

# Medicina de Familia Andalucía

Volumen 24, número 1, enero - junio 2023

- 7 **Editorial**  
Luchar contra el "nuevo virus"
- 9 **El espacio del usuario**  
Funciones del médico de atención primaria en el derecho a la libre elección de médico especialista y de hospital
- 11 **Originales**  
Efectividad del uso financiado del tratamiento con vareniciclina para la deshabituación tabáquica en atención primaria
- 24 Valoración de un programa de mentoring para la mejora del programa de cirugía menor de un centro de salud urbano
- 34 Características de la atención médica prestada en atención primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID)
- 46 **Repasando en AP**  
Aspectos éticos y deontológicos de la Telemedicina
- 55 **Sin Bibliografía**  
Propuesta de carta de condolencia para la atención al duelo en atención primaria
- 57 **Carta al director**  
Sobre la importancia de estar indexado
- 60 **Carta al director**  
Algunas reflexiones y consideraciones sobre la indexación de la revista Medicina de Familia. Andalucía (para visibilizar nuestra revista y hacer atractiva la publicación en ella)
- 63 **¿Cuál es su diagnóstico?**  
Lesiones papulosas en zona de tatuaje reciente
- 65 **Dedicado a...**  
Lorenzo Arribas Mir  
Nuestro trabajo en el área de salud reproductiva de las mujeres
- 69 **Publicaciones de Interés**
- 70 **Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**
- 71 **Actividades Científicas**
- Comentarios a cuál es su diagnóstico**
- 73 Lesiones papulosas en zona de tatuaje reciente
- 75 **Información para los autores y otros**



# 7<sup>as</sup> JORNADAS ANDALUZAS DE RESIDENTES Y TUTORES DE MFyC



**ALMERÍA**

**3 y 4 | OCT | 2024**

[WWW.SAMFYC.ES](http://WWW.SAMFYC.ES)

[residentesy tutoressamfyc.com](http://residentesy tutoressamfyc.com)



# JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

## **Presidente**

*Jesús E. Pardo Álvarez*

## **Vicepresidente**

*Francisco José Rodríguez Arnay*

## **Vicepresidente**

*M<sup>a</sup> Filomena Alonso Morales*

## **Vicepresidente**

*Jesús E. Pardo Álvarez*

## **Secretario**

*Antonio Manuel Carmona González*

## **Vicepresidente Económico**

*Ignacio Merino de Haro*

### **Vocal de Docencia**

*Pilar Bohórquez Colombo*

### **Vocal de Formación**

*José Luis Hernández Galán*

### **Vocal de Investigación**

*Juan Manuel García Torrecillas*

### **Vocales de Residentes**

*Emilio José Delgado Soto*

*Carmen María Escudero Sánchez*

### **Vocales de Jóvenes MF**

*José Joaquín Cordero de Oses*

*Pablo Natanael Puertas Moreno*

**Vocal provincial de Almería:**

*María Araceli Soler Pérez*

**Vocal provincial de Cádiz:**

*Antonio Fernández Natera*

**Vocal provincial de Córdoba:**

*Juan Manuel Parras Rejano*

**Vocal provincial de Granada:**

*Irene Fernández Peralta*

**Vocal provincial de Huelva:**

*Pablo García Sardón*

**Vocal provincial de Jaén:**

*Francisco Tomás Pérez Durillo*

**Vocal provincial de Málaga:**

*Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández*

**Vocal provincial de Sevilla:**

*Leonor Marín Pérez*

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4 bj D - 18001 - Granada (España)

Telf: 958 80 42 01 - Fax: 958 80 42 02

email:samfyc@samfyc.es

http://www.samfyc.es

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

## Medicina de Familia Andalucía

Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Disponible en formato electrónico en la web de SAMFyC (acceso libre):

<http://samfyc.es/revista/>

### DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

### SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

### CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

### CONSEJO DITORIAL

Luis Ávila Lachica. Málaga

Pilar Barroso García. Almería

M<sup>a</sup>. Teresa Carrión de la Fuente. Málaga

José M<sup>a</sup> de la Higuera González. Sevilla

Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada

Juan Manuel García Torrecillas. Almería

José Antonio Jiménez Molina. Granada

Francisca Leiva Fernández. Málaga

José Gerardo López Castillo. Granada

Manuel Lubián López. Cádiz

Antonio Manteca González. Málaga

Rafael Montoro Ruiz. Granada

Ana Moran Rodríguez. Cádiz

Andrés Moreno Corredor. Málaga

Hermínia M<sup>a</sup>. Moreno Martos. Almería

Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Piza. Sevilla

Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba

Miguel Ángel Prados Quel. Granada

J. Daniel Prados Torres. Málaga

Francisco Sánchez Legrán. Sevilla

Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga

Reyes Sanz Amores. Sevilla

Jesús Torío Durántez. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

## Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el índice Médico Español

Incluida en el Latindex

**Título clave:** Med fam Andal.

### Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español

Incluida en Latindex

**Título clave:** Med fam Andal.

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

### Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

e-mail: [revista@samfyc.es](mailto:revista@samfyc.es)

### Secretaría:

Encarnación Figueredo

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Tel. + 34 958 80 42 01

### Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.E.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

**Printed in Spain.**

### Maqueta:

Sara Pérez Fajardo

**Imprime:** Impresión La Ideal



## sumario

- 7 **Editorial**  
Luchar contra el "nuevo virus"
- 9 **El espacio del usuario**  
Funciones del médico de atención primaria en el derecho a la libre elección de médico especialista y de hospital
- 11 **Originales**  
Efectividad del uso financiado del tratamiento con vareniciclina para la deshabituación tabáquica en atención primaria
- 24 Valoración de un programa de mentoring para la mejora del programa de cirugía menor de un centro de salud urbano
- 34 Características de la atención médica prestada en atención primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID)
- 46 **Repasando en AP**  
Aspectos éticos y deontológicos de la Telemedicina
- 55 **Sin Bibliografía**  
Propuesta de carta de condolencia para la atención al duelo en atención primaria
- 57 **Carta al director**  
Sobre la importancia de estar indexado
- 60 **Carta al director**  
Algunas reflexiones y consideraciones sobre la indexación de la revista Medicina de Familia. Andalucía (para visibilizar nuestra revista y hacer atractiva la publicación en ella)
- 63 **¿Cuál es su diagnóstico?**  
Lesiones papulosas en zona de tatuaje reciente
- 65 **Dedicado a...**  
Lorenzo Arribas Mir  
Nuestro trabajo en el área de salud reproductiva de las mujeres
- 69 **Publicaciones de Interés**
- 70 **Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**
- 71 **Actividades Científicas**
- Comentarios a cuál es su diagnóstico**
- 73 Lesiones papulosas en zona de tatuaje reciente
- 75 **Información para los autores y otros**





## contents

- 7 **Editorial**  
Fighting the “new virus”
- 9 **The Consumer’s Corner**  
Functions of primary care physicians in patient’s right to free choice of specialists and hospitals
- 11 **Original Articles**  
Effectiveness of the funded use of treatment with varenicline for smoking cessation in primary care
- 24 Evaluation of a mentoring program for the improvement of the minor surgery program of an urban health center
- 34 Characteristics of the medical care provided in Primary Care to patients with polypathology during the first wave of the COVID-19 pandemic (GASAP-COVID project)
- 46 **Reviewing in Primary Care**  
Ethical and deontological aspects of telemedicine
- 55 **No bibliography**  
Proposal for a letter of condolence for bereavement care in primary care
- 57 **Letter to the Editor**  
The importance of being indexed
- 60 **Letter to the Editor**  
Lines of thought concerning the indexing of our journal “Medicina de Familia.Andalucía” in order to increase its visibility and make it more attractive for publishing articles
- 63 **Which is your diagnosis?**  
Papular lesions in a recent tattoo
- 65 **Dedicated to...**  
Lorenzo Arribas Mir  
Our work in the area of women’s reproductive health
- 69 **Publications of interest**
- 70 **Knowledge pills @pontealdiaAP**
- 71 **Scientific Activities**
- Comments on Which is your diagnosis**
- 73 Papular lesions in a recent tattoo
- 75 **Information for authors and others**

## Luchar contra el “nuevo virus”

Pardo Álvarez JE

*Presidente SAMFyC*

En unos días será anulada la obligación de usar las mascarillas en los centros de salud después de la pandemia de COVID-19, lo que volverá a normalizar las relaciones médico-paciente después de tres años y medio. Esta alteración en la comunicación clínica ha conducido a que los pacientes de reciente aparición en nuestras consultas no les conozcamos sus caras, ni ellos la nuestra.

Durante este triste periodo de tiempo, los Médicos de Familia de Andalucía hemos luchado cada día contra el “maldito” virus. En esta batalla, hemos sufrido sus duras consecuencias, hemos perdido queridos compañeros en nuestras filas, hemos despedido a familiares para siempre, hemos adaptado nuestras formas de trabajo y nuestras consultas a su antojo epidémico, hemos sufrido entre sus olas, y hemos aprendido mucho... esperando que nuestra población tampoco lo olvide, y mantenga normas de prevención que eviten la extensión de otras nuevas epidemias, que seguro que llegaran más tarde o temprano.

Nuestra Atención Primaria está viviendo importantes y difíciles avatares a nivel organizacional, problemas diversos de personal y de estructura por el conocido y mal gestionado recambio generacional que sufrimos. Pero a pesar de todo ello, en el ambiente

de los centros de salud se respira y vive un “síndrome residual” después del COVID, que esperamos y deseamos no se convierta en un síntoma persistente. Además, como médicos de familia, podemos entre todos colaborar a tener un tratamiento exitoso del mismo, necesitamos de la ayuda de cada uno de nosotros.

Tenemos entre los profesionales de atención primaria el “virus de la desgana”. Ya sabíamos en los 10 últimos años que el nivel del “síndrome del quemado” estaba en aumento, pero tras el coronavirus, su incidencia se ha multiplicado exponencialmente. Existen múltiples factores causantes de esta patología, achacables a diversos responsables, la organización, nuestra población y por supuesto nuestro papel como agentes de salud, y haber sufrido tanto.

Pero todo esto no puede justificar lo que está ocurriendo en muchos centros, en muchos equipos...en los que se denota la pérdida del espíritu de seguir mejorando día a día, de mantener la participación en actividades de formación, de asistir a cursos o talleres que reactiven nuestra capacidad competencial. El ambiente que se respira a veces es de pasar como sea la consulta y programas, o las actividades comunes asistenciales, perdiendo la posibilidad de estar trabajando

en grupo con otros estamentos, de realizar actividades docentes con los residentes, o formar parte de comisiones en las unidades que velen por la mejora continua de la calidad de nuestro trabajo.

Este “síndrome post COVID” está desmotivando a muchos buenos profesionales en la medicina de familia, está generando una corriente de apatía, de queja continua por nuestras condiciones de trabajo, que sabemos son mejorables y que debemos de pedir sean cambiadas por la Administración, pero debemos evitar dejarnos llevar por esa ola de desaliento.

Desde la reciente presidencia de tu sociedad de medicina de familia, y con el apoyo de la actual junta directiva, pensamos que la participación como socio de SAMFyC es fundamental para abatir a este “virus”.

La SAMFyC está abierta a todas tus sugerencias y apoyos. La sociedad te ofrece múltiples espacios donde desarrollar tus habilidades y reforzar otras que desees ad-

quirir. La participación en sus diversos grupos de trabajo: motivando la investigación, activando revisiones de interés, generando conocimientos con actividades docentes, generando guías y recursos formativos que se extiendan por todos los médicos de familia andaluces. Asistiendo también a nuestras jornadas y congresos anuales, que nos hacen intercambiar experiencias y conocer que se hace en otros centros para mejorar nuestro trabajo día a día. Como federada de SEMFYC, puedes multiplicar todas estas tareas, uniéndote a las que se organizan en todo el territorio nacional, participando también de ellas.

Nosotros como médicos de familia debemos liderar la lucha frente a esta situación actual, haciendo participe en la misma, al resto del equipo de atención primaria con los que trabajamos codo con codo. Llevando a nuestros residentes a que aviven esta llama, que vuelva a hacer a nuestra especialidad atractiva para los actuales y futuros residentes, y que el estudiante de medicina conozca la vitalidad que supone ser médico de familia.

#### AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2022

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2022. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Antonio Blázquez Puerta. Especialista en MFyC. Málaga

Cristóbal Navarrete Espinosa. Especialista en MFyC. Jaén

Enrique Carretero Anibarro. Especialista en MFyC. Córdoba

Beatriz Pascual de la Pisa. Especialista en MFyC. Sevilla

José Miguel Cerón Machado. Especialista en MFyC. Granada

Rubén L. Vázquez Alarcón. Especialista en MFyC. Málaga

Pablo García Sardón. Especialista en MFyC. Huelva

Rocío E. Moreno Moreno. Especialista en MFyC. Málaga

M<sup>a</sup> Araceli Soler Pérez. Especialista en MFyC. Almería



# Funciones del médico de atención primaria en el derecho a la libre elección de médico especialista y de hospital

Ranea Díaz S

*Miembro de la Junta Directiva de FACUA Andalucía y secretaria general de FACUA Málaga*

El decreto 128/1997 garantiza el derecho de las personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía a la libre elección de médico especialista y de hospital, lo que supuso extender el derecho de libre elección de médico que desde el año 1994 estaba reconocido en la atención primaria.

El derecho de libre elección comprende las siguientes actuaciones: consultas programadas médicas, consultas programadas quirúrgicas, procedimientos terapéuticos médicos, procedimientos terapéuticos quirúrgicos, servicios y unidades de diagnóstico y para aquellas pruebas que sean indicadas por el facultativo responsable.

El establecimiento de este derecho dentro del sistema sanitario público no puede ser más que valorado positivamente. Sin embargo, tanto su regulación como el procedimiento establecido para su ejercicio por parte de los usuarios los consideramos muy deficientes, por no facilitar el conocimiento generalizado de este derecho por parte de los pacientes y estar configurado de forma que su ejercicio carga al médico de atención primaria con unas tareas administrativas, obviamente, fuera de su labor asistencial.

La referida norma establece que los Centros de atención primaria tendrán la información suficiente para que los usuarios pue-

dan ejercer ese derecho, incluyendo como mínimo especialistas que puedan ser objeto de elección, lugares y horarios de consulta y tiempos de espera, si bien no se especifica cómo debe estar disponible para los usuarios. Así, bien podría haberse regulado un formato unitario de información a facilitar a los usuarios.

Como hemos visto, la norma indica que la información la tendrán los centros de atención primaria. Sin embargo, la elección la hará el usuario a través del médico de atención primaria, ¿será el profesional médico quién tenga que entregar esa información? ¿O bien será facilitada por el personal administrativo? En el segundo caso, una vez conozcan los usuarios el derecho que les asiste, tendrán que solicitar una segunda cita con su médico de atención primaria para ejercer ese derecho a la libre elección de especialista y hospital.

Entendemos que facilitar esta información y ejercer el derecho a la libre elección de especialista y hospital es una tarea eminentemente administrativa, desprovista de carácter asistencial. Por ello, debería ser depositada en el personal administrativo de los centros de atención primaria. Los profesionales médicos deben quedar libres de actividades exclusivamente administrativas, ya

que lo contrario supone una mala gestión de recursos, sobrecargando a unos profesionales que ya tienen una fuerte carga de trabajo.

Por otro lado, el ejercicio del derecho de libre elección de especialista y hospital puede suponer la pérdida de la garantía de plazo de respuesta para los procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos, para los casos en los que la demora existente impida garantizar un tiempo máximo de respuesta.

Por último, es de significar que el incremento en las derivaciones de pacientes a centros privados concertados para la consulta con especialista está suponiendo que aquellos que deseen ser atendidos por facultativos y hospitales del servicio sanitario público de Andalucía tendrán que ejercitar su derecho a la libre elección de médico especialista y hospital, lo que sabemos conlleva la pérdida de la garantía del plazo de respuesta, dependiendo de la demora de los elegidos por el paciente.

ORIGINAL

# Efectividad del uso financiado del tratamiento con vareniclina para la deshabituación tabáquica en atención primaria

Muñoz Galiano JC<sup>1</sup>, Larrubia García M<sup>1</sup>,  
Pérez Milena A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Belén. Jaén.  
Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup>Doctor en medicina. Médico de Familia.  
Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

## CORRESPONDENCIA

Juana Cruz Muñoz Galiano

Correo electrónico: janicruz91@hotmail.com

## PALABRAS CLAVE

Atención Primaria, Cese del Hábito de Fumar, Vareniclina.

## RESUMEN

**Título:** Efectividad del tratamiento financiado con vareniclina para la deshabituación tabáquica en atención primaria.

**Objetivo:** Se pretende conocer la efectividad del uso financiado de la vareniclina en Centros de Salud públicos.

**Diseño:** Estudio descriptivo mediante.

**Emplazamiento:** 8 Centros de Salud urbanos.

**Población y muestra:** Pacientes fumadores incluidos en el programa de intervención avanzada individual contra el tabaquismo durante el año 2020 y que han tomado vareniclina para conseguir la abstinencia.

**Intervenciones:** Encuesta telefónica y auditoría de historias clínicas.

**Resultados:** Participaron 96 pacientes, tratados durante  $7,0 \pm 3,3$  semanas con  $2,7 \pm 1,3$  consultas de seguimiento. 82,3 % dejaron de fumar, pero solo 46,2% consiguieron una abstinencia mantenida superior a un año, relacionada con menor dependencia a la nicotina medida con el test de Fagerström (OR 0,39) y posiblemente un mayor consumo de cigarrillos (OR 1,02). Los fumadores que recaen tienen menor dependencia a la nicotina que antes de tomar vareniclina (Fagerstrom  $5,3 \pm 2,0$  vs.  $8,1 \pm 0,8$ ;  $p < 0,05$  test t Student) y presentan motivaciones diferenciadas por sexo.

**Conclusiones:** Se podría incrementar la efectividad de la vareniclina con un seguimiento proactivo por el médico de familia, disminuyendo la dependencia y provocando disonancias cognitivas de las motivaciones para el tabaquismo.

## KEYWORDS

Primary Health Care, Smoking Cessation, Varenicline.

## SUMMARY

**Title:** Effectiveness of the funded use of treatment with varenicline for smoking cessation in primary care.

**Objective:** Smoking is a global health problem. The present investigation is intended to know the effectiveness of the financed use of Varenicline in andalusian public Centers of Primary Care.

**Design:** A descriptive study is designed.

**Setting:** 8 Primary Care Centers.

**Population and sample:** Smokers included in the individual advanced intervention program against smoking during the year 2020 and who have taken varenicline to achieve smoking cessation.

**Interventions:** A telephone survey and an audit of medical records.

**Results:** 96 patients participated, treated  $7.0 \pm 3.3$  weeks with  $2.7 \pm 1.3$  follow-up visits. 82.3% quit smoking but only 46.2% achieved sustained abstinence for more than one year, related to less dependence on nicotine, measured with the Fagerström test (OR 0.39), and possibly higher number of cigarette consumption (OR 1.02). Smokers who relapsed are less dependent on nicotine regarding the start of the study (Fagerström  $5.3 \pm 2.0$  vs  $8.1 \pm 0.8$ ;  $p < 0.05$  Student's t test) and presented motivations differentiated by sex.

**Conclusions:** The effectiveness of Varenicline could be increased with a proactive follow-up by the general practitioners, reducing dependency and causing cognitive dissonances of motivations for smoking.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados siendo un factor determinante de numerosas patologías y la primera causa de morbimortalidad evitable (1). En la actualidad hay 1300 millones de consumidores de tabaco en el mundo, frente a los 1320 millones que había en 2015, y la OMS espera que esta cifra descienda a 1270 millones en 2025 (2). En Europa, la prevalencia de fumadores es del 25,6% de la población, superior en hombres (32,5%) que en mujeres (18,7%) (3). Los datos en España son también preocupantes, con aproximadamente 9 millones de personas fumadoras (3), mientras que en Andalucía la prevalencia de consumo de tabaco diario es del 31,4% en hombres y del 24,6 % en mujeres, con un inicio del consumo a los 17 años (4). Para alcanzar las metas mundiales de reducción del consumo de tabaco, es necesario ampliar los servicios que promueven el abandono de este hábito y reforzar las medidas de lucha para el abordaje del tabaquismo (1). Además del incremento de morbimortalidad que genera el consumo de tabaco, en España provoca un elevado coste sanitario y social por lo que se considera prioritario establecer estrategias de apoyo a los fumadores para que abandonen el consumo cuanto antes (5).

La OMS orienta a la realización de intervenciones breves, el establecimiento de líneas telefónicas gratuitas y la prescripción de intervenciones farmacológicas que, pese a incrementar el gasto sanitario, están demostrando ser eficaces (1). A nivel individual es preciso informar a las personas fumadoras sobre la amplia variedad de intervenciones disponibles para ayudarlas a dejar el tabaquismo (6). En Atención Primaria, pese al consejo breve y las intervenciones motivacionales, muchos fumadores tienen dificultades para llevar a cabo el abandono del consumo (7). Para este subgrupo de fumadores, con gran dependencia a la nicotina e intentos fallidos previos para conseguir la abstinencia, se ha propuesto el uso de trata-

mientos farmacológicos como la Terapia de Reemplazo de Nicotina (NRT), la Vareniclina y el Bupropión (7) (8) (6). La Vareniclina se une con mayor afinidad y selectividad que la nicotina a los receptores nicotínicos neuronales de acetilcolina  $\alpha 4\beta 2$ , donde actúa como agonista parcial con menor eficacia intrínseca que la nicotina. Su principal acción es atenuar la liberación de dopamina inducida por la nicotina, aliviando así los síntomas provocados con la abstinencia del consumo de tabaco (9). Su uso como farmacoterapia para dejar de fumar permite duplicar con creces la posibilidad de dejar de fumar a los 6 meses en comparación con el placebo (10,11) (12).

La Vareniciclina fue aprobada en el año 2006 por la Agencia Europea del Medicamento y financiado su uso en España en 2019, momento en el que se prescribieron más de 85.000 envases del medicamento en el territorio nacional. En el año 2021 se procedió a su retirada por un problema de suministro provocado por la presencia de impurezas en tres lotes comercializados (13). Pese a su extendido uso, no hay evidencias sobre su eficiencia en Atención Primaria para conseguir el cese mantenido del consumo de tabaco. Por ello, el presente trabajo tuvo como principal objetivo conocer los porcentajes de abstinencia mantenida tras el uso financiado de la Vareniciclina en fumadores dentro del programa de intervención avanzada para el tabaquismo de Atención Primaria de Salud. Otros objetivos específicos fueron conocer las variables relacionadas con el cese del consumo de tabaco, valorar la adherencia al tratamiento y los efectos secundarios de la Vareniciclina y cuantificar la frecuentación sanitaria que supone la intervención avanzada para el tabaquismo en las consultas del médico/a de familia.

