



# Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ASTURIAS

Vol.5 nº2, primavera 2017



## Colaboración

La intervención breve en la prevención del consumo de alcohol en menores: ampliando el marco competencial enfermero en el contexto educativo **6**

### Editorial

Una oportunidad para la participación comunitaria **4**

### Experiencia comunitaria

Fotovoz de recursos saludables en el IESO **17**

### Originales

Conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2 **24**

Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género **35**

### Revisión bibliográfica

Revisión de la actualización de los procedimientos para el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente en Asturias **50**



sumario

ISSN: 2254-8270

**Entidad editora:**

**SEAPA** (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

**Directora:**

**Carmen Santano Vilchez**  
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

**ISSN:** 2254-8270  
**Título Clave:** Revista (SEAPA. Internet)  
**Depósito Legal:** AS 2340-2002  
**Periodicidad:** Trimestral  
**EDITA:** SEAPA  
**Dirección:** C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)  
**Teléfono:** 615 761 501  
**E-mail:** [revistaseapa@seapaonline.org](mailto:revistaseapa@seapaonline.org)  
[comiteeditorial@seapaonline.org](mailto:comiteeditorial@seapaonline.org)  
**Web:** [www.seapaonline.org](http://www.seapaonline.org)  
**Maqueta:** Javier González Pisano  
María Rodríguez Fernández

**Comité Editorial:**

**Fernanda del Castillo Arévalo**  
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

**Ana Covadonga González Pisano**  
Centro de Salud de Salas. Periférico La Espina.  
Doctora en la Universidad de Oviedo. Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo.

**Cristina González Aller**  
Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

**Rosendo Argüelles Barbón**  
Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

**Comité Científico:**

**Santiago González Sánchez**  
Centro de Salud El Llano (Gijón)

**Berna García Menéndez**  
Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

**Belén Fernández Suárez**  
Servicio de Planificación, Calidad y Aseguramiento.  
D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud (Oviedo)

**Marta Pisano González**  
Coordinadora Escuela de Pacientes. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias (Oviedo)

**Enrique Oltra Rodríguez**  
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

**Rosario Riestra Rodríguez**  
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

**Emilia Romero de San Pio**  
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

**Fernando Alonso Pérez**  
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

**Carmen Teresa Velasco González**  
Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Planificación Sanitaria. Consejería de Salud de Asturias (Oviedo)

**Emilio Velasco Castañón**  
Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

**Dolores Mirón Ortega**  
Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

**Rubén Martín Payo**  
Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo (Oviedo)

**Sofía Osorio Álvarez**  
Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

**Margarita Fernandez Garcia**  
UGC de Sotrondio (Sotrondio)

**M<sup>a</sup> Ángeles González Fernández**  
Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del área del Bierzo (León)

**Susana Navalpotro**  
Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

**Francisco Javier Izurubieta Barragán**  
Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño)

**Estefanía Vegas Pardavila**  
Doctora por la Universidad de Alicante. Enfermera en el HUCA, Oviedo.

**Sheila Sánchez Gómez**  
Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Álava (Álava)

**Manuel Rich Ruíz**  
Vicedecano de Coordinación Académica y Extensión Universitaria. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba (Córdoba)

**Ángel Martín García**  
Centro de Salud San Blas (Parla). Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria (Madrid)

**Susana Fernández Pérez.**  
Supervisora de Formación y Recursos Materiales del Área V, Hospital de Cabueñes.

**Jorge Minguez Arias**  
Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero Comunitario Centro de Salud Arnedo La Rioja.

**Ricardo de Dios del Valle**  
Médico de Admisión y Documentación Clínica. HUCA (Asturias)

**Luis Arantón Areosa**

*Director de Procesos de Enfermería. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud (SERGAS)*

**Sara Diez González**

*Enfermera especialista en FyC. Servicio de Epidemiología de Salud Medioambiental del Principado de Asturias*

**Isabel Fera Raposo**

*Supervisora de enfermería. Coordinadora de investigación en enfermería. Unidad de agudos. Hospital Benito Menni (Barcelona).*

**M. Belén Suárez Mier**

*Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUCA (Asturias)*

**Dolores Sánchez López**

*Enfermera de A.P. de Burgos. Miembro de Investén. isciij*

**Xosé Manuel Meijome**

*Enfermero. Bloque quirúrgico. Hospital El Bierzo (Ponferrada). Creador del blog cuadernillosanitario.*

**Beatriz Braña Marcos**

*Enfermera de Atención Primaria de Asturias. Miembro del Comité Científico del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs y del Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias.*

**José María Rumbo Prieto**

*Doctor por la UDC. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Área Sanitaria de Ferrol.*

## Una oportunidad para la participación comunitaria

*"Lo único que se hace desde arriba son los pozos"*

Galeano



**C**uando hablamos de participación comunitaria, ¿sabemos de lo que hablamos? Con frecuencia confundimos intervención comunitaria, participación comunitaria y acción social, aunque las tres estén relacionadas. No es raro que exista esta confusión, puesto que en nuestros sistemas formativos no es un tema prioritario como tampoco lo es en nuestro desempeño laboral.

Hace 40 años que hablamos de atención integral, trabajo en equipo, participación comunitaria... Y cada cierto tiempo, de la reforma o de la contrarreforma de la Atención Primaria. Discursos con un deje de hastío que evidencian, en muchos casos, la frustración de profesionales formados, motivados y que quieren que su trabajo signifique algo, porque todos queremos que nuestro esfuerzo sea útil.

Pregunta: ¿Aún es posible que la Atención Primaria vertebré el sistema? Porque en eso estamos todos de acuerdo, teóricamente. Y es que en el primer nivel asistencial vivimos en el mundo de las paradojas: nadie duda de su protagonismo, pero no se le asignan recursos en consonancia y su papel se trivializa olvidando la complejidad del trabajo encomendado. Dos apuntes: esto es un juego de suma cero; y la primera ley de Kranzberg, la tecnología no es ni buena, ni mala, ni neutral, depende de lo humano, claro.

Podríamos definir participar como tomar parte en algo, con poder para influir en la toma de decisiones. En nuestra organización sanitaria, ¿participa la Atención Primaria en las decisiones? En las gerencias únicas o integradas, la gestión no suele depender de la Atención Primaria, depende de la Atención Hospitalaria, que vampiriza los recursos del sistema. Los profesionales sanitarios nos encontramos en un entorno organizativo tecnificado y con instituciones verticales. No es un entorno que propicie la participación ni busca el valor de cada profesional. Los discursos comunitarios no tienen cabida en un sistema con tal orientación.

El término de participación comunitaria es un término complejo, flexible, dinámico, de difícil definición. Las enfermeras estamos familiarizadas con el término; además, nuestras actuaciones también son complejas y no son fáciles de evaluar, al igual que las intervenciones comunitarias. Otra paradoja: la participación comunitaria aparece en todos los discursos, pero no existen medidas concretas de apoyo y muchos profesionales dudan de la evidencia de sus resultados en salud. Seguimos en un juego de suma cero.

A pesar de que la estrategia más adecuada para mejorar la salud de las comunidades es la orientación comunitaria de los servicios de salud, su desarrollo está poco extendido y es muy desigual según las zonas ya que se asienta en la voluntariedad y trabajo individual no reconocido.

Plasmear la teoría en la práctica supone transformar barreras, como pasar del enfoque biomédico y paternalista del concepto salud, hacia un concepto de promoción de la salud. ¿Alguien pone en duda que el sistema sería más eficiente?

Una de nuestras enfermeras residentes nos dijo que había escogido Asturias por su prestigio en participación comunitaria. Pero lo cierto es que la realización de actividades comunitarias depende en gran medida del voluntarismo de algunos profesionales, no están desarrolladas en las carteras de servicios, ni en las agendas profesionales y hay una infravaloración generalizada. El trabajo en los centros de salud subordina su organización a la demanda asistencial, y existen pocas iniciativas

de flexibilizar nuestras agendas con otro tipo de orientación. Por no hablar de la asignación de recursos, y de que para "hacer, hay que dejar de hacer..." lo innecesario, o lo que no aporta valor o cuenta con evidencias en contra. Se necesita apoyo real para caminar en esta dirección.

El cambio organizativo y, sobre todo, el cambio institucional, tienen movimiento de inercia. Es preciso plantear estrategias cuidadosamente escogidas, en un marco coherente, teniendo en cuenta que todo cambio se produce entre las fuerzas impulsoras y las fuerzas restrictivas. Hay que dar voz a las propuestas innovadoras. Y en Asturias sí que se está haciendo un esfuerzo, desde la Dirección General de Salud Pública y el Observatorio de Salud de Asturias, para incorporar en las prestaciones del sistema la actividad comunitaria, la orientación comunitaria, la promoción y la participación. No sólo eso, sino que, haciéndose eco de que toda la organización ha de tener la misma misión con una misma gestión estratégica, se ha constituido un grupo de trabajo con el objetivo de integrar las actividades comunitarias en los equipos de atención primaria. Participamos enfermeras asistenciales, de salud pública, gestorasy de sociedades científicas, auspiciadas por la Coordinación de Gestión Asistencial de la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud, y el Servicio de Promoción de la Salud y Participación de la Dirección General de Salud Pública. Precisamente la Atención Primaria y la Salud Pública tienen en común el campo de la salud comunitaria, con servicios que han de formar parte de la cartera de servicios, con una oferta de intervenciones comunitarias en base a las necesidades poblacionales. Y para ello se ha de dar formación, recursos, sobre todo humanos, y una organización acorde a los objetivos estratégicos. Quizás para reorganizar la asistencia y reorientar hacia el trabajo intersectorial con una perspectiva de promoción de la salud.

Esta es una oportunidad para el cambio, quizás un cambio que ejerza de palanca transformadora de la realidad. El objetivo de un sistema de salud es mejorar los niveles de bienestar de individuos y poblaciones buscando las mejores opciones de salud en su entorno próximo, sintiéndose partícipes de las decisiones que les afectan. La evidencia da la razón a la Atención Primaria, por eso cualquier reforma que persiga que realmente sea el centro del sistema, ha de pasar por retomar la salud comunitaria y volver a recordar que este es un juego de suma cero.

Una organización debe centrarse en aquellas actividades en las que tiene una ventaja comparativa y las fortalezas de la Atención Primaria continúan siendo la longitudinalidad, el trabajo en equipo y la relación con la comunidad. Este es el motivo de la foto en la que aparezco con mi compañero de mini equipo, con los años que llevamos trabajando con la misma población y vestidos de calle, sin bata, porque nos gusta salir a la comunidad, donde cada persona y cada ámbito aportan sus fortalezas. Buscando juntos el bien común, aún con el viento en contra.

Bien es sabido que en las economías de aprendizaje la rotación excesiva de plantillas supone la pérdida del conocimiento, me pregunto si esto no sería motivo suficiente para plantearse una política de recursos humanos acorde a la evidencia.

Y por último, las enfermeras, ¿somos una fuerza para el cambio? Sin duda, la mirada enfermera del cuidado, de la disminución de las desigualdades, del compromiso con la sociedad, aporta cada día una singularidad a la suma de todos los esfuerzos de los profesionales comprometidos por una sanidad pública y una Atención Primaria que ocupe su verdadero lugar, con evidencia.

Como dice Galeano: *"Ojalá podamos tener el coraje de estar solos y la valentía de arriesgarnos a estar juntos"*.

**María Jesús Rodríguez Nachón**  
**Enfermera en el C.S. de Pola de Siero**

## La intervención breve en la prevención del consumo de alcohol en menores: ampliando el marco competencial enfermero en el contexto educativo

The brief intervention in the prevention of alcohol consumption in adolescents: expanding the nurse competence framework in the educational context

**Germán López-Cortacans**

*Doctor. Grupo de Investigación Salud Mental en Atención Primaria, Atención Primaria Tarragona-Reus, Institut Català de la Salut, Reus, Tarragona, España. Enfermero Centro Salud Salou, Tarragona*

*Manuscrito recibido: 22-02-2017  
Manuscrito aceptado: 25-03-2017*

### Cómo citar este documento

López-Cortacans G. La intervención breve en la prevención del consumo de alcohol en menores: ampliando el marco competencial enfermero en el contexto educativo. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2): 6-16

### Resumen

La adolescencia representa un periodo crítico en el inicio y experimentación de conductas de riesgo como el consumo de alcohol. Según el informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) realizado en 2015 revelan un importante aumento del consumo de alcohol, así el 78,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol, el 76,8% ha consumido en el último año y el 68,2% ha consumido alcohol en el último mes. En los últimos años, en España se ha producido un cambio en los patrones de consumo caracterizado por la ingesta de bebidas alcohólicas sólo en fin de semana, en cantidades altas y abusivas, en muchos casos con el objetivo claro de conseguir en poco tiempo la embriaguez.

Nuestro sistema sanitario ofrece unas barreras que dificultan que el adolescente tenga acceso al mismo. Por ello, y dado que la implantación de una consulta en la escuela liderada por enfermeras está presente en varias Comunidades Autónomas, se propone ampliar el rol competencial enfermero, en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, para dar respuesta a un problema "oculto", ya que sólo el 10% de los adolescentes recibe ayuda profesional. Los resultados de diferentes estudios internacionales, indican que las intervenciones breves conducidas por enfermeras son una estrategia eficaz para reducir el consumo de alcohol, se propone incluir la intervención breve en los protocolos de actuación en el contexto escolar español dirigidos por enfermeras.

### Palabras Clave

*Enfermería, atención primaria, alcohol, adolescentes, intervención breve*

## Abstract

Adolescence represents a critical period in the beginning and experimentation of risk behaviors such as alcohol consumption. According to the report of the Statewide Survey on Drug Use in secondary education (ESTUDES) conducted in 2015, reveal a significant increase in alcohol consumption, 78.9% of students between the ages of 14 and 18 have ever tried Life alcohol, 76.8% have consumed in the last year and 68.2% have consumed alcohol in the last month. In recent years, in Spain there has been a change in patterns of consumption characterized by the consumption of alcoholic drinks only at the weekend, in high amounts and abusive, in many cases with the clear objective of achieving in a short time the drunkenness .

Our health system offers barriers that make it difficult for the adolescent to have access to it. Therefore, and since the implementation of a consultation in school led by nurses is present in several Autonomous Communities, it is proposed to expand the role of nurse competence in addressing problems related to alcohol consumption, to respond to a "hidden problem " as only 10% of adolescents with addiction problems receive professional help. The results of different international studies indicate that brief interventions conducted by nurses are an effective strategy to reduce alcohol consumption; it is proposed to include short intervention in the protocols of action in the Spanish school context led by nurses.

## Keywords

*Nursing, primary care, alcohol, adolescents, Brief intervention*

## Desarrollo

### 1. Introducción

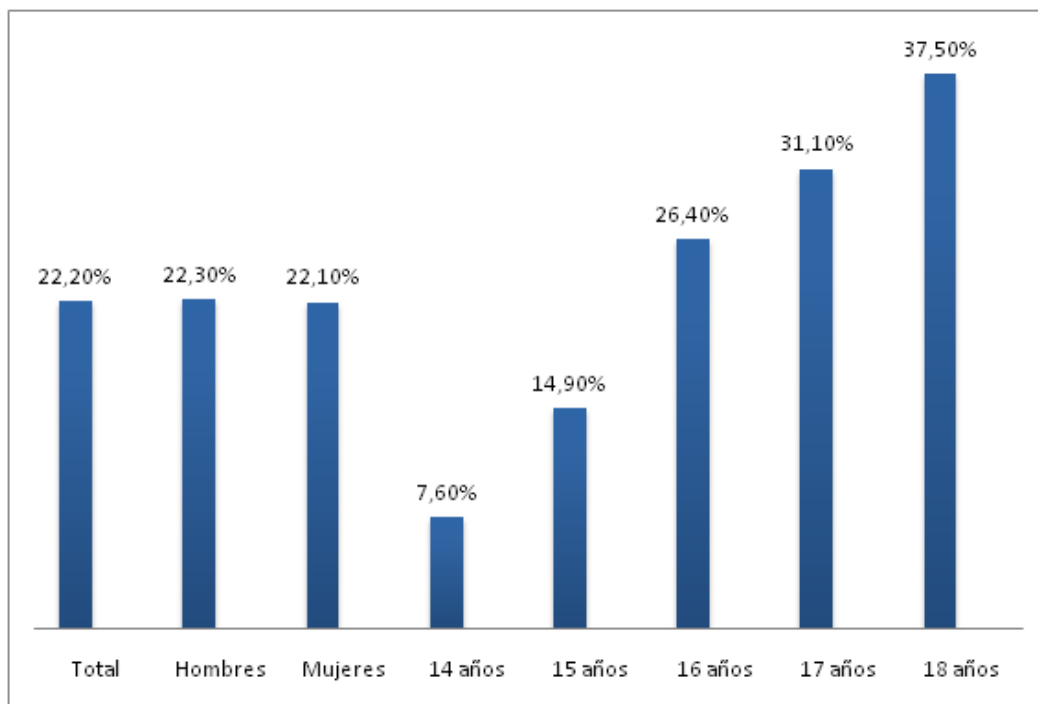
La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo durante la transición de la infancia la adultez y se considera como tal entre los 12 y los 21 años. Básicamente, es un período de profundos cambios fisiológicos, afectivos, conductuales, neuronales y afectivos<sup>1</sup>. Es una etapa en el cual el adolescente se siente miembro y partícipe de una "cultura de edad" caracterizada por sus propios comportamientos, valores, argot, espacios y modas. Las normas de los grupos en los que el adolescente se integra, los compromisos que en ellos asume y los valores que por la interacción grupal interioriza, van a contribuir a la construcción de su identidad personal<sup>2</sup>. La adolescencia, por los cambios que conlleva, supone una etapa del ciclo vital especialmente vulnerable al estrés. De hecho, representa un periodo crítico en el inicio y experimentación de conductas de riesgo tales como el consumo de sustancias y la conducta delictiva, dos indicadores de desajuste psicosocial que, junto a la sintomatología depresiva, han sido tradicionalmente asociados al ajuste en el periodo adolescente<sup>3</sup>.

## 2. Magnitud del problema

El alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. Según el informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) realizado en 2015, revelan un importante aumento del consumo de alcohol, así el 78,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol, el 76,8% ha consumido en el último año y el 68,2% ha consumido alcohol en el último mes. La frecuencia y la intensidad del consumo de alcohol aumentan con la edad, con 14 años el 14,2% se han emborrachado en el último mes y con 18 años el 50,6%.

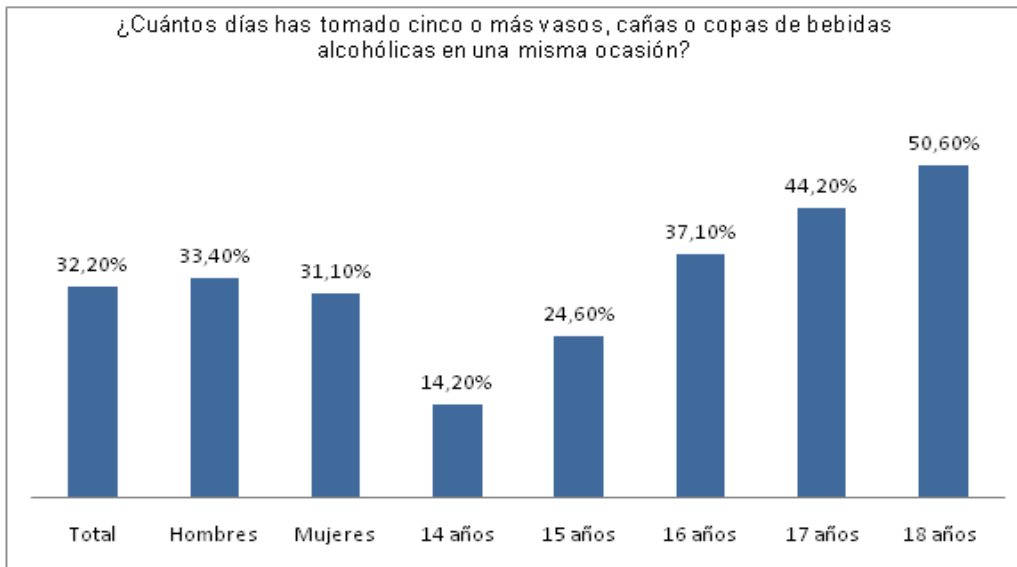
Aunque el consumo mantiene una tendencia estable en los últimos años, los consumos de tipo intensivo han aumentado en España. Según el informe ESTUDES 4, casi 2 de cada 5 adolescentes declara haberse emborrachado alguna vez en los últimos 30 días (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1. Borracheras (%) últimos 30 días**



Cuatro de cada seis estudiantes de 14-18 años reconoce haber consumido cinco o más consumiciones en un intervalo aproximado de 2 horas en los últimos 30 días, siendo esta situación más frecuente entre chicos que entre chicas (**Gráfico 2**)<sup>4</sup>. En un estudio realizado en todos los países de la Unión Europea, se reportó que aproximadamente el 90% de los encuestados, de 15 a 16 años, habían consumido alcohol en algún momento de su vida<sup>5</sup>.



