

Factores de riesgo y eventos cardiovasculares en inmigrantes latinoamericanos adultos en el Distrito Macarena, Sevilla, España: estudio piloto*

FATORES DE RISCO E EVENTOS CARDIOVASCULARES EM IMIGRANTES LATINO AMERICANOS ADULTOS NO DISTRITO MACARENA, SEVILLA, ESPANHA: ESTUDO PILOTO

RISK FACTORS AND CARDIOVASCULAR EVENTS IN ADULT LATIN AMERICAN IMMIGRANTS IN THE MACARENA DISTRICT, SEVILLE, SPAIN: A PILOT STUDY

José Rafael González-López¹, María de las Mercedes Lomas-Campos², María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez³

RESUMEN

Con la finalidad de estimar la prevalencia por autorreporte de factores de riesgo y eventos cardiovasculares en población latinoamericana inmigrante adulta del Distrito 2 (Macarena) de Sevilla, se realizó un estudio piloto de investigación descriptiva de corte transversal. Fue utilizado un cuestionario anónimo con autorreporte de factores de riesgo y eventos cardiovasculares. Resultados: participaron 34 personas, (18% de la muestra), media etaria: 31,8 años, residencia media: 6,5 años, mujeres: 52,9%. Prevalencias de factores de riesgo: 8,8% diabetes, 14,7% colesterol elevado y 23,5% hipertensión arterial. Prevalencia de eventos coronarios corresponde a 8,8%: angina de pecho, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular: 2,9% para ambos. Se concluye en que la prevalencia de eventos cardiovasculares autorreportados supera la mencionada en la literatura, mereciendo este asunto la atención de los organismos sanitarios. Este dato debe ser tenido en cuenta por enfermería para elaborar planes de cuidados adaptados culturalmente al contexto de este colectivo inmigrante.

DESCRIPTORES

Migración internacional
América Latina
Enfermedades cardiovasculares
Factores de riesgo
Promoción de la Salud
Atención de enfermería

RESUMO

Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de auto-relato de fatores de risco e eventos cardiovasculares na população latinoamericana imigrante adulta do Distrito 2 (Macarena) de Sevilla. Estudo piloto de investigação descritiva de corte transversal, utilizou-se um questionário anônimo com auto-relato de fatores de risco e eventos cardiovasculares. Participaram 34 pessoas, (18% do total da mostra), idade média: 31,8 anos, residência média: 6,5 anos, mulheres: 52,9%. Prevalências de fatores de risco: 8,8% diabetes, 26,5% colesterol elevado e 14,5% hipertensão arterial. Prevalência de eventos coronários é de 8,8%: angina de peito, infarto do miocárdio e acidente cerebrovascular, com 2,9% cada um. A conclusão é que a auto-relatada prevalência de eventos cardiovasculares é maior do que a literatura, esta questão merece a atenção de agências de saúde, este conhecimento deve ser considerada pelas enfermeiras para desenvolver planos de cuidados culturalmente apropriado do contexto dos imigrantes.

DESCRITORES

Migração internacional
América Latina
Doenças cardiovasculares
Fatores de risco
Promoção da Saúde
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

In order to estimate the prevalence of self-reported risk factors and cardiovascular events in an adult immigrant Latin American population of District 2 (Macarena) in Seville, we conducted a pilot study using cross-sectional descriptive research. We used an anonymous questionnaire with self-reported risk factors and cardiovascular events. 34 people participated (18% of the sample); mean age: 31.8 years, mean residence: 6.5 years, women: 52.9%. Prevalence of risk factors: diabetes 8.8%, high cholesterol 14.7% and high blood pressure 23.5%. Prevalence of coronary events was 8.8%; angina pectoris, myocardial infarction and stroke, 2.9% each. The conclusion is that self-reported prevalence of cardiovascular events was higher than in the literature, this issue deserving the attention of health agencies. This knowledge should be considered by nurses to develop culturally appropriate care plans of the context of immigrants.