## SUJETOS Y MÉTODOS

### Diseño, población y muestreo

Se diseñó un estudio descriptivo transversal

realizado en 8 Centros de Salud de Atención Primaria de Jaén capital, que atienden a toda la población de Jaén capital y algunos pueblos que dependen del mismo distrito, con un total estimado de 112.757 habitantes.

La población de referencia estuvo compuesta por los fumadores que fueron identificados en la historia clínica digital al estar incluidos en el programa “tabaquismo” y/o con diagnóstico codificado 305.1 de la CIE 9 (trastorno por consumo de tabaco: dependencia del tabaco), o cualquier otro diagnóstico codificado o no relacionado con el consumo de tabaco. La población de estudio se seleccionó entre aquellos pacientes fumadores que usaron la Vareniciclina como tratamiento farmacológico financiado para la deshabituación del hábito tabáquico durante el año 2020. Se definió a una persona como fumadora cuando, como mínimo, han fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos antes del inicio del tratamiento con Vareniciclina.

Como criterio de inclusión se estableció que la Vareniciclina hubiera sido financiada por el Servicio Andaluz de Salud. Son, por tanto, pacientes que en el último año no han tomado ningún otro fármaco para la deshabituación tabáquica, con un test de Fagerström igual o superior a 7 puntos –dependencia severa por nicotina- y que han intentado al menos una vez el cese del consumo durante el año previo a la toma de vareniciclina. Los criterios de exclusión dejaron fuera del estudio a las personas fumadoras con un trastorno de salud mental grave y/o un deterioro cognitivo importante.

Se estimó una población fumadora en Jaén de aproximadamente 2.480 personas, aplicando una prevalencia de consumo de tabaco del 22% (3). Durante el primer trimestre de 2020 se prescribieron tanto como Bupropión a un total de 23.190 fumadores, lo que supone un 1,2% de pacientes fumadores en

total. Con estos datos, la población diana del estudio fue un 4% del total de los fumadores, lo que en Jaén supone un total de 120 personas. De igual forma se estima el cese mantenido del consumo de tabaco (igual o superior a un año) en un 40% (14). Con estos datos, asumiendo un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, se obtuvo un tamaño de muestra mínimo de 91 pacientes, que se incrementó a 96 sujetos a reclutar al estimar un porcentaje de pérdidas del 5%.

Se obtuvo un listado de usuarios para quienes, durante el año 2020, se aprobó la indicación financiada del uso de la Vareniciclina a través del Servicio de Farmacia del Distrito Sanitario de Jaén-Jaén Sur (Servicio Andaluz de Salud). Posteriormente se procedió al reclutamiento de los pacientes mediante un muestreo aleatorio simple.

### Variables y recogida de datos

La variable principal fue el cese del consumo de tabaco. Se considera exfumador a aquella persona que ha mantenido la abstinencia del tabaquismo al menos durante un periodo de 12 meses (15). El resto de variables independientes se recogieron mediante una auditoría de las historias clínicas y una entrevista telefónica individual a cada paciente.

- Variables recogidas en la historia clínica: edad y sexo, presencia de enfermedades pulmonares crónicas (asma, EPOC) y tratamiento farmacológico de las mismas, valor del test de Fagerström, frecuentación en consultas de intervención avanzada antitabaco, y dosis, duración y iatrogenia del tratamiento con Vareniciclina.

- Datos de interés en la entrevista telefónica individual:

- Tabaquismo: edad de inicio del consumo; índice de paquetes año (IPA) calculado como [número de cigarrillos día x nº años

fumando/20]; número de intentos previos para dejar de fumar.

- Cese del consumo: fecha de cese del consumo, abstinencia definitiva (más de 12 meses sin fumar), recaída y tiempo desde el cese del consumo hasta la recaída (en días).

- En caso de recaída: motivos para fumar y motivos para dejar de fumar. Test de Fagerström y test de Richmond.

El test de Fagerström es un test validado útil para conocer el nivel de adicción a la nicotina del fumador. Consta de seis preguntas con una serie de respuestas asociadas a una valoración numérica. La máxima puntuación puede ser de 10 y la mínima de 0. Se clasifica al fumador como poco dependiente de la nicotina (valores 0 a 4), dependencia media (5 y 6) y dependencia alta (7 a 10).

El Test de Richmond es un test que evalúa la motivación del fumador para dejar de fumar. Está validado para población española. Se trata de un test de 4 ítems con un rango de puntuación que oscila entre 0 y 10 puntos. Una puntuación inferior a 3 puntos indica una motivación nula o baja para dejar de fumar. Una puntuación entre 4 y 5 indica una motivación dudosa. Una puntuación de 6 a 7 indica una motivación moderada a dejar de fumar. Una puntuación de 8 a 10 indica una alta motivación para dejar de fumar.

### Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo según la Ley 14/2007 de Investigaciones Biomédicas, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales, así como la normativa del informe Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén.

El acceso a las historias clínicas se realizó



por dos médicos de familia identificándose mediante el uso de usuario y contraseña propios. Las llamadas telefónicas se realizaron por una sola investigadora quien se identificó como médica de familia, facilitando información sobre el objetivo del estudio y solicitando un consentimiento informado verbal. Tras la entrevista se envió por correo postal una documentación impresa con la hoja de información al paciente sobre la investigación, así como los datos de contacto del investigador principal, recordando los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

El análisis se realizó sobre una base de datos anonimizada. La información obtenida se utilizó exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

### Análisis estadístico

Para el análisis de los datos, se creó una base de datos en el software Excel© para su posterior análisis a través del programa informático SPSS© v21.0. Se realizó primero un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y posteriormente un análisis bivalente según la existencia o no de una abstinencia mantenida tras la toma de la Vareniclina. Para las comparaciones de medias se comprobó la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene), empleándose el test t de Student o su correspondiente test no paramétricos (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el (test  $\chi^2$  para cualitativas. Por último, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística empleando la variable dependiente principal (ser exfumador -al menos 12 meses de abstinencia- o continuar fumando tras una recaída) y el resto de variables como variables independientes.

## RESULTADOS

- Características de la muestra estudiada

El tamaño de la muestra fue de 96 pacientes, con una edad media de 52,6 años ( $\pm 12,1$ ) y un intervalo de 25 a 82 años. Los principales datos de la muestra estudiada se exponen en la tabla 1, diferenciados por sexo. El 72,1% de los pacientes reclutados no padecían ninguna enfermedad, mientras que un 16,3% tenían diagnosticada una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y un 11,6% asma bronquial. Un 29,7% de las personas que tomaron vareniclina usaban inhaladores como terapia farmacológica para su problema enfermedad pulmonar, siendo los broncodilatadores de acción larga agonista beta-2 (LABA) los más usados, seguidos por los broncodilatadores de acción corta agonistas beta-2 (SABA). Los hombres fueron los que más empleaban la terapia con SABA (23,3%), en un porcentaje mayor que las mujeres (8%) y con diferencias casi significativas (tabla 1,  $p=0,061$  test X<sup>2</sup>).

- Características del consumo de tabaco

El valor medio del Índice Paquetes/Año (IPA) fue de 36,1 ( $\pm 24,9$ ) (rango de 5 a 137) con un consumo superior en los hombres (43,2  $\pm 30,8$ ) frente a las mujeres (29,9  $\pm 16,1$ ) ( $p=0,008$  test t Student). La edad de inicio del consumo de tabaco fue 17,2 años ( $\pm 3,0$ ), con edades en la muestra estudiada que ofrecieron un rango desde los 12 hasta los 30 años de edad. En cuanto al número de intentos previos, se obtuvo un valor medio de 2,9 intentos ( $\pm 2,6$ ) con un intervalo muy amplio que oscila de 1 a 14 intentos. En la figura 1 se muestran los porcentajes de sujetos de estudio según el número de intentos previos para dejar de fumar. Todos los pacientes presentaron una dependencia alta a la nicotina con un valor medio de 8,0 ( $\pm 0,8$ ), en el test de Fagerström.

- Resultados de la intervención con vareniclina

La frecuentación sanitaria debida al programa de intervención antitabaco para el seguimiento del paciente fumador fue de 2,7

Tabla 1. Principales resultados de las variables estudiadas en la muestra según el sexo

	Hombre	Mujer
Tamaño de muestra	45,8% (44)	54,2% (52)
Edad	52,2±13,6	52,9±10,7
Sin patología	67,6%	75%
EPOC	14,7%	17,3%
ASMA	17,6%	7,7%
Uso de inhaladores	34,1%	26%
• LABA	18,2%	19,2%
• LAMA	7%	11,5%
• SABA (*)	23,3%	8%
• SAMA	7%	11,5%
Índice Paquetes/Año (†)	43,2±30,8	29,9±16,1
Edad de inicio del tabaquismo	16,7±2,6	16,7±3,2
Número de intentos previos para el cese	2,8±2,7	3,0±2,5
Test de Fagerström	8,1±0,7	7,9±0,9
Número de consultas de seguimiento	2,5±1,2	2,9±1,4
Duración del tratamiento (semanas)	6,6 ±3,3	7,3±3,4
• Sin efectos secundarios	68,2%	51,9%
• Náuseas	18,2%	19,2%
• Vómitos	0%	5,8%
• Cefalea	4,5%	5,8%
• Epigastralgia	2,3%	5,8%
• Insomnio	6,8%	11,5%

Diferencias significativas con (\*)  $p=0,061$  test  $X^2$  (†)  $p=0,008$  test  $t$  Student

Tabla 2. Modelo explicativo de la abstinencia mantenida del tabaquismo tras el uso de la vareniclina

Variable	Coefficiente	OR	IC 95%	Chi2 (Wald)	p
Edad (años)	0,579	1,784	[0,67 – 4,8]	1,325	0,250
IPA	0,027	1,027	[1,0 – 1,1]	3,004	0,083
Test Fagerström	0,935	0,393	[0,2 – 0,9]	5,489	0,019
Número de consultas	0,313	1,367	[0,9 – 2,0]	2,605	0,107
Constante	5,238	188,238		3,278	0,070

Diferencias significativas con (\*)  $p=0,061$  test  $X^2$  (†)  $p=0,008$  test  $t$  Student

( $\pm 1,3$ ) con un amplio intervalo que va de 1 a 6 consultas programadas (figura 2). El valor medio del tiempo de tratamiento con Vareniciclina realizado por los pacientes seleccionados para el estudio ha sido de 7,0 semanas ( $\pm 3,3$ ). El 59,4% de los pacientes tuvieron diferentes efectos secundarios, siendo los más frecuentes las náuseas (18,8%), el insomnio (9,4%), la cefalea (5,2%), la epigastralgia (4,2%) y los vómitos (3,1%). Tras la instauración del tratamiento, el 82,3% de los pacientes dejaron de fumar y la abstinencia mantenida (definida como más de un año sin fumar) fue conseguida por el 46,2%. En la figura 3 se muestran los porcentajes del cese temporal y definitivo del consumo de tabaco por sexo, sin encontrar diferencias significativas.

- Factores predictores del cese mantenido del tabaquismo tras el uso de Vareniciclina

En la tabla 2 se presenta el modelo final obtenido mediante regresión logística binaria tras utilizar el método de pasos hacia atrás de Wald con ajuste de modelos mediante la prueba de Homer y Lemeshow ( $\chi^2 = 4,719$  y  $p = 0,787$ ). De todas las variables inicialmente estudiadas, solamente la puntuación del test de Fagerström se muestra como un factor de riesgo, dado que a mayor puntuación menor posibilidad de conseguir el cese mantenido del consumo, con una OR de 0,4. El Índice Paquetes/Año presenta una OR de 1,03, lo que supondría que un mayor consumo de cigarrillos conllevaría una mayor

probabilidad de conseguir la abstinencia, pero el intervalo de confianza engloba el valor 1 por lo que no puede afirmarse estadísticamente. El resto de las variables no presentaron ninguna influencia en los diferentes modelos realizados.

- Perfil de los pacientes con recaída en el tabaquismo tras el uso de Vareniciclina

Un 53,8% del total de la muestra estudiada volvió a consumir tabaco tras un periodo temporal de 111,4 días ( $\pm 94,3$ ), similar entre mujeres ( $118,9 \pm 110,5$ ) y hombres ( $99,3 \pm 61,7$ ), e inferior en aquellas personas que notaron secundarismos con la toma de Vareniciclina ( $101,1$  días  $\pm 90,4$ ), aunque sin diferencias significativas. Pese a la recaída, la puntuación del test de Fagerström fue inferior ( $5,3 \pm 2,0$  tras recaída vs  $8,1 \pm 0,8$  antes de iniciar el tratamiento;  $p < 0,05$  test t Student). La puntuación media del test de Richmond fue de  $6,5 \pm 1,2$ , con un 84% de fumadores con motivación moderada/alta para volver a intentar el cese del consumo.

Los motivos para fumar y no fumar en los pacientes que no mantuvieron la abstinencia se muestran en la figura 4. Los motivos más frecuentes para la recaída en el tabaquismo fueron el deseo intenso de fumar y la necesidad de evadirse de problemas diarios (figura 4.1). Entre los motivos para dejar de fumar de nuevo destacaron el ahorro económico y la mejora de síntomas como la tos o la disnea (figura 4.2).

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes estudiados según el número de intentos previos para dejar de fumar

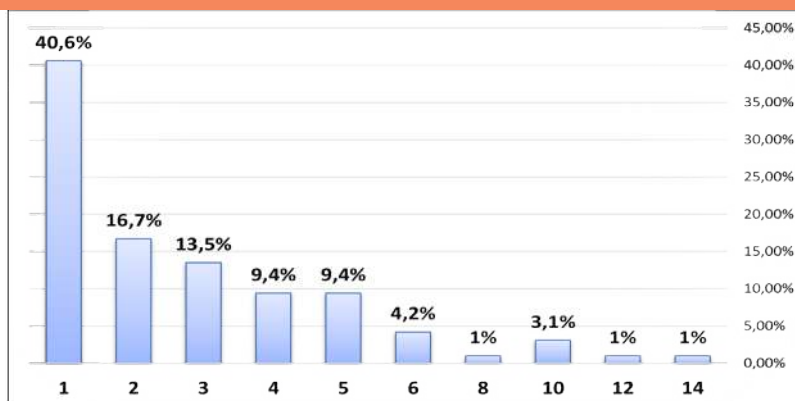


Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes estudiados según el número de consultas de seguimiento realizadas para el seguimiento del uso de la Vareniclina

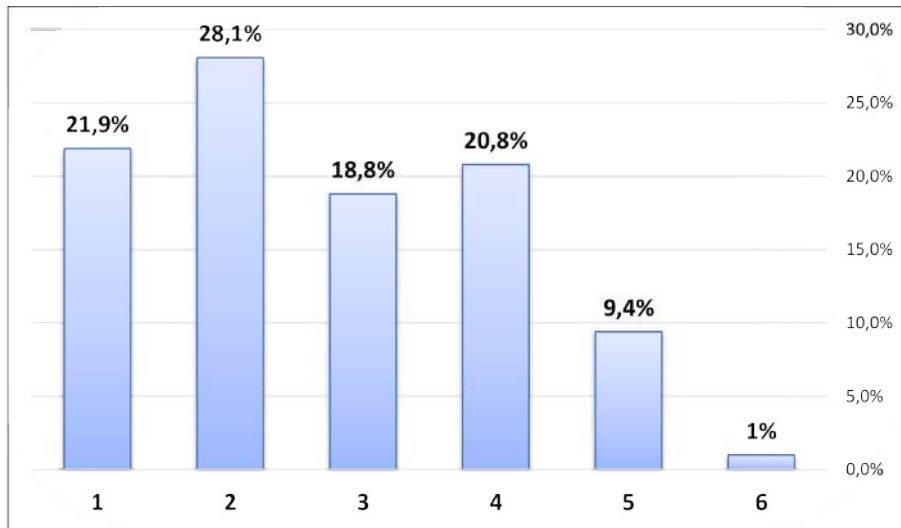
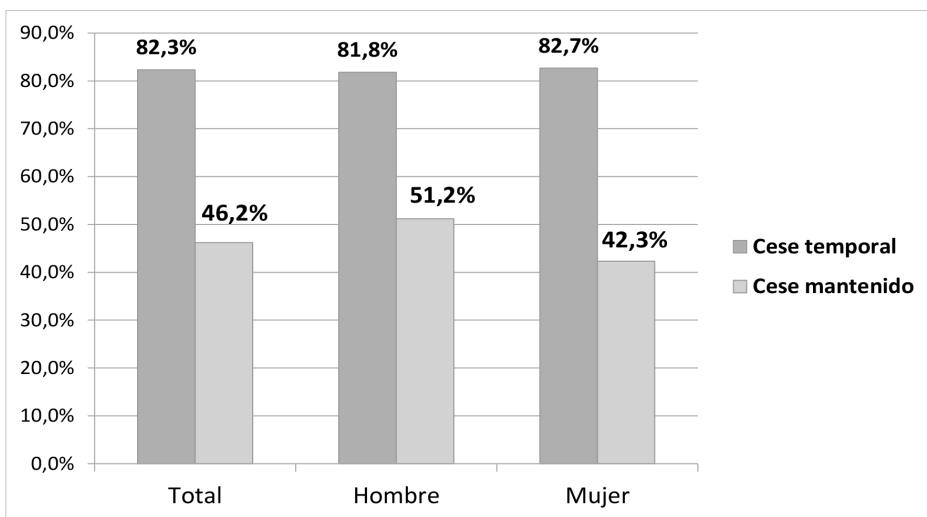


Figura 3. Porcentaje de pacientes con cese temporal y cese definitivo del tabaquismo tras el tratamiento con vareniclina



Figuras 4:

Figura 4.1 Motivos para fumar en los sujetos con recaída tras el tratamiento con Vareniciclina

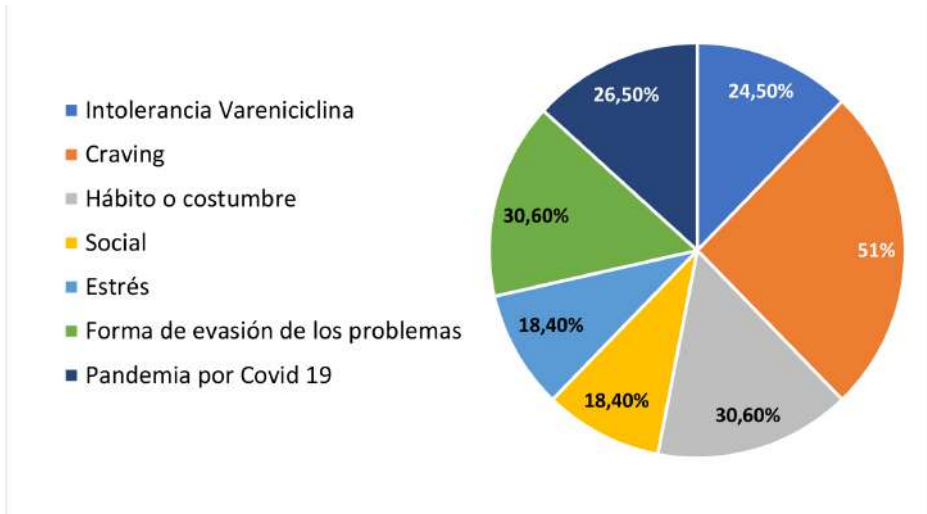
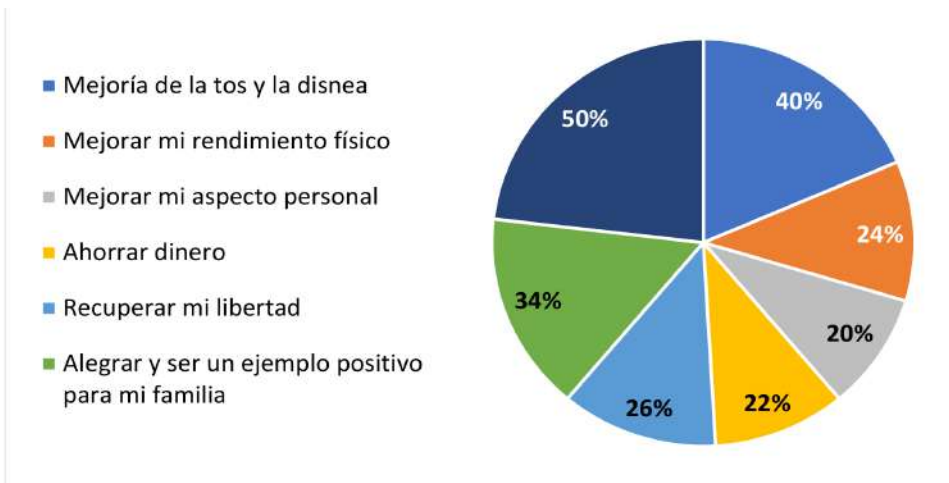


Figura 4.2 Motivos para dejar de fumar en los sujetos con recaída tras el tratamiento con vareniciclina



## DISCUSIÓN

Muchos estudios han examinado la eficacia de las terapias farmacológicas para dejar de fumar en la población general. Los fármacos más empleados, como son el tratamiento de reemplazo de Nicotina, el Bupropión y la vareniclina, aumentan las probabilidades de abstinencia tabáquica en mayor medida que el placebo (12,16), mientras que la Citi-sina no obtendría resultados inferiores (17). Se pueden encontrar resultados discrepantes sobre la eficacia de la vareniclina respecto al uso de la terapia sustitutiva con nicotina y al Bupropión para mantener la abstinencia más de 6 meses (16,18), pero la ventaja que ofrece frente a placebo está claramente evidenciada (10).

El presente estudio muestra unas elevadas tasas de abandono conseguidas en la práctica cotidiana del médico de familia, lográndose que 8 de cada 10 pacientes dejen de fumar. Como ocurre en la inmensa mayoría de series publicadas, la abstinencia mantenida al año del tratamiento disminuye obteniendo unas tasas de abandono del tabaquismo cercanas al 50%, similar a otros trabajos realizados en ámbito hospitalario (19) y en unidades especializadas en terapia contra el tabaquismo (20,21).

La financiación del tratamiento con vareniclina y el seguimiento proactivo de los pacientes son las principales características del protocolo de intervención avanzada antitabaco del Servicio Andaluz de Salud, potenciando ambas el cese mantenido del tabaquismo (12,14). En otros trabajos se aprecia que la gratuidad del fármaco favorece la adherencia al tratamiento y permite la obtención de mayores tasas de abandono del tabaco a los seis meses, confirmadas bioquímicamente, frente a intervenciones sin uso de fármacos (22) (23). De igual forma, el asesoramiento intensivo y prologando ofrece evidencias moderadas de mantenimiento de la abstinencia respecto a otras intervenciones breves (24) (25). El uso del consejo

personalizado añadido al uso de vareniclina ha demostrado una mejora cercana al 10% en las tasas de abstinencia de fumar a los seis meses (26).

