

# Medicina de Familia Andalucía

Volumen 26, número 3, septiembre - diciembre 2025

## Editorial

- 154 Investigar para cuidar mejor: 25 años de compromiso con la Atención Primaria en Andalucía

## Dedicado a ...

- 156 Luís de la Revilla: una historia de compromiso e innovación

## El Espacio del usuario

- 162 La Atención Primaria en la Iniciativa Legislativa Popular para la recuperación de los niveles de calidad en el sistema sanitario público

## Originales

- 164 Prevalencia de fragilidad y características de los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) de una Zona Básica de Salud (ZBS)
- 175 Uso de antibioterapia durante las cinco primeras olas de la pandemia por COVID-19 (Proyecto GASAP-COVID)

## Repasando en AP

- 187 Autolesiones en la adolescencia

## A debate

- 193 Longitudinalidad: Una relación clínica a fuego lento

## Sin bibliografía

- 198 Un nuevo factor de riesgo: lugar de residencia

## Carta al director

- 201 Lenguaje médico oncológico y belicismo: reflexiones críticas para la práctica clínica

- 204 Publicaciones de Interés

- 205 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

- 206 Actividades Científicas

- 208 Información para los autores y otros



# Medicina de Familia Andalucía

Tu investigación merece ser leída

¡ATRÉVETE A PUBLICAR!

25

SAMFyC

2000-2025

¡CONECTADOS!

25 aniversario de la  
revista 2000-2025



**SAMFyC** (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)

C/Arriola 4, bajo D – 18001 – Granada (España)  
<http://www.samfyc.es>

#### **JUNTA DIRECTIVA**

##### **Presidente**

Jesús E. Pardo Álvarez

##### **Vicepresidente**

Francisco José Rodríguez Arnay

##### **Vicepresidente**

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

##### **Vicepresidente**

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

##### **Secretario**

Antonio Manuel Carmona González

##### **Vicepresidente Económico**

Ignacio Merino de Haro

##### **Vocales de Residentes**

Carmen María Escudero Sánchez y Pablo Prieto Díaz

##### **Sección de Docencia**

Rocío Medero Canela

##### **Sección de Formación Continua**

Pedro Mesa Rodríguez

##### **Sección de Investigación**

M<sup>a</sup> Inmaculada Mesa Gallardo

##### **Sección de Comunicación e Imagen**

Antonio Muñoz Gámez

##### **Vocal provincial de Almería**

María Araceli Soler Pérez

##### **Vocal provincial de Cádiz**

José Joaquín Cordero de Oses

##### **Vocal provincial de Córdoba**

Ana Fons Díaz

##### **Vocal provincial de Granada**

Irene Fernández Peralta

##### **Vocal provincial de Huelva**

Eduardo Pérez Razquin

##### **Vocal provincial de Jaén**

M<sup>a</sup> de la Villa Juárez Jiménez

##### **Vocal provincial de Málaga**

Rubén L. Vázquez Alarcón

##### **Vocal provincial de Sevilla**

Mercedes Casado Martín

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

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 digital en la web de SAMFyC (acceso libre):  
<https://www.samfyc.es/revista>

#### **DIRECTOR**

Alejandro Pérez Milena

#### **SUBDIRECTOR**

Francisco José Guerrero García

#### **CONSEJO DE REDACCIÓN**

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

M<sup>a</sup> Inmaculada Mesa Gallardo

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

#### **CONSEJO EDITORIAL**

Luis Ávila Lachica. Málaga

Vidal Barchilón Cohén. Cádiz

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 M. Manteca González. Málaga

M<sup>a</sup> Inmaculada Mesa Gallardo. Sevilla

Rafael Montoro Ruiz. Granada

Ana Moran Rodríguez. Cádiz

Andrés Moreno Corredor. Málaga

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

Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla

Luis Ángel Pérula 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 Torio Duránte. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

*Incluida en el Índice Médico Español  
Incluida en Latindex*

Título clave: Med fam Andal.  
Clave DOI (DOI PREFIX): 18.82033  
ISSN-e: 2173-5573  
ISSN: 1576-4524 (hasta dic. 2023)  
Depósito Legal: Gr-368-2000 (hasta dic. 2023)  
Desde 2024 esta revista sólo dispone de formato digital

#### **Copyright:**

Revista Medicina de Familia. Andalucía  
Fundación SAMFyC  
C.I.F.: 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.

#### **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)  
Telf. + 34 958 80 42 01

#### **Secretaría:**

Encarnación Figueredo Sánchez

#### **Maqueta:**

Sara Pérez Fajardo



## sumario

### Editorial

- 154 Investigar para cuidar mejor: 25 años de compromiso con la Atención Primaria en Andalucía

### Dedicado a ...

- 156 Luís de la Revilla: una historia de compromiso e innovación

### El Espacio del usuario

- 162 La Atención Primaria en la Iniciativa Legislativa Popular para la recuperación de los niveles de calidad en el sistema sanitario público

### Originales

- 164 Prevalencia de fragilidad y características de los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) de una Zona Básica de Salud (ZBS)
- 175 Uso de antibioterapia durante las cinco primeras olas de la pandemia por COVID-19 (Proyecto GASAP-COVID)

### Repasando en AP

- 187 Autolesiones en la adolescencia

### A debate

- 193 Longitudinalidad: Una relación clínica a fuego lento

### Sin bibliografía

- 198 Un nuevo factor de riesgo: lugar de residencia

### Carta al director

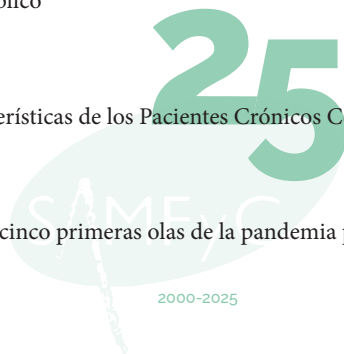
- 201 Lenguaje médico oncológico y belicismo: reflexiones críticas para la práctica clínica

### Publicaciones de Interés

- 205 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

### Actividades Científicas

- 208 Información para los autores y otros





## contents

### Editorial

- 154 Researching to provide better care: 25 years of commitment to primary care in Andalusia

### Dedicated to ...

- 156 Luís de la Revilla: a story of commitment and innovation

### The Consumer's Corner

- 162 Primary Care in the Popular Legislative Initiative for the recovery of quality levels in the public health system

### Originales Articles

- 164 Prevalence of frailty and characteristics of Complex Chronic Patients (CCP) in a Basic Health Area (BHA)
- 175 Use of antibiotic therapy during the first five waves of the COVID-19 pandemic (GASAP-COVID Project)

### Reviewing in Primary Care

- 187 Self-harm in adolescence

### Up for debate

- 193 Longitudinality: A slow-burning clinical relationship

### No bibliography

- 198 A new risk factor: place of residence

### Letter to the editor

- 201 Medical language in oncology and warmongering: critical reflections for clinical practice

### Publications of interest

- 205 Knowledge pills @pontealdiaAP

### Scientific Activities

- 208 Information for authors and others

## **Investigar para cuidar mejor: 25 años de compromiso con la Atención Primaria en Andalucía**

### ***Researching to provide better care: 25 years of commitment to primary care in Andalusia***

Pardo Álvarez Jesús E.

*Presidente SAMFyC*

Med fam Andal.2025:3: 154-155

Como presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, quiero aprovechar el 25.º aniversario de la Revista Medicina de Familia Andalucía para reflexionar, con orgullo y responsabilidad, sobre el valor de la investigación en Atención Primaria y sobre la trayectoria de una publicación que ha sido —y sigue siendo— un pilar esencial para el avance de nuestra disciplina.

La Atención Primaria es el corazón del sistema sanitario. Es el primer contacto de la ciudadanía con la salud, el espacio donde se construyen relaciones de confianza, se acompaña a las personas a lo largo de su vida y se abordan los problemas de salud desde una visión integral, cercana y comunitaria. Investigar en este ámbito no es un lujo académico: es una necesidad ética y profesional. Investigar en Atención Primaria significa generar conocimiento desde la realidad cotidiana, responder a preguntas relevantes para nuestros pacientes y mejorar la calidad, la seguridad y la equidad de la atención que prestamos.

Durante décadas, la investigación ha sido percibida como algo ajeno a los centros de salud, como una actividad reservada a otros niveles asistenciales. Sin embargo, esta visión ha cambiado gracias al esfuerzo

colectivo de profesionales comprometidos que han demostrado que la Atención Primaria no solo puede investigar, sino que debe hacerlo. Porque nadie conoce mejor los determinantes sociales, la multimorbilidad, la prevención, la cronicidad o la continuidad asistencial que quienes trabajan cada día en los equipos de atención primaria.

En este camino, la Revista Medicina de Familia Andalucía ha desempeñado una labor imprescindible. Desde su nacimiento, hace ya 25 años, ha sido un espacio de encuentro, difusión y debate científico para la medicina de familia y comunitaria en nuestra comunidad. Ha dado voz a profesionales que, desde su consulta o su centro de salud, han querido compartir experiencias, resultados de investigación, reflexiones clínicas y propuestas de mejora. Ha contribuido a crear cultura investigadora, a fomentar el pensamiento crítico y a visibilizar el enorme potencial científico de la Atención Primaria andaluza.

Celebrar este aniversario es reconocer el trabajo constante y muchas veces silencioso de autores, revisores, editores y lectores. Es también poner en valor una revista que ha sabido adaptarse a los cambios, mantener el rigor científico y conservar una identidad propia, comprometida con los valores de la medicina de familia: la persona en el cen-

tro, la mirada biopsicosocial, la equidad y el compromiso con la comunidad.

La investigación en Atención Primaria tiene un impacto directo en la práctica clínica. Nos ayuda a tomar mejores decisiones, a utilizar de forma más eficiente los recursos y a diseñar intervenciones más ajustadas a las necesidades reales de la población. Pero, además, tiene un valor añadido: fortalece a los profesionales, estimula la formación continuada y refuerza el sentido de pertenencia a una disciplina viva, innovadora y con futuro.

Desde la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria defendemos que investigar es cuidar mejor. Por ello, es imprescindible seguir apoyando estructuras, tiempo y recursos que permitan a los profesionales investigar sin renunciar a su labor asistencial. También es fundamental seguir contando con revistas como Medicina de

Familia Andalucía, que actúan como altavoz del conocimiento generado en nuestros centros de salud y como puente entre la investigación y la práctica diaria.

Cumplir 25 años no es solo motivo de celebración; es también una oportunidad para renovar compromisos: compromiso con la calidad científica, con la ética de la investigación, con la formación de las nuevas generaciones y con una Atención Primaria fuerte, resolutiva y basada en la mejor evidencia disponible. El futuro de la medicina de familia se construye investigando, compartiendo y aprendiendo juntos.

Mi enhorabuena y agradecimiento a todas las personas que han hecho posible estos 25 años de la revista. Sigamos investigando, sigamos publicando y sigamos demostrando que la Atención Primaria andaluza es, y seguirá siendo, un referente de conocimiento, humanidad y compromiso social.

## Luís de la Revilla: una historia de compromiso e innovación

### *Luís de la Revilla: a story of commitment and innovation*

Martín Zurro A

*Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria y Medicina Interna*

Med fam Andal.2025:3: 156-161



Para mí, como para muchos profesionales sanitarios, escribir sobre Luís de la Revilla Ahumada me trae a la memoria recuerdos, vivencias, profesionales y personales, impregnados hasta lo más profundo por el reconocimiento de sus aportaciones a la medicina, sobre todo a la atención primaria y comunitaria, pero para los que tuvimos la suerte de pertenecer al amplio círculo de sus amistades, Luís fue mucho más. Era una persona comprometida con la sociedad de su tiempo y portadora de valores personales que enriquecían a todos los que le rodeábamos y podíamos compartir su energía y enorme capacidad de trabajo y visión innovadora. Su compromiso nunca se limitó exclusivamente al ámbito de la medicina, Luís fue un activo y distinguido militan-

te de la izquierda política, con una visión progresista de los problemas sociales y una gran capacidad para el diálogo personal y grupal. Fue candidato a la alcaldía de Granada por Izquierda Unida y concejal de su ayuntamiento.

Conocí a Luís de la Revilla recién iniciada la década de los pasados años 80, en la época en que arrancaba la formación de la primera promoción de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC). Los dos procedíamos del ámbito hospitalario, Luís del de la Medicina Interna y Digestología y yo del mismo tronco, pero de la rama de Endocrinología. También a los dos los residentes de MFyC incorporados a nuestros respectivos hospitales nos habían elegido como tutores con la misión de ayudarles a dar los primeros pasos en el procesoso devenir de la especialidad, reconocida oficialmente hacía 2 años. Eran tiempos de incertidumbre sobre su futuro en el seno de un sistema sanitario público en el que aún no se había diseñado la reforma de la llamada asistencia médica ambulatoria de la Seguridad Social, instaurada tras la guerra civil. El primer programa formativo de la especialidad de MFyC tenía una extensión de poco más de 2 folios y en la mitad de uno de ellos cabían las líneas dedicadas a lo que entonces se denominaba «3.er año» (los 2



primeros consistían en rotaciones por servicios hospitalarios), en el que el residente en formación debería pasar por centros y servicios diversos, en general, del ámbito de la salud pública.

