

# RIdEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



## SUMARIO

### Editorial

### Espacio AEC

AEC y RIdEC una alianza fundamental

### Originales

- Diferencias en el abordaje del hábito tabáquico entre el personal sanitario de Atención Primaria
- Evaluación del proceso de vigilancia epidemiológica de la COVID-19 en Aragón
- Opiniones y discursos sobre el cierre de los parques infantiles por la pandemia COVID-19

- Recomendaciones clínicas del antígeno prostático específico en las CC.AA. y ciudades autónomas españolas

- Vacunación antineumocócica en la población mayor de 64 años en A Coruña

### Artículo especial

Informe de caso de cuidados de enfermería a un injerto cutáneo

### Carta a la dirección

Determinantes sociales de la salud y uso de servicios sanitarios

**ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)**

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

**DAE**editorial  
Grupo Paradigma

# RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

**RIdEC** es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

**RIdEC** es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

**RIdEC** es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español, portugués e inglés son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana  
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA  
en enfermería

Esta publicación está incluida en:



Cuidatge

Dialnet



**Dirección editorial, redacción y administración:** Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: [ridec@grupo-paradigma.com](mailto:ridec@grupo-paradigma.com) E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: [dae@grupo-paradigma.com](mailto:dae@grupo-paradigma.com)  
Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

**RIdEC** se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

**Normas de publicación para los autores disponibles en:** <http://www.enfermeria21.com/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/>  
ISSN: 1988-5474

# COMITÉ EDITORIAL

## EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

## EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

## EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

## CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza  
 Dra. Edurne Zabaleta del Olmo  
 Luis Carlos Redondo Castán  
 Dra. Maribel Mármol Lopez  
 Dra. M<sup>a</sup> José Cabañero Martínez  
 Miguel Ángel Díaz Herrera  
 Mireia Rados Martín  
 Dr. Raúl Juárez Vela  
 Dr. Jorge Casaña Mohedo  
 Dr. Antonio Ruíz Hontangas  
 Dr. Pablo Martínez Cánovas

Dra. Begoña Pellicer García  
 Dr. Jorge Mínguez Arias  
 Dr. Enrique Castro Sánchez  
 Dr. Juan José Suárez Sánchez  
 Dra. Marta Lima Serrano  
 Dra. Begoña Sánchez Gómez  
 Dra. María Ángeles de Juan Pardo  
 Dr. Enrique Oltra Rodríguez  
 D. Ramón Antonio Ôliveira  
 Dr. Pablo Sáinz Ruiz

Antonio García Iriarte  
 Dra. Patricia Moreno Marín  
 Dr. Gonzalo Duarte Climents  
 Dra. María Pilar López Sánchez  
 Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez  
 Dra. Ruth Angélica Landa Rivera  
 Dra. María de Jesús Jiménez González  
 Dra. Gabriela Maldonado Muñiz  
 Dr. José Luis Mendoza García  
 Dra. Natalia Ramírez Girón

## CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M<sup>a</sup> José Dasí García (Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompert García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendonça (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- M<sup>a</sup> Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M<sup>a</sup> Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

# RIdEC

## Sumario • Summary

Vol. 15 - nº 1 junio-noviembre 2022

### Editorial

- Enfermería, una voz para liderar el modelo de Atención Primaria... pero también liderazgo en investigación ..... 4  
*Dr. Vicente Gea-Caballero*

### Espacio AEC

- AEC y RIdEC una alianza fundamental ..... 6  
*José Ramón Martínez Riera*

### Originales

- Diferencias en el abordaje del hábito tabáquico entre el personal sanitario de Atención Primaria  
*Differences in addressing the smoking habit among the Primary Care staff..... 8*  
*Juan Pablo Redondo García, Luis Mendiolaigoitia Cortina*
- Evaluación del proceso de vigilancia epidemiológica de la COVID-19 en Aragón  
*Evaluation of the epidemiological monitoring process for COVID-19 in Aragon..... 19*  
*Beatriz Sánchez Hernando, Sara Navas Gorgojo, María Abian Dionís, Paula Rueda Peña, Cristina Languil Azcón, Natalia Fuertes Fernández*
- Opiniones y discursos sobre el cierre de los parques infantiles por la pandemia COVID-19  
*Opinions and statements about the closure of playgrounds due to the COVID-19 pandemic ..... 35*  
*Azucena Santillán García, Sergio R. López Alonso, Elena Sánchez Villar, Cadidjato Balde Balde, Clara Espinosa Jiménez, Almudena Arroyo Rodríguez*
- Recomendaciones clínicas del antígeno prostático específico en las CC.AA. y ciudades autónomas españolas  
*Clinical recommendations for the prostate-specific antigen in the spanish autonomous communities and cities..... 45*  
*Marina Cañabate Blanco, Carlos Álvarez Dardet, Jorge Marcos Marcos*
- Vacunación antineumocócica en la población mayor de 64 años en A Coruña  
*Pneumococcal vaccination in the population over 64 years of age in A Coruña ..... 54*  
*Vanesa Rojo Amigo, Ana Garrote Recarey*

### Artículo especial

- Informe de caso de cuidados de enfermería a un injerto cutáneo  
*Case report for nursing care in a skin graft ..... 65*  
*Raquel Refusta Ainaga, Lorena Rodríguez Elena, Luis Hernaiz Calvo*

### Carta a la dirección

- Determinantes sociales de la salud y uso de servicios sanitarios..... 75  
*Berta Rodoreda Pallàs, Iris Lumillo Gutiérrez, Victoria Morín Fraile*

# Editorial

## *ENFERMERÍA, UNA VOZ PARA LIDERAR EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA... PERO TAMBIÉN LIDERAZGO EN INVESTIGACIÓN*

Recién celebrada la semana y el Día Internacional de las Enfermeras 2022 en los que, además de conmemorar simbólicamente la figura de Florence Nightingale y el progreso y crecimiento de la enfermería y de las enfermeras, se aprovecha el día para ejercer posicionamientos y exponer/reclamar a la sociedad, a la clase política, y en especial a las personas que ejercen alta responsabilidad en la toma de decisiones sociales y sanitarias, sobre la capacidad de las enfermeras como agentes de salud. En especial, lanzamos mensajes sobre lo infrautilizado e ignorado que está un colectivo que es el más numeroso de los sistemas sanitarios, que tiene estudios superiores hasta terceros ciclos y una excelente y sólida formación, capacidad y competencia.

Pero en especial, si algo destacaría en las enfermeras, y creo que también lo ignora el sistema de salud, son las ganas, las muchas ganas que tienen y aplican para su persona y su profesión las enfermeras. Y como sabemos, el conocimiento y la habilidad suman, pero la actitud multiplica; y las ganas no son más que eso: actitud positiva.

Una gran parte de las enfermeras expertas y con más años de trayectoria han asumido el reto y se han lanzado a trabajar no solo de enfermeras en cualquiera de sus funciones, sino también a trabajar mediáticamente para recordar día sí y día también que estamos aquí, que estamos preparadas, y que ignorar a las enfermeras en cualquier decisión, no para el colectivo sino para el sistema y la población, es una irresponsabilidad que nadie se puede permitir. Es ese un liderazgo visible en lo que llamaríamos también competencia política. Imprescindible. También están las enfermeras más jóvenes, las que se formaron ya con planes de estudio de Grado y que han tenido la fortuna de salir al mercado laboral como graduadas superiores, accediendo a estudios oficiales de segundos y terceros ciclos como cualquier otra profesión, incluso con especialidades. Por lo tanto, con niveles de estudios que permiten mirar de tú a tú a cualquier otro profesional y que deberían servirles para tener un grado A1 o acceder a cualquier puesto en igualdad de condiciones, por mérito y capacidad, cosa que la resistencia y la inercia frenan, convirtiendo al sistema en inmovilista, apolillado y defensor del "aquí siempre ha sido así y no queremos cambiarlo...", mientras proponen para la práctica la innovación, la transformación, las buenas prácticas y la evidencia. Eso sí, en gestión, nada de eso.

Por si alguien lo dudaba, lo recuerdo: las generaciones más recientes y las nuevas generaciones de enfermeras vienen preparadas... muy preparadas para la acción. No es infrecuente un hecho que hace solo 15 o 20 años era algo inusual: enfermeras que, pese a su juventud, trabajan a tiempo completo, tienen uno o dos másteres profesionalizantes, alguna especialidad, se están doctorando y tienen varias publicaciones científicas en revistas de alto impacto, cuando aún no han cumplido los 30 o incluso los 25 años. Me gustaría que reflexionaran al respecto de qué otras profesiones en la actualidad hacen más que las enfermeras por su desarrollo.

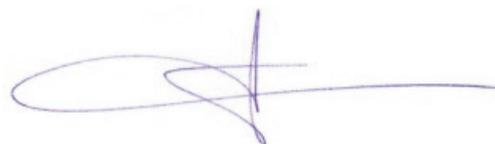
Estos perfiles, ya no tan inusuales, y para nada convertido en una egocéntrica reflexión mía sobre la calidad de las enfermeras de España o exclusivo de las enfermeras comunitarias, son un fenómeno internacional y sin fronteras. En todas partes las enfermeras se desarrollan más, asumen mayores responsabilidades con desparpajo, y con incluso edades inapropiadas para ello, se permiten, como en el caso de D. Juan Daniel Suárez Máximo, asumir el liderazgo de vocalías internacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC como la de México, y trabajar incansablemente para que la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC* siga su proceso de crecimiento y visibilidad en un entorno geográfico y cultural tan importante como es Latinoamérica, trabajando y organizando un equipo para que el número especial *RIdEC* México 2022 haya sido el pasado mes de mayo, y coincidiendo con la semana de las enfermeras, una realidad (<https://www.enfermeria-comunitaria.org/web/index.php/ridec/2893-ridec-2022-vol-15-supl-1>).

Seguro que coinciden conmigo en lo que decía: que estos perfiles profesionales son cada vez más frecuentes, y que hay ganas, muchas ganas... pero también talento, mucho talento.

Destacaría todo esto especialmente en las enfermeras de Atención Primaria (AP), especialistas o no. Porque talento hay, y mucho, en las enfermeras comunitarias. No creo necesario recordar el estado de la AP en España. Una AP rota, atropellada por una pandemia atroz pero ya herida antes de la pandemia, sin recursos, sin inversión, sin enfermeras (Sí, especialmente sin enfermeras), biologicista, poco familiar y poco comunitaria, con nuevos planes estratégicos para transformarla, pero sin casi inversión. Es normal que sea muy biologicista, poco familiar y poco comunitaria, porque faltan enfermeras. Decía al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS): invertir en enfermeras... Desde luego, la OMS lo sabe y lo recuerda cada año: inviertan en enfermeras. Inviertan en enfermeras comunitarias si quieren transformar la AP. Inviertan en talento, capacidad y competencia, en otra visión y gestión, anticipense a la realidad, al presente y futuro demográfico, social y sanitario. Pues la transformación del modelo de AP será con las enfermeras o no podrá ser. Pero no confíen en las enfermeras comunitarias como acompañantes sumisas y grandes colaboradoras, como en otras eras de la historia, sino como protagonistas, líderes y decisoras. No más que otros, pero tampoco menos que nadie. A este punto hemos llegado sin enfermeras, si quieren transformar, pongan enfermeras.

Ciertamente diría que nos repetimos con demasiada frecuencia estas virtudes enfermeras en foros internos, en foros enfermeros, y se comparten esas potencialidades en menor proporción en foros externos que alcancen a los grupos de decisión, los que finalmente invierten o dejan de invertir en Enfermería, y que pueden confiar los liderazgos a enfermeras, en gestión, en docencia, en asistencia, pero también en investigación.

Por ello, desde este editorial quiero recordar el lema del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) para el año 2022, "Enfermeras, una voz para liderar: Invertir en Enfermería"... para compartir que también queda pendiente otra brecha por romper, que es la del liderazgo enfermero en investigación, para el que probablemente también sea necesario invertir, pero que también es una responsabilidad enfermera: la investigación en cuidados.



**Dr. Vicente Gea-Caballero**  
Editor Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdeC.  
*Asociación de Enfermería Comunitaria.*

# ESPACIO AEC

## *AEC y RIdEC una alianza fundamental*

La *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC)* se está consolidando como un claro referente científico en el ámbito de la Enfermería Comunitaria tanto en España como en Iberoamérica. El reciente número especial de México es un claro exponente de ello.

Este hecho es sin duda el fruto de un gran trabajo de su Director, el Doctor Vicente Gea Caballero, como de cuantas personas componen el equipo editorial y de revisores. Su trabajo, compromiso y rigor son sus principales responsables.

Para mí, como Presidente de la AEC, es un verdadero orgullo contar con un medio de difusión científico de tanta solvencia como *RIdEC*, lo que complementa la madurez y el equilibrio científico-profesional de la principal sociedad científica española.

Nada en la vida es casual, todo lo contrario, es causal. La principal causa de esta exitosa simbiosis, AEC-RIdEC, viene determinada por la confianza depositada por parte de numerosas enfermeras comunitarias a la largo y ancho de toda España y ya de importantes países como México, Brasil, Argentina, Colombia o Portugal.

Todas/os somos conscientes de la importancia que actualmente tiene la generación de conocimiento científico. Por una parte, con el fin de fortalecer la calidad de la actividad profesional, en nuestro caso de la enfermería comunitaria, con la incorporación de las evidencias generadas a la prestación de cuidados profesionales de excelencia. Por otra parte, cada vez es más importante la publicación de los trabajos científicos en revistas de calidad e impacto que permitan avanzar en las carreras científico-profesionales.

Pero, siendo estas razones poderosas para justificar la existencia de una revista como *RIdEC*, no es menos cierto que la competencia editorial científica muchas veces impide un desarrollo mayor a aquellas revistas que al no estar bajo el paraguas de ninguna de las grandes multinacionales tienen un factor de impacto aparentemente menor. Y digo aparentemente porque si bien es cierto que los criterios del citado factor de impacto son los que son y determinan la clasificación de las revistas en función del mismo, no es menos cierto que los trabajos que se publican en las denominadas "grandes revistas" no son habitualmente los que llegan y leen la mayoría de las enfermeras. Es por ello que adquiere una gran relevancia la existencia de revistas como *RIdEC* que combinan una excelente calidad y rigor con una gran accesibilidad, a las que hay que añadir una cercanía en cuanto a los temas que se abordan y los contextos en que se desarrollan, lo que permite una importante e inmediata aplicabilidad a la práctica diaria sin perder calidad científica.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que en la medida en que las enfermeras publiquen en *RIdEC* y citen sus artículos, la posibilidad de crecimiento y posicionamiento será cada vez mayor sin perder por ello las ventajas descritas.

En un contexto de cuidados como en el que nos encontramos tras la pandemia de la COVID-19 se hace más necesario que nunca la generación de conocimiento propio de cuidados enfermeros que permitan dar respuesta a las necesidades que actualmente plantea una sociedad dinámica pero también cada vez más participativa y exigente.

Unas respuestas que hacen cada vez más necesario un liderazgo firme, decidido y profesional de las enfermeras en general y de las enfermeras comunitarias en particular.

*RIdEC* y AEC, AEC y *RIdEC* se configuran, por tanto, como claros referentes de desarrollo científico profesional.

Tanto desde AEC como desde *RIdEC*, vamos a continuar trabajando con dedicación, empeño, compromiso e implicación en la mejora de la calidad de nuestras aportaciones específicas, pero sin duda necesitamos del apoyo de las enfermeras comunitarias que son quienes realmente pueden y deben impulsar el avance de estos dos poderosos medios que se ponen a su alcance.

Animamos pues a las enfermeras a asumir el reto de la actualización, el avance, la solidez, el rigor y la consolidación de sus aportaciones profesionales que les permitan ser identificadas como referentes indiscutibles de cuidados y como portadoras del bien intrínseco que los mismos suponen.

AEC y *RidEC* tendrán sentido en tanto en cuanto las enfermeras consideren que lo tiene y para ello se requiere contar con su confianza, de igual forma que nosotras/os confiamos en ellas.



**José Ramón Martínez Riera**  
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

## Diferencias en el abordaje del hábito tabáquico entre el personal sanitario de Atención Primaria

<sup>1</sup> Juan Pablo Redondo García  
<sup>2</sup> Luis A. de Mendiolaigoitia Cortina

<sup>1</sup> Enfermero. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Asturias (España).

Dirección de contacto: [jp.redondo@hotmail.com](mailto:jp.redondo@hotmail.com)

<sup>2</sup> Máster en Enfermería UA. C.S. Noreña. Asturias (España).

### Cómo citar este artículo:

Redondo García JP, De Mendiolaigoitia Cortina LA. Diferencias en el abordaje del hábito tabáquico entre el personal sanitario de Atención Primaria. *RIdEC* 2022; 15(1):8-18.

**Fecha de recepción:** 26 de octubre de 2021.

**Aceptada su publicación:** 21 de febrero de 2022.

### Resumen

**Objetivo:** conocer las diferencias en las prácticas de deshabituación tabáquica del personal sanitario del SESPA (Servicios de Salud del Principado de Asturias) en Atención Primaria según sus propios hábitos tabáquicos durante el periodo de pandemia.

**Método:** estudio descriptivo transversal exploratorio mediante autocuestionario destinado a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y distribuido por e-mail interno realizado entre marzo y junio de 2021.

**Resultados:** la documentación sistemática del proceso de deshabituación es llevada a cabo un 57,03% de las veces, pudiendo considerarse baja y llegando a ser nula para un 25% de fumadores. El consejo breve de deshabituación se imparte "siempre o casi siempre" un 88,1% de las veces. El 96,9% de los sanitarios exfumadores está familiarizado con, por lo menos, dos o más métodos de deshabituación frente a un 75% de los fumadores. El 43% de los fumadores no ha realizado intervenciones o derivación para tratamiento durante el primer año frente a un 9,19% de los no fumadores, 4,7 veces menos. Un 13,33% de los profesionales refiere hacer siempre seguimiento de pacientes, un 28,88% no lo efectuó nunca, destacando que, de estos, el 56% es fumador frente al 18,65% de los exfumadores.

**Conclusiones:** las mayores diferencias prácticas se dan entre fumadores y exfumadores. Salvo el alto consenso en los "consejos breves", la disparidad de criterios revela una falta de uniformidad relacionada con hábitos personales y políticas institucionales difusas o desatendidas.

**Palabras clave:** tabaco; tabaquismo; cese del hábito de fumar; encuestas.

## Abstract

### Differences in addressing the smoking habit among the Primary Care staff

**Objective:** to understand the differences in smoking cessation practices among the Primary Care staff of the SESPA (Healthcare Services of the Principality of Asturias) according to their own smoking habits during the pandemic period.

**Method:** an exploratory cross-sectional descriptive study through self-questionnaire, targeted to all Primary Care healthcare professionals and distributed by internal email, conducted between March and June 2021.

**Results:** a systematic documentation of the smoking cessation process was conducted in 57.03% of cases, and it could be considered low and even non-existent for 25% of smoking persons. The brief advice for smoking cessation was given "always or almost always" on 88.1% of cases. Of the healthcare professionals who smoked in the past, 96.9% were familiar with at least two or more methods for smoking cessation vs. 75% of smoking professionals. 43% of smoking professionals have conducted neither interventions nor referral for treatment during the first year vs. 9.19% of non-smokers, which is 4.7 times less. 13.33% of professionals reported that they always followed up patients, while 28.88% never did this; it must be highlighted that 56% of these were smoking vs. 18.65% of previous smokers.

**Conclusions:** the greatest practical differences appeared between smokers and previous smokers. Except for the high consensus regarding "brief advice", the disparity of criteria revealed lack of uniformity associated with personal habits and vague or neglected institutional policies.

**Key words:** tobacco; smoking habit; smoking habit cessation: surveys.

## Introducción

El tabaquismo (1) consiste en la adicción a una sustancia socialmente aceptada que, por ser públicamente tolerada, es entendida como un hábito y un riesgo, pero genera problemas en el medio y largo plazo (2).

El tabaco afecta a todos los órganos del cuerpo (3). Las enfermedades relacionadas a su consumo son numerosas, siendo muchas de ellas prevenibles, retardables o evitables solo si se deja de fumar, siendo las más comunes: EPOC, asma, osteoporosis y diabetes (4). Es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad en el caso del cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, siendo causante de unas 56.000 muertes anuales en España (5). Provoca cada año más de 2.458 muertes en Asturias, alrededor de un 17% de todas las defunciones en la población mayor de 35 años y el 70,7% de las muertes en varones (6).

Su impacto sanitario es tal que los propios servicios de salud nacionales e internacionales disponen de normas, planes, medidas y protocolos específicos para su prevención y tratamiento (7). Las enfermedades derivadas del consumo de tabaco suponen un enorme gasto para todo el mundo, incidiendo especialmente en las regiones de América del Norte y Europa (3). Es por ello que los servicios sanitarios, como el español, reflejan la prevalencia del tabaco como uno de sus índices centrales de la salud general de la población (8). En 2009 en España el gasto sanitario que supuso al Estado fue de 8.781,88 millones de euros según los cálculos del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) (9). El efecto del tabaco sobre la salud es el factor más importante que debería contemplar la política sanitaria española (10).

El tabaquismo es una adicción muchas veces muy difícil de superar, lo cual hace imperativo la disposición de medidas facilitadoras por parte de las instituciones. Su incidencia indica que un 28% de la población consume tabaco diariamente y un 19% se considera exfumador (11). Desde la aplicación del primer Convenio Marco de la OMS para el control de Tabaco CMC 2003 (12), con el que se incide en el control de la industria tabacalera, en España ha habido importantes avances en

la reducción de la epidemia tabáquica (10). Acorde con las directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las resoluciones ministeriales y los consejos de las distintas sociedades científicas, el Principado de Asturias a través de la Dirección General de Salud Pública ha desarrollado proyectos orientados a la prevención del tabaquismo y sus efectos sobre la población (13).

El personal sanitario es, como grupo social, uno de los que más influencia tienen en la deshabituación tabáquica, tanto por sus intervenciones profesionales como por ser modelo social de referencia. La prevalencia global de consumo de tabaco en el colectivo de sanitarios es del 28,1% (14) con valores máximos y mínimos del 40,3% y el 19,1%; y menor en el colectivo médico con 16,4% y enfermería de 25,4%. Dependiendo de los estudios los porcentajes, en el entorno sanitario llegan al 43% según el sector laboral (15). Algunas prioridades fundamentales siempre han sido el reducir la prevalencia del consumo del tabaco en este personal (16), fomentar su apoyo a los programas de prevención, orientar el consejo y la captación antitabáquica, eliminar la presencia de tabaco dentro de los edificios y disminuirla en las instalaciones y alrededores de los centros sanitarios (17,18).

El tabaquismo es un problema transversal, la ayuda al paciente fumador es fundamental en el enfoque integral, que permite disminuir la mortalidad a corto y medio plazo, siendo muy importante homogeneizar las pautas de actuación concretas y basadas en la evidencia. Con ello se facilita la intervención, intentando formar a los profesionales sanitarios, garantizando una homogeneidad de proceso que permita evaluar los resultados, y son claves en la actuación de quienes asisten a una amplia variedad de pacientes y están limitados por el tiempo disponible (médicos, enfermeras, dentistas, matronas, etc.). Las más recientes guías de práctica clínica recomiendan con énfasis que todo profesional sanitario debe de preguntar acerca de la relación de sus pacientes con el tabaco al menos una vez al año, y aconsejar a aquellos que fuman que lo dejen (19).

El objetivo de estas estrategias es que toda persona fumadora que acuda a los servicios de salud sea identificada por medio de una "pregunta" protocolaria, reciba un "consejo breve" de dejar de fumar. Este debe de estar relacionado con el motivo de consulta, ser impartido durante la consulta rutinaria e independientemente de que el fumador pida ayuda para dejar de fumar (20). En caso de solicitarla se le ofrecerá "tratamiento" según métodos que tengan evidencia científica sobre su efectividad. Es esencial intervenir sobre toda persona fumadora en cada visita que hagan a los servicios de salud, como mínimo con una de estas intervenciones breves, ya que quién acude a un servicio de salud muestra preocupación por su salud y por ello debe de ser advertido de los factores de riesgo que presenta y animado a eliminarlos. Para asegurarlo se pretende cambiar la cultura del personal sanitario y sus patrones de práctica clínica.

Es previsible que durante el periodo de emergencia de COVID-19, el funcionamiento del servicio de deshabituación haya sido afectado como tantos otros (21).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio ha sido conocer si los hábitos personales de los profesionales afectan a su práctica clínica y si han sido afectados por las alertas sanitarias. Si fuera así podría reorientar los esfuerzos institucionales hacia este servicio sabiendo que, consecuentemente, el beneficio revertiría primero sobre el paciente asistido y finalmente sobre la población en general.

## Material y método

### Diseño

Estudio descriptivo transversal, exploratorio, realizado entre marzo y junio de 2021 y de ámbito regional.

### Población de estudio

Todos los miembros sanitarios de Atención Primaria del Sistema de Salud del Principado de Asturias implicados en la intervención de deshabituación tabáquica, lo cual debería incluir, según datos corporativos, a 821 médicos y 66 dentistas, incluidos en la categoría "Otro Personal Facultativo" (22). Se añade una cantidad estimativa del 50% del personal de enfermería (1.985 de las 3.971 profesionales) y un 50% de matronas (52 profesionales de 105), ya que los datos no aparecen desglosados en las fuentes consultadas, haciendo un total aproximado de 2.925 profesionales. Con un nivel de confianza del 90%, un margen de error del 5% y una respuesta esperada del 50%, el tamaño muestral debería ser de 124 respuestas. Se obtuvieron finalmente 135 respuestas.

## Variables

Variables demográficas, profesionales, de hábitos de consumo de tabaco, de intervenciones y conocimientos.

Como variable independiente el personal sanitario se dividió en tres categorías cualitativas según sus hábitos: fumadores, no fumadores y exfumadores.

Como variable dependiente se consideran intervalos cualitativos para cada paso del proceso clínico de deshabituación según la práctica autopercebida de cada trabajador.

## Recogida de datos

Se empleó un cuestionario *ad hoc*, no validado, autocumplimentado y vía *online*, garantizando tanto el anonimato como la voluntariedad de los participantes. Incluía un total de 16 ítems comunes para todas las categorías con el fin de evaluar tanto la calidad como la percepción sobre la práctica de la deshabituación tabáquica clínica. Nueve ítems adicionales a partir de la escala Fagerström para los declarados fumadores. Tres ítems para los declarados exfumadores, de forma que permitiera comprobar sus motivaciones en su proceso de deshabituación. Finalmente se incluyeron dos espacios de texto libre para recoger opiniones personales y sugerencias.

Se realizó una campaña de distribución del cuestionario iniciada el 1 mayo y finalizada el 31 de junio de 2021, usando los medios corporativos autorizados a las gerencias de las ocho áreas sanitarias en las que se divide el SESPA y a Centros de Salud de Referencia. El empleo de estos medios corporativos disponibles, teléfonos y e-mail, permitió valorar tanto la capacidad comunicativa de la administración con su personal en los momentos de la pandemia, así como la capacidad de respuesta a las necesidades de un servicio concreto en tal singular periodo.

## Análisis de datos

Se realizó una agrupación de las variables cualitativas mediante tablas de frecuencias y porcentajes, la agrupación de datos por intervalos discretos y finalmente su asociación a una escala orientativa no validada.

Para el análisis de datos se ha empleado el programa estadístico 'Calc' de ApacheOpenoffice 4.1.1.