Los pacientes incluidos en este estudio tuvieron un número de consultas de seguimiento inferior al detallado en el protocolo de prescripción de la vareniclina, lo que podría haber provocado una disminución del efecto de este fármaco para la consecución y mantenimiento de la abstinencia tabáquica. Este escaso seguimiento pudo estar influenciado por la excepcional situación provocada por la pandemia por COVID-19 que obligó a realizar cambios en la organización de la asistencia sanitaria, motivo por el cual muchas de estas consultas de seguimiento se han realizado por teléfono, no obstante, no parecen existir diferencias significativas respecto de la atención presencial durante el seguimiento activo (23).

El tiempo de duración del tratamiento ha sido algo inferior a dos meses, lo que puede inducir a recaídas en aquellos pacientes con mayor dependencia o menor motivación (27), que podrían haber prolongado su terapia hasta los tres meses. Otros estudios muestran mejoras en los resultados con la vareniclina cuando se programa una retirada progresiva del consumo, en fumadores que no quieren o no pueden dejar de fumar abruptamente, a quienes se recomienda un tratamiento prolongado para ayudar a mantener la abstinencia (12,16).

A pesar de que más de la mitad de los pacientes manifestaban haber padecido efectos secundarios con el tratamiento y que existe la indicación de adaptar la dosis de vareniclina a las necesidades del paciente para contribuir a la mejora del cumplimiento terapéutico (10,15), no se llevó a cabo dicha reducción por la falta de notificación de los efectos y por la dificultad que supuso realizar un mayor seguimiento, siendo la in-



tolerancia uno de los motivos de abandono del tratamiento.

El perfil del paciente que sufre una recaída en el hábito de fumar incluye a aquellas personas con mayor dependencia a la nicotina, pero no se relaciona con un mayor consumo de cigarrillos, dado que podría generar una sensación de mayor dependencia o de mala salud que favorecería el cambio. Hay que destacar la reducción del grado de dependencia a la nicotina de aquellos pacientes que no consiguieron dejar de fumar, lo que puede favorecer el éxito en un siguiente intento para dejar de fumar.

Las limitaciones del estudio han estado relacionadas con el sesgo de información debido a la falta de datos o a la imprecisión de la información recogida en las historias clínicas, originándose de las anotaciones realizadas tanto por profesionales de medicina como enfermería. Es preciso valorar el sesgo de memoria y de deseabilidad social durante la recogida de datos mediante entrevista telefónica, ya que la persona entrevistada puede haber olvidado datos de un año atrás o no ser sincera en sus respuestas. Se debe tener en cuenta que algunos pacientes han iniciado el tratamiento justo antes o durante los meses de la pandemia por COVID-19, por lo que ha dificultado el seguimiento de los profesionales sanitarios implicados en el programa de deshabituación tabáquica, así como la realización conjunta de la terapia cognitivo-conductual y los talleres de intervención grupal que hubiesen aumentado el éxito del tratamiento (28). No se han tenido en cuenta algunos aspectos personales, como la asertividad o las habilidades sociales del fumador (27), en el éxito del tratamiento. Los actuales problemas de suministro de la Vareniciclina impiden, por el momento, aumentar el tamaño de muestra para conocer la efectividad real del uso de la vareniclina en Atención Primaria de forma financiada, así como para conocer el perfil de aquellos fumadores que no logran mantener la abstinencia.

El presente estudio ha mostrado que los médicos de familia logran tasas de abstinencia mantenida similares a otros estudios realizados en ámbitos hospitalarios o en consultas dedicadas únicamente a las terapias para dejar de fumar, siendo sin embargo mucho más costo-efectivas (29). Hay que reconocer, no obstante, que hay un amplio margen de mejora para ser más proactivos a la hora del seguimiento, siendo necesario programar la duración adecuada del tratamiento farmacológico y el número adecuado de las consultas de revisión precisas para asegurar un correcto apoyo al abandono del tabaco. Los tratamientos para el abandono del tabaquismo tienen un éxito irregular, que depende tanto de la determinación y fuerza de voluntad de quienes los emprenden, como de la ayuda profesional personalizada y eficaz. El conocimiento de la historia personal y familiar del fumador, la cercanía y el uso de técnicas propias como la entrevista motivacional (30), hacen que la Atención Primaria sea el entorno más adecuado para las intervenciones centradas en el cese de consumo de tabaco.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. It's time to invest in cessation: the global investment case for tobacco cessation [Internet]. 2021, noviembre [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039285>
2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition [Internet]. 2019, diciembre [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>
3. Epdata. El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos [Internet]. Abril, 2023 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/consumo-taba>

co-espana-datos-graficos/377

4. Fernández LG, Cortés JMM, Sánchez-Cruz JJ. V Encuesta Andaluza de Salud (Adultos) 2015-2016. [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/La%20Salud%20en%20Andaluc%C3%ADa-%20Adultos.pdf>
5. Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E, et al. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019, 93. [citado 15 de abril de 2023] Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272019000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. The National Institute for Health and Care Excellence Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. [Internet]. NICE; 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>
7. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordóñez-Mena JM, Aveyard P. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 de septiembre de 2019;9(9):CD013183.
8. US Service of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General – Key Findings [Internet]. HHS.gov. 2020 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/tobacco/2020-cessation-sgr-factsheet-key-findings/index.html>
9. Galanti LM. Tobacco smoking cessation management: integrating varenicline in current practice. *Vasc Health Risk Manag*. 2008; 4(4):837-45.
10. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 de mayo de 2016;2016(5):CD006103.
11. Jordan CJ, Xi ZX. Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert Opin Drug Discov*. 2018; 13(7):671-83.
12. Tonstad S, Arons C, Rollema H, Berlin I, Hajek P, Fagerström K, et al. Varenicline: mode of action, efficacy, safety and accumulated experience salient for clinical populations. *Curr Med Res Opin*. 3 de 2020; 36(5):713-30.
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La AEMPS comunica problemas de suministro y retirada del mercado de varios lotes del medicamento CHAMPIX comprimidos recubiertos con película [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/la-aemps-comunica-problemas-de-suministro-y-retirada-del-mercado-de-varios-lotes-del-medicamento-champix-comprimidos-recubiertos-con-pelicula/>
14. Gobarani RK, Abramson MJ, Bonevski B, Weeks GR, Dooley MJ, Smith BJ, et al. The efficacy and safety of varenicline alone versus in combination with nicotine lozenges for smoking cessation among hospitalised smokers (VANISH): study protocol for a randomised, placebo-controlled trial. *BMJ Open*. 2020; 10(10):e038184.
15. Tabaquismo, abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. [Internet]. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2011 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011\\_GuiaAbTab.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf)
16. Guo K, Wang S, Shang X, E F, Hou L, Li J, et al. The effect of Varenicline and Bupropion on smoking cessation: A network meta-analysis of 20 randomized controlled trials. *Addict Behav*. 2022; 131:107329.
17. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(1):56-64.
18. Patnode CD, Henderson JT, Melnikow J, Coppola EL, Durbin S, Thomas R. Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 Jan. Report No.: 20-05264-EF-1. Cabrera C E, Fernández A MC, Velasco G JL, Reina M N, López L L, Vera S MC, et al. Abandono del hábito tabáquico tras un primer

- ingreso en el Servicio de Neumología. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2016; 32(1):7-12.
19. Pascual-Lledó JF, De la Cruz-Amorós E, Bustamante-Navarro R, Buades-Sánchez MR, Contreras-Santos C, Castillo-Aguilar C. Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(16):601-6.
  20. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Díaz Cerezo S, Martí Sánchez B, Sanz De Burgoa V. Tasas de abstinencia de vareniclina frente a bupropión y terapia sustitutiva con nicotina en la cesación del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43(9):482-9.
  21. Park ER, Perez GK, Regan S, Muzikansky A, Levy DE, Temel JS, et al. Effect of Sustained Smoking Cessation Counseling and Provision of Medication vs Shorter-term Counseling and Medication Advice on Smoking Abstinence in Patients Recently Diagnosed With Cancer. *JAMA*. 2020; 324(14):1406-18.
  22. Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Park ER, et al. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312(7):719-28.
  23. Ávila García R, Salguero Chaves E, Gragera Gómez M. Efectividad de una intervención muy breve en tabaquismo realizada por residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria de un centro de salud urbano. *Medicina General y de Familia*. 2022; 11(1):16-21.
  24. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 de marzo de 2017;3(3):CD001292.
  25. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Faseru B, Greiner A, Ellerbeck EF, et al. Effect of Varenicline Added to Counseling on Smoking Cessation Among African American Daily Smokers: The Kick It at Swope IV Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022; 327(22):2201-9.
  26. Leal BM, Ocampo AM, Cicero R. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud mental* 2010; 33:489-98.
  27. Lira-Mandujano J, Rosales García M, Míguez Varela MC, Cruz-Morales SE. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar combinada con vareniclina. *Perspectivas en Psicología* 2020; 16(2):387-97.
  28. Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C, Pérez-Cachafeiro S, Espinosa-Arévalo MM, Delgado-Martín JL. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad. *Aten Primaria*. 2012; 44(11):659-66.
  29. Pérez-Milena A, Navarreteguillén AB, Mesa-Gallardo MI, Martínez Pérez R, Leal-Helmling FJ, Pérez-Fuentes C. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. *Adicciones*. 2012;24(3):191-9.

ORIGINAL

# Valoración de un programa de mentoring para la mejora del programa de cirugía menor de un centro de salud urbano

Pérez-Milena A<sup>1</sup>, Molina-Hurtado E<sup>2</sup>  
Leiva-Alarcón A<sup>3</sup>, Barquero-Padilla R<sup>4</sup>,  
Darwish-Mateos S<sup>5</sup>, Rodríguez-Castilla F<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Castro del Río (Córdoba). Servicio Andaluz de Salud

<sup>3</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real (Jaén).

<sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Belén. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

<sup>5</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

## CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

Correo electrónico:

alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Twitter: @alejandro\_pemi

Recibido el 24-05-2023; aceptado para publicación el 27-06-2023.

Med fam Andal. 2023; 24-33

## PALABRAS CLAVE

Procedimientos Quirúrgicos Menores, Tutoría, Atención Primaria de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Cobertura de los Servicios de Salud.

## RESUMEN

**Título:** Valoración de un programa de mentoring para la mejora del programa de cirugía menor de un centro de salud urbano.

**Objetivo:** Conocer las mejoras en calidad y cobertura del programa de Cirugía Menor mediante un programa de formación de tipo mentoring.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal (años 2010 a 2016).

**Emplazamiento:** Centro de salud urbano.

**Población y muestra:** Se incluyen todos los pacientes  $\geq 14$  años que han sido objeto de un procedimiento quirúrgico incluido en la cartera de servicios de cirugía menor y se excluyen aquellos sin registros (o ilegibles).

**Intervenciones:** Se instauró un programa de mentoring con dos profesionales expertos responsables que forman y supervisan directamente al resto del personal sanitario en los procedimientos quirúrgicos realizados. Se recogen los datos mediante auditoría de historias y registros clínicos entre los años 2010 a 2016, valorando calidad (consentimiento informado y envío de muestra a anatomía patológica) y cobertura anual. Análisis descriptivo y multivariante. Autorización del comité de ética.

**Resultados:** Se valoran 949 procedimientos quirúrgicos (78% mentoring), sobre todo infiltraciones (30%), uso del electrobisturí (26%) y extirpación de tumores benignos (13%). Participaron 37 médicos residentes (en 68% actos), 12 médicos senior (21%) y 3 enfermeros (5%). La cobertura poblacional se duplica (0,6% a 1,3%,  $p < 0,01$   $\chi^2$ ) con mejor calidad del consentimiento informado (99,6% vs 92,9%,  $p < 0,001$   $\chi^2$ ) y del envío de muestras (93% vs 76%,  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ). La calidad global es mejor cuando se realiza dentro del programa formativo (OR [1,77; 3,00]) y en extirpación de tumores benignos (OR [1,32; 1,66]).

**Conclusiones:** El programa de mentoring implica a un elevado número de profesionales de distintas categorías mejorando la cobertura poblacional y la calidad de la Cirugía Menor.

**KEYWORDS**

Minor Surgical Procedures, Mentoring, Primary Health Care, Quality of Health Care, Health Services Coverage

**SUMMARY**

**Title:** Evaluation of a mentoring program for the improvement of the minor surgery program of an urban health center.

**Objective:** To know the improvements in quality and service coverage of the Minor Surgery program through a mentoring-type training program.

**Design:** Cross-sectional descriptive study from 2010 to 2016.

**Setting:** Urban Primary Care Center.

**Population and simple:** Patients  $\geq 14$  years of age with a surgical procedure corresponding to the Minor Surgery program were included. Patients without surgical procedures medical record or illegible written documents were excluded.

**Interventions:** A mentoring program was established with two responsible expert professionals who directly train and supervise the rest of the healthcare professionals in the surgical procedures performed. Data are collected by auditing medical records between the years 2010 and 2016, assessing quality (informed consent and sample submission to pathology) and annual coverage. Descriptive and multivariate analysis. Authorization of the ethics committee.

**Results:** 949 surgical procedures were evaluated (78% by mentoring). Most frequent were infiltrations (30%), use of electrocautery (26%) and removal of benign tumors (13%). 37 in-training doctors (in 68% acts), 12 senior family doctors (21%) and 3 nurses (5%) participated. Population coverage doubles (0.6% to 1.3%,  $p < 0.01$   $\chi^2$ ) with better quality of informed consent (99.6% vs 92.9%,  $p < 0.001$   $\chi^2$ ) and anatomical sample delivery (93% vs 76%,  $p < 0.001$   $\chi^2$  test). The overall quality is better when it is carried out within the training program (OR [1.77;3.00]) and in the benign tumors excision (OR [1.32;1.66]).

**Conclusions:** The mentoring program involves a large number of professionals from different categories, improving population coverage and the quality of Minor Surgery.

**INTRODUCCIÓN**

La Cirugía Menor es una prestación sanitaria contemplada como una actividad propia del Sistema Nacional de Salud español desde 1995, formando parte de la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003 (RD 1277/2003), con una normativa actualizada en el año 2006 (RD 1030/2006). Comprende aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, sencillas y de corta duración, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requiere reanimación postoperatoria, ni presentará ningún tipo de complicación postquirúrgica importante (1). La oferta de este tipo intervenciones mejora la accesibilidad, tiene buena aceptación por parte de la población y presenta adecuados criterios de calidad (2) (3) (4). Al mismo tiempo que aporta mayor comodidad al paciente, disminuye la presión asistencial y listas de espera en otros ámbitos de atención con una significativa disminución de costes para el sistema sanitario (5).

La actividad quirúrgica en Atención Primaria logra recuperar una práctica habitual del antiguo médico de cabecera de nuestro país, perdida durante décadas por el abandono formativo y la burocratización de la Medicina General Española, además de ampliar el perfil profesional de los médicos/as de familia y las posibilidades de actuación. No obstante, su puesta en marcha requiere tanto una reorganización de la atención y los espacios de un centro de salud como el aprendizaje de determinadas habilidades prácticas imprescindibles para su desarrollo (6,7). En este campo de actuación, la adquisición de competencias clínicas es tan importante como la el asesoramiento individualizado y la experiencia individual (8).

El desarrollo e implantación del programa



de Cirugía Menor ha sido dispar en los diferentes centros de salud (8). En primer lugar, no todos los centros disponen de consulta y material específicos para las intervenciones quirúrgicas, sobre todo en consultorios rurales. Por otra parte, en muchos casos la organización ha creado una tendencia a que un solo profesional se haga responsable de las intervenciones de toda la población (9). Esta dispensarización puede dificultar la organización del trabajo en cada cupo, incrementar la demora y propiciar una menor confianza del paciente. Además, el profesional sanitario que no realiza ningún acto quirúrgico ve limitada progresivamente su capacidad resolutoria y se reducen sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas (9).

Por otra parte, la realización de la Cirugía Menor por todos los profesionales sanitarios de un centro de salud está limitada por la motivación para la participación en este programa, dado que habitualmente no es un objetivo que cuente para el centro, y por la capacidad técnica para afrontar esta atención sanitaria. En este programa es preciso el desarrollo práctico de habilidades que permitan al profesional sanitario afrontar con garantía de éxito los procedimientos de la Cirugía Menor (6–8). Para ello es preciso contar con un proceso de enseñanza-aprendizaje, activo y permanente destinado a actualizar y mejorarla capacitación de un grupo de profesionales que trabajan en equipo, haciendo frente a las nuevas necesidades en salud de la población y a los intereses y aspiraciones de cada profesional concreto para lograr su desarrollo personal (10).

Entre las distintas técnicas de aprendizaje para adultos, el mentoring ocupa un lugar destacado en la educación para adultos. Se trata de un aprendizaje entre iguales, destinado a implementar las habilidades ante la realización de actos habituales de Cirugía Menor (6,10). La técnica del mentoring está basada en la oferta realizada por un experto en la materia, quien estimula nuevas for-

mas de actuar, sirve como ejemplo al resto de compañeros y asesora sobre problemas difíciles (11). Usualmente dicha técnica implica una relación profesional continua, en contraposición a otras técnicas como el coaching, que se centra en temas o eventos de rendimiento específicos, en su mayoría a corto plazo y dirigidos por entrenadores ajenos a la organización (12).

Desde el año 2009 se lleva a cabo en el Centro de Salud El Valle (Jaén, Servicio Andaluz de Salud) un programa de tutorización basado en el mentoring para el aprendizaje de las técnicas de Cirugía Menor. El presente trabajo se diseñó para conocer los resultados en calidad y cobertura poblacional de esta intervención formativa en un centro de salud durante un periodo de 7 años, así como el tipo de intervenciones realizadas y el perfil de los profesionales participantes.

## SUJETOS Y MÉTODO

### Diseño, población y muestreo

Se diseña un estudio descriptivo transversal mediante auditoría de historias de salud digital y registros clínicos en papel de Cirugía Menor de un Centro de Salud entre los años 2010 a 2016. La población diana pertenece a un barrio de Jaén capital, con características urbanas y con un 40% de la población perteneciente a zonas necesitadas de transformación social. La población de estudio son todos los pacientes con 14 o más años de edad que fueron sometidos a una intervención propia de la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (13), desde el año 2010 hasta el año 2016. El listado de pacientes se ha obtenido del registro en papel del programa de Cirugía Menor. Se excluyeron aquellas personas sin registro en su historia de salud acerca del procedimiento realizado o que los datos del listado en papel fueran ilegibles.

Se ha calculado un tamaño de muestra mí-



nimo de 42 pacientes por año (nivel de confianza 95%, una precisión 3% y cobertura poblacional del 1%). Estimando un 5% de pérdidas, se han requerido al menos 441 pacientes para asegurar la validez externa. Se decide el estudio de todas las personas que han participado en el programa de Cirugía Menor.

### **Características del programa de mentoring**

La tutorización de la Cirugía Menor se realizó por medio de dos médicos de familia, que lideraron esta actividad por su mayor competencia y experiencia. El resto del personal sanitario (médicos/as de familia, especialistas internos en formación y personal de enfermería) participaron como tutorizados (o “mentee”). Los pacientes eran captados en consulta a demanda por parte de cualquier profesional y posteriormente valorados conjuntamente junto al médico tutor para estimar la pertinencia y programar la intervención. Durante la intervención, el profesional tutorizado realizaba gran parte de la intervención bajo supervisión del tutor, quien transmitía tanto conocimientos teóricos como habilidades. Se creó una agenda específica para la Cirugía Menor tutorizada, aunque se facilitó la realización en otros horarios para mejorar la accesibilidad.

### **VARIABLES Y RECOGIDA DE DATOS**

Se realizó una recogida de datos del registro en papel del programa de Cirugía Menor, que contenía los datos de cada intervención y los consentimientos informados, mientras que los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya y de los informes de anatomía patológica. Las variables principales son la cobertura poblacional y la calidad del acto de Cirugía Menor. La cobertura se obtiene de forma anual calculando el número total de intervenciones realizadas en el año x 100 dividido entre la población estimada. El objetivo ideal de cobertura se sitúa en el 1,5% (13). La calidad

de la Cirugía Menor se basa en los dos siguientes ítems:

1. Existencia de un consentimiento informado (CI) debidamente cumplimentado y firmado tanto por el paciente como por los profesionales. Se calcula de forma anual como  $[\text{n}^\circ \text{ de consentimientos informados} / \text{n}^\circ \text{ total de cirugías}] \times 100$ . Para valorar la idoneidad del CI se revisó el registro de los datos identificativos de médico/a y paciente (nombre completo, clave numérica personal o número de colegiado del médico, documento nacional de identidad o número de usuario de la seguridad social del paciente, firma), el tipo de intervención realizada, las contraindicaciones a la misma, la necesidad de firma de un representante legal del paciente y la fecha de la intervención.
2. Envío de la muestra obtenida, cuando proceda, al servicio de anatomía patológica para su procesado y diagnóstico. Se calcula de forma anual como  $[\text{n}^\circ \text{ de muestras enviadas a anatomía patológica} / (\text{n}^\circ \text{ total de cirugías} - \text{n}^\circ \text{ de intervenciones donde no procede la recogida de muestras})] \times 100$ .

Se recogieron otras variables como la realización del acto quirúrgico dentro del programa de mentoring o no, la categoría del profesional tutorizado (médico/a de familia, médico/a interno residente, enfermero/a), el tipo de intervención quirúrgica y el año y mes de su realización.

### **Análisis de datos**

Se comprobó la normalidad de los datos y su homocedasticidad, utilizando el programa SPSS v21 para su análisis. Se realizó primero un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y posteriormente un análisis bivalente en función de si el acto quirúrgico se hizo dentro del programa de mentoring o no. Por último, se hizo un análisis multivariante

mediante regresión logística empleando la calidad de la cirugía menor como variable dependiente (variable que suma la existencia de registro en la historia clínica, existencia de consentimiento informado y envío de muestra a anatomía patológica) y el resto de variables como variables independientes, entre ellas la tutorización en el programa de mentoring.

### Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue autorizado por la Comisión de Ética de la Investigación de Jaén (según normativa del RD 223/04), siguiendo la normativa del informe Belmont y los principios de la Declaración de Helsinki de la AMM (Brasil, octubre 2013) y la normativa legal respecto a la autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) y la protección de sus datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). El acceso a los registros médicos fue realizado por médicos con actividad clínica en el propio centro, identificándose con usuario y contraseña individuales. Los datos recogidos se procesaron de forma anónima, de forma que los resultados finales no pueden relacionarse con los datos clínico-asistenciales de cada paciente concreto.