**Gráfico 2. Binge drinking (%) últimos 30 días**


En los últimos años, en España se ha producido un cambio en los patrones de consumo y en los estilos de diversión de los jóvenes. Dichas prácticas representan una tendencia emergente de esparcimiento juvenil, principalmente a partir de la segunda mitad de los años noventa, con un trasfondo psicosocial, caracterizado por la ingesta de bebidas alcohólicas sólo en fin de semana, en cantidades altas y abusivas, en muchos casos con el objetivo claro de conseguir en poco tiempo la embriaguez. Más allá de actuar como un acompañante de las comidas o de las relaciones sociales, como había sido tradicional en anteriores generaciones, el consumo de alcohol se convierte en un fin en sí mismo, en el elemento conductor de la identidad juvenil<sup>6</sup> (Tabla 1).

**Tabla 1. Cambios en el modelo de consumo juvenil de alcohol**

MODELO TRADICIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	MODELO JUVENIL DE CONSUMO DE ALCOHOL
Durante la semana laboral	En el fin de semana
Acompañando las comidas	Diferenciado de las comidas
Como energizante en el trabajo	Vinculado al ocio
En fiestas y celebraciones	En casi todos los fines de semana
Como acompañante de las relaciones sociales	Como pretexto de las relaciones sociales
Los adultos inician a los jóvenes en el consumo	Los jóvenes se inician por si mismos
Lugares mixtos	Lugares especializados

### 2.1. *El binge drinking como problema social y sanitario*

El botellón es un espacio que permite más alcohol por menos precio. Los jóvenes y adolescentes han encontrado un sistema de consumo más económico y a su alcance: consumo de bebidas en la calle, plazas, parques públicos, conseguidas a bajo coste en supermercados o de su propia casa que, mezcladas con bebidas sin alcohol, permite conseguir muchas dosis a partir de un litro de una bebida alcohólica de alta graduación. No existe aún consenso acerca de la denominación de este patrón de consumo intensivo (*binge drinking, heavy episodic drinking, risky single-occasion drinking, heavy sessional drinking, consumo concentrado, atracón, etc.*) ni tampoco en cuanto a su definición<sup>7</sup>.

A la hora de estudiar el patrón de *binge drinking* (BD), se hace necesario considerar diversos aspectos como la cantidad, la rapidez o la frecuencia de consumo de alcohol. La combinación de estas variables, así como la adaptación de las mismas al país dónde se realice el estudio, dificulta el establecimiento de una definición operativa unánime del BD. En España, el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) lo define como el consumo en la misma ocasión de 5 o más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 o más en el caso de las mujeres, durante los últimos 30 días<sup>8</sup>.

A nivel internacional, la que actualmente está más aceptada es el consumo de 5/4 o más unidades de bebida alcohólica, en un intervalo de aproximadamente dos horas, al menos una vez al mes. Los estudios confirman la reducción progresiva en la edad de inicio en la práctica del botellón, situándose en la adolescencia, en torno a los 13 años<sup>9</sup>. Además, como dato relevante, debemos señalar que la investigación intergeneracional de los comportamientos de riesgo, nos señala que en las últimas décadas se han incrementado las conductas de riesgo entre las chicas adolescentes comparadas con la generación de sus madres, y que se ha producido una reducción en la distancia tradicional de los chicos y chicas a la hora de asumir riesgos, esto ha sido particularmente evidente en torno a la conexión entre género y consumo de alcohol en espacios públicos<sup>10</sup>.

### 2.2. *Vulnerabilidad del cerebro adolescente a los efectos del alcohol*

Durante cada episodio de consumo intensivo de alcohol se acumulan elevadas concentraciones de alcohol en el cerebro y se produce un estado de intoxicación alcohólica aguda, que aumenta el riesgo de accidentes, caídas, lesiones, desinhibición de impulsos agresivos y otras consecuencias negativas inmediatas para la salud<sup>11</sup>. Además, el impacto repetido y continuado de "atracones" de bebida, que producen elevadas concentraciones de alcohol sobre el cerebro, puede inducir en el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales, los cuales intervienen en el control de la conducta de beber alcohol, causando una transición progresiva desde el consumo excesivo, pero controlado, de alcohol, a un consumo adictivo, con dificultades para controlar la cantidad de alcohol ingerido por ocasión<sup>12</sup>.

El consumo de alcohol durante la adolescencia puede inducir cambios en la plasticidad del cerebro, que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia el alcoholismo<sup>13</sup>. El inicio temprano se ha asociado a un incremento importante del riesgo a desarrollar alcoholismo. Se ha informado de hasta cuatro veces más probabilidad para desarrollar dependencia en jóvenes con inicio al consumo antes de los 15 años respecto a jóvenes con inicio a partir de los 21<sup>14</sup>. En este contexto de desarrollo de la estructura y funcionamiento cerebral, el consumo de alcohol puede ejercer un poderoso impacto negativo sobre el proceso neuromadurativo y, en consecuencia, alterar el funcionamiento normal de procesos cognitivos que son esenciales para una correcta adaptación a la vida adulta<sup>15</sup>.

### 3. Prevención del consumo de alcohol en menores desde la atención primaria

La identificación precoz de los consumidores de riesgo mediante el cribado sistemático, es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad (grado de recomendación A)<sup>16</sup>. Para los programas de identificación precoz y la intervención breve lo más importante es que las personas que no son dependientes al alcohol puedan reducir o suspender su consumo de alcohol con el esfuerzo y la asistencia apropiados.

El conjunto de acciones y estrategias más acordes a los riesgos específicos de los adolescentes, son las intervenciones preventivas de tipo selectivo, e incluso aquellas que requieren de su participación en actividades preventivas adecuadas a su situación<sup>17</sup>. El objetivo principal de estas acciones es disminuir o evitar los patrones de consumo de alcohol que pudiesen constituir un especial riesgo de abuso a partir del fortalecimiento de los factores de protección, de forma que estos sean empleados como recursos efectivos.

La investigación indica que por cada dólar que se gasta en prevención, se ahorran por lo menos diez en futuros costes sociales, de salud y delincuencia asociados al uso de drogas<sup>18</sup>. La prevención y reducción del consumo de alcohol entre los adolescentes y jóvenes ha sido repetidamente señalada desde hace unos años como una prioridad de salud pública<sup>19</sup> y la reducción del consumo intensivo de alcohol forma parte como un objetivo primordial en muchas de las estrategias políticas sobre salud en la última década<sup>20</sup>.

### 4. Las intervenciones preventivas en los centros escolares: propuesta para una ampliación del rol competencial de la enfermera de familia

El programa formativo vigente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria<sup>21</sup> capacita a la enfermera para Identificar problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes, promoviendo conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo. Para realizar sus intervenciones y planificar sus cuidados, la enfermera familiar debe conocer de qué forma los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del adolescente modelan y condicionan conducta. Este marco referencial nos permitirá entender la singularidad de la conducta del adolescente y de qué formas vehicula sus emociones a través de relaciones y de conductas que en ocasiones son de riesgo para su salud. Es por ello que la relación entre el adolescente y la enfermera familiar se debe estructurar en la escucha activa y en la empatía, en un contexto de privacidad y garantía de confidencialidad, de este modo, se podrá favorecer la expresión de emociones, dudas y preguntas, que deben ser recogidas sin tono ejemplarizante ni moralizador<sup>22</sup>.

#### 4.1. *La escuela como lugar estratégico para la intervención enfermera*

Nuestro sistema sanitario ofrece unas barreras que dificultan que el adolescente tenga acceso al mismo. Por un lado, las personas jóvenes son más reacias que las personas adultas y que los niños a acudir a los servicios sanitarios, tienden a no contar su «problema de salud real» y tienen mayores dudas con respecto a temas de privacidad y confidencialidad<sup>23</sup>. Por otro lado, los profesionales sanitarios tienden a asignar menos prioridad a la atención de jóvenes cuando la carga de trabajo es alta, tienen menos preparación en estos temas y los servicios a veces no tienen horarios o ubicaciones que faciliten el acceso de las/los jóvenes<sup>24</sup>.

En España, los motivos de consulta de adolescentes en atención primaria son en general por patologías «orgánicas», mientras que este colectivo acude poco en busca de información, por temas preventivos o de promoción de la salud<sup>25</sup>. Dadas estas dificultades, es necesario potenciar intervenciones preventivas allí donde los adolescentes pasan la mayoría de su tiempo: el ámbito escolar.

La escuela ha sido considerada siempre como un sector estratégico para mejorar las conductas relacionadas con la salud. Está ampliamente documentada la idoneidad del entorno escolar en la promoción de la salud<sup>26</sup>. La evidencia que ofrecen numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas, sugiere que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud<sup>27</sup>.

La implantación en diversas comunidades autónomas españolas de una consulta liderada por enfermeras de familia en centros educativos, ha logrado acercar la educación para la salud a los adolescentes. El fin de los programas para la educación de la salud (PES) es mejorar la salud de los adolescentes mediante acciones de promoción de la salud, de prevención de las situaciones de riesgo y de atención precoz para los problemas relacionados con la salud mental, la salud afectiva y sexual, el consumo de drogas, alcohol y tabaco, en colaboración con los centros educativos y los servicios de salud comunitaria presentes en el territorio<sup>28</sup>.

La evidencia científica demuestra que las acciones preventivas que tienen más garantías de éxito son las que se basan en la máxima participación de todos los agentes implicados: profesorado, alumnado, familias y comunidad<sup>29</sup>. Por lo tanto, es conveniente que las acciones preventivas desde el PSE se integren en un marco amplio de objetivos elaborados conjuntamente por todos los implicados (docentes, familias, alumnado, personal sanitario y municipio). Se trata de fomentar procesos de corresponsabilidad y sinergia en una situación tan compleja como es la prevención en la cual intervienen variables diferentes, muchas de las cuales son difíciles de controlar.

*"Las intervenciones de promoción de la salud llevadas a cabo en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud"*

#### **4.2. Las intervenciones breves realizadas por enfermeras de familia como método de acción frente al consumo de alcohol**

Tal como se ha señalado, la implantación de una consulta liderada por enfermeras de está presente en varias Comunidades Autónomas. Es desde esta realidad ya instaurada, que entendemos que el rol competencial enfermero, en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, puede ser ampliado para dar respuesta a un problema «oculto», ya que sólo el 10% de los adolescentes con problemas de adicción recibe ayuda profesional<sup>30</sup>.

La intervención breve (1-4 sesiones) es un proceso sistemático que tiene como procedimiento central la entrevista motivacional, la cual consiste en acompañar al adolescente para que reconozca y se ocupe de sus problemas potenciales en el momento actual, además intenta resolver la ambivalencia respecto al cambio de su consumo, a fin de que las personas realicen acciones para el logro del cambio<sup>31</sup>. Las estrategias empleadas son la retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol, y el planteamiento de metas claras y factibles (**Tabla 2**). Con estas estrategias se busca minimizar la resistencia de los adolescentes hacia el cambio, evitando la confrontación y poniendo en práctica una actitud de escucha y apoyo, con el objetivo de que tome la responsabilidad de evaluar su consumo y haga un compromiso de cambio.

**Tabla 2. Características de las intervenciones breves**

- Dar feedback sobre el estado de salud
- Potenciar la autorresponsabilidad.
- Dar consejo claro para promover el cambio
- Dar un menú de estrategias de ayuda para el cambio
- Utilizar un estilo empático
- Promover la autoeficacia
- Transmitir confianza y privacidad

Las intervenciones breves son “oportunistas”, en el sentido de que sus destinatarios todavía no se han quejado de tener un problema con el alcohol, pero han sido identificados a través de un chequeo o de cualquier otro medio (informe escolar, entrevista con los padres, problemas con la justicia, petición de ayuda del propio adolescente etc.) como individuos que consumen alcohol a niveles que comportan riesgo o daño tanto para su salud como para su bienestar<sup>32</sup>. Dichas intervenciones se efectúan con el fin de lograr una identificación temprana y una prevención secundaria de problemas graves con el alcohol, así como para contribuir a la reducción de la alta prevalencia de bebedores de riesgo. Las intervenciones breves no van dirigidas a bebedores problemáticos con niveles muy severos de dependencia y con problemas derivados de dicho consumo, quienes necesitan tratamientos más intensivos en centros especializados<sup>33</sup>.

En una revisión Cochrane<sup>34</sup> sobre efectividad de las intervenciones breves en consumidores de alcohol en atención primaria realizada por psicólogos, médicos y enfermeras, se identificaron 29 ensayos controlados de diversos países en el ámbito de la práctica general (24 ensayos) o de urgencia (5 ensayos). Al ingreso al ensayo los participantes consumían un promedio de 306 g de alcohol (más de 30 tragos estándar) por semana. Más de 7000 participantes con una media de edad de 43 años se asignaron al azar a recibir una intervención breve o una intervención control, incluida la evaluación solamente. Después de un año o más los pacientes que recibieron la intervención breve consumieron menos alcohol que los pacientes del grupo control (diferencia de medias 38 g/semana; rango: 23 a 54 g). Para los hombres (cerca del 70% de los participantes), el beneficio de la intervención breve fue una diferencia de 57 g/semana; rango: 25 a 89 g (6 ensayos).

En una revisión realizada por Basau<sup>35</sup> sobre la eficacia de las intervenciones breves conducidas por enfermeras frente al consumo perjudicial de alcohol. Se encontraron once ensayos que cumplían con los criterios de inclusión, comparando las intervenciones breves realizadas por enfermeras con un grupo control o con otros tratamientos. Cinco ensayos informaron sobre una reducción estadísticamente significativa del consumo de alcohol en el grupo de intervención durante un periodo de seguimiento de 6 a 12 meses y dos ensayos concluyeron que las intervenciones breves conducidas por enfermeras fueron tan eficaces como las realizadas por otros profesionales. Dados estos resultados a nivel internacional, proponemos que las enfermeras de familia en el ámbito escolar de las diferentes CCAA, incorporen dentro de su marco competencial, las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en adolescentes.

## Conclusión

La importancia del consumo de alcohol en menores se debe principalmente al cambio en el patrón de consumo. El problema radica en el hecho de que los adolescentes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuentes consumos muy elevados de alcohol en cortos periodos de tiempo. Consumos que se realizan preferentemente fuera del hogar, siendo la vía pública un entorno cada vez más habitual, lo que también conlleva problemas de orden público. Además, tenemos una elevada frecuencia de episodios de embriaguez en nuestros escolares, hecho que forma ya parte de la cultura juvenil de alcohol. La implantación de una consulta liderada por enfermeras de familia en centros educativos es una realidad en nuestro país. Es desde esta realidad ya instaurada, que es necesario intervenir en los problemas relacionados con el consumo de alcohol mediante intervenciones breves. Dado que los resultados de diferentes estudios internacionales, indican que las intervenciones breves conducidas por enfermeras son una estrategia eficaz para reducir el consumo de alcohol, se propone incluir la intervención breve en los protocolos de actuación en el contexto escolar español dirigidos por enfermeras.

## Bibliografía

1. Marsh P, Allen JP, Ho M, Porter M, McFarland FC. The Changing Nature of Adolescent Friendships Longitudinal Links with Early Adolescent Ego Development. *J Early Adolesc*, 2006; 26(4):414-431.
2. McNamara C, Wentzel K. Friend influence on prosocial behavior. The role of motivational factors and friendship characteristics, 2006; 42(1):153-16.
3. Johnson SB, Dariotis JK, Wang C. Adolescent risk-taking under stressed and non-stressed conditions: Conservative, calculating and impulsive types. *J Adolesc Health*, 2012; 51(2 Suppl): S34-S40.
4. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias EDES. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2015
5. Farhat T, Simons-Morton BG, Kokkevi A, Van der Sluijs W, Fotiou A, Kuntsche E. Early Adolescent and Peer Drinking Homogeneity: Similarities and Differences among European and North American Countries. *J Early Adolesc*, 2012; 32(1):81-103.

6. Gras ME, Salamó A, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 2010; (22): 189-195.
7. Mota N, Rodríguez Holguín S, Crego A, Caamaño-Isorna F, Cadaveira F, Parada M, Corral M, Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 2011; 2353-63.
8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) . Informe Nacional 2012 (datos del 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox (ESPAÑA). Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares. Secretaría General de Política Social y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, Centro de Publicaciones.
9. Calafat A, Becoña E, Castillo A, Fernández C, Franco M, Pereiro C, Ros M. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 2005; 17: 193-202.
10. Measham F, Ostergaard J. The public face of binge drinking: British and Danish young women, recent trends in alcohol consumption and the European binge drinking debate. *Int. J. Drug Policy*, 2009; 56: 1-20
11. Mota N, Álvarez-Gil R, Corra I M, Rodríguez Holguín S, Parada M, Crego A, Cadaveira F. Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gac. Sanit*, 2010; 24: 372-377.
12. Guardia Serecigni J. ¿Es bueno el alcohol para la salud? *Adicciones*, 2008; 20:221-236.
13. Varlinskaya E, Kim U, Spear L. Chronic intermittent ethanol exposure during adolescence: Effects on stress-induced social alterations and social drinking in adulthood. *Brain Res*, 2016; 2: 145-156.
14. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2006; 160 (7): 739-46.
15. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav*, 2007; 86(2):189-99.
16. Córdoba RI. Grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*, 2014; 46 (4):16-23.
17. Lammers J, Goossens F, Conrod P, Engels R, Wiers RW, Kleinjan M. Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction*, 2015; 110(7):1101-9.
18. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr. Adolesc. Med*, 1999; 153: 226 -234.
19. Hingson R, White A. New Research Findings Since the 2007 Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking: A Review. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 2014 , 75: 158-169.
20. Plan de Acción sobre Drogas, España 2013-2016. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
21. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE 29/06/2010

22. López-Cortacans G, Pérez R, Pagès A. Debut de un ataque de pánico en adolescente de 15 años inducido por consumo de cannabis: abordaje desde la atención primaria. *FMC*, 2015;22(6):318-21
23. Pérez García R. Promoviendo la confidencialidad con el menor en atención primaria: el arte del funambulismo. *FMC*, 2015;22(3):152-7
24. Anderson JE, Lowen CA. Connecting youth with health services: systematic review *Can Fam Physician*, 2010; 56 :778-784
25. Goicolea I, Aguiló E, Madridd J. ¿Es posible una atención primaria «amigable para las/los jóvenes» en España? *Gac Sanit*, 2015; 29(4):29:241-3.
26. WHO. Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Promoting health through schools. Geneva: World Health Organization; 1997.
27. Ogilvie V, Hamilton M, Egan S. Systematic reviews of health effects of social interventions: Finding the evidence: how far should you go? *J Epidemiol Commun Health*, 2005; 59:804-808.
28. Obaya Prieto C, Fernández Rodríguez S. Consulta Joven en un Instituto atendida por enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2016 Feb 4 (1): 7-19
29. Ramos P, Pasarína MI, Artazcoza L, Díez E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gac Sanit*, 2013;27(2):104-110
30. Wu P, Hoven CW, Tiet Q, Kovalenko P, Wicks J. factors associated with adolescent utilization of alcohol treatment services. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2002; 28(2):353-369.
31. Winters KC. Brief Interventions for Adolescents. *J Drug Abuse*, 2016; 2(1):14.
32. Larimer ME, Cronce JM. Identification, prevention and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *J Stud Alcohol*, 2002 ; 14:148-163.
33. Wagner EF, Tubman JG, Gil AG. Implementing school-based substance abuse interventions: Methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction*, 2004; 99:106-119
34. Eileen F S. Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus* 2009, Número 4. Oxford.
35. Basau J, Dandapani M, Krishnan N. ¿Son eficaces las intervenciones breves conducidas por enfermeras (IBCE) frente al consumo peligroso o perjudicial de alcohol? Una revisión sistemática. *International Nursing Review*, 2014; 61(2):220-228.



