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	48	36,6%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	86	65,6%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	76	58%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	44	33,6%	112/21,6%

Cardiología

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	46	8,88%	37,02%
SEXO: HOMBRES MUJERES	30 16	65,2% 34,8%	285/55% 233/45%
EDAD	MEDIA 73,02	DESV. TIPICA 12,68	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	7	15,2%	109/21%
MAYOR DE 75 años	26	56,5%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	23	50%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	6	13%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	26	56,5%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	5	10,9%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	21	45,7%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	26	56,5%	233/45%
ADICCIONES	-	-	46/8,9%
SIN HOGAR	1	2,2%	23/4,4%
MALOS TRATOS	-	-	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA DEAMBULAR	20	43,5%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	10	21,7%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	19	41,3%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR	24	52,2%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	27	58,7%	112/21,6%

Instituto Provincial Rehabilitación (IPR)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	36	6,9%	37,02%
SEXO:			
HOMBRES	17	47,2%	285/55%
MUJERES	19	52,8%	233/45%
EDAD	MEDIA 79,80	DESV. TÍPICA 13,94	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	8	22,2%	109/21%
MAYOR DE 75 años	26	72,2%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	5	13,9%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	-	-	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	34	94,4%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	16	44,4%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	8	22,2%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	29	80,6%	233/45%
ADICCIONES	1	2,8%	46/8,9%
SIN HOGAR	-	-	23/4,4%
MALOS TRATOS	-	-	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	25	69,4%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	23	63,9%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	34	94,4%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	18	50%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	-	-	112/21,6%

Instituto Provincial Infantil (IPPP)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	32	6,17%	37,02%
SEXO:			
HOMBRES	21	65,6%	285/55%
MUJERES	11	34,4%	233/45%
EDAD	MEDIA 1,50	DESV. TÍPICA 3,43	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	1	3,1%	109/21%
MAYOR DE 75 AÑOS	-	-	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	-	-	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	-	-	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	4	12,5%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	2	6,3%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	4	12,5%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	16	50%	233/45%
ADICCIONES	1	3,1%	46/8,9%
SIN HOGAR	-	-	23/4,4%
MALOS TRATOS	-	-	5/1%
MALFORMACIONES	24	75%	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	1	3,1%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	3	9,4%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	3	9,4%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	4	12,5%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	2	6,3%	112/21,6%

Instituto Provincial Oncología (IPO)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	27	5,2%	37,02%
SEXO:			
HOMBRES	15	55,6%	285/55%
MUJERES	12	44,4%	233/45%
EDAD	MEDIA 71	DESV. TÍPICA 14,475	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	2	7,4%	109/21%
MAYOR DE 75 AÑOS	11	40,7%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	9	33,3%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	4	14,8%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	26	96,3%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	-	-	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	3	11,1%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	20	74,1%	233/45%
ADICCIONES	-	-	46/8,9%
SIN HOGAR	-	-	23/4,4%
MALOS TRATOS	-	-	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	22	81,5%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	17	63%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	25	92,6%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	22	81,5%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	7	25,9%	112/21,6%

Instituto Provincial Psiquiatría (IPP)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	12	2,3%	37,02%
SEXO:			
HOMBRES	5	41,7%	285/55%
MUJERES	7	58,3%	233/45%
EDAD	MEDIA 40	DESV. TÍPICA 13,948	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	10	83,3%	109/21%
MAYOR DE 75 AÑOS	-	-	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	6	50%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	7	58,3%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	3	25%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	12	100%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	9	75%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	5	41,7%	233/45%
ADICCIONES	3	25%	46/8,9%
SIN HOGAR	2	16,7%	23/4,4%
MALOS TRATOS	2	16,7%	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	-	-	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	1	8,3%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	2	16,7%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	2	16,7%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	-	-	112/21,6%

Instituto Provincial Oftalmología (IPOF)

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	10	1,9%	37,02%
SEXO:			
HOMBRES	2	20%	285/55%
MUJERES	8	80%	233/45%
EDAD	MEDIA 80,80	DESV. TÍPICA 4,185	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	-	-	109/21%
MAYOR DE 75 años	10	100%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	4	40%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	1	10%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	6	60%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	-	-	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	1	10%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	2	20%	233/45%
ADICCIONES	-	-	46/8,9%
SIN HOGAR	-	-	23/4,4%
MALOS TRATOS	-	-	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	4	40%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	1	10%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	5	50%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	3	30%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	-	-	112/21,6%