## RESULTADOS

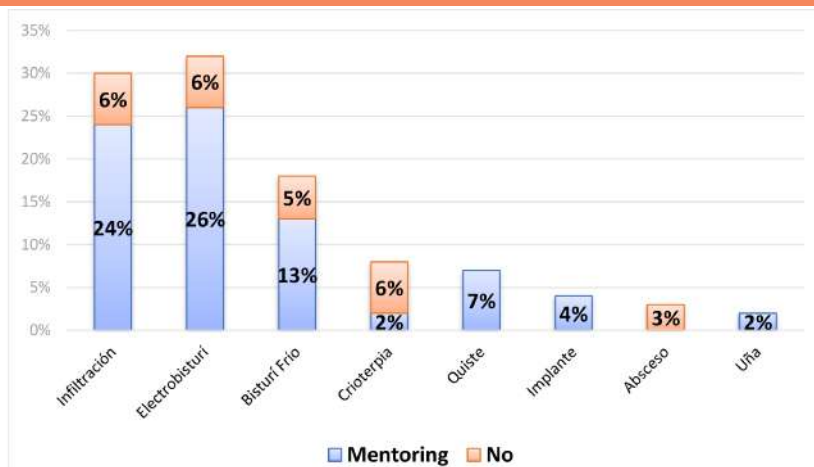
### Caracterización de las intervenciones de Cirugía Menor

Se han realizado un total de 949 actos qui-

rúrgicos durante los siete años de estudio del programa de Cirugía Menor, 56% en mujeres y 48% en hombres, siendo tutorizados el 78% de los mismos. Participaron un total de 37 médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, actuando en un 68% de los procedimientos quirúrgicos. Por parte de los profesionales senior, participaron 12 médicos de familia en un 21% de las intervenciones y un total de 3 enfermeros en un 5% de las actuaciones (diferencias significativas con  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ).

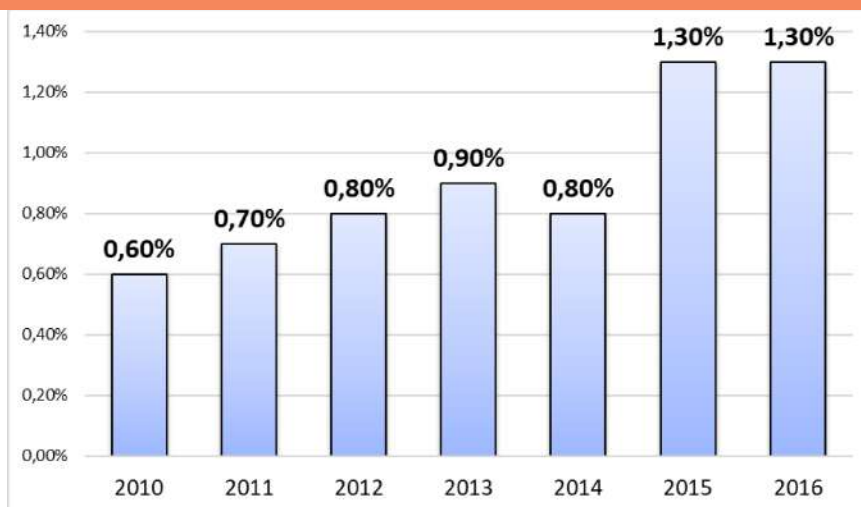
Los procedimientos quirúrgicos más realizados fueron las infiltraciones periarticulares e intraarticulares (30%), seguido por la extirpación de tumores benignos mediante el uso del electrobisturí (26%) o del bisturí frío (13%). En menor porcentaje se hizo uso de la crioterapia con Histofreezer© (8%), se procedió a la extirpación de quistes sebáceos y lipomas (7%), se insertaron/retiraron implantes anticonceptivos subcutáneos (4%), se drenaron abscesos (3%) y se realizaron intervenciones sobre patología ungueal (2%). La extirpación de tumores benignos, con cualquier técnica, y las infiltraciones fueron las intervenciones más realizadas en el programa de mentoring (figura 1,  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ).

Figura 1. Tipos de intervenciones realizadas en Cirugía Menor según la realización o no de la formación tipo mentoring



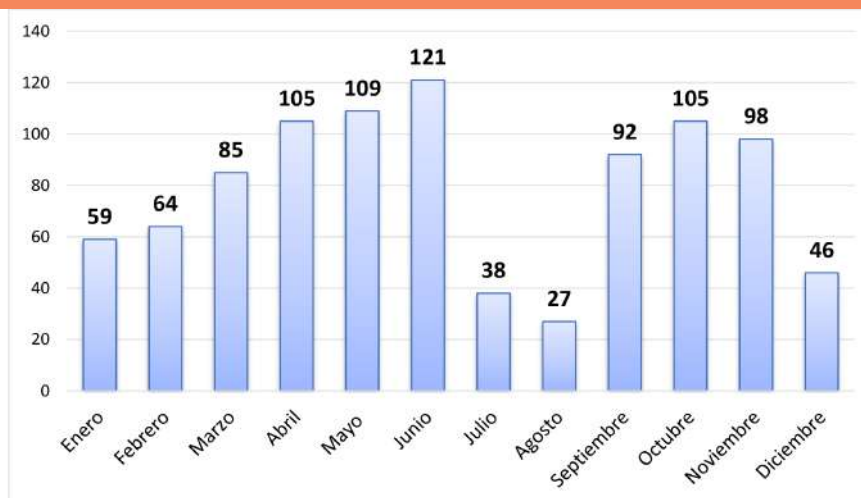
Diferencias significativas con  $p < 0,01$   $\chi^2$

Figura 2. Cobertura del programa de Cirugía Menor en función del año de estudio



Diferencias significativas con  $p < 0,001 \chi^2$

Figura 3. Número total de actos quirúrgicos por mes.



Diferencias significativas con  $p < 0,01 \chi^2$

Tabla 1. Modelo multivariante mediante regresión logística sobre variables predictivas en la calidad del programa de cirugía menor

Variable	Beta	OR	IC al 95%	Ji2 Wald	P
Independiente	0,340			0,332	0,564
Programa de mentoring	0,868	2,381	(1,77; 3,00)	7,617	0,006
Médico	18,334	0,997	(0,93; 1,07)	0,005	0,945
Enfermero	-0,074	0,928	(0,91; 3,03)	0,004	0,947
Tipo de intervención (1)	0,399	1,490	(1,32; 1,66)	21,985	0,000

La variable dependiente es la existencia de un adecuado consentimiento informado más el envío de muestra a anatomía patológica. (1) Extirpación tumores benignos frente al resto de intervenciones.

## Cobertura y calidad de la Cirugía Menor

La cobertura media es del 0,91% con una tendencia creciente del número total de actos quirúrgicos realizados cada año desde el inicio del programa de mentoring. Se contaron 95 intervenciones en el año 2010, 106 en 2011, 114 en 2012, 126 en 2013, 117 en 2014, 198 en 2015 y 193 en 2016. Este incremento hace que la cobertura pase de un 0,6% en 2010 a un 1,3% en 2016 (figura 2,  $p < 0,01$   $\chi^2$ ). Se aprecia una clara estacionalidad de la realización de la Cirugía Menor, disminuyendo las intervenciones en los meses de verano (julio y agosto) y en los meses más fríos (diciembre a febrero) y con un mayor número en los meses de abril a junio y octubre (figura 3).

Respecto a la calidad, el consentimiento informado se cumplimentó adecuadamente en el 97% de las intervenciones, siendo superior en las operaciones realizadas en el programa de mentoring (99,6%) frente a los actos que se hicieron fuera de este programa formativo (92,9%,  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ). En cuanto al envío de muestras al laboratorio de anatomía patológica, se remitieron para estudio en el 87% de las operaciones realizadas donde se obtuvo material tisular. De igual forma, en las intervenciones realizadas en el programa de mentoring se envió un mayor porcentaje de muestras que en las operaciones sin tutorización (93% vs 76%,  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ).

### Factores relacionados con la calidad de la Cirugía Menor

La relación entre la calidad del procedimiento quirúrgico realizado (entendida como el registro de un consentimiento informado por escrito con firma del paciente más el correcto envío de muestra al servicio de anatomía patológica para su valoración) con el resto de variables estudiadas se valo-

ró mediante un análisis multivariante (tabla 1). El programa de mentoring incrementa la probabilidad de una mejor calidad con una OR de 2,4, con un intervalo de confianza al 95% de (1,77; 3,00). Entre las diferentes intervenciones realizadas, el procedimiento de extirpación de tumores epidérmicos y dérmicos benignos se relacionó con una mejor calidad del acto quirúrgico, con una OR de 1,5 frente al resto de procedimientos realizados en los que fue preciso el envío de muestra, con un intervalo de confianza del 95% de (1,32; 1,66).

## DISCUSIÓN

El programa formativo en Cirugía Menor basado en el mentoring ha conseguido mejorar la cobertura poblacional del programa, incrementar la calidad del acto quirúrgico e involucrar a todo el equipo de profesionales sanitarios en estas tareas. Estos logros confirman resultados iniciales donde se constataba un aumento del número de profesionales que practicaron intervenciones menores, tanto por el aumento de confianza en sus capacidades como por la mejor percepción de su capacitación con el apoyo del tutor (6). De hecho, actividades concretas como las infiltraciones de hombro han supuesto una importante mejora en la cartera de servicios del centro de salud (14).

La calidad es un elemento central de este programa. Desde hace más de tres décadas se está demostrando en diferentes países que la realización de técnicas de Cirugía Menor en atención primaria no suponen una merma de la calidad de las intervenciones (8,15). El programa formativo de mentoring ofrece más garantías para que todo el proceso se realice correctamente al observarse el protocolo de actuación por su finalidad docente. Otros estudios encontraron una importante mejora para descartar la patología

maligna y premaligna, y en la concordancia clinicopatológica de las lesiones (16–18) con una baja tasa de complicaciones postquirúrgicas (19).

De igual forma, la cobertura poblacional se ha ido aumentando progresivamente hasta duplicar los valores iniciales, acercándose al objetivo marcado por el Servicio Andaluz de Salud (13), algo que no ocurre en centros de la misma zona que no tienen una formación específica (5). Esta mayor actividad se acompaña de una disminución de los costes hospitalarios estimados entre un 25%-75% (5) (20). La Atención Primaria ofrece un entorno de menor coste para la resolución de procesos quirúrgicos de baja complejidad y sin necesidad de ingreso hospitalario, al tiempo que disminuye sensiblemente las listas de espera quirúrgicas y descentraliza los servicios de los grandes hospitales. Además, mejora el grado de satisfacción del paciente con unos tratamientos que son muy bien recibidos, ya que la intervención va a ser llevada a cabo por un profesional conocido de un entorno cercano y con el que tiene confianza (3) (18) (21). Algunos estudios contraponen la satisfacción del paciente, por la accesibilidad a estos procedimientos, frente a la necesidad del incremento de las habilidades de los médicos/as de familia y la necesidad de la mejora en el diagnóstico de las lesiones malignas (21,22). No obstante, la mejora de las competencias prácticas mediante una formación práctica como la propuesta (6) y el incremento del uso del dermatoscopio en Atención Primaria (23) pueden ayudar a superar estas dificultades.

Hay dos datos interesantes que matizan los buenos resultados en cobertura poblacional. Por un lado, el programa de Cirugía Menor es estacional dado que se repite un patrón de menor oferta en las temporadas con mayor frecuentación de la población (coincidiendo con la época de infecciones respiratorias

aguda durante los meses más fríos) y cuando hay un menor número de profesionales (como ocurre durante el periodo estival) (5). La escasa incentivación que supone realizar una actividad, no está exenta de riesgos, puede explicar que se atisben datos de acomodamiento en los profesionales apreciándose que solo aumentan los procedimientos fáciles, de casi exclusiva trascendencia estética, e incertidumbre en su crecimiento en las técnicas más avanzadas y coste-efectivas (8).

El estudio cuenta con un posible sesgo de información, al tener que recoger de forma retrospectiva los datos de los registros clínicos. Algunos aspectos que pueden ser muy importantes para determinar la calidad, tales como la concordancia anatomopatológica y la aparición de efectos secundarios, no han sido recogidos. Por último, hay una menor participación de los profesionales senior, siendo muy escasa por parte de la enfermería pese a la incorporación de esta actividad a sus tareas clínicas (24).

Como conclusión, se puede hacer una valoración positiva del programa formativo de mentoring para obtener habilidades en Cirugía Menor, incrementar la calidad y la cobertura e implicar a todo el equipo de profesionales sanitarios (6,16,25). Cuando se opera de manera óptima, la tutoría es mutuamente beneficiosa, mejorando el conocimiento, la satisfacción y el rendimiento laboral de ambas partes (26). La formación MIR es una muestra excelente de cómo ese liderazgo cercano y continuo mejora competencias y habilidades, siendo necesario extender este tipo de formación continuada práctica a todos los miembros del equipo. Un segundo paso sería establecer una formación en red entre profesionales, de manera que los profesionales que han aprendido estas técnicas sean competentes para poder enseñar a nuevos profesionales noveles.



## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Premios

La presente investigación ganó el áccesit al mejor trabajo clínico médico inédito en la XXIII convocatoria de premios a trabajos científicos e inéditos “Dr. Ramiro Aguilera Vaquero” del Colegio Oficial de Médicos de Jaén (30/10/2018).

## Agradecimientos

A D. Juan Carlos Peña Sánchez por el impulso para iniciar este programa y a D. Andrés Moreno Corredor por su buen hacer en la docencia. A todos los profesionales de la salud que durante este periodo han contribuido al buen desarrollo de este programa de mentoring en el Centro de Salud El Valle (Jaén).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Cirugía en Atención Primaria. En: Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. 7ª ed. Barcelona: Elsevier. 20149, p. 1056-1078.
2. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria*. 2000;26(2):91-5.
3. Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S, et al. Calidad percibida por usuarios de cirugía menor según nivel asistencial y profesionales que la realizan. *Rev Esp Salud Pública* 2018; 92: e201804015.
4. Hansis ML. [Quality assurance in ambulatory surgery]. *Chir Z Alle Geb Oper Medizen*. 2004; 75(2):120-5.
5. García Ávalos D, Pérez Milena A. Cambios del programa “cirugía menor” en un centro de salud tras 10 años. Diferencias en las técnicas, diagnósticos, cobertura y eficiencia en el proceso. *Actual Med*. 2019; 104: (808): 164-169.
6. Pérez-Milena A, Simão-Aiex L, Ramirez-Picó MA, Juárez-Jimenez MV. Avaliação de um programa de formação baseado no Mentoring para aquisição de habilidades em pequena cirurgia num centro de saúde urbano em Jaén, Andaluzia, Espanha. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2012; 7(25).
7. Puche JM, Muñoz PA. Incorporación de un Programa de Cirugía Menor en un Centro de Salud de España. *Arch En Med Fam*. 2009; 11(1):39-49.
8. Arribas Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43(2):58-60.
9. Caballero-Martínez F. Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. *Aten Primaria*. 2005; 36(10):535-6.
10. Martín Fernández J, Martínez Marcos M, Ferrándiz Santos J. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27(7):497-502.
11. Mullen CA, Klimaitis CC. Defining mentoring: a literature review of issues, types, and applications. *Ann N Y Acad Sci*. 2021; 1483(1):19-35.
12. Rolfé A. Do I need a mentor or a coach? *Korean J Med Educ*. 2016;28(4):397-9.
13. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Cirugía menor. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. 2019. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/210-otros-servicios/2109-cirurgia-menor> [accedido 24/5/23]
14. Leyva Alarcón A, Molina Hurtado E, Barquero Padilla R, Expósito Sáez M, Ganfornina Rus F, Pérez-Milena A. Eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso en Atención Primaria. *Med fam Andal*. 2020; 21:98-106. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/06/v21n2-28-36.pdf>
15. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Quality of minor surgery by ge-



- neral practitioners in 1990 and 1991. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1994; 44(385):364-5.
16. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA, González Caballero JD, García Canovas A, López Piñera M, Cruzado Quevedo J. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad? *Aten Primaria.* 2003; 31(1):23-31.
  17. Salinas Martín MV, Muñoz Repeto I, Hernández Gonzalo D, Cañadas de León M. Calidad del informe de solicitud de estudio anatomopatológico y motivos de consulta en cirugía menor ambulatoria de atención primaria. *Aten Primaria.* 2007;39(2):105-6.
  18. Ramírez Arriola MG, Hamido Mohamed N, Abad Vivás-Pérez JJ, Bretones Alcaráz JJ, García Torrecillas JM, Huber E. Descripción de la concordancia clinicopatológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de atención primaria. *Aten Primaria.* 2017; 49(2):86-92.
  19. Klein R. [Complications of minor operations in general practice]. *MMW Fortschr Med.* 2016; 158(17):51-2.
  20. Salem IJI. La excelencia en la cirugía menor ambulatoria. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla 2014. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/23916/S\\_TD\\_PROV157.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/23916/S_TD_PROV157.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  21. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2008; 12(23):iii-iv, ix-38.
  22. Pérez Hernández FJ, Goya Arteaga L, González Siverio JL, Llada Marrero RP. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y cirugía menor en una zona básica de salud. *Semergen.* 2021; 47(3):144-50.
  23. Pokhrel PK, Helm MF, Greene A, Helm LA, Partin M. Dermoscopy in Primary Care. *Prim Care.* 2022; 49(1):99-118.
  24. Cirugía Menor. Desarrollo de Nuevas Competencias Enfermeras. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud 2019. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2019/PracAvCirugiaMenor24052011.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PracAvCirugiaMenor24052011.pdf)
  25. Lawrence PS. Managerial coaching—A literature review. *International journal of evidence based coaching and mentoring* 2017; 15: 43-69
  26. Bickel J, Brown AJ. Generation X: implications for faculty recruitment and development in academic health centers. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2005; 80(3):205-10.

ORIGINAL

# Características de la atención médica prestada en atención primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID)

Martínez Palomo M<sup>1</sup>, Peña Arredondo M<sup>2</sup>,  
Megías Fernández L<sup>3</sup>, Ceacero Martínez S<sup>1</sup>,  
Ramírez Rodríguez FA<sup>1</sup>,  
Pérez Milena A<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén),

Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Belén (Jaén),

Servicio Andaluz de Salud

<sup>3</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias del Hospital

Universitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud

<sup>4</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud

El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud

## CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

Correo electrónico::

alejandroperez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Twitter: @alejandropemi

## PALABRAS CLAVE

atención primaria, enfermedad crónica, citas y horarios, covid-19, confinamiento controlado, telemedicina.

## RESUMEN

**Título:** Características de la atención médica prestada en Atención Primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID).

**Objetivo:** Conocer las características de la atención médica prestada a pacientes pluripatológicos durante el confinamiento estricto de la primera ola pandémica por COVID-19.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Emplazamiento:** Centro de salud urbano.

**Población y muestra:** Pacientes pluripatológicos  $\geq 30$  años, excluyendo pacientes sin registros clínicos el año previo o atendidos por COVID-19. Muestreo aleatorio simple.

**Intervenciones:** Auditoría de historias clínicas recogiendo datos del paciente (edad, sexo, patologías crónicas y grado de complejidad, registro del plan de acción personalizado –PAP–), frecuentación sanitaria (número/tipo de citas –presencial, telefónica, urgente, domiciliaria–) y motivos de consulta. Análisis descriptivo y bivariante.

**Resultados:** 96 pacientes (51% mujer, edad  $70,9 \pm 13,5$  años). Categorías de cronicidad más frecuentes: A (enfermedad cardíaca-47%) y C (enfermedad respiratoria-44%). Criterios de complejidad 60%: polimedición (38%), trastorno mental (8,9%). Registro del PAP 83,5%. Un 76% consultaron con su médico/a de familia, con 100% primer contacto telefónico. Media de frecuentación médica  $2,2 \pm 2,0$  consultas (rango 1-12), con  $1,9 \pm 1,6$  llamadas por paciente (rango 1-10), más frecuente en delirium, polimedición o trastorno mental ( $p < 0,10$  test  $\chi^2$ ). 12,5% consultaron presencialmente con  $1,6 \pm 1,1$  consultas (rango 1-4), superior en pacientes con complejidad ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ). La atención urgente (3,7%) y domiciliaria (2,4%) fue inferior. En 76% consultas se expusieron  $\geq 2$  demandas por consulta (motivos clínicos 49%, renovación de medicación 41% y pruebas+informes 13%).

**Conclusiones:** El contacto de los pacientes pluripatológicos con su médico/a de familia fue frecuente, sobre todo en aquéllos con criterios de complejidad. La atención telefónica mejoró la accesibilidad y continuidad de la atención médica. Las demandas fueron mayoritariamente por motivos clínicos.

Recibido el 19-02-2023; aceptado para publicación el 12-06-2023.

Med fam Andal. 2023; 1:34-45

**KEYWORDS**

Primary Health Care, Chronic Disease, Appointments and Schedules, COVID-19, Controlled Confinement, Telemedicine

**SUMMARY**

**Title:** Characteristics of the medical care provided in Primary Care to patients with poly-pathology during the first wave of the COVID-19 pandemic (GASAP-COVID project)

**Objective:** To know the characteristics of the medical care provided to patients with poly-pathology during the strict confinement of the first pandemic by COVID-19.

**Design:** Descriptive study.

**Population and sample:** Primary Helathcare Center.

**Interventions:** Audit of medical record, collecting patient data (age, sex, chronic pathologies and degree of complexity, record of specific personalized action plan –PAP–), medical appointments (number/type: face-to-face, telephone, urgent, home) and reasons for consultation. Descriptive and bivariate analysis.

**Results:** 96 patients (51% female, age 70.9±13.5 years). Most frequent chronicity categories: A (heart disease-47%) and C (respiratory disease-44%). Complexity criteria 60%: polypharmacy (38%), mental disorder (8.9%). PAP registration 83.5%. 76% consulted with their family doctor, with 100% first telephone contact. Mean medical attendance 2.2±2.0 consultations (range 1-12), with 1.9±1.6 calls per patient (range 1-10), more frequent in delirium, polypharmacy or mental disorder ( $p < 0.10$ ,  $\chi^2$  test). 12.5% consulted face-to-face with 1.6±1.1 consultations (range 1-4), higher in patients with complexity ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2$  test). Urgent (3.7%) and home care (2.4%) were lower.  $\geq 2$  requests per consultation were presented in 76% of consultations, (clinical reasons 49%, medication renewal 41% and tests+reports 13%).

**Conclusions:** The contact of poly-pathological patients with their family doctor was frequent, especially in those with higher complexity. Telephone assistance improved the accessibility and continuity of medical care. Patients requested care for health problems rather than for bureaucratic reasons.

**INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud advierte desde el año 2006 sobre la silenciosa epidemia mundial de enfermedades crónicas (EC) (1). El término EC (o enfermedad no transmisible) engloba enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta (1,2). Provocan un 74% de todas las muertes a nivel mundial, y el 80% de todas las muertes prematuras por enfermedades crónicas son debidas fundamentalmente a enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos respiratorios crónicos y la diabetes mellitus (1). Además de esta elevada mortalidad, la condición de cronicidad empeora la calidad de vida al asociarse a distintos grados de discapacidad y/o de dependencia.