## Fotovoz de recursos saludables en el IESO

### Photovoice of healthy resources at school

**Alba Martínez Álvarez**

*Enfermera Especialista en EfyC. SESPA*

*Manuscrito recibido: 11-07-2016*

*Manuscrito aceptado: 08-02-2017*

#### Cómo citar este documento

Martínez Álvarez A. Fotovoz de Recursos Saludables en el IESO. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2): 17-23

#### Resumen

##### Introducción

La idea de que la salud está compuesta por una serie de determinantes que van más allá del concepto biologicista está poco asentada entre la población. No son conceptos nuevos, hay diversos documentos e incluso leyes que establecen la importancia de fomentar el empoderamiento comunitario, pero resulta complicado para la población.

El Fotovoz es una técnica de fotografía participativa que busca dar voz a través de la imagen, creando así nuevas oportunidades para reflexionar y representar asuntos de la comunidad mediante herramientas cercanas.

##### Descripción

Proyecto de Promoción de Salud intersectorial propuesto desde el Consejo de Salud y promovido por personal del AMPA, personal sanitario y Ayuntamiento. Concurso de Fotovoz sobre recursos/activos saludables. Cada alumno presentó dos fotografías sobre un recurso/activo de su lugar de residencia adjuntando un texto reflexivo en el que explicara por qué es un recurso para la salud a partir de la teoría de determinantes de salud. Los ganadores recibieron un premio cedido por AMPA y Ayuntamiento. Con el objetivo de difundir, motivar y llegar a la población adulta, se realizó una exposición de dichas fotografías y su divulgación por distintas vías.

##### Conclusiones

En el caso de los recursos saludables, lo primero para poder aprovecharlos de manera adecuada es saber identificarlos. El Fotovoz es una técnica que facilita la comprensión del paradigma salutogénico de manera práctica y amena. La correcta coordinación intersectorial y el cese del liderazgo y paternalismo sanitario son fundamentales para crear proyectos bien asentados y con mantenimiento en el tiempo.

#### Palabras clave

*Acción intersectorial, Agentes comunitarios de salud, Enfermería en Salud Comunitaria.*

## Abstract

### Introducción

The idea that health is composed of some of determinants that go beyond the biology concept is poorly seated among the population. It's not a new concept, there are various documents and even laws that establish the importance of promoting community empowerment, but it is difficult for the population.

The Photovoice is a participatory photography technique that seeks to give voice through the image, thus creating new opportunities to reflect and represent community issues through tools nearby.

### Description

Project Health Promotion intersectoral proposed from the Health Council and promoted by AMPA staff, health workers and City Hall. Photovoice contest on resources / assets healthy. Each student presented two photographs on a / active place of residence attaching a reflective text that explain why it is a resource for health from the health determinants resource theory. The winners received a prize given by AMPA and City Hall. In order to spread, motivate and reach the adult population, an exhibition of the photographs and their dissemination through various channels it was performed.

### Conclusions

In the case of health resources, the first to use them properly is to know how to identify them. The Photovoice is a technique that facilitates understanding of the paradigm salutogenic practical and enjoyable way. The correct intersectoral coordination and leadership cessation and health paternalism are fundamental to creating well-established and maintained over time projects.

## Keywords

*Intersectoral Action; Community Health Workers; Community Health Nursing.*

## Introducción

En 1980 Caroline Wang se propuso realizar un proyecto de intervención en el ámbito de la salud reproductiva con mujeres rurales chinas, pero se encontró una barrera muy importante, la comunicación. Para solventar este problema creó la técnica ahora conocida como "Photovoice" o Fotovoz, que definió como "una técnica de fotografía participativa que busca dar voz a través de la imagen, creando nuevas oportunidades para reflexionar y representar asuntos de la comunidad de una forma creativa y personal". Ella misma cuenta la manera en la que la fotografía le sirvió para romper con diversas barreras como son el analfabetismo o la dificultad de expresarse. Descubrió así, cómo a través de la fotografía podía llegar a relacionarse con estas mujeres y adaptar su intervención a las necesidades reales expresadas por ellas mismas, conociendo, y sobre todo comprendiendo, cuál era su realidad en aspectos como su propia maternidad o sexualidad<sup>1,2</sup>.

A partir de entonces, esta técnica se ha usado a lo largo del Mundo en varios proyectos de distinta naturaleza, siendo escasos todavía y fundamentalmente de carácter social<sup>1</sup>. El objetivo de esta herramienta en todos los casos es poder usar la imagen como motor de cambios sociales positivos y dar la opción de contar algo que en principio puede resultar difícil, de una manera alternativa y desde un punto de vista totalmente personal.

Esa misma barrera la encontramos en el ámbito sanitario cuando intentamos implantar o reforzar en la población la idea de salud como algo distinto al modelo patogénico clásico o cuando hablamos de ciertos temas como los determinantes de salud<sup>3</sup>, los activos o recursos para la salud, la importancia de la coordinación de los distintos agentes implicados o el empoderamiento de la población contrario al paternalismo sanitario clásico.

Estos conceptos no son nuevos en absoluto. Recordemos que ya en la Declaración de Yakarta<sup>4</sup> se habla de la importancia de los distintos determinantes de salud, de la participación y del empoderamiento comunitario y la promoción de la salud y se define esta última como *"un proceso de capacitación de la gente, para ejercer mayor control de su salud y mejorarla"* resaltando que debe ser **"para y con la población"**. Así mismo, a nivel legislativo, se reconoce de manera expresa en la Ley General de Sanidad de 1986 el derecho de los ciudadanos a *"participar en las actividades sanitarias a través de las instituciones comunitarias"*<sup>5</sup> y en el RD 2/2006 de 12 de enero se regula la constitución y el funcionamiento de los Consejos de Salud de zona como **"órganos de participación ciudadana que tiene como objetivo conocer, orientar, colaborar, proponer e informar los programas de salud y las actividades sanitarias que realiza el equipo de atención primaria."**

Es decir, los Consejos de Salud buscan ser un foro en el cual la población, de manera directa o representada por personas clave, se pueda informar, colaborar y tomar decisiones sobre salud y bienestar de toda la población. Sin embargo, por diversas razones, en muchos casos han funcionado más como un órgano informativo del sistema sanitario que como un órgano de participación ciudadana. Por ello, en 2015 se decidió revitalizar el Consejo de Salud de Parres para adecuarlo a los criterios establecidos en la legislación y en la Declaración de Yakarta, comenzando por la realización de un diagnóstico de salud participativo a partir del cual se creó el proyecto del Fotovoz en el IESO.

*"Los Consejos de Salud buscan ser un foro en el cual la población, de manera directa o representada por personas clave, se pueda informar, colaborar y tomar decisiones sobre salud y bienestar de toda la población"*

## Método

Concurso de Fotovoz sobre recursos saludables del Concejo de Parres, organizado de manera intersectorial a través de varios miembros del Consejo de Salud de Zona.

Esta intervención forma parte del proyecto inicial del Diagnóstico de Salud de Parres, realizado con metodología cuantitativa y cualitativa, en este último caso mediante el método Intervención-Acción-Participativa.

## Objetivos

- Mejorar el nivel de conocimientos y el pensamiento crítico sobre salud entre el alumnado del IESO de Parres, desde la perspectiva salutogénica y la teoría del Sentido de Coherencia, a través de herramientas cercanas y amenas.
- Promover las intervenciones comunitarias intersectoriales y la participación comunitaria.

## Desarrollo

### 1. Puesta en marcha del proyecto

En primer lugar se creó un grupo operativo de trabajo formado por tres miembros del Consejo de Salud: enfermera, representante de clubes deportivos y representante del AMPA, que a través de las "nuevas tecnologías" desarrollaron el proyecto de la intervención.

El representante del AMPA se puso en contacto con el IESO para su presentación oficial a la junta escolar donde se aprobó y se incluyó como parte de la asignatura de Lengua y, paralelamente, el AMPA logró una subvención del Principado para su realización. Una vez aprobado en Junta Escolar, se envió el proyecto por correo electrónico al responsable del departamento de Lengua junto con documentación sobre el concepto explicado en la introducción de este artículo y se dio la opción de solucionar dudas sobre este paradigma y/o los objetivos del proyecto mediante correo o teléfono.

Gracias al envío electrónico, se pudo realizar únicamente una reunión con los docentes con el objetivo de concretar aspectos pendientes: formato, cronograma, bases del proyecto, financiación, formación etc. De esa reunión se salió con todo el cronograma y necesidades materiales y personales y con líneas estratégicas de cara a la difusión. Durante este periodo, se consiguió también la implicación del Ayuntamiento como miembro del Consejo de Salud para colaborar en los premios del concurso y en la difusión de los trabajos.

Una vez concretados todos los aspectos y siguiendo el cronograma establecido, se presentó la actividad al alumnado en el IESO. Para ello, los profesores solicitaron la intervención de personal sanitario, por lo que la enfermera responsable del proyecto y la pediatra del Centro de Salud acudieron a realizar la exposición en dos sesiones consecutivas. A partir de ahí los alumnos dispusieron de un mes para su realización, tras lo cual, y de nuevo siguiendo el cronograma, se reunió el jurado establecido (AMPA, docentes y la enfermera) para seleccionar a los ganadores del concurso.

Se decidió hacer público a los ganadores y realizar la entrega de premios en la Casa de Cultura durante las Jornadas Culturales que el IESO realiza anualmente y durante las cuales el alcalde entregaría parte de los premios. Además, durante dichas jornadas y a partir de esta actividad, algunos alumnos realizaron una entrevista a dos miembros del Consejo de Salud en la radio del IESO para hablar del Fotovoz, del Consejo de Salud y del concepto de salud aprendido durante la actividad.

Por último, la difusión de los trabajos se realizó mediante una exposición en la Casa de Cultura y a través de la web de AMPA, donde cualquier persona puede ver las fotografías y los textos (<https://ampaelsueve.wordpress.com/junta-directiva/fotoreportaje/>).

Actualmente está prevista su difusión durante las ferias del Concejo con los objetivos de motivar al alumnado y de llegar a la mayor parte de población posible. Así mismo algunos profesores se han comprometido a utilizar tutorías para realizar debates sobre los trabajos presentados. Queda pendiente ampliar las líneas de difusión, existiendo ya varias opciones no abarcables durante esta primera convocatoria.

### 2. Bases del concurso

El Fotovoz se implantó como una actividad obligatoria para todos los alumnos del IESO. Los alumnos debían entregar dos fotografías de recursos saludables del Concejo de Parres adjuntando un texto no superior a las 1000 palabras en el que explicaran a través de un análisis crítico qué querían transmitir con dicha fotografía y por qué y en qué medida el lugar o situación capturada es un recurso saludable.

De entre todos los trabajos entregados se seleccionaron treinta y seis a los que se les premi6 con una actividad l6dico-saludable financiada por el AMPA, y seis que, adem6s, obtuvieron dinero en met6lico, subvencionado por el ayuntamiento, para gastar en material deportivo en el comercio de la localidad.

Las fotograf6as se pod6an realizar con cualquier dispositivo, estando prohibida su manipulaci6n o edici6n, y en la valoraci6n no tuvo en cuenta la calidad t6cnica de las mismas, sino su coherencia con el mensaje que se quiso transmitir, la originalidad y la redacci6n en cuanto a la capacidad para explicar la importancia de los distintos determinantes de salud a partir de la fotograf6a aportada.

## Conclusiones

Inicialmente el Fotovoz se plante6 como una de las actividades integradas en el proyecto del Diagn6stico de Salud de Parres. Sin embargo, debido a la buena acogida por parte de los distintos sectores poblacionales y a la proyecci6n que adquiri6, se deslig6 de este 6ltimo para que no se entorpecieran mutuamente. Creemos que una de las principales razones para que adquiriera dicha magnitud fue la correcta organizaci6n intersectorial, enfoc6ndolo como un grupo de trabajo en el que se inclu6a a la poblaci6n general como actor protagonista, sumando fuerzas y fortalezas de manera coordinada y tendiendo al cese de liderazgo y al empoderamiento comunitario y no necesariamente liderado por un sanitario que marque las pautas a seguir.

Es importante tener en cuenta que part6bamos de un Consejo de Salud bastante pasivo e informativo, y sin embargo, desde la creaci6n de este proyecto la implicaci6n fue muy alta en todas las iniciativas que fueron surgiendo. En nuestro caso, el representante del AMPA asumi6 cada vez m6s protagonismo; los docentes, una vez aclarado el objetivo y metodolog6a del proyecto, fueron adquiriendo m6s responsabilidad en el campo que les correspond6a en lugar de aceptar el papel de actor secundario que inicialmente parec6a que se pretend6a y el Ayuntamiento no dud6 en ofrecerse como una herramienta m6s para lograr el objetivo. En cuanto al papel de la sanitaria, inicialmente fue necesario asumir el liderazgo debido, entre otros factores, a la cultura paternalista que a6n prima entre sanitarios y poblaci6n general. No obstante, se pudo ir cediendo de manera progresiva, quedando finalmente en igualdad con el resto de organizadores e incluso m6s como una figura de cohesi6n y coordinaci6n o como herramienta de apoyo en muchos aspectos de la realizaci6n. Este es el rol que realmente corresponde en este caso, que tanto nos cuesta asumir a los sanitarios y que, sin embargo, resulta imprescindible para lograr ese objetivo de empoderamiento comunitario que tanto buscamos.

Observamos otros aspectos que podr6an tener importancia a la hora instaurar el proyecto con solidez. Uno de ellos es el hecho de seguir ciertos canales oficiales como, por ejemplo, la aprobaci6n del proyecto por parte la Junta Escolar para que el departamento encargado pudiera organizar de manera adecuada su realizaci6n o, por poner otro ejemplo importante aunque infravalorado, para conseguir la financiaci6n p6blica.

El 6ltimo factor influyente a resultar son las nuevas tecnolog6as, infrautilizadas en pleno auge de la Salud 2.0. La redacci6n del proyecto, el traspaso de informaci6n y la comunicaci6n fluida se logr6 gracias a su aprovechamiento, entendiendo en nuestro caso "*nuevas tecnolog6as*" como Google Drive, Gmail y Wasapp, fundamentalmente. Reducimos considerablemente el tiempo y ahorramos reuniones presenciales innecesarias que merman la motivaci6n de las personas implicadas y enlentece los procesos, en ocasiones, hasta hacerlos ineficientes. Por ello, consideramos este un aspecto importante a tener en cuenta y sobretodo a incluir en los proyectos interdisciplinares.

Por último, resaltar que desde el principio establecimos como pilar fundamental el mantenimiento en el tiempo del proyecto. Dada su solidez y los buenos resultados, se consiguió el compromiso por parte de todos los implicados de mantener esta intervención con periodicidad anual, aunque a partir de esta primera convocatoria se realizará con un único curso y, como es lógico, realizando previamente los cambios necesarios en función de los resultados de la evaluación. En nuestro caso, como dijimos anteriormente, se consiguió gracias al trabajo previo donde se implicaba a estructuras y no a personas, reduciendo así el factor de voluntariado que aún suele acompañar a este tipo de intervenciones.

En conclusión, partíamos de la idea de que de que la salud está compuesta por una serie de determinantes más allá de los biológicos. El entorno de la persona, infraestructura, acceso a servicios, nivel de conocimientos, cultura, educación, los factores económicos o la política, entre muchos otros factores, tienen un peso muy importante y es bien sabido que los hábitos y conceptos culturales instaurados en la infancia/adolescencia son determinantes en la salud futura tanto individual como colectiva de la población<sup>6</sup>. Pero para poder aprovechar de manera adecuada los recursos saludables, lo primero es conocerlos y saber identificarlos. Gracias a la técnica del Fotovoz junto con el análisis crítico, conseguimos generar un proceso reflexivo sobre el paradigma salutogénico y la teoría del sentido coherencia, pero de manera amena y práctica. En los trabajos entregados, alrededor de 100, demostraron entender este concepto y en ellos encontramos varios aspectos destacables, como por ejemplo la importancia que dan a los clubes deportivos y a los amigos como "recurso saludable".

En muchos casos se repitió la idea de que este factor determina el ánimo, previene aislamientos, depresiones, drogodependencias, etc. También el bienestar emocional y, en este sentido, sobretodo cuando hablan de adultos mayores, ven relevante la familia y el entorno (animales que previenen aislamiento, huertos que fomentan la actividad física, alimentación saludable y el bienestar psicológico, etc.). Menos impactante pero muy repetido fue el entorno del Concejo en el que identificaron, entre otros, naturaleza, sendas transitables de distintas dificultades, escasa contaminación, parques adaptados y polivalentes y zonas de ocio saludable.

Cierto es que atender la salud exclusivamente desde la perspectiva positivista es tan artificial como lo contrario, pero también es más fácil argumentar sobre los problemas y déficit que sobre las riquezas<sup>1</sup>. Por consiguiente, realizamos esta discriminación positiva para favorecer dicha visión salutogénica en la población juvenil, obteniendo trabajos de alta calidad, pero sin que ello excluya la posibilidad de incluir debilidades en futuras convocatorias.

Para terminar, comenzamos definiendo el Fotovoz como "*una técnica de fotografía participativa que busca dar voz a través de la imagen, creando nuevas oportunidades para reflexionar y representar asuntos de la comunidad de una forma creativa y personal*". La manera de enseñar es importante<sup>7</sup> y teniendo en cuenta el auge de las redes sociales como Snapchat, Facebook o Instagram, la fotografía como medio para expresarse ya forma parte del día a día de los niños y adolescentes. Lo ven como algo cercano y ameno, dos cualidades que considerábamos importantes y, al mismo tiempo, al tener que redactar el análisis crítico, se ven obligados a hacer un proceso reflexivo sobre todo el paradigma que sustenta este proyecto.

Por tanto creemos que esta técnica, que no deja de ser una herramienta más entre todas las existentes para lograr los objetivos planteados, es una opción válida y muy adecuada para proyectos de este ámbito y con esta población.

## Bibliografía

1. Wang C. Youth Participation in Photovoice as a Strategy for Community Change. *Journal of Community Practice*. 2006; 14(1):147-161. Disponible en [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J125v14n01\\_09](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J125v14n01_09).
2. Cofiño R. Investigación-Acción Participativa: Photovoice. *Salud Comunitaria Blog* [Internet]. Wordpress. 8 de julio 2016. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2016/07/08/4-investigacion-accion-participativa-photovoice/>
3. Observatorio de Salud en Asturias [Internet]. 27 de mayo de 2011 [actualizado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>.
4. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0108.php>. Consultado el 12 de Septiembre del 2016.
5. Boletín Oficial del Estado (BOE). núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224 (18 págs).
6. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública.. OBSA. Informe de situación en Asturias 2012-2015.
7. Borges-Cancel M y Colón-Colón M. El uso de Photovoice como herramienta pedagógica para promover procesos de apoderamiento, participación, movilización y acción social en los estudiantes. Disponible en <http://www.rideg.org/wp-content/uploads/2015/03/El-uso-de-Photovoice-como-herramienta-pedag%C3%B3gica.pdf>
8. Cofiño R, Aviñó D, Belén Benedé C, Botelló B, Cubillo Paredes-Carbonell J et al. Promoción de la salud basada en activos. ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. *Gac Sanit*. 2016; 30(S1):93-98.

## Conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2

### Knowledge about their disease in type 2 diabetic patients

**Maria Vergara Sánchez, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés, Nerea Herrero Cubel**

*Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Castellón*

*Manuscrito recibido: 12-08-2016*

*Manuscrito aceptado: 27-10-2016*

#### Cómo citar este documento

Vergara Sánchez M, Anarte Ruiz C, Masoliver Forés A, Herrero Cubel N. Conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2) 24-34

#### Resumen

##### Objetivo

Averiguar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes diabéticos tipo 2 sobre su enfermedad.

##### Método

Estudio observacional, descriptivo y trasversal. Se ha utilizado un cuestionario validado, que fue cumplimentado por pacientes diabéticos tipo 2, de entre 50 y 79 años que optaron a participar en el estudio perteneciente al Centro de Salud de Alcora (Castellón). Para un nivel de confianza del 95%, se precisa una muestra de 205 individuos.

##### Resultados

Existe un diferencia significativa entre los distintos años de evolución de la diabetes mellitus, los pacientes entre 0-4 años de evolución tienen un 63% (IC 95%  $\pm$  3,1) de las respuestas del cuestionario correctas, con 5-9 años de evolución un 49 % (IC 95%  $\pm$  2,7) y con de 10 o más años un 41,4% (IC 95%  $\pm$  4,6).

##### Conclusiones

Existe un déficit de conocimientos sobre el pie diabético y el manejo de la insulina, dado que ambos aspectos forman parte del pilar fundamental del tratamiento (en ninguna de estas preguntas superan el 75% de respuestas correctas). Es necesaria la creación de un protocolo estructurado de educación Diabetológica para utilizarlo desde el momento en que el paciente es diagnosticado de DM2.

#### Palabras clave

*Diabetes mellitus tipo 2, complicaciones de la diabetes, prevención y control, Atención de enfermería.*



## Abstract

### Objective

To assess the level of knowledge among type 2 diabetic patients about their disease.

### Method

This is an observational, descriptive and cross study. It is used a validated questionnaire, which was completed by type 2 diabetic patients, ages 50 to 79 who chose to participate in the study belonging to the Health Center Alcora (Castellón)

For a confidence level of 95 %, a sample of 205 individuals is required.

### Results

There is a significant difference between years of evolution of diabetes mellitus, patients with between 0-4 years of evolution have a 63 % (95%  $\pm$  3.1) to correct questionnaire responses, with 5-9 years of evolution 49% (95%  $\pm$  2.7) and 10 or more years 41.4% (95%  $\pm$  4.6).

### Conclusions

There is a lack of knowledge about diabetic foot and insulin management, as both aspects are part of the mainstay of treatment (none of these questions exceed 75 % correct answers). The creation of a structured diabetes education to use from the moment the patient is diagnosed with T2DM protocol is necessary.

## Keywords

*Type 2 diabetes mellitus, Diabetes complication, prevention and control .nursing care.*

## Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha convertido en uno de los más graves problemas sanitarios de nuestro tiempo, por su alta prevalencia, morbi-mortalidad y elevado coste<sup>1</sup>.

La Federación Internacional de la Diabetes sitúa la prevalencia de la enfermedad a nivel mundial en el 8,3% y estima que se incrementará hasta alcanzar el 10,1% en 2035, superando los 592 millones de afectados<sup>1,2</sup>.

Las previsiones de la Diabetes Mellitus (DM) para las próximas décadas son que uno de cada diez personas adultas contraerá la enfermedad, relacionado con el envejecimiento de la población y el incremento de los factores de riesgo, como la obesidad, la vida sedentaria y el consumo de una dieta poco saludable<sup>3</sup>.

En España, las estimaciones de prevalencia de la DM2 se sitúan entre el 8,2%<sup>4</sup> y el 14,7%<sup>1</sup>.

La DM2, especialmente si está mal controlada, conlleva lesiones en múltiples tejidos, de los que son especialmente sensibles los pequeños vasos de la retina, los riñones y los nervios periféricos, donde las complicaciones de la diabetes son más marcadas. De hecho la diabetes se ha convertido en una de las principales causas de ceguera, amputaciones y enfermedad renal terminal<sup>4</sup>. Además, las personas con DM2 tienen entre 2 y 4 veces más riesgo de ECV (enfermedad cardiovascular) que la población general y un 65% de las personas con diabetes mueren por ECV<sup>4</sup>.

La educación de las personas con DM2 es una herramienta esencial para llevar un buen control metabólico y prevenir la aparición de las complicaciones. Además, disminuye el número de hospitalizaciones y de consultas en urgencias.<sup>5,6</sup>

La educación para la salud, la promoción de la salud y el acceso a la atención profesional son esenciales para las personas con DM2, por ello, la Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial en el cual estas personas deberían encontrar una adecuada respuesta para el control de su situación de salud. El aumento de la cronicidad hace necesario que los profesionales de enfermería de AP asuman un papel protagonista en el seguimiento de estos pacientes, fomentando roles de mayor autonomía y responsabilidad<sup>7</sup>.

Distintos estudios han medido el impacto real de la enfermera de AP como proveedora principal de cuidados a pacientes crónicos con resultados favorables respecto a satisfacción del paciente y coste económico<sup>8</sup>.

Las modificaciones de los estilos de vida y la educación pueden minimizar el riesgo de la diabetes y de sus complicaciones, y pueden reducir la carga de morbilidad y mortalidad.

Las personas con diabetes deben conocer su enfermedad y estar facultadas para evitar la obesidad, el tabaquismo y las dietas poco saludables, y promover el ejercicio, y control de la glucosa en sangre<sup>8</sup>.

Todo lo anterior queda también reflejado en la *American Diabetes Association*, donde además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glicosilada, en los valores deseables de control de presión arterial, del perfil lipídico y cese de tabaquismo, entre los objetivos principales en el cuidado de esta alteración, resalta la educación precoz del enfermo y de su familia, mediante un programa estandarizado. En dicho programa se establece que la primera fase de este proceso debe consistir en el estudio y valoración de la demanda educativa de la población. Para ello es necesario evaluar, el grado de instrucción diabetológica de esa comunidad, a través del uso de cuestionarios adecuados de conocimientos teóricos y prácticos sobre la enfermedad. De este modo podrán determinarse las áreas en las que hubiera mayor necesidad de formación, de ahí la importancia de Atención Primaria<sup>9</sup>.

Debido a todo esto y a la importancia de la promoción y educación para la salud para retrasar la aparición de complicaciones, la finalidad del estudio es evaluar el nivel de conocimientos teóricos presentes en la población con diabetes tipo 2 de Alcora (Castellón), con el fin de poder utilizarlo después como herramienta para crear un protocolo de educación diabetológica.

## Objetivos

### Objetivo general

- Averiguar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes diabéticos tipo 2 sobre su enfermedad.

### Objetivos específicos

- Conocer las características de los pacientes según edad y sexo
- Establecer si existe una relación entre los años de evolución de la enfermedad y conocimiento de la misma.
- Detallar las preguntas con menos nivel de conocimientos.
- Identificar las preguntas con menos nivel de conocimientos en los pacientes con insulina.

## Desarrollo

### 1. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y trasversal.

Se ha utilizado el cuestionario validado "Conocimientos teóricos sobre diabetes mellitus" elaborado por Hess y Davis de la Universidad de Michigan (EUA), adaptado y validado en castellano por Campo y colaboradores<sup>10</sup>, que ha sido cumplimentado por pacientes diabéticos tipo 2, de entre 50 y 79 años que han aceptado participar en el estudio.

### 2. Variables

**Tabla 1.** Variables

NOMBRE	TIPO	MEDIDA
Edad	Cuantitativa	Años cumplido
Sexo	Cualitativa	Mujer/ Hombre
Años de evolución de la enfermedad	Cuantitativa	<5,5-10,>10
Tratamiento con insulina	Cualitativa dicotómica	Si/ No
C*.Alimento contraindicado	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS
C*.Pilar del tratamiento	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS
C.*Hipoglucemias e hiperglucemias	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/NS
C*.Manejo de insulina	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS
C*.Postre en restaurante	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS
C.*Beneficios del ejercicio físico	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS
C.Pie y neuropatía diabética	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS
C*.Arterioesclerosis en DM2	Cualitativa	Correcta/ Incorrecta/ NS

*C\*:Conocimiento*

### 3. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio

#### 3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes pertenecientes al centro de salud de Alcora.
- Que tengan entre 50 y 79 años
- Diagnosticados de diabetes tipo dos (CIE-9 250.XX) reflejado en la Historia clínica informatizada "Abucasis."

#### 3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con dificultades para la auto-cumplimentación del cuestionario.
- Pacientes que no acepten la participación en el estudio.
- Pacientes que no entren en el rango de edad de 50-79 años

### 4. Tamaño de la muestra

La muestra corresponde a pacientes diabéticos tipo 2 de entre 50 y 79 años, pertenecientes al centro de salud de Alcora.

Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es de respuestas correctas es del 75% (obtenido de la bibliografía) en pacientes con DM2 y que el tamaño total de la población de estudio asciende a 700 personas, será necesario incluir 205 pacientes en el estudio.

Dado que la recogida de datos se ha realizado por una persona durante un tiempo limitado de 3 meses, finalmente solo se han podido estudiar 123 pacientes. Ello ha supuesto que la precisión final del estudio ha disminuido a 7%.

Para evitar sesgos de selección, estos 123 pacientes han sido elegidos mediante muestreo aleatorio, estratificado por grupo de edad, sexo y cupo de enfermería.

Aquellos pacientes seleccionados que no han querido participar, han sido reemplazados por otros pacientes del mismo cupo, sexo y edad.

### 5. Método de captación y/o selección de los sujetos.

La captación de estos pacientes se realizó por detección oportunista a medida que acudían a la consulta y cumplían los criterios de inclusión.

### 6. Estrategia de análisis que se ha utilizado en el estudio.

En primer lugar se creó una base de datos con Microsoft EXCEL. Tras conseguir la matriz de datos depurada se realizó un análisis univariante utilizando el programa Epidat, calculándose la estimación puntual (prevalencia) y los intervalos de confianza 95 % de las diferentes proporciones calculadas.

El análisis bivariante se realizó utilizando chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) el programa estadístico SPSS. En cada variable estudiada se comparó las proporciones desagregadas para estudiar si existían diferencias significativas.

## 7. Aspectos éticos

Antes de pasar los cuestionarios se les entregó a los pacientes una hoja de consentimiento informado para participar en el estudio.

En este estudio no ha habido conflicto de interés ni apoyo becado para su realización.

## Resultados

Considerando un buen nivel de conocimiento un porcentaje de respuestas correctas mayor de un 75%, hemos obtenido:

- En la totalidad de los cuestionarios se registraron 52 % (IC 95%  $\pm$  1,2) de preguntas correctas, en comparación con otros estudios es algo mayor, pero sigue sin llegar al 75 %, que se consideraría un buen nivel de conocimiento. No se han encontrado diferencias significativas entre sexos
- Los pacientes entre 50-64 tuvieron un 59% (IC 95%  $\pm$  3,0) de las preguntas correctas y los de entre 65-79 un 48% (IC 95%  $\pm$  2,4), existe un diferencia significativa entre los diferentes rangos de edad (**Tabla 2**).

**Tabla 2: Comparación de grupo de edad**

GRUPO EDAD	CORRECTAS	IC95%	p
50-64	59,33	$\pm$ 3,0	DS $p=0,01$
65-79	48,7	$\pm$ 2,4	

- Existe un diferencia significativa entre los distintos años de evolución de la diabetes mellitus, los pacientes con una evolución entre 0-4 años tuvieron un 63% (IC 95%  $\pm$  3,1) de las respuestas del cuestionario correctas, con 5-9 años de evolución un 49 % (IC 95%  $\pm$  2,7) y con de 10 o más años un 41,4 % (IC 95%  $\pm$  4,6) (**Tabla 3**).

**Tabla 3: Comparación años de evolución**

AÑOS DE EV.	CORRECTAS	IC95%	p
0- 4	63,4	$\pm$ 3,1	DS $p=0,01$
5 - 9	49	$\pm$ 2,7	
10 O MÁS	41,4	$\pm$ 4,6	

- No existe diferencias significativas entre pacientes que llevan tratamiento con insulina y las que no, el número de respuestas correctas de los pacientes con insulina es de 52% (IC 95%  $\pm$  2,8) y de los pacientes que no llevan insulina de 53% (IC 95%  $\pm$  2,6).

- El 79% (IC 95%  $\pm$  7,6) de los pacientes contestaron correctamente a la pregunta 1 (*tiene claro cuál es alimento contraindicado en la diabetes*), no existen diferencias significativas entre sexos, grupos de edad, años de evolución y tipo de tratamiento.
- El 62% (IC 95%  $\pm$  8,9) de los pacientes contestaron correctamente a la pregunta 2 (*sabe cuál es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes*), los pacientes con menos años de evolución tienen significativamente más respuestas correctas frente a los pacientes con más años de evolución. En cuanto al sexo, grupo de edad y tipo de tratamiento no hay diferencias significativas.
- El 59% (IC 95%  $\pm$  9,0) de los pacientes contestaron correctamente la pregunta 27 (*eligieron el postre correcto de la carta de un restaurante*), no existen diferencias significativas entre sexos, grupos de edad, años de evolución de la diabetes y tratamiento.
- El 91% (IC 95%  $\pm$  5,5) de los pacientes contestaron correctamente a la pregunta 35 (*son conscientes del beneficio que aporta el ejercicio físico sobre su enfermedad*), no existen diferencias significativas entre sexos, grupos de edad, años de evolución de la diabetes y tratamiento.
- El 51% (IC 95%  $\pm$  9,2) de los pacientes contestaron correctamente la pregunta 36 (*sabrían actuar correctamente frente a una herida de un pie diabético*), no existen diferencias significativas entre sexos, grupos de edad, años de evolución de la diabetes y tratamiento.
- El 51% (IC 95%  $\pm$  9,2) de los pacientes contestaron correctamente la pregunta 37 (*son conscientes de que al padecer diabetes tienen con más frecuencia arteriosclerosis frente a personas no diabéticas*).
- El 28% (IC 95%  $\pm$  8,4) de los pacientes contestaron correctamente la pregunta 38 (*saben que la neuropatía diabética es una complicación de la diabetes mellitus*), los pacientes con menos años de evolución han contestado correctamente más que pacientes con más años de evolución. En cuanto a sexos, grupos de edad y tipo de tratamiento no hay diferencias significativas.

### Preguntas insulina

- El 76% de las personas contestaron correctamente a las preguntas 11, 12, 13 y 14 (*conocen las causas de hipo e hiperglucemias*), los pacientes con insulina contestaron mejor estas preguntas que los que no llevan insulina, así como los de menor años de evolución también tienen más respuestas correctas que los de más años de evolución.
- Un 42 % de los pacientes que llevan insulina contestaron correctamente la pregunta 19 (*conocen el motivo por el cual deben de cambiar constantemente el lugar de inyección de la insulina*), no existen diferencias significativas entre sexos, grupos de edad, años de evolución de la diabetes y tratamiento.
- Un 27% de los pacientes que llevan insulina contestaron correctamente a la pregunta 21 (*conocen el motivo por el cual deben espaciar y distribuir las comidas a lo largo del día*), no existen diferencias significativas entre sexos, grupos de edad, años de evolución de la diabetes y tratamiento.

**Tabla 4: Preguntas más destacadas**

PREGUNTA A TODOS LOS PACIENTES	% CORRECTAS	IC95%	SEXO	GRUPO EDAD*	AÑOS EV.**	TTO
1. Alimento contraindicado	79,0	± 7,6	NDS p>0,05	NDS p>0,05	p >0,05	NDS p>0,05
2. Pilar fundamental del tratamiento	61,8	± 8,9			p =0,01	
27. Postre correcto en un restaurante	58,5	± 9,0			NDS p>0,05	
35. Beneficio del ejercicio físico	91,1	± 5,5				
36. Actuación correcta frente a una herida	51,2	± 9,2				
37. Aumento de arteriosclerosis en DM2	51,2	± 9,2				
38. Neuropatía como complicación de DM2	28,5	± 8,4			p= 0,04	

\*Grupos de edad: 50-64 y 64 -79

\*\*Años de evolución: 0-4, 5-9 y 10 ó más

**Tabla 5: Preguntas sobre insulina**

PREGUNTA A PACIENTES CON INSULINA	CORRECTAS	IC95%	SEXO	GRUPO EDAD*	AÑOS EV.**	TTO.
11. Demasiada insulina	77,8	±13,3	NDS p>0,05	NDS p>0,05	NDS	NDS p>0,05
12. Demasiado ejercicio físico	80,0	±12,9				
13. Demasiada comida	80,0	±12,9				
14. Enfermedad o infección	68,9	±14,6			p =0,04	
19. Motivo de cambiar lugar de inyección	42,2	±15,6			NDS	
21. Motivo de espaciar las comidas	26,6	±14,0				

\*Grupos de edad:50-64 y 64-79

\*\*Años de evolución: 0-4, 5-9 y 10 ó más

## Discusión

### 1. Limitaciones del estudio

Una limitación que hemos encontrado en el estudio son el número de personas que no han querido participar en él tras explicarles en qué consistía.

Otra limitación ha sido la pérdida de precisión por disminución del tamaño de la muestra, como hemos comentado anteriormente.

### 2. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Podemos afirmar que el 52% contestó a las preguntas correctamente, aunque sin llegar al 75% de respuestas correctas, que se consideraría un buen nivel de conocimientos.

Existen diferencias significativas entre grupos de edad, ya que los pacientes más jóvenes alcanzan mayor nivel de conocimientos.

Los pacientes diagnosticados recientemente, obtienen mejores resultados en el cuestionario (63% frente al 41,4%). Esto también aparece en otros estudios.

Existe un déficit de conocimientos sobre el pilar fundamental del tratamiento, el pie diabético y el manejo de la insulina, ya que en ninguna de estas preguntas superan el 75% de respuestas correctas

*"Se eligió este tipo de estudio para que tuviera utilidad práctica tras su realización, ya que mientras se pasaba el cuestionario todos los pacientes han obtenido una educación y un refuerzo de los conocimientos sobre su enfermedad"*

Los únicos ítems que superan el 75% de respuestas correctas, son los que se refieren al alimento contraindicado (79%) y a los beneficios del ejercicio físico en la DM2 (91%).

Las preguntas sobre: "El postre correcto en un restaurante", "como actuar frente a una herida" y "lesión de grandes vasos", podemos afirmar que no alcanzan el conocimiento óptimo.

La pregunta con más déficit de conocimiento es la que trata de la neuropatía diabética,

Respecto a las preguntas realizadas únicamente a los pacientes con insulina como tratamiento: Se aprecia déficit de conocimiento sobre "motivo de cambio de lugar de inyección de la insulina", 42% de preguntas correctas y sobre "motivo por el cual tiene que espaciar y distribuir las comidas"(26%).

Nos gustaría puntualizar que se eligió este tipo de estudio para que tuviera utilidad práctica tras su realización, ya que mientras se pasaba el cuestionario todos los pacientes han obtenido una educación y un refuerzo de los conocimientos sobre su enfermedad.

La información y datos del estudio pueden ser usados como base para marcar nuevas directrices para próximos estudios, o realizar un análisis más amplio del propio estudio.

A los pacientes de entre 50 y 80 años de Alcora se les podría realizar una intervención individual de educación para la salud incidiendo en los déficits detectados al evaluar el cuestionario.



Además extrapolar los datos obtenidos a todos los pacientes de la población de Alcora, podremos reforzar la educación diabetológica según los años de evolución con un menor porcentaje de preguntas acertadas o las preguntas con un menor porcentaje de respuestas correctas (un porcentaje menor de 50).

También se podrá utilizar para realizar un futuro protocolo estructurado sobre cómo dar una educación diabetológica en el centro de salud, teniendo en cuenta que tipo de información dar y reforzar para cierta edad, los años de evolución y el tipo de tratamiento. Y sobre todo, desde el primer momento que es detectada la DM2, ya que de este modo aprovechamos que el paciente es más joven, tiene más capacidad para adquirir conocimientos y asentarlos paulatinamente en sus hábitos de vida. De este modo podremos intentar vencer el déficit de conocimientos a llegar a edades avanzadas.