DESCRIPTORS

Emigration and immigration
Latin America
Cardiovascular diseases
Risk factors
Health Promotion
Nursing care

* Extraído del Proyecto de Investigación "Análisis de las conductas de salud y prevalencia de enfermedades de la población inmigrante y autóctona de la ciudad de Sevilla", Universidad de Sevilla, 2010-2012. ¹PhD Internacional. Enfermero, Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la salud. Profesor de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla, España. joseraphael@us.es Doctora en Medicina. Catedrática de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España. Sevilla, España. ²Enfermera, Epidemióloga y Doctora en Salud Pública. Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. Antioquia, Colombia. mariangelesrodriguezg@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En un mundo globalizado, es indiscutible que la migración es un fenómeno cada vez más importante, tanto por su alcance como por su complejidad, afectando a prácticamente todos los países del mundo⁽¹⁾.

En España, durante la primera década del siglo XXI, la población inmigrantes pasó de ser del 1,8% al 11,4% del total de residentes; el 40% de los extranjeros provenía de Europa, siguiéndole un 31% de América del Sur⁽²⁾. Este aumento de la inmigración ha supuesto un importante desafío de adaptación social, no escapando a ello las cuestiones relacionadas con la salud y con la organización del sistema sanitario⁽³⁾. Este fenómeno ha obligado a la realización de estudios sobre la salud de los inmigrantes, los cuales identifican este colectivo como una población joven sana⁽⁴⁾, con un estado de salud percibido como bueno y que tiene una morbilidad similar a la de las poblaciones locales⁽⁵⁾.

El acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes ha concentrado gran parte del interés investigativo, donde además utilizan desde principios de los años noventa encuestas poblacionales periódicas para obtener el perfil epidemiológico, así como la accesibilidad y utilización de los servicios de salud⁽⁶⁾.

En España, aunque existen algunos trabajos relacionados con la salud de los inmigrantes, la importancia de los factores socio-demográficos, económicos y de los estilos de vida⁽⁷⁾, la calidad de vida⁽⁸⁾ y utilización de los servicios sanitarios⁽⁹⁾, se ha constatado la escasez de investigaciones referentes a la prevalencia de factores de riesgo y enfermedades crónicas en esta población, a pesar de que éstas se han realizado en población autóctona, existiendo literatura que indica que algunos problemas de salud son similares en ambas poblaciones⁽⁶⁾ predominando las infecciones respiratorias, los síndromes depresivos y los dolores lumbares, en el ámbito de la atención primaria⁽¹⁰⁾; mientras que la prevalencia de otros problemas es menor en inmigrantes recién llegados que la estimada en población autóctona⁽¹¹⁾ aunque, después de una estancia prolongada, pueden sufrir enfermedades más relacionadas con estilos de vida de los países de acogida, como son la hipertensión, la diabetes o diversas patologías respiratorias o cardiovasculares⁽¹⁰⁾.

Según el Anuario Estadístico de Inmigración⁽¹²⁾, Andalucía en 2009, tenía el 8% de los inmigrantes latinoamericanos de España, representando dicho colectivo en Sevilla casi la mitad de la población inmigrante (46,3%), de los cuales uno de cada tres se encuentran en el Distrito Macarena.

La Enfermería como profesión otorga cuidados a las personas sanas y enfermas dentro de su ciclo vital; es así

que se requieren profesionales que atiendan las respuestas humanas de los individuos, familias y comunidades en forma integral⁽¹³⁾. Consideramos, pues, que uno de los grandes retos que se plantea esta disciplina es promover la salud a través de la prestación de cuidados de calidad, evitando las conductas de riesgo y potenciando los estilos de vida saludables, considerando aspectos actitudinales y comportamentales del propio usuario. De ahí, que nos propongamos medir la prevalencia de factores de riesgo y eventos cardiovasculares, en la población inmigrante adulta latinoamericana del Distrito Macarena de la ciudad de Sevilla, con la finalidad de utilizar esta medición como factor indicativo de los problemas de salud y necesidad de cuidados de este colectivo desde la disciplina enfermera.