La Encuesta Europea de Salud en España (2) muestra porcentajes superiores al 50% en la percepción de problemas de salud crónicos en la población general, incrementándose en mujeres y en edades más avanzadas. En Estados Unidos, esta cifra de pacientes con enfermedad crónica supera el 60% (3). Dentro de este grupo poblacional, es preciso distinguir a aquellos pacientes especialmente vulnerables, identificados como pacientes pluripatológicos según los criterios del Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Servicio Andaluz de Salud (4). Un reciente estudio estima una prevalencia de pacientes pluripatológicos estimada entre un 5% a un 8% en la población andaluza atendida en Atención Primaria de Salud (APS) (5), con una mediana de edad de 77 años y similar distribución por sexos, siendo los problemas más frecuentes la afectación neurológica central, la patología cardiológica y la polimedicación.

Las características y prevalencia de las enfermedades crónicas y, en especial, la mayor complejidad sanitaria y social de los pacientes pluripatológicos, obligan a diseñar una atención sanitaria basada en estrategias amplias e integradas (1), que incluyen la

detección, cribado y tratamiento, así como los cuidados paliativos. La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (6) plantea tanto la reducción de la mortalidad prematura como la disminución las limitaciones inherentes a la condición de cronicidad mediante la prevención del deterioro de la capacidad funcional y las mejoras en la calidad de vida del enfermo y de la persona cuidadora. Estos pacientes precisan estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, la adecuación al tratamiento, los cuidados y la conciliación del tratamiento durante las transiciones asistenciales, y el diseño e impacto de un plan de acción personalizado (4). Para este fin, la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (7) promueve un conjunto de actividades que prestan una asistencia integral, con una oferta de atención programada y a domicilio.

Esta oferta de atención multidisciplinar fue parcialmente interrumpida por las medidas de aislamiento impuestas por el estado de alarma decretado el día 14 de marzo de 2020, ocasionando una solución de continuidad en la atención sanitaria prestada a este colectivo. En Andalucía, las personas con EC percibieron dificultades para recibir de forma continuada atención y cuidados sanitarios durante el confinamiento debido a la pandemia por COVID-19 (8,9). Es preciso cuantificar si este sentimiento generalizado fue debido a la falta de información y el miedo al contagio (10) o a si realmente la atención sanitaria fue deficitaria en ese periodo de tiempo (11).

Por todo ello, se plantea cuantificar la frecuentación sanitaria y el tipo de atención médica recibida por los pacientes pluripatológicos en un centro de salud durante la fase inicial de confinamiento debido a la pandemia por SARS-CoV-2, describiendo los motivos de consulta y el perfil del paciente según la atención prestada.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo mediante auditorías de historias clínicas de Atención Primaria de Salud (APS). La población de estudio fueron los enfermos clasificados como “pacientes pluripatológicos”, según los criterios descritos en el PAI “atención a pacientes pluripatológicos” (3ª edición del año 2018), de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (4). Para ello debían padecer alguna de las enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las categorías clínicas del anexo 1 o bien una sola categoría con al menos uno de los criterios de complejidad contemplados. La población diana estuvo compuesta por las personas con 30 o más años de edad, residentes en la zona básica de salud perteneciente al Centro de Salud El Valle (Jaén capital), que atiende a unas 12.000 personas, con un 40% de ellas viviendo en zonas necesitadas de transformación social.

Se excluyeron aquellos pacientes que no presentaron ningún registro clínico en la historia de salud durante el año previo al inicio del periodo de estudio, o bien que hubieran estado en seguimiento por ser caso sospechoso o confirmado de infección por COVID-19. El tamaño de muestra mínimo calculado fue de 73 pacientes (con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3%, una prevalencia de pacientes pluripatológicos del 2% y unas pérdidas del 15%). El reclutamiento se realizó a partir del listado completo de todos los pacientes incluidos en el PAI “atención al paciente pluripatológico”, mediante un muestreo aleatorio simple del listado obtenido de la historia clínica digital Diraya del Servicio Andaluz de Salud.

Se realizó una auditoría de historia clínicas recogiendo los datos de la atención prestada durante 56 días, correspondientes al periodo comprendido desde el inicio del confinamiento obligatorio en la primera ola de

pandemia (16/03/2020) hasta el día previo al inicio de la fase 1 de desescalada en la provincia de Jaén (10/05/2020). Las variables recogidas fueron:

- Variables sociodemográficas:
  - » Edad y sexo.
- Variables clínicas:
  - » Categoría/s a las que pertenece el paciente seleccionado en función de sus patologías, definidas (4) (anexo 1).
  - » Criterios de complejidad en la atención a estos pacientes (4) (anexo 1)
  - » Registro de un plan de acción personalizado (PAP) donde consta la valoración integral en su historia clínica, realizado durante el último año.
- Variables de frecuentación sanitaria
  - » Tipo de atención en el primer contacto desde el inicio del confinamiento por el estado de alarma debido a la pandemia por SARS-CoV-2: atención presencial, telefónica, urgente o tras un alta hospitalaria.
  - » Número de consultas en medicina de familia, diferenciando presencial, telefónica, a domicilio o urgente.
  - » Características de las consultas telefónicas: día de la semana en las que se efectúan y motivos de la misma (emisión de receta, solicitud de informes, entrega de resultados, patología aguda, reagudización de su patología crónica).

Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS (versión 21), comprobándose la Normalidad de los datos y la homocedasticidad de las varianzas. Los resultados se muestran como medias o proporciones con su correspondiente error

estándar, o como intervalos de confianza (IC) al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con un valor de  $p < 0,05$ , aplicando la prueba de t de Student o ANOVA de una vía para comparación de medias (o sus equivalentes testes no paramétricos) y la prueba  $\chi^2$  para la comparación de proporciones, diferenciando según el tipo de atención prestada y las categorías de enfermedad crónica.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén, justificándose la exención de la recogida del consentimiento informado y asegurando la confidencialidad de los datos recogidos conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. También se tuvieron en cuenta los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (Brasil, 2013). El acceso a las historias se ha realizado mediante clave y contraseña individual empleada para la actividad asistencial, estando identificado el investigador en cada auditoría realizada. La base de datos final se realizó con datos anonimizados, sin posibilidad de reidentificación de los pacientes incluidos.

## RESULTADOS

### Características de la muestra estudiada

Se estudiaron un total de 96 pacientes (48,8% hombres y 51,2% mujeres) con una media de edad de  $70,9 \pm 13,5$  años y un rango situado entre los 37 y los 97 años de edad. Los datos que caracterizan a la muestra estudiada según edad y sexo se exponen en la tabla 1. Las categorías de cronicidad más frecuentes fueron la categoría A (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) (47%) y la categoría C (Enfermedad respiratoria crónica) (44%). Las categorías menos habituales la B (vasculitis, enfermedades autoin-



munes sistémicas y enfermedad renal crónica) (11%) y la H (enfermedad osteoarticular crónica, fractura de cadera osteoporótica) (5%). La edad fue superior en las categorías F, G y H ( $p < 0,05$  ANOVA 1 vía), las muje-

res presentaron más frecuentemente patologías de las categorías C y F ( $p < 0,10$  test  $\chi^2$ ) mientras que los hombres estuvieron más presentes en la categoría E ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución en la muestra estudiada de las categorías de enfermedad crónica y complejidad según la edad y el sexo.

	Edad (en años)	Frecuencia total	Frecuencia por sexo	
			Hombre	Mujer
<b>Categorías de cronicidad</b>				
A	71,1±9,6	46,8%	40,5%	59,5%
B	68,9±14,6	11,4%	48,6%	51,4%
C	67,9±15,2	44,3%	38,6% (*)	61,4% (*)
D	68,6±12,7	17,7%	47,7%	52,3%
E	69,2±15,6	35,4%	60,8% (†)	39,2% (†)
F	73,6±12,2 (‡)	25,3%	42,4% (*)	57,6% (*)
G	75,5±13,5 (‡)	29,1%	48,2%	52,2%
H	88,5±6,6 (‡)	5,1%	50,7%	49,3%
<b>Complejidad</b>				
No	69,7±13,7	40,5%	51,1%	48,9%
Sí	71,8±13,4	59,5%	48,9%	51,1%
<b>Criterios de complejidad</b>				
Trastorno Mental	62,2±14,5	8,9%	57,1%	42,9%
Polimedicación	73,8±13,7 (‡)	38%	46,7%	53,3%
Ulcera por presión	69,5±6,4	2,5%	50%	50%
Delirium	85,7±3,2 (‡)	3,8%	33,3%	66,7%
Desnutrición	73,5±0,7 (‡)	2,5%	100%	0%
Alcoholismo	59,0±13,5	3,8%	33,3%	66,7%
<b>PAP</b>				
No	65,7±13,6	16,5%	53,8%	46,2%
Sí	72,0±12,7	83,5%	46,2%	53,8%

Frecuentación y tipos de consulta médica  
 Un 75,9% de los pacientes consultaron durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, estableciéndose en todos los casos un primer contacto telefónico sin diferencias según la categoría diagnóstica de cronicidad, la presencia de criterios de complejidad, la edad ni el sexo. Para los pacientes que consultaron, la media de frecuentación médica fue de 2,2 consultas ( $\pm 2,0$ ) (rango de 1 a 12) durante este periodo de tiempo. La atención médica es más frecuente en los días centrales de la semana (jueves 37%, martes y miércoles 22% respectivamente) frente a lunes (12%) y viernes (7%), independientemente del formato de la consulta.

Los datos sobre frecuentación y perfil del paciente relacionados con los criterios de cronicidad y complejidad se muestran en la tabla 2 y la figura 1. A continuación se expo-

nen los resultados más relevantes:

- Consultas telefónicas: el 76,2% de la muestra estudiada demandó este tipo de atención, con una media de frecuentación de 1,9 llamadas ( $\pm 1,6$ ) por paciente (rango de 1 a 10, con valor 1 para mediana y moda). La presencia de algún criterio de complejidad se relaciona con una mayor demanda de atención telefónica (aproximadamente un 23% más) ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) (tabla 2). Los criterios de complejidad más frecuentes en esta demanda fueron el delirium, la presencia de polimedicación y el trastorno mental ( $p < 0,10$  test  $\chi^2$ ) (tabla 2). Tres de cada cuatro pacientes solicitaron 2 o más consultas telefónicas, y más de un 16% de los pacientes tuvieron 4 o más citas telefónicas (figura 1).



- Consulta presencial: fueron utilizadas por el 12,5% de los pacientes, con una media de frecuentación de  $1,6 \pm 1,1$  consultas (rango de 1 a 4, con valor 1 para mediana y moda). La atención presencial fue más demandada en las categorías H, G y D ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) y en los pacientes con complejidad (un 7% superior) ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) debido a trastornos de salud mental, polimedicación y delirium ( $p < 0,10$  test  $\chi^2$ ) (tabla 2). Un 11% requirieron 3 o más consultas presenciales (figura 1).
- La atención en domicilio (2,4%) y en urgencias (3,7%) fueron menos demandadas y en su mayoría precisaron una sola consulta (figura 1). Los grupos diagnósticos que solicitaron atención domicilia-

ria fueron pacientes de las categorías A y C, y para la atención urgente las categorías A, C y G ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) (tabla 2). El alcoholismo fue el único criterio de complejidad que determinó este tipo de asistencia (tabla 2).

El primer contacto telefónico fue más frecuente en aquellos pacientes con PAP realizado (77,3% vs 69,2%) pero sin diferencias estadísticas. Tanto la solicitud de demanda de atención telefónica como la cita presencial fue independiente de la realización previa del PAP, aunque la atención a domicilio y urgente solo se realizó en pacientes con un PAP registrado en su historia (figura 2).

Figura 1. Distribución porcentual del número de citas de los pacientes pluripatológicos según el tipo de atención médica recibida.

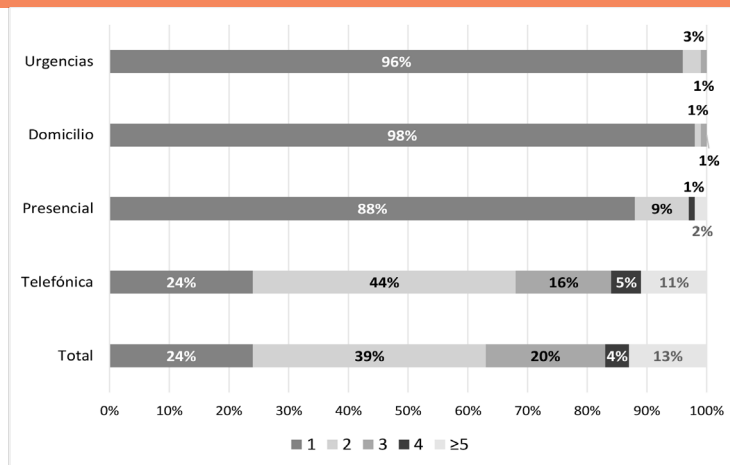
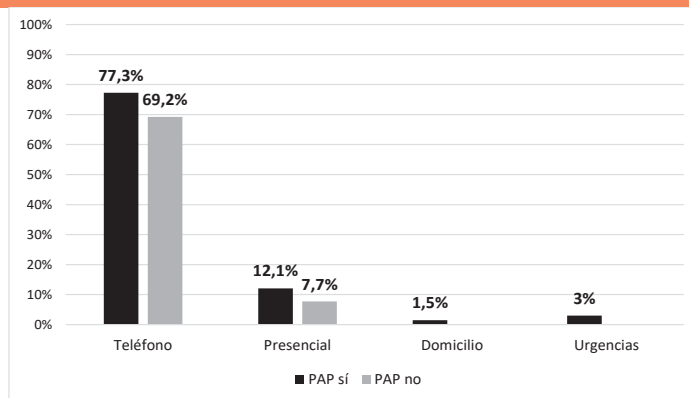


Figura 2. Tipo de atención médica según el registro en la historia clínica del plan de acción personalizado



PAP plan de acción personalizado

Tabla 2. Frecuentación sanitaria y tipos de consulta médica según las categorías de enfermedad crónica y complejidad.

	Tipo de atención médica			
	Teléfono	Presencial	Domicilio	Urgencias
<b>Categorías de cronicidad</b>				
A	75,7%	5,4%	2,7%	2,7%
B	77,8%	0%	0%	0%
C	74,3%	14,3%	2,9%	5,7%
D	64,3%	21,4%	0%	0%
E	64,3%	0%	0%	0%
F	85,0%	10%	0%	0%
G	78,3%	26,1%	0%	4,3%
H	75,0%	50%	0%	0%
<b>Complejidad (*)</b>				
No	62,5%	8,5%	0%	3,1%
Sí	85,1%	15,6%	2,1%	2,1%
<b>Criterios de complejidad (†)</b>				
Trastorno Mental	85,7%	14,3%	0%	0%
Polimedicación	90%	6,7%	0%	0%
Úlcera por presión	50%	0%	0%	0%
Delirium	100%	0%	0%	0%
Desnutrición	50%	0%	0%	0%
Alcoholismo	66,7%	33,3%	33,3%	33,3%

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,05$  test  $\chi^2$  (†)  $p < 0,10$  test  $\chi^2$

### Motivos de consulta médica

En cada contacto, los pacientes expusieron 1 motivo de consulta en un 24,1% de las ocasiones, 2 motivos en el 46,3% y  $\geq 3$  motivos en el 29,6%. En casi la mitad de los casos, las consultas se relacionaron con patología aguda (26,6%) o por reagudización de las enfermedades crónicas previas (22,8%). Un 40,5% de las peticiones estaban relacionadas con la prescripción o renovación de medicación de uso crónico. La recepción de informes de otros ámbitos sanitario supuso un 8,9% de las consultas y se valoraron resultados de pruebas complementarias en un 3,8%.

Los motivos de consulta varían según los criterios de cronicidad y la presencia de complejidad. Los pacientes que consultaron por motivos clínicos (patología aguda o crónica) pertenecieron con mayor frecuencia a las categorías A, D y H ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) y presentaron más frecuentemente criterios de complejidad ( $p < 0,10$  test  $\chi^2$ ) (tabla 3). Entre los pacientes que no tenían realizado el PAP, la solicitud de prescripción de medicamentos fue casi el doble que para los pacientes a los que se les había realizado la valoración

integral, con una mayoría de peticiones de valoración de informes y de resultados ( $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ) (figura 3).

### DISCUSIÓN

Los pacientes incluidos en el estudio tuvieron un perfil similar a estudios previos (5), destacando una elevada edad, la presencia de enfermedad cardíaca, la polimedicación y la realización previa en el último año de un PAP. El tipo de enfermedad crónica no determinó la frecuentación sanitaria pero sí la presencia de complejidad, sobre todo en personas con trastornos mentales, polimedicadas y con antecedentes de delirium. El registro del PAP no fue un elemento diferenciador para la frecuentación de las consultas médicas, aunque fueron los únicos que solicitaron atención domiciliaria y urgente, con motivos enfocados en síntomas clínicos y renovación de medicación. Los motivos de consulta fueron múltiples en cada contacto y no centrados exclusivamente en tareas administrativas como la renovación de recetas.

Tabla 3. Motivos de consulta según las categorías de enfermedad crónica y complejidad

	Motivos de consulta			
	Receta	Informe	Resultados	Patología
<b>Categorías (*)</b>				
A	29,7%	5,4%	5,4%	54,1%
B	44,4%	22,2%	11,1%	33,3%
C	34,3%	2,9%	2,9%	34,3%
D	35,7%	14,3%	7,1%	57,1%
E	42,9%	7,1%	0%	7,1%
F	45%	15%	5%	40%
G	43,5%	13%	4,3%	39,1%
H	50%	0%	0%	50%
<b>Complejidad (†)</b>				
No	34,2%	6,3%	0%	34,4%
Sí	44,7%	10,6%	6,4%	53,2%
Trastorno Mental	0%	6,3%	0%	57,1%
Polimedicación	46,7%	0%	28,6%	50%
Úlcera por presión	50%	16,7%	3,3%	0%
Delirium	100%	0%	0%	66,7%
Desnutrición	50%	0%	0%	0%
Alcoholismo	66,7%	0%	0%	33,3%
Diferencias significativas con (*) $p < 0,05$ test $\chi^2$ (†) $p < 0,10$ test $\chi^2$				

Las tres cuartas partes de los pacientes pluripatológicos consultaron con su médico/a de familia durante los primeros 50 días de la pandemia y, de ellos, 3 de cada 4 concertaron dos o más citas en este periodo. Estos resultados señalan el esfuerzo de los médicos/as de familia para mantener la continuidad de la atención a los pacientes pluripatológicos mediante cambios organizativos y de gestión, así como la definición de nuevos roles en el equipo multidisciplinar (12,13). Los médicos/as de familia aportaron un esfuerzo extra para mantener la atención a esta población, sumado al ingente trabajo realizado en la gestión de la atención a los pacientes con sospecha de COVID-19 (14). De igual forma, señala la comprensión por parte de la población de la necesidad de evitar la transmisión de la infección al optar preferentemente por la atención telefónica (9).

Pese a ello, los pacientes han percibido dificultades de acceso a los servicios sanitarios y una brusca interrupción de la atención que

recibían previamente (8,15), hecho asociado en algunos estudios a un incremento de la mortalidad (15). Habría que tener en cuenta que los problemas de accesibilidad no han sido exclusivamente atribuibles a la gestión de la demanda por parte de la APS, sino que han coexistido otros factores muy influyentes. En primer lugar, es relevante el elevado número de citas perdidas debido a que los pacientes decidieron no acudir por miedo a ser contagiados, hasta un 15% del total, más frecuentemente en personas de mayor edad y en seguimiento por sus patologías crónicas (11,16). En Alemania se cancelaron hasta un 44% de las citas con servicios médicos del hospital frente a un 17% de las de Atención Primaria (11). En segundo lugar, los Servicios de Salud cerraron de forma temporal muchos servicios hospitalarios, con lo cual se provocó una redirección del flujo de atención de los pacientes pluripatológicos hacia los centros de salud. Por último, durante ese periodo surgieron grandes dificultades técnicas del Call Center de Andalucía (Salud Responde), incapaz de dar respuesta a todas

las llamadas y de priorizar la atención a los usuarios según sus motivos de consulta, lo que limitó en gran medida la accesibilidad a la atención médica (17) (18).

La atención médica a los pacientes pluripatológicos prestada durante este periodo más severo de confinamiento se realizó fundamentalmente por teléfono, disminuyendo la atención presencial en el centro de salud y en el domicilio a los casos estrictamente necesarios. Aunque la atención telefónica ha sido denostada por medios ajenos al sistema sanitario (19), ha sido de elevada utilidad para facilitar la accesibilidad de esta población a un profesional de confianza y conocido, como su médico/a de familia (20). De hecho, el uso de la telemedicina se asocia con un menor número de citas perdidas (21).

El propio Servicio Andaluz de Salud propone estas consultas telefónicas para responder a motivos de consulta tanto de situaciones agudas como crónicas y para realizar controles personalizados y seguimiento de patología habitual de forma proactiva (22). Esta atención virtual es posible gracias a la relación previamente establecida entre médico/a y paciente, lo que ha mejorado la adherencia a las medidas propuestas durante el confinamiento, la oferta de soporte emocional y el suministro de medicación y ayuda social (23). Estudios cualitativos muestran la utilidad de las consultas telefónicas para el seguimiento de pacientes crónicos estables cuando ya existe una relación médico-paciente establecida, siendo aceptable para los médicos/as facilitando discriminar qué pacientes precisaban un encuentro presencial para realizar un examen físico, catalogar nuevos síntomas o valorar una descompensación grave de la patología crónica (24,25).

El estudio tiene un diseño unicéntrico y descriptivo basado en auditorías de histo-

rias, por lo que puede incurrir en sesgos de selección y de información. Se desconoce la calidad de la atención médica prestada y es muy posible que algunos datos de la entrevista no hayan sido registrados en la historia clínica, como la información sobre la pandemia, la forma de evitar el contagio, el apoyo emocional prestado y los consejos para mantener la salud. Otros estudios indicaron que desde los centros de salud se realizó una educación sobre la alimentación, la actividad física y la adherencia al tratamiento farmacológico, aspectos deficitarios en los pacientes pluripatológicos durante el confinamiento (9,26). Estos aspectos de educación para la salud no pudieron valorarse en el presente estudio dado que estos datos de las entrevistas no suelen registrarse en las historias clínicas. También se desconoce el tiempo entre la solicitud de cita y el contacto con el profesional médico. Un mayor tamaño de muestra y la inclusión de más centros de salud podría facilitar conocer las necesidades de los pacientes según su perfil de patologías crónicas y complejidad. Sería adecuado establecer una línea de investigación sobre la pertinencia y utilidad de recordatorios automáticos en las historias clínicas para la revisión programada de los pacientes frágiles, así como la capacidad de la atención telefónica para este seguimiento (27).