Los datos sociodemográficos son proporcionados por el SESPA (22), pero no aparecen actualizados ni desglosados en las áreas sanitarias en que se divide, ni por categorías profesionales distintas a la de facultativos. Ninguna administración consultada pudo proporcionar datos más fiables o actualizados. Por ello los datos obtenidos son aplicables al conjunto del servicio, pero no a áreas concretas.

## Aspectos éticos

Con respeto a las normas internacionales de protección de datos y la legislación española vigente (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales, BOE 294 de 6/12/2018) no se incluyó información que pudiera identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio en las bases de datos. Los investigadores responsables garantizan la seguridad de los datos recogidos, que solo podrán ser utilizados para el fin señalado en el apartado de "objetivos" del estudio.

Tanto en la Hoja Informativa como en el Cuestionario se indica que: "Este cuestionario es voluntario y anónimo, no existe la obligación de cumplimentarlo, entregarlo ni de contestar todas las preguntas contenidas en el mismo". También "Estamos comprometidos con la confidencialidad, por favor, no se han de incluir datos personales que puedan identificar a los/las participantes". El estudio cuenta con el correspondiente permiso del Comité de Ética e Investigación del Principado de Asturias código CEImPA nº 2021.262

## Resultados

Se encuentra un sesgo de género con un 36% más de participación femenina (Tabla 1), lo cual es acorde al sesgo de género indicado por el SESPA para los trabajadores sanitario del 36,98% (22) y otros estudios sobre poblaciones sanitarias del 31,92% (14).

La inespecificidad de los datos institucionales sobre cantidades de categorías profesionales hace cualquier cálculo de participación profesional especulativo, por lo que no fueron incluidos para su comparación (Tabla 2). Se ha dividido al

**Tabla 1.** Datos poblacionales

Datos geográficos	Respuestas	%
Área 1	12	8,88
Área 2	8	5,92
Área 3	16	11,85
Área 4	56	41,48
Área 5	9	6,66
Área 6	6	4,44
Área 7	18	13,33
Área 8	10	7,40
Total respuestas	135	
Datos demográficos	Respuestas	%
Hombre	35	26,7
Mujer	96	73,3
Total respuestas	131	

**Tabla 2.** Datos profesionales

Datos Profesionales	Respuestas	%	Hábito	Respuestas	% Intraprofesional	% Interprofesional
Médica/o	48	35,55	Fumador	5	11,11	3,70
			No fumador	28	58,33	20,74
			Exfumador	15	31,25	11,11
Enfermera/o	85	62,96	Fumador	10	11,76	7,40
			No fumador	58	68,23	42,96
			Exfumador	17	20,00	12,59
Matrón/a	1	0,75	Fumador	0	0	0
			No fumador	1	100	0,75
			Exfumador	0	0	0
Dentista	1	0,75	Fumador	1	100	0,75
			No fumador	0	0	0
			Exfumador	0	0	0
Total	135		Fumador	16		11,85
			No fumador	87		64,44
			Exfumador	32		23,7

grupo de sanitarios, observando tres categorías de hábitos, entre fumadores, no fumadores y exfumadores (Tabla 2). A pesar de que los exfumadores podrían englobarse en la categoría de no fumadores, se ha decidido separar las categorías para comprobar si se observaban diferencias sustanciales entre exfumadores y los fumadores.

Solo uno de los 135 resultados indicó no aconsejar dejar de fumar, resultando no representativo. Destacar que el ofrecimiento del "consejo breve" es del 100% para los exfumadores (Tabla 3).

**Tabla 3.** Consejo breve, pregunta protocolaria y cumplimentación documental

¿Aconsejas a tus pacientes que dejen de fumar?				¿Habitualmente preguntas y cubres en los protocolos sanitarios si el paciente fuma o no fuma?		
Hábito	Respuestas	Resultado	%	Respuestas	Resultado	%
Fumadores	Sí	13	81,25	Sí	7	43,75
	A veces	2	12,50	A veces	5	31,25
	No	1	6,25	No	4	25,00
No fumadores	Sí	74	85,05	Sí	50	57,47
	A veces	13	14,95	A veces	36	41,37
	No	0	0	No	1	1,16
Exfumadores	Sí	32	100	Sí	20	62,50
	A veces	0	0	A veces	12	37,50
	No	0	0	No	0	0
Total	Sí	119	88,14	Sí	77	57,03
	A veces	15	11,11	A veces	53	39,25
	No	1	0,75	No	5	3,70
RESPUESTA		ESCALA		RESPUESTA		ESCALA
Sí		Estricto		Sí		Estricto
A veces		Laxo		A veces		Laxo
No		Nulo		No		Nulo

Es sugerente comparar el grado de pregunta y cumplimentación protocolaria rigurosa del total, que se sitúa en un 57,03%, frente al de cumplimentación laxa (suma de respuestas "siempre o casi siempre" con "a veces") que se sitúa en el 96,28%, indicando estas diferencias porcentuales que el grado de implicación general con los programas de deshabituación es laxo (Tabla 3). La pregunta y cumplimentación estricta de fumadores y no fumadores no supera el 69,51%, que, a pesar de ser alto, no llega a poder considerarse como estricto.

Por medio de una pregunta de respuesta múltiple se comprueba la familiaridad de los profesionales con métodos de deshabituación. El 96,9% de los sanitarios exfumadores está familiarizados con por lo menos dos o más métodos. El 25% de los sanitarios fumadores solo está familiarizado con una práctica (Tabla 4).

**Tabla 4.** Familiaridad con la diversidad de métodos de deshabituación

¿Estás familiarizado con las ayudas para dejar de fumar?			
Hábito	Respuestas	Resultado	%
Fumadores	3 o más métodos distintos	9	56,25
	2 métodos distintos	3	18,75
	1 métodos distintos	4	25,00
	0 métodos	0	0

**Tabla 4.** Familiaridad con la diversidad de métodos de deshabituación (continuación)

¿Estás familiarizado con las ayudas para dejar de fumar?			
Hábito	Respuestas	Resultado	%
No fumadores	3 o más métodos distintos	53	60,91
	2 métodos distintos	26	29,88
	1 métodos distintos	8	9,19
	0 métodos	0	0
Exfumadores	3 o más métodos distintos	25	78,12
	2 métodos distintos	6	18,75
	1 métodos distintos	1	3,13
	0 métodos	0	0
Total	3 o más métodos distintos	87	64,44
	2 métodos distintos	35	25,92
	1 métodos distintos	13	9,62
	0 métodos	0	0
ESCALA	3 o más métodos distintos	Alto	
	2 métodos distintos	Medio	
	1 métodos distintos	Bajo	
	0 métodos	Nulo	

Se establecieron intervalos agrupando el número de intervenciones antitabáquicas de 10 en 10 asistencias hasta formar cuatro categorías (Tabla 5). El periodo de alerta sanitaria, aún vigente durante el periodo de encuesta, se inicia con la entrada en vigor del Primer Estado de Alarma, el 14 de marzo de 2020, un año y tres meses (23). Al tratarse de un mismo periodo y condiciones para los tres grupos se pueden esperar cambios proporcionales. El 71% de los sanitarios ha asistido a entre uno y diez pacientes, mientras que el 14% no ha realizado asistencia a la deshabituación. El 43% de los fumadores ha tenido derivación nula frente a un 15,62% de los exfumadores y del 9,19% de los fumadores, lo cual supone tres veces menos "intervenciones o derivaciones". Ningún fumador llegó a nivel alto.

**Tabla 5.** Intervenciones en la deshabituación o derivaciones durante pandemia

Durante este último año, incluida la pandemia COVID-19, ¿has ayudado o derivado para ayudar a personas fumadoras?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
Fumadores	21 o más	0	0
	Entre 11 y 20	4	25,00
	Entre 1 y 10	5	31,25
	0 personas	7	43,75
No fumadores	21 o más	4	4,59
	Entre 11 y 20	4	4,59
	Entre 1 y 10	71	81,62
	0 personas	8	9,19

**Tabla 5.** Intervenciones en la deshabituación o derivaciones durante pandemia (continuación)

Durante este último año, incluida la pandemia COVID19, ¿has ayudado o derivado para ayudar a personas fumadoras?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
Exfumadores	21 o más	2	6,25
	Entre 11 y 20	5	15,62
	Entre 1 y 10	20	62,5
	0 personas	5	15,62
Total	21 o más	6	4,44
	Entre 11 y 20	13	9,62
	Entre 1 y 10	96	71,11
	0 personas	20	14,81
ESCALA	21 o más	Alto	
	Entre 11 y 20	Medio	
	Entre 1 y 10	Bajo	
	0 personas	Nulo	

Se establecieron cuatro intervalos para categorizar los periodos habituales de seguimiento. Se observó una alta variabilidad de criterios, indicados por porcentajes respuestas similares para cada intervalo en cada categoría. El 13,33% hace seguimiento siempre, el 39,99% hace seguimiento hasta el año, el 71,1% hace seguimiento seis meses, mientras que un 28,88% no realiza seguimientos (Tabla 6). El 56% de los sanitarios fumadores no llevan a cabo seguimiento, frente al 27,58% de no fumadores y un 18,65 de los exfumadores, lo cual supone una diferencia del más del doble con el resto de categorías.

**Tabla 6.** Seguimiento de personas en tratamiento de deshabituación

¿Haces el seguimiento de tus pacientes una vez dejan de fumar o son exfumadores?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
Fumadores	Siempre	2	12,50
	1 años	2	12,50
	6 meses	3	18,75
	No	9	56,25
No fumadores	Siempre	12	13,79
	1 años	20	22,98
	6 meses	31	35,63
	No	24	27,58
Exfumadores	Siempre	4	12,50
	1 años	14	43,15
	6 meses	8	25,00
	No	6	18,65
Total	Siempre	18	13,33
	1 años	36	26,66
	6 meses	42	31,11
	No	39	28,88

**Tabla 6.** Seguimiento de personas en tratamiento de deshabituación (*continuación*)

¿Haces el seguimiento de tus pacientes una vez dejan de fumar o son exfumadores?			
Hábito	Leyenda	Resultado	%
ESCALA	Siempre	Alto	
	1 años	Medio	
	6 meses	Bajo	
	No	Nulo	

## Discusión

La tasa de fumadores entre el personal sanitario estudiado es 2,8 veces menor que en la población general (11) y requiere estudio. Las explicaciones plausibles son bien una predisposición entre los encuestados previa al ejercicio de su profesión a no fumar, o bien una subestimación de fumadores. La solución está en las respuestas a la segunda pregunta de la Tabla 3, en la que se observa que, a pesar de que la no cumplimentación protocolaria general, se sitúa en el 3,70% de los encuestados, en la categoría de fumadores llega al 25%, lo cual es 6,75 veces superior que el de la categoría de exfumadores. Este es un sesgo categórico calificable como muy alto e indica que los fumadores no preguntan o no complimentan tan sistemáticamente sus intervenciones como fumadores y exfumadores. Es por ello, también esperable, que hayan participado menos en este estudio; su representación puede estar infravalorada como a menudo sucede en este tipo de consultas (15). Por otro lado, la participación de exfumadores se sitúa por encima de la media, estando sobrerrepresentada, lo cual supone otro sesgo. Estos sesgos afectan a las preguntas cuantitativas entre categorías y requeriría ponderación para corregirse, pero no afecta a las características cualitativas propias del grupo, y permiten realizar comparaciones válidas entre ellos.

La participación de dentistas y matronas fue testimonial a pesar de que su intervención puede ser decisiva, sobre todo en la captación de pacientes.

Comparativamente, en otros estudios más amplios, las proporciones de fumadores entre el colectivo médico son del 16,4% y enfermería de 25,4% (14), mientras que el presente estudio muestra un 11,11% de médicos fumadores y un 11,76% de enfermeras fumadoras, suponiendo una gran diferencia sin poder encontrarle explicación plausible.

La tasa de ofrecimiento estricto de consejo breve se sitúa en las tres categorías por encima del 80%, siendo mayor entre los exfumadores. Esto indica un gran consenso en torno a su beneficio y su conveniencia.

La baja, e incluso nula, asistencia y derivación a la deshabituación a los fumadores durante el periodo estudiado es coherente con los problemas de movilidad y restricciones a la reunión impuestas por los Decreto de Alarma Sanitaria por COVID-19 (23). Ninguna categoría llegó al nivel "alto". Sin embargo, destaca que los fumadores han declarado "asistencia nula" tres veces más.

El seguimiento alto del paciente es similar en todas las categorías. Los exfumadores realizan el doble de seguimientos al año que los fumadores. Dato crucial es que el 56% de los fumadores no efectúa seguimiento.

Estas diferencias en la participación son reflejo de una distinta percepción del riesgo, distinta motivación personal, diferente familiaridad con técnicas y alternativas entre los grupos. La tendencia de los fumadores es una menor intervención que la media. La de fumadores y exfumadores es a una mayor intervención que la media.

Comparando categorías se observa que las de no fumadores y exfumadores son similares, apreciando mayor rendimiento entre los exfumadores, mientras que ambas son muy distintas de la de fumadores.

La baja cumplimentación protocolaria y la disparidad en el seguimiento de los casos hacen de por sí que se pregunte por la idoneidad del proceso de deshabituación empleado en la actualidad.

Como fortalezas, destacar que la evidencia de diferencias en el abordaje según las categorías propuestas es tan abrumadora que a pesar de obtener una muestra relativamente baja resulta suficientemente esclarecedora.

Destacar que este estudio fue realizado al año del inicio de la pandemia, y muestra los datos percibidos y subjetivos de los propios profesionales sobre el funcionamiento de un servicio en un momento de restricciones, estrés e incertidumbre sin igual, así como de limitaciones técnicas y hasta políticas del momento. Por tanto, un estudio del que se pueden realizar extrapolaciones sobre el funcionamiento de otros servicios en aquel entonces.

Como debilidad, señalar que no se ha podido determinar fehacientemente el índice de respuesta profesional y se ha tenido una participación baja, sin que esto reste valor a los datos obtenidos. El sesgo participativo con infrarrepresentación de fumadores indica una baja disponibilidad a la participación y una desvirtuación de los datos. ¿Podría este sesgo ser un motivo de la baja difusión por parte de algunas direcciones sanitarias?

Sería interesante poder comparar las intervenciones profesionales individuales con el éxito en la deshabituación de los pacientes para poder reconocer el rendimiento del proceso y las posibles fuentes de mejora.

El menor empeño en el abordaje antitabáquico de los fumadores introduce un importante sesgo asistencial y afecta a cupos enteros de pacientes. Debido a la gran diferencia de prácticas entre categorías se encuentra un doble beneficio en planes específicos para la deshabituación tabáquica al personal sanitario, tanto individual para el profesional como institucional y asistencial. Es previsible también un fuerte impacto en el proceso de una unidad de deshabituación centralizada capaz de unificar criterios, coordinar hospital y centros de salud, y orientar a los profesionales y pacientes.

Se encontraron serias dificultades en la difusión de la encuesta, notando que, después de obtener los permisos necesarios, campaña y envíos por medios corporativos y varias semanas de desarrollo, aún había áreas sanitarias enteras en las que no se había cumplimentado ninguna encuesta. Se solucionó contactando directamente con los coordinadores de los Centros de Salud de Referencia. Otro gran problema que no se pudo solventar fue el bloqueo de la Centralita de Gestión de Llamadas Automatizada a los centros de salud instalada a raíz de la COVID-19 en 2020. En 11 centros de salud de los 31 seleccionados se desistió de contactar después de cinco días sin comunicación con ningún operador humano.

## Conclusiones

Existen diferencias cualitativas entre las tres categorías estudiadas para todas las preguntas realizadas. Los fumadores son menos proclives que la media a participar en los procesos de deshabituación. Hay diferencias sustanciales entre fumadores y exfumadores en todas las preguntas, reflejo de sus propios hábitos y motivaciones.

Para el conjunto estudiado hay consenso en cuanto al consejo breve, siendo riguroso; la práctica de la pregunta y cumplimentación protocolaria fueron laxos; las intervenciones y derivaciones durante los periodos de estado de alarma han sido bajas; y el "seguimiento" fue bajo, existiendo gran heterogeneidad de prácticas.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Leone A, Landini L, Leone A. What is Tobacco Smoke? Sociocultural Dimensions of the Association with Cardiovascular Risk. *Current Pharmaceutical Design*. 2010; 16(23). Doi: <http://doi.org/10.2174/138161210792062948>
- [2] Bello S. Tratamiento del Tabaquismo. *Rev Chil Cardiol*. 2011; 30(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602011000300007>
- [3] Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2016; 27(1):58-64. Doi: <http://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- [4] Brian D, Carter MPH, Christian C, Abnet Ph D. Smoking and Mortality – Beyond Established Causes. *NEJM*. 2015; 372:631-40. Doi: <http://doi.org/10.1056/NEJMSa1407211>

- [5] Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología*. 2020; 56(9):559-63. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.11.021>
- [6] Consejería de Sanidad del Principado de Asturias [internet]. Programa de Prevención y control del tabaquismo 2019-2023. 2021 [citado 21 feb 2022]; 9. Disponible en: [https://www.astursalud.es/documents/35439/39210/Programa\\_prevenccion\\_tabaquismo\\_2021.pdf/9fe9feb0-9d13-ff5d-8677-9077d4ea24a3?t=1625738121230](https://www.astursalud.es/documents/35439/39210/Programa_prevenccion_tabaquismo_2021.pdf/9fe9feb0-9d13-ff5d-8677-9077d4ea24a3?t=1625738121230)
- [7] World Health Organization (WHO). Who Report On The Global Tobacco Epidemic. 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. [internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 21 feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/97892415?sequence=1>
- [8] Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [internet]. 2007 [citado 21 feb 2022]; 14. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
- [9] Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo [internet]. WHO; 2009 [citado 22 feb 2022]; 3. Disponible en: [file:///C:/Users/Madrid4/Downloads/Informe\\_fiscalidad\\_01.pdf](file:///C:/Users/Madrid4/Downloads/Informe_fiscalidad_01.pdf)
- [10] Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*. 2018; 151(5):171-90. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- [11] Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. V Encuesta de Salud para Asturias. ESA 2017 [internet]. 2021 [citado 21 feb 2022]; 112. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38202/ESA2017.pdf/70ec7760-c0aa-f8bc-0869-45c489acc97d>
- [12] Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer Convenio Marco de la OMS para el control de Tabaco [internet]. Ginebra: WHO Document Production Services [citado 21 feb 2022]; 2003. p. 7. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>
- [13] Servicios de Comunicación Audiovisual del Principado de Asturias - Audiencia e información pública. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030 Poblaciones Sanas Personas Sanas [internet]. p. 9-10. [citado 21 feb 2022]. Disponible en: <http://www.asturiasparticipa.es/wp-content/uploads/2019/01/Plan-de-Salud-15-enero-2019.pdf>
- [14] Martínez C y grupo de coordinadores de los hospitales de la red. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gac Sanit*. 2016; 30(1):55-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.006>
- [15] Hernández Péreza JM, Jadraque Jiménez P, Sánchez Castro AL, Gómez Aragón FJ. Prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores del Área de Salud de la Isla de La Palma. *Medicina General y de Familia*. 2015; 4(3):63-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.002>
- [16] Robledo de Dios T, Saiz Martínez-Acitores I, Gil López E. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo. [internet] 1999 [citado 21 feb 2022]; 1(2):117-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-los-profesionales-sanitarios-el-tabaquismo-13010688>
- [17] Viana Alonso A, Fernández Martín J, Sáinz Rojo A, Moral Iglesias L. Encuesta sobre las medidas de prevención antitabáquica en la red de hospitales del Insalud. *Med Clin*. 2001; 116(3):117. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71739-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71739-3)
- [18] Reyes Urueña JM, Burón Pust A, Sala Serra M, Serra Pujadas C, Diaconu A, Macià Guilà F. Evolución del consumo de tabaco en trabajadores de un hospital de Cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2013; 87(4):407-17. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000400010>
- [19] Silagy CA, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001 [citado 21 feb 2022] (1):4. Art. No.: CD000165. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165>
- [20] NICE. Stop smoking interventions and services NICE guideline [internet]. 2018 [citado 21 feb 2022]. p. 9, 15. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-1837751801029>
- [21] Garrido P, García J, Abarca B, Íñiguez A. Impacto de la COVID-19 en lo NO-COVID-19 [internet]. 2021 [citado 21 feb 2022]. p. 17-18. Disponible en: <https://facme.es/wp-content/uploads/2021/11/Documento-Integral-Impacto-del-COVID-19-en-lo-NO-COVID-19.pdf>
- [22] Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Memoria SESPA 2017 [internet]. Madrid: SESPA; 2018 [citado 21 feb 2022]. p. 71. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38190/MEMORIA%20SESPA%202017.pdf/aec72d8b-e9e2-1aa1-b071-b7833b19c2ce>
- [23] Gobierno de España. Estados de Alarma. La Moncloa.gob [internet] [citado 24 ene 2022]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>

<sup>1</sup> Beatriz Sánchez Hernando  
<sup>2</sup> Sara Navas Gorgojo  
<sup>2</sup> María Abian Dionis  
<sup>2</sup> Paula Rueda Peña  
<sup>2</sup> Cristina Languil Azcón  
<sup>2</sup> Natalia Fuertes Fernández

## Evaluación del proceso de vigilancia epidemiológica de la COVID-19 en Aragón

<sup>1</sup> Miembro del Grupo Enfermero de Investigación en Atención Primaria de Aragón (GENIAPA). Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza (España).

Dirección de contacto: beasanhern@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermera. Centro de Salud Amparo Poch. Zaragoza (España).

### Cómo citar este artículo:

Sánchez Hernando B, Navas Gorgojo S, Abian Dionis M, Rueda Paña P, Languil Azcón C, Fuertes Fernández N. Evaluación del proceso de vigilancia epidemiológica de la COVID-19 en Aragón. *RIdEC* 2022; 15(1):19-33.

**Fecha de recepción:** 26 de octubre de 2021.

**Aceptada su publicación:** 21 de febrero de 2022.

### Resumen

**Objetivo:** realizar una evaluación del proceso de vigilancia epidemiológica de la COVID-19, mediante la descripción de incidencias encontradas durante la actividad de los profesionales de referencia.

**Método:** se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal, de marzo a junio de 2021 en los centros de salud del Servicio Aragonés de la Salud, dirigida a una muestra por conveniencia de profesionales que asumían labores de rastreo. Para ello se hizo una encuesta mediante Google Forms que recogía una serie de incidencias, separadas en diferentes categorías (características laborales, incidencias con el paciente, con el equipo de Atención Primaria, con diferentes entidades y con los medios técnicos disponibles). Se obtuvieron medias y porcentajes mediante el programa Microsoft Excel.

**Resultados:** la tasa de respuesta fue del 62%. El 83% de los participantes encontró pacientes negacionistas pocas veces, casi el 90% no recibió nunca o pocas veces insultos y/o amenazas. Más de la mitad de los participantes respondió que los médicos indicaron acciones diferentes a la referente pocas veces. El 50% de los participantes afirma que desde Salud Pública les solucionaron las dudas siempre. La mayoría de los participantes afirmó trabajar en espacios bien iluminados y bien climatizados.

**Conclusiones:** no hubo muchas incidencias reseñables salvo la limitada percepción de ayuda de las compañeras enfermeras, la escasez de recursos sociales, la dificultad en la notificación de casos y la atención a los pacientes de mutuas y clínicas privadas y la lentitud del programa informático. La evaluación del proceso de VEC permitirá mejorar los puntos señalados.

**Palabras clave:** infecciones por coronavirus; COVID-19; epidemiología; monitoreo epidemiológico; rol de la enfermera; enfermera comunitaria; Atención Primaria de Salud.

## Abstract

### Evaluation of the epidemiological monitoring process for COVID-19 in Aragon

**Objective:** to conduct an evaluation of the epidemiological monitoring process for COVID-19 through the description of incidences found during the activities of the professionals of reference.

**Method:** a descriptive and cross-sectional study was conducted from May to June 2021 in the primary care centres of the Aragonese Health System, targeted to a convenience sample of professionals conducting tracing activities. To this end, a survey was prepared through Google Forms, including a series of incidences classified into different categories (occupational characteristics, incidences with patients, with the Primary Care team, with different institutions and with the technical resources available). Mean levels and percentages were obtained through the Microsoft Excel program.

**Results:** there was a 62% response rate; 83% of participants seldom found denialists, and almost 90% never or seldom received insults and/or threats. Over half of the participants answered that doctors seldom prescribed actions different to the standard. 50% of participants claimed that their doubts were always solved by Public Health. The majority of participants claimed that they worked in well-lit and well-air conditioned spaces.

**Conclusions:** not many noteworthy incidences were found, except for the limited perception of help from nurse colleagues, the lack of social resources, the difficulty for reporting cases, and the care for patients of private clinics and insurances, and the slowness of the computer program. The evaluation of the epidemiological monitoring process will allow to improve the aspects highlighted.

**Key words:** coronavirus infections; COVID-19; epidemiology; epidemiological monitoring; nursing role; community nurse; Primary Care.

## Introducción

En diciembre de 2019 se registraron los primeros casos de una nueva enfermedad conocida como COVID-19, poco después, en marzo de 2020, debido a la rapidez en la propagación y a la gravedad del cuadro que causaba, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia que llega hasta la actualidad (1-3). Tras declararse la pandemia se sometió a la población mundial a diferentes cuarentenas. En España, con el fin de proteger la salud de la población, contener la progresión de la enfermedad y disminuir el impacto en el sistema sanitario, se aprobó el RD 463/2020 declarando el estado de alarma (1). Estas medidas se han ido modificando en el tiempo, en dependencia de las diversas olas que han afectado a la población española.

El efecto devastador producido por el virus SARS-CoV-2 en todo el mundo es incuestionable (4). La nueva enfermedad ha puesto en jaque la salud mundial y, con ello, los sistemas sanitarios. En España supuso el colapso de los servicios sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada y la falta de recursos tanto materiales como humanos (5). Esta infección, causada por el virus SARS-CoV-2, se puede dividir en tres etapas diferentes: periodo de incubación, en el que el virus puede estar o no detectable; periodo sintomático leve o asintomático, en el que el virus suele estar detectable, y periodo sintomático grave, en el que suele haber una alta carga viral (1). La fácil propagación del virus, a través de la vía respiratoria mediante aerosoles, incluso en personas asintomáticas, ha cambiado nuestra forma de vivir y de relacionarnos (6,7). Actualmente, las principales medidas de prevención incluyen, además de las denominadas tres M (distanciamiento social de un metro o más de distancia, uso de mascarilla y lavado de manos), la correcta vacunación (6).

Para el control de la transmisión ha sido clave la identificación temprana de posibles casos, su aislamiento y la detección de sus contactos estrechos (1,8). La Atención Primaria ha sido, una vez más, muy importante en este punto, ya que un altísimo porcentaje de los pacientes tuvieron su primer contacto con esta parte del sistema sanitario durante las sucesivas olas, con especial intensidad a partir de la segunda ola, al asumir las tareas de vigilancia epidemiológica y realización de pruebas diagnósticas (2).