Teniendo en cuenta que para brindar cuidado en enfermería para ayudar a las personas a mantener o recuperar su salud debemos tener en cuenta la cultura, las creencias de salud y enfermedad, los valores y prácticas de las personas⁽¹⁴⁾, los enfermeros deben estar preparados para afrontar el reto de cuidar al colectivo inmigrante⁽¹⁵⁾, y para esto es de interés conocer las conductas de salud⁽¹⁵⁾, muchas de ellas determinadas por la cultura⁽¹⁶⁾, con el fin de que puedan ser intervenidos para la conservar o recuperar la salud. En la última década ha sido un tema de preocupación en enfermería la forma en que se debe adaptar el cuidado a la población inmigrada⁽¹⁵⁾, aseverando que la atención de enfermería a este colectivo debe basarse en la aplicación de cuidados integrales a partir del conocimiento cultural y de la valoración inicial, identificando los principales diagnósticos enfermeros con los que se trabajará su intervención conjuntamente con la persona inmigrante, teniendo como resultado un plan de cuidados adaptado culturalmente a su contexto⁽¹⁷⁾. El objetivo de nuestra investigación es estimar la prevalencia por autorreporte de factores de riesgo y eventos cardiovasculares en la población latinoamericana inmigrante adulta del Distrito 2 (Macarena) de Sevilla, durante el año 2010.

Teniendo en cuenta que para brindar cuidado en enfermería para ayudar a las personas a mantener o recuperar su salud debemos tener en cuenta la cultura, las creencias de salud y enfermedad, los valores y prácticas de las personas, los enfermeros deben estar preparados para afrontar el reto de cuidar al colectivo inmigrante...

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo, de carácter descriptivo, de corte transversal, utilizando un muestreo estratificado proporcional por las variables sexo, edad y nacionalidad, en el que participaron 34 inmigrantes latinoamericanos adultos, que corresponden al 17.8% del tamaño poblacional, estimado al constituir éste un estudio piloto. El rango de edad de la muestra fue de 25 a 44 años, puesto que es el grupo etario más frecuente en esta población⁽¹²⁾.

Se utilizaron algunos apartados del cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados al

comportamiento (2009) de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)⁽¹⁸⁾. En este artículo se presentarán los resultados de: a) datos sociodemográficos del encuestado (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, lugar de nacimiento, tiempo de estancia en España y ocupación); b) conocimiento de haber sufrido de hipertensión, diabetes y/o colesterol alto; c) cambios en hábitos dietéticos, práctica de ejercicio físico; d) Conocimiento *correcto* de signos y síntomas de un ataque cardíaco o de un accidente cerebrovascular: reconocimiento de al menos 4 de los 6 signos y/o síntomas listados en cada patología (opciones de respuesta: Si/No)⁽¹⁸⁾; y e) inferencias entre las variables anteriormente mencionadas.

Las prevalencias de los factores de riesgo y de los eventos cardiovasculares se calcularon dividiendo el número de personas que afirmaron que un médico o una enfermera le había comentado que tenía el factor o que sufría/ había sufrido un evento cardiovascular, entre las personas participantes del estudio.

Para esta investigación se asumió la definición de *inmigrante* utilizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en su Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 (ENI 2007)⁽¹⁹⁾: *es aquella persona que, siendo su país de origen uno distinto de España, en el momento de realización de la encuesta tienen establecida su residencia habitual dentro del territorio nacional.*

La recogida de datos se ha realizado en el mes de abril de 2010, la captación de los participantes se hizo a través de distintas asociaciones de inmigrantes. Los criterios de selección fueron: persona de cualquier sexo residente en alguno de los Barrios Oficiales o Secciones Censales del Distrito administrativo número 2 (Macarena) en Sevilla; tener una edad comprendida entre los 25 y los 44 años; haber nacido en algunos de los países considerados por la Organización de Naciones Unidas⁽²⁰⁾ en su clasificación de nacionalidades, territorios y regiones como países de América Latina o del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela) y haber emigrado a España; estar capacitada para comunicarse y entender los requerimientos del estudio y haber firmado el consentimiento informado. Para evitar sesgos de información ha existido un único encuestador, profesional sanitario, quien hacía las preguntas y rellenaba las respuestas. Las entrevistas duraron en promedio 15 minutos y se realizaron en las diversas asociaciones y colectivos de inmigrantes latinoamericanos del distrito para facilitar la recogida de los datos.