La falta de recursos humanos, la escasez de información fidedigna a la población y la demora en la atención sanitaria, pese al aumento de citas diarias en APS, han configurado las principales debilidades en la atención a los pacientes pluripatológicos durante la etapa de confinamiento más severa (12,18). Posiblemente uno de los principales problemas fue la falta de información (e incluso la desinformación) que provocó un acusado sentimiento de vulnerabilidad en esta población (9,10) y una sensación de falta de apoyo sanitario por el miedo al

contagio (9,28). Los datos obtenidos indican la intención de mantener la continuidad de la atención a pacientes pluripatológicos en APS, algo que fue mucho más deficitario en el ámbito hospitalario (11). Diferentes estudios indican la necesidad de mantener la atención sanitaria durante las crisis a los pacientes de mayor riesgo (29,30). Esto solo sería factible con una Atención Primaria de Salud con suficientes recursos y una mejora en el sistema de seguimiento de los pacientes pluripatológicos, para lo que sería preciso una planificación anticipada de la visita médica, una participación eficiente y proactiva del resto de profesionales y la aplicación de nuevas soluciones tecnológicas (27).

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo se ha realizado gracias a la concesión de la beca de investigación Isabel Fernández para proyectos de investigación de médicos residentes (referencia 175/20) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2020.

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas. Una guía práctica para la promoción exitosa de la causa. OMS, 2006. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006>.
- Encuesta Europea de Salud en España 2020. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2020. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020\\_inf\\_evol\\_princip\\_result.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf)
- Hacker KA. COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. *Prev Chronic Dis.* 2021;18.
- Ollero Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Espinosa Almendro JM, García Estepa R, Morilla Herrera J, Pascual de la Pisa B, et al. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2018 (3ª edición). Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956d9925c\\_atencion\\_pacientes\\_pluripatologicos\\_2018.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf)
- Pascual de la Pisa B, Sevilla-Ramírez N, Martínez-Granero M, Márquez-Calzada C, Martínez-Sarmiento AI, García-Lozano MJ. CronicaAP: estudio piloto de la prevalencia de pacientes crónicos complejos en Atención Primaria. *Med fam And.* 2022; 1: 11-20. Disponible en: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/07/v23n1\\_03\\_original\\_cronicaAP.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/07/v23n1_03_original_cronicaAP.pdf)
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España 2016. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Atención al paciente pluripatológico. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía 2022. Disponible en; <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/227-paciente-pluripatologico>
- Tuczyńska M, Matthews-Kozanecka M, Baum E. Accessibility to Non-COVID Health Services in the World During the COVID-19 Pandemic: Review. *Front Public Health.* 2021; 9: 760795.
- Prieto-Rodríguez MÁ, March-Cerdá JC, Martín-Barato A, Escudero-Carretero M, López-Doblas M, Luque-Martín N, et al. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gac Sanit.* 2022; 36(2): 139-45.
- Brooks SK. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Rapid Review* 2020;395: 912-20.
- Schäfer I, Haack A, Neumann M, Koch-Gro-

- mus U, Scherer M, Petersen E. [Non-utilisation of medical services during the COVID-19 pandemic among persons with chronic diseases]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2023;1-8. doi: 10.1007/s00103-023-03665-9.
12. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev Clínica Med Fam*. 2021;14(2):85-92.
  13. Bayona Huguet X. La organización de los equipos de atención primaria a partir de la pandemia de COVID-19. *Aten Primaria Práctica*. 2020; 2(6):100066.
  14. Pérez-Milena A, Leyva-Alarcón A, Barquero-Padilla RM, Peña-Arredondo M, Navarrete-Espinosa C, Rosa-Garrido C. Valoración y seguimiento de los pacientes con sospecha de COVID-19 en la primera ola pandémica en una zona urbana de Andalucía. *Aten Primaria*. 2022; 54(1):102156.
  15. Fisher A, Roberts A, McKinlay AR, Fancourt D, Burton A. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health and well-being of people living with a long-term physical health condition: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):1801.
  16. Ayele TA, Alamneh TS, Shibrú H, Sisay MM, Yilma TM, Melak MF, et al. Effect of COVID-19 pandemic on missed medical appointment among adults with chronic disease conditions in Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2022; 17(10):e0274190.
  17. Salud no siempre responde [Internet]. *Diario Sur*. 2020 [citado 9 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.diariosur.es/malaga-capital/salud-siempre-responde-20200413201214-nt.html>
  18. Pérez-Milena A. Retos, logros y dificultades del médico de familia ante la pandemia por el COVID-19 en Andalucía. *Actual Med*. 2021; 106(814). Supl2: 109-117.
  19. Lázaro A, Fernández JM. Centros de salud cerrados: «La atención telefónica es insuficiente» [Internet]. *Redacción Médica*. [citado 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/centros-de-salud-cerrados-la-atencion-telefonica-es-insuficiente--2575>
  20. Bordón Poderoso C, Jurado Cabezas M, Quiñones Begines I, Lopez Tellez A, Boxo Cifuentes JR. Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19. *Med fam Andal*. 2021; 22: 34-42. Disponible en: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2021/05/v22n1\\_original\\_attTelefCovid.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2021/05/v22n1_original_attTelefCovid.pdf)
  21. Adepoju OE, Chae M, Liaw W, Angelocci T, Millard P, Matuk-Villazon O. Transition to telemedicine and its impact on missed appointments in community-based clinics. *Ann Med*. 2022; 54(1):98-107.
  22. García Jiménez R, Iglesias Bonilla P, Mesa Gallardo MI, Vera Rodríguez M, Villacorta González M, Navarro Pérez P. Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud, 2021.
  23. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health*. 2020; 182:163-9.
  24. Van Erkel FM, Pet MJ, Bossink EH, van de Graaf CFM, Hodes MTJ, van Ogtrop SN, et al. Experiences of patients and health care professionals on the quality of telephone follow-up care during the COVID-19 pandemic: a large qualitative study in a multidisciplinary academic setting. *BMJ Open*. 2022; 12(3):e058361.
  25. Due TD, Thorsen T, Andersen JH. Use of alternative consultation forms in Danish general practice in the initial phase of the COVID-19 pandemic - a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2021; 22(1):108.
  26. Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, Suttorp M, Maglione M, McGlynn EA, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2011; 26(10):1175-82.
  27. Matulis JC, McCoy R. Patient-Centered Appointment Scheduling: a Call for Autonomy, Continuity, and Creativity. *J Gen Intern Med*.



- 2021; 36(2):511-4.
28. Montero-Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Impact of the first COVID-19 pandemic wave on the care and quality indicators of a hospital emergency department. *Emerg Rev Soc Espanola Med Emerg*. 2021; 33(5):345-53.
29. Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008; 5(1):A27.
30. Flynn, R., Albrecht, L., & Scott, S. D. (2018). Two Approaches to Focus Group Data Collection for Qualitative Health Research: Maximizing Resources and Data Quality. *International Journal of Qualitative Methods* 2018, 17(1).

## REPASANDO EN AP

# Aspectos éticos y deontológicos de la Telemedicina

Hernández Gil AL<sup>1</sup>, López Pérez CM<sup>2</sup>,  
Pérez Sarabia M<sup>3</sup>,  
Hernández Sánchez de Rivera C<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Presidente Comisión Deontología Andalucía.  
Jefe de Servicio de Clínica Forense del Instituto de  
Medicina Legal y Ciencias Forenses de Jaén.  
Director Cátedra Maimónides Profesionalismo Médico

<sup>2</sup>Grado en Medicina y Cirugía por la Universidad de  
Granada

<sup>3</sup>Secretario Técnico-Letrado Consejo Andaluz de Colegios  
de Médicos.

Profesor de la Cátedra Maimónides de  
Profesionalismo Médico

<sup>4</sup>Facultad de Medicina- Universidad Francisco de Vitoria-  
Madrid

## CORRESPONDENCIA

Ángel Luis Hernández Gil

Corre electrónico: ahgil69@hotmail.com

## PALABRAS CLAVE

Telemedicina, Medicina no presencial, Deontología, ética, seguridad del paciente.

## RESUMEN

La telemedicina o la medicina prestada por medios telemáticos no presenciales (E-consulta) es una modalidad asistencial fundamentada en los incesantes avances tecnológicos, que si bien empezó a ser utilizada desde hace varias décadas ha sufrido un importantísimo auge desde la pandemia por Covid-19, hasta llegar a constituir un enorme porcentaje de la totalidad de actos médicos llevados a cabo en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

La implantación en la actividad diaria de esta modalidad asistencial muestra importantes conflictos deontológicos y éticos que merecen un análisis detallado al objeto de dotar de seguridad jurídica tanto al profesional sanitario como a los pacientes.

El nuevo Código de Deontología Médica, en vigor desde diciembre de 2022, de obligado cumplimiento para todos los profesionales de la medicina, introduce importantes cambios respecto al uso de la telemedicina que deben ser bien conocidos y aportan soluciones a los conflictos que surgen en esta modalidad asistencial.

Serán revisados en el presente artículo los principales preceptos legales, deontológicos y éticos que regulan y avalan el uso de la telemedicina.

El decálogo de pautas asistenciales en Telemedicina elaborado por la Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico reúne los principales preceptos éticos y deontológicos que debe cumplir el uso de esta modalidad asistencial destinada a protagonizar la profesión médica en el futuro.

**KEYWORDS**

Telemedicine, non-face-to-face medicine, deontology, ethics, patient safety.

**ABSTRACT**

Telemedicine or telemedicine provided by non-face-to-face telematic means (E-consultation) is a health-care modality based on incessant technological advances, which, although it began to be used several decades ago, has undergone a major boom since the Covid-19 pandemic, to the point of constituting an enormous percentage of all medical acts carried out in the specialty of Family and Community Medicine.

The implementation in the daily activity of this modality of care shows important deontological and ethical conflicts that deserve a detailed analysis in order to provide legal certainty to both the health professional and the patients.

The new Code of Medical Ethics, in force since December 2022 and mandatory for all medical professionals, introduces important changes regarding the use of telemedicine that should be well known and provide solutions to the conflicts that arise in this modality of care.

The main legal, deontological and ethical precepts that regulate and support the use of telemedicine will be reviewed in this article.

The decalogue of healthcare guidelines in Telemedicine drawn up by the Maimonides Chair of Medical Professionalism brings together the main ethical and deontological precepts that must be complied with in the use of this modality of care, which is destined to become the mainstay of the medical profession in the future.

**INTRODUCCIÓN**

Quizás la característica que mejor defina la Medicina del siglo XXI es la utilización de los incesantes progresos tecnológicos tanto en beneficio del propio acto médico como de la relación asistencial médico paciente. Un claro ejemplo lo constituye el uso progresivo de la telemedicina y/o la E-consulta, especialmente acusado en la pandemia por Covid-19, donde resultó muy eficaz para el control de la propagación comunitaria y nosocomial de la infección. Pero una vez finalizada la fase aguda de la pandemia, los grandes beneficios que reporta la medicina no presencial han llevado a que se haya convertido en una práctica habitual en el ejercicio de la profesión médica, extendida a numerosas especialidades médicas, entre las que se encuentra la Medicina Familiar y Comunitaria.

Se considera preciso recordar el concepto y normativa legal básica que regula la telemedicina, identificar sus posibles conflictos legales, deontológicos y éticos, así como conocer las posibles soluciones a los mismos. Todo ello teniendo como único objetivo velar por la calidad de la asistencia prestada y la seguridad del paciente, y dotar de la debida seguridad jurídica a pacientes y profesionales sanitarios.

**CONCEPTO DE TELEMEDICINA**

El Diccionario de Términos Médicos de la RANM define la Telemedicina como una “disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de la prestación de servicios médicos a distancia, a través de aplicaciones informáticas y redes de telecomunicación que permiten el envío de datos, registros, imágenes, etc., a distancia” (1). Es definida por la OMS como la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), para el intercambio de información válida para el diagnóstico,

tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades (2).

Concepto que se extiende cuando abarca la posibilidad de permitir la comunicación entre diferentes profesionales sanitarios, así como posibilitar la formación continuada de todas ellas (3).

Según el Plan del INSALUD del 2000, la telemedicina más que una herramienta tecnológica o asistencial, es un instrumento de cambio organizativo, que obliga a las instituciones a pensar de otra manera, soslayando las diferencias establecidas entre los niveles asistenciales y fomentando la integración de la información que se tiene de los pacientes y la cooperación entre los profesionales (4).

La medicina no presencial es un concepto amplio, en el que tienen cabida una gran variedad de términos, entre otros, teleconsulta, telediagnóstico, teleasistencia o telecirugía (5). La teleconsulta es un tipo de telemedicina, en el que la consulta es ejercida entre sus actores a distancia, en lugares geográficos diferentes, entre pacientes y profesionales sanitarios o entre estos últimos, utilizando para ello las TICs0 –telefonía, videoconferencia, dispositivos móviles, mails- pudiendo ser asíncrona -sin estar conectados de modo simultáneo- o -sincrónica -en tiempo real- (6 y 7).

Puede concluirse que la telemedicina es un instrumento para la prestación de asistencia médico-sanitaria llevada a cabo por y entre profesionales sanitarios a través de las nuevas TIC, que permite optimizar la atención sanitaria (8).

### **NORMATIVA LEGAL Y DEONTOLÓGICA DE LA TELEMEDICINA**

Dado que no existe en nuestro país una legislación específica que regule la telemedicina, para conocer los requisitos jurídicos, deontológicos y éticos de esta modalidad asistencial, de forma supletoria son de aplicación todas aquellas disposiciones normativas de

ámbito nacional y europeo referentes a los actos médicos con carácter general. Entre ellos merecen destacarse las siguientes:

- La Ley 41/2002 de autonomía del paciente, que al tener carácter de legislación básica, implica ser usada como mínimo común normativo para todas las Administraciones Públicas y, por ende, su contenido es de aplicación a todas las actividades médicas, incluidas la telemedicina (9).
- La Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico manifiesta la voluntad de fomentar el desarrollo de la Sociedad de la Información, apoyo implícito al establecimiento de la telemedicina y las TIC (10).
- Especial atención merece la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que en su artículo 4.7 establece que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico (11).
- La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, traslada que el Ministerio de Sanidad y Consumo pondrá a disposición del SNS una red segura de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información exclusivamente sanitaria entre sus integrantes (12).
- Señalar finalmente la LO 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, protección considerada como un derecho fundamental recogido en la Constitución Española (13).

Respecto a la legislación europea, la Resolución del Parlamento Europeo 2006/2275

(INI) alienta a los Estados miembros a la introducción del sistema sanitario en línea y de la telemedicina (14); o un dictamen elaborado por el Comité Económico y Social Europeo en el que se apoya y anima a los Estados miembros a la integración de la telemedicina en sus políticas sanitarias (15); y la Resolución del Parlamento Europeo sobre el Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-2020 “Atención sanitaria innovadora para el siglo XXI”, que reivindica la alfabetización digital y la formación técnica para asegurar que las herramientas de salud electrónica como la telemedicina sean realmente eficaces y accesibles para toda la población (16).

Respecto a la normativa deontológica, el Código de Deontología Médica (CDM) de 2011 establecía que la telemedicina era contraria a las normas deontológicas si se utilizaba de modo exclusivo y solo era éticamente aceptable en casos de segunda opinión y de revisiones médicas (17). Al ser aprobado el pasado 18 de diciembre el vigente CDM, la regulación deontológica de la telemedicina ha sufrido un sustancial cambio (18). En la actualidad, el uso de la telemedicina y las TIC son acordes a la deontología siempre que sea clara la identificación de quienes intervienen, se asegure la confidencialidad y se usen vías de comunicación que garanticen la máxima seguridad disponible. El actual CDM señala que deben regir los preceptos deontológicos relativos a la relación médico-paciente, la defensa de los derechos y la seguridad del paciente, así como el respeto y autonomía de los profesionales sanitarios; recuerda la trascendencia de sus actos y los daños directos e indirectos que de su actuación pueden derivarse. Se traslada que todas las intervenciones deben estar presididas por base científica, profesionalidad, veracidad y prudencia y que el profesional debe cuidar su actitud e imagen, empleando un lenguaje adecuado en forma y contenido. Señala además el CDM que se deben extremar las medidas destinadas a proteger la seguridad y la confidencialidad del paciente, asegurar la configuración de la privacidad

de dichos medios y que la publicación de imágenes o fotografías de pacientes deben tener un claro propósito científico o docente evitando la identificación de los mismos, y si ello no fuera posible, solicitar autorización explícita de los mismos.

Desde el prisma ético, el vigente Código de Ética Mundial Médica de 2022 aborda por primera vez la modalidad asistencial no presencial: se establece como premisa que la consulta sea médicamente justificable y se proporcione la atención médica necesaria; el médico debe informar al paciente sobre los beneficios y límites de recibir consulta médica y tratamiento de forma remota, debe obtener el consentimiento del paciente y garantizar que se respete su confidencialidad; y siempre que sea médicamente apropiado, el médico debe tratar de prestar consultas y tratamientos médicos al paciente a través del contacto personal directo (19).

## PRINCIPALES CONFLICTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS DE LA TELEMEDICINA

Revisaremos seguidamente los principales conflictos éticos y deontológicos derivados del uso de la telemedicina (8 y 20).

### 1. Accesibilidad al sistema.

Ha sido sumamente cuestionada la accesibilidad al sistema, alegándose la ausencia de medios telemáticos adecuados –déficit en la cobertura o en los medios disponibles-, saturación del sistema o déficit de conocimientos o aptitudes en el uso de medios telemáticos en determinados grupos poblacionales, especialmente mayores de edad, debido a la coloquialmente denominada “brecha digital” (8).

### 2. Cualificación profesional de los actores.

No es aceptable jurídica, deontológica o éticamente la realización de un acto sanita-

rio con profesionales ajenos a dicho sector, excepción hecha de actuaciones meramente administrativas. En este sentido, no es aceptable un acto médico sin profesionales médicos, y es que los médicos de sociedades profesionales deben acogerse a la disciplina colegial y deontológica. Este problema no ocurre en la sanidad pública pero no sucede igual en el sector privado. Las sociedades mercantiles y plataformas intermediarias en el servicio asistencial, aseguradoras sanitarias privadas, no están sometidas a la colegiación ni a la disciplina deontológica. En este sentido, son reiteradas las ocasiones en que la Comisión Andaluza de Deontología Médica insta a una legislación que exija someter a estas sociedades a cumplir los deberes legales y ético-deontológicos debidos, siempre teniendo como objetivo velar por la calidad asistencial y la seguridad del paciente (21).

### **3. Identidad inequívoca del paciente y profesional sanitario.**

Resulta esencial en el acto sanitario telemático la identificación previa de todos los actores, pacientes y profesionales sanitarios. Pueden ser útiles datos relativos a la identidad de los pacientes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI o nº de Seguridad Social) o de cuidadores responsables, ante menores de edad o pacientes con dificultad en su comunicación (8 y 20).

### **4. Autonomía y consentimiento del paciente.**

Siempre debe ser exigido el consentimiento del paciente previa información de los beneficios y límites de esta modalidad asistencial -modo de funcionamiento del servicio, forma en la que se prescribirá el tratamiento, limitaciones diagnósticas, etc.-. Recogido el consentimiento de modo verbal, deberá ser registrado en la historia clínica. Cuando la demanda asistencial telemática fue solicitada por el propio paciente, existe un consentimiento tácito (8).

### **5. Relación médico-paciente.**

El entorno en el que se desarrolle el acto médico debe ser adecuado, con buena audición y sin terceras personas interfiriendo en la comunicación. Debe asegurarse la capacidad de comprensión del paciente –puede ser necesario el auxilio de traductores por barrera del idioma-.

El médico debe conocer al paciente desde un plano integral, exceder la esfera clínica para ahondar en su aspecto psicosocial, descubrir sus preferencias, intereses y valores en su trayecto vital (22 y 23).

### **6. Calidad asistencial y seguridad del paciente.**

Tal y como señala Pérez Sarabia, la telemedicina es una modalidad del acto médico en la que no existe ninguna justificación para disminuir los estándares de calidad respecto a la medicina presencial (24). Así, el artículo 6.4 del CDM traslada a los médicos la obligación de velar porque en el sistema sanitario se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos, incluso obligándoles a denunciar las carencias que aprecien en ese sistema (18), lo cual es aplicable a la telemedicina.

Al igual que en cualquier acto médico es necesario detallar toda la información aportada por el paciente, verificar su comprensión sobre las indicaciones facultativas respecto al diagnóstico o prescripción terapéutica, contar con su participación y aceptación en la toma de decisiones y registrar todo ello en la historia clínica.

Es esencial que el profesional sanitario conozca aquellas situaciones -banderas rojas, según la Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica del SAS (25)- que exigen transformar la consulta telemática en presencial:



- Presencia de signos de alarma que indiquen una mala evolución.
- Dudas diagnósticas subsidiarias de exploración física.
- Curso evolutivo inesperable.
- Hallazgos exploratorios que sugieran modificar la conducta terapéutica.
- Déficit en la comunicación o comprensión del paciente.
- Primera toma de contacto de cuidados-autocuidados.
- Comunicación de información sensible.
- Déficit de intimidad y confidencialidad.

## 7. Confidencialidad.

Debe ser verificada la identidad del paciente y huir de actitudes como dejar mensajes en el contestador o proporcionar información a terceras personas sin consentimiento previo del paciente. En otro sentido, negarse categóricamente a facilitar información vía telemática puede vulnerar un derecho legítimo. Los Centros Sanitarios deberán implementar todos los medios y medidas necesarias destinadas a asegurar la privacidad de la comunicación y la transmisión de archivos e imágenes (8).

## DECÁLOGO DE PAUTAS ASISTENCIALES EN TELEMEDICINA

La Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico ha elaborado un Decálogo de Pautas asistenciales en Telemedicina (26) destinado a recoger los principales preceptos éticos y deontológicos que debe cumplir el uso de esta modalidad asistencial que todo apunta a que protagonizará la profesión médica en el futuro.

1. Salvo situaciones excepcionales, la primera visita debe ser presencial, con el objetivo de realizar una valoración inicial del paciente, conocer el nivel de su

instrucción, sus intereses y valores, que debe quedar plasmada en la historia clínica.

2. Las principales indicaciones de la telemedicina son:

- Atención de enfermedades crónicas y/o recogida de datos a distancia con dispositivos.
- Asistencia a procesos clínicos que se prestan a una buena evaluación por imágenes (radiología, dermatología...).
- Asistencia remota por dificultades de acceso (zonas rurales inaccesibles, alta mar...).
- Partes de confirmación de IT.
- Interconsultas entre profesionales.
- Gestión de catástrofes y pandemias.
- Big data e Inteligencia Artificial.
- Actos administrativos y/o burocráticos.