En junio de 2020, el Servicio Aragonés de la Salud realizó un llamamiento para cubrir 106 plazas temporales centros de salud de los diferentes sectores sanitarios de Aragón, con el objetivo de realizar, entre otras, tareas de vigilancia epidemiológica de la COVID-19 (VEC). Muchas de ellas fueron cubiertas por especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) mientras que otras se cubrieron con enfermeras generalistas y demás categorías profesionales. Aquellos centros de salud que no fueron dotados con esta figura tuvieron que encargar las labores de rastreo a otros profesionales, bien ya contratados o bien de nueva contratación. La implementación de esta figura ha resultado clave en el control de la pandemia en todos los ámbitos, puesto que se ha logrado frenar la expansión del virus gracias a un estrecho seguimiento epidemiológico de los pacientes y sus contactos (9).

El objetivo principal del estudio consistió en realizar una evaluación del proceso de VEC, mediante la descripción de las posibles incidencias encontradas durante la actividad habitual de los profesionales, a lo largo de la pandemia.

## Metodología

**Diseño:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, durante los meses de marzo a junio de 2021 en los centros de salud de Aragón.

**Población y muestra:** la población diana fueron los y las profesionales que asumían las labores de vigilancia epidemiológica o rastreo en los centros de salud del Servicio Aragonés de la Salud. Se efectuó un muestreo de conveniencia. Se contactó con 90 profesionales de referencia de VEC.

**Procedimiento:** a través de correo electrónico corporativo se envió una encuesta mediante la aplicación Google Forms.

**Recogida y análisis de los datos:** se llevó a cabo una encuesta *ad hoc*, que recogía las incidencias surgidas del ejercicio diario de los y las participantes, separadas en diferentes categorías. Se recogieron los datos crudos y se obtuvieron medias y porcentajes. El análisis de datos se realizó mediante el programa Microsoft Excel.

**Variables:** se recopilaron datos sobre las siguientes categorías: características laborales, incidencias con el paciente, incidencias con el equipo de Atención Primaria, incidencias con diferentes entidades, incidencias con los medios técnicos disponibles. Cada uno de los ítems era cuantificado mediante una escala Likert de 4 puntos (siempre, muchas veces, pocas veces, nunca).

**Aspectos éticos:** las encuestas y el tratamiento de los datos fueron anónimos y no contenían información sensible. De manera previa se solicitó el consentimiento de los participantes. Los datos fueron tratados según la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018 del 25 de diciembre.

## Resultados

Se obtuvieron 56 respuestas (tasa de respuesta de 62,22%). En cuanto a las características personales de los y las participantes, destacan casi un 80% de contratos eventuales, aproximadamente 2/3 de participantes con menos de un año de antigüedad, tan solo el 25% fue especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, se recogieron respuestas de seis de los ocho sectores sanitarios de Aragón (Tabla 1).

	N	%
<b>Tipo de contrato</b>		
Eventual	44	78,57
Interino	1	1,79
Fijo	11	19,64
<b>Antigüedad en el puesto</b>		
Menos de un año	37	66,07
Entre 1 y 5 años	11	19,64
Más de 5 años	8	14,29

**Tabla 1.** Características laborales (continuación)

	N	%
<b>Categoría profesional</b>		
Enfermera/o	34	60,71
Enfermera/o Familiar y Comunitaria	14	25
Médica/o	6	10,71
Trabajador/a social	2	3,57
<b>Tipo de centro de salud</b>		
Rural	23	41,07
Urbano	33	58,93
<b>Provincia</b>		
Huesca	14	25
Zaragoza	40	71,43
Teruel	2	3,57
<b>Sector</b>		
Alcañiz	2	3,57
Barbastro	10	17,86
Huesca	3	5,36
Zaragoza I	15	26,79
Zaragoza II	12	21,43
Zaragoza III	14	25

Respecto a las incidencias con el paciente, se recogió información sobre personas con infección y personas identificadas como contacto estrecho. En cuanto a las personas con COVID-19, destaca que más del 80% de los participantes encontró pacientes negacionistas (que negaban la existencia de la enfermedad y/o tener una infección activa por este virus) pocas veces, casi 2/3 partes encontraron pocas veces pacientes que no querían hacer aislamiento, casi el 90% no recibió nunca o pocas veces insultos y/o amenazas y un amplio porcentaje reportó que los pacientes no acudían a las pruebas diagnósticas nunca o pocas veces. En cuanto a las personas identificadas como contactos, los datos fueron muy similares (Tabla 2).

**Tabla 2.** Incidencias con el paciente

Pacientes COVID+	N (%)	Contactos	N (%)
<b>Pacientes negacionistas</b>		<b>Errores en la identificación</b>	
Nunca	6 (10,71)	Nunca	7 (12,5)
Pocas veces	47 (83,93)	Pocas veces	43 (76,79)
Muchas veces	3 (5,36)	Muchas veces	5 (8,99)
Siempre	0	Siempre	1 (1,79)
<b>No quiere hacer aislamiento</b>		<b>No quiere hacer aislamiento</b>	
Nunca	0	Nunca	0
Pocas veces	37 (66,07)	Pocas veces	35 (62,5)
Muchas veces	19 (33,99)	Muchas veces	21 (37,5)
Siempre	0	Siempre	0

**Tabla 2.** Incidencias con el paciente (continuación)

Pacientes COVID+	N (%)	Contactos	N (%)
<b>Insultos y/o amenazas</b>		<b>Insultos y/o amenazas</b>	
Nunca	14 (25)	Nunca	14 (25)
Pocas veces	35 (62,5)	Pocas veces	37 (66,07)
Muchas veces	7 (12,5)	Muchas veces	5 (8,99)
Siempre	0	Siempre	0
<b>No localizados</b>		<b>No localizados</b>	
Nunca	2 (3,57)	Nunca	3 (5,36)
Pocas veces	25 (44,64)	Pocas veces	28 (50)
Muchas veces	29 (51,76)	Muchas veces	25 (44,64)
Siempre	0	Siempre	0
<b>No acude a prueba diagnóstica</b>		<b>No acude a prueba diagnóstica</b>	
Nunca	3 (5,36)	Nunca	4 (7,14)
Pocas veces	44 (78,57)	Pocas veces	44 (78,57)
Muchas veces	9 (16,07)	Muchas veces	8 (14,29)
Siempre	0	Siempre	0

En cuanto a las incidencias con el equipo, destaca que más de la mitad de los participantes respondieron que los médicos indicaron acciones diferentes a la referente en VEC, suprimieron pruebas sin criterio y adelantaron fines de aislamiento pocas veces. En lo que respecta a las incidencias con el equipo enfermero, más del 50% de los participantes respondió que este equipo nunca se niega a hacer pruebas diagnósticas y pocas veces dan información errónea. Algo más del 60% de los participantes indicó que el equipo administrativo no orientó correctamente en función del protocolo a los pacientes pocas veces. Cerca del 50% de los participantes respondió que pocas veces hay un recurso social para sus pacientes. Dos terceras partes de los participantes respondió que las compañeras de VEC del centro nunca se saltaron el protocolo y la mitad respondieron que las compañeras de VEC del resto de Aragón colaboraron siempre. Más de la mitad de los participantes afirmó que su superior del equipo (coordinador/a del centro de salud) nunca cuestionó su actividad (Tabla 3).

**Tabla 3.** Incidencias con el equipo

	N	%
<b>Con el equipo médico</b>		
<b>Indican acciones o tiempos diferentes a la referente en VEC</b>		
Nunca	7	12,5
Pocas veces	29	51,76
Muchas veces	20	35,71
Siempre	0	0
<b>Suprimen pruebas sin criterio</b>		
Nunca	20	35,71
Pocas veces	31	55,36
Muchas veces	4	7,14
Siempre	1	1,79

**Tabla 3.** Incidencias con el equipo (continuación)

	N	%
<b>Con el equipo médico</b>		
<b>Adelantan fines de aislamiento</b>		
Nunca	11	19,64
Pocas veces	34	60,71
Muchas veces	11	19,64
Siempre	0	0
<b>Con el equipo enfermero</b>		
<b>Se niegan a hacer pruebas diagnósticas</b>		
Nunca	33	58,99
Pocas veces	17	30,38
Muchas veces	4	7,14
Siempre	2	3,57
<b>Dan información errónea</b>		
Nunca	19	33,99
Pocas veces	32	57,14
Muchas veces	5	8,99
Siempre	0	0
<b>Ayudan a la VE cuando hay sobrecarga</b>		
Nunca	12	21,43
Pocas veces	26	46,43
Muchas veces	6	10,71
Siempre	12	21,43
<b>Con el equipo administrativo</b>		
<b>Orientan mal a los pacientes</b>		
Nunca	11	19,64
Pocas veces	35	62,5
Muchas veces	10	17,86
Siempre	0	0
<b>Citan con demasiada demora</b>		
Nunca	29	51,79
Pocas veces	19	33,99
Muchas veces	8	14,29
Siempre	0	0
<b>Con los servicios sociales (del centro o externos)</b>		
<b>Informan sobre los recursos disponibles</b>		
Nunca	3	5,36
Pocas veces	24	42,86
Muchas veces	20	35,71
Siempre	9	16,07

**Tabla 3.** Incidencias con el equipo (continuación)

	N	%
<b>Con los servicios sociales (del centro o externos)</b>		
<b>Hay un recurso para el paciente</b>		
Nunca	2	3,57
Pocas veces	26	46,43
Muchas veces	24	42,86
Siempre	4	7,14
<b>Con las compañeras que realizan VEC en el mismo centro (si las hay)</b>		
<b>Dan información diferente</b>		
Nunca	33	58,99
Pocas veces	20	35,71
Muchas veces	3	5,36
Siempre	0	0
<b>Se saltan el protocolo</b>		
Nunca	38	67,86
Pocas veces	16	28,57
Muchas veces	2	3,57
Siempre	0	0
<b>Con las compañeras que realizan VEC en otro centro</b>		
<b>Colaboran</b>		
Nunca	3	5,36
Pocas veces	2	3,57
Muchas veces	23	41,07
Siempre	28	50
<b>Atienden al teléfono</b>		
Nunca	3	5,36
Pocas veces	4	7,14
Muchas veces	30	53,57
Siempre	19	33,99
<b>Con los superiores jerárquicos del centro de salud</b>		
<b>Valora el trabajo que realizo</b>		
Nunca	0	0
Pocas veces	15	26,79
Muchas veces	18	32,14
Siempre	23	41,07
<b>Me deja tiempo suficiente para realizar mi labor de VEC</b>		
Nunca	1	1,79
Pocas veces	14	25
Muchas veces	18	32,14
Siempre	23	41,07

**Tabla 3.** Incidencias con el equipo (continuación)

	N	%
<b>Con los superiores jerárquicos del centro de salud</b>		
<b>Cuestiona mi actividad</b>		
Nunca	29	51,76
Pocas veces	18	32,14
Muchas veces	5	8,99
Siempre	4	7,14
<b>Con los superiores jerárquicos del sector</b>		
<b>Me soluciona dudas</b>		
Nunca	2	3,57
Pocas veces	10	17,86
Muchas veces	22	39,26
Siempre	22	39,26
<b>Valora mi trabajo</b>		
Nunca	2	3,57
Pocas veces	11	19,64
Muchas veces	19	33,99
Siempre	24	42,86

En lo referente a las incidencias con las diferentes entidades, destaca que un 50% de los participantes afirma que desde Salud Pública les solucionaron las dudas siempre. Aproximadamente dos terceras partes de los participantes indicó que las mutuas desconocían el procedimiento de notificación de la COVID-19 muchas veces, un porcentaje similar contestó que las clínicas privadas notificaron correctamente sus casos positivos pocas veces. La mitad de los participantes afirmó que profesionales del Departamento de Educación contradijeron sus recomendaciones pocas veces. También la mitad de los participantes respondieron que los profesionales del ejército aportaron información errónea pocas veces (Tabla 4).

**Tabla 4.** Incidencias con entidades

	N	%
<b>Con Salud Pública</b>		
<b>Responde a mis correos</b>		
Nunca	0	0
Pocas veces	1	1,79
Muchas veces	9	16,07
Siempre	46	82,14
<b>Responde a mis llamadas</b>		
Nunca	1	1,79
Pocas veces	3	5,36
Muchas veces	18	32,14
Siempre	34	60,71

**Tabla 4.** Incidencias con entidades (continuación)

	N	%
<b>Con Salud Pública</b>		
<b>Me soluciona dudas</b>		
Nunca	2	3,57
Pocas veces	4	7,14
Muchas veces	22	39,26
Siempre	28	50
<b>Con mutuas</b>		
<b>Desconoce el procedimiento de notificación de la COVID-19</b>		
Nunca	1	1,79
Pocas veces	13	23,21
Muchas veces	38	67
Siempre	4	7,14
<b>Rechaza atender a sus mutualistas</b>		
Nunca	5	8,99
Pocas veces	9	16,07
Muchas veces	34	60,71
Siempre	8	14,29
<b>Con clínicas privadas</b>		
<b>Notifica correctamente sus casos positivos</b>		
Nunca	3	5,36
Pocas veces	37	66,07
Muchas veces	14	25
Siempre	2	3,57
<b>Proporciona a los pacientes la información adecuada</b>		
Nunca	7	12,5
Pocas veces	38	67,86
Muchas veces	10	17,86
Siempre	1	1,79
<b>Con el Departamento de Educación</b>		
<b>Contradican las recomendaciones emitidas por la referente en VEC</b>		
Nunca	13	23,21
Pocas veces	29	51,76
Muchas veces	14	25
Siempre	0	0
<b>Aportan información errónea</b>		
Nunca	10	17,86
Pocas veces	28	50
Muchas veces	18	32,14
Siempre	0	0

**Tabla 4.** Incidencias con entidades (*continuación*)

	N	%
<b>Con el Departamento de Educación</b>		
<b>Da información confidencial a las familias</b>		
Nunca	19	33,93
Pocas veces	21	37,5
Muchas veces	15	26,79
Siempre	1	1,79
<b>Siguen el protocolo</b>		
Nunca	0	0
Pocas veces	20	35,71
Muchas veces	23	41,07
Siempre	13	23,21
<b>Realiza una correcta identificación de contactos</b>		
Nunca	6	10,71
Pocas veces	22	39,29
Muchas veces	18	32,14
Siempre	10	17,86
<b>Con el ejército</b>		
<b>Contradican las recomendaciones emitidas por la referente en VEC</b>		
Nunca	14	26,42
Pocas veces	25	47,17
Muchas veces	14	26,42
Siempre	0	0
<b>Aportan información errónea</b>		
Nunca	8	15,09
Pocas veces	27	50,94
Muchas veces	18	33,96
Siempre	0	0
<b>Da información confidencial a las familias</b>		
Nunca	25	48,07
Pocas veces	19	35,85
Muchas veces	8	15,38
Siempre	0	0
<b>Siguen el protocolo</b>		
Nunca	2	3,77
Pocas veces	12	22,64
Muchas veces	27	50,94
Siempre	12	22,64

**Tabla 4.** Incidencias con entidades (continuación)

	N	%
<b>Con el ejército</b>		
<b>Realiza una correcta identificación de contactos</b>		
Nunca	8	16
Pocas veces	15	30
Muchas veces	19	38
Siempre	8	16

En cuanto a las incidencias con los medios técnicos disponibles, la gran mayoría de los participantes respondió que los teléfonos y el sistema informático funcionan correctamente siempre y/o muchas veces. La mayoría de los participantes afirmó trabajar en espacios bien iluminados y bien climatizados (Tabla 5).

**Tabla 5.** Incidencias con los recursos disponibles

	N	%
<b>Con el teléfono móvil</b>		
<b>Funciona correctamente</b>		
Nunca	1	1,82
Pocas veces	1	1,82
Muchas veces	16	29,09
Siempre	37	67,27
<b>Me permite hacer todas las llamadas que necesito</b>		
Nunca	1	1,79
Pocas veces	1	1,79
Muchas veces	13	23,21
Siempre	41	73,21
<b>Con el teléfono de la consulta</b>		
<b>Funciona correctamente</b>		
Nunca	1	1,79
Pocas veces	0	0
Muchas veces	25	44,64
Siempre	30	53,57
<b>Me permite hacer todas las llamadas que necesito</b>		
Nunca	1	1,79
Pocas veces	0	0
Muchas veces	24	42,86
Siempre	31	55,36

**Tabla 5.** Incidencias con los recursos disponibles (continuación)

	N	%
<b>Con el programa informático</b>		
<b>Funciona correctamente</b>		
Nunca	0	0
Pocas veces	2	3,57
Muchas veces	49	87,5
Siempre	5	8,93
<b>Es intuitivo</b>		
Nunca	4	7,14
Pocas veces	9	16,07
Muchas veces	36	64,29
Siempre	7	12,5
<b>Se asocia bien la información</b>		
Nunca	0	0
Pocas veces	3	5,36
Muchas veces	45	80,36
Siempre	8	14,29
<b>"Se cuelga" o va lento</b>		
Nunca	0	0
Pocas veces	24	42,86
Muchas veces	30	53,57
Siempre	2	3,57
<b>Con el lugar de trabajo (consulta o puesto)</b>		
<b>Consulta propia</b>		
Sí	31	55,36
No	25	44,64
<b>Buena iluminación</b>		
Sí	49	87,5
No	7	12,5
<b>Privacidad</b>		
Sí	34	60,71
No	22	39,29
<b>Climatización adecuada</b>		
Sí	42	75
No	14	25

## Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una evaluación del proceso, mediante la cuantificación de una serie de incidencias encontradas por las referentes en VEC del Servicio Aragonés de la Salud a lo largo de su actividad habitual.

En cuanto a las incidencias asociadas al paciente la gran mayoría encontró pocas veces pacientes negacionistas, pacientes que no quisieran hacer aislamiento y que no acudieron a realizarse las pruebas diagnósticas. Estas cifras contrastan con algunas evidencias que recogen los efectos de la pandemia en la salud mental de la población (10), en los que el negacionismo, la ira y la oposición a lo establecido son más comunes de lo habitual. En línea con este estudio, los resultados muestran que en torno a la mitad de los participantes no localizó a sus pacientes muchas veces. Además, aunque no se trata de un porcentaje elevado, destaca cerca de una décima parte de los participantes que recibió amenazas y/o insultos por parte de los pacientes muchas veces. Esta conducta ya ha sido observada recientemente en el sector sanitario (11,12). Se ha de permanecer alerta para rechazar y denunciar cualquier actitud lesiva en contra de los profesionales sanitarios.

En cuanto a las incidencias con el equipo, algo más de la mitad de los participantes afirmó que el colectivo médico contradijo las decisiones del referente en VEC pocas veces. Es vital que el trabajo en equipo sea real y todos los profesionales puedan confiar en las capacidades y las competencias de los compañeros, de lo contrario solo se conseguirá confundir a los pacientes y producir un deterioro en la calidad de la atención (13). Con respecto a las compañeras del equipo de enfermería, más de la mitad de los participantes respondió que aunque nunca se negaban a hacer las pruebas diagnósticas pertinentes, también nunca o pocas veces ayudaban en las labores de VEC cuando había sobrecarga. Una vez más, si las enfermeras referentes en VEC no logran integrarse en los equipos, la calidad de la atención podrá verse afectada (13,14).

La mayor parte de los encuestados respondió que el equipo administrativo orientaba mal y citaban con demora a los pacientes pocas veces o nunca. El trabajo del equipo administrativo es clave para conseguir la correcta atención de los enfermos, ya que son uno de los ejes imprescindibles en la organización de los centros (13,14). Algo menos de la mitad de las participantes contestó que obtuvo información sobre recursos sociales y encontraron dichos recursos para sus pacientes pocas veces. A pesar de que al inicio de la pandemia se generaron redes de ayuda y voluntariado, y posteriormente se habilitaron recursos sociales para pacientes covid, muchas veces estos fueron insuficientes y la información disponible sobre cómo acceder a los mismos fue limitada (14,15). La mayoría de los participantes respondió que las referentes VEC del mismo y de otros centros de salud daban información diferente o se saltaban el protocolo pocas veces, siendo también muchas las que respondieron que dichas compañeras colaboraban muchas veces o siempre. Esto podría deberse a que las personas referentes trabajan bajo los mismos protocolos y con un grado de formación similar, aunque también se puede intuir un alto nivel de compañerismo. Una amplia mayoría de los participantes refirió que sus superiores jerárquicos del centro de salud (coordinación) valoraron el trabajo realizado y dejaron suficiente tiempo para realizar las tareas de VEC muchas veces o siempre, también una buena parte de las participantes respondió que sus superiores del sector (dirección) valoraron su trabajo y les resolvieron dudas muchas veces o siempre. Resulta imprescindible que los equipos trabajen de forma unificada bajo las mismas directrices y que las direcciones y coordinaciones apoyen a sus trabajadores, sólo así se podrá garantizar una atención de calidad (13).

Respecto a las incidencias con diferentes entidades, la gran mayoría de los participantes afirmó que desde el servicio de Salud Pública les respondieron a sus correos siempre, algo más de la mitad contestó que desde Salud Pública contestaron a sus llamadas y casi la totalidad de las encuestadas refirió que solucionaron sus dudas muchas veces o siempre. Es clave que la Atención Primaria y la Salud Pública trabajen de forma conjunta, complementándose en sus labores para completar la vigilancia epidemiológica en todos los ámbitos.

Con respecto a las mutuas, cerca de las tres cuartas partes de los participantes respondieron que desconocían el procedimiento de notificación de la COVID-19 y rechazaban atender a sus mutualistas muchas veces o siempre. Se observan porcentajes similares al preguntar si en el caso de las clínicas privadas notifican correctamente sus casos confirmados y dan la información adecuada al paciente, obteniendo porcentajes para las respuestas nunca y pocas veces, entre el 70 y el 80%. Esta merma en la atención de mutualistas y trabajadores, que ya había sido documentada previamente (16), supone un problema ya que por una parte ven deteriorada su atención sanitaria y, por otra parte, se produce una infranotificación de los casos, lo que dificulta la visibilización de estadísticas reales para los portales de transparencia. En cuanto al Departamento de Educación y el Ejército, se observan porcentajes similares en las variables "Contradican las recomendaciones emitidas por la referente" y "Aportan información errónea", en las que en torno a tres cuartas partes de las respuestas fueron nunca y/o pocas veces; en la variable "Siguen el protocolo" la mayoría de las respuestas fue muchas veces y/o siempre y "Realiza una correcta identificación de contactos". Del Departamento de Educación destaca que una cuarta parte de los encuestados respondió que se dio información confidencial a las familias muchas veces. El apoyo de estas entidades en las labores de

VEC ha sido crucial para poder contener la pandemia; no obstante, puede ser peligroso atribuir tareas y actividades propias de profesionales sanitarios a otros colectivos sin la formación necesaria (17).

En lo referente a los medios técnicos disponibles, una gran mayoría de los participantes respondió que tanto el teléfono móvil facilitado por las direcciones para agilizar las labores de VEC, como el teléfono de la consulta y el programa informático funcionaron correctamente muchas veces y/o siempre. Destaca un 53% de participantes que respondió que el programa informático "se colgaba" o iba lento muchas veces. Se ha invertido mucho esfuerzo profesional y económico durante la pandemia para mejorar las herramientas que utilizan los profesionales en su quehacer diario, lo cual ha permitido agilizar muchos trámites y tener mejor acceso a la información necesaria (18). Por último, aunque aproximadamente la mitad de los encuestados afirmó tener consulta propia, las condiciones de iluminación y climatización fueron generalmente buenas.

Como limitaciones cabe destacar que se trata de una muestra reducida de población, por lo que los resultados no serían externalizables a otras poblaciones; además, el sistema de vigilancia epidemiológica utilizado en Aragón puede diferir de los empleados en otras comunidades autónomas. El uso de estos resultados se limita a la posible mejora del proceso dentro del propio Servicio Aragonés de la Salud. El hecho de que sea un muestreo de conveniencia también supone una limitación.

## Conclusiones

Las incidencias observadas en los pacientes han sido escasas, aunque cabe destacar un pequeño porcentaje de profesionales que han sufrido insultos y/o amenazas. Dentro del Equipo de Atención Primaria, la cuantificación de las incidencias con los diferentes colectivos (médico, enfermero y administrativo) tampoco ha sido elevada, salvo en el caso de la limitada percepción de ayuda de las compañeras enfermeras en los momentos de más carga de trabajo. A pesar de las redes de voluntariado y el aumento de recursos sociales, pocas veces se ha encontrado el recurso idóneo para los pacientes. Las incidencias más destacables de las entidades colaboradoras han sido que las mutuas y clínicas privadas pudieron tener dificultades en la notificación de casos y la atención a sus pacientes. Se valora positivamente la ausencia de grandes incidencias con respecto al departamento de Salud Pública, Educación y el Ejército. En lo referente a los medios técnicos, sería necesario revisar los problemas detectados en cuanto al programa informático.

La evaluación del proceso de VEC permitirá a las direcciones y gerencias mejorar los puntos señalados para que los resultados del trabajo realizado sean mejores y garanticen la protección de la salud individual y colectiva, así como el mejor desempeño profesional posible.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Infantes Esteban S. Pandemia de COVID-19 en el siglo XXI. Rev Derecho, Empres y Soc (REDS). [internet] 2020 [citado 1 may 2022]; 16:79-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7631164>
- [2] García JMM, Izquierdo JA, Pérez MIG. COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí? Aten Primaria. 2020 Dec 1; 52(10):676-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.003>
- [3] Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta Biomed Atenei Parm. 2020; 91(1):157-60. Doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- [4] Ministerio de Sanidad. Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. 16 de julio de 2020 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 1 may 2022]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Plan\\_de\\_respuesta\\_temprana\\_escenario\\_control.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control.pdf)

- [5] The Lancet Public Health. COVID-19 in Spain: a predictable storm? *Lancet Public Health*. 2020; 5(11):e568. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30239-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30239-5)
- [6] Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19. Ginebra: OMS; 2021 [internet] [citado 1 may 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
- [7] Riediker M, Tsai DH. Estimation of Viral Aerosol Emissions From Simulated Individuals With Asymptomatic to Moderate Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(7):e2013807-e2013807.
- [8] Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 1 may 2022]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf)
- [9] García Gómez N, Alfaro Aroca M, Córcoles Jiménez P, Vinuesa Picazo J, Gómez López O. Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios. *RIdEC*. [internet] 2021 [citado 1 may 2022]; 14(2):33-40. Disponible en: <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/category/297/RIdEC-v14-2-COMPLETA.pdf>
- [10] Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*. 2021; 53(1):89-101. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>
- [11] Arimany-Mansoa J, Clos-Masóa D, Gómez-Durán EL. Sobre las agresiones a profesionales sanitarios. *Atención Primaria*. 2016; 48(3):147-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.002>
- [12] Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2019 [citado 1 may 2022]; 93:e201910097. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100103&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103&lng=es).
- [13] Bayona Huguet X, Romano Sánchez J, Peris Grao A. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2019 [citado 1 may 2022]; 93:e201901001. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100076&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100076&lng=es)
- [14] Bayona Huguet X. La organización de los equipos de atención primaria a partir de la pandemia de COVID-19. *Atención Primaria Práctica*. 2020; 2(6):100066. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.appr.2020.100066>
- [15] Pastor Seller E. Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia. *Prospectiva*. 2021; 32:1-14. Doi: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.11397>
- [16] Martínez Barroso MR. El contagio por SARS-CoV-2 en el medio laboral. Entre el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. *Semergen*. 2021 Mar; 47(2):69-71. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.03.001>
- [17] Bartolomé-Cela E, de-Sebastián-Quetglas L. Los retos del apoyo sanitario de la Armada durante la pandemia por la COVID-19. *Sanid Mil*. 2021; 77(3):121-2. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712021000300001>
- [18] Alfaro M, Bonis J, Bravo R, Fluiters E, Minué S. Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(1):107-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.005>



# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

**Cursos online**



**Amplio catálogo de cursos**

- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>

<sup>1</sup> Azucena Santillán García  
<sup>2</sup> Sergio R. López Alonso  
<sup>3</sup> Elena Sánchez Villar  
<sup>3</sup> Cadidjato Balde Balde  
<sup>3</sup> Clara Espinosa Jiménez  
<sup>3</sup> Almudena Arroyo Rodríguez

## Opiniones y discursos sobre el cierre de los parques infantiles por la pandemia COVID-19

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Burgos. Universidad Internacional de Valencia. España.