Los procedimientos utilizados para la realización del presente estudio han seguido los principios éticos generales, aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de Sevilla para estudios con sujetos humanos en España y la Unión Europea. Para ello se realizó un consentimiento informado escrito y, en lo relativo a los datos sociodemográficos, a fin de proteger el honor y la intimidad personal,

las encuestas fueron anónimas pues a los encuestados no se les preguntó el nombre.

Los datos se han analizado con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17,0 para Windows. Se han realizado análisis descriptivos, utilizando medidas de tendencia central y dispersión tales como media y desviación típica. Para comprobar si las variables cuantitativas cumplían o no los criterios de normalidad se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para una muestra. En el caso de las variables cualitativas se calcularon proporciones y se aplicó la prueba de χ^2 . En todos los casos, se asumió que una diferencia era estadísticamente significativa si tenía un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica

La variable edad, la cual distribuyó en forma normal (probabilidad en la z de la prueba de K-S=0,192), tuvo un promedio de 31,8±5,8 años. En la Tabla I se puede apreciar el perfil sociodemográfico de las 34 personas estudiadas, en el que predominan las mujeres, los menores de 30 años, los solteros, y los que tienen estudios secundarios. Por país de procedencia, los mayores aportantes son Bolivia y Ecuador. En lo relativo a la ocupación actual y anterior, las mayores proporciones se encontraron en empleado por cuenta ajena.

Analizando el tiempo de residencia en España, se encontró que la muestra tenía una media de 6,5±3,5 años, ligeramente superior a la media del tiempo de residencia en la ciudad de Sevilla (5,8±3,6 años). Ambas variables también tuvieron una distribución normal, lo que se pudo verificar en las probabilidades de la prueba de K-S de 0,480 y de 0,914, respectivamente.

Tabla 1 - Características generales de 34 inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla

Variable	Valor
Sexo; n (%)	
Femenino	18 (52,9)
Masculino	16 (47,1)
Grupo de edad; n (%)	
25 a 29 años	17 (50,0)
30 a 34 años	7 (20,6)
35 a 39 años	6 (17,6)
40 y más años	4 (11,8)
Estado civil; n (%)	
Soltero	16 (47,1)
Casado	15 (44,1)
Vive en pareja sin estar casado/ Unión libre	2 (5,9)
Separado	1 (2,9)
	Continúa...

...Continuação.

Variable	Valor
Nível de estudios; n (%)	
Primarios*	4 (11,7)
Secundarios [†]	19 (55,9)
Superiores [‡]	6 (17,6)
Titulado universitario [§]	5 (14,8)
Nacionalidad; n (%)	
Bolivia	13 (38,2)
Brasil	1 (2,9)
Colombia	3 (8,8)
Ecuador	9 (26,5)
Paraguay	2 (5,9)
Perú	4 (11,8)
Venezuela	2 (5,9)
Ocupación anterior; n (%)	
Empleado por cuenta ajena	28 (82,4)
Empleado por cuenta propia	2 (5,9)
Desempleado	1 (2,9)
Estudiante	3 (8,8)
Ocupación actual; n (%)	
Empleado por cuenta ajena	26 (76,5)
Empleado por cuenta propia	2 (5,9)
Desempleado	4 (11,8)
Estudiante	2 (5,9)

*: Estudios Primarios / Graduado escolar, †: Estudios Secundarios / Bachillerato elemental / FP/Ciclo Formativo Básico, ‡: Estudios Superiores / Bachillerato Superior/Ciclo Formativo Superior, §: Titulados universitarios (3 con diplomatura y 2 con licenciatura o Doctorado).

Prevalencia y conductas preventivas para tres factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Diabetes. Del total de la población encuestada, el 41.2% (14 individuos) se mide con frecuencia la glucosa en sangre, de ellos 13 personas (38,2%) lo hace varias veces por año, mientras que una persona (2,9%) lo hace varias veces por mes. La población restante no lo hace nunca.

Es importante anotar que un 38,2% de la muestra de estudio tenía sobrepeso y otro 20,6% obesidad y el resto (51,2%) normopeso. La probabilidad de la z de la prueba de K-S para el IMC fue de 0,969, lo que significa que esta variable tenía una distribución normal.