Urgencias

DEPARTAMENTO	FRECUENCIAS	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL DEPARTAMENTO	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DEL ESTUDIO (518)
CASOS	8	1,5%	37,02%
SEXO:			
HOMBRES	2	25%	285/55%
MUJERES	6	75%	233/45%
EDAD	MEDIA 56,38	DESV. TÍPICA 19,64	67,58 EDAD MEDIA 23,40 DESV. TÍPICA
REGISTRADO EL RIESGO EN VALORACIÓN DE ENF.	-	-	109/21%
MAYOR DE 75 años	2	25%	283/54,63%
VIVE SOLO/CON PERSONA CON LIMITACIONES	3	37,5%	190/36,7%
NO APOYO FAMILIAR	2	25%	57/11%
AYUDA EN DOMICILIO	4	50%	158/30,5%
TRASTORNO MENTAL	1	12,5%	98/18,9%
INGRESOS FRECUENTES	1	12,5%	176/34%
ENFERMEDAD INCAPACITANTE	2	25%	233/45%
ADICCIONES	2	25%	46/8,9%
SIN HOGAR	3	37,5%	23/4,4%
MALOS TRATOS	1	12,5%	5/1%
MALFORMACIONES	-	-	26/5%
PRECISAN AYUDA PARA DEAMBULAR	3	37,5%	276/53,3%
PRECISAN AYUDA PARA COMER	3	37,5%	225/43,4%
PRECISAN AYUDA PARA ASEO	3	37,5%	336/64,9%
PRECISAN AYUDA PARA SALIR A LA CALLE	4	50%	290/56%
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	-	-	112/21,6%

DISCUSIÓN

Es significativamente alto el porcentaje de pacientes con características de riesgo social: 37,02 % detectados en nuestro Centro en un solo día; no existen datos de patologías biomédicas con esta tasa. El porcentaje mayor en la variable "sexo", en nuestro estudio, son hombres (más letalidad masculina). Las circunstancias de riesgo empeoran con las personas de más edad considerándoseles ancianos en situación de fragilidad y dependencia.

El impacto de esta problemática no queda recogido en los historiales asistenciales (herramienta científica y administrativa del sistema sanitario) y sólo se encuentra registrada su detección en la valoración de enfermería en un 21,15% de los casos. ¿Falta de cultura social o de formación de los sanitarios?

Es destacable que las variables descriptoras de vulnerabilidad (enfermedad invalidantes, ingresos frecuentes, viven solos o con otras personas limitadas) manifiestan una necesidad importante de sostén y de coordinación, entre Atención Primaria y Especializada y la ausencia de esta coordinación conllevará reingresos y necesidad de otros apoyos que superan la oferta socio-sanitaria actual.

La falta de registros y medición de los datos impide conocer la situación y las dimensiones reales del problema, a nivel de la población del Área 1 de Madrid, zona de influencia del Hospital y la comparación con otras Áreas de esta Comunidad y con otras autonomías.

CONCLUSIONES

Normalizar en el sistema socio-sanitario, en sus distintos niveles asistenciales, la recogida de datos de riesgo social permitirá planificar la atención con tiempo y con intervenciones continuadas y sincronizadas, que ajusten los recursos a lo que cada persona precise.

Guardar el registro de detección de riesgo social y de valoración social en la documentación del Historial Clínico facilitará el conocimiento de cada caso y permitirá tener fuentes para otros estudios.

Establecer un sistema de alerta, intra y extra hospitalaria para el seguimiento y atención de estos problemas, que ponga en marcha la necesaria coordinación que debe haber entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Adeguar los recursos humanos y sociales, al impacto que generan los factores detectados, y desarrollar políticas socio-sanitarias para la protección de los ciudadanos más vulnerables.

Realizar periódicamente estudios epidemiológicos con visión social, permitiría mantener un conocimiento más exacto del alcance, la magnitud y la evolución de los problemas de salud.

Elaborar indicadores socio-sanitarios psicosociales hará comprender las necesidades individuales y colectivas de la población y preparar la mente de los profesionales para valorar los determinantes de salud en una dimensión más integral y holística.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Sánchez I, Avilés Blanco MV, Carrillo Tirado M. Determinantes sociales de las desigualdades en salud en Europa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007 (Informes Estratégicos “La UE y el SSPA”; 1).
2. Llano Señaris JE del, Hidalgo Vega A, Pérez Camarero, S. Sistemas de información Sanitaria en España (SISAN). Barcelona: Editte; 2004.
3. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las Comunidades Autónomas del Estado Español. Gac. Sanit. [periódico en Internet]. 2005 Ago [citado 2008 Mar 30]; 19(4):277-285. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112005000400002&lng=es&nrm=iso.
4. Informe sobre el estado de salud de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, Diciembre 2007.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3):429-445.
6. Llano Señaris J del, Hidalgo Vega A, Pérez Camarero S. Los españoles frente a la salud y sus determinantes. Barcelona: Forum Sanofi-Avensis; 2007.
7. Cuesta Benjumea C de la. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007 mar; XXV(1):106-112.
8. Botero de Mejía BE. El anciano frágil. Promoción Salud. 2001 oct; 6:25-32.