Tanto Luís como yo pasamos a formar parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC en el seno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (hoy de Especialidades en Ciencias de la Salud) como vocales propuestos por el Ministerio de Sanidad. Presidía entonces la Comisión Nacional el profesor José María Segovia de Arana. Eran tiempos germinales para la MFyC española y para poder contribuir de forma efectiva al progreso de la especialidad y, simultáneamente, al diseño de las bases de lo que unos pocos años después sería el proceso de reforma de la asistencia médica ambulatoria, se requería una dedicación prácticamente total y la adquisición de un conjunto importante de conocimientos sobre ambos campos. Estas circunstancias, junto con la necesidad de poner en marcha de forma inmediata la formación extrahospitalaria de la primera promoción de residentes, hacía imprescindible que profesionales como Luís y yo mismo (hasta entonces médicos especialistas hospitalarios) tuviéramos que plantearnos dar un giro copernicano a nuestras trayectorias y dirigir nuestro interés y actividad fundamental hacia la MFyC y la aún no nata atención primaria. Llegados a este punto es obligado resaltar la influencia que en esta toma trascendental de decisión profesional tuvieron los integrantes de la primera promoción de residentes de MFyC, compuesta por una pléyade espléndida de colegas absolutamente motivados y entregados a la tarea de viabilizar y consolidar el desarrollo de la especialidad en España. Su apoyo y empuje contribuyeron sin duda a que pudiéramos dar este cambio.

Luís de la Revilla estudió Medicina en la facultad de Granada y es en esta ciudad donde

residió toda su vida y a la que dedicó la gran mayoría de sus actividades profesionales y políticas. Las primeras se iniciaron de forma brillante y durante bastantes años en el hospital Virgen de las Nieves en el ámbito de la digestología, pero, como he señalado antes, desde principios de los años 80 ubicó su punto de interés en el campo de la atención primaria y comunitaria y la medicina de familia. A pesar del tiempo transcurrido recuerdo con nitidez sus aportaciones a la construcción conceptual y operativa de ambos campos lo que, sin lugar a duda, le otorga el calificativo de fundador e impulsor inicial en España, tanto de la especialidad como del diseño de los elementos fundamentales de lo que, algunos años más tarde, sería el proceso de reforma de la asistencia médica ambulatoria.

Siempre permanecerán en mi memoria las reuniones de los primeros años de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en las que Luis de la Revilla jugaba un papel protagonista marcado por la vehemencia que le caracterizaba, pero sobre todo por su capacidad para realizar análisis y aportaciones innovadoras. En aquellas épocas la Comisión Nacional se reunía con una frecuencia elevada, entre otros motivos por la necesidad imperiosa que teníamos de diseñar los contenidos de un programa formativo que hasta entonces se reducía a unos pocos párrafos. Este hecho, junto con la sintonía personal que existía entre la gran mayoría de sus componentes, potenció la generación de vínculos de amistad entre los miembros de la Comisión que han persistido durante mucho tiempo.

La tarea era ingente. Priorizar los servicios por los que debería rotar el médico de familia en el hospital y diseñar los objetivos de enseñanza y aprendizaje en cada uno de ellos, crear y hacer operativa la figura del tutor hospitalario en un contexto de desconocimiento de la especialidad de Medicina

de Familia en todos los hospitales fueron objetivos que requirieron una gran cantidad de esfuerzos a todos los niveles. Al mismo tiempo había que diseñar la formación extra-hospitalaria de la especialidad, lo que en el primer programa oficial se denominaba “3er año”, cuando aún faltaban años para que se iniciaran los procesos de transformación de los ambulatorios de la Seguridad Social. Gracias a las aportaciones de los miembros de la Comisión Nacional, entre las que destacaron claramente las de Luís de la Revilla sobre todo en campos tan importantes como la atención familiar o la participación comunitaria, fue posible poner en marcha en unos pocos centros de España (en Andalucía, Cataluña, Galicia y Madrid) estructuras piloto asistenciales y docentes que, además, actuaron como lugares de prueba de los pilares esenciales de la futura reforma de la asistencia médica ambulatoria.

Y todo esto sucedía en un contexto profesional que no era, ni mucho menos, favorable al proceso de instauración de la Medicina de Familia y Comunitaria en España. La Organización Médica Colegial (presidida por Jorge Pérez del Bosque (1976-82) y por Ramiro Rivera López (1982-86) se oponía firmemente al desarrollo de la especialidad y de la propia reforma. La SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista) también se mostraba contraria al considerar que podía peligrar el estatus de los médicos de APD (Asistencia Pública Domiciliaria). A ellos se sumó en años posteriores la SEMG (Sociedad Española de Medicina General), entidad que agrupaba esencialmente a los médicos de los ambulatorios urbanos.

Si este era el contexto profesional el político tampoco podía considerarse que apoyara de forma entusiasta la especialidad y el proceso de reforma. A pesar de ello, en este punto, sí que hay que reconocer que los responsables del recién instaurado Minis-

terio de Sanidad y más concretamente los de la dirección de profesiones sanitarias y formación no obstaculizaron, más bien lo contrario, el desarrollo de la especialidad de Medicina de Familia. Con la llegada al gobierno del partido socialista en octubre de 1982 se asumieron las disposiciones legales sobre el programa de MFyC que habíamos conseguido que emitiera el anterior de UCD (Unión de Centro Democrático) como la Orden Ministerial sobre las unidades docentes y, eso sí, se iniciaron los primeros pasos de la reforma de la asistencia primaria, no sin tener que superar graves tensiones internas en el partido socialista en el gobierno sobre su profundidad ideológica y conceptual así como sobre la intensidad de la ruptura con el modelo anterior de asistencia médica ambulatoria.

Luís de la Revilla, el que suscribe estas líneas y otros muchos colegas del naciente colectivo de MFyC éramos partidarios de un cambio radical en el modelo asistencial de la atención primaria, con un protagonismo principal de la orientación hacia la salud y la participación comunitaria. Al final, en 1984, la primera disposición legal que inició el proceso de reforma (Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud) introdujo algunos cambios sustanciales en el modelo anterior (trabajo en equipo, participación comunitaria, dedicación horaria completa de los profesionales e integración de la prevención, entre otros) pero no acabó de “redondear” los aspectos conceptuales de la Medicina de Familia como, por ejemplo, el de su competencia para atender a los pacientes a lo largo de toda su vida, incluyendo la edad pediátrica, y el de su papel en la asistencia a los problemas de salud propios de la mujer y el embarazo no complicado.

En estas primeras fases del desarrollo de la especialidad los problemas y enfrentamientos con la administración sanitaria fueron

frecuentes e intensos y en su gestión tuvo un protagonismo claro Luís de la Revilla. En este ámbito no puede dejar de recordarse el largo (19 días) encierro de los médicos de familia en el Colegio de Médicos de Madrid para reivindicar la puesta en marcha de los centros de salud piloto. En esos tiempos la Comisión Nacional de la especialidad asumió la responsabilidad de comprobar directamente el grado de implantación y desarrollo del programa docente y de las nacientes unidades docentes provinciales de MFyC surgidas a la luz de la Orden Ministerial sobre la formación extrahospitalaria. Para cumplir este objetivo la Comisión decidió realizar una visita presencial a todos los programas docentes del estado y para ello, sus distintos miembros se repartieron la geografía española para, con gastos a su cargo, llevar a cabo esta comprobación, tras la cual se elaboró el informe correspondiente. Fue la primera auditoría docente realizada en nuestro país.

Tal como se ha señalado antes, el primer programa oficial de la especialidad era una sucinta declaración de intenciones de poco más de 2 folios. Es por ello que una de las primeras misiones de la Comisión Nacional de MFyC fue la de elaborar un nuevo programa docente que desarrollara con la amplitud necesaria los objetivos y contenidos docentes y de evaluación de la especialidad, con referencia especial a la formación en el ámbito de la atención primaria. Luís de la Revilla, junto con otros tutores y residentes de las primeras promociones, tuvieron, como en otros aspectos, un protagonismo fundamental en esta tarea, que se vio culminada en 1986 con la publicación del segundo programa oficial de la especialidad. Concretamente Luís de la Revilla, como presidente de la Comisión Nacional, lideró la introducción de nuevos cambios en el programa en 1990.

En tiempos tan precoces para la MFyC es-

pañola como junio de 1981 Luís de la Revilla dirigió la fundación del primer centro docente español de esta especialidad (Centro de Cartuja, en Granada). Todos lo recordamos con emoción. A esta iniciativa pionera pronto se sumaron otras en distintas partes del estado para iniciar, a partir del programa docente de MFyC los cambios cualitativos que años después pasarían a constituir elementos nucleares de la reforma de la asistencia primaria.

La actividad, las iniciativas, de Luís de la Revilla en el campo de la MFyC y la atención primaria y comunitaria han continuado durante toda su vida profesional. Fruto de ella fue, por ejemplo, la creación de la Fundación Fundesfam y, en el ámbito editorial, la publicación de numerosos artículos en revistas científicas, así como de varios libros sobre atención familiar y participación comunitaria, todos ellos elementos de referencia para todos los interesados en estos campos esenciales de la Medicina Familiar y la Atención Primaria y Comunitaria.

En el ámbito societario profesional de Luís de la Revilla hay que resaltar su papel protagonista en la Sociedad Andaluza de MFyC, de la que fue presidente, así como en la Sociedad Española como miembro de su Consejo Asesor.

Podría seguir analizando pormenorizadamente las muy numerosas y esenciales aportaciones de Luís de la Revilla a la MFyC y a la atención primaria, pero creo sinceramente que no es necesario. Su prestigio y reconocimiento por varias generaciones de médicos de familia españoles es indudable y va a perdurar durante muchos años.

Para el profesional que suscribe estas líneas incompletas sobre mi amigo Luís es inevitable acabar este escrito de recuerdo afirmando una vez más que la Medicina de Familia y la Atención Primaria siempre serán deudoras de sus grandes aportaciones.

Para los que nos sentíamos más cercanos a su persona la deuda y el recuerdo para con Luís siempre estará presidida por dos sentimientos contrapuestos: agradecimiento por una relación de amistad llena de comprensión y cariño y tristeza ante una pérdida que, aunque inevitable para todos los humanos, nos deja un vacío vital y relacional inmenso.

### In memoriam:

- <https://www.samfyc.es/inmemoriamluisdelarevilla/>
- <https://www.semfyec.es/actualidad/nota-de-pesame-de-la-sociedad-espanola-de-medicina-de-familia-y-comunitaria-en-memoria-de-luis-de-la-revilla>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656725001477?via%3Dihub>

### Luís en imágenes:



Oviedo 1994, con compañeros en encuentro semFYC



Granada 1996, Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria



Granada 2005, Pasantía Internacional SAMFyC



Granada 2009, con amigos





Granada 2021, 40 aniversario del Centro de Salud Cartuja



Granada 2021, 40 aniversario del Centro de Salud Cartuja



Granada 2021, 40 aniversario del Centro de Salud Cartuja



Granada 2021, 40 aniversario del Centro de Salud Cartuja

**La Atención Primaria en la Iniciativa Legislativa Popular para la  
recuperación de los niveles de calidad en el sistema sanitario público**

*Primary Care in the Popular Legislative Initiative for the recovery of  
quality levels in the public health system*

Yesa Herrera J

*Directivo de FACUA Andalucía*

Med fam Andal.2025:3: 162-163

Las distintas organizaciones que conformamos la Coordinadora de Mareas Blancas de Andalucía coincidimos en la urgencia y necesidad de elevar a la Atención Primaria al lugar protagonista que debería ya haber ocupado en el marco del sistema sanitario público andaluz.

Por ello, en la propuesta de Ley que hemos presentado ante el Parlamento Andaluz a través de la Iniciativa Legislativa Popular (ILP) con la finalidad de paralizar el proceso de privatización del sistema sanitario público puesto en marcha por el actual gobierno andaluz y recuperar sus niveles de calidad no nos hemos olvidado de que una parte importante de las medidas que, en tal sentido, consideramos deben adoptarse guardan relación con la atención primaria.

El notable incremento de la demora que actualmente debemos soportar los usuarios para poder ser atendidos en consulta por nuestro médico de atención primaria imposibilita el adecuado acceso a este nivel asistencial, reduciendo de forma radical su capacidad de resolución.

Asimismo, los usuarios también necesitamos disponer de forma continua y estable de un profesional asignado, que forma que se garantice la continuidad en la asistencia que recibimos. Por otra parte, actualmente las labores de promoción y prevención de la salud que deberían desarrollar los centros de salud se han reducido a su mínima expresión.

Por todo ello, en nuestra iniciativa reclamamos que la norma básica reguladora del sistema sanitario en nuestra Comunidad Autónoma, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, consagre que la red de atención primaria disponga de un personal suficiente para garantizar la asistencia sanitaria a demanda en un plazo no superior a 48 horas y que en la atención programada se respete el criterio facultativo que lo designa.

En relación con la promoción y la prevención de la salud, hemos planteado que legalmente se garantice la promoción de estilos de vida saludables entre la población y la prevención de las enfermedades en los grupos de mayor riesgo. A tal efecto, consideramos necesario implicar en estas áreas

de actuación a la Consejería competente en materia de educación con la finalidad de incluir en la enseñanza contenidos que se centren en los aspectos y determinantes que más impacto tienen en la salud, verificados científicamente (medioambientales, de hábitos de vida, relaciones sociales, etc.).

Como promotores y partícipes de esta iniciativa, nos congratula el enorme apoyo popular que ha recibido, concretamente, las 57.000 firmas recogidas en todo el territorio andaluz para respaldar esta (ILP), a pesar de lo farragoso y complicado que resulta poner en práctica este procedimiento, y que superan ampliamente en número de 40.000 necesario legalmente para lograr su admisión a trámite por el Parlamento Andaluz, así como la multitudinaria asistencia a la manifestación que convocamos el pasado 26 de noviembre en respaldo de esta propuesta.

Asimismo, el notable respaldo a esta iniciativa es una clara evidencia del hartazgo y malestar de usuarios y profesionales ante el desmantelamiento y el maltrato que sufre la sanidad andaluza desde hace años y que afecta, de forma especial, a la atención primaria, que, debemos recordar, históricamente recibía grandes halagos de los destinatarios de sus servicios.

Nos mentiríamos a nosotros mismos si no reconociéramos que la iniciativa tiene escasas posibilidades de lograr el respaldo parlamentario, al menos, en los términos en los que la misma ha sido planteada, a pesar del apoyo casi unánime que ha recibido su petición de tramitación.