## Conclusiones

- Con respecto al nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos tipo 2 sobre su enfermedad podemos afirmar que el 52% contestó a las preguntas correctamente, aunque sin llegar al 75 %, que se consideraría un buen nivel de conocimiento.
- En las características de los pacientes según la edad y sexo podemos afirmar que los pacientes más jóvenes tiene un mayor nivel de conocimientos, no habiendo diferencias significativas con respecto al sexo.
- Existe una relación entre los años de evolución y los conocimientos de la misma, ya que los pacientes con menos años de evolución tienen más porcentaje de respuestas correcta con respecto a los de más años de evolución.
- Existe un déficit de conocimientos en las preguntas sobre el pilar fundamental del tratamiento, el pie diabético y el manejo de la insulina.
- Los pacientes insulino dependientes tienen mucho déficit de conocimiento sobre el motivo de cambiar el lugar de inyección de la insulina.

## Bibliografía

1. Federación Internacional de Diabetes .Atlas de Diabetes de FID, 7<sup>a</sup> edición. Bélgica, 2013. [consultado 15 Feb 2015]. Disponible en: [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas)
2. OMS: organización mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. [consultado 15 Feb 2015]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)
3. Federación Internacional de Diabetes Atlas de Diabetes de FID, 6<sup>a</sup> edición. Bélgica, 2014. [consultado 28 Nov 2015]. Disponible en: [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas)
4. Fisterra. Atención primaria en la red.[actualizado 9 de mayo 2014], [citado 8 enero 2016] Guía clínica diabétes mellitus tipo 2 .Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-tipo-2/>
5. Hevia EP. Educación en diabetes. Rev Ned clin Condes. 2016. 27(2): 271-276
6. Al Hayek AA, Robert AA, Al Dawish MA, Zamzami MM, Sam AE y Alzaid AA. Impact of an education program on patient anxiety, depression, glycemic control, and adherence to self-care and medication in Type 2 diabetes. J Family and Community Med. 2013. 20(2):77-82.
7. Parro A, Santiago M. Control de la diabetes mellitus en población adulta según las características del personal de enfermería de atención primaria de la comunidad de Madrid. Rev. Esp Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2017 Abr 30]; 90: e40005. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100405&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100405&lng=es). Epub 04-Mar-2016.
8. Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D y Rubilar Villalobos C. Adherence to treatment in patients with Diabetes type 2. Rev Costarr Salud Pública.2013. 22(1); 09-13.
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. 2013. Diabetes Care 2013; 36(suppl 1):S11e66.
10. Campo JM, Vargas ME, Martínez-Terrer T, Cía P. Adaptación y validación de conocimientos sobre la diabetes mellitus. Aten Primaria 1992; 9:100-5.

# Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género

Knowledge and challenges faced by Primary Health care professionals dealing with violence against women

**Natalia Díaz Vigón, Lidia Fernández Gutiérrez, Rosa Isabel Fernández Raigada, Juan Rubio Domínguez, María Isabel Santos Granda**

*Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias*

*Manuscrito recibido: 25-11-2016  
Manuscrito aceptado: 13-02-2017*

## Cómo citar este documento

Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Fernández Raigada RI, Rubio Domínguez J, Santos Granda MI. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de atención primaria en relación a la violencia de género. RqR Enfermería comunitaria (revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2) 35-49.

## Resumen

### Objetivo

Evaluar la percepción de los profesionales de Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias en relación a sus conocimientos y barreras en la actuación ante casos de violencia de género.

### Método

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario PREMIS a los profesionales de enfermería, medicina y trabajadores sociales de atención primaria del área sanitaria III de Asturias. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística con estimación por intervalos de confianza (IC) al 95%.

### Resultados

Tasa de respuesta del 56,81%. El 78% de los participantes tiene alguna formación (media de 11 horas, mediana de 3), refiriendo sentirse mínimamente preparados en varias preguntas. El 28% identificó al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses, Odds ratio (OR): 12 (IC: 1,15-125). El 60% preguntó alguna vez por violencia de género (VG), preguntando el 76% sólo ante indicadores de abuso en la historia clínica o examen físico. El 65% conoce que existe un protocolo en su unidad considerando el 72% que no se utiliza lo suficiente. Ante un caso, el 86,8% no oferta la línea telefónica nacional, aunque el 71% deriva a trabajo social.

### Conclusiones

Los profesionales están poco preparados, sintiéndose inseguros. La formación parece importante para identificar nuevos casos pero no para preguntar, influyendo los aspectos sociodemográficos del profesional. La mayoría no realiza screening rutinario, actuando en base a indicios y como recursos, el más ofertado es el de trabajo social.

### Palabras clave

*Violencia contra la mujer; Atención primaria de salud; Conocimientos, actitudes y práctica en salud.*

## Abstract

### Aim

Evaluate the perception of the Primary Health care professionals working in the Sanitary Area III of the Principality of Asturias regarding their own knowledge and the challenges they face when dealing with cases of gender-based violence.

### Method

Transversal descriptive study via a PREMIS questionnaire to Primary Health care nurses, doctors and social workers of the sanitary area III of Asturias. A descriptive analysis and logistic regression was made to estimate confidence intervals (CI) at 95%.

### Results

Response rate of 56,81%. 78% of participant have any training (average of 11 hours, median of 3), referring feel minimally prepared in several questions. 28% identified at least one new case in the last 6 months OR: 12 (CI: 1,15-125). 60% once they asked by gender-based violence, asking only 76% to indicators of abuse in the medical history or physical examination. 65 % know that there is a protocol in their unit considering 72% used relatively. A case, 86.8 % do not offer the national telephone line, although 71% shunt social work.

### Conclusions

Professionals are unprepared, feeling insecure. Training seems important to identify new cases but not to ask, influencing socio-demographic aspects of professional. Most do not perform routine screening, acting on the basis of evidence and as resources, the most offered is social work.

## Keywords

*Violence against women; primary health care; Health knowledge, attitudes, practice.*

## Introducción

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, define en 1993 la violencia de género (VG) como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada". Esta definición engloba todas las violencias ejercidas sobre la mujer <sup>1</sup>.

La cultura es un factor que influye notablemente en la violencia contra las mujeres ya que el género no es algo creado por la naturaleza, sino algo construido por la sociedad <sup>2</sup>.

Las desigualdades entre países son frecuentes pero en cuanto a los diferentes medios (rural, urbano y suburbano), la tasa de mujeres que sufren violencia de género son similares. En el caso de las mujeres separadas o divorciadas que viven en un medio rural, el riesgo de sufrir este tipo de violencia aumenta, al igual que la tasa de homicidios por este motivo<sup>3,4</sup>.

Según estudios consultados<sup>5-7</sup>, entre un 30% - 60% de las mujeres que visitan el servicio de Atención Primaria (AP) sufrieron algún tipo de maltrato por parte de su pareja o expareja a lo largo de su vida, permaneciendo en esta relación violenta durante 5 años o más.

La AP es un servicio de fácil acceso en el que se genera un clima de confianza ideal para que sea más fácil la detección de casos de VG<sup>8</sup>. Sin embargo, la escasa detección es un hecho. Un estudio realizado con personal de enfermería<sup>9</sup> demuestra que la tasa de declaración de casos aumenta notablemente ante profesionales formados y capacitados.

Entre los profesionales que detectan los casos, aparecen dudas sobre qué hacer a partir de ese momento, qué recursos ofrecer a la mujer o a quién derivarla<sup>10-12</sup>.

En el ámbito hospitalario, así como en AP, los profesionales refieren sentirse poco formados<sup>13, 14</sup> y con poca capacidad para detectar los casos y actuar ante ellos.

En la actualidad, existen una serie de recomendaciones, protocolos y guías que sirven de ayuda a los profesionales para la detección y actuación ante estos casos<sup>15,16</sup>.

## Objetivo

### **Principal:**

- Evaluar los conocimientos y dificultades de los profesionales de Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias, en la actuación ante casos de violencia de género.

### **Secundarios:**

- Describir la formación y conocimientos en violencia de género de los profesionales de Atención Primaria.
- Identificar las opiniones y creencias de los profesionales en relación a la violencia de género.

## Método

Estudio cuantitativo descriptivo-transversal a la población total de los profesionales de medicina, pediatría, enfermería, matronas y trabajadores sociales de AP del área sanitaria III (301 profesionales), junto con residentes de medicina y enfermería en activo y profesionales del servicio de atención continuada (SAC) y servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), entre el 15 de julio y el 31 de diciembre de 2015.

Se utilizó el cuestionario autoadministrado anónimo validado para la población española PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*)<sup>17</sup>. El método de envío fue entrega en mano a los coordinadores de enfermería de cada centro, concertando con ellos el día más adecuado. La entrega al personal de SAC y SUAP fue individual. La recogida se realizó de igual manera a través de los coordinadores y de buzones creados para tal fin.

La información obtenida se mecaniza en formato Excel exportándose posteriormente al programa SPSS V.15 para su análisis estadístico. Se realiza análisis descriptivo uni y bivalente mediante medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, con estimaciones por intervalos de confianza al 95% mediante el programa

EPI-6. El estudio de las variables asociadas para el hecho de identificar o no algún caso de VG así como para hacer screening se realizó mediante regresión logística binaria.

Para la realización del estudio se solicitó permiso a la gerencia del área sanitaria III y los cuestionarios obtenidos fueron cumplimentados de forma voluntaria por los profesionales que accedieron a participar.

## Resultados

El cuestionario se distribuyó a la población total (301 profesionales), obteniendo la cumplimentación de 171 (56,81%). Del total que respondieron, 141(82,5%) fueron de centros de salud y consultorios periféricos, 23 (13,5%) del SAC y 7 (4,1%) del SUAP.

En la **Tabla 1** (página siguiente) se compara la participación (segmentada por sexos, centros y categoría profesional), con la población real.

La media de edad fue de 45,34 años con una desviación típica de 11,74 y un rango de 23 a 64 años. La moda fue de 55 y la mediana de 47 años.

El 78% de nuestros encuestados refiere haber recibido alguna formación. Analizando por estamentos, el 84,6% [IC: 5,84 - 24,93] de los profesionales de Medicina (médicos/as de familia, médicos/as internos/as residentes (MIR) y pediatras) ha recibido formación frente al 73,3% [IC: 17,60 - 35,86] de Enfermería (enfermeros/as, enfermeros/as internos/as residentes (EIR) y matronas). En cuanto al análisis por sexo, el 81,1% [IC: 4,95 - 32,90] de los hombres recibió formación frente al 77,1% [IC: 15,32 - 30,49] de las mujeres.

De los 122 individuos que respondieron al número de horas total de formación en VG que habían recibido, la media fue de 11 horas con una desviación típica de 19,20 y la mediana de 3 horas, con un rango de 0 a 100 horas. Al analizar la formación recibida en función del sexo, la media de horas en el caso de los hombres es de 3,73 con una desviación típica de 5,77 y una mediana de 2,00 horas de formación, mientras que la media en el caso de las mujeres es de 12,98 con una desviación típica de 21,03 y una mediana de 4 horas.

A las preguntas de cómo de preparado se siente en los diferentes estadios de atención a la VG, se obtuvo una mediana de 2 (mínimamente preparado) para algunas preguntas y una mediana de 3 para otras (algo preparado). Los datos más relevantes se recogen en los **Gráficos 1 y 2**.

Los resultados de opiniones y creencias se presentan en la **Tabla 2**.

El 27,8% [IC: 20,759 - 34,862] de los profesionales que han respondido al cuestionario ha identificado, al menos, un caso nuevo en los últimos 6 meses.

La proporción de profesionales que ha identificado al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses oscila entre el 8,33% [IC: 0,211 - 38,48] de la zona básica de Llano Ponte y el 42,85% [IC: 17,66 - 71,14] de la zona básica de Pravia.

El 27,1% [IC: 19,419 - 34,866] de los profesionales que trabajan en un Equipo de AP ha identificado al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses, en el SAC un 40,9% [IC: 18,091 - 63,727] y en el SUAP ninguno.

En relación al género, el 42,1% [IC: 25,1 - 59,2] de los hombres realizó, como mínimo, un diagnóstico de VG en los últimos 6 meses, mientras que en las mujeres este porcentaje es del 23,7% [IC: 16 - 31,32].

En cuanto a la categoría profesional, el 43,3% [IC: 30,67 - 55,90] de los profesionales de medicina diagnosticó, al menos, un caso nuevo en los últimos seis meses, siendo del 17% [IC: 9,14 - 24,86] en la categoría de enfermería.

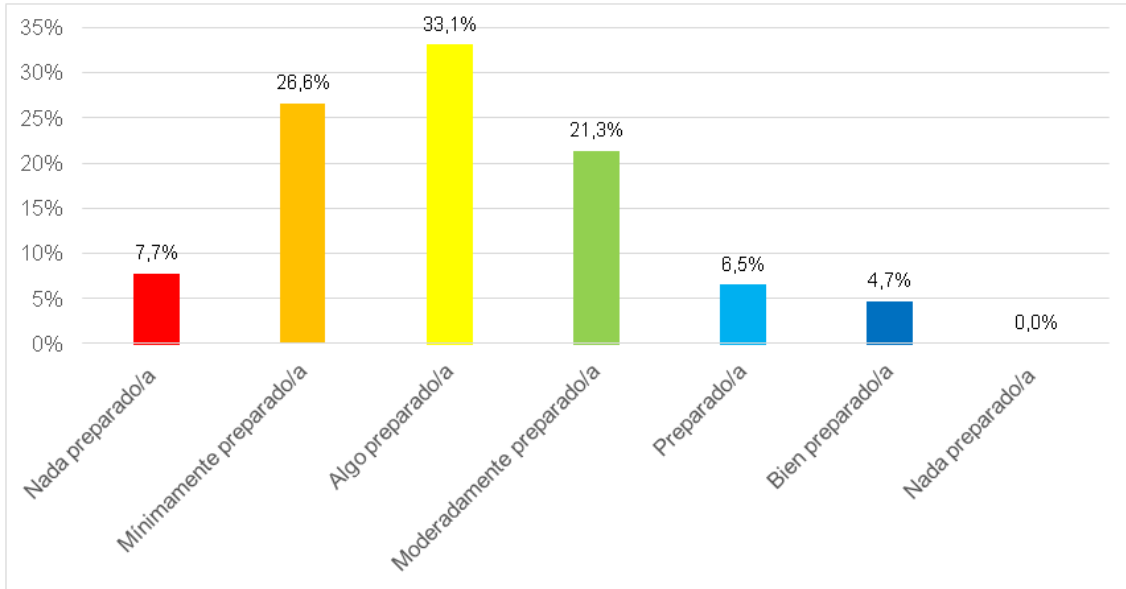
Siguiendo con el análisis, comparamos si existía alguna relación entre los trabajadores que habían diagnosticado y los que no, al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses, con la media de edad de los profesionales [IC: 42,879 - 49,981 / 2,740 - 46,940], el tiempo trabajado en AP [IC: 155,739 - 228,441 / 143,280 - 192,360] y las horas de formación declaradas [IC: 5,586 - 20,054 / 6,254 - 14,346].

**Tabla 1. Comparación entre la participación en el cuestionario y la población real.**

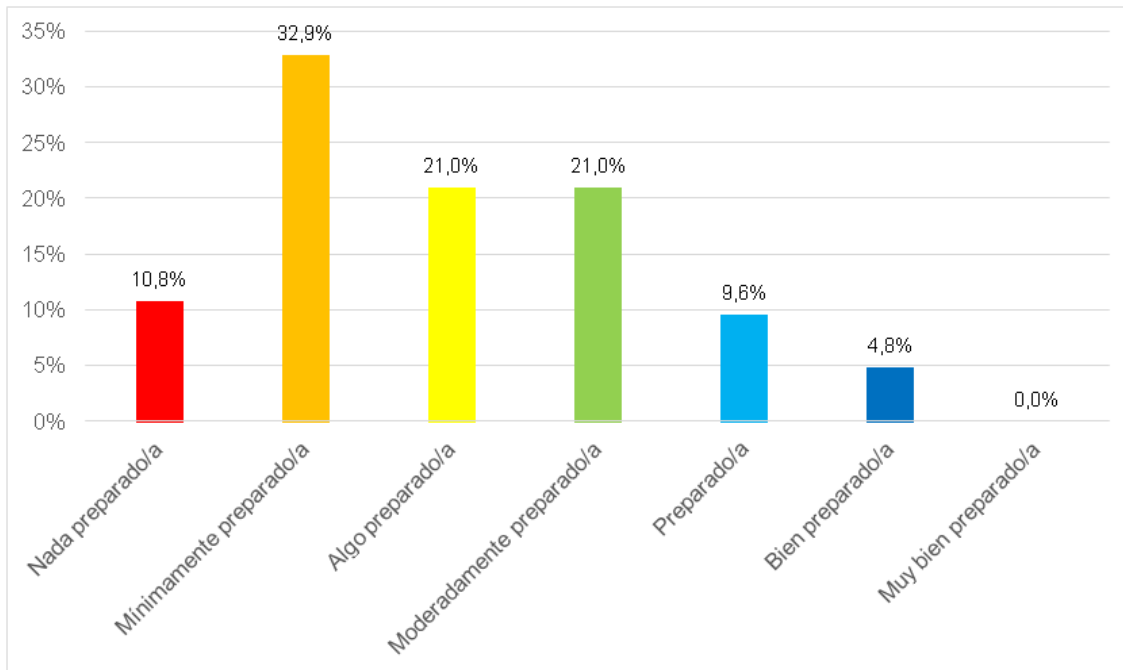
	PARTICIPACIÓN (IC) <sup>a</sup>	PROPORCIÓN EN LA POBLACIÓN TOTAL	PROPORCIÓN POR CATEGORÍA PROFESIONAL	SIGNIFICACIÓN 95% <sup>b</sup>
<b>Hombres</b>	22,81% [16,23 - 29,39]	30.13%	-	<b>S</b>
Mujeres	77,19% [70,61 - 83,77]	69,87%	-	NS
Medicina de Familia	31,56% [24,32 - 38,84]	35,75%	47,78%	NS
MIR	4,09% [0,83 - 7,36]	5,06%	43,75%	NS
Pediatras	4,10% [0,83 - 7,36]	6,64%	33,33%	NS
Enfermería	51,46% [43,68 - 59,25]	46,83%	59,45%	NS
EIR	5,26% [1,62 - 8,90]	2,84%	100,00%	NS
Matronas	2,34% [0,64 - 5,88]	1,58%	80,00%	NS
Trabajadores/as sociales	1,17% [0,14 - 4,16]	1,26%	50,00%	NS
<b>Sabugo</b>	31,1% [22,93 - 39,29]	12%	-	<b>S</b>
<b>Magdalena</b>	2,96% [0,81 - 7,41]	14,34%	-	<b>S</b>
Quirinal-Carbayedo	5,93% [1,57 - 10,28]	7%	-	NS
<b>Villalegre</b>	5,93% [1,57 - 10,28]	10,35%	-	<b>S</b>
Corvera	18,52% [11,60 - 25,44]	14,74%	-	NS
Pravia	10,37% [4,86 - 15,89]	9,56%	-	NS
Castrillón	11,11% [5,44 - 16,78]	12,35%	-	NS
Luanco	5,19% [1,01 - 9,30]	5,57%	-	NS
Llano Ponte	8,89% [3,72 - 14,06]	8,36%	-	NS

(a) IC: intervalo de confianza, (b) S: diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), NS: diferencias no significativas.