La prevalencia por autorreporte de diabetes fue de 8,8%, es decir: tres personas afirmaron haber sido diagnosticados como diabéticos (dos con diabetes gestacional y un hombre con Diabetes Tipo I). De las tres personas que declaran haber sido diagnosticadas de diabetes: una toma algún medicamento para su control; todas han modificado sus hábitos alimentarios para controlar su glucemia; ninguna examina sus pies para detectar posibles heridas por irritaciones; sólo una práctica ejercicio físico

como pauta para mejorar la sensibilidad a la insulina, y todas dicen que no han asistido a ninguna actividad formativa para aprender a controlar la glucemia.

Hipertensión. Del total de la población encuestada, el 55,9% (19 personas) manifiesta que se mide la presión arterial varias veces por año, no haciéndolo nunca el 44,1% (15 personas). Al preguntar por el tiempo que hace que se analizaron el nivel de presión arterial: 16 personas (47,1%) afirman que lo hicieron en el último año, nueve personas (26,5%) que nunca, cuatro personas (11,8%) en los últimos dos años, dos personas (5,9%) en los últimos cinco años y tres personas (8,8%) hace cinco años o más. Al 76,5% del total de la muestra (26 personas) nunca le ha comentado un profesional médico o enfermero que presentara presión arterial alta o hipertensión. La prevalencia por autorreporte de esta enfermedad es 23,5%, pues las 8 personas restantes afirmaron haber sido diagnosticadas con esa enfermedad, de las cuales una lo fue durante su embarazo. Dentro del análisis de las ocho personas que dicen haber sido diagnosticadas de hipertensión, tan sólo una (12,5%) informa que toma algún medicamento para el control de la presión arterial alta; cinco (62,5%) han modificado sus hábitos alimenticios; todas han reducido el consumo de sal y de alcohol y, finalmente, tan sólo tres personas (37,5%) practican ejercicio físico como pauta para reducir la tensión arterial.

Colesterol. El 26.5% de los participantes en el estudio (9 personas) se ha revisado alguna vez el nivel de colesterol en sangre, cinco de ellas (55,6%) lo hicieron en el último año. La prevalencia por autorreporte de hipercolesterolemia fue de 14,7% (cinco personas informadas por parte de un profesional médico o enfermero). De ellas, tan sólo dos afirman tomar algún medicamento para su control; cuatro han modificado sus hábitos alimenticios, reduciendo el consumo de grasas, las cinco han disminuido el consumo de cigarrillos y de alcohol y sólo dos hacen ejercicio físico como pauta para reducir el colesterol elevado en sangre. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la variable colesterol y la ingesta de alcohol ($X^2= 3,214$, $p=0,073$).

Prevalencia de eventos cardiovasculares y reconocimiento de signos y síntomas asociados a estas complicaciones

La prevalencia por autorreporte para los eventos cardiovasculares fue de 8.8%: infarto agudo de miocardio, angina de pecho y accidente cerebrovascular con un caso para cada uno. En el caso de accidente cerebrovascular, el paciente acudió a rehabilitación y modificó su estilo de vida como consecuencia de la patología cardíaca sufrida.

En cuanto al reconocimiento de síntomas para los eventos de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular, los síntomas más reconocidos por este colectivo fueron: dificultad para respirar y dolor o molestias en el pecho, para el primero, y dolor de cabeza intenso y dificultad repentina para caminar en el segundo (Tabla 2).

La proporción total de aciertos en el reconocimiento de los signos y síntomas de ataque cardíaco fue de 52,9% versus 63,2% para el accidente cerebrovascular; esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($X^2= 0,54$, $p=0,46$).