Prueba de ello, es la negativa de la mayoría parlamentaria a tramitar la modificación normativa plantada por vía de urgencia, recurso que, por el contrario, sí que no han dudado en aplicar a la aprobación de otras 15 normas de mucho menor calado e importancia, por lo que es posible que esta iniciativa ni siquiera llegue a discutirse durante la actual legislatura.

Sin embargo, en el peor de los casos, el trabajo desarrollado no va caer en saco roto. Más allá de la mera acción reivindicativa o de la apertura del debate sobre estado actual del sistema sanitario público andaluz que pueda haber suscitado, esta iniciativa ha permitido que, de manera conjunta y consensuada, los usuarios y profesionales que tenemos en común la defensa de los fundamentos esenciales de la sanidad pública (universalidad, gratuidad, equidad y gestión pública) hayamos señalado las medidas que, a nuestro juicio, deberían adoptarse con carácter inmediato para frenar la deriva de un sistema cuyo declive parece no tocar fondo.

## Prevalencia de fragilidad y características de los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) de una Zona Básica de Salud (ZBS)

### *Prevalence of frailty and characteristics of Complex Chronic Patients (CCP) in a Basic Health Area (BHA)*

Leiva Hervás LM<sup>1</sup>, Castro López M<sup>2</sup>, Valverde Bolívar FJ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Torredonjimeno. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torredonjimeno. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur

<sup>3</sup>Médico de Familia. Jefe de estudios de UDM AFyC. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur

Recibido el 02-07-2025; aceptado para publicación el 14-11-2025.

Med fam Andal. 2025;3: 164-174

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.2025344>

**Correspondencia:** Luisa María Leiva Hervás, mail: [luisam.leiva.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:luisam.leiva.sspa@juntadeandalucia.es)

#### RESUMEN

**Título:** prevalencia de fragilidad y características de los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) de una Zona Básica de Salud (ZBS).

**Objetivo:** conocer las características de los PCC y la prevalencia de fragilidad en una ZBS.

**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** ZBS de Torredonjimeno (Torredonjimeno y Villardompardo).

**Población y muestra:** muestra de 401 PCC mayores de 18 años de una ZBS compuesta por dos núcleos poblacionales.

**Intervenciones:** análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y de consumo de recursos sanitarios. Posteriormente, mediante un análisis bivariante, se objetivó la relación que existía entre dichas variables y el grado de fragilidad.

**Resultados:** el 46,6 % de los PCC resultaron ser frágiles, el 34,4 % prefrágiles y el 19 % no frágiles. La fragilidad se asoció con mayor edad, peor funcionalidad, más deterioro cognitivo, mayor necesidad de fármacos, mayor riesgo de caídas y mayor uso de recursos sanitarios. Las redes sociales mixtas o formales fueron más utilizadas en frágiles, mientras que los no frágiles dependían de redes informales.

**Conclusiones:** los resultados validan una correlación entre fragilidad y deterioro funcional, cognitivo y social en la ZBS estudiada, coincidiendo con estudios nacionales e internacionales. La fragilidad se asocia a mayor deterioro clínico y mayor uso de recursos en PCC. Su identificación precoz debe formar parte integral de la Atención Primaria para orientar estrategias preventivas y de gestión personalizada, abordándose desde un enfoque integral para mejorar resultados en salud.

**Palabras clave:** fragilidad, enfermedad crónica, multimorbilidad, sarcopenia, envejecimiento.



## ABSTRACT

**Title:** prevalence of frailty and characteristics of Complex Chronic Patients (CCP) in a Basic Health Area (BHA).

**Objective:** to determine the characteristics of CCPs and the prevalence of frailty in a Basic Health Care Area (BHZ).

**Design:** descriptive cross-sectional study.

**Location:** ZBS of Torredonjimeno (Torredonjimeno and Villardompardo).

**Population and sample:** sample of 401 PCC over 18 years of age from a ZBS made up of two population centres.

**Interventions:** descriptive analysis of socio-demographic, clinical, functional and health resource consumption variables. Subsequently, by means of a bivariate analysis, the relationship between these variables and the degree of frailty was analysed.

**Results:** 46.6% of the CCP were frail, 34.4% pre-frail and 19% non-frail. Frailty was associated with older age, poorer functioning, more cognitive impairment, greater need for medication, higher risk of falls and greater use of health resources. Formal or mixed social networks were more frequent in the frail, while the non-frail relied on informal networks.

**Conclusions:** the results validate a correlation between frailty and functional, cognitive and social deterioration in the studied BZB, coinciding with national and international studies. Frailty should be addressed from a comprehensive approach to improve health outcomes. Frailty is associated with greater clinical deterioration and greater use of resources in PCC. Its early identification should form an integral part of primary care in order to guide preventive strategies and personalised management.

**Key words:** Frailty, chronic disease, multimorbidity, sarcopenia, aging.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas ocupan un lugar cada vez más relevante en nuestro medio. Se estima que un 45,6 % de los mayores de 16 años padecen al menos una patología crónica y un 22 % dos o más (1). No solo su prevalencia está aumentando en los últimos años, también lo hace el consumo de recursos sanitarios y sociales derivado de la necesidad de atención multidisciplinar que presentan este tipo de pacientes, suponiendo hasta un 70 % del gasto sanitario (1,2). Las enfermedades crónicas son la causa principal del 75 % de las muertes en el mundo desarrollado (3).

Se **define al paciente crónico complejo** (PCC) como aquella persona que padece una o más enfermedades, de larga evolución, que conllevan la necesidad de atención sanitaria especializada y coordinada. La complejidad queda reflejada en la dificultad de la gestión de la atención de estos pacientes, así como en la necesidad de aplicar planes individuales específicos a causa de la presencia o concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios o de su propio entorno (4).

Aunque la patología crónica no es inherente a la población geriátrica, sí se encuentran estrechamente vinculadas. Un porcentaje elevado de estos pacientes pertenece al citado grupo de población. Este último hecho resulta destacable, puesto que, según indica el Instituto Nacional de Estadística (INE) (5), se prevé que los mayores de 65 años supongan el 26 % del total de la población española en el año 2037.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación al medio (6). Estos cambios y limitaciones pueden verse agravados por la aparición de la fragilidad, un síndrome caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica y la capacidad de adaptación del organismo, que aumenta la vulnerabilidad ante eventos estresantes como caídas, delirios, discapaci-

dad, hospitalización, pérdida de movilidad o institucionalización. Esta condición refleja un envejecimiento más acelerado, incrementando el riesgo de complicaciones graves, muerte prematura y disminuyendo la calidad de vida (7).

En España, según los resultados obtenidos en el meta-análisis llevado a cabo por O’Caoimh et al. (8), la prevalencia de fragilidad oscila en torno al 18 % (IC 95 %: 15-21 %), siendo algo más baja en estudios a nivel comunitario, en torno al 12 % (IC 95 %: 10-15 %) y mucho más alta en ámbitos no comunitarios donde alcanza el 45 % (IC 95 %: 27- 63 %). Por otro lado, se estima que la prevalencia de fragilidad entre pacientes crónicos complejos se sitúa entre el 30 % y el 50 % (9-11).

Un diagnóstico precoz de la fragilidad y de las enfermedades crónicas desde Atención Primaria resulta fundamental dada su alta prevalencia. Éste favorecerá una intervención temprana, mejorará la calidad de vida de los pacientes y permitirá reducir complicaciones, y, por tanto, consumo de recursos (10).

Este artículo plantea como objetivo conocer las características de los pacientes crónicos complejos y la prevalencia de fragilidad en una Zona Básica de Salud (ZBS).

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los pacientes crónicos complejos mayores de 18 años adscritos a la zona básica de salud de Torredonjimen (Jaén), que incluye el Centro de Salud de Torredonjimen y el Consultorio de Villardompardo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (12), la población total de Torredonjimen en 2023 era de 13.569 habitantes, y la de Villardompardo, de 1.055 habitantes. La recogida de datos se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2023, mediante entrevista perso-

nal, exploración física y revisión de la historia clínica digital.

Se consideró paciente crónico complejo a aquel que presentaba al menos dos patologías incluidas en el **Anexo 1** o una de estas patologías asociada a algún factor de riesgo (13,14). El tamaño de muestra calculado, 385 pacientes, fue asumiendo que la proporción de fragilidad era del 50 % (precisión 5 % en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal al 95 % bilateral) (9). Finalmente se incluyeron a 401 pacientes con las características indicadas.

Fueron recogidas variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas y funcionales, así como aspectos relacionados con la red social de apoyo, deterioro cognitivo mediante el test de Pfeiffer, niveles de dependencia (índice de Barthel), riesgo de caídas (escala de Downton), número de fármacos, visitas domiciliarias, asistencia a urgencias (de Atención Primaria y hospitalarias) e ingresos hospitalarios. La fragilidad fue evaluada mediante dos instrumentos: el cuestionario FRAIL y la Clinical Frailty Scale (CFS).

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables. En el caso de las cualitativas, el análisis incluyó el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes. Para las cuantitativas, se determinaron la media y la desviación típica. La normalidad de estas variables se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calculó la prevalencia de pacientes frágiles y su correspondiente intervalo de confianza (IC) al 95 %.

Para analizar la asociación entre fragilidad y las variables recogidas, se realizó un análisis bivalente. Se utilizó la prueba de Ji-cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas. Para las cuantitativas se empleó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética

de la Investigación Provincial de Jaén. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de su inclusión en el estudio.

## RESULTADOS

En primer lugar, haciendo referencia al análisis descriptivo del estudio (*Tabla 1*), se incluyeron un total de 401 pacientes crónicos complejos, con una media de edad de 74,05 años (DT ± 12,15), siendo hombres el 53,4 % (n=214). La mayoría residía en Torredonjimeno (88,8 %) frente a Villardompardo (11,2 %), y el 97,8% no se encontraba institucionalizado.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC), la media fue de 29,04 (DT ± 5,11). La red social predominante fue la informal (77,8 %). La media del número de fármacos prescritos fue de 10,11 (DT ± 4,30), con un riesgo de caídas medio según la escala Downton de 1,81 (DT ± 1,17). El deterioro cognitivo, evaluado mediante el test de Pfeiffer, tuvo una media de 1,55 (DT ± 2,39).

En cuanto al nivel de funcionalidad, el índice de Barthel fue de 83,18 (DT ± 24,82), mientras que la escala de Lawton y Brody tuvo una media de 5,56 (DT ± 2,73). El riesgo de sarcopenia (SARC-F) fue de 3,55 (DT ± 3,08). Durante los últimos 12 meses, el promedio de ingresos hospitalarios fue de 0,56 (DT ± 0,91), el de visitas domiciliarias 1,34 (DT ± 3,13), el de consultas en urgencias de Atención Primaria 3,54 (DT ± 3,99) y el de urgencias hospitalarias 1,88 (DT ± 2,67).

**Tabla 1. Características de los PCC\***

PACIENTES	Total
	<b>N=401</b> n (%)
<b>Sexo del paciente</b>	
Mujer	187 (46,6)
Hombre	214 (53,4)
<b>Edad en años</b> (media ± DT)	74,05 ± 12,15
<b>IMC*</b> (media ± DT)	29,04 ± 5,11
<b>Domicilio</b>	
Torredonjimeno	356 (88,8)
Villardompardo	45 (11,2)
<b>Institucionalizado</b>	
Sí	9 (2,2)
No	392 (97,8)
<b>Red Social</b>	
Formal	13 (3,2)
Informal	312 (77,8)
Mixta	76 (19,0)
<b>Número de fármacos</b> (media ± DT)	10,11 ± 4,30
<b>Riesgo de caídas (Downton)</b> (media ± DT)	1,81 ± 1,17
<b>Deterioro cognitivo (Pfeiffer)</b> (media ± DT)	1,55 ± 2,39
<b>Índice de Barthel</b> (media ± DT)	83,18 ± 24,82
<b>Lawton y Brody</b> (media ± DT)	5,56 ± 2,73
<b>SARC-F</b> (media ± DT)	3,55 ± 3,08
<b>Ingresos (últimos 12 meses)</b> (media ± DT)	0,56 ± 0,91
<b>Asistencia (últimos 12 meses)</b> (media ± DT)	
Visitas domiciliarias	1,34 ± 3,13
Urgencias Atención Primaria	3,54 ± 3,99
Urgencias hospitalarias	1,88 ± 2,67
<b>Índice FRAIL</b> (media ± DT)	2,22 ± 1,55
<b>CFS*</b>	
No frágil. Robusta	172 (42,9)
Vulnerable	79 (19,7)
Frágil	150 (37,4)

\*PCC: Pacientes Crónicos Complejos

\*IMC: Índice de Masa Corporal

\*CFS: Clinical Frailty Scale

Fuente: Elaboración propia

Según el cuestionario FRAIL, el 46,6 % de los pacientes fueron clasificados como frágiles (n=187), el 34,4 % como prefrágiles (n=138) y el 19,0 % como no frágiles (n=76) (Figura 1). La media del índice FRAIL fue de 2,22 (DT ± 1,55).

Por otro lado, en relación al análisis bivariante realizado (Tabla 2), los pacientes frágiles presentaban de media mayor edad, 78,78 años (DT ± 10,50) con diferencias estadísticamente significativas (p<0,05). También presentaban un mayor consumo de fármacos, 11,63 (DT ± 4,15), así como un mayor riesgo de caídas, 2,43 (DT ± 1,15), deterioro cognitivo, 2,80 (DT ± 2,77) y probabilidad de desarrollar sarcopenia, 5,68 (DT ± 2,69).

Desde el punto de vista funcional, los pacientes frágiles mostraron menores puntuaciones en el índice de Barthel, 69,22 (DT ± 28,37) y en la escala de Lawton y Brody, 4,04 (DT ± 2,90). Además, los frágiles requirieron más visitas domiciliarias, 2,12 (DT ± 3,88) y acudieron con mayor frecuencia a urgencias, tanto de Atención Primaria, 4,03 (DT ± 4,11) como hospitalarias, 2,32 (DT ± 3,03).