**Gráfico 1. Preparado/a para identificar indicadores de VG según la historia clínica y el examen físico**



**Gráfico 2. Preparado/a para documentar la historia de VG y el examen físico en la historia clínica**





**Tabla 2. Opiniones y creencias de los profesionales.**

PREGUNTA	PORCENTAJE	INTERVALOS DE CONFIANZA(IC) <sup>a</sup>	SIGNIFICACIÓN 95% <sup>b</sup>
Si una víctima de VG no reconoce el abuso, es poco lo que puedo hacer para ayudar.	70% en desacuerdo 30% de acuerdo	[62,82 – 77,18] [22,82 – 37,18]	S
Soy capaz de identificar VG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello.	72% en desacuerdo 28% de acuerdo	[64,94 – 79,11] [20,89 – 35,0]	S
Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VG.	28% en desacuerdo 72% de acuerdo	[20,89 – 35,06] [64,94 – 79,11]	S
Me siento cómodo/a hablando de VG con mis pacientes.	64,9% en desacuerdo 35,1% de acuerdo	[57,37 – 72,39] [27,60 – 42,64]	S
Si una víctima de VG permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia.	88,8% en desacuerdo 11,2% de acuerdo	[83,69 – 93,82] [6,18 – 16,30]	S
El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VG.	67,5% en desacuerdo 32,5% de acuerdo	[60,096 – 74,815] [22,961 – 37,394]	S
Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas.	73,8% en desacuerdo 26,2% de acuerdo	[66,86– 80,76] [19,24 – 33,14]	S
Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran.	69,7% en desacuerdo 30,3% de acuerdo	[62,38 – 77,01] [22,99– 37,62]	S
El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VG.	64,8% en desacuerdo 35,2% de acuerdo	[57,26 – 72,44] [27,56 – 42,74]	S
El abuso de alcohol es una causa principal de VG.	33,7% en desacuerdo 66,3% de acuerdo	[26,18 – 41,30] [58,69 – 73.82]	S
Estoy demasiado ocupado/a para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VG.	68,9% en desacuerdo 31,1% de acuerdo	[61,54 – 76,19] [23,82 – 38,46]	S
Hacer screening/ tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta.	56,3% en desacuerdo 43,7% de acuerdo	[48,47 – 64,11] [35,89 – 51,54]	NS

Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VG.	60,1% en desacuerdo 39,9% de acuerdo	[52,48 – 67,82] [32,18 – 47,58]	S
Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de VG.	78,2% en desacuerdo 21,8% de acuerdo	[71,58 – 84,79] [15,21 – 28,42]	S
El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VG.	42,3% en desacuerdo 57,7% de acuerdo	[34,49 – 50,03] [49,97 – 65,51]	NS
Puede adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona con VG.	44,1% en desacuerdo 55,9% de acuerdo	[36,24 – 51,85] [48,15 – 63,76]	NS
Puedo reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse.	62,3% en desacuerdo 37,7% de acuerdo	[54,63 – 69,93] [30,07 – 45,37]	S

(a) IC: intervalo de confianza, (b) S: diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), NS: diferencias no significativas.

Tras realizar análisis de regresión logística utilizando como variable dependiente el diagnosticar al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses y como variables independientes la ZBS, edad, sexo, tiempo trabajado en AP, categoría profesional y formación en VG, encontramos una OR de 12,05 [IC: 1,16 - 125.3] para el hecho de tener alguna formación.

En relación a si el profesional indaga sobre VG obtenemos que el 40,1% [IC: 31,72 - 48,55] dice que no pregunta.

Tras el análisis bivalente, el 29% [IC: 11,44 - 46,62] de los hombres no pregunta, frente al 43,24% [IC: 33,57 - 52,91] de las mujeres y en relación al estamento, el 29% [IC: 16,92 - 41,13] de los profesionales de Medicina no indaga frente al 49,36% [IC: 37,7 - 61,02] de Enfermería. En relación a las ZBS, encontramos que el 20% [IC: 2,52 - 55,6] de los profesionales de una ZBS y sus periféricos no indaga frente al 85,71% [IC: 42,13 - 99,63] de los profesionales de otra.

Mediante análisis de regresión logística usando como variable dependiente indagar sobre VG y como variables independientes edad, sexo, tiempo trabajado en AP, ZBS, formación en VG y categoría profesional, encontramos una OR de 16,44 [IC: 1,29 - 208], 16,96 [IC: 1,26 - 227,17], 21,54 [IC: 1,24 - 372,1] y 30,23 [IC: 1,59 - 572,08] para las ZBS de Sabugo, Corvera, Gozón y Castrillón respectivamente, tomando como categoría de referencia la ZBS de Villalegre.

De lo anterior se extrae que en las ZBS de Sabugo, Corvera, Gozón y Castrillón hay más posibilidades de que a una mujer que acuda a esos centros se le realice screening sobre VG respecto a la ZBS de Villalegre.

Al analizar las diferentes situaciones ante las que los profesionales indagan sobre VG, se obtiene que lo hacen cuando hay registrados indicadores de abuso en la historia clínica (HC) o presentan indicadores de sospecha en el examen físico (76,5% [IC: 66,86 - 86,07]).

Del total de profesionales que pregunta sobre VG, el 23,9% [IC: 17,07 - 30,78] ha identificado algún caso de VG en los últimos 6 meses. En la **Tabla 3** se recogen los resultados respecto a las actuaciones que se llevaron a cabo.

**Tabla 3. Actuaciones ante casos nuevos de VG**

ACTUACIÓN	SI
He entregado información (teléfonos, folletos...) cuando he identificado un caso.	47,40%(18)
Aconsejé a la paciente sobre sus opciones cuando he identificado un caso.	57,90%(22)
Hice una valoración del riesgo de la víctima cuando he identificado un caso.	28,90% (11)
Hice una valoración del riesgo de los hijos de la víctima cuando he identificado un caso.	18,40% (7)
Ayude a la paciente a hacer un plan de seguridad cuando he identificado un caso de VG.	18,4%(7)
Referí a terapia individual cuando identifiqué un caso de VG.	18,40% (7)
Referí a terapia de pareja cuando he identificado un caso.	7,9%(3)
Referí a terapia para los niños y grupos de apoyo.	5,30% (2)
Referí al trabajador social del centro de AP.	71,10% ( 27)
Referí al programa para mujeres víctimas de VG - casas de acogida.	28,90% (11)
Di consejo sobre abuso de OH y otras drogas.	2,60% (1)
Informé sobre línea telefónica local de ayuda contra VG.	21,10% (8)
Referí a la línea telefónica nacional de VG.	13,20% (5)
Referí a servicios de protección infantil.	2,60% (1)
Referí a apoyo legal, abogados.	28,90% (11)
Referí a un programa para maltratadores.	0,00% (0)
Referí a una organización religiosa, iglesia.	2,60% (1)
Referí a un grupo de apoyo para mujeres víctimas de VG.	13,20% (5)
Referí a un grupo de apoyo de lesbianas/gays/bisexuales/transexuales.	0,00% (0)
Referí a la policía nacional, regional o local, guardia civil.	42,10% (16)
Di recursos de apoyo para la vivienda, educación, trabajo o apoyo económico.	7,90% (3)

El 63% [IC: 57,3 - 72,7] de los profesionales que respondieron afirma que hay un protocolo de actuación ante casos de VG en su servicio frente al 37% [IC: 27,30 - 42,70] que refiere no conocer su existencia. De los que afirman conocerlo, el 72,1% [IC: 63,016 - 81,215] refiere que se utiliza hasta cierto punto y el 16,3% [IC: 8,758 - 23,934] que es ampliamente usado. El 11,5% [IC: 4,91 - 18,16] afirma que no se usa.

Finalmente, en relación a incluir o no en la HC las razones de preocupación sobre VG aunque la paciente no revele la situación, un 78,7% [IC: 72,08 - 85,23] de los encuestados considera que deben incluirse, el 9,1% [IC: 4,43 - 13,86] dudan o lo desconocen y el 12,2% [IC: 6,88 - 17,50] considera que no debe incluirse la sospecha.

## Discusión

La bibliografía consultada muestra diversos estudios sobre VG en el ámbito sanitario con diferente metodología, lo que hace que las comparaciones sean difíciles y a veces escasas.

Obtuvimos una tasa de respuesta del 56,81%, en general inferior a las obtenidas en estudios<sup>8,10,11,14</sup> de VG en profesionales de diferentes servicios (Urgencias, Atención Primaria y Hospitalización).

Nuestra muestra no refleja fielmente la situación del área sanitaria en relación a la ZBS, puesto que uno de los centros está sobrerrepresentado probablemente porque las investigadoras trabajan en él, y además otros centros están infrarrepresentados, en algunos casos por manifestar falta de tiempo y en otros porque por motivos de coordinación nunca se recibieron los cuestionarios. Además, nuestra muestra presenta un sesgo de participación en relación al género, lo que coincide con la literatura revisada<sup>8,13</sup> puesto que hay menos participación de hombres de la que cabría esperar.

En cuanto a la identificación de al menos un caso nuevo de VG en los últimos 6 meses encontramos una diferencia llamativa entre los equipos de AP, SAC y SUAP. Ninguno de los profesionales del SUAP que respondieron había identificado un caso nuevo en los últimos 6 meses, esto podría deberse a que prestan atención a menos ZBS que el SAC y sólo en horario nocturno. En cambio, el SAC lo forman mayor cantidad de profesionales, trabajan en más centros y en ocasiones con jornadas más largas.

Dos terceras partes de los profesionales refiere haber recibido alguna formación específica en VG, lo cual es claramente superior al porcentaje de profesionales formados que se recoge en el estudio de Lozano Alcaraz et al.<sup>12</sup> y al de Arredondo Provecho et al.<sup>8</sup>. A pesar de esto, el tiempo de formación referido por los encuestados nos sigue pareciendo escaso, pues hemos obtenido una mediana de tres horas.

En concordancia con la formación declarada por los profesionales, éstos refieren sentirse en general mínimamente preparados para abordar las diferentes etapas de atención, lo que es comparable al estudio de Rojas Loria et al.<sup>13</sup> en el cual los profesionales manifiestan una percepción desfavorable respecto a su formación en VG y el estudio de Coll-Vinent et al.<sup>14</sup> en el que los profesionales consideran que su grado de preparación es globalmente muy bajo.

A pesar de que la mayoría de los profesionales encuestados tiene unas creencias y opiniones acordes a lo revisado en la bibliografía, llama la atención que un 30% no esté de acuerdo ante la afirmación de que las víctimas de abuso pueden encontrar dificultades para abandonar la relación. Esto refleja que todavía existe un número considerable de profesionales que no empatiza con la situación que vive la mujer maltratada.

El 64,8% de nuestros participantes considera que no tiene la responsabilidad de preguntar a todas las mujeres por VG, lo cual va en contraposición a la recomendación que hace la OMS<sup>16</sup> de hacer a la mujer preguntas exploratorias en la primera visita y durante la realización de actividades preventivas, teniendo claro qué recursos activar y qué actuaciones se van a poder llevar a cabo con la mujer, para no generar más daño que beneficio.

Además, la mayoría de los encuestados se sienten incómodos hablando de VG con las mujeres, dudando sobre si ellas podrían sentirse incómodas ante las preguntas relacionadas con el tema. En esto también podría influir que el grueso de nuestros profesionales no considera la consulta un espacio privado y adecuado para tratar la VG, lo que puede acrecentar ese sentimiento de incomodidad, lo que coincide con otros estudios<sup>10</sup> en los que la mitad de los profesionales consideran que no existe un espacio apropiado que de la seguridad y confianza necesarias para abordar el problema.

Sin embargo, a pesar de todas estas limitaciones que refieren nuestros profesionales, casi un 60% afirma haber preguntado en alguna ocasión por VG, haciéndolo en la mayoría de casos cuando ven indicadores de abuso en la historia o el examen físico, lo que hace ver que los profesionales tienen presente la problemática de la VG, aunque no consideren necesario hacer un screening rutinario, lo cual, a pesar de que como ya hemos dicho, no concuerda completamente con las recomendaciones de la OMS<sup>16</sup>, no es del todo erróneo, pues esta organización recalca la importancia de preguntar cuando se ven signos de sospecha.

El 67,5% opina que tiene tiempo para atender a las víctimas de VG, frente a otras investigaciones en las que los profesionales opinan que la falta de tiempo actúa como barrera<sup>8,10,11</sup>. Además un alto porcentaje considera que podría participar en un equipo multidisciplinar para abordar los casos que se produzcan, datos de los cuales podemos inferir que hay disposición por parte de nuestros profesionales para atender a las mujeres y para abordar el tema adecuadamente, incluyendo el enfoque multidisciplinar que recomienda el Ministerio de Sanidad<sup>15</sup>.

Reconocen que no son capaces de distinguir a una víctima por la manera de comportarse lo cual nos hace pensar que no tienen prejuicios con respecto al prototipo de víctima coincidiendo con el informe de la OMS<sup>16</sup> que refiere que a pesar de que hay factores de riesgo para sufrir VG no hay perfiles o comportamientos específicos.

En cuanto a las falsas creencias, a pesar de que la gran mayoría de nuestros profesionales tienen conceptos y creencias adecuadas, dos tercios opinan que el abuso de alcohol es una causa principal de VG y aún hay un 21,6% que cree que la mujer que se aleja de los roles tradicionales es una causa principal de VG, porcentaje relevante puesto que esta creencia puede actuar como barrera entre el profesional y la mujer a la hora de poner solución a la situación.

A pesar del escaso número de horas de formación recibido y percibido, un 28% de los participantes ha sido capaz de identificar, al menos, un caso nuevo en los últimos seis meses, resultado que aunque puede parecer escaso, concuerda con el estudio de Lozano Alcaraz et al.<sup>12</sup> en el que más de un 25% de los profesionales detectó en el desarrollo de su jornada laboral al menos un caso de VG. Aunque, comparando con la investigación de Coll-Vinent et al.<sup>14</sup> nuestro resultado difiere, puesto que en su estudio, un 41,2% de los profesionales detectaron algún caso.

Analizando las variables que podrían influir en el hecho de detectar casos nuevos, se obtuvo que era mayor el porcentaje de profesionales de Medicina que diagnosticaba casos nuevos, que el de otras categorías profesionales. Tras la realización del análisis de regresión logística, se demostró que no es la categoría profesional lo que influye en la detección o no de casos, sino que la única variable influyente es la formación, entendida como haber tenido algún tipo de contacto formativo al respecto (sin contar las horas, el tipo de formación, etc.). Esto resulta muy relevante, puesto que a pesar de que nuestros profesionales refieren tener poca formación hemos visto que los que han recibido algo, son capaces de detectar más casos que los que no, por tanto, se pone de manifiesto nuevamente la necesidad de poner en contacto a los profesionales con la formación en VG, lo que se ha demostrado también en la investigación de Lozano C et al.<sup>12</sup> en la que encuentran diferencias significativas a la hora de detectar VG entre los que han recibido formación específica y los que no.

Aunque no encontramos diferencias significativas, uno de los centros rurales participantes destacó en cuanto al porcentaje de profesionales que había detectado un caso en los últimos seis meses, siendo de casi un 43%. Esto podría ser debido a las características especiales que se dan en el medio rural, recogidas en estudios<sup>4,5</sup> que exponen que aunque las tasas de VG son similares en el medio rural, urbano y suburbano, las mujeres separadas o divorciadas del primero tienen un mayor riesgo de sufrir VG que las de los otros, siendo además superiores las tasas de homicidio por VG en zonas rurales.

La probabilidad de que a una mujer le pregunten por VG varía en función de que sea atendida en una zona básica de salud u otra, encontrando una variabilidad importante, tanto que una mujer tendrá una probabilidad entre 16 y 30 veces mayor de ser preguntada por VG en función de que acuda a una u otra. Esta información es relevante porque pone de manifiesto las diferencias que se generan entre las mujeres maltratadas en función de que sean atendidas en un centro de salud u otro, con lo que esto puede implicar para una mujer que se encuentra en una situación de VG. La edad y el tiempo trabajado en Atención Primaria podrían tener algún tipo de influencia en el hecho de que el profesional pregunte sobre VG, aumentando la probabilidad de preguntar cuanto mayor es la edad y tiempo trabajado, aunque no hemos podido demostrarlo, probablemente por lo ajustado de la muestra. Consideramos que sería interesante investigar cuáles son las razones que provocan estas diferencias a la hora de preguntar, si son relacionadas directamente con los profesionales, con el ambiente laboral o con la prevalencia de casos de VG de la zona.

*"La mayor parte de los profesionales que actuaron ante los casos detectados, refirieron haber derivado a la mujer al trabajador social o a servicios de policía o guardia civil, siendo estas sus actuaciones principales"*

La mayor parte de los profesionales que actuaron ante los casos detectados, refirieron haber derivado a la mujer al trabajador social o a servicios de policía o guardia civil, siendo estas sus actuaciones principales, lo que coincide con otras investigaciones<sup>12</sup>. Además, destaca el hecho de que ante los casos nuevos detectados, en torno a las tres cuartas partes de los profesionales no realizaron una valoración del riesgo de la víctima ni de los hijos de la misma. Llama la atención también la falta de recomendación de la línea telefónica 016 para la atención a la VG, tan sólo uno de cada diez de nuestros profesionales facilitaron dicho teléfono a la mujer, siendo un número conocido, de fácil uso, imposible de rastrear y que podría ser de gran ayuda a la víctima.

Con respecto al protocolo de actuación ante casos de VG, es conocido por la mayoría de profesionales, pero asumen que su uso es relativo. A pesar de que el dato es positivo, es reseñable que todavía el 30% de nuestros profesionales ni siquiera saben que el protocolo existe, lo cual actuará como impedimento ante los casos de VG puesto que el profesional al desconocer su existencia, probablemente no accederá a este recurso con las consecuencias que esto podría conllevar. Comparando con otros estudio<sup>8,10-12</sup> encontramos que o bien no existe un protocolo de actuación, o bien en aquellos casos en los que existe, los profesionales lo desconocen, más o menos en la misma medida que en nuestro estudio. Cuando conocen dicho protocolo no lo activan ante la aparición de casos, lo que coincide con el uso relativo del mismo que declaran nuestros profesionales.

Un 78,7% de los profesionales participantes afirma que deben registrar en la historia clínica de la paciente las sospechas sobre VG lo cual va en la línea de las recomendaciones de la OMS<sup>16</sup> y del Ministerio de Sanidad<sup>15</sup>. Esto coincide con la opinión de los profesionales de otra investigación consultada<sup>14</sup> en la que un 92,1% de los profesionales considera adecuado o muy adecuado hacer el registro en la historia. Sin embargo, en otro estudio<sup>8</sup>, los profesionales sienten como barrera el miedo a represalias al registrarlo y la falta de apoyo de otros profesionales cuando se encuentran ante el caso.

En relación a las limitaciones del estudio, debemos tener en cuenta el posible sesgo de respuesta de los profesionales, que ante el miedo de sentirse juzgados respondan aquello que consideren que es lo correcto aunque no sea exactamente lo que piensen o bien hayan considerado que su actuación en casos de VG se podía poner en entredicho y por ello se negaran a contestar. Además, nuestra muestra está sesgada en cuanto a sexo y zona básica, lo que no sabemos cómo podría influir en los resultados.

Nuestra área de estudio tiene muchos profesionales que están en periodo de residencia y/o formación por lo que es habitual que se realicen diversos trabajos de investigación, lo que podría haber inducido cansancio en los profesionales a la hora de participar. Ello unido al hecho de que el cuestionario resultó ser denso y complicado, teniendo algunas preguntas con doble negación que hacían fácil los errores en la interpretación y la respuesta, por lo que hemos tenido que excluir algunas variables del análisis por este motivo, con la pérdida de información que esto ha podido suponer.

## Conclusiones

- 1) La mayoría de profesionales ha recibido alguna formación, aunque esta es escasa, sintiéndose poco formados y poco preparados. Aún así, parece que los conocimientos y creencias son adecuados y que están dispuestos a abordar el tema.
- 2) Una parte importante de los profesionales ha diagnosticado un caso nuevo en los últimos seis meses y la mayoría pregunta por violencia de género en determinadas ocasiones.
- 3) Es importante mantener el contacto formativo con los profesionales, por mínimo que sea este, puesto que parece influir en la detección de casos.
- 4) Parece necesario continuar con la difusión del protocolo de actuación porque más de un tercio de nuestros profesionales desconoce su existencia y de entre los que lo conocen la mayoría no llevan a cabo las acciones descritas en él.

## Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas. New York: ONU; 1993. Resolución 48/104. [Consultado el 6 de mayo de 2015]. Disponible en:  
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
2. Instituto Asturiano de la Mujer y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2011. [Consultado el 6 de mayo de 2015]. Disponible:  
[http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Promocion%20de%20a%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Violencia%20de%20g%C3%A9nero/Guia%20Didactica%20en%20Violencia%20Genero%20en%20Atencion%20Primaria.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20a%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Violencia%20de%20g%C3%A9nero/Guia%20Didactica%20en%20Violencia%20Genero%20en%20Atencion%20Primaria.pdf)
3. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Blanco Prieto P, González Barranco J, Ayuso Martín P, Montero Piñar M. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20(3):202-8.[revista en Internet]. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-violencia-contra-mujer-pareja-/articulo/S0213911106714881/>
4. Edwards KM. Intimate partner violence and the rural-urban-suburban divide: myth or reality? A critical review of the literature. *Trauma, violence & abuse.* 2015; 16(3): 359-73.
5. Rennison CM, Dekeseredy WS, Dragiewicz M. Intimate relationship status variations in violence against women: urban, suburban and rural differences. *Violence against women.* 2013;19(11):1312-30.
6. Petersen R, Gazmararian J, Andersen Clark K. Partner violence: implications for health and community settings. *Women's Health Issues.* 2001;11 (2):116-25. [Consultado el 28 de Agosto de 2015]. Disponible en: [http://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(00\)00093-1/fulltext](http://www.whijournal.com/article/S1049-3867(00)00093-1/fulltext)
7. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust.* 2001;175(4):199-201. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/2001/175/4/physical-sexual-and-emotional-violence-history-middle-aged-women-community-based>
8. Arredondo Provecho A, Broco Barrero M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2012; 86(1): 85-99. [Consultado el 23 de marzo de 2016]. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/tip\\_ostabajo01/O.htm](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/tip_ostabajo01/O.htm)
9. Koss M. Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine.* 1992: 1 (1):53-9. [Consultado el 20 de Septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1341588>
10. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias.* 2002; 14:224-32. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:



<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/siendones.pdf>

11. Arredondo Provecho A, del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*. 2008;18(4):175-82. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimientos-opiniones-los-profesionales-salud-S1130862108721922>

12. Lozano C, Pina F, Torrecilla M. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista de enfermería de la universidad federal de Santa María*. 2014;4(1):217-26. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11010/pdf>

13. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atención Primaria*. 2015; 47(8): 490-7. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

[http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-actitud-hacia-violencia-genero-los-S0212-6567\(14\)00395-3](http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-actitud-hacia-violencia-genero-los-S0212-6567(14)00395-3)

14. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22(1):7-10. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<http://gacetasanitaria.org/es/vol-22-num-1/sumario/S0213911108X70876/>

15. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Informes, estudios e investigación 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [Consultado el 14 de febrero de 2016]. Disponible en:

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitari oVG2012.pdf>

16. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario*. OMS/OPS, 1998.

17. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar-Ruiz E, Gil-González D y Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev Esp Salud Pública*. 2015: 173-190. [Consultado el 3 de octubre de 2015]. Disponible:

[http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/cabeceras/salud\\_mujer.htm](http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/cabeceras/salud_mujer.htm)

# Revisión de la actualización de los procedimientos para el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente en Asturias

## Procedures for the diagnosis of Latent Tuberculosis Infection in Asturias: Review update

**Paloma Fuente González**

*C.S. El Llano (Gijón)*

*Manuscrito recibido: 31-08-2016  
Manuscrito aceptado: 22-12-2016*

### Cómo citar este documento

Fuente González P. Revisión de la actualización de los procedimientos para el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente en Asturias. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2): 50-63.

### Resumen

#### Objetivo

Determinar la situación actual de las técnicas para el diagnóstico de Infección Tuberculosa Latente (ITL) en Asturias.

#### Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema acudiendo a fuentes primarias y bases de datos para obtener bibliografía reciente y esencial que permitiese conocer las recomendaciones actuales en cuanto a los distintos métodos diagnósticos de la tuberculosis a nivel nacional e internacional.

#### Resultados

Actualmente existen dos técnicas para el diagnóstico de ITL: la Prueba de la Tuberculina (PT) y las técnicas Interferon-Gamma Release Assays (IGRA). La bibliografía defiende que las IGRA han supuesto una mejora debido a presentar mayor especificidad y sensibilidad que la PT, además de menor influencia de los problemas técnicos de interpretación y administración y requerir una única visita por parte del paciente. Por ello la Dirección General de Salud Pública (DGSP) en Asturias apuesta por la mayor utilización de las IGRA pasando a ser el uso de la PT básicamente hospitalario.

#### Conclusiones

Existe discrepancia en la bibliografía consultada acerca de cuál es el mejor método diagnóstico para la TB. Siguiendo las recientes recomendaciones de la *European Centre For Disease Prevention and Control*, parece ser que en el caso de diagnóstico de ITL lo mejor es combinar ambas técnicas; lo cual pone de manifiesto la posible necesidad de revisar de nuevo el protocolo de la DGSP de Asturias para verificar cuál es el más adecuado para poder ofrecer a estos paciente la mejor atención disponible.

### Palabras clave

*Tuberculosis, tuberculina, prueba de tuberculina, diagnóstico, interferones*

## Abstract

### Objective

To determine the current status of techniques for the diagnosis of Latent Tuberculosis Infection (LTI) in Asturias.

### Method

We performed a wide bibliographical revision by reference to primary sources and databases for recent and essential bibliography of the issue providing information about the current recommendations for the different diagnostic methods for tuberculosis domestically and internationally level.

### Results

There are currently two techniques for the diagnosis of LTI: Tuberculin Skin Test (TST) and Interferon-Gamma Release Assays (IGRA) techniques. The bibliography argues that the IGRA has entailed improved due to submit highest specificity and sensitivity than the TST, in addition to less influence of the technical problems of interpretation and administration, and requiring a single visit by the patient. Thus the General Directorate of Public Health (GDPH) in Asturias bet for a greater use of IGRA.

### Conclusions

There is disagreement in the bibliography about what is the best diagnostic method for TB. According to the recent recommendations of the European Centre for Disease Prevention and Control, it appears that in the case of diagnosis of LTI is best to combine both techniques; which reveals the possible need to review again the protocol GDPH of Asturias to verify which is more appropriate to provide these patients the best care available.

## Keywords

*Tuberculosis, tuberculin, tuberculin test, diagnosis, interferons*

## Introducción

A nivel mundial la tuberculosis (TB) sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales<sup>1</sup>. Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en 2014 contrajeron la enfermedad 9,6 millones de personas y que 1,5 millones fallecieron por esta causa.

A pesar de todo, los avances son importantes: la TB va disminuyendo lentamente y las estadísticas muestran que desde el año 1990 su tasa de mortalidad ha disminuido en un 47%, produciéndose la mayor mejora desde el año 2000, cuando fue incluida dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y estimándose además que entre 2000 y 2014 se salvaron 43 millones de vidas gracias a la utilización de diagnósticos y tratamientos cada vez más eficaces<sup>2,3</sup>.

En cualquier caso, no debemos olvidar que todavía existe un número considerable de muertes provocadas por la enfermedad que, al ser evitables en la mayoría de los casos, dan una cifra inaceptablemente alta, siendo, aún hoy en día, la TB una de las mayores amenazas para la salud pública mundial<sup>1,2,3</sup>.

Si establecemos como meta la propuesta por la OMS para 2050 de conseguir que la incidencia de tuberculosis sea menor de 1 caso por millón de personas al año a nivel mundial, aún queda mucho camino por recorrer.

La TB es una enfermedad infecciosa transmisible causada por micobacterias, siendo el agente etiológico más frecuente el *Mycobacterium tuberculosis*, descubierto por Koch en 1882. La enfermedad, de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas, se expresa en diferentes formas clínicas que incluyen afectación pulmonar, del sistema nervioso, del riñón o del hueso, pudiendo llegar incluso a producir sepsis<sup>4,5</sup>. De todas estas manifestaciones, la forma clínica más frecuente es la pulmonar, la cual representa el 70% de los casos<sup>6</sup>.

El reservorio fundamental de *M.tuberculosis* es el ser humano infectado, por lo que el mecanismo de transmisión más habitual es la vía aérea mediante la suspensión de bacilos en gotas de pequeño tamaño. Estas gotas son expulsadas por personas que padecen lesiones activas en el parénquima pulmonar o en las mucosas respiratorias especialmente al toser o estornudar y, al ser inhaladas por personas susceptibles, son capaces de llegar a los alvéolos pulmonares de éstas, donde serán fagocitados por los macrófagos causando nuevas infecciones<sup>6</sup>.

Desde el momento en que se produce la infección hasta que aparece una lesión primaria demostrable o una reacción tuberculínica significativa pueden transcurrir de 2 a 12 semanas. Siendo de vital importancia tener en cuenta este periodo, al que denominamos "periodo de incubación"<sup>6</sup>, a la hora de realizar una prueba diagnóstica.

Es destacable que el 90% de las personas infectadas desencadenan una respuesta inmunitaria suficiente capaz de evitar el desarrollo de la enfermedad clínica, permaneciendo los bacilos de forma latente en pequeños focos en el organismo y provocando lo que se denomina Infección Tuberculosa Latente (ITL). En estos casos las pruebas que pueden determinar que el sujeto está infectado son la presencia de una reacción tuberculínica mediante el uso de la Prueba de la Tuberculina (PT) y/o el uso de técnicas *Interferon-Gamma Release Assays* (IGRA).

El riesgo de que la enfermedad progrese hasta producir manifestaciones clínicas es máximo los 2 primeros años posteriores a la infección inicial y suele ocurrir dentro de los 5 años post infección en la mitad de los casos, mientras que la otra mitad lo hace en un periodo posterior a lo largo de su vida<sup>6</sup>.

Datos extraídos del Informe Epidemiológico sobre la situación de la Tuberculosis en España publicado en 2015 por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, indican que en nuestro país fueron notificados 5.018 casos en el año 2014, lo que se corresponden con una tasa de incidencia de 10,80 casos por 100.000 habitantes. Siendo esta tasa un 10% inferior a la del año anterior y situando a España dentro de la clasificación de países de baja incidencia según criterios del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), que incluye en este grupo a aquellos en los que la incidencia es menor de 20 casos por cada 100.000 habitantes<sup>7</sup>.

En cuanto a Asturias, según datos del último informe epidemiológico realizado por el Observatorio de Salud, tras una década de descenso continuado, la TB empieza a estabilizarse presentando un descenso más moderado en los últimos años.

Históricamente, en nuestra Comunidad Autónoma (CC.AA) la TB respiratoria mostraba una incidencia superior a la media nacional. Si bien esta diferencia estadística ha ido disminuyendo con el paso de los años, aún continúa siendo superior a la media de España, manteniéndose Asturias como la sexta CC.AA que presenta una tasa de TB respiratoria o pulmonar más elevada (por detrás de Ceuta, Melilla, Galicia, Aragón y Cataluña) y como la novena en casos de TB de forma general<sup>8</sup>.

Algunos de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar esta enfermedad y que podemos ver más frecuentemente en nuestra CC.AA son: tabaquismo, contacto con enfermos, diabetes, alcoholismo, terapias inmunosupresoras, neoplasias (sobre todo en cabeza y cuello), silicosis, infección por VIH-SIDA y la presencia de lesiones fibróticas antiguas<sup>6,8</sup>.

Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar son poco específicas e incluso asintomáticas. La persona habitualmente presenta tos, expectoración (que puede ser hemoptoica), dolor torácico y sintomatología general como febrícula, astenia, anorexia, pérdida de peso y sudoración nocturna de varias semanas de evolución<sup>9</sup>. Por lo cual, en todos aquellos pacientes que presenten estos signos con más de dos semanas de evolución, que no obedezcan a otra posible causa conocida y que no cedan al tratamiento sintomático en el curso de una semana, debe descartarse el diagnóstico de TB<sup>9</sup>.

Si bien esta enfermedad puede afectar a cualquier persona, existen colectivos de mayor riesgo entre los que destacan: convivientes y contactos próximos de pacientes tuberculosos, usuarios de drogas por vía parenteral, residentes de instituciones cerradas donde se concentran personas con factores de riesgo, inmigrantes recientes de los últimos 5 años procedentes de países con alta incidencia de TB, alcohólicos, pacientes con tratamientos inmunosupresores<sup>9</sup>...

En el caso concreto de Asturias la mayor incidencia de casos de TB se presenta en hombres (67%), siendo más elevada dentro del grupo de más de 75 años (23.7%), por lo que deben ser considerados con especial atención a la hora de realizar una sospecha diagnóstica<sup>8</sup>.

Dado que la TB es una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), individualizada o nominal, vigilada mediante un sistema de Registro de Casos, son imprescindibles tanto la identificación oportuna como el tratamiento adecuado de los nuevos casos con el fin de reducir la exposición de otros individuos, disminuyendo con ello la incidencia y, a la larga, la prevalencia de dicha enfermedad<sup>6</sup>.

Entre las medidas preventivas surge por tanto la necesidad de estudiar los contactos (EC), es decir aquellas personas que han tenido relación con un caso de TB activa durante el periodo de transmisibilidad, pues el diagnóstico temprano y el tratamiento correcto de estos enfermos son fundamentales para conseguir reducir dicha incidencia y mortalidad.

Este tipo de diagnóstico temprano en los pacientes portadores es especialmente importante debido a las consecuencias que un retraso puede generar por el riesgo de transmisión, complicaciones y de muerte que presentan<sup>10</sup>.

Por todo ello, los métodos de diagnóstico se vuelven fundamentales dentro de la lucha contra la enfermedad.

Como ya se ha dicho anteriormente, el diagnóstico de la ITL se basa en el uso de la PT y/o el uso de técnicas IGRA, tanto en el contexto de EC como en el despistaje de ITL en determinados pacientes.

El hecho de que el EC sea una de las actuaciones sanitarias más eficaces para el control de la TB se debe a que permite la detección de todos los posibles nuevos casos de enfermos e infectados originados como consecuencia del contacto con el foco infeccioso, rompiendo así la cadena de transmisión de la enfermedad<sup>11</sup>. En el caso de personas que no presenten signos clínicos, bacteriológicos ni radiológicos, sólo se realizará el diagnóstico en aquellas que pertenezcan a grupos considerados de riesgo<sup>9</sup>.

Aunque no existe una herramienta diagnóstica "estándar oro", históricamente la prueba utilizada para estudiar a estos pacientes ha sido la PT o Mantoux, debido a que era la única prueba disponible, que presentaba un bajo coste y requería un nivel muy básico en cuanto a la tecnología necesaria para llevarla a cabo<sup>12, 13</sup>. Sin embargo, esta prueba presenta una serie de limitaciones relacionada con: los falsos positivos en sujetos vacunados con Bacillus de Calmette y Guérin (BCG) o sensibilizados con micobacterias no tuberculosas, y con los falsos negativos debidos a sujetos con infecciones virales concurrentes, vacunaciones con virus vivos o situaciones de inmunosupresión<sup>2, 13, 14</sup>. Es decir, en determinados casos puede ver reducida tanto su especificidad como su sensibilidad.

A mayores, existe cierta complicación tanto en la correcta inoculación de la PT como en su lectura que puede conllevar interpretaciones erróneas debido a que los criterios establecidos no son universales, pudiendo variar entre países. Así, dosis reducidas de Tuberculina PPD pueden aumentar la probabilidad de falsos negativos, mientras que dosis elevadas aumentarían los falsos positivos, no existiendo tampoco consenso general en cuanto a los puntos de corte para dichos resultados positivos<sup>15</sup>. A todo ello se suma la posibilidad de producirse el denominado efecto *booster*, consistente en que tras una primera PT negativa, una segunda prueba, realizada tras 7-10 días, ofrece resultado positivo debido a que la primera tiene efecto recuerdo en el sistema inmunitario, siendo la segunda la única que consigue producir respuesta inmune<sup>12,16</sup>. Otros inconvenientes añadidos son la necesidad de una segunda cita para la realización de la lectura y la producción de una inflamación dolorosa en el punto de administración, induración y/o escara contraindicada en determinados pacientes con enfermedades de la piel<sup>15</sup>.

Desde hace unos años se dispone de otros tipos de test para el diagnóstico de la TB: las denominadas técnicas IGRA. Se trata de test inmunológicos de sangre que ofrecen las ventajas de ser más específicos, no tener reacciones cruzadas con la vacuna BCG<sup>9</sup> (evitando con ello los falsos positivos) y ser más sensibles al evitar los falsos negativos que puedan darse en personas inmunodeprimidas<sup>12,14</sup>. Otras ventajas adicionales son que requieren una única visita a consulta por parte del paciente, los resultados pueden estar disponibles en 24-48 horas, son más fáciles de realizar por el personal sanitario por tratarse de una extracción de sangre ordinaria y son más objetivas puesto que valoran el resultado de forma cuantitativa. En contrapartida, hay que tener en cuenta que se trata de pruebas caras que requieren ser llevadas a cabo en un laboratorio especializado y de cierta calidad por personas cualificadas<sup>12</sup>.

La metodología de funcionamiento de las IGRA se basa en detectar y cuantificar la respuesta inmunológica mediada por células frente a la infección por *M. Tuberculosis*. Las células T producidas como parte de dicha respuesta se sensibilizan frente a los antígenos y, cuando son estimuladas en el laboratorio, generan interferon gamma (IFN- $\gamma$ ). Dichas técnicas miden este IFN- $\gamma$  o la cantidad de células T que lo producen, en función de que se utilice el QuantiFERON-TB Gold In Tube® (QFT-GIT) o el T-SPOT.TB® (T-SPOT), respectivamente.

En nuestra CC.AA. tanto la PT como las técnicas IGRA son llevadas a cabo en el laboratorio de la Unidad de Referencia Regional de Micobacterias (URRM) del HUCA.

## Objetivos

- Determinar la situación actual de las técnicas diagnósticas de Infección Tuberculosa Latente (ITL) en Asturias.
- Examinar los beneficios aportados por cada uno de los distintos tipos de pruebas diagnósticas.

## Método

Para realizar esta revisión se ha llevado a cabo una búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, DIALNET y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Dicha búsqueda se limitó a idioma español, especie humanos, siendo el límite temporal los artículos publicados en los últimos 5 años, hasta Abril de 2016. Fueron utilizadas como palabras clave: *tuberculosis, tuberculina, prueba de tuberculina, diagnóstico, interferones* y en inglés *tuberculin, tuberculin test, diagnosis e interferons* todas ellas verificadas previamente como términos DeCS y/o MeSH. Para la combinación de términos se utilizaron los operadores booleanos AND (y) y OR (o).

Se seleccionaron un total de 18 documentos, de los cuales 6 son revisiones, estudios descriptivos, ensayos clínicos y artículos especiales (**Tabla 1**), siendo el resto documentos extraídos directamente de las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Centro Nacional de Epidemiología, el Gobierno del Principado de Asturias o la web de la European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), entre otras (**Tabla 2**).

**Tabla 1: Descripción de los artículos seleccionados en las bases de datos.**

ARTÍCULO	BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE Y BOOLEANOS	TIPO DE ESTUDIO	AÑO	CONCLUSIONES
Domínguez J, Latorre I. Aplicación y utilidad actual de las técnicas de interferón- $\gamma$ en el diagnóstico de la tuberculosis	PUBMED	Tuberculosis AND tuberculin	Revisión	2015	Los IGRA han mejorado el diagnóstico de la infección tuberculosa. Su mayor especificidad ha permitido reducir el número de profilaxis innecesarias y ha aumentado el número de resultados positivos en comparación con la PT en inmunodeprimidos.
García-Gasalla M. ¿Podemos mejorar el estudio de contactos en la tuberculosis?	PUBMED	Tuberculosis AND tuberculin test AND diagnosis	Artículo especial	2013	Los test IGRA han abierto nuevas oportunidades para optimizar el diagnóstico de ITL. Sin embargo aún está por definir con claridad en qué situaciones deben utilizarse, siendo necesarios más estudios para establecer un consenso definitivo.