<sup>3</sup> Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios". Universidad de Sevilla. España..

<sup>2</sup> Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios", Universidad de Sevilla. Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Málaga. España.

Dirección de contacto: ebevidencia@gmail.com

### Cómo citar este artículo:

Santillán García A, López Alonso SR, Sánchez Villar E, Balde Balde C, Espinosa Jiménez C, Arroyo Rodríguez A. Opiniones y discursos sobre el cierre de los parques infantiles por la pandemia COVID-19. *RIdEC* 2022; 15(1):35-44.

**Fecha de recepción:** 23 de marzo de 2022.

**Aceptada su publicación:** 1 de mayo de 2022.

### Resumen

**Objetivos:** los objetivos fueron describir la situación de los parques públicos infantiles en España, explorar la percepción de los usuarios al respecto y los cambios de ocio derivados de esta medida.

**Métodos:** se realizó un estudio nacional con metodología mixta, con una selección muestral masiva para responder una encuesta *ad hoc* por internet, en noviembre de 2020. La muestra constó de 3.034 sujetos. El análisis de datos cuantitativo fue descriptivo, con cálculo de medidas de frecuencias y porcentajes absolutos/acumulados; además del análisis inferencial utilizando el test Chi cuadrado, apoyado por el paquete SPSS 19.0. Para el análisis cualitativo los datos se obtuvieron de la pregunta abierta. Se identificaron las categorías y subcategorías, asignándose por pares los 978 registros.

**Resultados:** se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios, siendo el grupo menor de 45 años para el que se estima que responden 1,5 veces más que no es una medida necesaria. No existen diferencias entre tener o no un menor de 14 años a cargo para pensar si la medida es necesaria o no, ni tampoco teniendo en cuenta el género. Las categorías extraídas, a favor o en contra del cierre de los parques infantiles, no se asociaron al sexo ni a la edad, ni si quiera si tenía hijos menores de 14 años.

**Conclusiones:** la población española desaprueba el cierre de los parques públicos infantiles como medida para contener la pandemia COVID-19 apoyándose en criterios científicos, y percibiéndola negativamente por sus consecuencias hacia la salud y bienestar de los niños.

**Palabras clave:** coronavirus; pandemia; Salud Pública y medio ambiente; defensa del niño; políticas públicas.

## Abstract

### Opinions and statements about the closure of playgrounds due to the COVID-19 pandemic

**Objectives:** the objectives were to describe the situation of public parks for children in Spain, to explore the perception of users, and the changes in leisure derived of this measure.

**Methods:** a study was conducted at national level with mixed methodology, with a massive sample selection to answer an ad hoc online survey, in November 2020. The sample included 3,034 subjects. Quantitative data analysis was descriptive, with calculation of measures of frequencies and absolute/ cumulative percentages, as well as the inferential analysis using the Chi-square test, supported by the SPSS 19.0 package. Data for qualitative analysis were obtained from the open question. Categories and sub-categories were identified, and the 978 records were assigned by pairs.

**Results:** statistically significant differences were observed between age groups: the <45-year-old group was estimated to answer 1.5 times more that this was not a necessary measure. There were no differences between having a <14 years old child or not or regarding gender in order to think whether the measure was necessary or not. The categories retrieved, in favour or against the closure of playgrounds, were not associated with gender or age, and not even with having children <14 years of age or not.

**Conclusions:** the Spanish population disapproves of the closure of public parks for children as a measure to contain the COVID-19 pandemic supported by scientific criteria; there is a negative perception due to its consequences regarding children's health and wellbeing.

**Key words:** coronavirus; pandemic; Public Health and the environment; advocacy for children; public policies.

## Introducción

Desde el inicio de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID-19, numerosas han sido las medidas adoptadas para frenar su transmisión. En un primer momento, la comunidad científica no tenía información suficiente como para dar respuesta a algunas de las múltiples cuestiones cuya resolución urgía, como era la vía de transmisión. Sin embargo, y desde entonces, se ha avanzado en el conocimiento de este coronavirus, siendo dichas vías uno de los aspectos más estudiados. Así, gracias a los resultados de las investigaciones, se ha demostrado que la principal vía de transmisión es por el aire, a través de gotas y aerosoles (1-3).

En marzo de 2020, una de las medidas de contención de la pandemia más extendidas que se adoptaron en España fue el cierre de los parques infantiles públicos. Esta medida se fue retirando paulatinamente durante la desescalada aunque de manera heterogénea, llegando incluso a seguir cerrados en algunos municipios tras el verano de 2020. Con los rebrotes epidemiológicos volvieron a aumentar dichas medidas restrictivas, siendo de nuevo el cierre de los parques infantiles una de las estrategias más adoptadas. Esta vez, el cierre se produjo de manera desigual en el territorio español, siendo difícil precisar la extensión de su implantación. Si bien, a tenor de lo comentado en medios de comunicación y redes sociales (tal y como muestra por ejemplo el *hashtag* #QueCorraElAire), parece que se llevó a cabo ampliamente por parte de las autoridades locales (4).

Revisando la normativa pertinente se observó que la resolución de 30 de septiembre de 2020 de la Secretaría de Estado de Sanidad, en la que se publicó el acuerdo del Consejo Interterritorial sobre las actuaciones coordinadas para responder a la transmisión del SARS-CoV-2 (5), no incluyó en ningún caso el cierre de parques infantiles en las ciudades españolas de más de 100.000 habitantes.

Esta medida pudo estar justificada en marzo de 2020. No obstante, tras las evidencias científicas encontradas, perdió su sustento al encontrar que el contagio a través de fómites, en circunstancias normales, era mucho menor del que inicialmente

se pensaba (2,6), además de que los aerosoles como principal vía de transmisión incrementaba el riesgo de contagio en los espacios cerrados frente a las actividades al aire libre (7). Esto unido a que había indicios para pensar que la luz solar inactivaba al virus (8), se tejía un argumentario a favor de mantener los parques infantiles abiertos. Por otra parte, las limitaciones de acceso a los parques públicos infantiles podían tener un impacto negativo sobre la salud, el bienestar e incluso el rendimiento escolar de los niños (9,10).

Por todo ello, los objetivos fueron describir la situación existente de los parques públicos infantiles en España, cuyo cierre se presentó variable y sin criterio científico o epidemiológico que lo justificara, así como explorar la percepción de los usuarios al respecto y los cambios de ocio derivados de esta medida.

## Material y métodos

**Diseño.** Se llevó a cabo un estudio de alcance nacional con metodología mixta. Desde el paradigma cuantitativo se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Desde el paradigma cualitativo socio-crítico (11) se efectuó un análisis del discurso a través de la Teoría Fundamentada (12).

**Procedimiento de recogida de datos.** Para la recogida de datos se empleó una encuesta llevada a cabo *ad hoc* de 10 ítems (Tabla 1) realizada en función de los objetivos que se deseaban alcanzar. Previamente a su distribución, la encuesta se pilotó en un grupo de seis personas entre las que se encontraban dos expertos en epidemiología y Salud Pública.

**Variables de estudio.** Las variables principales estudiadas fueron edad, género, provincia española, cierre de parque público infantil en la capital de provincia y en otros municipios, percepción de la adecuación del cierre de los parques infantiles, uso de espacios cerrados en caso de cierre de parques, impacto sobre los niños. Además, se permitió aportar comentarios en formato libre (Tabla 1).

Preguntas	Opciones de respuesta
Edad	Menos de 30 años
	Entre 31 y 45 años
	Entre 46 y 60 años
	61 años o más
Género	Femenino
	Masculino
	Otro/ prefiero no contestar
Por favor, selecciona tu provincia	(nombres de las provincias y ciudades autónomas)
¿Tienes niños (personas de 14 años) a tu cargo?, ¿los cuidas, aunque sea de manera puntual? (hijos, nietos, sobrinos...)	Sí
	No
	No sabe/ no contesta
¿Están los parques públicos cerrados en la capital de tu provincia?	Sí
	No
	No sabe/ no contesta
¿Están los parques públicos cerrados en otras localidades de tu provincia?	Sí
	No
	No sabe/ no contesta
¿Te parece necesaria esta medida?	Sí
	No
	No sabe/ no contesta

**Tabla 1.** Preguntas del cuestionario y posibles respuestas (*continuación*)

Preguntas	Opciones de respuesta
¿Con los parques cerrados has frecuentado más los espacios cerrados con los niños? (ludotecas, bibliotecas, otras viviendas, guarderías, centros cívicos, bares, etc.)	Sí
	No
	No sabe/ no contesta
¿Crees que los niños han percibido esta restricción como algo negativo?	Sí
	No
	No sabe/ no contesta
¿Quieres añadir algo?	Contestación libre

**Población y muestra.** Se incluyeron todos aquellos sujetos mayores de 18 años que supieran leer y escribir, tuvieran acceso a internet y navegaran a través de una web, bien fueran usuarios o no usuarios directos o indirectos de parques públicos infantiles. No se aplicaron criterios de exclusión.

El muestreo fue por conveniencia, no probabilístico. Para su captación se llevó a cabo una técnica de selección muestral masiva, inicialmente en cascada, gracias a la capacidad de reenviar el cuestionario por otros sujetos para lograr un gran alcance de la difusión. Posteriormente se realizó un muestreo en bola de nieve para obtener respuesta de todas las provincias.

En este sentido se efectuó difusión por las redes sociales Facebook, Twitter y Whatsapp del cuestionario *online* (<https://forms.gle/F2LR3PowUKDYTrN6>). Para alcanzar a las provincias en las que no se obtenía participación se enviaron *e-mails* a las asociaciones de padres y madres y de los colegios de esas provincias. El periodo de recogida de datos fue entre el 5 y el 14 de noviembre de 2020.

Las personas receptoras del cuestionario *online* pudieron voluntariamente participar en el estudio, cumplimentando la encuesta a través de un navegador web del móvil, *tablet* u ordenador personal.

**Análisis de datos.** En la parte cuantitativa se realizó un análisis descriptivo con cálculo de medidas de frecuencias y porcentajes absolutos/acumulados. También se hizo un análisis inferencial de los datos obtenidos utilizando un test de contraste de hipótesis (test de Chi cuadrado). Para ello, se empleó el paquete estadístico SPSS 19.0. En la parte cualitativa, los datos se obtuvieron de la pregunta nº 10 de la encuesta. Se identificaron las categorías y subcategorías. Posteriormente se asignaron a cada una de las subcategorías una variable numérica para el estudio de sus asociaciones en el ámbito estadístico. Esta asignación se llevó a cabo por pares con la ayuda de colaboradores formados en investigación cualitativa.

**Consideraciones éticas.** Esta investigación obtuvo su aprobación por el Comité de Ética de la Investigación del área de Burgos (CEIM 2432) y por el Comité de Ética del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" de la Universidad de Sevilla (NV-2020/21-001). A los participantes del estudio se les informó de la naturaleza, autoría, voluntariedad y objetivo del estudio mediante texto escrito introductorio previo al cuestionario, en el cual además se les solicitaba responder de manera veraz y única.

## Resultados

En el estudio participaron 3.034 sujetos, de todas las provincias españolas. Siendo más del 80% mujeres (n= 2.480) y el 85,9% (n= 2.607) declaró tener hijos menores de 14 años a su cargo. Su edad se encuentra mayoritariamente entre 31 y 45 años con más del 70% (n= 2.163), seguida del segmento etario de 46 a 65 años que supera el 20% (n= 628). Se obtuvieron respuestas de todas las provincias siendo Madrid (n= 623), Burgos (n= 620) y Barcelona (n= 217) las más participativas, y Cuenca (n= 2), Teruel (n= 2) y Melilla (n= 1) las menos.

En el Gráfico 1 se muestra la frecuencia de participación por provincias.

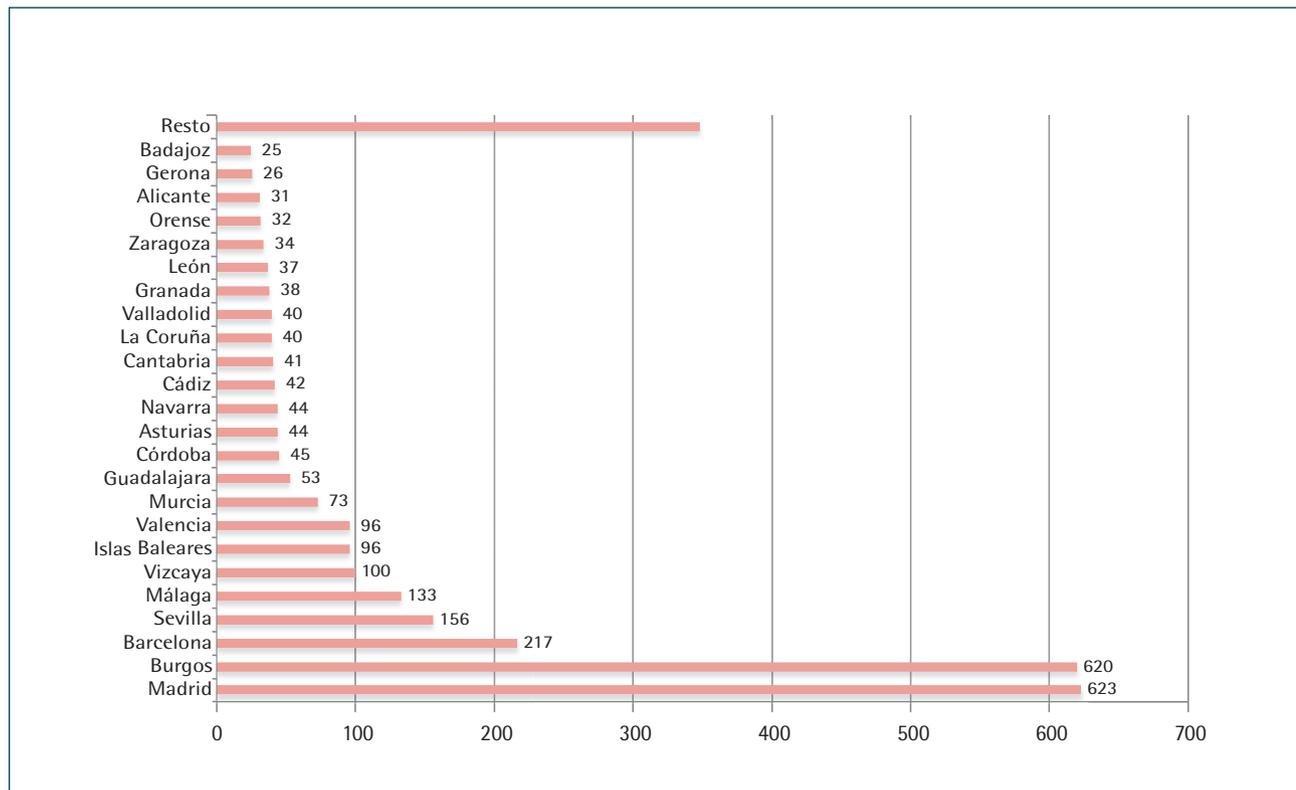


Gráfico 1. Distribución geográfica de los participantes (n= 3.034)

Al preguntar a los encuestados sobre el estado de los parques públicos infantiles en la capital de provincia, la mayoría (51,5%) respondió que estaban cerrados frente al 27,4% que contestó que estaban abiertos. El 9,0% no lo sabía y el 12,1% dice que había ciertas restricciones. Las respuestas en cuanto a esta situación en otras localidades distintas a la capital indicaron que no estaban cerrados en el 13,2% de los casos, sí que lo estaban en el 43,9%, el participante no lo sabía en el 21,6% de las veces y en el 21,2% de las respuestas se indicaba que en sus localidades había ciertas restricciones o había algunos parques abiertos y otros cerrados.

El 72% de los encuestados opinó que cerrar los parques públicos infantiles era una medida innecesaria, y más del 16% reconoció que debido a esta situación frecuente más espacios cerrados. Este dato asciende a 18,5% si se eliminan las respuestas de los participantes en cuyo entorno los parques no estaban cerrados, o que no suelen estar con niños.

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios mayores y menores de 45 años, siendo el grupo de menores el que responde 1,5 veces más que no es una medida necesaria (OR: 1,53. Test  $X^2$ .  $P < 0,001$ ). Por otra parte, no existen diferencias entre tener o no un menor de 14 años a cargo para pensar si la medida es necesaria o no, ni tampoco teniendo en cuenta el género del participante.

Para el análisis cualitativo de los textos escritos por los participantes en la pregunta abierta, se analizaron un total de 978 registros que arrojaron las siguientes categorías: Razones favorables para abrir los parques y Razones para mantenerlos cerrados (Tabla 2).

Estas categorías que han emergido del análisis de los datos cualitativos tienen que ver con argumentos a favor de abrir los parques (76,6%) y argumentos en contra de mantenerlos abiertos. En cuanto a los resultados, las razones de mantenerlos abiertos referían que es una medida absurda limitar la actividad infantil al aire libre, que no tiene base científica y que además es beneficioso para la salud y desarrollo de los niños. Asimismo, se presenta a los progenitores como parte responsable y garante del cumplimiento de las medidas de seguridad indicadas, dado su carácter de parte afectada. Por otro lado, estas medidas no se podían seguir de forma adecuada si la mayoría de los parques estaba cerrado y solo abrían unos pocos, ya que esto conllevaba mayor aglomeración y concentración de personas en los que estaban accesibles.

Tabla 2. Categorías, subcategorías y verbatim de los datos cualitativos

Nº sujetos	Subcategorías	Verbatims
<b>CATEGORÍA 1. Razones favorables para abrir los parques:</b> argumentos a favor de mantener los parques abiertos		
114	Parques abiertos, pero con vigilancia, limpieza y un uso responsable	F. M. 31 y 45 años: "Es positivo que los parques infantiles estén abiertos, aunque con medidas de seguridad, me refiero a las mascarillas. Lo más importante es que los padres seamos responsables y expliquemos a los niños la situación para que la normalicen y vean las medidas de seguridad como algo positivo porque protege la salud"
61	No existe evidencia científica de que los parques entrañen riesgo de contagio	F. CV. 31 y 45 años: "Si se basaran en la evidencia científica se darían cuenta que es una medida bastante absurda"
256	Cerrar parques es un error (código en vivo)	M. CM. 46 y 60 años: "Cerrar parques es un error mayúsculo"
1	Comentarios relacionados con la Teoría de la conspiración	F. IB. 31 y 45 años: "Fuck COVID plandemia! Todo es mentira"
3	El cierre de parques también afecta a los adultos	F. IB. 31 y 45 años: "El cierre de los parques afecta tanto a los adultos como a los niños. El impacto sobre el estado de ánimo de los adultos de la ausencia de una opción de ocio gratuita al aire libre no debería ser ignorada"
130	Beneficioso para la salud y el desarrollo de los niños/as ya que permite la actividad física al aire libre	F. CT. 31 y 45 años: "Los niños están en el parque al aire libre y con mascarilla, no lo percibo como una actividad de riesgo y sí como una actividad necesaria de salud mental"
36	Se evitaría la concentración de niños/as en otros espacios	F. EX. 31 y 45 años: "Las plazas donde no hay parque hay más concentración de niños al tener los sitios con columpios y toboganes cerrados"
<b>CATEGORÍA 2. Razones para mantenerlos cerrados:</b> argumentos en contra de mantener los parques abiertos		
73+27	Irresponsabilidad de los adultos y adolescentes (incluiría No se pueden seguir las normas de seguridad)	F. MU. 31 y 45 años: "Me da mucha tristeza que los niños sean grandes perjudicados en lo que llevamos de pandemia, pero entiendo que cierren los parques porque hay muchos padres y preadolescentes irresponsables, quizás no son mayoría, pero sí son suficientes para poner en peligro al resto"
28	Prima lo económico sobre la salud pública (incluye no van a morir sin parques)	M. M. 31 y 45 años: "Es una medida absurda, propuesta no desde un punto de vista de la Salud Pública sino desde el económico, porque no hay dinero para desinfectarlos de forma segura y regular"
56	Se pueden hacer actividades al aire libre, sin necesidad de ir a parques	F. PV. 46 y 60 años: "Se pueden hacer actividades con niños al aire libre sin necesidad de tener que estar en un parque"
F: género femenino; M: género masculino; siglas de la comunidad autónoma (M: Madrid; CV: C. Valenciana; CM: C. La Mancha; IB: I. Baleares; CT: Cataluña; EX: Extremadura; MU: Murcia; PV: P. Vasco)		

En cuanto a las razones en contra de abrir los parques, argumentaban que el problema era la imposibilidad de mantener la seguridad de los niños en los parques y acusaban a los progenitores de irresponsabilidad, aludiendo a que se pueden hacer actividades al aire libre sin necesidad de utilizar parques infantiles. Otra razón era que en la sociedad debe primar lo económico sobre la Salud Pública, como argumento para justificar la apertura de las terrazas de los bares y el cierre de los parques, ya que estos últimos no generan actividad mercantil.

Las categorías extraídas, a favor o en contra, sobre el cierre de los parques infantiles no se asociaron al sexo ni a la edad de la persona encuestada, ni si quiera si dicha persona tenía hijos menores de 14 años.

## Discusión

A tenor de los resultados se evidencia que la población no está de acuerdo con el cierre de parques infantiles como medida para combatir la pandemia de COVID-19, la cual consideran inapropiada, científicamente injustificada y contraproducente, además de haber sido aplicada de manera desigual en distintos entornos sin atender a un mapa epidemiológico.

Muestra de este disconfort en la población es la movilización ciudadana en repulsa por la medida, que se materializó en una plataforma ciudadana denominada #parquesabiertos.

Otros estudios ya han demostrado que el cierre de los parques públicos no tiene aval científico, y que la población rechaza esta medida. Esto es porque los parques prestan servicios cruciales a la sociedad, sobre todo en épocas de tensión en las que las oportunidades de ocio son limitadas (13-15).

Resulta llamativa la heterogeneidad de decisiones políticas en todo el país. Si bien, es cierto que la situación epidemiológica era diferente en unas zonas y en otras, no es menos cierto que se han evidenciado regiones con tasas de incidencias similares y diferente situación de sus parques. Por ello, cabría pensar que esto podría deberse al sesgo ideológico de los políticos (16), pero en este estudio aparecen disonancias a este respecto ya que en provincias de la misma comunidad autónoma se han recibido respuestas contrarias sobre el estado (abierto o cerrado) de los parques.

Cerrar los parques tiene un coste para los niños: se les priva de sus espacios de ocio, se les confunde con mensajes contradictorios cuando pese a estar prohibido y haber precintos se les permite acceder (¿qué concepto de autoridad están interiorizando? ¿Cómo actuarán cuando el precinto policial acote un lugar realmente peligroso?), aumenta el riesgo de que frecuenten espacios cerrados en donde hay más riesgo de contagio, aumentan las inequidades entre los niños diferenciando aquellos con acceso a parques privados (urbanizaciones, etc.) y los que no, y favorece la fatiga pandémica entre los niños y sus progenitores.

Hay un vacío en la literatura científica sobre el efecto que esta medida concreta ha podido tener en los niños. Se sospecha que el impacto ha podido ser físico por la disminución de la actividad física (17) (con lo que eso implica: mayor riesgo de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, etc.) y mental por la disminución de interacción social (18,19). De hecho según *Save the Children*, a principios de 2021 en España el 40% de los niños apenas salía a la calle y un el 48% lo hacía únicamente entre una y cinco horas a la semana. Tan solo el 2% pasaba más de dos en la calle (una hora y media al día). En Reino Unido la mitad de los niños admite que juega menos en el exterior y con amigos de lo que lo hacía antes de la pandemia y según este estudio la pandemia ha reforzado la soledad de los niños, ya que un 34% juega solo aún más tiempo de lo que lo hacía antes y el 23% hace menos actividades deportivas que antes. Hay que tener en cuenta que en Reino Unido las restricciones sociales han sido más duraderas pero los niños han podido disfrutar de los parques desde que estalló la emergencia sanitaria (20,21). Se presenta, por tanto, una interesante línea de investigación que determine el verdadero alcance del cierre de los parques infantiles.

Los resultados de este estudio están en sintonía con lo manifestado por la población ante la decisión del gobierno de Las Palmas de Gran Canaria de cerrar los parques infantiles de nuevo en enero de 2022 (22). El mismo día que los medios de comunicación difundían en Twitter esta noticia, los comentarios mostraban disconformidad, hartazgo y animaban a incumplir la norma (23).

Durante el confinamiento por el estado de alarma de 2020, los niños españoles vivieron las medidas de confinamiento más restrictivas del conjunto de países europeos y sufrieron consecuencias físicas y psicológicas más allá de los efectos de la propia COVID-19, además de tratarse de un colectivo silenciado (24,25). Con el actual conocimiento sobre la COVID-19, y todo lo que conlleva, se tiene la obligación ética y profesional de proteger a los niños para evitar que sufran consecuencias negativas evitables. La pandemia ha causado una interrupción sin precedentes en la vida de los menores, perturbando sus emociones, su desarrollo cognitivo y social (18,19). Muchos factores de riesgo para los trastornos de salud mental infantil

se han intensificado y, además, el acceso a varias fuentes de apoyo (jugar con los amigos, ir a la escuela con normalidad, disfrutar de actividades de ocio...) se ha reducido. Como resultado, existe una preocupación sustancial de que la pandemia pueda tener impactos negativos duraderos en la salud mental infantil, agravando las preocupaciones prepandémicas sobre la salud mental infantil (26,27).

Asumir que el SARS-CoV-2 se transmite por aerosoles debe traducirse en intervenciones concretas y dinámicas, adaptando las normativas a las nuevas evidencias científicas que fomenten intervenciones efectivas, como la ventilación de los espacios cerrados (2,3). Mientras los organismos oficiales no actúen ágilmente en esta adaptación, es necesario que esta situación sea al menos paliada mediante Educación para la Salud y divulgación científica adecuada.

Este estudio tiene las limitaciones intrínsecas de los estudios observacionales, del muestreo no probabilístico y de los cuestionarios *online*. Aunque los resultados del análisis cuantitativo deben ser tomados con precaución por este motivo, el análisis cualitativo resulta elocuente y enfatiza los resultados numéricos. Destaca también la elevada participación en la pregunta abierta del cuestionario (978 respuestas) dado que era una pregunta de carácter voluntario, y se interpreta como una expresión de la necesidad de la población de expresarse ante una situación considerada injusta.

Se destaca que este tipo de situaciones, en las que las decisiones que afectan a la salud de las personas necesitan ser reconducidas según los criterios científicos y epidemiológicos, son aquellas en las que los profesionales sanitarios pueden y deben intervenir. Para ello, hay distintos mecanismos: ejerciendo como grupo de presión, apoyando a los movimientos ciudadanos como #parquesabiertos, o asesorando en el plano científico a los políticos (28). El caso de los gobiernos locales es especialmente atractivo ya que las oportunidades de aproximación a los decisores y a la población de referencia son mayores. No se puede desaprovechar este tipo de ocasiones de influencia y liderazgo desde la Salud Pública, especialmente cuando está sobre la mesa la salud y el bienestar de un grupo vulnerable como son los niños.