En cuanto a la red social, los pacientes frágiles presentaron con más frecuencia redes mixtas o formales, mientras que los no frágiles tuvieron una mayor proporción de redes exclusivamente informales (p<0,05).

Figura 1

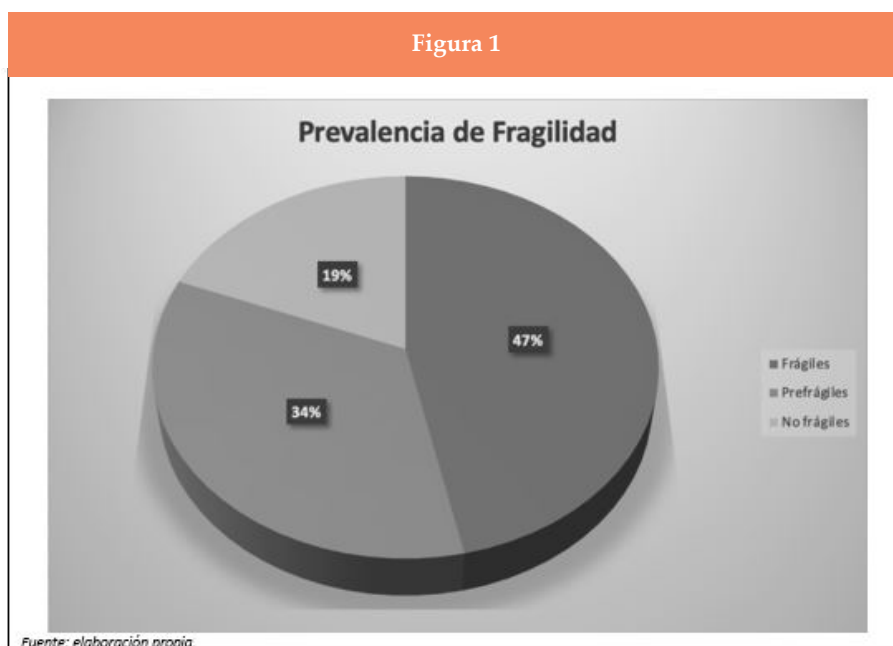


Tabla 2

Pacientes	Total	Frágiles	Prefrágiles	No frágiles	Prueba
	N=401 n (%)	N=187 (46,6) n (%)	N= 138 (34,4) n (%)	N= 76 (19,0) n (%)	
<b>Sexo del paciente</b>					
Mujer	187 (46,6)	107 (57,2)	58 (42,0)	22 (28,9)	Fisher*
Hombre	214 (53,4)	80 (42,8)	80 (58,0)	54 (71,1)	
<b>Edad en años</b> (media ± DT)	74,05 ± 12,15	78,78 ± 10,50	71,21 ± 11,79	67,59 ± 12,11	Kruskal-Wallis*
<b>IMC</b> (media ± DT)	29,04 ± 5,11	29,46 ± 5,52	28,70 ± 4,88	28,62 ± 4,35	Kruskal-Wallis
<b>Domicilio</b>					
Torredonjimeno	356 (88,8)	177 (94,7)	117 (84,8)	62 (81,6)	Ji2*
Villardompardo	45 (11,2)	10 (5,3)	21 (15,2)	14 (18,4)	
<b>Institucionalizado</b>					
Sí	9 (2,2)	7 (3,7)	1 (0,7)	1 (1,3)	Fisher
No	392 (97,7)	180 (96,3)	137 (99,3)	75 (98,7)	
<b>Red Social</b>					
Formal	13 (3,2)	10 (5,3)	3 (2,2)	0 (0,0)	Fisher*
Informal	312 (77,8)	116 (62,0)	123 (89,1)	73 (96,1)	
Mixta	76 (19,0)	61 (32,6)	12 (8,7)	3 (3,9)	
<b>Número de fármacos</b> (media ± DT)	10,11 ± 4,30	11,63 ± 4,15	9,37 ± 4,10	7,71 ± 3,54	Kruskal-Wallis*
<b>Riesgo de caídas (Downton)</b> (media ± DT)	1,81 ± 1,17	2,43 ± 1,15	1,43 ± 0,92	0,97 ± 0,74	Kruskal-Wallis*
<b>Deterioro cognitivo (Pfeiffer)</b> (media ± DT)	1,55 ± 2,39	2,80 ± 2,77	0,55 ± 1,38	0,31 ± 0,78	Kruskal-Wallis*
<b>Índice de Barthel</b> (media ± DT)	83,18 ± 24,82	69,22 ± 28,37	94,02 ± 13,16	97,82 ± 7,31	Kruskal-Wallis*
<b>Lawton y Brody</b> (media ± DT)	5,56 ± 2,73	4,04 ± 2,90	6,65 ± 1,87	7,32 ± 1,20	Kruskal-Wallis*
<b>SARC-F</b> (media ± DT)	3,55 ± 3,08	5,68 ± 2,69	2,20 ± 2,26	0,80 ± 1,00	Kruskal-Wallis*
<b>Ingresos en los últimos 12m</b> (media ± DT)	0,56 ± 0,91	0,56 ± 0,94	0,55 ± 0,93	0,56 ± 0,78	Kruskal-Wallis
<b>Asistencia en los últimos 12m</b> (media ± DT)					
Visitas domiciliarias	1,34 ± 3,13	2,12 ± 3,88	0,85 ± 2,36	0,31 ± 1,27	Kruskal-Wallis*
Urgencias Atención Primaria	3,54 ± 3,99	4,03 ± 4,11	3,22 ± 4,15	2,93 ± 3,25	
Urgencias hospitalarias	1,88 ± 2,67	2,32 ± 3,03	1,66 ± 2,52	1,18 ± 1,55	

\* p ≤ 0,05

Fuente: Elaboración propia



## DISCUSIÓN

El presente estudio describe las características sociodemográficas, clínicas y funcionales de 401 pacientes crónicos complejos clasificados según su estado de fragilidad (frágiles, prefrágiles y no frágiles). El análisis de los datos proporciona evidencia relevante sobre la asociación entre la fragilidad y diversos determinantes de salud y del uso de servicios sanitarios. La fragilidad, entendida como un síndrome biológico caracterizado por una disminución de la reserva funcional y una mayor vulnerabilidad frente a eventos adversos, se ha convertido en un foco prioritario en la atención a los adultos mayores (15).

En nuestro estudio, el 46,6 % de los pacientes fueron clasificados como frágiles, el 34,4 % como prefrágiles y el 19,0 % como no frágiles. Este dato concuerda con los expuestos en otros estudios realizados previamente en Atención Primaria en España, que reportan una prevalencia de fragilidad entre el 45 y el 50 % en mayores de 65 años con comorbilidades crónicas (10).

Los resultados de nuestra investigación indican una mayor proporción de mujeres en el grupo de pacientes frágiles (57,2 %) en comparación con los grupos prefrágil (42 %) y no frágil (28,9 %). Esta tendencia queda respaldada por la literatura, Fried et al. (15) reportaron que las mujeres tienen un mayor riesgo de fragilidad, posiblemente debido a una mayor esperanza de vida y a una mayor prevalencia de enfermedades osteomusculares y deterioro funcional. Igualmente, estudios españoles como el de Menéndez-González et al. (16) también confirman esta correlación entre sexo femenino y fragilidad en mayores de 65 años.

La edad media aumenta con el grado de fragilidad: los pacientes frágiles presentan una

edad promedio de 78,78 años, frente a los prefrágiles (71,21 años) y no frágiles (67,59 años). El efecto observado ya ha sido descrito en otras investigaciones previas, que posicionan la edad avanzada como uno de los factores de riesgo más determinantes para la fragilidad (10,17).

La acumulación de déficits fisiológicos, la aparición de enfermedades crónicas, la desnutrición y la disminución de la actividad física son procesos habituales, que afectan junto con el envejecimiento, y que están implicados en la transición hacia la fragilidad. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de establecer intervenciones preventivas desde etapas tempranas del envejecimiento.

En nuestra investigación, el IMC no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, manteniéndose en valores promedio cercanos a los 29 kg/m<sup>2</sup>. Aunque algunos estudios han propuesto una relación en forma de U entre el IMC y la fragilidad, donde tanto el bajo peso como la obesidad se asocian a mayor fragilidad (18), los resultados aquí expuestos sugieren que el IMC no es un factor diferenciador en esta ZBS.

No obstante, debe considerarse que el IMC no siempre refleja con precisión la composición corporal, especialmente en personas mayores donde la sarcopenia puede coexistir con sobrepeso. El concepto de obesidad sarcopénica se vuelve relevante en este contexto, ya que combina exceso de grasa corporal con pérdida de masa muscular, lo que podría agravar el riesgo de fragilidad.

Los datos analizados revelan que los pacientes frágiles son atendidos más frecuentemente por redes de apoyo formales o mixtas (5,3 % y 32,6 % respectivamente), mientras que los no frágiles dependen mayoritariamente de redes informales (96,1 %). Esto puede interpretarse como una mayor nece-

sidad de soporte externo profesional a medida que avanza la fragilidad. La evidencia previa respalda que una red social adecuada es un factor protector frente a la fragilidad, aunque en estados avanzados los pacientes suelen requerir apoyo institucional (19). La soledad, la pérdida del círculo social y la carencia de soporte familiar han sido vinculadas con el deterioro funcional y emocional.

Intervenciones dirigidas a mantener o reconstruir redes sociales podrían tener un impacto positivo tanto en la prevención como en la reversión de la fragilidad (20).

Por otro lado, Morin et al. (21), advierten sobre los riesgos de interacciones medicamentosas y eventos adversos en población geriátrica frágil. La polifarmacia no solo incrementa el riesgo de efectos secundarios, sino también puede contribuir al deterioro cognitivo, caídas y disminución de la adherencia terapéutica. Este patrón se alinea con el concepto de polifarmacia como marcador clínico de complejidad y fragilidad. Según nuestro estudio, la media de medicamentos prescritos aumenta conforme lo hace la fragilidad: los pacientes frágiles toman en promedio 11,63 fármacos frente a 9,37 en los prefrágiles y 7,71 en los no frágiles. La deprescripción racional y la revisión periódica de los tratamientos deben ser estrategias centrales en el manejo de estos pacientes (22).

El análisis de los datos estudiados revela un aumento progresivo del riesgo de caídas medido mediante la escala de Downton, desde 0,97 en no frágiles hasta 2,43 en frágiles. La fragilidad ha sido vinculada con la sarcopenia, la inestabilidad postural y el deterioro sensorial, factores que contribuyen al riesgo de caídas, según concluye el estudio FRADEA realizado en España (23), hecho que respalda los resultados objetivados en nuestra investigación. Las caídas no solo son un

marcador de fragilidad, sino también una de sus consecuencias más incapacitantes. La presencia de miedo a caer puede limitar aún más la movilidad, generando un círculo vicioso de sedentarismo y deterioro funcional progresivo.

Tanto el test de Pfeiffer como los índices de Barthel y Lawton y Brody muestran un claro deterioro en los pacientes frágiles, indicando peor desempeño cognitivo y funcional. La media en el índice de Barthel (69,22 en frágiles vs. 97,82 en no frágiles) y en Lawton y Brody (4,04 vs. 7,32) refuerzan la hipótesis de que la fragilidad compromete severamente la autonomía. Este deterioro ha sido ampliamente documentado por Rockwood et al. (24), quienes defienden un modelo de acumulación de déficits como representación de la fragilidad. La relación entre deterioro cognitivo y fragilidad podría ser bidireccional, donde ambos fenómenos se retroalimentan. Las alteraciones cognitivas dificultan la gestión de enfermedades, la adherencia al tratamiento y la participación en actividades preventivas.

El cuestionario SARC-F empleado en nuestro estudio también refleja diferencias significativas: los pacientes frágiles obtienen una media de 5,68 puntos, muy por encima de los 0,80 de los no frágiles. Esto es relevante, ya que el SARC-F ha demostrado tener un valor predictivo aceptable para detectar sarcopenia clínica, una condición íntimamente relacionada con la fragilidad según la European Working Group on Sarcopenia in Older People (25). Intervenciones como el ejercicio de resistencia progresiva, suplementación proteica y vitamina D han mostrado beneficios en la mejora de la masa y función muscular, y podrían ser componentes clave en programas de reversión de la fragilidad.

Aunque las tasas de ingresos hospitalarios

no varían significativamente entre los grupos estudiados, sí se aprecia una mayor necesidad de visitas domiciliarias y a urgencias de Atención Primaria entre los pacientes frágiles. Esto sugiere un patrón de alta demanda ambulatoria, probablemente ligado a la dificultad de movilización y al aumento de eventos clínicos intercurrentes. Este uso intensivo también ha sido identificado por estudios del Sistema Nacional de Salud español, como el Informe del Ministerio de Sanidad sobre cronicidad y fragilidad en el ámbito comunitario (26). La necesidad de implementar modelos de atención centrados en el paciente, con enfoque domiciliario y coordinación interdisciplinar, se vuelve prioritario para responder a estas demandas.

A nivel nacional, investigaciones como el Estudio Toledo de Envejecimiento Saludable (ETES) (27) han informado prevalencias de fragilidad del 18,5 %, inferiores a las observadas en este estudio (46,6 %). Esta diferencia puede explicarse por la naturaleza específica de los pacientes crónicos complejos incluidos en este estudio, donde la comorbilidad y el deterioro funcional son predominantes.

A nivel internacional, estudios como el *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, han evidenciado una notable variabilidad en la prevalencia de la fragilidad, con tasas que oscilan desde aproximadamente un 5 % en los países nórdicos más desarrollados hasta más del 20 % en el sur de Europa con un grado de desarrollo menor (28). En esta misma línea, el meta-análisis realizado por O’Caoimh et al. (8) respalda la existencia de un marcado gradiente geográfico en Europa. Este trabajo estimó una prevalencia global de fragilidad del 18 % (IC 95 %: 15-21 %) en la población europea. El subanálisis por países reveló que las tasas más bajas se registraron en naciones

con mayor grado de desarrollo, como el Reino Unido, Francia y Alemania (en torno al 9 %), mientras que las más elevadas se observaron en Portugal y Polonia (38-42 %), lo que refuerza el patrón previamente descrito por el estudio *SHARE*.