Guio H, Vilaplana C, Cardona PJ. Inmunodiagnóstico y biomarcadores en tuberculosis.	BVS	Tuberculosis AND diagnóstico AND prueba de tuberculina OR interferones	Revisión	2011	Actualmente ningún método inmunológico existente puede diferenciar la tuberculosis latente de la activa. Estudios recientes abordan nuevas estrategias con nuevos biomarcadores pero los altos costos de dichos estudios dificultan la elaboración de metanálisis.
Delgado Naranjo J, Castells Carrillo C, García Calabuig MÁ, Sáez López I. Estudio comparativo de QuantiFERON(®)-TB Gold IT frente a tuberculina para el diagnóstico de la infección tuberculosa latente en estudios de contactos.	BVS	Tuberculosis AND diagnóstico AND prueba de tuberculina OR interferones	Estudio descriptivo	2011	Frente a la PT, los IGRA constituyen una excelente herramienta en Salud Pública para el diagnóstico de la ITL, proporcionando un diagnóstico más específico, reduciendo el número potencial de tratamientos y mejorando el aprovechamiento de los recursos sanitarios.
Arias Guillén M. Avances en el diagnóstico de la infección tuberculosa.	DIALNET	Tuberculina AND diagnóstico	Revisión	2011	A día de hoy parece que las IGRA pueden complementar la PT, pero no sustituirla.
Ballaz A, Salinas C, Aguirre U, López de Goicoechea MJ, Díez R, Egurrola M. Análisis de la discordancia entre la prueba de la tuberculina y el QuantiFERON-TB® Gold In-Tube en estudios de contactos	PUBMED	Tuberculosis AND tuberculin test	Ensayo clínico	2013	El QFT, sólo o combinado con la PT, es un método seguro para el diagnóstico de la ILT, contribuyendo a una selección más específica de los individuos que necesitan tratamiento preventivo.



**Tabla 2: Descripción de los documentos utilizados extraídos de diferentes páginas web.**

<b>Informe Mundial sobre la Tuberculosis</b>		<b>Año</b>	2014
<b>Página Web</b>	Organización Mundial de la Salud (OMS)		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf">http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Resumen en español del informe original que contiene datos sobre la TB procedentes de 202 países y territorios. Destaca los progresos en cuanto a vigilancia de la enfermedad y las respuestas mundiales y nacionales que se han dado ante el problema en los últimos años.		
<b>Global tuberculosis report</b>		<b>Año</b>	2015
<b>Página Web</b>	World Health Organization (WHO)		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Informe completo sobre datos de la TB en 205 países y territorios, abarcando más del 99% de la población mundial. Especifica avances en prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad e identifica las áreas donde los esfuerzos realizados están siendo más potentes.		
<b>Global tuberculosis report</b>		<b>Año</b>	2014
<b>Página Web</b>	World Health Organization (WHO)		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Informe completo sobre datos de la TB en 202 países y territorios. Destaca el aumento de casos nuevos y muertes con respecto a años anteriores, debido a la mejoría de la utilización de los datos disponibles a nivel nacional e internacional.		
<b>Capítulo 40 - Tuberculosis. BCG.</b>		<b>Año</b>	2015
<b>Página Web</b>	Comité asesor de vacunas Asociación Española de Pediatría (AEP)		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-40">http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-40</a>		
<b>Contenido</b>	Documento en que se estudia la TB, incluyendo la epidemiología global de la enfermedad en España, por CC.AA. y grupos de edad y sexo. Se hace especial hincapié en los tipos de vacunas, su inmunogenicidad, indicaciones, pautas, etc.		

<b>Guía de práctica clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis.</b>		<b>Año</b>	2009
<b>Página Web</b>	Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf">http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia y con recomendaciones explícitas para las situaciones clínicas más frecuentes a las que se enfrentan los profesionales sanitarios al detectar un caso de TB. Busca contribuir de forma efectiva a un diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y a la prevención de la transmisión de la TB para frenar el avance de este problema de salud.		
<b>Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria.</b>		<b>Año</b>	2013
<b>Página Web</b>	Instituto de Salud Carlos III		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf">http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Documento consenso de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) para establecer las bases de la vigilancia epidemiológica y las medidas de salud pública para el control de las enfermedades transmisibles que se vigilan y notifican en España.		
<b>Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España</b>		<b>Año</b>	2014
<b>Página Web</b>	Instituto de Salud Carlos III		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf_2015/TB_Informe_2014.pdf">http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf_2015/TB_Informe_2014.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Informe que presenta la situación epidemiológica de la TB en España con datos procedentes de la declaración individualizada de RENAVE en 2014, así como los datos actualizados de los resultados de tratamiento de la enfermedad correspondientes a los casos declarados en 2013.		
<b>Boletín de Informaciones Nº 15 Abril 2014. La tuberculosis en Asturias, periodo 2007-2012.</b>		<b>Año</b>	2014
<b>Página Web</b>	Observatorio de Salud en Asturias (OBVSA)		
<b>Enlace Web</b>	<a href="https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Informes%20epidemiol%C3%B3gicos/Informe%20TB%202007-2012_web.pdf">https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Informes%20epidemiol%C3%B3gicos/Informe%20TB%202007-2012_web.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Último boletín informativo en que se recogen los datos de TB en el periodo 2007-2012 en Asturias. Establece la situación de dicha enfermedad con respecto al resto de España, sus características y distribución geográfica en particular.		

<b>Programa de Tuberculosis de la Comunidad Autónoma del País Vasco.</b>		<b>Año</b>	2013
<b>Página Web</b>	Osakidetza – euskadi.eus		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/protocolos_epidem/es_4328/djuntos/Tuberculosis_cas.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/protocolos_epidem/es_4328/djuntos/Tuberculosis_cas.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Abordaje integral de la TB que pone al día algunos de los aspectos más novedosos de la misma, destacando especialmente los métodos de diagnóstico.		
<b>Informe epidemiológico - Tuberculosis en Asturias Año 2013.</b>		<b>Año</b>	2015
<b>Página Web</b>	Gobierno del Principado de Asturias		
<b>Enlace Web</b>	<a href="https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Informes%20epidemiol%C3%B3gicos/Tuberculosis/Informe%20TB%20Asturias%202013.pdf">https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Informes%20epidemiol%C3%B3gicos/Tuberculosis/Informe%20TB%20Asturias%202013.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Informe en que se analizan los casos de TB registrados en Asturias por el Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), el Sistema de Información Microbiológica (SIM), el Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud (CMBD), el Registro de SIDA de Asturias y el Registro de Mortalidad de Asturias correspondientes al año 2013.		
<b>Actualización de los procedimientos para el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente (ITL) y la adquisición de Tuberculina PPD en Asturias.Circular 04/2015, de 21 de mayo de 2015.</b>		<b>Año</b>	2015
<b>Página Web</b>	Gobierno del Principado de Asturias		
<b>Enlace Web</b>	<a href="https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/CIRCULARES/Circular%20DGSP%2004_2015%20Actualizacion%20diagnostico%20ITL.pdf">https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/CIRCULARES/Circular%20DGSP%2004_2015%20Actualizacion%20diagnostico%20ITL.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Circular elaborada por la Dirección General de Salud pública del Gobierno del Principado de Asturias en la que se establecen las recomendaciones para el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente (ITL) en Asturias en base a la bibliografía reciente internacional, la situación de la enfermedad en Asturias y la consulta a expertos.		
<b>Technical Document. Handbook on TB laboratory diagnostic methods in the European Union.</b>		<b>Año</b>	2016
<b>Página Web</b>	European Centre for Disease Prevention and Control. (ECDC)		
<b>Enlace Web</b>	<a href="http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/tuberculosis-laboratory-diagnostic-methods-eu.pdf">http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/tuberculosis-laboratory-diagnostic-methods-eu.pdf</a>		
<b>Contenido</b>	Manual destinado a proporcionar a los laboratorios oficiales de la Unión Europea implicados en el diagnóstico de la TB información basada en la evidencia acerca de los principales métodos diagnósticos y protocolos de actuación frente a los casos de TB activa e ITL		

## Resultados

Si nos basamos en la bibliografía consultada para determinar cuál sería la mejor técnica a la hora de diagnosticar una ITL, se puede extraer que la mayoría de los estudios defienden los beneficios de las técnicas IGRA frente a uso de la PT, pues demuestran que la sensibilidad de estos test fue del 70-90%, frente al 70-80% de la PT<sup>12</sup>. Además, mientras que la especificidad de las técnicas IGRA son altas tanto en vacunados como en no vacunados, la PT únicamente posee alta especificidad en personas no vacunadas, motivo por el cual las recomendaciones actuales en cuanto al uso de estas técnicas establecen que todo resultado positivo con la PT en una persona vacunada debe ser siempre confirmado mediante una técnica IGRA; al igual que para cualquier resultado negativo de la PT en personas de edad avanzada, niños menores de 5 años o pacientes inmunodeprimidos donde son frecuentes los falsos negativos.

En aquellos casos en que se requiera una máxima sensibilidad, se llevarán a cabo ambas pruebas simultáneamente, realizando la extracción de sangre para las IGRA antes de aplicar la tuberculina para evitar posibles alteraciones en los resultados finales<sup>12</sup>.

Ya en el caso de que exista necesidad de realizar un diagnóstico de confirmación de tuberculosis como enfermedad, donde el principal objetivo es evitar la demora del diagnóstico, los métodos de elección utilizados serán la radiografía (Rx) de tórax, baciloscopia y cultivo, que pueden ser combinados con la PT o IGRA si se considera necesario.

Es decir, la prioridad de las técnicas diagnósticas para la TB es el poder ofrecer un diagnóstico rápido que permita establecer un tratamiento eficaz con el menor retraso posible, beneficiando enormemente tanto al individuo como al colectivo al evitar la transmisión del bacilo en la comunidad. Sin embargo, también es importante evitar el despistaje indiscriminado en la población general debido a los costes que esto provoca, la imperfección en la realización e interpretación de los mismos y los posibles efectos secundarios que puedan generar.

En Asturias, debido a problemas existentes con el suministro de Tuberculina PPD en el año 2014, se emitió una circular desde la Dirección General de Salud Pública (DGSP) en la que se establecieron una serie de recomendaciones temporales. Dicha circular (04/2014 de 4 de Julio) exponía los problemas de suministro del medicamento comercializado en España debido a retrasos en su fabricación, dando lugar a una ampliación en el uso de alternativas para el diagnóstico de TB mediante la aplicación de las técnicas IGRA. Una vez solucionados los problemas de suministros de PPD, se decidió realizar una revisión y actualización de las recomendaciones de nuestra Comunidad, que provocó una serie de cambios de los protocolos, resumidos en las siguientes consideraciones.

- 1) En caso de necesidad de diagnosticar ITL en EC se considerará prioritario el uso de técnicas IGRA, pasando a utilizarse la PT exclusivamente cuando se den todas y cada una las siguientes circunstancias: personas no inmunodeprimidas mayores de 5 años y no vacunadas de BCG que pertenezcan a un grupo familiar o colectivo reducido, en las que podamos asegurar que acudirán a una segunda consulta para la lectura de la prueba y que dicha prueba pueda ser realizada por personal sanitario con amplia experiencia en la técnica.

*"La prioridad de las técnicas diagnósticas para la TB es el poder ofrecer un diagnóstico rápido que permita establecer un tratamiento eficaz con el menor retraso posible"*

- 2) Cuando sea necesario diagnosticar ITL en EC en personas sin inmunosupresión que no cumplan todos los criterios anteriores, la técnica de elección será siempre la QFT-GIT; mientras que en inmunodeprimidos se realizará de forma simultánea las técnicas QFT-GIT, T-SPOT, PT y Rx de tórax para conseguir la máxima sensibilidad. Llevándose a cabo todas ellas en las consultas de Atención Especializada (AE).

En determinados casos especiales, tales como los niños menores de 5 años, se recomienda la utilización de ambas técnicas IGRA de forma simultánea por un médico pediatra especialista.

Mientras que en pacientes menos cumplidores, de los que se sospeche que no acudirán a futuras consultas de seguimiento, se recomienda realizar directamente una técnica IGRA junto con Rx de tórax.

- 3) Aquellas personas que requieran diagnóstico de ITL fuera de un EC y que se encuentren inmunodeprimidas o sean candidatas a tratamiento inmunosupresor, las recomendaciones serán las mismas que en el caso de inmunodeprimidos que sí pertenezcan a EC.
- 4) Por último, el despistaje de ITL en personas que ingresan en centros de acogida, desintoxicación o similares, sólo estará indicado en aquellos casos en que exista riesgo real de desarrollo de la enfermedad y en los que se vaya a ofrecer tratamiento si el diagnóstico resulta positivo. Este despistaje será realizado en los centros de Atención Primaria mediante el uso de la prueba QFT-GIT en pacientes inmunocompetentes, reservándose la PT sólo para los casos indicados en el primer apartado para el EC. En pacientes inmunodeprimidos serán realizados los mismos procedimientos que en los casos citados anteriormente desde Atención Especializada.

Estas modificaciones en los protocolos de actuación en nuestra Comunidad conllevan entonces que desde la Atención Primaria ya no se realice la PT de manera habitual, si no que únicamente se reserve para casos muy específicos, lo cual hace importante que los profesionales sanitarios sepan que la Tuberculina deja de suministrarse de forma centralizada y que su adquisición dependerá de las gerencias de cada Área Sanitaria y que debe gestionarse de forma individualizada para cada uno de los casos.

Pero si revisamos otros documentos técnicos como el presentado en Marzo de 2016 por el ECDC, en el cual se analizan los diferentes métodos de diagnóstico de TB realizados por los laboratorios de la Unión Europea, se observa que existe una gran discrepancia entre las guías de actuación recomendadas en cada país. Así, mientras que muchos de ellos ya incluyen las técnicas IGRA en sus protocolos, otros muchos siguen recomendando el uso de la PT, bien de forma conjunta o individualmente. Dichas discrepancias parecen estar directamente relacionadas con la incidencia de la enfermedad en cada uno de dichos países y con el nivel económico de los mismos<sup>17</sup>.

Centrándonos específicamente en las recomendaciones aportadas por la ECDC para nuestro país en función de la incidencia y nivel socioeconómico, puede establecerse que lo correcto sería utilizar un enfoque doble:

- En caso de que el objetivo sea diagnosticar una TB activa las técnicas IGRA no deberían sustituir otros métodos estándar, teniendo en cuenta además que un uso combinado de ambas no ofrecería valor añadido alguno, salvo determinadas excepciones.
- Sin embargo, para el EC en adultos existe una clara tendencia a recomendar el uso de las IGRA, especialmente utilizando una estrategia de doble de diagnóstico junto con la PT<sup>17</sup>.

Así, comparando ambos documentos, puede verse que quizás exista una propuesta demasiado fuerte en nuestra Comunidad hacia la completa sustitución de la PT por las IGRA en la mayoría de las situaciones, cuando una importante parte de la bibliografía consultada para la realización de la presente revisión parece defender que, hoy por hoy, las IGRA deberían complementar a la PT pero no sustituirla completamente<sup>5,13,15,17,18</sup>, debiendo ser estudiado cada caso de forma particular antes de tomar la decisión de qué prueba diagnóstica utilizar.

## Conclusiones

De acuerdo con las recomendaciones actuales para el diagnóstico de ITL en Asturias, el uso de la PT pasa a ser básicamente hospitalario, utilizándose casi exclusivamente para complementar resultados indeterminados obtenidos con las técnicas IGRA.

Todo ello basado en la premisa de ser estas más adecuadas y eficientes debido a la necesidad de confirmación que generan la mayoría de los resultados obtenidos con el uso previo de la PT y el contexto en que se encuentra actualmente dicha enfermedad en Asturias (incluyendo datos de vacunación BCG de la población, el descenso continuado de la incidencia de TB y el aumento de las personas con tratamiento inmunosupresor en nuestra Comunidad)<sup>12</sup>.

En cuanto a la comparación de los métodos diagnósticos de TB existentes, la bibliografía sostiene que las nuevas técnicas IGRA están ganando terreno en su utilización como pruebas diagnósticas debido a presentar una serie de ventajas importantes con respecto a la PT: ser más sensibles, más específicas y más objetivas; frente a la única ventaja de la PT que es su bajo coste.

Así, enlazando ambas conclusiones, si bien parece que no existe duda alguna de que las IGRA contribuyen notablemente a una selección más específica de los individuos que requieren tratamiento preventivo evitando un considerable número de tratamientos innecesarios<sup>17,18</sup>; tal vez sería recomendable realizar una revisión más amplia que tuviera en cuenta la discordancia presente en la bibliografía para ayudar a confirmar o modificar los protocolos propuestos en nuestra Comunidad con el objetivo final de no basar nuestra actuación únicamente en lo que parece una relación de eficiencia, si no en buscar ofrecer la mejor atención disponible a estos contactos y contribuir con ello activamente en la consecución del ODM propuesto por la OMS para 2050.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2014. OMS; 2014.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. WHO; 2015.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. WHO; 2014.
4. Comité Asesor de Vacunas. Manual de vacunas en línea de la AEP. Capítulo 40 - Tuberculosis. BCG [monografía en Internet]. Madrid: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría; 2015 [acceso el 15 marzo de 2016]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-40>

5. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, política Social e igualdad. Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/26.
6. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013.
7. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2014. Madrid, 2015.
8. Observatorio de Salud en Asturias. Boletín de Informaciones Nº 15 Abril 2014. La tuberculosis en Asturias, periodo 2007-2012. Principado de Asturias: OBVSA; 2014.
9. Aristegui Fernández J, Baonza González I, Basterretxea Irurzun M, Cabeza Díez I, García Calabuig MA, Korta Murua J et al. Programa de Tuberculosis de la Comunidad Autónoma del País Vasco [monografía en internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2013 [acceso el 7 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/protocolos\\_epidem/es\\_4328/adjuntos/Tuberculosis\\_cas.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/protocolos_epidem/es_4328/adjuntos/Tuberculosis_cas.pdf)
10. Pérez Hernández MD. Informe epidemiológico. Tuberculosis en Asturias Año 2013. Oviedo: Servicio de Vigilancia Epidemiológica; 2015.
11. Domínguez J, Latorre I. Aplicación y utilidad actual de las técnicas de interferón- $\gamma$  en el diagnóstico de la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33 (supl 2): 15-19.
12. Actualización de los procedimientos para el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente (ITL) y la adquisición de Tuberculina PPD en Asturias. Circular 04/2015, de 21 de mayo de 2015. Dirección General de Salud Pública. Gobierno del Principado de Asturias.
13. García-Gasalla M. ¿Podemos mejorar el estudio de contactos en la tuberculosis? *Med Clin (Barc)*. 2013; 140(7): 305-306.
14. Guio H, Vilaplana C, Cardona PJ. Inmunodiagnóstico y biomarcadores en tuberculosis. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(9): 408-413.
15. Delgado Naranjo J, Castells Carrillo C, García Calabuig MÁ, Sáez López I. Estudio comparativo de QuantiFERON(®)-TB Gold IT frente a tuberculina para el diagnóstico de la infección tuberculosa latente en estudios de contactos. *Med Clin (Barc)*. 2011 Sep 17;137(7):289-96.
16. Arias Guillén M. Avances en el diagnóstico de la infección tuberculosa. *Arch Bronconeumol*. 2011 Oct;47(10):521-30.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Technical Document. Handbook on TB laboratory diagnostic methods in the European Union. Stockholm: ECDC; 2016.
18. Ballaz A, Salinas C, Aguirre U, López de Goicoechea MJ, Díez R, Egurrola M. Análisis de la discordancia entre la prueba de la tuberculina y el QuantiFERON-TB® Gold In-Tube en estudios de contactos. *Med Clin (Barc)*. 2013 Apr 15;140(7):289-95.