Para finalizar, se debe recordar que los niños tienen el derecho reconocido internacionalmente de obtener el mayor nivel de salud y, además, tienen el derecho a un entorno seguro libre de violencia y peligros (29). Por tanto, es necesario regular las acciones de salud pública teniendo en cuenta este precepto en consonancia con la evidencia científica disponible. Pero además es imprescindible vigilar que las normas se apliquen correctamente y de manera homogénea para evitar inequidades y desigualdades.

## Conclusiones

La mayoría de los parques públicos infantiles en las capitales de provincia española estaba cerrado como medida contra la COVID-19.

Se puede afirmar que la población española desaprueba este cierre de los parques públicos infantiles como medida para contener la pandemia y además la consideran una medida injusta y con efectos negativos sobre la salud y bienestar de los niños.

En cuanto a los cambios producidos en el ocio derivados del cierre de los parques infantiles, hay población que argumenta hacer más actividades al aire libre sin necesidad de utilizar los parques, pero otros manifiestan observar mayor aglomeración en los parques que permanecen abiertos, aumentando de esta forma el riesgo de contagio.

## Agradecimientos

A los técnicos de parques y jardines en general y a la Asociación Española de Parques y Jardines Públicos en particular por su apoyo y el interés mostrado en este estudio.

A la plataforma ciudadana #parquesabiertos por su activismo a pie de calle y en las redes sociales, y a las AMPAS por su apoyo en la difusión para la recogida de datos.

## Bibliografía

- [1] Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environ Int.* 2020 Jun; 139:105730. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105730>
- [2] Wang CC, Prather KA, Sznitman J, Jiménez JL, Lakdawala SS, Tufekci Z, Marr LC. Airborne transmission of respiratory viruses. *Science.* 2021 Aug 27; 373(6558):eabd9149. Doi: <http://doi.org/10.1126/science.abd9149>

- [3] Santillán-García A, Minguillón MC, Tobias A, Jiménez JL. Es hora de aceptar que el SARS-CoV-2 se transmite por aerosoles y actuar en consecuencia. *Index de Enfermería*. [internet] 2020 [citado 1 may 2022]; 29(4):e13205. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e13205a>
- [4] Santillán García A. Consideraciones sobre el cierre de parques infantiles para frenar la transmisión de la COVID-19. *Rev Iber Enf Com*. 2020; 13(2):91-2.
- [5] Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19. [internet] [citado 1 may 2022]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Actua221020184719091.pdf>
- [6] Mondelli MU, Colaneri M, Seminari EM, Baldanti F, Bruno R. Low risk of SARS-CoV-2 transmission by fomites in real-life conditions. *Lancet Infect Dis*. 2020 Sep 29;S1473-3099(20)30678-2. Doi: [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30678-2](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30678-2)
- [7] Miller SL, Nazaroff WW, Jiménez JL, Boerstra A, Buonanno G, Dancer SJ, Kurnitski J, et al. Transmission of SARS-CoV-2 by inhalation of respiratory aerosol in the Skagit Valley Chorale superspreading event. *Indoor Air*. 2020 Sep 26. Doi: <http://doi.org/10.1111/ina.12751>
- [8] Schuit M. Airborne SARS-CoV-2 Is Rapidly Inactivated by Simulated Sunlight. *The Journal of Infectious Diseases*. 2020; 222(4):564-71. Doi: <http://doi.org/10.1093/infdis/jiaa334>
- [9] Buck C, Tkaczick T, Pitsiladis Y. Objective Measures of the Built Environment and Physical Activity in Children: From Walkability to Moveability. *J Urban Health* 2015; 92:24-38. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9915-2>
- [10] Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A, Baas P, Mackie H. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport - an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 Nov 16; 14(1):158. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [11] Alvarado L, García M. Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación* [internet] 2008 [citado 1 may 2022]; 9(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011837011>
- [12] Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press; 1967.
- [13] Geng DC, Innes J, Wu W, Wang G. Impacts of COVID-19 pandemic on urban park visitation: a global analysis. *J For Res (Harbin)*. 2021; 32(2):553-67. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11676-020-01249-w>
- [14] Alizadehtazi B, Tangtrakul K, Woerdeman S, Gussenhoven A, Mostafavi N, Montalto F. Urban Park Usage During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Extreme Events*. 2020; 7(04).
- [15] Volenec ZM, Abraham JO, Becker AD, Dobson AP. Public parks and the pandemic: How park usage has been affected by COVID-19 policies. *PLoS One*. 2021 May 19; 16(5):e0251799. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251799>
- [16] Halpern SD, Truog RD, Miller FG. Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020; 324(4):337-8. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11623>
- [17] Dunton GF, Do B, Wang SD. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. *BMC Public Health* 2020; 20:1351. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09429-3>
- [18] Valero Alzaga E, Martín Roncero U, Domínguez-Rodríguez A, Grupo Confisalud. Covid-19 y salud infantil: el confinamiento y su impacto según profesionales de la infancia. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: e202007064.
- [19] Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: e202010141
- [20] Save the Children. Informe Aniversario COVID-19: ¿Qué nos cuentan las familias? Madrid: Save the Children; 2021.
- [21] Leading organisations call for 'Summer of Play' to reverse lockdown damage. *Savethechildren.org.uk*. [internet] 2022 [citado 1 may 2022]. Disponible en: <https://www.savethechildren.org.uk/news/media-centre/press-releases/leading-organisations-call-for-summer-of-play-to-reverse-lockdown-damage>
- [22] Norris Keiller A, Joyce R, Costa Dias M. COVID-19 and the career prospects of young people.- Institute for Fiscal Studies 2020. Doi: <https://doi.org/10.1920/BN.IFS.2020.BN0299>
- [23] Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2020; 37(2):30-44. Doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- [24] EFE. 'Las Palmas de Gran Canaria vuelve a cerrar parques infantiles por el avance de la pandemia'. *Eldiario.es* [internet]. 21 de enero 2022 [citado 1 may 2022]. Disponible en: [https://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/palmas-gran-canaria-vuelve-cerrar-parques-infantiles-avance-pandemia\\_1\\_8678261.html](https://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/palmas-gran-canaria-vuelve-cerrar-parques-infantiles-avance-pandemia_1_8678261.html)

- [25] Canarias Ahora. Las Palmas de Gran Canaria vuelve a cerrar parques infantiles por el avance de la pandemia #COVID19 #Canarias [Tweet]. Twitter. 22 de enero de 2022. [citado 1 may 2022]. Disponible en: <https://twitter.com/Cahora/status/1484599690788286464>
- [26] Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investig.* 2020 Jun; 17(6):491-505. Doi: <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0161>
- [27] Ford T, John A, Gunnell D. Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ.* 2021 Mar 10; 372:n614. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n614>
- [28] Santillán-García A, Oliver E, Grigorian Shamagian L, Climent AM, Melchor L. #CienciaenParlamento: la necesidad de una oficina parlamentaria de asesoramiento científico y tecnológico [#CienciaenParlamento: the need for a parliamentary office of science and technology advice]. *Gac Sanit.* 2021 May-Jun; 35(3):293-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.004>
- [29] World Health Organization (WHO). Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder S, Branche C, Rahman A, et al. (eds.) World report on child injury prevention [internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado 1 may 2022]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/Prevencion/SeguridadVial/docs/informeMundialInfancia.pdf>

<sup>1</sup> Marina Cañabate Blanco  
<sup>2</sup> Carlos Álvarez Dardet  
<sup>3</sup> Jorge Marcos Marcos

## Recomendaciones clínicas del antígeno prostático específico en las CC.AA. y ciudades autónomas españolas

<sup>1</sup> Enfermera.

<sup>2</sup> Grupo de investigación en Salud Pública. Universidad de Alicante. España.

<sup>3</sup> Dr. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante. España.

Dirección de contacto: [marinaalamoblanco@gmail.com](mailto:marinaalamoblanco@gmail.com)

### Cómo citar este artículo:

Cañabate Blanco M, Álvarez Dardet C, Marcos Marcos J. Recomendaciones clínicas del antígeno prostático específico en las CC.AA. y ciudades autónomas españolas. *RIdEC* 2022; 15(1):45-53.

**Fecha de recepción:** 6 de enero de 2022.

**Aceptada su publicación:** 1 de mayo de 2022.

### Resumen

**Objetivos:** revisar las recomendaciones de prácticas clínicas sobre el cribado del cáncer de próstata disponibles en España, valorando su adecuación en las indicaciones de la *U.S Preventive Services Task Force*.

**Métodos:** revisión de las recomendaciones de prácticas clínicas en el cribado del cáncer de próstata, de las principales sociedades científicas y las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas. Comparativa posterior con la *U.S Preventive Services Task Force*.

**Resultados:** tanto las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas como las sociedades científicas, a excepción de dos de ellas que muestran ambigüedad, descartan su uso rutinario y su implantación como programa de detección precoz.

**Conclusión:** existen aún recomendaciones de realización del indicador PSA en hombres asintomáticos.

**Palabras clave:** Salud Pública; tamizaje; neoplasia de próstata; guías de prácticas clínica como asunto.

### Abstract

**Clinical recommendations for the prostate-specific antigen in the spanish autonomous communities and cities**

**Objective:** to review the clinical practice recommendations available in Spain regarding prostate cancer screening, assessing their suitability according to the indications by the U.S Preventive Services Task Force.

**Methods:** a review of the clinical practice recommendations for prostate cancer screening by the main scientific societies and the health authorities of the autonomous communities. A subsequent comparison with the U.S Preventive Services Task Force.

**Results:** both the Regional Ministries of Health of the autonomous communities and the scientific societies, except for two who showed ambiguity, have ruled out its routine use and implementation as a program for early detection.

**Conclusion:** there are still recommendations for PSA testing in asymptomatic men.

**Key words:** Public Health; screening; prostate neoplasia; clinical practice guidelines as subject matter.

## Introducción

El sobrediagnóstico de cáncer de próstata es un importante problema de Salud Pública. Actualmente es considerado un tema controvertido dadas las recomendaciones contradictorias que se han puesto en manifiesto desde distintos ámbitos de las Ciencias de la Salud (1). Esto es debido a que las pruebas de cribaje utilizadas para su diagnóstico pueden detectar la presencia del cáncer, pero no la velocidad de crecimiento celular (2), lo que conlleva la ausencia de efectos en mortalidad que justifiquen su uso rutinario (3). Únicamente proporcionan información de un tumor ubicado en la glándula prostática a veces "indolente" por su propiedad de crecer de forma anormal, coexistir en el cuerpo y no llegar a producir sintomatología (2).

Es importante tener en cuenta la diferencia entre sobrediagnóstico, que se podría definir como un error pronóstico y no diagnóstico (2), y falso positivo, que implica una identificación errónea de casos de cáncer en personas que en un inicio están sanas (3). También es imprescindible conocer las dos tipologías de cribado: el cribado poblacional y el cribado oportunista o detección precoz. El primero de ellos se define como la exploración sistemática de hombres asintomáticos, siendo iniciado por las autoridades sanitarias. Por su parte, el objetivo del segundo es la búsqueda de casos individuales, comenzado por la persona objeto del cribado (paciente) o por su médico (4).

La incidencia de cáncer de próstata en la población masculina aumenta progresivamente con la edad. Esto es especialmente significativo en los países occidentales donde cuatro de cada cinco casos se diagnostican en varones > 65 años (3). Sin embargo, y desde hace una década, la utilidad del cribado para detectar esta patología mediante el marcador PSA ha sido cuestionada por la identificación de cánceres inofensivos, así como por las prácticas iatrogénicas asociadas (3,4). Como resultado muchos hombres se han visto sometidos a técnicas invasivas y tratamientos innecesarios con consecuencias negativas para su salud (3,5).

En España, como en otros países de similar desarrollo socioeconómico, esta cuestión no ha pasado desapercibida y los sistemas de salud muestran la sobreutilización del marcador PSA como un problema potencialmente tratable siempre y cuando los cribados estén basados en una evidencia científica y la población tenga acceso a información clara que les permita tomar una decisión informada (5). La literatura científica ha puesto en evidencia que las decisiones compartidas mejoran el grado de conocimiento y la percepción de los pacientes sobre su situación clínica, tendiendo estos a elegir los tratamientos más conservadores como la vigilancia activa (6). Esto subraya la importancia de identificar las prácticas clínicas de escaso valor y fomentar las decisiones clínicas compartidas (7).

Dado que no se conoce si la evidencia científica acumulada en contra de la PSA ha tenido impacto en la práctica clínica española, este artículo pretende contribuir al limitado desarrollo de esta línea de investigación en este contexto. Concretamente, el objetivo principal se centra en valorar las recomendaciones de práctica clínica en el diagnóstico del cáncer de próstata disponibles en España. Por ello, la pregunta de investigación de la cual se parte sería: ¿Las guías de práctica clínica justifican el uso del PSA como cribado en el cáncer de próstata?

## Método

Se trata de un estudio no experimental cuya recolección de datos se ha llevado a cabo durante febrero y abril de 2021. Todas las recomendaciones sobre el cribado del cáncer de próstata han sido extraídas de páginas oficiales, tanto las realizadas por la *American Task Force* como aquellas provenientes de las guías de práctica clínica de las sociedades científicas y de las autoridades sanitarias de cada una de las comunidades autónomas (CC.AA.) españolas.

Primeramente se han revisado las recomendaciones sobre el cribaje de cáncer de próstata de una entidad considerada como "*Gold standard*" en prácticas de cribado, la *U.S Preventive Services Task Force*.

Seguidamente se ha realizado una búsqueda, accediendo a los sitios web del Ministerio de Sanidad y de las distintas CC.AA., así como de las principales asociaciones científicas relacionadas con el objeto de estudio: a) Asociación Española contra el cáncer (Aecc), b) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), c) Asociación Española de Urología (AEU), d) Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), e) Sociedad de Medicina General (Semergen) y f) Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFyC). Para ello, se revisaron las guías de práctica clínica sobre la utilización del PSA como método de cribaje. Por último, se ha comparado la información obtenida de la *U.S Preventive Services Task Force* con la de las entidades sanitarias españolas y de los servicios regionales de salud, obteniendo, una visión global de cuáles son las recomendaciones sobre prácticas de *screening* en el cáncer de próstata en España. Además, tras valorar la calidad metodológica con el sistema GRADE se considera que la mayoría de las recomendaciones utilizadas en las guías de práctica clínica en este estudio

contienen tanto una fuerza de recomendación como una calidad de la evidencia moderada, al tratarse de unas recomendaciones condicionales, en las cuales el riesgo y el beneficio de tal acción debe sopesarse de forma individual y al no haber estudios similares con los que realizar una comparativa.

## Resultados

Las entidades sanitarias españolas indican mayoritariamente la poca utilidad diagnóstica del PSA como método de cribado poblacional del cáncer de próstata. También ponen en manifiesto el sobrediagnóstico asociado a su uso. Asimismo, se puede observar que las entidades analizadas cumplen una o ambas de las recomendaciones de la *American Task Force*. Aunque hay tres entidades que no refieren rango de edad (MSCBS, SERAM y SEMERGEN) sí manifiestan la importancia de cumplir otros indicadores como la decisión informada y el riesgo-beneficio de esta práctica. En cualquier caso, las asociaciones SEMERGEN y AEU muestran cierta ambivalencia, dejando poco clara su posición al respecto (Tabla 1 y Tabla 2).

**Tabla 1.** Recomendaciones de la *U.S Preventive Services Task Force*

Recomendación A	Recomendación B
Hombres con edades comprendidas entre (55-69): utilidad del cribado mediante el PSA: escasa-moderada	Hombres con edades (= o > 70 años): utilidad del cribado mediante PSA: ninguna. No se recomienda su uso (sin beneficio)
Indicadores: juicio del profesional, preferencias del paciente, decisión informada e individualizada (riesgo-beneficio)	
<a href="https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/search_results?searchterm=overdiagnosis%20prostate%20cancer">https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/search_results?searchterm=overdiagnosis%20prostate%20cancer</a> Fuente: elaboración propia	

**Tabla 2.** Indicaciones entidades sanitarias españolas

AECC	SEOM	AEU	SEMERGEN	SERAM	SEMFYC
No existe en la actualidad un programa de detección precoz del cáncer de próstata	La mayor parte de las principales sociedades urológicas, concluyen que, a día de hoy, no resulta apropiado el cribado colectivo generalizado del cáncer de próstata	El paradigma clásico de cribado-diagnóstico-tratamiento para el cáncer de próstata está quedando obsoleto debido al sobrediagnóstico y sobretatamiento del mismo	Las autoridades sanitarias españolas no recomiendan la realización del cribado poblacional basado en la prueba de PSA sérico	El paradigma clásico de cribado-diagnóstico-tratamiento para el cáncer de próstata está quedando obsoleto debido al sobrediagnóstico y sobretatamiento del mismo	La prueba de cribado del cáncer de próstata mediante el PSA es una práctica que ya no está recomendada
La determinación mediante el PSA debe realizarse en personas bien informadas con una esperanza de vida de 10 a 15 años y de forma individualizada	La detección precoz debe ofrecerse a personas bien informadas	Baja utilidad del PSA por su falta de especificidad No se recomienda PSA de rutina, pero sí se recomienda Vigilancia activa	Cribado sin beneficio en cuanto a supervivencia específica de cáncer ni en cuanto a supervivencia global	Baja utilidad del PSA por su falta de especificidad	En pacientes entre 55 y 69 años aconseja un abordaje individualizado

**Tabla 2.** Indicaciones entidades sanitarias españolas (continuación)

AECC	SEOM	AEU	SEMERGEN	SERAM	SEMFYC
Indicación de este programa a mayores de 50 años, menores de 45 años y con antecedentes familiares o afroamericanos mayores de 45 años	Se ha propuesto una determinación basal del PSA a los 40 años de edad No serían necesarios nuevos análisis de PSA en los varones mayores de 75 años	Alta utilidad de la RMN en el diagnóstico del cáncer de próstata	Una estrategia de cribado adaptada al riesgo individual podría ser ofrecida a varones bien informados con al menos 10-15 años de esperanza de vida	No se recomienda PSA de rutina, pero sí se recomienda vigilancia activa	En pacientes mayores de 70 años se desaconseja
Cumple recomendación A de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i>	Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i>	Cumple indicadores de la de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i> pero no refiere rango de edad	Es importante consensuar con el paciente e informarle de los posibles beneficios y de las complicaciones ligadas al cribado y al tratamiento	Alta utilidad de la RMN en el diagnóstico del cáncer de próstata	La determinación de PSA en población asintomática no debería ofrecerse
			Cumple los indicadores de la de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i> pero no refiere rango de edad	Cumple indicadores de la de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i> pero no refiere rango de edad	Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i>

Fuente: elaboración propia

De las 17 CC.AA., junto con Ceuta y Melilla, la totalidad refiere que no hay una evidencia suficiente que justifique su uso rutinario y, por tanto, su implantación como programa de detección precoz. En lo que respecta al cumplimiento o no de las recomendaciones de la *American Task Force*, los resultados evidencian que 10 de las CC.AA. y Ceuta cumplen una o ambas de las recomendaciones, según la información obtenida de sus guías de prácticas clínicas. Sin embargo, las nueve restantes y Melilla no contemplan tan siquiera la posibilidad de incluir este *screening* dentro de su grupo de programas poblacionales, justificándose cómo innecesario y sin beneficio alguno (Tabla 3 y Figura 1).

**Tabla 3.** Indicaciones de las guías de prácticas clínica de las CC.AA. y ciudades autónomas

Comunidades autónomas	Indicaciones
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar PSA (antígeno prostático específico) a pacientes con signos o síntomas compatibles con HBP y/o CAP y solo en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 40 y 50 años si existen antecedentes familiares de primer grado de CAP y/o raza negra</li> <li>- Entre 50 y 70 años en todos los casos</li> </ul> </li> </ul>

**Tabla 3.** Indicaciones de las guías de prácticas clínica de las CC.AA. y ciudades autónomas (*continuación*)

Comunidades autónomas	Indicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; 70 años si sintomatología o tacto rectal compatible</li> <li>• Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Únicamente refiere programas para el cáncer infantil y adolescente, cáncer de mama, cáncer de cérvix y colorrectal</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente no existe unanimidad sobre la realización de un diagnóstico precoz de cáncer de próstata en individuos asintomáticos</li> <li>• La población que podría beneficiarse de la detección precoz del cáncer de próstata es la constituida por varones de 50 a 72 años con una supervivencia calculada de al menos 10 años. Pese a ello, debe informarse claramente de sus ventajas e inconvenientes</li> <li>• En individuos con antecedentes familiares se debería iniciar un programa de detección precoz a partir de los 45 años</li> <li>• Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Únicamente refiere programas para el cáncer de mama y colorrectal</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente no existe evidencia científica suficiente para recomendar el cribado sistemático del cáncer de próstata en personas asintomáticas</li> <li>• Los pacientes que soliciten el cribado de forma oportunista (tacto rectal y/o PSA en un hombre sano de 50 a 70 años) deben ser informados correctamente de los beneficios y riesgos del cribado y del tratamiento</li> <li>• Cumple recomendación A de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de un uso correcto del PSA, ya que una utilización inadecuada puede llevar a un sobrediagnóstico del cáncer de próstata</li> <li>• Búsqueda de programas de detección adecuados al perfil del paciente y pruebas más personalizadas</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente no existe suficiente evidencia que demuestre que con la aplicación sistemática de detección precoz se obtenga una reducción de la mortalidad por esta causa y mejoría en la calidad de vida. Por lo que no se justifica la implantación de programas de cribado poblacional</li> <li>• Únicamente serían incluidos los pacientes con sintomatología compatible a la hipertrofia benigna de próstata</li> <li>• Se incluirán pacientes procedentes de un <i>screening</i> oportunista (varones a partir de los 50 años que lo demanden y con esperanza de vida superior a 10 años, o varones a partir de los 40-45 años con factores de riesgo conocidos, relacionados con los antecedentes familiares o la raza negra)</li> <li>• Cumple recomendación A de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Únicamente refiere programas de detección precoz contra el cáncer de cérvix y colorrectal</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cribado del cáncer de próstata no parece aportar un beneficio claro a la supervivencia en pacientes con comorbilidades y edad superior a 65-70 años</li> <li>• En cambio, puede desempeñar un papel en pacientes con edad inferior a 60 años</li> </ul>

**Tabla 2.** Indicaciones de las guías de prácticas clínica de las CC.AA. y ciudades autónomas (continuación)

Comunidades autónomas	Indicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La detección precoz del cáncer prostático mediante cribado oportunista o sistemático supone un incremento del diagnóstico de tumores "insignificantes"</li> <li>• Se recomienda la vigilancia activa</li> <li>• Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Comunidad valenciana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concluye que en la actualidad no puede recomendarse la determinación del PSA y la práctica del tacto rectal como método de cribado sistemático para la detección precoz del cáncer prostático</li> <li>• No existen estudios que evidencien una disminución de la morbimortalidad con esta práctica</li> <li>• No debería recomendarse el cribado sistemático para cáncer de próstata en varones asintomáticos</li> <li>• Los pacientes que lo soliciten, y en los que la clínica lo justifique, deben recibir información objetiva sobre posibles beneficios y riesgos</li> <li>• Cumple recomendación A de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En general, el cribado con el PSA permite reducir un 21% la mortalidad por cáncer de próstata a los 11 años y desde hace más de 20 años el PSA ha sido considerado como la mejor herramienta, pero este antígeno puede producir elevaciones falsamente positivas en la hiperplasia benigna de próstata y la prostatitis</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Únicamente refiere programas para el cáncer de mama, cáncer de cérvix, colorrectal, hipoacusia neonatal y enfermedades endocrinas y metabólicas neonatales</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico precoz del cáncer de próstata se basa en las visitas periódicas al urólogo, el tacto rectal, la determinación de la PSA, la ecografía transrectal y la biopsia</li> <li>• Los exámenes selectivos de detección precoz (cribado) no han demostrado que reduzcan el número de muertes por cáncer de próstata, teniendo un riesgo añadido de sobrediagnóstico y sobretratamiento en población que no lo necesita</li> <li>• Se debe valorar junto con el médico los beneficios y posibles riesgos de hacerse pruebas de cribado</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Murcia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se recomienda el cribado universal mediante la medición en sangre del antígeno prostático específico (PSA) en hombres de 50 a 69 años asintomáticos y sin antecedentes familiares de cáncer de próstata</li> <li>• La mayoría de recomendaciones indican no realizar la solicitud en hombres asintomáticos a partir de los 69 o 70 años de edad</li> <li>• Todas las recomendaciones van en el sentido de facilitar a la persona que desee realizarse el cribado la información sobre los posibles beneficios y riesgos y tomar una decisión individualizada, tras considerar sus valores y expectativas</li> <li>• Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El PSA en población asintomática no se ofrecerá activamente independientemente de la edad</li> <li>• Al paciente que así lo solicite la realización de esta determinación analítica se le explicarán los riesgos y los beneficios potenciales a los que se expone</li> <li>• En cualquier caso, no se llevarán a cabo determinaciones de PSA en personas asintomáticas por debajo de 50 años o por encima de 70 años</li> <li>• Beneficio moderado en pacientes con edades comprendidas entre los 50 y 70 años</li> </ul>

**Tabla 3.** Indicaciones de las guías de prácticas clínica de las CC.AA. y ciudades autónomas (*continuación*)

Comunidades autónomas	Indicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En población de alto riesgo (45 años, raza negra, historial familiar de cáncer de próstata o portador de alteraciones genéticas)</li> <li>• Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se dispone de evidencia científica suficiente que justifique un programa de cribado efectivo para el cáncer de próstata, por lo que en el ámbito europeo no se recomienda un programa de cribado de cáncer de próstata</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este cribado se ofrece a los varones a partir de los 50 o 55 años y a pacientes con 45 años si tienen antecedentes familiares directos de cáncer de próstata</li> <li>• En pacientes de más de 75 años sin síntomas, no es necesario</li> <li>• Cumple ambas de las recomendaciones de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Ceuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A los hombres se les recomienda control de la PSA (antígeno prostático específico) a partir de los 50 años para la prevención del cáncer de próstata</li> <li>• Cumple recomendación A de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
Melilla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un beneficio moderado del cribado de cáncer de próstata con antígeno específico prostático (PSA) que se acompaña de efectos adversos importantes</li> <li>• El cribado poblacional de cáncer de próstata basado en PSA no ha demostrado beneficios netos en términos de mortalidad general ni en mortalidad específica por cáncer de próstata</li> <li>• Su utilización como prueba para el diagnóstico de cáncer de próstata debe acompañarse de otros elementos que proporcionen información adicional para incrementar la sensibilidad y especificidad</li> <li>• No cumple ningún criterio de la <i>U.S Preventive Services Task Force</i></li> </ul>
HBP: hiperplasia benigna de próstata, PSA: antígeno prostático sanguíneo, CAP: carcinoma prostático Fuente: elaboración propia	

## Discusión

Los resultados obtenidos de las entidades sanitarias y de las consejerías de las comunidades autónomas españolas refieren en la mayoría de los casos un claro posicionamiento en contra en cuanto a la utilización del PSA como método de cribaje. Asimismo, muestran una actitud proactiva frente a la visibilización del sobrediagnóstico y sobretratamiento derivado de un uso incorrecto de este.