Los datos del presente estudio se alinean con la franja alta de estas estimaciones, lo cual es esperable dada la inclusión de pacientes complejos. Los resultados obtenidos evidencian que la fragilidad en pacientes crónicos complejos está estrechamente relacionada con la edad avanzada, el sexo femenino, la polifarmacia, el deterioro funcional y cognitivo, el riesgo de caídas y el uso intensivo de servicios ambulatorios. Este perfil debe orientar estrategias proactivas de intervención comunitaria y un enfoque multidisciplinar para retrasar la progresión de la fragilidad y mejorar la calidad de vida. A su vez, este estudio contribuye al cuerpo de evidencia nacional e internacional sobre la caracterización y manejo de la fragilidad, reforzando la necesidad de modelos integrados de atención centrados en el paciente. Nuestra investigación muestra la complejidad multidimensional de la fragilidad en el ámbito comunitario y refuerzan la importancia de su detección precoz para implementar estrategias personalizadas de intervención, alineadas con las recomendaciones de organismos como la *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)* (29) y la *European Geriatric Medicine Society (EuGMS)* (30).

La fragilidad en pacientes crónicos complejos representa un reto creciente en el ámbito de la Atención Primaria, especialmente en contextos rurales donde los recursos sanitarios pueden ser limitados. A pesar de su relevancia clínica, la identificación sistemática de la fragilidad y su relación con factores sociodemográficos, clínicos y funcionales sigue siendo insuficiente.



Esta investigación se justifica por la necesidad de caracterizar a los pacientes crónicos complejos según su grado de fragilidad. El conocimiento detallado de estas diferencias no solo permite mejorar el abordaje individualizado del paciente desde una perspectiva multidimensional, sino que también facilita la planificación de intervenciones específicas, dirigidas a prevenir la progresión de la fragilidad, optimizar el uso de los recursos sanitarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, esta investigación aporta evidencia local relevante en dos municipios andaluces, lo cual fortalece la pertinencia contextual de los resultados y su aplicación práctica en entornos similares.

## CONCLUSIÓN

La fragilidad en pacientes crónicos complejos atendidos en el ámbito comunitario se asocia con una mayor edad, un mayor deterioro funcional y cognitivo, una mayor polifarmacia, alto riesgo de caídas y mayor consumo de recursos sanitarios. Asimismo, se han identificado diferencias relevantes en el tipo de red social de apoyo, lo que resalta la importancia de una atención integral que contemple aspectos médicos, funcionales y sociales. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de detección precoz y abordaje multidisciplinar centrado en el paciente para mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones en esta población vulnerable, con el objetivo de aumentar su nivel de bienestar. La información obtenida puede ser clave para diseñar intervenciones preventivas y programas de atención integrada en Atención Primaria.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia.

## Agradecimientos

Este trabajo se ha realizado con ayuda de la Fundación Sociedad Andaluza de Medicina

familiar y Comunitaria-SAMFyC. N° exp. 223/23TD.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ollero Baturone M, Sanz Amores R, Padilla Marin C, et al. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012.
2. Consejo Económico y Social España. El Sistema Sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. 2024;01.
3. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28(4):302-311. DOI: 10.1177/0269216313518266
4. Blay C, Limón E, coord. Bases para un modelo catalán de atención a personas con necesidades complejas. Conceptualización e introducción a los elementos operativos. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases\\_modelo\\_catalan\\_atencion\\_personas\\_necesidades\\_complejas\\_2017\\_cas.pdf](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_modelo_catalan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf)
5. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2022-2072. 2022.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. EEUU; 2015.
7. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Atención Primaria* 2022;54(9):102395.
8. O’Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and metaanalysis. *Ann Ist Super Sanita.* 2018;54(3):226-238. DOI: 10.4415/ANN\_18\_03\_10
9. Weiss CO. Frailty and chronic diseases in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2011;27(1):39-52. DOI: 10.1016/j.cger.2010.08.003
10. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet* 2013;381(9868):752-762. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
11. Bhattarai U, Bashyal B, Shrestha A, Koirala B, Sharma SK. Frailty and chronic diseases: A bi-di-

- rectional relationship. *Aging Med* 2024;7(4):510-515. DOI: 10.1002/agm2.12349
12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nomenclátor: Población del Padrón Continuo por Unidad Poblacional. Disponible en: <https://www.ine.es/nomen2/>. Acceso: 11 May, 2025.
  13. Consejería de Salud y Consumo. Plan andaluz de atención a la cronicidad 2025-2028. Sevilla; 2024.
  14. Jiménez Mejías E, Rivera Izquierdo M, Martín de los Reyes LM, et al. Gestión de la cronicidad y el paciente pluripatológico: Concepto y epidemiología de la cronicidad. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020. p. 1–15.
  15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-M156.
  16. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Aten Primaria*. 2021;53(10):102128.
  17. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-1375. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6
  18. Hubbard RE, Lang IA, Llewellyn DJ, Rockwood K. Frailty, body mass index, and abdominal obesity in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010;65(4):377-381. DOI: 10.1093/gerona/glp186
  19. Dou X, Yao L, Xu H, Yan R, Dai N, He Q. Association between physical frailty and social support in community-dwelling older adults: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2025;133:105826.
  20. Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P, et al. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaría General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2011.
  21. Morin L, Johnell K, Laroche M, Fastbom J, Wasstesson JW. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. *Clin Epidemiol*. 2018;10:289-298.
  22. Delgado-Silveira E, Mendoza M, Montero-Erasquin B, García M, Espeso E, Vélez-Díaz-Pallares M, et al. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58:101407.
  23. Martínez-Reig M, Flores Ruano T, Fernández Sánchez M, Noguerón García A, Romero Rizo L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. Estudio FRADEA. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(5):254-259. DOI: 10.1016/j.regg.2016.01.006
  24. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(7):722-727. DOI: 10.1093/gerona/62.7.722
  25. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. DOI: 10.1093/ageing/afy169
  26. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2021.
  27. Garcia-Garcia FJ, Gutierrez Avila G, Alfarro-Acha A, Amor Andres MS, De Los Angeles de la Torre Lanza M, Escribano Aparicio MV, et al. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo study for healthy aging. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2011;15(10):852-856. DOI: 10.1007/s12603-011-0075-8
  28. Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr*. 2010;10:57-57. DOI: 10.1186/1471-2318-10-57
  29. Abizanda Soler P, Álamo González C, Cuesta Triana F, et al. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Fragilidad y nutrición en el anciano. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ed.; 2014.
  30. Roller-Wirnsberger R, Lindner S, Liew A, O’Caoimh R, Koula M, Moody D, et al. European Collaborative and Interprofessional Capability Framework for Prevention and Management of Frailty-a consensus process supported by the Joint Action for Frailty Prevention (ADVANTAGE) and the European Geriatric Medicine Society (EuGMS). *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(4):561-570. DOI: 10.1007/s40520-019-01455

# Uso de antibioterapia durante las cinco primeras olas de la pandemia por COVID-19 (Proyecto GASAP-COVID)

## *Use of antibiotic therapy during the first five waves of the COVID-19 pandemic (GASAP-COVID Project)*

**Rodríguez-Castilla F<sup>1</sup>, Leal-Helmling FJ<sup>2</sup>, Mengíbar-Cabrerizo P<sup>1</sup>,  
Darwish-Mateos S<sup>3</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 de Úbeda (Jaén). Servicio Andaluz de Salud

<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mengíbar (Jaén). Servicio Andaluz de Salud

<sup>4</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Trabajo Uso Racional del Medicamento (SAMFyC)

Recibido el 17-03-2025; aceptado para publicación el 22-11-2025.

Med fam Andal. 2025;3: 175-186

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.2025343>

**Correspondencia:** Francisco Rodríguez-Castilla, mail: francisco.rodriguez.c.sspa@juntadeandalucia.es

### RESUMEN

**Título:** Uso de antibioterapia durante las cinco primeras olas de la pandemia por COVID-19 (Proyecto GASAP-COVID).

**Objetivo:** conocer la prescripción de antibioterapia a pacientes con COVID-19 en las primeras cinco olas de pandemia y qué variables pudieran estar relacionadas.

**Diseño:** estudio de cohortes retrospectivo.

**Emplazamiento:** centro de salud urbano.

**Población:** pacientes  $\geq 18$  años con síntomas sugerentes de COVID-19 (1ª ola) o infección confirmada por COVID (2ª-5ª ola). Tamaño muestral mínimo 189 pacientes (prevalencia 4,1% -ENE-COVID19, nivel de confianza 95%, precisión 3%, pérdidas 5%).

**Intervenciones:** auditoría de historias clínicas. Variable dependiente: uso de antibióticos. Variables independientes sociodemográficas (sexo, edad, estructura familiar), clínicas (otros fármacos, vulnerabilidad, sintomatología, pruebas complementarias, ingreso hospitalario y desenlace) y asistenciales (tipo de atención y seguimiento médico, frecuentación). Análisis descriptivo y multivariante mediante regresión logística binaria. Aprobado por CEI, datos anonimizados.

**Resultados:** 1083 pacientes con edad media  $45 \pm 19,4$  años y 55% mujeres, 25% fueron vulnerables. 89,4% consultaron de forma inicial en Atención Primaria (telefónico 57,9%, presencial 29,3% y domicilio 2,2%), el 6,9% presentaron criterios clínicos de gravedad. 18,6% tomaron antibióticos: azitromicina (10,2%), cefditoreno (8,7%), amoxiclavulánico (5,1%), levofloxacino (2,2%) y amoxicilina (1,3%). Un 56,9% tomaron 1 antibiótico, el 40,2% dos antibióticos diferentes y un 2,9%  $\geq 3$  antibióticos. Mayormente fueron prescritos en las dos primeras olas ( $p=0,032$  test  $\chi^2$ ). El modelo multivariante final encontró relación entre la prescripción de antibioterapia con la edad (OR [1,01-1,05]) y el número de contactos del enfermo con los servicios médicos (OR 1,06-1,46). Por el contrario, el no realizar pruebas complementarias (OR 0,07-0,49) y el diagnóstico de infección respiratoria de vías altas (0,008-0,218) se relacionaron con menor uso de antibióticos.

**Conclusión:** se prescribieron antibióticos para el COVID-19 en pocas ocasiones, en relación con edad avanzada, mayor frecuentación médica y mayor gravedad clínica.

**Palabras clave:** antibacterianos, COVID-19, Atención Primaria de Salud, Atención Médica, Vulnerabilidad en salud, Estructura familiar.

## ABSTRACT

**Title:** Use of antibiotic therapy during the first five waves of the COVID-19 pandemic (GASAP-COVID Project).

**Objective:** To determine the prescription of antibiotic therapy to patients with COVID-19 during the first five waves of the pandemic and which variables could be related.

**Design:** Retrospective cohort study.

**Setting:** Urban health centre.

**Population:** patients  $\geq 18$  years of age with symptoms suggestive of COVID-19 (1st wave) or confirmed COVID infection (2nd-5th wave). Minimum sample size 189 patients (prevalence 4.1% -ENE-COVID19, confidence level 95%, precision 3%, losses 5%).

**Interventions:** audit of medical records. Dependent variable: use of antibiotics. Independent variables: sociodemographic (gender, age, family structure), clinical (other drugs, vulnerability, symptoms, complementary tests, hospital admission and outcome) and healthcare (type of care and medical follow-up, frequency). Descriptive and multivariate analysis using binary logistic regression. Approved by the Ethics Committee, anonymised data.

**Results:** 1,083 patients with a mean age of  $45 \pm 19.4$  years and 55% women, 25% were vulnerable. 89.4% initially consulted Primary Care (by telephone 57.9%, in person 29.3% and at home 2.2%), 6.9% presented clinical criteria of severity. 18.6% took antibiotics: azithromycin (10.2%), cefditoren (8.7%), amoxiclavulanic acid (5.1%), levofloxacin (2.2%) and amoxicillin (1.3%). A total of 56.9% took one antibiotic, 40.2% took two different antibiotics, and 2.9% took  $\geq 3$  antibiotics. Most were prescribed in the first two waves ( $p=0.032$   $\chi^2$  test). The final multivariate model found a relationship between the prescription of antibiotic therapy and age (OR [1.01-1.05]) and the number of contacts the patient had with medical services (OR 1.06-1.46). Conversely, not performing additional tests (OR 0.07-0.49) and the diagnosis of upper respiratory tract infection (0.008-0.218) were associated with lower antibiotic use.

**Conclusion:** Antibiotics were rarely prescribed for COVID-19, in relation to advanced age, greater frequency of medical visits, and greater clinical severity.

**Keywords:** antibacterials, COVID-19, Primary Health Care, Medical Care, Health Vulnerability, Family Structure.

## INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-COV-2 y que tuvo su origen en Wuhan (China) en diciembre de 2019, provocando que la OMS se viera obligada a declarar una pandemia a nivel mundial en marzo del siguiente año. Durante estos años los pacientes que sufrieron la infección por COVID-19 desarrollaron con frecuencia cuadros de insuficiencia respiratoria aguda, en muchas ocasiones graves que requirieron hospitalización y cuidados críticos. Así mismo desarrollaron mayor riesgo de infecciones bacterianas secundarias que guardaban relación con los períodos largos que requerían de ventilación mecánica y procesos invasivos (1).