Por otro lado, están contraindicados actos clínicos donde es precisa una relación médico-paciente especial o con implicaciones médico-legales especiales:

- Información de pronósticos clínicos sensibles.
- Adopción de toma de decisiones de alta complejidad.
- Documento de voluntades vitales anticipadas.
- Consentimiento informado ante cirugía satisfactoria.

3. La telemedicina es un verdadero acto médico y genera responsabilidad jurídica, deontológica y ética, por lo que su uso exige el cumplimiento estricto de idénticos preceptos legales, deontológicos y éticos que en la modalidad pre-

sencial, respecto a la calidad asistencial, derechos de los pacientes y deberes de los profesionales sanitarios.

4. El uso de la telemedicina exige la disponibilidad de las habilidades adecuadas en sus actores, de los medios técnicos adecuados –buena cobertura telefónica y de internet- y de tiempo suficiente que garantice la calidad asistencial, con acceso a la historia clínica preservando siempre la seguridad del paciente.
5. Inicialmente debe ser respetado el principio de autonomía del paciente, recabándose el consentimiento del paciente para la utilización de esta modalidad asistencial, registrándolo en la historia clínica.
6. Es indispensable la identificación previa de pacientes y/o representantes legales y de los profesionales sanitarios, quienes deben guardar similar respeto, compostura y decoro que en la modalidad presencial. No se acepta jurídica, deontológica ni éticamente un acto médico sin la intervención de médicos.
7. Deben asegurarse la privacidad e intimidad de los pacientes y/o representantes legales, quienes deben estar libres de coacciones e injerencias ajenas a la hora de tomar decisiones. Deberá ser respetado siempre el principio de autonomía, recabándose el consentimiento informado y se pondrá especial énfasis en asegurar la comprensión del diagnóstico y tratamiento indicado, registrando todo ello en la historia clínica.
8. Se asegurará la confidencialidad y privacidad en la información y transmisión de datos e imágenes de forma eficiente y segura -encriptación de archivos o mé-

todos análogos-.

9. La telemedicina solo será lícita si asegura que la historia clínica no quedará mermada en ninguna de las exigencias deontológicas y legales que la regulan.
10. El profesional sanitario durante el uso de la telemedicina debe tener siempre presente la posibilidad de transformar el acto sanitario en presencial ante situaciones que así lo exijan.

Sirva como corolario, las conclusiones establecidas por Pérez Sarabia (27) cuando aborda que aspectos deben ser considerados a la hora de regular la telemedicina, la IA y la robótica en el ámbito sanitario: deben ser consideradas la deontología profesional, la seguridad del paciente y los principios de transparencia, veracidad y competencia profesional como conceptos y principios clave para superar con éxito los retos tecnológicos sanitarios a los que nos enfrentamos, y para que las autoridades públicas puedan garantizar que el desarrollo y uso de tecnologías está en consonancia con los derechos humanos.

### **Conflicto de intereses**

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Diccionario de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. 2012; 18(3-4):144-144.
2. WHO (World Health Organization). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. World Health Organization. 2010;(2). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

3. Rabanales Sotos J, Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, Andrés Pretel F, Navarro Bravo B. Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones: Telemedicina. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2011;4(1):42-48.
4. Plan del INSALUD de 2000. <https://www.ingesa.msc.es>
5. Casado García ME, Santervás Sanz A. Estado del arte de la Telemedicina en España y Europa. DSSI-1.3 I.T.T. Sistemas de Telecomunicación. Disponible en: [https://www.academia.edu/31913207/Estado\\_del\\_arte\\_de\\_la\\_telemedicina\\_en\\_Espa%C3%B1a\\_y\\_Europa](https://www.academia.edu/31913207/Estado_del_arte_de_la_telemedicina_en_Espa%C3%B1a_y_Europa)
6. Ruiz Ibáñez C, Zuluaga De Cadena Á, Trujillo Zea A. Telemedicina: Introducción, aplicación y principios de desarrollo. *Revista CES Medicina*. 2007;21(1):77-93.
7. Ferguson J. How to do a telemedical consultation. *J Telemed Telecare*.2006;12(5):220-227
8. Hernández Gil A, Castellano Arroyo M, Fernández-Creuhet Navajas J, Girela López E. Telemedicina y otros medios de consulta no presencial. Criterios de validez jurídica, ética y deontológica. *Responsabilidad médico-sanitaria*. 2022; 37-51.
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* número 274, de 15/11/2002.
10. Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico. *Boletín Oficial del Estado*, número 166, de 12/07/2002.
11. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* número 280, de 22/11/2003.
12. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, número 128, de 29/05/2003.
13. Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, número 294, de 06/12/2018.
14. Resolución del Parlamento Europeo 2006/2275 (INI) de 23 de mayo de 2007. Recomendación 2008/594/CE. L190. *Diario Oficial de la Unión Europea* L190. 18/07/2008.
15. Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones: la telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad. C317/84. *Diario Oficial de la Unión Europea*. 23/12/2009.
16. Resolución del Parlamento Europeo. Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI.14 de enero de 2014. C482/14. *Diario Oficial de la Unión Europea*.23/12/2016.
17. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Julio 2011.
18. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Marzo 2023. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo\\_deontologia/index.html](https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/index.html)
19. Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica. Octubre 2022. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
20. López Pérez CM. Telemedicina: análisis de las principales cuestiones legales y éticas. Trabajo Fin de Grado. Grado de Medicina. Universidad de Granada. Curso 2022/2023.
21. Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Telemedicina y Deontología. Junio 2020.
22. Castellano Arroyo, M. La relación médico-paciente a la luz de la telemedicina. *Anales Real Academia Nacional de Medicina de España*.2021;138(01):155-161.
23. Pérez MDM. Implicaciones éticas asociadas al uso de la telemedicina. *Revista eSalud*. 2011;7(28):6-10.
24. Pérez Sarabia M.; Villegas Flores J; Moreno Ramírez D. «Pautas básicas para una Telemedicina segura». Comunicación al Congreso Nacional de Derecho Sanitario, octubre, 2016. Madrid. Disponible en: [http://javiervillegasf.com/161018\\_%20Poster\\_%20Congreso%20Derecho\\_%20Sanitario\\_%202016\\_%20Pautas\\_%20Telemedicina\\_%20Segura.pdf](http://javiervillegasf.com/161018_%20Poster_%20Congreso%20Derecho_%20Sanitario_%202016_%20Pautas_%20Telemedicina_%20Segura.pdf)
25. Consejería de Salud y Familias. Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica. Actualización, 10 de junio de 2021. Junta de Andalucía.
26. Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico. Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegio de Médicos. Decálogo de pautas asistenciales en Telemedicina. Disponible en: <https://cacm.es/2021/02/26/decalo>

go-de-pautas-asistenciales-en-telemedicina/

27. Perez Sarabia M. Deontología profesional, la seguridad del paciente y principios esenciales. Conceptos clave para la regulación de la telemedicina, la

Inteligencia Artificial y la robótica en el ámbito sanitario. Sevilla: IUS ET SCIENTIA. Ed. Universidad de Sevilla; 2023. Vol. 9, n° 1. Disponible en: <https://doi.org/10.12795/IESTSCIENTIA.2023.i01.10> • pp. 152-173

## SIN BIBLIOGRAFÍA

# Propuesta de carta de condolencia para la atención al duelo en atención primaria

Ruiz García A<sup>1</sup>, Bernabéu Martín S<sup>2</sup>,  
Expósito Sáez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. CS El Valle. Jaén.

Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup>Trabajadora Social

<sup>3</sup>Enfermera Gestora de Casos

### CORRESPONDENCIA

Alharilla Ruiz García

Correo electrónico:

alharilla.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 06-04-2023;

aceptado para publicación el 08-05-2023

Med fam Andal. 2023; 1:55-56

La muerte es una experiencia aversiva para los que quedan y los que tienen vínculos significativos con el fallecido. Familiares y profesionales padecemos lo que denominamos duelo, en sus diferentes variantes e intensidades, una experiencia que siempre conlleva impacto emocional.

La presencia en el domicilio de los/las médicos/as de familia durante el fallecimiento no es infrecuente. Ha sido una tarea habitual de los “médicos de cabecera” en zonas rurales y es un tipo de atención que en la actualidad empieza a ocurrir con frecuencia, posibilitándose así expresar el pésame de forma verbal y directa. Tradicionalmente se han explorado distintas formas de acompañar la experiencia de los dolientes, como pueden ser los grupos de duelo, el counselling individual o la celebración de exequias o ceremonias religiosas que se celebran por la persona fallecida durante el duelo. No obstante, no siempre es posible realizar ese acompañamiento personalizado y presencial en el duelo a los familiares y personas cercanas a la persona fallecida.

En el contexto del Plan de Humanización proponemos uso de cartas de condolencia en los casos en los que no fuera posible un acompañamiento presencial, o incluso como refuerzo en los casos en los que el

médico/a de familia haya podido realizarlo. Las cartas de condolencia se inscriben dentro de las estrategias que pueden acompañar el proceso y las tareas de duelo y disminuir la experiencia sufrida de los familiares. Se trataría, por tanto, de usar esta comunicación escrita como una herramienta terapéutica, más allá de ser una expresión de cercanía, si están dentro de un marco conceptual adecuado. Esta carta de condolencia no solo expresaría la responsabilidad de acompañamiento y cercanía aceptada por los profesionales de referencia del Centro de Salud, sino también un elemento afectivo y de apoyo emocional a la familia del difunto.

La redacción y el envío de una carta de condolencia formaría parte del proceso de atención integral e integrada al paciente, potenciaría el abordaje biopsicosocial y facilitaría el cierre del ciclo de la atención familiar y comunitaria durante el proceso de atención al final de la vida. Sería un complemento ideal para la conocida como «visita de duelo», implementando la normalización de muchos de los síntomas iniciales del duelo y la expresión de forma explícita de una oferta continua de apoyo. La práctica diaria nos ofrece un alto grado de satisfacción tanto de profesionales como de familiares cuando el acompañamiento al duelo favorece la acce-



sibilidad de la familia doliente a la atención sanitaria y a su equipo de referencia en el centro de Atención Primaria. Es preciso recordar que el acompañamiento al enfermo y a su familia al final de la vida se realiza dentro de una estrategia de cuidados coordinada entre médicos/as de familia, enfermería de familia, enfermera gestora de casos y trabajadora social, en colaboración en muchos casos con el servicio de cuidados paliativos, por lo que la presencia de todos es imprescindible para una atención integral.

En el anexo presentamos un modelo de carta personalizada que identifica a los profesionales que han participado directamente en la atención de usuario fallecido. Es difícil hacer una carta tipo que pueda englobar las diferentes situaciones que se pueden presentar puesto que también hay diferentes familias y diferentes relaciones con el equipo sanitario, lo cual puede entrar dentro de la personalización de la atención sanitaria y adecuarla a las diferentes circunstancias. No obstante, no en todos los casos sería útil

como elemento de afrontamiento del duelo. Así, podrían considerarse los siguientes criterios de exclusión para dicha carta:

Criterio de vinculación insuficiente: pacientes en los que el proceso asistencial no ha posibilitado la generación de un vínculo significativo (p. ej., ingresos breves).

Criterio de prevención de conflictos: conflictos previos significativos con el equipo asistencial.

Criterio de relación ambigua o conflictiva con el fallecido.

Quedaría pendiente conocer la aceptación de este tipo de comunicaciones en la familia del paciente fallecido y el impacto positivo que puede generar en la elaboración del duelo. La prevención de las complicaciones de los duelos y el establecimiento de adecuadas dinámicas familiares pueden dar claves para el establecimiento de pautas que puedan ayudar a los profesionales a organizar y redactar este tipo de cartas.

## ANEXO

### CARTA TIPO DE CONDOLENCIAS

Desde el centro de salud EL VALLE nos ponemos en contacto con vosotros, familiares de ..... para expresaros y transmitir os nuestra condolencia y también deciros que nos queda la satisfacción de haberos podido acompañar en esta tarea, a veces tan difícil, de cuidar a una persona enferma. Lo hemos hecho con todo nuestro mejor interés y dedicación.

Nos gustaría agradecer os la confianza que habéis depositado en el equipo, colaborando con nosotros durante todo el proceso, en los cuidados y en las atenciones hacia ....., incluso en los momentos de mayor dolor e incertidumbre.

Sabed que estamos a vuestra disposición por si consideráis que podemos ser de ayuda. No dudéis en poneros en contacto con nosotros con total confianza.

Os mandamos el mejor de nuestros abrazos de todos y cada uno de los que formamos el equipo. Con afecto y reconocimiento.

Fecha

Médico de familia  
Enfermera gestora de casos

Enfermera de familia  
Trabajadora Social

## Sobre la importancia de estar indexado

Recibida el 08-03-2023; aceptada para publicación el 15-05-2023

Sr. Director

Imaginemos el siguiente experimento mental: ¿en una tormenta, si se produce un trueno, y no hay nadie cerca para escucharlo, se produce algún sonido? Desde el punto de vista físico indudablemente ha pasado algo, pero desde una perspectiva mental el impacto del sonido ha sido inexistente. En la actividad investigadora, la difusión del conocimiento es tan importante como su producción si queremos que los avances científicos tengan cierto impacto en la sociedad. Para lograr mayor difusión se torna indispensable publicar en revistas indexadas que aporten índices o indicios de calidad, pero, ¿qué es una revista indexada? Se trata de una publicación periódica de investigación agregada a una base de datos de alcance mundial.

La indexación reporta ciertas ventajas, dado que las revistas alcanzan mayor difusión y visibilidad, promueve el prestigio de los autores que en ella publican (a los autores, debido a ciertos requerimientos relacionados con la carrera profesional y académica, les interesa ser citados y por ello seleccionan revistas indexadas para publicar sus investigaciones), estimula la localización de los pares y en general se alcanza mayor desarrollo del campo científico.

Actualmente coexisten bases de datos que aportan índices de calidad relativos (ICR) y otras que disponen de otros indicios de calidad. Valga decir, que la Revista Medicina de Familia Andalucía está indexada en Latindex, que es una base de datos especializada en revistas académicas editadas en Iberoamérica y ello implica el cumplimiento de ciertos criterios de calidad editorial. Sin embargo, Latindex carece de factor de impacto. El factor de impacto es un ICR que sitúa una revista dentro de una categoría temática, en un ranking ordenado según la importancia, de mayor a menor. Se indica la posición de la revista dentro del total de revistas de su categoría y se calcula en función de las veces que ha sido citada una revista, un artículo o un autor, en un periodo de tiempo, en las revistas publicadas en el mismo periodo (habitualmente dos o tres años). Journal Citation Reports (JCR) y Scimago Journal Ranks (SJR) de Scopus, son bases de datos que aportan factor de impacto, considerados primer y segundo índices bibliométricos internacionales de importancia.

Con el fin de jerarquizar una revista entre las principales publicaciones científicas de su categoría es necesario desarrollar un plan estratégico a medio y largo plazo para alcanzar los requisitos técnicos que exigen las principales bases de datos internacionales.

En general, las revistas aspirantes deben cumplir con una serie de requisitos críticos que serán evaluados durante el proceso de aplicación, tales como: alcance y cobertura, calidad de los contenidos, calidad del trabajo editorial (metodología de la selección de artículos, descripción detallada del proceso de arbitraje independiente, adherencia a las guías éticas, evidencia del mecanismo por el cual los autores divulgan sus conflictos de intereses), calidad de la producción, idioma (de no estar publicadas en inglés, deben necesariamente incluir un resumen en ese idioma, no obstante las revistas no escritas en inglés que son aceptadas constituyen una minoría).

Lo cierto es que cada año se postulan varios cientos de revistas, pero sólo un pequeño porcentaje de las mismas es aceptado en las principales bases de datos internacionales. En definitiva, lograr la indexación refleja un grado de madurez de la publicación que conlleva varias etapas: cumplir con criterios de calidad, buscar índices adecuados, contactar con ellos y lograr la inclusión de forma periódica y permanente. Y eso es lo que deseamos para la Revista Medicina de Familia Andalucía.

¿Podría plantearse como objetivo a medio plazo incorporarse a SciELO? ¿y a largo plazo lograr la inclusión de la revista en MEDLINE? Para alcanzar objetivos tan ambiciosos sería necesario rediseñar el diseño y reglamentación de publicaciones de la Revista Medicina de Familia Andalucía, revista que lleva 21 años de edición ininterrumpida desde el 2000.

La Revista Medicina de Familia Andalucía tiene mucho camino andado: calidad científica aportada por las investigaciones enviadas por nuestros colegas, un comité editorial y de evaluación, y una secretaría abnegada íntegramente a la revista con absorción del proceso editorial, así como ciertas accio-

nes que permiten el autofinanciamiento de la revista sin ningún apoyo público. Esto se ha logrado gracias al compromiso de un pequeño grupo de personas, médicos y no médicos, que dedican muchas horas a la labor editorial, una tarea exigente y con gran responsabilidad frente a los autores, los revisores, nuestros colegas médicos y ante la sociedad misma, con el fin de lograr un producto digno que de alguna manera satisfaga las necesidades y aspiraciones de los autores, mejore la investigación y contribuya a la formación médica continua y al progreso de las ciencias biomédicas. En muchos casos este compromiso y esfuerzo tiene como retribución única el disfrute de cada número de la Revista Medicina de Familia Andalucía.

No podemos obviar, que si la Revista Medicina de Familia Andalucía lograra la indexación en otras bases de datos internacionales la tarea editorial sería cada vez más compleja y requeriría más tiempo, dedicación y esfuerzo para cumplir con las exigencias impuestas por dichas bases de datos. La atracción de nuevos autores, el incremento de las investigaciones recibidas y posiblemente mejoras en la calidad de impresión y en ciertos procesos de edición implicaría un mayor número de páginas, de horas de diseño y corrección, traducciones...lo que contribuiría a aumentar los costos de publicación y la financiación sería también cada vez más difícil. Este último aspecto no es un tema menor, y podría poner en riesgo la viabilidad de la Revista Medicina de Familia Andalucía. Así, iniciar este proceso requeriría un rediseño del proceso editorial, incluyendo recursos tecnológicos, humanos y financieros. En cuanto a los aspectos financieros existen revistas que cobran por publicar, las llamadas publicaciones científicas de acceso abierto, pero este es un tema muy controvertido digno de tratar en otro momento.

En cualquier caso, la oportunidad siempre está disponible y el desafío planteado.

Lo que es evidente es que contamos con un escenario de coste cero para el autor/investigador, con un recorrido de más de 20 años,

pulcro en el proceso editorial y un amplio margen de mejora para su difusión y conocimiento por otros profesionales.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

#### CORRESPONDENCIA

Figueredo-Sánchez JM<sup>a</sup>

Consejería de Desarrollo Educativo y Formación  
Profesional Junta de Andalucía

Correo electrónico: [jfigsan358@g.educaand.es](mailto:jfigsan358@g.educaand.es)

## Algunas reflexiones y consideraciones sobre la indexación de la revista Medicina de Familia. Andalucía (para visibilizar nuestra revista y hacer atractiva la publicación en ella)

Recibida el 16-05-2023; aceptada para publicación el 18-06-2023

Sr. Director,

El objetivo de las revistas científicas es poner en contacto a los investigadores para que difundan su trabajo y a los profesionales sanitarios para que conozcan los resultados de las investigaciones. Esto solo se puede hacer posible mediante métodos de difusión y clasificación de lo que se publica, uno de los cuales resulta extremadamente útil y eficaz, cual es la indexación de las revistas, su inclusión en los llamados índices bibliográficos, para que una revista pueda llegar al mayor número posible de lectores.

La revista Medicina de Familia. Andalucía siempre ha figurado en la BVSSPA (Biblioteca Virtual del Servicio de Salud Público de Andalucía) entre las 30 revistas más leídas de Medicina Familiar y Comunitaria, y desde hace años está siempre entre las 15 primeras, en el puesto 12º en la actualidad, con lo que podemos decir que se garantiza su publicación entre los profesionales andaluces. Asimismo, está incluida en el ÍNDICES (Información y Documentación de la Ciencia en España) del CSIC (Centro Superior de Investigaciones Científicas), el antiguo IME (Índice Médico Español) y también está incluida en DULCINEA y en el RCS (Catálogo de Revistas de Ciencias de la Salud). Esto también, en cierta medida, le

proporciona visibilidad a nivel nacional español. También está incluida en Latindex, el índice iberoamericano que agrupa a revistas de toda la comunidad iberoamericana, incluyendo España y Portugal.

Pero, transcurridos más de 20 años desde la creación de la revista, quizás llega el momento de plantearse su inclusión en otros índices internacionales, sabiendo que esta es una labor más difícil y de más envergadura, pero habría que fijarse ese objetivo con el fin de ir trabajando en esa dirección. Para ello, lo fundamental es seleccionar qué índices son aquellos en los que habría que centrarse y estudiar qué requisitos se necesitan para ser incluidos en ellos.

Los objetivos más ambiciosos en cuanto a bases de datos en las que ser incluidos serían Pubmed y Pubmed Central, Scopus y la Web of Sciences, también DOAJ (Directory of Open Access Journals), EBSCO (Proveedor de bases de datos de investigación). En primer lugar, habría que estudiar qué revistas españolas que publiquen sobre temas de atención primaria hay ya incluidas en esas bases de datos. En estos momentos, así a vuelapluma, podríamos señalar Revista Clínica Española, Medicina Clínica, Gaceta Sanitaria, Atención Primaria, Semergen, Enfermería Clínica y varias más, en cuya



lista no me voy a extender. Un primer aspecto que habría que estudiar detenidamente es cuál sería la diferenciación de nuestra revista que se pudiera esgrimir para que la inclusión de ella fuera significativa con respecto a las ya incluidas en estas bases de datos.