Tras la revisión de la literatura disponible se han identificado iniciativas similares que abordan esta problemática. Entre otras, y uniéndose al movimiento en contra de la sobremedicalización, se encuentra: "No hacer" de la SemFYC que manifiesta el problema del sobrediagnóstico del cáncer de próstata, en su recomendación nº 12 (No realizar de forma sistemática la determinación de antígeno prostático específico en individuos asintomáticos). En ella muestra que no se debería realizar tal cribado a no ser que haya una causa médica justificada o que el paciente tras ser informado de sus riesgos decida realizarla (8). Otra iniciativa similar de origen canadiense es la conocida como Proyecto Esencial del AQuAs elaborada por la Asociación Médica de Québec (QMA) que aborda la evaluación de las opciones de tratamiento del cáncer de próstata, así como, un cambio de mentalidad entre los líderes dentro del ámbito de la medicina y cuyo objetivo se centra en elaborar recomendaciones para evitar prácticas clínicas de poco valor clínico y minimizar el impacto del sobrediagnóstico (9). En esta misma línea, se encuentra otro movimiento: *Less is more*, una iniciativa de la revista *JAMA Internal Medicine* que abarca la sobremedicalización en la actividad asistencial (10).

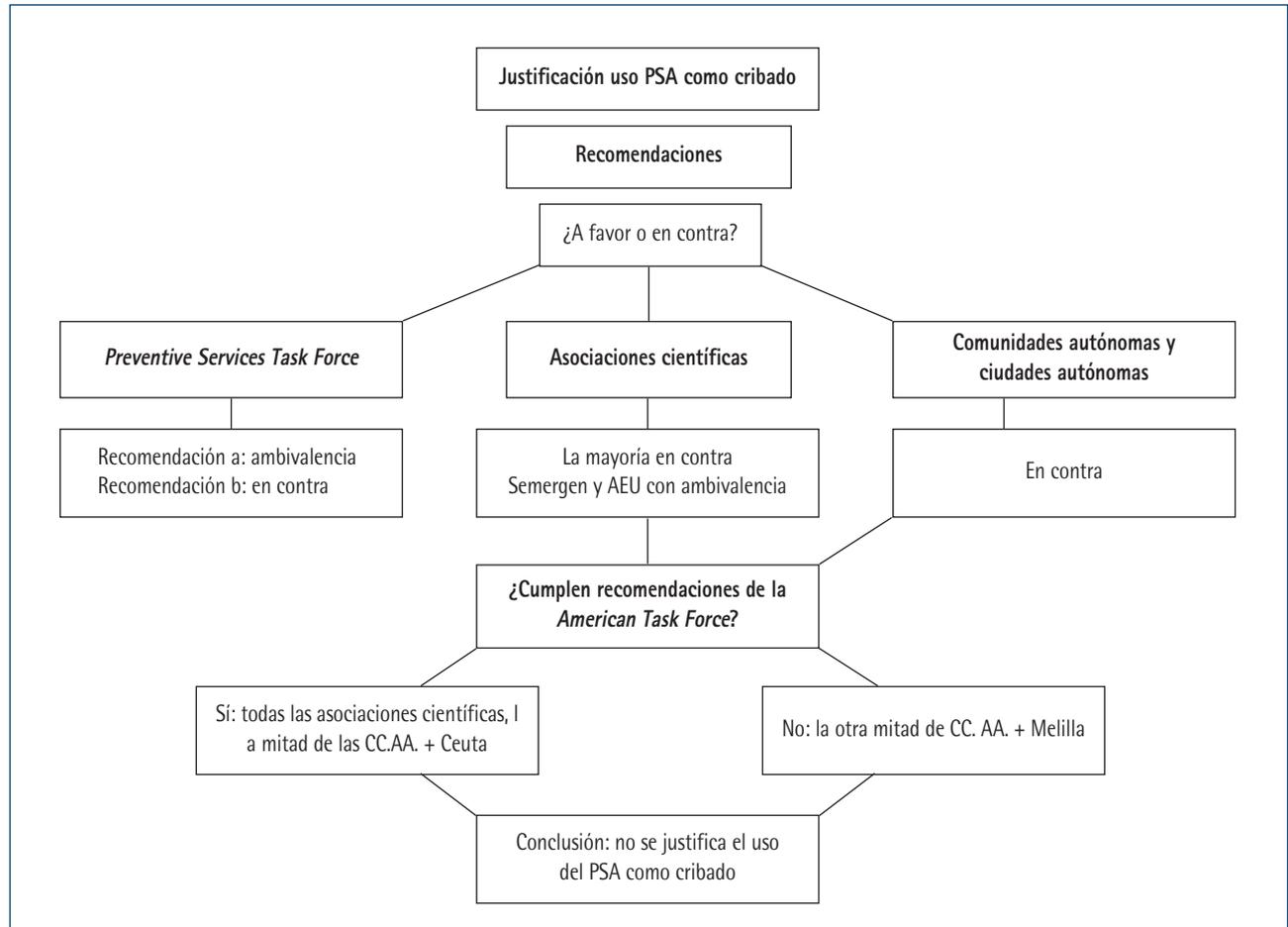


Figura 1. Diagrama de flujo

La principal limitación de este estudio se fundamenta en que pese a haber iniciativas similares, no hay otras revisiones de PBE similares con las que contrastar los resultados obtenidos. Pese a ello, es un buen punto de partida para la elaboración de futuros estudios.

## Conclusión

Los resultados obtenidos del estudio muestran que, en las guías de práctica clínica disponibles en España, el PSA no se debería utilizar como método de cribado por su poca fiabilidad diagnóstica. Además, se identifica un posible problema de sobrediagnóstico y sobretatamiento asociado. Esto puede deberse tanto al paciente por desconocimiento de los riesgos a los que se va a exponer como al profesional sanitario por recomendar esta prueba pese a la ausencia de evidencia científica que la respalde. Por tanto, se considera que la respuesta a la pregunta de investigación sería que el uso del PSA no es un método de cribado con evidencia científica justificada.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de interés

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Abascal Junquera JM, Fumadó Ciutat L, Francés Comalat A, Cecchini Rosell L. Análisis de las recomendaciones en contra del cribado con antígeno prostático específico en cáncer de próstata. *Med Clin* 2016; 147(8):361-5. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.002>
- [2] Chapman S, Barratt A, Stockler M. *Let sleeping dogs lie? What men should know before getting tested for prostate cancer.* Sydney: University of Sydney Library; 2010. p. 136.
- [3] Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C. Sobrediagnóstico en cáncer. *Atención Primaria* 2018; 50:51-6. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.002>
- [4] Jalón Monzón A, Escaf Barmadah S, Viña Alonso LM, Jalón Monzón M. Aspectos actuales sobre el cribado en el cáncer de próstata. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 2017; 43(5):387-93. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.07.002>
- [5] Tikkinen KA, Dahm P, Lytvyn L, Heen AF, Vernooij RW, Siemieniuk RA, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline. *BMJ* 2018; 362:k3581. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k3581>
- [6] Varela J. Cinco recomendaciones para aumentar el valor de la práctica clínica. *Med Clin* 2021; 25(4):187-90. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.020>
- [7] Varela J. Overdiagnosis: Realities and perspectives. *Med Clin (English Edition)* 2017; 148(3):118-20. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2016.10.044>
- [8] Brotons Muntó F, Cerecedo Pérez MJ, González González A, Lázaro Gómez MJ. Doc 33. Recomendaciones "No hacer". 33ª ed. Barcelona: SEMFYC; 2014. p. 24.
- [9] Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, Schwartz L, Santa J, Godlee F. Winding back the harms of too much medicine. *BMJ* 2013; 346(feb26 2):f1271. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1271>
- [10] Less Is More. *Archives of Internal Medicine* 2010; 170(7):584. Doi: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.48>

## Vacunación antineumocócica en la población mayor de 64 años en A Coruña

<sup>1</sup> Vanesa Rojo Amigo  
<sup>2</sup> Ana Garrote Recarey

<sup>1</sup> Enfermera especialista Familiar y Comunitaria. CS Os Rosales. Área Sanitaria A Coruña e Cee. España.

Dirección de contacto: [vanesa.rojo.amigo@sergas.es](mailto:vanesa.rojo.amigo@sergas.es)

<sup>2</sup> Enfermera especialista Familiar y Comunitaria. CS A Covada. Área Sanitaria A Coruña e Cee. España.

### Cómo citar este artículo:

Rojo Amigo V, Garrote Recarey A. Vacunación antineumocócica en la población mayor de 64 años en A Coruña. RIdEC 2022; 15(1):54–63.

Fecha de recepción: 30 de abril de 2022.

Aceptada su publicación: 14 de mayo de 2022.

### Resumen

**Objetivo:** conocer la cobertura de vacunación antineumocócica en la población mayor de 64 años del municipio de A Coruña y analizar su grado de adecuación según las indicaciones del calendario de vacunación del SERGAS.

**Método:** estudio observacional, descriptivo, transversal cuyo ámbito fue el municipio de A Coruña. Se seleccionaron por muestreo estratificado por centros de salud 202 personas mayores de 64 años, analizándose sus historias clínicas electrónicas para determinar la administración o no administración de las vacunas antineumocócicas en función de la edad y los factores de riesgo. Se revisó el grado de adecuación de su estado de vacunación según las indicaciones del SERGAS. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** el 59,4% recibió alguna de las vacunas antineumocócicas. Sin embargo, la cobertura completa con VPnP23 y VPnC13 fue del 9,4%. La cobertura vacunal de VPnC13 fue del 16,8%, siendo superior en los grupos de menor edad, mientras que la cobertura de VPnP23 fue del 42,6%. Atendiendo a la comorbilidad se observó una tendencia positiva entre los pacientes con varios factores de riesgo. El grado de adecuación de la vacuna VPnC13 fue del 58,8%, siendo del 94,2% en la vacuna VPnP23.

**Conclusiones:** a pesar de estar ambas financiadas con fondos públicos e indicadas en el calendario de vacunación, la administración de VPnP23 es mucho mayor que de VPnC13. La pertinencia de la VPnP23 roza casi la totalidad mientras que la de VPnC13 sobrepasa ligeramente la mitad del total.

**Palabras clave:** vacunas neumocócicas; factores de riesgo; ancianos; cobertura vacunación.

## Abstract

### Pneumococcal vaccination in the population over 64 years of age in A Coruña

**Objective:** to understand the pneumococcal vaccination coverage in the population over 64 years of age in A Coruña, and to analyse its degree of suitability according to the indications of the vaccination schedule by the SERGAS.

**Method:** a cross-sectional, descriptive, observational study, with A Coruña as study setting. There was a selection through stratified sampling by primary care centres of 202 persons over 64 years of age; their electronic clinical records were analysed in order to determine whether to administer or not pneumococcal vaccines based on their age and risk factors. The level of adequacy of their vaccination status was reviewed according to the indications by the SERGAS. Data were analysed using the SPSS statistical package.

**Results:** 59.4% received one of the pneumococcal vaccines. However, complete coverage with VPnP23 and VPnC13 was 9.4%. The vaccine coverage for VPnC13 was 16.8%, and higher in the groups with lower age, while coverage for VPnP23 was 42.6%. In terms of comorbidities, a positive tendency was observed among patients with multiple risk factors. The level of adequacy for the VPnC13 vaccine was 58.8%, and 94.2% for the VPnP23 vaccine.

**Conclusions:** even though both vaccines are reimbursed by public funds and indicated in the vaccination schedule, there is a much higher administration of VPnP23 than of VPnC13. The suitability of VPnP23 reaches almost the totality, while that of VPnC13 exceeds slightly half of the total.

**Key words:** pneumococcal vaccines; risk factors: elderly persons; vaccination coverage.

## Introducción

El neumoco, *Streptococcus pneumoniae*, es una bacteria gram positiva causante de un importante problema de salud pública en el mundo debido a su elevada morbimortalidad (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que es responsable de 1,6 millones de muertes anuales (2), afectando especialmente a niños pequeños y personas de edad avanzada o con factores de riesgo (3).

Produce distintas enfermedades, algunas como la sinusitis o la otitis media son procesos comunes (1); sin embargo, es también responsable de cuadros graves como la enfermedad neumocócica invasiva (ENI), en la que el *Streptococcus pneumoniae* se disemina en fluidos, normalmente estériles, como la sangre o el líquido cefalorraquídeo, originando neumonías bacteriémicas o meningitis (4). La letalidad por ENI oscila entre el 16% y el 36%, pudiendo alcanzar el 50% en los mayores de 64 años (5).

Además, el neumococo es el patógeno que más frecuentemente causa neumonía adquirida en la comunidad (NAC). La incidencia anual asociada a la NAC en adultos es de entre el 5‰ y el 11 ‰, aumenta con la edad y es la principal causa de mortalidad de origen infeccioso en los países desarrollados (6,7). Dicha mortalidad puede oscilar del 1% al 5% en los pacientes ambulatorios, del 5,7% y 14% en los pacientes hospitalizados y del 34% al 50% en aquellos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (8).

Para prevenir la aparición de estas patologías derivadas de la infección por neumococo se dispone de una de las medidas más importantes de Salud Pública, la vacunación. Actualmente, la inmunización activa se puede realizar con vacunas polisacáridas de 23 serotipos (VPnP23) y vacunas conjugadas de 13 serotipos (VPnC13) (9).

En España, desde el año 2000, se ha ido incluyendo la vacuna frente al neumococo en las distintas comunidades autónomas de forma heterogénea.

En Galicia, ya desde 1999, se comenzó a utilizar la vacuna polisacárida 23-valente para las personas institucionalizadas en residencias. En el año 2000 se introdujo para las de 65 o más años de edad, modificándose en el 2017 la pauta con la introducción de la vacuna conjugada 13-valente, pasando a administrarse la vacuna polisacárida a las personas de 66 o más años (10).

En 2001 se autorizó el uso de la vacuna neumocócica conjugada que incluía siete serotipos (PnC7) para niños pertenecientes a grupos de riesgo. Posteriormente, en 2011, se sustituyó por la vacuna conjugada frente a trece serotipos, aumentando su rango de administración a todos los niños desde las seis semanas hasta los cinco años (11).

Esta vacuna conjugada 13-valente inicialmente solo estaba autorizada para su uso en niños. Sin embargo, en 2015 se modificó su ficha técnica incluyendo a adultos a partir de los 18 años de edad pertenecientes a grupos de riesgo (12). El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) la incorporó en su calendario de vacunación del adulto en el año 2017 para todas las personas que fuesen cumpliendo 65 años (13).

En la Tabla 1 se muestran las indicaciones de vacunación con VPnC13 y VPnP23 en el adulto según el calendario gallego de vacunación del adulto.

En la Figura 1 se muestran los esquemas secuenciales de vacunación.

**Tabla 1.** Indicaciones de vacunación con VPnC13 y VPnP23 en el adulto

Grupos de riesgo	VPnC13	VPnP23 <sup>1</sup>
Enfermedad de Hodgkin, leucemias, linfomas, mieloma múltiple	1 dosis	1 dosis
Insuficiencia renal crónica (grado 3 o superior) o síndrome nefrótico	1 dosis	1 dosis
Trasplantes de órganos sólidos o de células hematopoyéticas	3 dosis (intervalo 1 mes)	1 dosis
Infección por VIH	1 dosis	1 dosis
Inmunodeficiencias de células T o B, déficits de complemento y trastornos de la fagocitosis	1 dosis	1 dosis
Inmunodeficiencia adquirida por tratamiento inmunosupresor, quimio-radioterapia	1 dosis	1 dosis
Asplenia anatómica o funcional y disfunción esplénica	1 dosis	1 dosis
Portadores de implantes cocleares o de fistulas de líquido cefalorraquídeo	1 dosis	1 dosis
Enfermedad hepática crónica grave (incluye cirrosis)	1 dosis	1 dosis
Enfermedad hepática crónica	—	1 dosis
Antecedentes de enfermedad invasora confirmada (PCR o cultivo) causada por <i>Streptococcus Pneumoniae</i>	1 dosis	1 dosis
Patología cardiovascular crónica y diabetes mellitus	—	1 dosis
Enfermedad respiratoria crónica y enfermedades neuromusculares	—	1 dosis
A los 65 años	1 dosis (si no vacunado previamente)	1 dosis a los 66 años

<sup>1</sup> Revacunación:

- Las personas de menos de 65 años de edad con asplenia anatómica o funcional y las personas inmunocomprometidas deberán recibir una segunda dosis a los cinco años de la primera.
- Las personas pertenecientes a los restantes grupos de riesgo y de 65 o más años de edad solo deberán recibir una segunda dosis en el caso de haber sido vacunadas por lo menos cinco años antes y siempre y cuando la primera dosis la hayan recibido con una edad inferior a los 65 años.

En personas pertenecientes a grupos de riesgo de vacunación se administra la VPnC13 seguido de la VPnP23 a las ocho semanas en el caso de personas inmunocomprometidas, asplénicas o portadoras de implantes cocleares o fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR). Para el resto de grupos el intervalo recomendado será de 12 meses.

En el caso de personas con antecedentes de vacunación polisacárida VPnP23 deberán transcurrir al menos 12 meses de intervalo para la administración de la VPnC13.

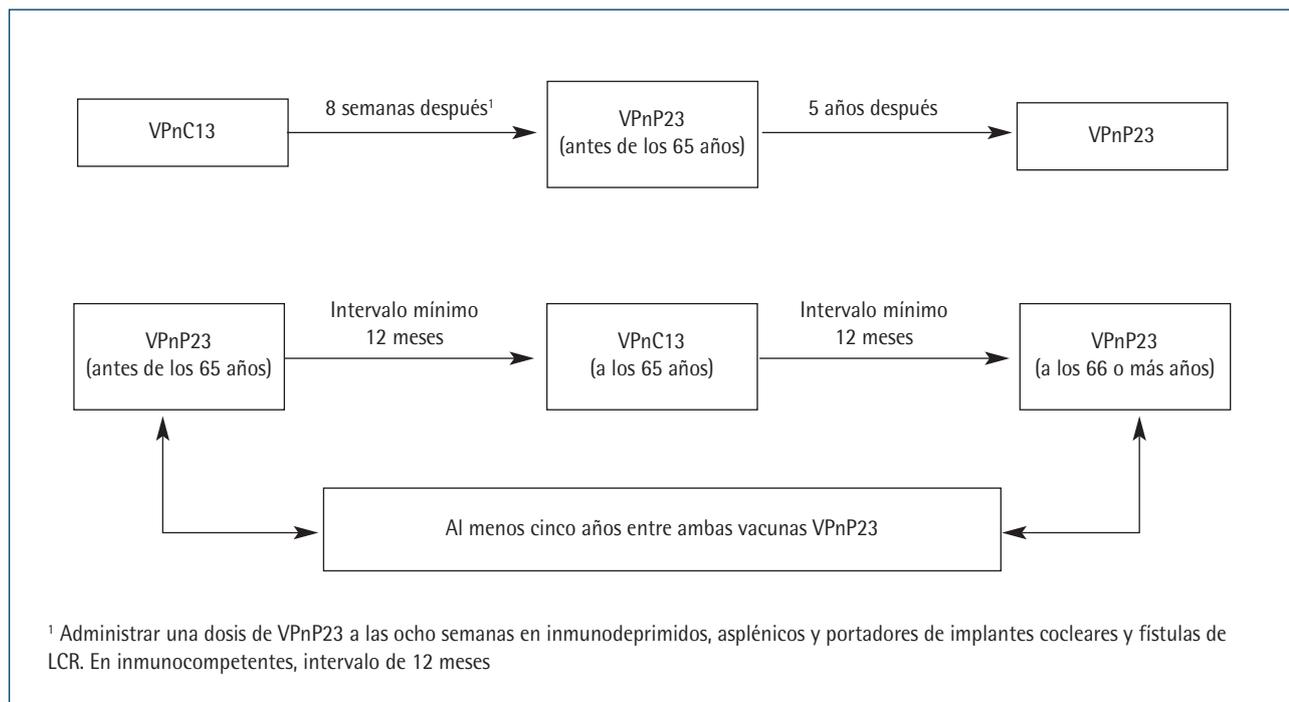


Figura 1. Vacunación secuencial VPnC13- VPnP23

Cuatro años después de la instauración del calendario de vacunación del adulto en Galicia, que incluye las nuevas pautas de vacunación antineumocócica, resulta necesario conocer el grado de implementación de dichas recomendaciones entre la población mayor de 64 años.

## Objetivos

### Objetivo principal

Conocer la cobertura actual de vacunación antineumocócica (VPnC13 y VPnP23) en la población adulta de 65 o más años perteneciente al municipio de A Coruña.

### Objetivos secundarios

- Determinar la cobertura de vacunación de la vacuna antineumocócica conjugada según la edad y la presencia o no de factores de riesgo.
- Determinar la cobertura de vacunación de la vacuna antineumocócica polisacárida según la edad y la presencia o no de factores de riesgo.
- Analizar el grado de adecuación en la administración de ambas vacunas según las indicaciones del calendario de vacunación del adulto del SERGAS.

## Método

### Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal cuyo ámbito de estudio fue el municipio de A Coruña que está formado por 14 centros de salud.

## Población y muestra

La población diana comprendía a los pacientes de 65 o más años de edad pertenecientes al municipio de A Coruña (60.347 personas) que contasen con una historia clínica electrónica activa a 3 de julio de 2021. Se excluyeron a aquellos pacientes con historias sin cumplimentar, fallecidos que no hubiesen sido dados de baja, pacientes que se hubiesen trasladado a otros municipios y/o comunidades, y pacientes sin datos de contacto con el centro de salud en los últimos 10 años.

Se seleccionaron por muestreo estratificado por centros de salud un total de 202 personas de 65 o más años. De cada centro de salud, los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria utilizando el paquete estadístico R. El tamaño muestral se calculó atendiendo a una estimación del error del 7%, un intervalo de confianza del 95% y una distribución del 50%.

## Variables

Las variables que se analizaron fueron sociodemográficas: edad, sexo; el estado vacunal: se consideraban vacunados a aquellos pacientes en los que estaba registrada en su historia clínica la vacuna antineumocócica conjugada y/o polisacárida y la fecha de administración; y las condiciones de riesgo subyacente: neoplasias hematológicas, insuficiencia renal crónica grado 3 o superior o síndrome nefrótico, trasplantes de órganos o médula ósea, infección VIH, inmunodeficiencias de células T o B, déficits de complemento y trastornos de la fagocitosis, terapia inmunosupresora, asplenia, portadores de implantes cocleares o de fistulas de líquido cefalorraquídeo, enfermedad hepática crónica, cirrosis, antecedentes de enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*, patología cardiovascular crónica, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica y enfermedades neuromusculares.

En cada paciente se consideró la adecuación de su estado vacunal frente al neumococo según las recomendaciones recogidas en el calendario de vacunación del adulto del SERGAS de 2017.

## Recogida de datos

Como fuente de recogida de datos se utilizó la historia clínica electrónica IANUS.

## Análisis

Fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables expresando las cuantitativas como media y las variables cualitativas como valor absoluto y porcentajes.

## Consideraciones éticas

El estudio fue diseñado de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con los estándares de la buena práctica clínica, siendo autorizado por la Gerencia del Área Sanitaria de A Coruña.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 202 historias clínicas, de las cuales 130 (64,4%) correspondían a hombres y 72 (35,6 %) a mujeres. La edad media fue de 75,4 años, con un rango entre 65 a 98 (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de la muestra estudiada

	Hombres		Mujeres		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo	130	64,4	72	35,6	202	100	
Edad media (mín.-máx.: de)	75,6 (65-98;7,7)		75,1 (65-92: 7,1)		75,4 (65-98: 7,5)		
Grupo de edad	65-74 años	64	63,4	37	36,6	101	100
	75-84 años	48	65,8	25	34,2	73	100
	85 o más años	18	64,3	10	35,7	28	100

Del total de la población del estudio, un 5,4% estaba diagnosticada con alguno de los factores de riesgo por los que se indica la vacunación antineumocócica conjugada y un 65,3% estaba diagnosticada con al menos un factor de riesgo por el que se indica la vacunación antineumocócica polisacárida. De este grupo, el 41,1% tenía un único factor de riesgo que hacía pertinente la administración de la vacuna polisacárida, un 18,3% tenía dos factores de riesgo, un 5,4% tenía tres factores de riesgo, mientras que un 0,5% tenía cuatro o más factores de riesgo.

El factor de riesgo más prevalente en el que estaba indicada la vacunación antineumocócica polisacárida fue el de enfermedad cardiovascular crónica con un 53,3%, seguido por la diabetes mellitus con un 23,3% y de la enfermedad respiratoria crónica con un 10,9%. Un 2% de la muestra sufría de enfermedad hepática crónica y no se obtuvo ningún paciente con enfermedad neuromuscular.

De los factores de riesgo en los que estaba indicada la vacunación antineumocócica conjugada, el más prevalente fue la enfermedad renal crónica grado 3 o superior con un 2,5% de los pacientes, seguido de los sujetos con terapia inmunosupresora 1,5%, las neoplasias hematológicas 1% y los portadores de fístulas de líquido cefalorraquídeo 0,5%. No se obtuvieron pacientes que fuesen receptores de trasplantes de órganos o médula ósea ni que padeciesen infección por VIH, asplenia, cirrosis, síndrome nefrótico, ni que hayan tenido antecedentes de enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* o fuesen portadores de implante coclear.

El 59,4% (n= 120) de la muestra recibió alguna de las vacunas antineumocócicas, VPnP23 o VPnC13. Sin embargo, la cobertura completa de vacunación, con VPnP23 y VPnC13, fue del 9,4%.

La cobertura vacunal de VPnC13 fue del 16,8%, siendo superior en los grupos de menor edad (13,4% entre 65-74 años, 2,5% entre 75-84 años, y 1% en  $\geq 85$  años).

En cuanto a la cobertura de VPnP23, esta fue del 42,6%, siendo mayor en el grupo de edad entre 75-84 años (17,8% entre 65-74 años, 18,8% entre 75-84 años, y 5,9% entre  $\geq 85$  años). De las personas que recibieron la vacuna de VPnP23, el 2,5% fue revacunada.

Al analizar la cobertura vacunal en ambos sexos se observó que no existen diferencias significativas entre ellos.

En la Tabla 3 y 4 se muestran las coberturas vacunales de la VPnC13 y VPnP23, respectivamente, en función de los diferentes grupos de edad y sexo.

**Tabla 3.** Cobertura vacunal VPnC13 por grupos de edad y sexo

Grupo de edad	Hombres % (IC 95%)	Mujeres % (IC 95%)	Total población % (IC 95%)
65-74 años	6,4% (3,5-10,7)	7,0% (3,8-11,3)	13,4% (9,0-18,8)
75- 84 años	0,5% (0,01- 2,7)	2,0% (0,5- 4,9)	2,5% (0,8- 5,6)
85 o más años	0,5% (0,01-2,7)	0,5% (0,01-2,7)	1% (0,12-3,5)

**Tabla 4.** Cobertura vacunal VPnP23 por grupos de edad y sexo

Grupo de edad	Hombres % (IC 95%)	Mujeres % (IC 95%)	Total población % (IC 95%)
65-74 años	10,9% (6,9- 16,0)	6,9% (3,8-11,3)	17,8% (12,8-23,8)
75- 84 años	12,3% (8,1- 17,7)	6,4% (3,4- 10,7)	18,8% (13,6-24,9)
85 o más años	3,4% (1,4- 7,0)	2,4% (0,8- 5,6)	5,9% (3,1-10,1)

Atendiendo a la comorbilidad, se observó una tendencia positiva entre los pacientes que poseen varios factores de riesgo con respecto a los que no tienen comorbilidades asociadas. Entre este primer grupo hubo un 35,6% de vacunados, mientras que del grupo que no presentaba comorbilidad, un 14,4%.