Ante la escasez de la evidencia científica relacionada con infecciones causadas por COVID-19, diferentes consensos científicos

justificaron el uso de antibioterapia basándose en las experiencias obtenidas sobre las infecciones secundarias y coinfecciones con origen en la influenza pandémica o estacional (2). Esta indicación se basaba en que la sobreinfección bacteriana fue considerada un factor que conllevaba un peor pronóstico en la evolución de la infección, llegando a recomendarse la terapia antibiótica empírica ante la sospecha de neumonía por influenza (3). Estas recomendaciones, recogidas en múltiples protocolos de práctica clínica, justificaban el uso de antibióticos en el tratamiento de la COVID-19 pese a la falta de datos y evidencia en los primeros meses de dicha pandemia (4).

El curso clínico de la enfermedad (tos, fiebre, mialgias, diarrea) fue el factor más influyente a la hora de establecer un tratamiento antibiótico empírico, ya que estos síntomas son comunes en las infecciones

bacterianas (5), justificado así el uso empírico de antibióticos. No obstante, posteriormente se ha demostrado que su administración no disminuyó las tasas de mortalidad ni retrasó la aparición de infecciones oportunistas, confirmándose la ineficacia de estas terapias (6). El tratamiento antibiótico nunca es inocuo y su administración puede conllevar complicaciones en el curso de las enfermedades si se prescriben de forma indiscriminada. Estas complicaciones pueden derivar en multirresistencias y desarrollo de infecciones oportunistas (7), siendo evidente la obtención de peores resultados cuando se asocia la antibioterapia en infecciones de origen vírico (8).

A pesar de la alta prevalencia del uso de antibióticos, se estimó que la coinfección bacteriana sólo se desarrolló entre el 6,1-8% de los pacientes estudiados, por lo que el elevado uso de antibiótico pudo ser innecesario (9). En atención primaria también se hizo uso de los antibióticos, pero a diferencia del hospital, ésta fue en descenso llegando a establecerse en estudios una diferencia de un 50% del uso de antibioterapia entre el ámbito hospitalario y la primaria (10–12). La antibioterapia fue mayor en pacientes de edad avanzada y en aquellos en los que la enfermedad se desarrolló con más gravedad, sobre todo en el ámbito hospitalario (9).

No obstante, aún no han sido bien definidas las variables personales, clínicas y sociales que indujeron la prescripción de antibioterapia en personas con COVID-19 por parte del médico de familia, algo que puede ser de utilidad para valorar tanto la calidad de la atención prestada durante la pandemia como para extraer conclusiones para futuras pandemias. Por ello, en esta investigación se planteó como objetivo cuantificar el uso de antibioterapia en personas con COVID-19 durante las cinco primeras olas de la pandemia en un centro de salud urbano, y

determinar las variables clínicas y sociales relacionadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas de Atención Primaria de Salud (APS). Se estudió una zona básica de salud urbana en Jaén capital, que atiende a unas 12.000 personas, con un 40% de ellas viviendo en zonas necesitadas de transformación social. Se incluyeron a todos los pacientes con síntomas sugerentes de COVID-19 durante la primera ola de la pandemia, y a todos los pacientes con infección confirmada por COVID mediante pruebas serológicas de la segunda a la quinta ola de pandemia. Estos pacientes fueron seguidos de forma programada en el centro de salud, para lo que fueron incluidos en una base de datos propia útil para el registro del seguimiento médico telefónico de cada uno de ellos. Los criterios de exclusión fueron el seguimiento por una causa no relacionada con el COVID-19 o la inexistencia de registros clínicos sobre el seguimiento telefónico. Se estimó un tamaño de muestra mínimo de 189 pacientes (prevalencia 4,1% de la infección por COVID-19 en Jaén capital según el Estudio ENE-COVID19 (13), nivel de confianza 95%, precisión 3% y pérdidas 5%).

La variable dependiente fue el uso de antibioterapia durante el seguimiento clínico de los pacientes con COVID-19. Las variables independientes recogidas fueron:

- Sociodemográficas: sexo, edad y estructura familiar.
- Clínicas: criterios de vulnerabilidad (14), síntomas, realización de pruebas complementarias, gravedad de la infección respiratoria (cuando afectó a vías respiratorias bajas), ingreso hospitalario y desenlace. Los síntomas se diferencian



en iniciales (declarados en la primera atención médica) y de alarma (considerados de gravedad en el seguimiento).

- Asistenciales: ámbito de atención inicial (centro de salud, urgencias de hospital o domicilio; telefónica o presencial), seguimiento telefónico realizado (número de llamadas telefónicas y duración del seguimiento) y frecuentación sanitaria total.

Los datos anonimizados se analizaron utilizando el programa SPSS (v21), comprobándose la normalidad de los datos y la homocedasticidad de las varianzas. Los datos se muestran como media o proporción con su correspondiente error estándar (o intervalos de confianza del 95%). Se realizó análisis bivalente para diferenciar las características de los pacientes según la prescripción de antibioterapia, valorando diferentes entre medias cuantitativas (pruebas t de Student y ANOVA de una vía, o equivalentes no paramétricos) y cualitativas (prueba  $\chi^2$ ), con un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ . Se calculó un modelo multivariante, mediante regresión logística binaria, utilizando la prueba de Hosmer-Lemeshow para el ajuste de modelos, para comprobar el efecto conjunto de las variables independientes sobre la prescripción de antibióticos.

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 a la legislación actual. El acceso a las historias se realizó mediante clave y contraseña individual empleada para la actividad asistencial, estando identificado el investigador en cada auditoría realizada. La base de datos final fue anonimizada y sin posibilidad de reidentificación de los pacientes incluidos.

## RESULTADOS

### • Análisis descriptivo

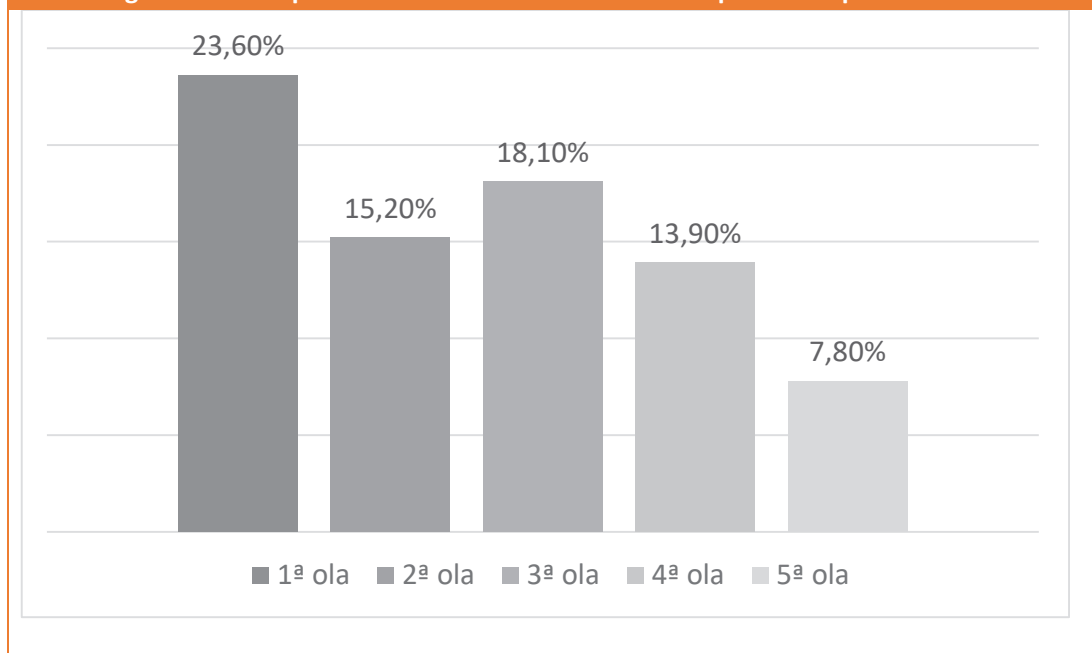
Se auditaron un total de 1083 pacientes con síntomas de COVID-19. Las principales características de la atención médica dispensada a estas personas se exponen en la *tabla 1*. La media de edad media fue de 45 años ( $\pm 19,4$ ), superior en las primeras olas de pandemia ( $p < 0,001$  ANOVA), con igual proporción de sexos (mujeres 55%, hombres 45%). La cuarta parte de las personas atendidas fueron consideradas vulnerables, siendo más frecuentes en la segunda y tercera ola ( $p < 0,01$  test  $\chi^2$ ). El 89,4% de los pacientes consultaron de forma inicial en el ámbito de la Atención Primaria (telefónico 57,9%, presencial 29,3% y domicilio 2,2%). El diagnóstico de gravedad por criterios clínicos fue del 6,9%, con diferencias no significativas entre olas de pandemia.

El tratamiento prescrito para la mayoría de los pacientes fue sintomático, basado en analgesia de primer escalón. Se emplearon otros tratamientos en mucha menor proporción, tales como broncodilatadores inhalados (12,2%), corticoides orales (6,6%), cloroquina (2,3%), heparina (1,6%) y lopinavir (0,5%). Los antibióticos se emplearon en el 18,6% de los casos, siendo más prescritos en las primeras olas que en las últimas (figura 1;  $p = 0,032$  test  $\chi^2$ ). Los antibióticos más frecuentemente utilizados fueron azitromicina (10,2%), cefditoreno (8,7%), amoxiclavulánico (5,1%), levofloxacino (2,2%) y amoxicilina (1,3%). Un 56,9% tomaron un solo antibiótico, el 40,2% tomaron dos antibióticos diferentes y un 2,9% tomaron 3 o más antibióticos.

**Tabla 1. Principales características de la atención médica a pacientes con COVID-19 según la ola de pandemia**

	Olas de la pandemia COVID-19				
	1ª ola	2ª ola	3ª ola	4ª ola	5ª ola
<b>Fechas</b>	31/1/2020 - 21/6/2020	22/6/2020 - 6/12/2020	7/12/2020 - 14/3/2021	15/3/2021 - 19/6/2021	20/6/2021 - 5/9/2021
<b>Población atendida</b>	301 (27,8%)	299 (27,6%)	211 (19,5%)	96 (8,9%)	176 (16,1%)
<b>Serología COVID</b>	41,3%	100%	100%	100%	100%
<b>Edad (*)</b>	51,5±17,8	42,3±19,7	46,4±18,5	38,5±18,4	25,8±10,2
<b>Sexo (mujer)</b>	58,7%	50,9%	51,8%	55,6%	51,6%
<b>Vulnerabilidad (†)</b>	23,2%	30,4%	37,3%	22,2%	12,5%
<b>Primer contacto en Atención Primaria</b>	89,0%	87,5%	90,4%	94,4%	90,6%
<b>Diagnóstico de gravedad</b>	6,8%	7,1%	7,2%	13,9%	1,2%

Diferencias significativas con: (\*)  $p < 0,001$  test ANOVA; (†)  $p < 0,01$  test  $\chi^2$ ;

**Figura 1. Prescripción de antibióticos en cada ola de pandemia por COVID-19**


Diferencias significativas con  $p = 0,032$  test  $\chi^2$

- **Análisis bivalente**

El análisis bivalente ofreció diferentes variables asociadas a la prescripción de antibioterapia en los pacientes diagnosticados de infección por COVID-19:

1. **Perfil de la persona enferma**

La prescripción de antibióticos se realizó a personas con mayor edad media (55,86 años  $\pm$ 18,3 frente a 42,53 años  $\pm$ 18,8;  $p < 0,001$  t Student), en igual proporción de sexos (17,8% hombres y 19,2% mujeres). Un mayor porcentaje de pacientes vulnerables tomaron antibioterapia (32,1%) frente a los no vulnerables (13,9%;  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ), siendo más frecuente en personas con antecedentes de ictus, tumores malignos o enfermedad renal crónica (*figura 2*;  $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ). Ninguna de las 6 embarazadas atendidas tomó antibióticos. Por su parte, el porcentaje de trabajadores esenciales que tomaron antibióticos (8,6%) fue inferior a la población general (18,8%;  $p < 0,10$  test  $\chi^2$ ). La prescripción de antibióticos fue similar para personas con familia nuclear (17,4%) y no nuclear (18,3%), pero superior en matrimonios mayores que vivían solos (35,1% vs 15,5%;  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ )

2. **Frecuentación sanitaria y ámbito de la atención**

La atención inicial en el ámbito de urgencias del hospital condicionó una mayor prevalencia de antibioterapia frente a ser atendido en atención primaria (36,2% vs 16,5%;  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ), con una mayor gravedad clínica en la atención urgente hospitalaria (infecciones de vías respiratorias bajas 22,8% vs 4,1%;  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ). La atención inicial en el domicilio conllevó el mayor número de prescripciones de antibióticos, mientras que la atención telefónica fue la que menos indujo el uso de antibioterapia (*figura 3*). Durante el seguimiento del paciente, la revaloración en el domicilio fue la que tuvo una mayor prescripción de anti-

bióticos (57,1%) seguida por la atención en urgencias hospitalarias (42,1%) y la consulta presencial en el centro de salud (22,7%;  $p < 0,05$  test  $\chi^2$ ). Los pacientes que toman antibióticos tuvieron una frecuentación médica mayor (7,7 consultas  $\pm$ 4,1 vs 4,6 consultas  $\pm$ 2,7) con un mayor número de consultas telefónicas (6,0  $\pm$ 3,7 vs 3,7  $\pm$ 2,3) y de días de seguimiento clínico (20,2 días  $\pm$ 13,0 vs 12,9 días  $\pm$ 6,3) ( $p < 0,001$  t Student)