Tabla 2 - Reconocimiento de síntomas asociados a ataque cardíaco y a accidente cerebrovascular

Síntomas	n (%)
Ataque cardíaco	
Dificultad para respirar	28 (82,4)
Dolor o molestias en el pecho	24 (70,6)
Sentirse mareado o desmayarse	16 (47,1)
Cambios repentinos en la visión	15 (44,1)
Dolor o molestias en los brazos	15 (44,1)
Dolor en mandíbula cuello o espalda	10 (29,4)
Accidente cerebrovascular	
Dolor de cabeza intenso	28 (82,4)
Dificultad repentina para caminar	26 (76,5)
Dificultad repentina para hablar	22 (64,7)
Debilidad repentina en cara, brazos o pierna	22 (64,7)
Cambios repentinos en la visión	21 (61,8)
Dolor en el pecho	10 (29,1)

DISCUSIÓN

Habitualmente, los estudios sobre morbilidad en población extranjera se venían centrando en patología importada y sólo recientemente se han empezado a analizar las enfermedades crónicas⁽²¹⁾. En nuestro estudio, en relación con la diabetes, al 8,8% de los sujetos le ha comentado alguna vez un profesional médico o enfermero que padecía dicha patología, dato sensiblemente superior al 2,7% registrado en el estudio⁽¹¹⁾ o al 5%⁽²²⁾. El sesgo puede deberse al diferente tamaño muestral, ya que cuanto más pequeña sea la muestra, más posibilidades se tienen de que los resultados no sean representativos de la población de estudio, otra causa atribuible puede ser el rango de edades estudiados. Es destacable que todas las personas diabéticas de la muestra han modificado sus hábitos dietéticos, pero no han asistido a ningún curso formativo sobre la diabetes ni se examinan los pies para detectar posibles heridas por irritaciones. Por tanto, a priori, observamos un déficit de conocimientos relacionado con los cuidados en los sujetos con diabetes de nuestra muestra.

Prosiguiendo con otra enfermedad crónica como es la hipertensión arterial, su prevalencia por autorreporte en nuestra muestra (23,5%) representa una cifra muy superior al 4,1% registrado en el estudio⁽¹¹⁾ o el 10,8% que encuentra⁽²²⁾, sin que podamos establecer actualmente una explicación fehaciente para dichas diferencias,

pueden deberse a las causas anteriormente mencionadas del tamaño muestral. Sí es preciso comentar que la mitad de los sujetos diagnosticados realizan conductas promotoras de salud frente a su enfermedad, tales como disminución de la ingesta de alcohol y/o de sal y/o aumento de ejercicio físico.

La presencia de colesterol en sangre y diagnóstico de hipercolesterolemia han sido indicados por el 14,7% de la muestra, cifra de nuevo significativamente mayor al 5,4% analizado por autorreporte⁽²⁰⁾; estas diferencias pueden deberse a la medición de la variable, o que el tiempo de residencia en España es menor al de nuestra muestra y no hayan abandonado los hábitos nutricionales del país de origen, ya que toda la muestra en el último estudio no procede de América Latina, sólo el 75%. Cabe reseñar que, de todos los sujetos diagnosticados de colesterol elevado, la totalidad ha dejado de fumar y, la gran mayoría (80%), ha cambiado sus hábitos alimentarios; no se han encontrado en la bibliografía consultada datos que recojan este hecho, siendo significativo también que la mitad de los mismos practican ejercicio para mejorar su salud. Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre esta variable y la ingesta de alcohol.

Podemos afirmar que la salud cardiovascular autopercebida por los participantes de nuestro estudio es buena; sólo al 2,9% (1 persona) le fue diagnosticado un ataque cardíaco, también sólo al 2,9% le fue informado que padeció una angina de pecho y un solo sujeto padeció un accidente cerebrovascular; dichos datos son similares a los descritos⁽²²⁾, en los que existe una prevalencia para otras patologías del corazón del 3,3% y un 1,3% en el estudio⁽¹¹⁾, proviniendo ambos datos de distintas Comunidades Autónomas, Cataluña y Madrid, respectivamente. No se han encontrado investigaciones sobre el conocimiento de la población inmigrante acerca de los síntomas que aparecen tanto en el ataque cardíaco como en la enfermedad cerebrovascular, aunque consideramos que, dada la media de aciertos (58,1%), se pueden establecer medidas de carácter educativo y orientadas hacia la prevención primaria de dichos problemas de salud.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentran las propias de un estudio piloto y que tienen que ver principalmente con el número de sujetos estudiados. Este estudio servirá de base para una investigación ampliada en la ciudad de Sevilla, así como para evaluar la idoneidad del instrumento empleado y la recogida de datos realizada.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio han permitido ampliar el conocimiento sobre el estado de salud en el colectivo