Otro aspecto, y muy importante, es el de los requisitos que se exigen para la inclusión en estos Índices, que son fundamentalmente tanto formales como de calidad. Por enumerar algunos de ellos, unos comunes a la exigencia en todas las bases de datos internacionales y otros más específicos de cada una de ellas, sin entrar a diferenciarlos en este escrito:

- ISSN (International Standard Serial Number)
- Número de DOI (Digital Object Identifier)
- Una antigüedad mínima de la revista
- Agenda de publicación. Números mínimos anuales
- Metadatos básicos de cada artículo
- Los artículos deben ser originales, no publicados en ninguna otra parte
- Política de derechos de autor
- Política de alcance temático
- Políticas de archivo
- Consejo editorial, nivel de independencia de este y diversidad de composición y, tratándose de querer optar a figurar en un índice internacional, es aconsejable un cierto grado de internacionalización en el consejo editorial, que figuren miembros de otros países
- Configuración del sitio web de la revista fácilmente rastreable por robots y fácilmente exportable mediante metatags
- Claridad del trabajo editorial: metodología de la selección de artículos, revisión por pares. Adhesión a guías éticas, garantía de declaración de conflictos de intereses de los autores. Claridad de los artículos y los resúmenes, conformidad a los objetivos y al campo temático de la revista
- Público objetivo, idioma y cobertura geográfica de la población. En cuanto al idioma, es conveniente tener una versión del abstract de cada artículo en inglés
- En algunos casos, como la indexación en Pubmed Central, se requiere que la revista se publique en inglés además de o en sustitución del idioma original
- Lo que sí se requiere es que los contenidos estén disponibles online y que haya una versión en inglés de la página principal de la web de la revista

También se sugiere adherirse en las normas a las recomendaciones del ICMJE (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas) y del CSE (Consejo de Editores de Ciencia)

Algunos de estos criterios ya los reúne nuestra revista, pero en otros habría que trabajar si se quiere conseguir el objetivo. También hay que tener en cuenta que hay que estar preparados para someterse a las auditorías que las bases de datos de indexación puedan efectuar para comprobar el cumplimiento de los criterios.

Otras vías para conseguir esa difusión internacional de la revista mediante indexación en bases de datos internacionales, aparte de las principales bases de amplio espectro, sería buscar bases en nichos más específicos, tanto de educación sanitaria (ERIC: Education Resource Information Center) como de psicología y psiquiatría (PSYCINFO: Base de datos de indexación de la APA (Ameri-

can Psychological Association)) como de enfermería, hago un aparte en este último aspecto para que se estudie la posibilidad de que se incluya también la revista en el índice CUIDEN (Base de datos bibliográfica de la Fundación Index).

Y quiero acabar hablando de otra dimensión también compleja y de difícil consecución, el Factor de Impacto, y es que en una revista como la nuestra, en la que eso es difícil de alcanzar, por muchos motivos, es importante que se explore el avance en otro indicador bibliométrico, el DORA (San Francisco Declaration Of Research Assessment), que proporciona otra vía cualitativa para ser te-

nida en cuenta en los índices, ya que da la posibilidad de que se les dé importancia a publicaciones disruptivas y que contribuyan significativamente a la generación de conocimiento sin necesidad de estar sometidas a la “dictadura” del factor de impacto. Es difícil también de conseguir porque aquí sería aplicable también el concepto del efecto Mateo pero vale la pena tenerlo en mente y no perderlo de vista.

Este camino puede ser largo y tortuoso, pero hay que ir pensando ponerse en marcha, por el bien de la visibilidad de nuestra revista y de la difusión del trabajo de los investigadores andaluces.

Manteca-Gonzalez AM

Especialista en MFyC. Málaga

Socio de SAMFyC y Exdirector revista Medicina de Familia. Andalucía (Med fam Andal)

Correo electrónico: [amanteca@gmail.com](mailto:amanteca@gmail.com)

## ¿CUÁL ES SU DIAGNOSTICO?

## Lesiones papulosas en zona de tatuaje reciente

Darwish-Mateos S<sup>1\*</sup>, Rodríguez Castilla F<sup>1\*</sup>,  
Pérez-Milena A<sup>2\*</sup><sup>1</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>2</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y

Comunitaria \*Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

Recibido el 11-05-2023;  
aceptado para publicación  
el 09-06-2023.

Hombre de 31 años sin antecedentes de interés que se ha realizado hace dos semanas un amplio tatuaje en color negro en cara anterior de antebrazo derecho. Una semana tras la intervención notó prurito en la zona anterodistal del antebrazo, bajo zona tatuada, apareciendo unas pápulas pruriginosas no confluyentes. Tras un mes de evolución

de las lesiones, y pese a tratamiento con diferentes corticoides tópicos (hidrocortisona, prednicarbato), tacrolimus en pomada y antihistamínicos orales (loratadina, bilastina) no hay mejoría. Han aparecido nuevas lesiones, pero no se aprecia eritema en la zona afecta.

Figura 1 A



Figura 1 B



Tras un mes de evolución de las lesiones se realiza una valoración utilizando el dermatoscopio (figura 2) donde se aprecian lesiones no melanocíticas en forma de pápulas de formas redondeadas y uniformes con una conformación central polilobular, denomi-

nada imagen en “huevo frito”, muy repetitiva y con un poro central. En el centro de esta imagen puede apreciarse un material amorfo de color blanco amarillento, y en la periferia algunos puntos rojos rodeando la pápula.

Figura 1 C



Figura 2



**1. ¿Cuál sería su diagnóstico?**

- a) Dermatitis por reacción alérgica a la tinta
- b) Hiperqueratosis folicular
- c) Verrugas vulgares
- d) Granulomas sarcoideos.
- e) Molusco contagioso

**2. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada en este caso?**

- a) Es una lesión benigna que no precisa tratamiento
- b) Debe retirar la tinta del tatuaje para evitar este problema
- c) Uso de corticoides de alta potencia con oclusión durante un mes
- d) Afeitado mediante curetaje o tratamiento con nitrógeno líquido
- e) Derivar a la consulta de Dermatología para extirpación completa de lesiones

CORRESPONDENCIA

Sara Darwish Mateos  
Correo electrónico: [sdarwish.m@gmail.com](mailto:sdarwish.m@gmail.com)

DEDICADO A ... Lorenzo Arribas Mir

## Nuestro trabajo en el área de salud reproductiva de las mujeres “*dedicado a Lorenzo Arribas*”

Por Emilia Bailón Muñoz y Amparo Ortega del Moral  
Especialistas en MFyC. Granada

Recibida el 02-05-2023; aceptada para publicación el 02-06-2023



*Emilia Bailón y Amparo Ortega en el homenaje a Lorenzo*



*Lorenzo Arribas Mir*

### ¿Emilia como conociste a Lorenzo?

A Lorenzo lo conocimos como médicas, en dos momentos distintos de nuestra vida profesional condicionado por nuestra edad, aunque Amparo tú ya compartías con él la afición al montañismo. Conocí a Lorenzo cuando llegué a Granada en enero del 1980 para realizar la especialidad de medicina de familia, Lorenzo había empezado la especialidad un año antes, fue de la primera promoción. El desarrollo de la reforma sanitaria y la apertura de los Centros de Salud aun tardó unos años, nos incorporamos en

1985, Lorenzo al Centro de Salud de la Chana, y yo al Centro de Salud de Cartuja. La mayoría de estos primeros centros de salud, se pusieron en marcha en barrios periféricos de las grandes ciudades. Amparo te incorporaste de residente con Lorenzo en 1987.

Las características demográficas de las dos zonas básicas de salud compartían indicadores de natalidad altos, lo que hizo que priorizásemos actividades dirigidas a la salud reproductiva de las mujeres, planifica-



ción familiar, seguimientos de embarazos y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

El final de los 80 y principio de los 90 fueron años de intenso trabajo, para que, en los nuevos centros de salud, los médicos de familia brindaran a su población una atención integral sin fraccionarla por edad, sexo o patologías como se venía haciendo, evitando que el médico de familia fuese un “guardia urbano” encargado de dirigir la circulación de pacientes hacia otras especialidades. Conseguimos que estas actividades de promoción y prevención del área reproductiva de las mujeres se realizaran en los centros de atención primaria, y no dispensarizados en otros centros, de planificación familiar, consultas de obstetricia o, consultas de ginecología, a las que las mujeres eran derivadas por motivos que podían ser atendidos por sus médicas y médicos de familia. Estuvimos junto con Lorenzo trabajando en la motivación y difusión para recuperar estas competencias que muchos médicos de cabecera ya venían realizando.

Formamos a nuestros residentes, según recoge el programa nacional de la especialidad, en conocimientos y habilidades en talleres, que también se ofrecían a residentes y tutores de otras áreas donde no se habían puesto en marcha estas actividades. Investigamos y realizamos publicaciones, llevando a nuestros congresos científicos los buenos resultados en salud y de satisfacción de la población cuando era atendida en su centro de salud, así queda recogido en la Evaluación de Programas Salud Materno-Infantil Andalucía 1984-1994 que realizó la Escuela Andaluza de Salud Pública

**¿Amparo cómo te incorporas después de tu residencia al programa de la mujer?**

Fue muy fácil dejarse impregnar por el entusiasmo tanto de Lorenzo como de Emilia que nos hicieron partícipes de la importancia de realizar estos programas preventivos en los centros de salud, ellos dos han sido los referentes para muchos compañeros y por supuesto residentes y alumnos. En 1999 Emilia empezó a poner en marcha y dinamizar los programas de embarazo, cáncer de cérvix y menopausia, desplazándose a los centros de toda la provincia de Granada incorporándose Lorenzo con las actividades de Planificación familiar. El objetivo de que el adiestramiento y formación se realizara “in situ”, permitió buscar soluciones factibles para la puesta en marcha y continuidad de las actividades, asegurando una adecuada coordinación con el servicio de ginecología-obstetricia de referencia, y así evitar desplazamientos innecesarios a las mujeres. En Granada y a nivel nacional Lorenzo ha sido referente ya que muchos residentes de otras comunidades autónomas han realizado rotaciones con él, para formarse en actividades de la salud reproductiva de las mujeres.

El grupo de personas motivadas fue creciendo y junto con Blanca Marcos, Dolores Sánchez Mariscal y más compañeras y compañeros que se fueron incorporando se constituyó un núcleo de trabajo centrado en la realización y difusión de las actividades en salud reproductiva de las mujeres, básicamente actividades de fomento y protección de la salud. En Málaga también han destacado por su implicación, formación y docencia en actividades de Planificación familiar, Cristóbal Trillo y José Antonio Navarro.

Lorenzo ha sido empuje y motor de numerosas ponencias, publicaciones en revistas médicas y comunicaciones de experiencias en los congresos autonómicos de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Co-



*De izquierda a derecha, Yarmila García, Loli Sánchez, Cristóbal Trillo, Amparo Ortega, Tania Cedeño, José Antonio Navarro y Lorenzo Arribas Mir*

munitaria (SAMFyC) y de otras federadas a las que éramos invitados. El congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) en Platja D'Aro en el año 1995, en el que presentamos con Lorenzo una de las ponencias, referida a la salud reproductiva de las mujeres, fue un punto de inflexión a partir del cual formamos el Grupo de Trabajo de la mujer de la SAMFyC, al año siguiente el Grupo de Trabajo de la mujer de la semFYC al que se unieron médicas y médicos de familia de toda España, y un poco después se creó el del PPAPS.

### **¿Cómo ha impactado el trabajo de estos grupos en la configuración actual de los programas de salud de la mujer en Andalucía y a nivel nacional?**

Con Lorenzo hemos trabajado en la Consejería de Salud, en el desarrollo del proceso asistencial de seguimiento de embarazo, parto y puerperio, y hemos participado en las sucesivas revisiones. Es un proceso que

establece el seguimiento protocolizado de los embarazos de bajo riesgo obstétrico, por parte de los médicos y médicas de familia compartido con los servicios de obstetricia de referencia. Este proceso ha significado que las embarazadas puedan recibir la atención clínica de sus médicos de familia y los cuidados de sus enfermeras de familia durante la gestación en sus propios centros de salud sin necesidad de desplazarse, con lo que se asegura su asistencia en todas las localidades sean centros urbanos o rurales. Hemos trabajado también en el proceso prevención del Cáncer de cérvix en Andalucía y en las Guías de Práctica Clínica de Embarazo y Atención a los Síntomas del Climatario del Ministerio.

Junto a Lorenzo hemos establecido fructíferas relaciones de coordinación con otros especialistas, para realizar la adecuada atención al área reproductiva de las mujeres, participando en la Conferencia Nacional de Consenso de Prescripción y manejo de Anticonceptivos Hormonales Orales en Toledo 1997, también participamos en el I Congre-

so Nacional de Salud Reproductiva y Forum de Salud y Sociedad en Sitges 1998, del que Lorenzo además era miembro del Comité Científico

Lorenzo ha sido muy destacado y reconocido en su vida profesional: Profesor Asociado de la Universidad de Granada, en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, doctor en medicina desde 2001 por su tesis sobre implantes anticonceptivos, y fue premio nacional de la Sociedad Española de Contracepción SEC 2010. La revista “Forbes” en 2014 le designó entre los tres mejores médicos de familia de España.

Nuestro trabajo conjunto con Lorenzo, aunque en ocasiones “debatido” ha sido muy enriquecedor, por su inteligencia, tenacidad, rigor científico, constancia, ingenio, capacidad de innovación y fino sentido del humor. Su personalidad “argumentadora y convincente” y su meticuloso trabajo a lo largo de los años, ha enriquecido y mejorado los contenidos de nuestra especialidad para dotar a los nuevos especialistas de conocimientos y habilidades que les permitieran la atención integral a su población.

Es de reseñar la dilatada trayectoria profesional de Lorenzo: 35 años atendiendo a la misma población incluyendo varias generaciones (le encantaba comentar como atendió al embarazo de la madre, al de su hija y después haciendo planificación familiar a la nieta). En su trayectoria han ido concu-

rriendo las principales características de la especialidad como integralidad, longitudinalidad, accesibilidad, docencia pre y postgrado y la investigación.

La medicina de Familia, nuestra especialidad, defiende la atención integral a la salud de la población que atendemos, y el programa nacional de la especialidad establece la adquisición de competencias (conocimientos, habilidades, y aptitudes) en el área de la salud reproductiva de las mujeres.

Lorenzo ha dedicado gran parte de su vida a la Medicina de Familia y ha impactado en numerosos profesionales para realizar, amar y difundir las actividades de atención a la salud de las mujeres en Atención Primaria. Reivindicamos, como a él le hubiera gustado, que los médicos de familia, somos los profesionales más accesibles y mejor cualificados para hacerlo.

Pero a pesar del interés por potenciar las competencias del área de salud reproductiva de las mujeres en la formación de los residentes, es muy difícil incorporar a la práctica diaria algo que los residentes no ven hacer a sus tutores. En esta tarea hemos estado junto a Lorenzo, y hoy queremos compartir el reconocimiento a su gran trabajo con todos los médicos y medicas de familia.

---

# PUBLICACIONES DE INTERÉS /

## ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo del 2014)

Manteca González A

*Médico de Familia*

---

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección alerta bibliográfica). También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>

La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed.



@pontealdiaAP



## Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo de Tecnologías de la Información y la Comunicación de SAMFyC (eSAMFyC)

@pontealdiaAP consiste, básicamente, en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de [esamfyc@gmail.com](mailto:esamfyc@gmail.com).





DE INTERÉS

# ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

## SAMFyC

- **6as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. -JART SAMFyC-**  
Monachil (Granada), 22 y 23 de junio de 2023  
Secretaría SAMFyC  
Telf. 958 80 42 01  
<https://residentesy tutoressamfyc.com/>
- **7as Jornadas Andaluzas de Ecografía. - ECO SAMFyC-**  
Monachil (Granada), 24 de junio de 2023  
Secretaría SAMFyC  
Telf. 958 80 42 01  
<https://ecografiasamfyc.com/>
- **29 Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**  
Córdoba, 9 al 11 de noviembre de 2023  
Secretaría técnica: Andaluza Congresos Médicos  
Apartado de correos 536/18080 Granada  
Tlf/Fax: 958 523 299  
<https://congresosamfyc.com>
- **7as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC -JART SAMFyC-**  
Almería, 3 y 4 de octubre de 2024  
Secretaría SAMFyC  
Telf. 958 80 42 01  
<https://residentesy tutoressamfyc.com/>
- **8as Jornadas Andaluzas de Ecografía. SAMFyC - ECO SAMFyC-**  
Almería, 5 de octubre de 2024  
Secretaría SAMFyC  
Telf. 958 80 42 01  
<https://ecografiasamfyc.com/>

## SAMFyC

<https://www.samfyc.es/actividad-formativa/>

## Agenda semFYC

<https://www.semfy.com/actividad/actividades-semfy/>

*Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC*

congresos@semfy.com

Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13

08002 Barcelona

Tel. 93 317 71 29

Fax 93 318 69 02

## Formación SemFYC

<https://www.semfy.com/formacion-semfy/>

Comentarios a  
**CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO**  
 (del Vol. 24, Núm.1)  
 (Med fam Andal 2023; 24:63-64)

**Respuestas razonadas**  
 Lesiones papulosas en zona de tatuaje reciente

Darwish-Mateos S<sup>1\*</sup>, Rodríguez-Castilla F<sup>1\*</sup>, Pérez-  
 Milena A<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

<sup>2</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

\*Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

## Respuestas razonadas

### 1 ¿Cuál sería su diagnóstico?

**Respuesta correcta: e) Molusco contagioso.**

El molusco contagioso<sup>1</sup> presenta pápulas elevadas o cupuliformes, lisas, de aspecto redondeado, translúcidas, firmes, de 2 a 5 mm, del color de la piel, rosadas o blanco perlado, con un poro central umbilicado. Es una enfermedad universalmente distribuida con mayor incidencia en zonas tropicales y causada por un virus de la familia poxvirus: el virus del molusco contagioso. Es una dolencia común en niños y poco frecuente en adultos, en los cuales se la considera un cuadro de transmisión sexual o induce a buscar una asociación con inmunodeficiencias sobre todo HIV.

Las reacciones limitadas a la piel tras un tatuaje comprenden patologías de etiología infecciosa<sup>2</sup> como las verrugas vulgares (pápulas firmes, del color de la piel, de tamaño variable y superficie rugosa), el herpes simple, celulitis, erisipelas o moluscos contagiosos. El mecanismo de aparición de las lesiones de molusco sobre las zonas de la tinta del tatuaje se puede deber a la transmisión del virus a través de los instrumentos que se emplean en su realización o a la contaminación previa de la tinta<sup>2 3</sup>.

Otras etiologías no infecciosas producidas por la tinta contenida en los tatuajes serían eccemas (la dermatitis por reacción alérgica produciría un eritema en toda la zona del tatuaje), reacciones liquenoides o granulomas sarcoideos (nódulos bien delimitados con una superficie discretamente eritematosa). En la hiperqueratosis folicular se apreciarían múltiples pápulas secas y duras, rugosas al tacto, en particular sobre la parte posterior de los brazos, que surgen de los folículos pilosos.

El diagnóstico en adultos, a diferencia de la infancia, puede ser más complejo por su menor prevalencia y la existencia de presentaciones con formas atípicas. En estos casos se indica el uso de la dermatoscopia<sup>4,5</sup>, que permitiría visualizar en más de un 95% de los casos la umbilicación y el orificio central, en forma de estructuras blanquecinas amorfas centrales, redondas o multilobulillares. El patrón vascular más frecuente es «en corona», siendo muy específica la asociación de vasos arborescentes alrededor de un orificio central.

### 2. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada en este caso?

Respuesta correcta: d) Afeitado mediante curetaje o tratamiento con nitrógeno líqui-

do.

Aunque se trata de una infección de curso benigno y generalmente autolimitada, en la infancia y en determinados casos, como el expuesto en este artículo, es aconsejable realizar un tratamiento erradicador. En la tabla se presentan las opciones más comunes en Atención Primaria<sup>6</sup>. Los métodos

destructivos, simples y coste-efectivos, son los más utilizados en la práctica diaria, provocando la destrucción de los queratinocitos infectados por el virus. El uso del curetaje está avalado por consenso de expertos, por la práctica habitual y por estudios de series de casos. El uso de la crioterapia tiene, sin embargo, una evidencia pobre o de calidad limitada.

Tabla 1. Tratamientos útiles para el molusco contagioso

Tópico en consulta	Destructivo en consulta	Tópico en domicilio	Otras alternativas
<a href="#">Nitrato de plata</a> <a href="#">Podofilina</a> <a href="#">Cantaridina</a> <a href="#">Ácido salicílico</a>	<a href="#">Crioterapia</a> <a href="#">Curetaje</a> <a href="#">Extrusión manual</a> <a href="#">Láser de CO2</a> <a href="#">Láser de colorante pulsado</a>	<a href="#">Imiquimod 5%</a> <a href="#">Peróxido de benzoílo</a> <a href="#">Peróxido de hidrógeno</a> <a href="#">Hidróxido de potasio</a>	<a href="#">Aceite del árbol del té</a> <a href="#">Cinta adhesiva</a> <a href="#">Hipertermia</a> <a href="#">Esperar evolución</a>

## BIBLIOGRAFÍA

- Bakshi SS, Rajalakshmi P. Molusco contagioso. Med Clin (Barc). 2016; 147(3):e17.
- Martínez-Morán C, Gómez Esteban MA, García-Donoso C, Borbujo J. Molusco contagioso sobre tatuaje. Piel. 2009;24(2):568-71.
- Pérez Gala S, Alonso Pérez A, Ríos Buceta L, Aragüés Montañés M, García Díez A. Molluscum contagiosum on a multicoloured tattoo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006; 20(2):221-2.
- Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2019; 12:373-381.
- Boespflug A, Perier-Muzet M, Phan A, Dhaille F, Assouly P, Thomas L, Petit A. Dermatoscopia de las lesiones cutáneas no neoplásicas. EMC – Dermatología. 2018; 52(1): 1-6.
- Gerlero P, Hernández-Martín A. Actualización sobre el tratamiento de moluscos contagiosos en los niños. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2018; 109:408-15. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-sobre-el-tratamiento-moluscos-articulo-S0001731018300851>

CORRESPONDENCIA

Sara Darwish Mateos  
 Correo electrónico: [sdarwish.m@gmail.com](mailto:sdarwish.m@gmail.com)

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <https://www.samfyc.es/revista/>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio médicas.

Med fam Andal. 2000; 1: 104-110 (<https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v0n0.pdf>).

### Solicitud de colaboración

Apreciado/a amigo/a:

Con este son ya sesenta y tres los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico a [revista@samfyc.es](mailto:revista@samfyc.es).

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

Accede a las normas de edición .

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

Envío originales



Normas de edición



## INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniquemos cualquier cambio de domicilio u otros datos de contacto a la mayor brevedad. Puedes hacerlo a través de los siguientes canales:

- Por correo electrónico a [sociocentinel@samfyc.es](mailto:sociocentinel@samfyc.es) (asunto: actualización datos)
- A través de la web de SAMFyC: <https://www.samfyc.es/actualizacion-de-datos/>
- Por teléfono, llamando al 958 80 42 01

## INFORMACIÓN PARA EL LECTOR

- Quieres hacerte socio SAMFyC, y por ende semFYC; puedes hacerlo a través de la web <https://www.samfyc.es/hazte-socio/> o llamando al 958 80 42 01.





# 8<sup>as</sup> JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFIA SAMFYC

5 Octubre 2024 - Almería





29<sup>o</sup>

Congreso Andaluz  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria  
SAMFyC



Córdoba  
Palacio de Congresos  
del 9 al 11 de noviembre 2023

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)  
[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)

#SAMFYC23