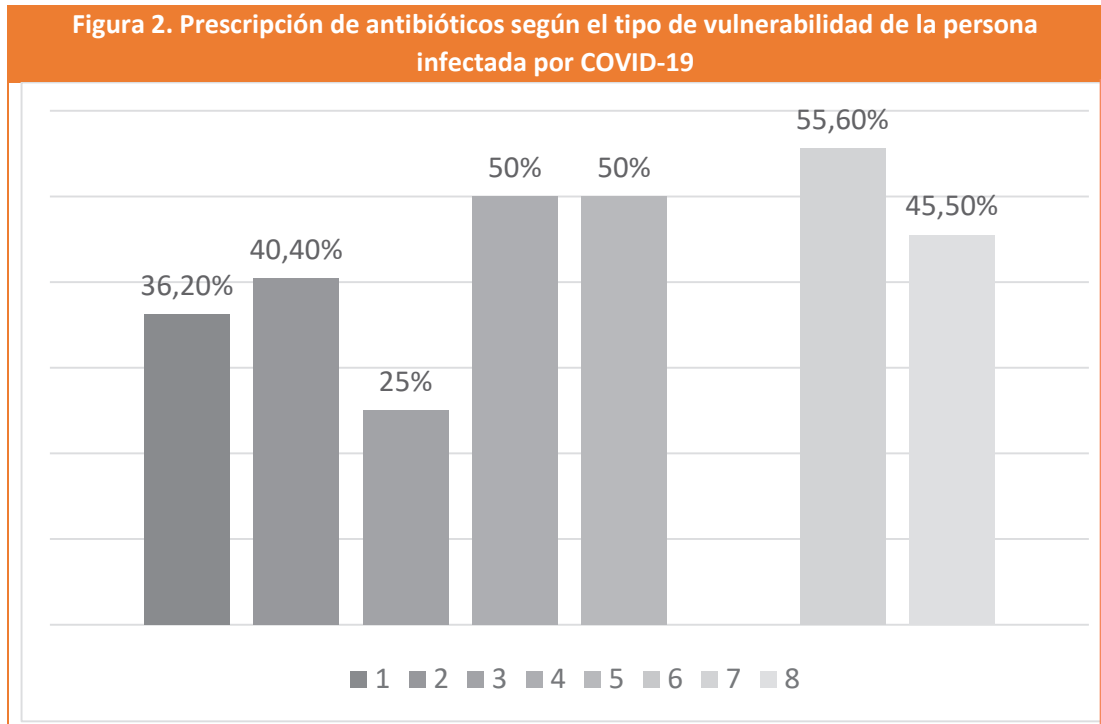
3. **Características clínicas y gravedad de la enfermedad**

Se indicó el uso de antibioterapia más frecuentemente a los pacientes con mayor número de síntomas (2,2  $\pm$ 1,0 vs 1,9  $\pm$ 0,8;  $p < 0,05$  t Student) y con un diagnóstico de mayor gravedad (91,4% bronquitis o neumonía vs 10,9% infección de vías respiratorias altas;  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ). La presencia de fiebre y tos se asocia a mayor uso de antibioterapia, mientras que la rinorrea, las mialgias, la disnea y la anosmia son más frecuentes cuando el tratamiento es sintomático (*figura 4*). La presencia de síntomas persistentes durante más de dos semanas provocó una mayor prescripción de antibioterapia (31,4% vs 13,5%;  $p < 0,01$  test  $\chi^2$ ), destacando la fiebre (28,4%), la tos (29,4%) y la disnea (32,4%). La indicación de antibioterapia también estuvo relacionada con la mayor realización de pruebas complementarias, tanto análisis de sangre (49% vs 14,8%) como radiografías (31,1% vs 15,2%) ( $p < 0,01$  test  $\chi^2$ ).

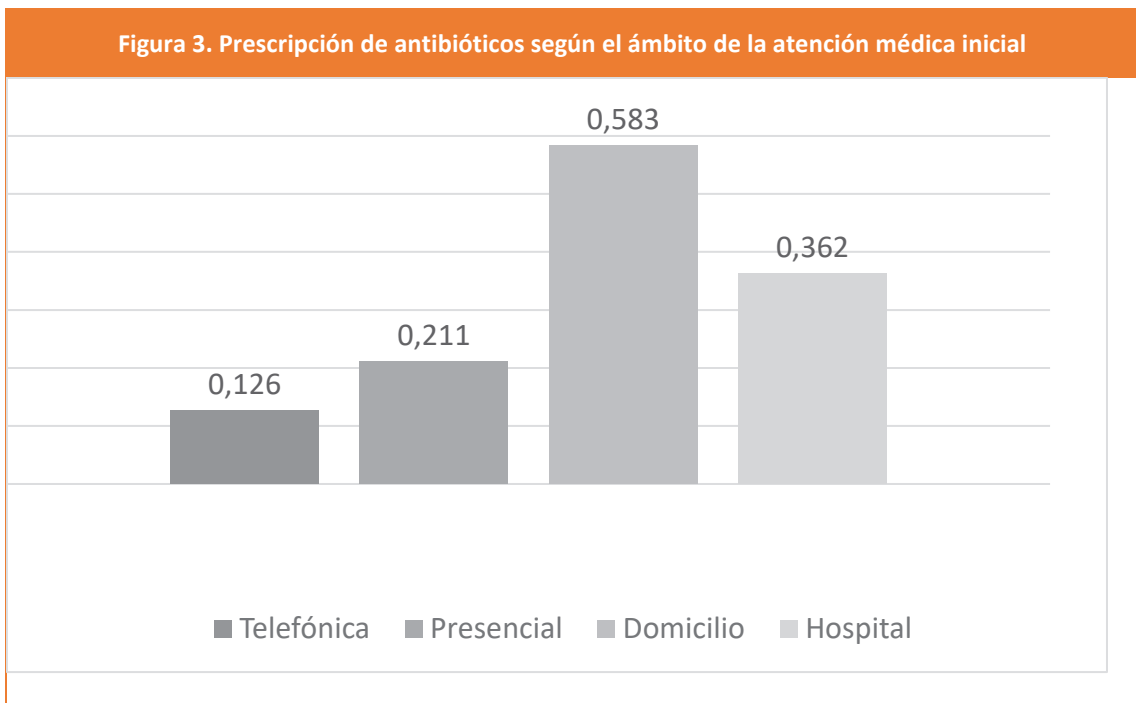
4. **Uso de otra medicación concomitante**

La antibioterapia estuvo relacionada con un mayor uso de broncodilatadores inhalados (53,7% vs 13,7%), de corticoterapia oral (77,8% vs 14,4%), de cloroquina (92,3% vs 16,8%) y de heparina (88,9% vs 17,4%) ( $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ). También el uso de lopinavir fue más frecuente en los pacientes que tomaron antibióticos (66,7% vs 18,3%;  $p < 0,001$  test  $\chi^2$ ).



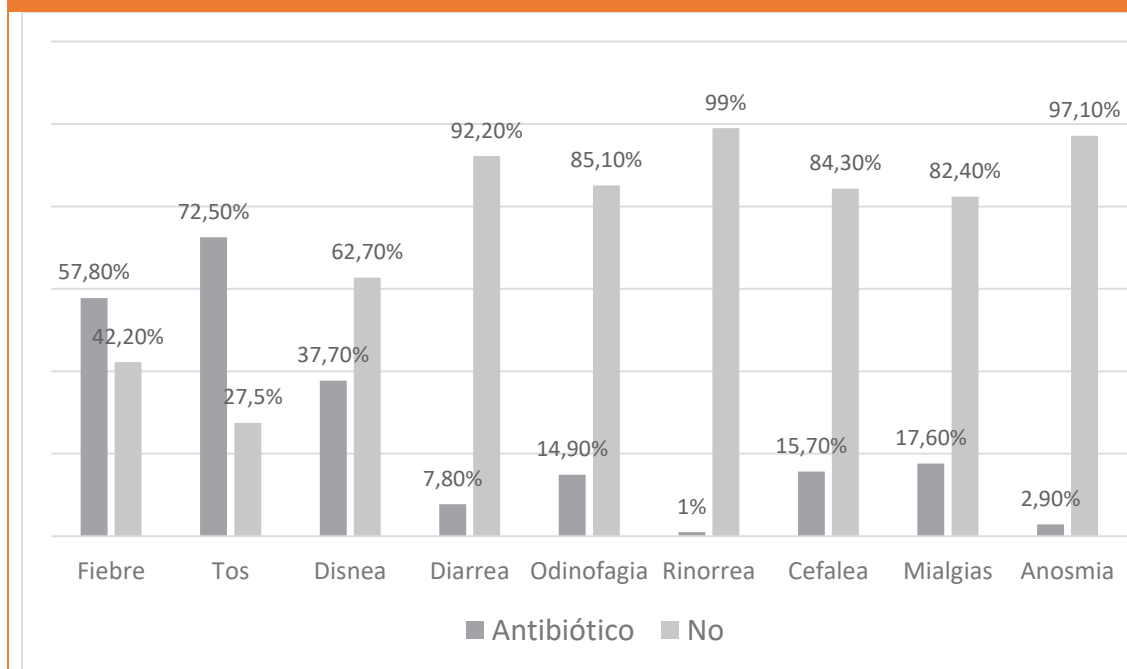


Leyenda: 1 Mayor de 60 años. 2 Enfermedad cardiovascular crónica. 3 Enfermedad pulmonar crónica. 4 Ictus. 5 Tumor maligno. 6 Hepatopatía crónica. 7 Enfermedad renal crónica. 8 Inmunosupresión.  
 Diferencias significativas con  $p < 0,05$  test  $\chi^2$



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

**Figura 4. Prescripción de antibióticos según los síntomas principales de los pacientes con COVID-19**



Diferencias significativas con  $p < 0,05$  test  $\chi^2$

- **Análisis multivariante**

La *tabla 2* ofrece el modelo explicativo de las variables que influyen en la prescripción de antibioterapia tras realizar el análisis multivariante. Las variables de sexo, ámbito inicial de atención médica, número de síntomas y duración del seguimiento no influyeron en la indicación médica para el uso de antibioterapia. Si se encontró relación con una mayor edad de la persona contagiada (OR=1,03) y un mayor número de contactos del enfermo con los servicios médicos (OR=1,24). La no realización de pruebas complementarias como el análisis de sangre o la menor gravedad del diagnóstico, por ser una infección de vías respiratorias bajas, se relacionó con una menor prescripción de antibioterapia (OR= 0,185 y OR=0,042, respectivamente).

## DISCUSIÓN

La pandemia por SARS COv2 supuso un gran desafío para los sistemas sanitarios,

entre los cuales se encontraban la adecuada gestión de sus recursos y la adecuación de tratamientos sobre enfermedades no conocidas. A ello obedece todo el arsenal terapéutico que se utilizó durante esos años, en ocasiones con escasa evidencia, pero con una alta urgencia en la búsqueda de soluciones a problemas graves que no permitían demorar el inicio de un tratamiento. El tratamiento recomendado desde Atención Primaria fue principalmente sintomático, con algo menos de un 20% de los pacientes atendidos con prescripción de antibioterapia, sobre todo macrólidos y betalactámicos y durante las primeras olas. Por el contrario, en ámbito hospitalario el uso de antibioterapia para la COVID-19 fue superior a un 70%, siendo las fluoroquinolonas, macrólidos,  $\beta$ -lactámicos y cefalosporinas los más prescritos en dicho orden (9) (15). En otros sistemas sanitarios, el uso de antibióticos también sufrió un incremento muy elevado con el consiguiente riesgo de crear múltiples resistencias a los antibióticos (16–19).

El estudio realizado muestra un uso racional de la antibioterapia en estos pacientes atendidos en Atención Primaria, priorizando los pacientes de mayor edad con sintomatología más grave y necesidad de una atención médica más exhaustiva. Ello indica una prescripción basada en los rasgos de vulnerabilidad y la clínica de forma personalizada de cada paciente. Al igual que en otros estudios, fue el grupo de fármacos que mostró una mayor reducción en su prescripción con el paso de las distintas olas de la pandemia, no siendo tan acentuada dicha desescalada en los demás grupos farmacológicos empleados (corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, etc.) (20). Otros estudios apoyan estos resultados, justificando la prescripción de antibióticos (sobre todo en la primera ola) por el exceso de mortalidad que se constató en pacientes mayores de 75 años y en otros grupos de personas vulnerables que incluyen a personas con ictus previos, tumores malignos o enfermedad renal crónica, así como a parejas de ancianos que viven solos (21) (22).

Otro factor determinante a la hora de establecer un mayor consumo de antibióticos fue el lugar del primer contacto sanitario (23) (15). La Atención Primaria destacó por una menor prescripción respecto a los puntos de urgencia hospitalaria donde la prescripción y el mayor número de pruebas complementarias solicitadas fueron más frecuentes (24) en parte debido por el mayor acceso a las mismas y por otro lado la gravedad de la sintomatología que presentaban los pacientes, siendo la fiebre y la disnea los síntomas mayormente asociados a un mayor uso de antibióticos. En Atención Primaria el uso de antibióticos fue más frecuentes en pacientes que recibieron asistencia en domicilio, también debido al perfil de vulnerabilidad de esos pacientes (25). Además, la atención en centros de salud estuvo caracterizada por un exhaustivo seguimiento tele-

fónico, útil para valorar la evolución clínica de la COVID-19 y tomar decisiones sobre la actitud diagnóstica y terapéutica (26). Esta nueva forma de gestión sanitaria pudo favorecer un mayor uso de la antibioterapia, sobre todo en la primera ola de pandemia (24). Tras la pandemia, se ha comprobado que la capacidad del médico de familia para resolver las demandas planteadas por teléfono es elevada, y sigue estando relacionada con la presencia de enfermedades crónicas y el conocimiento previo entre paciente y médico (27).

El estudio presenta como limitaciones un sesgo de información, al recoger las variables de las historias clínicas y depender de la calidad del registro, y un sesgo de selección, con pérdidas de pacientes de mayor gravedad no identificados que hubieran consultado directamente en el servicio de urgencias o ingresado en el hospital. De igual forma, el indicador de uso de antibioterapia del centro de salud estudiado es inferior a la media andaluza, lo que podría haber generado una infraestimación del uso de antibióticos durante la pandemia por COVID-19. Se ha comprobado, por otra parte, una disminución del consumo total de antibióticos en la comunidad andaluza durante ese periodo (11), que se ha atribuido al uso de mascarillas, a las medidas de higiene y a otros programas de uso racional de medicamentos sobre la prescripción de antibioterapia (PIRASOA) que puede haber generado un cambio sostenido en los patrones de prescripción (28).