Al analizar por separado los factores de riesgo en los que estaba indicada la vacunación VPnC13 y/o la VPnP23, del 5,4% de los pacientes que tenía algún factor de riesgo para ser vacunado con la vacuna VPnC13 estaba vacunado el 2,48%, y del 65,3% de los pacientes que tenía algún factor de riesgo para ser vacunado con la vacuna VPnP23 estaba vacunado el 30,71%.

El grado de adecuación de la vacunación antineumocócica VPnC13 entre los sujetos vacunados fue del 58,8%, siendo el 50% vacunado según el criterio edad (IC 95%: 31,7-68,2), y el 8,8% vacunado según comorbilidad (IC 95%: 1,8-23,6).

La pertinencia de la vacunación antineumocócica VPnP23 entre los sujetos vacunados fue del 94,2%, siendo el 26,7% vacunado según el criterio de edad (IC 95%: 16,8- 36,6), el 12,8% según comorbilidad (IC 95%: 5,1- 20,4) y el 54,7% según ambos criterios (IC 95%: 43,5-65,7).

## Discusión

La vacuna frente al neumococo lleva más de dos décadas administrándose en España entre la población adulta. Sin embargo, no se dispone de muchos datos actualizados en relación con la cobertura vacunal en este entorno, y lo que resulta más interesante, sobre el grado de adecuación. Si bien es cierto que existen estudios en los que se determinó la cobertura de vacunación antineumocócica de una región concreta, son escasos los que abordan la pertinencia de dicha vacuna.

El presente estudio, realizado en el municipio de A Coruña, al que pertenecen 14 centros de salud, obtuvo una cobertura vacunal completa con las dos vacunas disponibles y financiadas por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), que son la vacuna antineumocócica conjugada y la vacuna antineumocócica polisacárida, del 9,4%. Al analizar la cobertura desglosada, de cada una de las vacunas antineumocócicas, esta fue del 42,6% en la polisacárida y del 16,8% en la conjugada.

Estas cifras distan de los objetivos planteados por el SERGAS en la instrucción publicada en julio de 2017 sobre vacunación antineumocócica en adultos (13), donde se recoge como objetivos específicos alcanzar una cobertura vacunal a los 65 años con la VPnC13 igual o superior al 60% y mejorar la captación de las personas pertenecientes a grupos de riesgo.

Asimismo, los objetivos que propone Healthy People 2020 son igualmente superiores a los obtenidos en este estudio, al menos una cobertura del 60% en adultos con factores de riesgo y de un 90% en ancianos (14).

En Cataluña se llevó a cabo en el año 2016 un estudio de base poblacional (15) en donde se observó que la cobertura de VPnP23 entre las personas de 65 a 79 años era del 63,1% y del 81,2% en los mayores de 80. Al analizar esta cobertura en personas con factores de riesgo, obtuvieron cifras también elevadas, superiores al 69%. Sin embargo, la cobertura con VPnC13 no consiguió alcanzar un 4% ni considerando los subgrupos de población de riesgo. Es importante diferenciar que en Cataluña, mientras que la VPnP23 está financiada para adultos con factores riesgo y para adultos mayores de 65 años, la VPnC13 solamente está financiada para personas de alto riesgo (16).

Si bien es cierto que las asociaciones y organizaciones tanto nacionales como internacionales recomiendan la vacunación frente al neumococo en adultos mayores (17-20), cada comunidad autónoma y cada Servicio Nacional de Salud dispone de un tipo de financiación para las vacunas, pública o privada, que puede resultar condicionante en las tasas de vacunación. Además, esta diferencia en la financiación entre los distintos servicios de salud dificulta la comparación de las coberturas vacunales que oscilan, en el caso de la VPnP23, entre un 8% y un 69% entre los adultos mayores en los países de Europa occidental (15). Incluso se observan diferencias entre las distintas organizaciones territoriales de un mismo país, en Suecia, por ejemplo, un estudio estableció una cobertura de VPnP23 del 37% en el condado de Estocolmo (21) mientras que en Upsala era del 28% (22).

Al analizar la inmunización por grupos de edad en este trabajo se identificó que aumentaba en los grupos de menor edad para la VPnC13, siendo de 13,4% para el grupo de entre 65 y 74 años, de 2,5% entre 75 y 84 años y de un 1% a partir de los 85 años. Esto puede explicarse por el hecho de que se autorizó el uso de la vacuna VPnC13 en adultos en el año 2015, incorporándose en el calendario de vacunación del adulto del SERGAS en el año 2017. Es lógico, por tanto, que los mayores de 70 años, en el momento actual, sin factores de riesgo para esta vacuna, no la hayan recibido.

Haciendo esta misma comparativa por grupos de edad con la VPnP23 se determinó una cobertura similar para la franja etaria de 65 a 74 años y de 75 a 84 años, en torno a un 18%. Sin embargo, disminuyó notablemente en los mayores de 84 años, siendo del 5,9%, a pesar de que es en los ancianos donde más relevante resulta la protección frente al neumococo ya que sabemos que la incidencia de la neumonía aumenta de 10 por 10.000 habitantes entre los 65 y 74 años a 29 por 10.000 habitantes en los mayores de 85 años (23). Otros estudios observaron igualmente tasas más bajas de inmunización para

este grupo de edad (24), atribuyendo, algunos autores, este hecho a la mayor probabilidad de ser pacientes inmovilizados y precisar, por tanto, de atención a domicilio (25).

A pesar de resultar más compleja y de requerir más tiempo la captación en función de los factores de riesgo que en función de la edad, los resultados de este trabajo muestran una clara tendencia al alza en aquellos pacientes con comorbilidades asociadas. Estos resultados coinciden con estudios previos en donde se determinó la cobertura de vacunación comparando grupos de riesgo (15). Los pacientes con comorbilidad utilizan más los servicios sanitarios, acudiendo de manera rutinaria a sus centros de salud. Además, padecer alguna o varias patologías crónicas aumenta, en la mayoría de los casos, la implicación en la prevención primaria. Esto facilita la captación por parte del equipo de Atención Primaria de estos subgrupos de población.

Alcanzar unos niveles óptimos de protección frente al neumococo mediante tasas de vacunación elevadas entre la población mayor de 65 años y entre la población de riesgo es una de las metas de todos los servicios de salud. Sin embargo, tan importante es alcanzar estos objetivos de vacunación como lo es hacerlo de manera correcta. Actualmente abundan los protocolos y guías de práctica clínica, este hecho hace que exista una variabilidad muy amplia en la práctica diaria. Galicia dispone de un calendario de vacunación del adulto en donde se indica a quién va dirigida la vacunación antineumocócica, cuándo debe de administrarse y qué intervalos deben de seguirse.

Aun disponiendo en el SERGAS de una instrucción específica sobre la vacunación antineumocócica, los resultados del presente estudio sobre adecuación de la VPnC13, es decir, de entre los sujetos vacunados con esta vacuna, cuántos habían sido vacunados a la edad y/o por los factores de riesgo que le correspondían, son muy pobres. Hay que recordar que el porcentaje de vacunación con VPnC13 fue del 16,8%, a pesar de ser una vacuna financiada con fondos públicos. A este bajo porcentaje se le añade que cerca de un 42% estaba mal vacunado. Estos datos contrastan con los de la VPnP23, con una pertinencia del 94,2%. La diferencia que presentan ambas vacunas en cuanto a adecuación podría explicarse porque la VPnP23 lleva desde el año 2000 administrándose de manera sistemática a los mayores de 65 años, mientras que la VPnC13 fue incorporada en el calendario en el 2017.

Resultados publicados en 2018 por un estudio nacional que valoraba el grado de adecuación de VPnP23 y VPnC13 de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), mostraban que más de la mitad de los sujetos habían sido vacunados inadecuadamente. Siendo el grado de adecuación del 46,1% según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, del 19,3% según la semFYC y del 4,6% según el CDC (26).

La importancia y el peso que las campañas de vacunación específicas tienen ha sido estudiada por diferentes autores (27,28). Un estudio realizado en Estados Unidos hace un año buscaba evaluar la efectividad de una intervención para mejorar las tasas de inmunización en adultos, concluyendo que este tipo de intervenciones mejoraban las tasas de vacunación y reducían las oportunidades perdidas en los adultos mayores para la vacuna antineumocócica (27). Aunque en Galicia no se lleva a cabo, de manera habitual, una intervención específica, suele aprovecharse la campaña de la gripe para informar y ofertar la vacuna antineumocócica. Algunos trabajos han demostrado que existe un efecto positivo en promocionar ambas vacunas en la misma campaña (29). Es aquí donde la enfermera de Atención Primaria juega un papel fundamental, promocionando, informando y aconsejando sobre la importancia de la vacunación.

Como limitaciones de este trabajo se ha de señalar que la muestra no es muy amplia y que los centros seleccionados pertenecen a una zona urbana, lo que puede limitar la representatividad, aunque se cree que, a pesar de que los datos tienen un carácter local, pueden ser orientativos en aquellas áreas similares a esta.

Por otro lado, se ha considerado la situación vacunal y la comorbilidad de los pacientes según lo registrado en sus historias clínicas informatizadas, por lo que puede haber un cierto sesgo de clasificación al considerar como no vacunados a pacientes que sí lo estaban, pero que no constaba en el registro. El mismo caso puede suceder con las comorbilidades al existir la posibilidad de que no estuvieran correctamente codificadas, y por lo tanto, exista una ligera infraestimación en los pacientes con patologías/factores de riesgo.

## Conclusiones

En opinión de las autoras, las enfermeras, como responsables no solo del propio acto de vacunación, sino también de dar la información a la población receptora, resolver sus dudas, revisar sus condicionantes y llevar a cabo un correcto registro, son un factor determinante, que puede influir sobre las coberturas vacunales. Deben ser conscientes de la importancia no

solo de la edad, sino también de la presencia de factores de riesgo del sujeto para recomendar la vacunación antineumocócica. Resulta necesario establecer estrategias de información y formación a todos los niveles recordando la indicación de las vacunas, lo que podría mejorar tanto la cobertura vacunal como la adecuación de la vacunación.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Grupo de trabajo vacunación frente a neumococo en grupos de riesgo 2015 de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Utilización de la vacuna frente a neumococo en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 15 may 2022]. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JyeF3C2DQX8J:https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Neumococo\\_Gruposriesgo.pdf+&cd=1&hl=es&tct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JyeF3C2DQX8J:https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Neumococo_Gruposriesgo.pdf+&cd=1&hl=es&tct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d)
- [2] Hall E, Wodi AP, Hamborsky J (eds.s). Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 14<sup>th</sup> ed. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2021. p. 255-72.
- [3] Vila A, Dacosta C, Cabanes D, Ochoa O, Raga M, Gómez F, et al. Epidemiología de la enfermedad neumocócica invasiva en la región de Tarragona, 2012-2015: incidencia, letalidad y cobertura de serotipos para las distintas formulaciones vacunales antineumocócicas. Rev. Esp. Salud Pública [internet]. 2018 [citado 15 may 2022]; 92:e201810073. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100217&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100217&lng=es)
- [4] González-Romo F, Picazo JJ, García-Rojas A, Labrador-Horrillo M, Barrios V, Magro MC, et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. Rev Esp Quimioter [internet] 2017 [citado 15 may 2022] 30(2):142-168. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:diBKoBMMdOEJ:www.seq.es/seq/02143429/30/2/gonzalez15feb2017.pdf+&cd=1&hl=es&tct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d>
- [5] Domínguez V, Arrazola P, Campins M, Chamorro J, De Diego J, Fenol A, et al. Recomendaciones de vacunación antineumocócica en el adulto por indicación médica. Medicina Preventiva [internet] 2012 [citado 15 may 2022]; 18(3):29-44. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zGK48eNZVvQJ:www.socinorte.com/wp-content/uploads/2012/10/30092012-Recm-Vac-Antineumococica-SEMPSPH-vers-final.pdf+&cd=1&hl=es&tct=clnk&gl=es>
- [6] Agirrezabala JR, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, Armendáriz M, Asensio A, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Infac [internet] 2016 [citado 15 may 2022]; 24(5):22-8. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/boletin-infac-ano-2016-volumen-24/web01-a2cevime/es/>
- [7] Domínguez A, Izquierdo C, Salleras L, Ruiz L, Sousa D, Bayas JM, et al. Effectiveness of the pneumococcal polysaccharide vaccine in preventing pneumonia in the elderly. Eur Respir J [internet] 2010 [citado 15 may 2022]; 36(3):608-14. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/36/3/608>
- [8] Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez-Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol [internet] 2010 [citado 15 may 2022]; 46(10):543-58. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289610002000>
- [9] Campins-Martí M. Vacunas antineumocócicas. Nuevas vacunas conjugadas para el adulto. Enferm Infecc Microbiol Clin. [internet] 2015 [citado 15 may 2022]; 33(9):617-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X15003183>
- [10] Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Galego de Vacinación. Calendario de vacinación de adultos [internet] 2017 [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documento-calendario-adultos->
- [11] Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Dirección de Asistencia Sanitaria. Instrución sobre a vacinación fronte ao pneumococo (estudio piloto) [internet] 2010 [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Instruci%C3%B3n>

- [12] Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha Técnica Prevenar 13 suspensión inyectable [internet]. [citado 15 may 2022]. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oBFq9r8NHhJ:https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/09590002/FT\\_09590002.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oBFq9r8NHhJ:https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/09590002/FT_09590002.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d)
- [13] Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Vacunación antipneumocócica en adultos (xullo 2017) [internet] 2017 [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Vacinacion-antipneumococica-en-adultos>
- [14] The Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people 2020. Immunization and Infectious Diseases [internet] [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/immunization-and-infectious-diseases/objectives>
- [15] Vila-Corcoles A, Ochoa-Gondar O, Hospital I, De Diego C, Satué E, Bladé J, et al. Pneumococcal vaccination coverages among low-, intermediate-, and high-risk adults in Catalonia. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. [internet] 2016 [citado 15 may 2022] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5137520/>
- [16] Calendario de vacunación sistemática del Servicio Catalán de Salud. Generalitat de Catalunya. [internet] [citado 15 may 2022]. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/vacunacions/calendari-de-vacunacions/index.html#googtrans\(ca|es\)](https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/vacunacions/calendari-de-vacunacions/index.html#googtrans(ca|es))
- [17] World Health Organization (WHO). Pneumococcal vaccines: WHO position paper. Vaccins antipneumococciques: Note de synthèse de l'OMS -2012. *Weekly Epidemiological Record. Relevé épidémiologique hebdomadaire* [internet] 2012 [citado 16 may 2022]; 87(14):129-44. [internet] [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/241904>
- [18] Tomczyk S, Bennett N, Stoecker C, Gierke R, Moore M, Whitney C, et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged  $\geq 65$  years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. [internet] 2014 Sep 19 [citado 15 may 2022]; 63(37):822-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779453/>
- [19] Ministerio de Sanidad. Vacunas y programa de vacunación [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/home.htm>
- [20] Asociación Española de Vacunología. Calendario de vacunación. [internet] [citado 15 may 2022]. Disponible en: <https://www.vacunas.org/calendario-de-vacunacion/>
- [21] Christenson B, Hedlund J, Lundbergh P, Ortvist A. Additive preventive effect of influenza and pneumococcal vaccines in elderly persons. *European Respiratory Journal* [internet]. 2004 [citado 15 may 2022]; 23:363-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15065822/>
- [22] Christenson B, Pauksen K, Sylvan S. Effect of influenza and pneumococcal vaccines in elderly persons in years of low influenza activity. *Virology Journal* [internet]. 2008 [citado 15 may 2022]; 5,52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18442371/>
- [23] Recomendaciones de vacunación frente a la enfermedad neumocócica invasora en mayores. Grupo de vacunas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [internet] [citado 15 may 2022]. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BIUcF\\_dV\\_EJ:https://www.segg.es/media/descargas/Recomendaciones%2520Vacunaci%25C3%25B3n%2520Neumococo.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BIUcF_dV_EJ:https://www.segg.es/media/descargas/Recomendaciones%2520Vacunaci%25C3%25B3n%2520Neumococo.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d)
- [24] Jackson L, Neuzil K, Yu O. Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. *N Engl J Med* [internet]. 2003 [citado 15 may 2022]; 348:1747-55. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa022678>
- [25] Vila A, Ochoa O, Ansa X, Bladé J, Palacios L, Fuentes C, Grupo de Estudio EVAN-65. Cobertura y asociación con variables clínicas de la vacunación antineumocócica en la población mayor de 65 años de Tarragona-Valls. *Rev. Esp. Salud Pública* [internet]. 2005 [citado 15 may 2022]; 79(6). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600004)
- [26] Ochoa-Gondara O, Vila-Córcoles A, De Diego C, Satué E, Vila-Robira A, Aragón M. Vacunación antineumocócica en adultos de Cataluña: coberturas y grado de adecuación a distintas guías de recomendaciones. *Atención Primaria* [internet]. 2018 [citado 15 may 2022]; 50(9):553-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-vacunacion-antineumococica-adultos-cataluna-coberturas-S021265671730210X>
- [27] Loskutova N, Smail, C, Callen E. Effects of multicomponent primary care-based intervention on immunization rates and missed opportunities to vaccinate adults. *BMC Fam Pract* 2020; 21, artic 46. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01115-y>
- [28] Loskutova N, Smail C, Webster B, Ajayi K, Wood J, Carroll J. Missed opportunities for improving practice performance in adult immunizations: a meta-narrative review of the literature. *BMC Fam Pract* [internet]. 2017 [citado 15 may 2022]; 18(1):108. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CTo17KVbavoJ:https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-017-0694-1.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d>
- [29] Nichol KL. The additive benefits of influenza and pneumococcal vaccinations during influenza seasons among elderly persons with chronic lung disease. *Vaccine*. [internet]. 1999 [citado 15 may 2022]; 17(1):S91-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X99001140?via%3Dihub>



# Próximias convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS



**60  
ECTS**



## Máster en Enfermería Escolar

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



**60  
ECTS**



## Máster en Urgencias y Emergencias

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



**30  
ECTS**



## Experto en Cuidados Intensivos Pediátricos

- Modalidad: online
- Duración: 750 horas



Fechas de  
inicio desde  
el 30/05/22

## INFORME DE CASO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN INJERTO CUTÁNEO

**Raquel Refusta Ainaga.** Enfermera en Atención Primaria en Sector 3, Zaragoza. España.

**Lorena Rodríguez Elena.** Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Sector II, Zaragoza. España.

**Luis Hernaiz Calvo.** Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet, Sector II. Zaragoza. España.

Dirección de contacto: minirefus@hotmail.com

### Cómo citar este artículo:

Refusa Ainaga R, Rodríguez Elena L, Hernaiz Calvo L. Informe de caso de cuidados de enfermería a un injerto cutáneo. *RIDEC* 2022; 15(1):65-74.

**Fecha de recepción:** 6 de agosto de 2021.

**Aceptada su publicación:** 8 de marzo de 2022.

### Resumen

**Objetivo:** presentar el caso de un varón de 78 años que acude a la consulta de enfermería para realizar la cura de dos injertos con mala evolución clínica. Llevar a cabo una valoración enfermera completa para detectar áreas de mejora. Intervenir y modificar aspectos críticos para conseguir la máxima funcionalidad posible en sus actividades de la vida diaria. Evaluar los cambios efectuados para comprobar que se han alcanzado los objetivos deseados.

**Método:** el abordaje de este caso ha sido realizado usando el modelo enfermero de necesidades básicas de Virginia Henderson y se han utilizado las taxonomías NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), NIC (*Nursing Interventions Classification*) y NOC (*Nursing Outcomes Classification*) a lo largo del proceso.

**Resultados:** se detectan áreas de mejora como la percepción del dolor, el manejo del autocuidado y la integridad cutánea (adaptando las curas a su caso particular). Tras la evaluación de la intervención se observa una mejora en las áreas afectadas, con el consiguiente incremento de la calidad de vida del paciente.

**Conclusiones:** la profesión enfermera es fundamental en el manejo de pacientes injertados, siendo imprescindibles no solo en la pauta de curas y su modificación, sino también en la visión holística del paciente, detectando posibles áreas de mejora en las necesidades básicas del mismo.

**Palabras clave:** injerto cutáneo; colgajo; taxonomías enfermeras; Virginia Henderson; curas; heridas.

### Abstract

#### Case report for nursing care in a skin graft

**Objective:** to present the case of a 78-year-old male who attended the Nursing consulting room for the cure of two grafts with poor clinical evolution. To conduct complete nursing assessment in order to detect any areas for improvement. To intervene and modify critical aspects in order to achieve the maximum functionality possible in his daily life activities. To evaluate the changes made in order to confirm that the objectives desired have been achieved.

**Method:** in this case, the approach used was the nursing model of Virginia Henderson's basic needs, and the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification) taxonomies were used throughout the process.

**Results:** some areas for improvement were detected, such as pain perception, self-care management and skin integrity (adapting cures to his specific case). After evaluating the intervention, an improvement was observed in the areas involved, with the subsequent increase in the quality of life of the patient.

**Conclusions:** the nursing profession is essential for the management of patients with grafts, and they are not only indispensable for the pattern of cures and its modification, but also for the holistic view of the patient, detecting potential areas for improvement in his basic needs.

**Key words:** skin graft; flap; nursing taxonomies; Virginia Henderson; cures; wounds.

## Introducción

Los injertos a menudo se utilizan como alternativa al cierre de heridas crónicas y son uno de los motivos de consulta para realización de curas en enfermería. Las profesionales enfermeras son las grandes responsables de los cuidados de este complejo proceso, cuyo objetivo será un buen prendimiento y/o cicatrización de los injertos. Según el estudio ATENEA, una de cada tres profesionales opina que la formación sobre el cuidado de las heridas todavía es deficiente o incluso muy deficiente y podría solucionarse con unas pautas claras y sencillas dirigidas al personal sanitario (1).

A la hora de realizar una cura de un injerto se deberá tener en cuenta el tipo del injerto que se va a tratar, ya que se distinguirá entre injerto de piel (se retira una fina capa de piel) y colgajo (se retira piel y músculo). Habitualmente el protocolo en estas curas aconseja mantener los apósitos protectores durante cuatro/cinco días sin levantar desde la cirugía (2,3).

Durante este periodo será de vital importancia que las enfermeras detecten los posibles signos y síntomas de alarma (4-6):

- **Temperatura:** se deberá tomar la temperatura para comprobar que no hay fiebre.  
A través del tacto, el injerto debería palparse cálido o templado, en caso de encontrarse frío a la palpación sería un signo de alarma porque indica mala perfusión.
- **Color:** en signo de normalidad sería color rosado. En caso de congestión vascular aparecerá un injerto de coloración cianótica/amorataada, y en caso de una mala perfusión aparecerá un injerto pálido.
- **Sangrado y/o hematoma:** es normal que los colgajos o injertos sangren al principio, se deberá valorar la cantidad de sangrado y en caso de sobrepasar la normalidad dar señal de alarma (4,5).

En este caso se presenta un varón de 78 años que es sometido a intervención quirúrgica de tumorectomía y reconstrucción con injerto cutáneo de tres nódulos (6,4 y 15 mm) en región paraescapular izquierda lateral y medial.

El objetivo del trabajo se centra en recalcar la importancia del papel de la enfermería en los cuidados del injerto y en la detección de signos y síntomas de alarma para el tratamiento eficaz, que disminuiría las complicaciones e incrementaría la calidad de vida del paciente.

Los objetivos de este trabajo serían:

- Visibilizar, a través de este caso clínico, la evolución de un paciente injertado.
- Explicar signos y síntomas de alarma que supondrían una mala evolución de las curas y requeriría un cambio en el tratamiento del mismo.
- Identificar diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales y elaborar un plan de cuidados que lleve a su abordaje.
- Evaluar el plan de cuidados una vez realizado.
- Empoderar a enfermería y medicina en la atención a los pacientes con injertos, pues pueden mejorar su estado de salud e incrementar su calidad de vida.

## Narrativa

Tras varios días realizando curas su enfermera habitual, acude al servicio de atención continuada para hacer una nueva cura. Aquí se aprecian bordes de injertos tumefactos y eritematosos, aumento de temperatura a la palpación y signos flogóticos, con supuración a la presión y coloración central de injerto medial violácea; impresionando de mala evolución, se deriva a urgencias de HUMS.

En la exploración en urgencias se observan ambos injertos totalmente desprendidos (tensos tipo piel de tambor) con acumulación de líquido seroso en la más medial.

Durante el ingreso el paciente experimenta importantes cambios evolutivos, siendo sometido a sucesivas intervenciones quirúrgicas. Durante este proceso hospitalario se utilizó la terapia VAC para el control del exudado (terapia de presión negativa ampliamente llevada a cabo en este medio), resultando de gran utilidad para disminuir el exudado y favorecer el cierre de la herida. Asimismo, esta terapia ha demostrado facilitar el prendimiento de autoinjertos cutáneos (8).

Como tratamiento farmacológico se administró ciprofloxacino 400 mg dos veces/día vía intravenosa sin incidencias, tomando como tratamiento preventivo probióticos. El paciente no toma tratamiento crónico por no padecer enfermedades de base.

Al alta hospitalaria se deriva a Atención Primaria, especialmente para seguimiento y curas por las enfermeras (9).

## Diagnóstico

Además de la exploración del injerto con evidentes signos y síntomas correspondientes a infección, se realizaron las siguientes pruebas:

- Analítica sanguínea:
  - PCR elevada y leucocitosis con desviación izquierda.
  - Coagulación y hemograma en rango.
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal sin arritmias objetivables.
- Radiografía sin alteraciones.
- Hemodinámicamente estable.
- Temperatura de 38,1 °C.
- Frotis y cultivo de exudado de la herida, aislándose un coco catalasa positivo y coagulasa negativo, correspondiente a *S. Epidermidis* sensible a vancomicina.

## Método

Análisis de caso único. Se estudia el caso clínico de un paciente injertado, cuyo seguimiento y tratamiento se realiza de forma multidisciplinar, comenzando con la asistencia en el HUMS (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza), y continuando en Atención Primaria, en el Centro de Salud de Sagasta en el año 2020-2021.

Este informe de caso sigue las Directrices de CARE7.

## Valoración enfermera del paciente y plan de cuidados

Se valoraron las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson:

- **Necesidad de respirar:** exfumador de 30 años. Presenta disnea al realizar pequeños esfuerzos.
- **Necesidad de nutrición e hidratación:** IMC dentro del rango de la normalidad. Dieta equilibrada. Esposa muy implicada en cuidar de su alimentación. Bebe menos de 1 litro de agua al día porque ha perdido sensación de sed, de manera que se recomienda utilizar para él solo una botella de agua para recordarse ingerirla entera (Tabla 1).
  - 00027 déficit de volumen de líquidos.
  - 00182 disposición para mejorar el autocuidado evidenciado por expreso deseos de aumentar el autocuidado.
- **Necesidad de eliminación:** independiente.
- **Necesidad de movimiento:** deambula con ayuda de bastón (Tabla 2).
  - 00155 riesgo de caídas relacionado con uso de dispositivos de ayuda (bastón).
- **Necesidad de descanso y sueño:** varios despertares nocturnos. Es madrugador, pero duerme la siesta, de manera que cumple las horas de sueño adecuadas.
 