de personas inmigrantes estudiados, que, aportan prevalencias por autorreporte de factores de riesgo y eventos cardiovasculares en nuestro estudio piloto superiores a las encontradas en la literatura, mereciendo este asunto la atención de los organismos sanitarios. Es pertinente continuar realizando estudios en esta línea, con el fin de

orientar el diseño y la implementación de actuaciones diferenciales desde la perspectiva de la enfermera, adecuadas a las necesidades del colectivo inmigrante, tales como actividades formativas en la prevención de la diabetes y la obesidad para capacitar a dicha población y así mejorar su nivel de salud.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Diálogo de alto nivel sobre la migración internacional y el desarrollo. En: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2006 sept.14-15; New York [Internet]. New York; 2006 [citado 2011 nov. 17]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/migration/index.html>
2. Cardim M, Luzón JL. Distribución por el territorio español de los inmigrantes procedentes de América Central y Caribe. En: Luzón JL, Cardim M, coordinadores. Problemas sociales y regionales en América Latina: estudio de casos. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009. p. 128-49.
3. Oliva J, Pérez G. Inmigración y salud. *Gac Sanit.* 2009;23 Supl 1:1-3.
4. Conceiro Rúa A, Pita-Vizoso R, Gómez-Besteiro I. Fulfillment of basic needs of the moroccan female immigrant population in Arteixo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 17];44(2):249-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_02.pdf
5. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Andrés A. Significant differences in the use of health care resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health.* 2009;9:201-13.
6. Haas JS, Phillips KA, Sonneborn D, McCulloch CE, Baker LC, Kaplan CP, et al. Variation in access to health care for different racial/ethnic groups by the racial/ethnic composition of an individual's country of residence. *Med Care.* 2004;42(7):707-14.
7. Agudelo-Suárez AE, Ronda-Pérez, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gac Sanit.* 2009;23 Supl 1:115-21.
8. García Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit.* 2009;23 Supl 1:338-46.
9. Ángel N, Ramos JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009;23 Supl 1:112-8.
10. García Ballesteros A, Jiménez Basco B, Redondo González A. La inmigración latinoamericana en España en el siglo XXI. *Investig Geogr.* 2009;70(1):55-70.
11. Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gênova-Maleras R, Pérez-Sanía A, Sánchez-Perruca L, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gac Sanit.* 2009;23(6):548-52.
12. España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social; Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Anuario Estadístico de Inmigración en 2008 [Internet]. Madrid; 2010 [citado 2010 nov. 4]. Disponible en: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Anuarios/Anuario2008.html>
13. Holloway A, Watson H. Función de auto-eficacia y el cambio de comportamiento. *Int J Nurs Pract.* 2002;8(2):106-15
14. Leininger M. Transcultural nursing. New York: Mc Graw-Hill; 1995. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents; p. 57-90.
15. Moreno-Preciado M, Martín Hernández T. Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. *Cult Cuidados.* 2003;7(14):44-8.
16. Ruiz Salvador D, Torralbo Ojeda E, Ortiz Morales MA, Pino Alcaraz MI, Artero López C. Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cult Cuidados.* 2006;10(20):76-82.
17. Grupo ASANEC de Inmigración. Atención de enfermería en población de origen extranjero. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2006 [citado 2011 jun. 1];2. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0103.pdf>
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2009.
19. Instituto Nacional de Estadística. Metodología de la Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 [Internet]. Madrid; 2009 [citado 2010 nov. 12]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase>
20. Organización de las Naciones Unidas (ONU). World Population Prospects: the 2008 revision population database [Internet]. New York; 2009 [cited 2010 Nov 30]. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf

-
21. Llisterri JL, Alonso FJ, Martincano JL, López JM, Rodríguez GC, Banegas JR. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población inmigrante asistida en atención primaria en España. *Med Clin (Barc)*. 2007;129(6):209-12.
22. Vall-Llosera L, Saurina C, Sáez M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):291-307.

(PI-0138), financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Gobierno de España), en la convocatoria del año 2009 e implementado por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, España.