9. Protocolo de colaboración entre el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía y el Servicio Madrileño de Salud para la Atención a las personas mayores en situación de especial fragilidad. Madrid, 13 de Septiembre 2005.
10. Mateo Gil ML, Panasello Chavarría ML, Lasaga Heriz MA, Bonfill Accensi E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. Gerokomos [online]. 2007; 18(1)1 [citado 2008-04-24], pp. 30-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2007000100005&lng=pt&nrm=iso.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincera gratitud a la Gerencia y Dirección de Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a los compañeros del Grupo de Trabajo para la Detección Precoz de Riesgo Social, a la Jefa de Departamento de Desarrollo e Innovación de Enfermería y a todos los profesionales del Hospital que con su buena práctica, apoyo y asesoramiento han hecho que este proyecto haya podido dar resultados.

Asimismo, recordar a los compañeros del Hospital La Paz, que idearon el primer registro sobre riesgo social.

Por último, a todos y cada uno de los profesores de este Máster y a mi Tutor, por la transmisión de sus conocimientos y la orientación imprescindibles para que este proyecto se haya desarrollado.

ANEXO I

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

REGISTRO PARA DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL

EEMM EEQQ CARDIOLOGÍA URGENCIAS IPP IPO IPR
 I OFTÁLMICO INFANTIL

FECHA: ___ / ___ / ___ SERVICIO: _____

UNIDAD HOSPITALIZACIÓN: _____

CAMA: _____

SEXO: H M

EDAD: _____

REGISTRADO RIESGO SOCIAL EN HOJA DE VALORACIÓN ENFERMERÍA: SÍ NO

CUIDADOR HABITUAL: _____ SEXO: H M

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

PATOLOGÍAS AL INGRESO: _____

- Mayor de 75 años.
- Vive solo/con otra persona limitada.
- No tiene apoyo familiar.
- Claudicación familiar.
- Precisa ayuda en domicilio para
 - Deambular
 - Comer
 - Aseo personal
 - Salir a la calle
- Barreras arquitectónicas en su domicilio.
- Padece algún trastorno mental.
 - Demencia
 - Enfermedad Psiquiátrica
- No recibe visitas/se desconocen teléfonos de contacto.
- Tiene frecuentes ingresos hospitalarios.
- Padece enfermedad incapacitante a largo plazo.
- Adicciones tóxicas.
- Persona sin hogar.
- Sospechosa de sufrir malos tratos/agresiones.
- Embarazo en menor de edad.
- Malformaciones congénitas en recién nacido.
- Dificultades sociales para hacerse cargo del menor.
- Dificultad en la relación con el menor.

***CRITERIOS DE RIESGO:** cuando se detecte uno (1) de los ítems en mayúscula y/o dos (2) de los ítems en minúscula.

ANEXO II

Etiqueta: espacio para pegar etiqueta con los datos del paciente. En su defecto, anotar Nombre y apellidos del paciente y número de Historia.

- Instituto/Departamento en el que está ubicado el paciente.
- Fecha: la de realización del registro.
- Servicio.
- Unidad en la que se encuentra ingresado el paciente.
- Cama: número de cama que ocupa el paciente.
- Sexo: marcar el cuadro y edad del paciente en números.
- Comprobar si está consignado el riesgo en la hoja de Valoración de enfermería y marcar el recuadro específico.
- Cuidador habitual: persona responsable del cuidado del paciente o portavoz que indique el paciente. Especificando sexo del cuidador y cual es la relación (tipo de parentesco, amistad, vecindad etc.).
- Poner las enfermedades que padece el paciente y si el motivo de ingreso es una agudización de alguna de sus patologías previas.
- 17 ítems que pueden ser causa de vulnerabilidad. Se podrán marcar tantos con sean detectados y éstos están definidos a pie del registro (con riesgo por si mismos o tienen que darse en conjunto).
- Espacios destinados a las necesidades de la vida diaria: marcar una X cuando se detecte el tipo de ayuda, de las escritas en el registro.
- Barreras arquitectónicas, precisar si el paciente o los familiares plantean tener dificultades en el acceso o en el domicilio donde vive el paciente.
- Cada uno de los ítems que figuran en el documento se encuentran escritos en mayúsculas o minúsculas, dependiendo del riesgo que suponen para el paciente. Habrá riesgo cuando se detecte uno (1) solo de los ítems en letra mayúscula y/o dos (2) en letra minúscula.

ANEXO III

SERVICIO _____

UNIDAD _____

AFORO DE UNIDAD _____

CAMAS OCUPADAS _____

REGISTROS RECOGIDOS _____

FECHA _____

HORA _____

IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DEL GRUPO _____

Recibido: 27 octubre 2010.
Aceptado: 1 noviembre 2010.