Desde la intervención, el dolor y los apósitos le impiden dormir boca arriba y del lado izquierdo, de manera que le cuesta conciliar el sueño en la misma postura (Tabla 3).

  - 00198 trastorno del patrón del sueño.
- **Necesidad de vestirse y desvestirse:** independiente.
- **Necesidad de termorregulación:** afebril.
- **Necesidad de higiene y protección de la piel:** el paciente es capaz de ducharse a diario.
 

Presenta piel seca y escamosa con necesidad de hidratación, se incide en que además de la ingesta de líquidos es necesario hidratar la piel a diario.

Presenta dos injertos de gran amplitud (6 cm aprox.) en la región para escapular, los bordes se encuentran eritematosos e inflamados.

El resultado del test Norton de riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) es de 13= riesgo medio de sufrir UPP (Tabla 4).

– 00046 deterioro de la integridad cutánea.

– 00132 dolor agudo.

• **Necesidad de evitar peligros:** consciente, orientado y colaborador. Se realiza test de Pfeiffer (versión española) Resultado en el test de Pfeiffer versión española 11= no presenta deterioro cognitivo.

• **Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** católico practicante.

• **Necesidad de comunicarse:** buen apoyo familiar (resultado Apgar familiar 8= familia normofuncional). El paciente resta importancia a su enfermedad para no preocupar a su familia.

El paciente manifiesta temor al ingreso prolongado y a la mala evolución de las curas y de su enfermedad.

– 00148 temor.

• **Necesidad de trabajo y realización:** pensionista. Ha trabajado en un banco.

• **Necesidad de recrearse:** pasea con su mujer a diario y toman el vermut los domingos con toda la familia. Le gusta ver la televisión y hacer crucigramas.

• **Necesidad de aprender:** tiene capacidad de comprensión normal.

Tabla 1. Necesidad de nutrición e hidratación

DxE	Criterios de resultado	Intervenciones
00027 Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos manifestado por piel seca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0601 Equilibrio hídrico                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 060106 Hipotensión ortostática</li> <li>– 060116 Hidratación cutánea</li> </ul> </li> <li>• 0602 Hidratación                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 0606215 Ingesta de líquidos</li> <li>– 0606211 Diuresis</li> </ul> </li> </ul>	<b>4120 Manejo de líquidos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la ingesta oral (ofrecer líquidos entre las comidas...)</li> <li>• Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda.</li> </ul>
00182 Disposición para mejorar el autocuidado evidenciado por expresa deseos de aumentar el autocuidado		<b>4360 Modificación de la conducta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlo</li> </ul>

Tabla 2. Necesidad de movimiento

DxE	Criterios de resultado	Intervenciones
00155 Riesgo de caídas relacionado con uso de dispositivos de ayuda (bastón)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0208 Movilidad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 020801 Mantenimiento del equilibrio</li> <li>– 020806 Ambulación</li> </ul> </li> <li>• 19090 Conducta de prevención de caídas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda</li> </ul> </li> </ul>	<b>6490 Prevención de caídas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso</li> <li>• Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos</li> <li>• Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones</li> </ul>

Tabla 3. Necesidad de descanso y sueño

DxE	Criterios de resultado	Intervenciones
00198 Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador manifestado por expresiones verbales de no sentirse descansado y sentir dolor	<b>0004 Sueño</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 000404 Calidad del sueño</li> <li>• 000421 Dificultad para conciliar el sueño</li> <li>• 000425 Dolor</li> </ul>	<b>1850 Mejorar el sueño</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente</li> <li>• Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación...</li> </ul>

Tabla 4. Necesidad de higiene y protección de la piel

DxE	Criterios de resultado	Intervenciones
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c intervención quirúrgica manifestado por destrucción de las capas de la piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1101 Integridad tisular: piel y mucosas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 110113 Integridad de la piel</li> <li>- 110118 Cánceres cutáneos</li> </ul> </li> <li>• <b>1103 Curación de la herida: por segunda intención</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 110303 Secreción purulenta</li> <li>- 110305 Secreción sanguinolenta</li> <li>- 110307 Eritema cutáneo circundante</li> <li>- 110315 Excavación</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3583 Cuidados de piel: zona del injerto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar apósitos de gasa para mantener la tensión adecuada en la zona del injerto, según el protocolo del centro</li> <li>- Proporcionar el control adecuado del dolor (medicación, etc.)</li> <li>- Evitar la fricción y el cizallamiento en la zona del injerto</li> <li>- Controlar si hay signos de infección y otras complicaciones postoperatorias.</li> <li>- Proporcionar apoyo emocional, comprensión y consideración al paciente y familiares cuando el injerto no prenda</li> <li>- Enseñar al paciente métodos para proteger la zona del injerto de agresiones mecánicas y térmicas</li> </ul> </li> <li>• <b>3582 Cuidados de la piel: zona donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar técnicas de cura húmeda para autoinjertos cutáneos</li> <li>- Controlar signos de infección (p.ej.: fiebre, dolor...) y otras complicaciones postoperatorias</li> <li>- Mantener limpia y libre de presión la zona donante</li> <li>- Enseñar al paciente a evitar la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar</li> </ul> </li> </ul>

Tabla 4. Necesidad de higiene y protección de la piel (continuación)

DxE	Criterios de resultado	Intervenciones
00132 Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1605 Control del dolor                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada</li> </ul> </li> <li>• 2101 Dolor: efectos nocivos                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 210112 Trastorno del sueño</li> <li>- 210110 Estado de ánimo alterado</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>2380 Manejo de la medicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo</li> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda</li> <li>• Explicar al paciente y a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación</li> </ul>

### Perspectiva del paciente

Tras el análisis y los diagnósticos enfermeros se ponen en marcha pautas y planes de cuidados adaptados a la necesidad del paciente. Con la motivación necesaria, la buena adherencia terapéutica y las correctas intervenciones sanitarias el sujeto debería recuperar su salud e incrementar su calidad de vida, logrando una recuperación funcional lo más similar posible a su vida habitual previa a la enfermedad.

### Resultados: evaluación del plan de cuidados

#### Aspectos generales de los injertos cutáneos

En la actualidad existen varios tipos de injertos según su procedencia: los autólogos o autoinjertos, heterólogos o xenoinjertos (piel procedente de otras especies como el cerdo), homólogos o aloinjertos. Los autoinjertos se han convertido en la alternativa preferida si es posible, pues utiliza piel procedente de otra zona del mismo paciente, disminuyendo así la probabilidad de rechazo. La finalidad de los injertos es la de restaurar de forma definitiva una zona que, debida a tumores, quemaduras, infecciones, etc., no pueden suturarse o cerrarse por segunda intención, o tardarían un tiempo superior de lo habitual.

La evolución del injerto dependerá de factores como la edad, el grado de espesor, el estado previo de la piel, la alimentación, los cuidados, la situación social, otras patologías, etc.

#### Respecto a las curas

Se valorará la extensión del injerto prendido en la primera cura para realizar un pronóstico adecuado y establecer los periodos entre curas.

Se recomienda una vez levantada la primera cura, efectuarlas a días alternos si el injerto es estable o cura diaria en el caso de un injerto inestable.

Resulta de vital importancia retirar con abundante suero fisiológico la cura anterior para evitar retirar o dañar el injerto (2).

En caso de injerto estable, habitualmente se llevan a cabo las curas con tules desgrasados e impregnados en povidona yodada más gasas de almohadillado (4).

El tratamiento de las curas de injertos varía en función del servicio, no hay consenso ni protocolo unificado de atención a las curas en estos casos.

Sí hay estudios que valoran la efectividad de los diferentes apósitos existentes en el mercado.

Según Brown y Holloway (10) ningún apósito ha demostrado superioridad frente a otro.

Se ha concluido que ante la comparativa de una cura seca con una húmeda, en el caso de la húmeda se controla mejor el dolor y se consigue una cicatrización más rápida (10).

Läuchli et al. (11) realizaron un ensayo clínico en el que compararon la lámina de poliuretano con el alginato, consiguiendo el segundo mejor poder hemostático y mejor control del exudado, de manera que requiere menos cambios de apósito. Esto repercute no solo en la efectividad del alginato sino en un mayor coste-beneficio al sistema de salud, porque se reduce la cantidad necesaria de material y la disminución de asistencia a la consulta.

No se han encontrado estudios sobre el tipo de apósitos secundarios que se han de emplear en las curas, de manera que se escogerán según la amplitud de la herida y el confort del paciente.

En caso de que la piel perilesional esté dañada o en riesgo se priorizará el vendaje de protección con gasas y venda cohesiva o de algodón para mantener la zona íntegra.

Si la piel perilesional está en buenas condiciones se puede escoger un apósito adecuado al tamaño y las necesidades del paciente.

A menudo, aparece una reacción inflamatoria y prurito en la zona donante que puede tratarse con corticoide de potencia media en forma de fomento.

Varios estudios como el de Lansdown y Mirastschijski (12) o el de Kogan y Sood afirman que tratar la zona perilesional con óxido de zinc si está irritada o dañada ha demostrado una potenciación de la granulación y reparación de la piel y una reducción de la inflamación.

Según un estudio realizado por Pérez et al. (13) se ha demostrado la eficacia del plasma rico en plaquetas (PRP) como alternativa para incrementar la rapidez y correcta cicatrización de las heridas crónicas que no responden al tratamiento de curas húmedas pudiendo potenciar la acción del injerto. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico para mostrar la importancia de realizar un seguimiento exhaustivo en el proceso de cura del injerto y conocer los signos de alarma para la detección de posibles complicaciones. Esto incrementaría el número de injertos prendidos, lo que mejoraría la calidad de vida del paciente.

Tras la aplicación de las técnicas de enfermería de curas del injerto y tras intervención del mismo, se decide realizar una evaluación del plan de cuidados para conocer resultados (Tabla 5):

Tabla 5. Evaluación del plan de cuidados				
Dx NANDA	Objetivo NOC	Indicadores	Valor inicial	Valor final
00027 Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos manifestado por piel seca	0601 Equilibrio hídrico	060106 Hipotensión ortostática	3	4
		060116 Hidratación cutánea	2	4
	0602 Hidratación	0606215 Ingesta de líquidos	2	4
		0606211 Diuresis	3	5
00155 Riesgo de caída relacionado con uso de dispositivos de ayuda (bastón)	0208 Movilidad	020801 Mantenimiento del equilibrio	3	4
		020806 Ambulación	2	4
	19090 Conducta de prevención de caídas	190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda	4	5
00198 Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador manifestado por expresiones verbales de no sentirse descansado y sentir dolor	0004 Sueño	000404 Calidad del sueño	2	4
		000421 Dificultad para conciliar el sueño	2	4
		000425 Dolor	1	3

Tabla 5. Evaluación del plan de cuidados (continuación)

Dx NANDA	Objetivo NOC	Indicadores	Valor inicial	Valor final
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c intervención quirúrgica manifestado por destrucción de las capas de la piel	1101 Integridad tisular: piel y mucosas	110113 Integridad de la piel	1	3
		110118 Cánceres cutáneos	1	4
	1103 Curación de la herida: por segunda intención	110303 Secreción purulenta	1	4
		110305 Secreción sanguinolenta	1	4
		110307 Eritema cutáneo circundante	1	4
		110315 Excavación	1	3
1605 Control del dolor	160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	3	5	
00132 Dolor agudo	2101 Dolor: efectos nocivos	210112 Trastorno del sueño	1	3
		210110 Estado de ánimo alterado	2	4

En la Imagen 1 se observa la evolución del injerto.

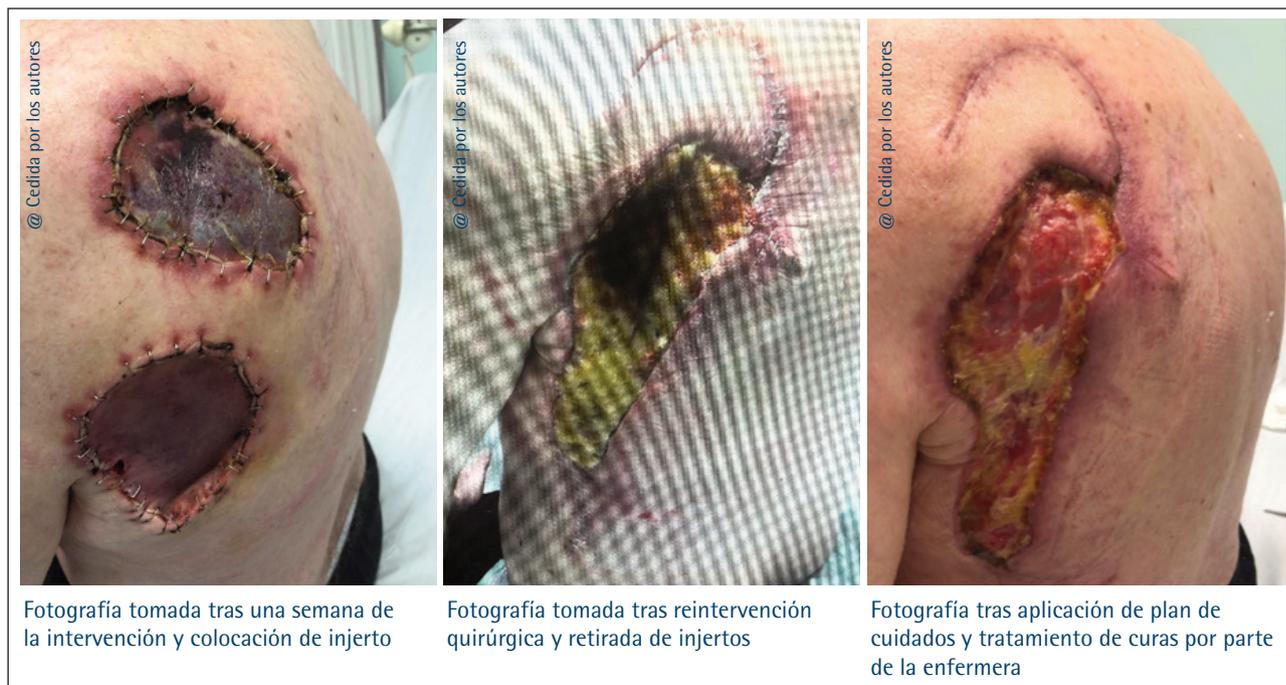


Imagen 1. Evolución del injerto

### Aplicación para la práctica profesional

El estudio de este caso particular puede extrapolarse al común de los denominadores que afectan a la evolución tórpida en los injertos. La cura de un injerto o un colgajo es frecuente en las consultas de enfermería, es por ello tan importante conocer bien el manejo de los mismos.

El estudio Atenea coincide con muchos otros, en que los profesionales sanitarios han de formarse más en ellos, la percepción de falta de conocimiento e inseguridad frente a esta patología hace necesaria la formación y el estudio del cuidado al paciente injertado. Es posible que uno de los factores que incrementan esta confusión entre los profesionales sea la existencia de protocolos de atención diferentes en cada servicio o lugar y la gran cantidad de material que se puede utilizar (1,14).

El objetivo es claro, las enfermeras han de asumir la responsabilidad de estos pacientes con seguridad y con profundo conocimiento. La realización de planes de cuidados de enfermería, con la consiguiente puesta en marcha de intervenciones y evaluación de resultados, ha de convertirse en una forma estandarizada de método de curas debido a que facilita la perspectiva del caso clínico y simplifica las actuaciones.

El estudio deja ver la importancia de la existencia de un protocolo unificado de atención al injerto, manteniendo siempre unas nociones básicas en cuanto a detección de complicaciones y tratamiento de las mismas.

Las enfermeras han de sentirse orgullosas de su imprescindible labor en estos pacientes, quienes dejan en sus manos el futuro de su piel y de su salud biopsicosocial.

## Conclusiones

El rol de las enfermeras ejerce un papel fundamental en los cuidados del paciente injertado.

Es importante conocer los signos y los síntomas de alarma para detectar posibles alteraciones en los injertos.

La detección precoz de una mala evolución supone una intervención rápida y eficaz en el tratamiento, lo que incrementaría la calidad de vida del paciente.

Un injerto supone un cambio radical en todo el ámbito físico y psicosocial del paciente, por ello se han de tener en cuenta todos los aspectos del mismo, para poder abordarlos de la manera más efectiva.

Las enfermeras son las encargadas de revisar y cuidar de estos pacientes a diario, por ello, tienen que adquirir todas las competencias en la actualización de los conocimientos de esta patología, tan habitual en el ámbito de la Atención Primaria.

Este caso que se ha presentado es una representación habitual de la evolución de algunos pacientes injertados, con él se evidencia la imprescindible labor de la enfermería para la resolución final del tratamiento.

## Agradecimientos

Agradecer a todos los profesionales implicados no solo en este caso, sino en el estudio exhaustivo acerca de los injertos cutáneos que lleva a la continua mejora de la calidad asistencial.

A la doctora y enfermera Paula Refusta, que me contagió esa ilusión por la investigación y me motivó siempre en este y otros estudios, para que nunca deje de buscar la perfección en cualquier trabajo y acción.

Y, en general, a todas las enfermeras que, a pesar de trabajar arduamente contra la pandemia del SARS-CoV-2, han seguido investigando y estudiando todas las materias enfermeras.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Beaskoetxea P, Bermejo M, Capillas R, Cerame S, García F, Gómez JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos. 2013; Mar; 24 (1):27-31. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100006>

- [2] Avellaneda EM, González A, González SA. Injertos en heridas. SEHER. [internet] 2018 [citado 8 mar 2022]; 8(2):6-15. Disponible en: [http://www.heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/junio2018/Revision\\_SEHER%2025\\_Junio\\_2018.pdf](http://www.heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/junio2018/Revision_SEHER%2025_Junio_2018.pdf)
- [3] Revol M, Servant JM. Injertos cutáneos. EMC-Cirugía Plástica Reparadora y Estética [internet]. 2010 [citado 8 mar 2022]; 18(2):1-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1634214310703782>
- [4] Protocolo de enfermería. Hospital Universitario Doce de Octubre. Servicio de Cirugía Plástica. Madrid: Hospital Doce de Octubre.
- [5] Piñeros AM, Lozano JA, Mendoza GJ. Actualidad en la técnica de implementación y el rechazo de injertos cutáneos. Revista Neuronum. [internet] 2021 [citado 8 mar 2022]; 7(1):188-209. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/viewFile/312/365>
- [6] López JL, Gutiérrez JE, Dávila R, Poucel F, Barrera M. Complicaciones en el uso del colgajo TRAM pediculado para reconstrucción mamaria por cáncer. Cir. plást. iberolatinoam. 2013; 39(4):381-91. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922013000400008>
- [7] Riley DS, Barber MS, Kienle GS. CARE Explanation and Elaborations: Reporting Guidelines for Case Reports. J Clin Epi 2017; 89:218-35. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- [8] Garrigós X, Guisantes E, Oms L, Mato R, Ruiz D, Prat J, et al. Combinación de distintos dispositivos de Terapia V.A.C. para el cierre de defectos abdominales complejos. Cir. plást. iberolatinoam. 2014; 40(3):243-51. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000300002>
- [9] Bravo Yépez C, Fillor Valdés C, Valdés Perez C. Cierre de lesiones en pacientes con pie diabético por injerto de Davis. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. [internet] 2017 [citado 8 mar 2022]; 18(1):107-13. Doi: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&tpid=S1682-003720170001000010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1682-003720170001000010&lng=es)
- [10] Brown JE, Holloway SL. An evidence-based review of split-thickness skin graft donor site dressings. Int Wound J. [internet] 2018 Dec [citado 8 mar 2022]; 15(6):1000-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30117716/>
- [11] Lächli S, Hafner J, Ostheeren S, Mayer D, Barysch MJ, French LE. Management of split-thickness skin graft donor sites: a randomized controlled trial of calcium alginate versus polyurethane film dressing. Dermatology. 2013; 227(4):361-6.
- [12] Lansdown AB, Mirastschijski U, Stubbs N, Scanlon E, Agren MS. Zinc in wound healing: theoretical, experimental, and clinical aspects. Wound Repair Regen. 2007 Jan-Feb; 15(1):2-16.
- [13] Pérez FJ, Gutiérrez MT, Lorenzo JR. Alternative to chronic wound closure by Reverdin grafts and growth factors in ambulatory surgery minor. Gerokomos. [internet] 2015 [citado 8 mar 2022]; 26(1):34-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&tpid=S1134-928X2015000100008&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1134-928X2015000100008&lang=es)
- [14] Cerezo P, López P, Verdú J, Berenguer M. Conocimientos del personal sanitario respecto al uso de la terapia de presión negativa en el tratamiento de las heridas. Gerokomos. [internet] 2018 [citado 8 mar 2022]; 29(4):181-91. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&tpid=S1134-928X2018000400181&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1134-928X2018000400181&lng=es)

# CARTA a la DIRECCIÓN

## Determinantes sociales de la salud y uso de servicios sanitarios

<sup>1</sup> Berta Rodoreda Pallàs

<sup>2</sup> Iris Lumillo Gutiérrez

<sup>3</sup> Victoria Morín Fraile

<sup>1</sup> Centre de Atenció Primària de Santpedor. EAP Navarcles/ Sant Fruitós/Santpedor. SAP Beges-Berguedà. Gerència Territorial de la Catalunya Central. Institut Català de la Salut, Santpedor. Barcelona. España. Grupo de Recerca Promoció de la Salut en el Àmbit Rural, en las líneas de determinantes sociales de la salud (PROSAARU). Gerència Territorial de la Catalunya Central. Institut Català de la Salut, Sant Fruitós de Bages, Barcelona, España.

<sup>2</sup> Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. España. Equip de Gestió de la Crònica. SAP Baix Llobregat Centre. Gerència Territorial Metropolitana Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. Grupo de Investigación Entornos y Materiales para el Aprendizaje. Universitat de Barcelona. España.

<sup>3</sup> Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. España. Departamento de Enfermería Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil de la Universitat de Barcelona. España. Grupo de Investigación Entornos y Materiales para el Aprendizaje. Universitat de Barcelona. España.

Direcció de contacte: [brodoreda.cc.ics@gencat.cat](mailto:brodoreda.cc.ics@gencat.cat)

Fecha de recepció: 21 de mayo de 2022.

Aceptada su publicaci3n: 23 de mayo de 2022.

Sr. Director:

Cada vez existe m1s evidencia del impacto de los determinantes sociales en la salud (DSS) de las personas, y concretamente en el uso del sistema sanitario. Los DSS son las circunstancias en las que los sujetos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y la Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS) se1ala que estos explican la mayor1a de problemas de salud de la poblaci3n (1).

Teniendo en cuenta este hecho, las pol1ticas sanitarias persiguen formar un sistema de salud integrado que ponga a las personas y comunidades en el centro de la atenci3n (2). La OMS public3 el informe "Determinantes de la Salud. Los hechos probados", en 3l destaca diez determinantes sociales desfavorables, de los cuales cuatro podr1an tener una relaci3n directa con el uso del sistema sanitario, como es la exclusi3n social, el lugar de trabajo, el desempleo y los problemas relacionados con vivir solo/a. Se ha demostrado que las personas que tienen determinantes sociales desfavorables presentan m1s vulnerabilidad epidemiol3gica, m1s patolog1a cl1nica y un 1ndice socioecon3mico m1s alto (3).

Otro determinante social que ha cobrado importancia en los 1ltimos a1os es la alfabetizaci3n en salud. Esta se entiende como las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivaci3n y la capacidad de una persona para acceder, comprender y utilizar la informaci3n de forma que le permita promover y mantener una buena salud (4). El beneficio de una suficiente alfabetizaci3n en salud se convierte en tomar decisiones de salud adecuadas y navegar con 3xito en el sistema sanitario, implicando un menor gasto. Por el contrario, las personas con un nivel insuficiente de alfabetizaci3n pueden presentar dificultades en ciertas tareas b1sicas relacionadas con la salud, como entender y seguir las recomendaciones terap1uticas. As1 como comportamientos de estilo de vida poco saludables.

Por otro lado, algunos estudios muestran que el bajo uso de actividades de cribado, las bajas tasas de vacunaci3n y el d3ficit en el manejo de enfermedades se han asociado con un mayor uso de los servicios de urgencias (5). Este hecho induce a

pensar que las personas con determinantes sociales desfavorables puedan realizar un menor uso o menos favorable de los servicios sanitarios respecto de las personas que no presentan estos determinantes.

Este hecho hace indispensable adaptar el sistema de atención. El modelo de Atención Primaria en España permite atender a las personas, familias y comunidades de manera integral, cercana y continuada a lo largo del tiempo, llegando a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico. Por este motivo, en los últimos años, evidencia creciente remarca la importancia de orientar la Atención Primaria a la comunidad, donde cobra importancia el modelo de Salud Comunitaria. Este modelo utiliza intervenciones y acciones comunitarias para abordar los determinantes sociales desfavorables, evitando un abordaje exclusivamente biomédico, y desplazando el foco de la enfermedad al bienestar y de la restitución de la salud a su promoción.

En Atención Primaria, cuando nos referimos al abordaje de los determinantes sociales de la salud aludimos, entre otros aspectos, a los malestares clínicos y no clínicos, a un uso no adecuado de los servicios sanitarios y a la falta de adherencia terapéutica, que se podrían presentar por el hecho de tener algunos determinantes sociales desfavorables. En tal caso, los usuarios podrían beneficiarse de intervenciones para mejorar el nivel de alfabetización en salud, prescripciones sociales y/o intervenciones comunitarias con perspectiva salutogénica, las cuales empoderan a las personas para aumentar el control de su propia salud, favorecen el apoyo social mejorando su red social y reducen la necesidad de medicalización (6).

En conclusión, a pesar de conocer la importancia que ejercen los DSS en la salud de las personas se ha de seguir estudiando su impacto con el fin de mejorar la adecuación terapéutica. Además, es necesario investigar sobre la relación de los DSS con el uso de los servicios sanitarios para adecuar los recursos necesarios a las circunstancias de las personas. Consideramos que la enfermera de Atención Primaria desempeña un papel primordial para detectar e intervenir en los DSS debido al amplio conocimiento de las personas y de la comunidad a las que atiende.

**Palabras clave:** determinantes sociales de la salud; uso sistema sanitario; Atención Primaria; alfabetización en salud.

## Bibliografía

- [1] Organización Panamericana de Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. OPS/OMS. [internet] [citado 2 may 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- [2] Sistema Nacional de Salud Español. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 n.d.:1-66.
- [3] Organización Mundial de la Salud (OMS). Los hechos probados segunda edición los determinantes sociales de la salud la oficina regional de la OMS para Europa. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2003. p. 12-20.
- [4] Romero MF, Ruiz-Cabello AL. Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Rev Comun y Salud 2012; 2:91-8.
- [5] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med 2011; 155:97-107. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- [6] Daban F, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Pérez A, Fernández A, et al. Barcelona Salut als Barris: 'Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. Gac Sanit 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.007>

# MÁSTER EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y EPIDEMIAS PARA ENFERMERÍA

**60  
ECTS**



Universidad  
Pontificia  
de Salamanca

**¡NOVEDAD!**

## ¡Lanzamos nuevo Máster en Enfermería 100% online!



Programa desarrollado  
por expertos profesionales



Tutor personalizado  
durante todo el máster



Formación online,  
flexible y de calidad



Acceso exclusivo a la  
biblioteca digital Enferteca



Manual impreso  
del temario completo



Videoteca con más de  
60 contenidos audiovisuales

Descuento suscriptores **METAS 35%**



[www.daeformacion.com](http://www.daeformacion.com)