En diferentes estudios se ha informado sobre el consumo de antibióticos en los hospitales durante la pandemia por COVID-19 (3) (29), así como de una tendencia creciente en todos los países con aumento de la tasa de consumo superior al 10% (30). La presente investigación aporta datos sobre el uso de antibióticos en la comunidad, desta-

cando el uso de criterios de vulnerabilidad y de gravedad clínica para su prescripción en los centros de salud, en un menor porcentaje que en otros ámbitos asistenciales, aplicando criterios clínicos personalizados por parte de los médicos de familia (10,11). Hay que tener en cuenta que, en determinados periodos de tiempo, se indujo a la prescripción de antibioterapia por parte de diferentes protocolos en base a una supuesta eficacia (11,29). No obstante, los fenómenos de resistencia a los antimicrobianos, la iatrogenia que provoca su uso y la falta de eficacia real en el tratamiento del COVID-19 obliga a revisar los protocolos de uso de antibióticos en todos los entornos sanitarios (11). Sería adecuado poder valorar

otras variables psicológicas y familiares del enfermo, así como la sobrecarga emocional del médico ante una excesiva presión asistencial, que podrían estar ligadas a una mayor prescripción de antibacterianos en las infecciones virales.

### 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.

**Tabla 2. Modelo explicativo de las variables que influyen en la prescripción de antibioterapia en pacientes con infección por COVID-19**

Variable	Coeficiente	OR	IC 95%	χ <sup>2</sup> (Wald)	p
Edad	0,011	1,031	(1,009-1,053)	7,814	0,005
Número de contactos médicos	0,083	1,243	(1,057-1,462)	6,906	0,009
Días de seguimiento	0,028	0,961	(0,909-1,105)	2,016	0,156
Realización de análisis de sangre	0,495	0,185	(0,070-0,488)	11,618	0,001
Gravedad del diagnóstico	0,843	0,042	(0,008-0,218)	14,196	0,000
Ámbito asistencial del primer contacto	0,560	0,684	(0,228-2,049)	0,461	0,497
Constante	1,400	2,288	--	0,349	0,554

Variable dependiente: uso de antibioterapia (0 no / 1 sí). Prueba de Hosmer y Lemeshow p=0,094 (Chi cuadrado 13,559 con 8 grados de libertad).

Variables categóricas: Realización de análisis de sangre (0 no, 1 sí); Gravedad del diagnóstico (0 infección respiratoria de vías bajas, 1 infección respiratoria de vías altas); Ámbito asistencial del primer contacto (0 Atención Primaria; 1 Urgencias del Hospital).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Aurilio C, Sansone P, Paladini A, Barbarisi M, Coppolino F, Pota V, Pace MC. Multidrug Resistance Prevalence in COVID Area. *Life* (Basel). 2021;11(7):601. doi: 10.3390/life11070601.
2. Bengoechea JA, Bamford CG. SARS-CoV-2, bacterial co-infections, and AMR: the deadly trio in COVID-19? *EMBO Mol Med*. 7 de julio de 2020;12(7): e12560. doi: 10.15252/emmm.202012560
3. Abelenda-Alonso G, Padullés A, Rombauts A, Gudiol C, Pujol M, Alvarez-Pouso C, Jodar R, Carratalà J. Antibiotic prescription during the COVID-19 pandemic: A biphasic pattern. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020;41(11):1371-1372. doi: 10.1017/ice.2020.381.
4. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, Cooley LA, Dean NC, Fine MJ, Flanders SA, Griffin MR, Metersky ML, Musher DM, Restrepo MI, Whitney CG. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45-e67. doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST.
5. Zahariadis G, Gooley TA, Ryall P, Hutchinson C, Latchford MI, Fearon MA, Jamieson FB, Richardson S, Kuschak T, Mederski B. Risk of ruling out severe acute respiratory syndrome by ruling in another diagnosis: variable incidence of atypical bacteria coinfection based on diagnostic assays. *Can Respir J*. 2006;13(1):17-22.

- doi: 10.1155/2006/862797.
6. Buetti N, Mazzuchelli T, Lo Priore E, Balmelli C, Llamas M, Pallanza M, Elzi L, Consonni V, Trimboli P, Forni-Ogna V, Bernasconi E. Early administered antibiotics do not impact mortality in critically ill patients with COVID-19. *J Infect.* 2020;81(2):e148-e149. doi: 10.1016/j.jinf.2020.06.004.
  7. Sharland M, Gandra S, Huttner B, Moja L, Pulcini C, Zeng M, Mendelson M, Cappello B, Cooke G, Magrini N; EML Expert Committee and Antibiotic Working Group. Encouraging AWaRe-ness and discouraging inappropriate antibiotic use-the new 2019 Essential Medicines List becomes a global antibiotic stewardship tool. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(12):1278-1280. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30532-8.
  8. Thackray LB, Handley SA, Gorman MJ, Poddar S, Bagadia P, Briseño CG, Theisen DJ, Tan Q, Hykes BL Jr, Lin H, Lucas TM, Desai C, Gordon JI, Murphy KM, Virgin HW, Diamond MS. Oral Antibiotic Treatment of Mice Exacerbates the Disease Severity of Multiple Flavivirus Infections. *Cell Rep.* 2018;22(13):3440-3453.e6. doi: 10.1016/j.celrep.2018.03.001.
  9. Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Soucy JR, Westwood D, Daneman N, MacFadden DR. Antibiotic prescribing in patients with COVID-19: rapid review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(4):520-531. doi: 10.1016/j.cmi.2020.12.018.
  10. Barroso López KR, Peñasco García P, Soria López CI, Pérez Fernández MC, Gómez Cruz JG, González Silva Y. Características y evolución de los pacientes COVID-19 en un centro de salud urbano al inicio de la pandemia. *Aten Primaria.* 2021;53(2):101957. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.10.005.
  11. Peñalva G, Benavente RS, Pérez-Moreno MA, Pérez-Pacheco MD, Pérez-Milena A, Murcia J, Cisneros JM. Effect of the coronavirus disease 2019 pandemic on antibiotic use in primary care. *Clin Microbiol Infect.* 2021; 27(7):1058-1060. doi: 10.1016/j.cmi.2021.01.021.
  12. Zhu N, Aylin P, Rawson T, Gilchrist M, Majeed A, Holmes A. Investigating the impact of COVID-19 on primary care antibiotic prescribing in North West London across two epidemic waves. *Clin Microbiol Infect.* 2021; 27(5):762-8. doi: 10.1016/j.cmi.2021.02.007.
  13. Estudio ENE-COVID19. Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-COV-2 en España [internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2020. Disponible en: [https://portalcne.isciii.es/enecovid19/informacion/ene\\_covid19\\_dis.pdf](https://portalcne.isciii.es/enecovid19/informacion/ene_covid19_dis.pdf) [citado 7 de enero de 2025].
  14. COVID-19 en distintos entornos y grupos de personas. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento\\_GRUPOS\\_PERSONAS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_GRUPOS_PERSONAS.pdf) [citado 7 de enero de 2025].
  15. Torijano Casalengua ML, Calvo Pita C, Made-ruelo-Fernández JÁ. Uso seguro de los medicamentos en Atención Primaria, también en época de pandemia de la COVID-19. *Aten Primaria.* 2021;53 Suppl 1(Suppl 1):102223. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102223.
  16. Zang J, Jiang L, Wang Y, Chen Y, Fu C, Kasprzyk-Hordern B, Wang N, Jiang Q, Lambert H. Impact of easing COVID-19 restrictions on antibiotic usage in Eastern China using wastewater-based epidemiology. *Nat Commun.* 2024;15(1):10161. doi: 10.1038/s41467-024-54498-2.
  17. Kassym L, Kussainova A, Semenov D, Aimirziyeva A, Uzbekova S, Semenova Y. National trends in Azithromycin consumption during 2017-2023 in Kazakhstan: impact of the COVID-19 pandemic and the imperative for enhanced clinical guidelines. *Sci Rep.* 2025;15(1):6309. doi: 10.1038/s41598-025-91216-4.
  18. Medeiros AF, Bertollo CM, Faria BC, Almeida CD, Leite EM, Vieira LR, Souza AF, Abreu MH, Souza RP, Martins MA. Antimicrobial consumption and resistance in a tertiary care hospital in Brazil: a 7-year time series. *J Infect Dev Ctries.* 2024;18(12.1):S344-S352. doi: 10.3855/jidc.19019.
  19. Kelly M, de Falleur M, Allaoui EM, Bonacini L, Catry B, Latour K, Catteau L. Antibiotic consumption patterns in older adults: a comparative study of people 65 years and older in and outside nursing homes, Belgium, 2016 to 2022. *Euro Surveill.* 2024;29(46):2400148. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.46.2400148.
  20. Rovira-Illamola M, Sotoca-Momblona JM, Sisó-Almirall A. Impacto de la pandemia COVID-19 en la prescripción de fármacos en Atención Primaria. *Rev Clínica Med Fam.* 2023;16(2):74-81. doi: 10.55783/rcmf.160203.
  21. Nicieza García ML, Pérez Solís P, Gómez de Oña C, Suárez Gil P, Rolle Sónora V, Suárez Mier B. Consumo de antibióticos en atención primaria en población adulta de Asturias durante el periodo 2014-2020. *Aten Primaria.* 2022;54(3):102261. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102261.
  22. Duffy E, Thomas M, Hills T, Ritchie S. The impacts of New Zealand's COVID-19 epidemic response on community antibiotic use and hospitalisation for pneumonia, peritonsillar abscess and rheumatic fever. *Lancet Reg Health West Pac.* 2021;12:100162. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100162.
  23. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Atención

- primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19 [Primary care, residential homes for the elderly, and COVID-19]. *Semergen*. 2020;46 Suppl 1:26-34. Spanish. doi: 10.1016/j.semERG.2020.06.003.
24. 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. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102156.
  25. Martínez Palomo M, Pena Arredondo M, Megías Fernández L, Ceacero Martínez S, Ramírez Rodríguez FA, Pérez-Milena A. Características de la atención médica prestada en atención primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID). *Med fam Andal*. 2023; 1:34-45.
  26. Quesada-Caballero M, Carmona-García A, Chami-Peña S, Caballero-Mateos AM, Fernández-Martín O, Cañadas-De la Fuente GA, Romero-Bejar JL. Telemedicine in Elderly Hypertensive and Patients with Chronic Diseases during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2023;12(19):6160. doi: 10.3390/jcm12196160.
  27. Rodríguez-Castilla F, Prieto-Gálvez JL, Darwish-Mateos S, Mengíbar-Cabrerizo P, Ladero-Pascual M, Pérez-Milena A. Motivos de consulta y capacidad de resolución de la atención telefónica por médicos de familia en Atención Primaria. *Med fam And*. 2024;1: 21-32.
  28. Rodríguez-Baño J, Pérez-Moreno MA, Peñalva G, Garnacho-Montero J, Pinto C, Salcedo I, Fernández-Urrusuno R, Neth O, Gil-Navarro MV, Pérez-Milena A, Sierra R, Estella Á, Lupión C, Irastorza A, Márquez JL, Pascual Á, Rojo-Martín MD, Pérez-Lozano MJ, Valencia-Martín R, Cisneros JM; PIRASOA Programme Group. Outcomes of the PIRASOA programme, an antimicrobial stewardship programme implemented in hospitals of the Public Health System of Andalusia, Spain: an ecologic study of time-trend analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2020;26(3):358-365. doi: 10.1016/j.cmi.2019.07.009.
  29. Shehab N, Lovegrove M, Budnitz DS. US Hydroxychloroquine, Chloroquine, and Azithromycin Outpatient Prescription Trends, October 2019 Through March 2020. *JAMA Intern Med*. 2020;180(10):1384-1386. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2594.
  30. Klein EY, Impalli I, Poleon S, Denoel P, Cipriano M, Van Boeckel TP, Pecetta S, Bloom DE, Nandi A. Global trends in antibiotic consumption during 2016-2023 and future projections through 2030. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2024;121(49):e2411919121. doi: 10.1073/pnas.2411919121.



## Autolesiones en la adolescencia

### *Self-harm in adolescence*

*Jiménez Pulido I*

*Doctora en medicina. Especialista en medicina familiar y comunitaria. CS de Úbeda, Jaén*

Recibido el 15-06-2025; aceptado para publicación el 08-09-2025

Med fam Andal. 2025;3: 187-192

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.RR1561>

Correspondencia: **Idoia Jiménez Pulido**, mail: [idoiajp@yahoo.es](mailto:idoiajp@yahoo.es)

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de la vida de grandes cambios a todos los niveles, tanto físicos como afectivos, siendo importante que se desarrollen conductas autorreguladoras en el comportamiento y en los sentimientos. La desregulación emocional, la impulsividad y las actividades de riesgo, como el consumo de sustancias y/o el uso problemático de videojuegos, podrían suponer un mayor riesgo de autolesiones, así como de pensamientos y conductas suicidas.

La autolesión se define como un daño intencional sobre uno mismo, existiendo formas muy diversas de autolesionarse. Esta conducta, en constante aumento, se ha convertido en un importante problema de salud pública.

Un informe de “The Lancet Commission” publicado en octubre de 2024 recoge que a nivel mundial, se producen al menos 14 millones de episodios de lesiones, con un ratio de 60 por cada 100.000 habitantes al año. Las cifras más preocupantes se observan en adolescentes y jóvenes, con al menos un 15% de este colectivo autolesionándose

sin intención suicida de modo habitual, es decir, uno de cada 6 adolescentes. Unos datos sin duda infraestimados, debido a la falta de informes y de sistemas de vigilancia rutinarios para monitorizar esta conducta. En España, según un estudio liderado por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y publicado el 29 de abril de 2025 en la revista *Eur Child Adolesc Psychiatry*, uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 16 años se ha autolesionado sin intención de morir y cerca del 3% ha intentado suicidarse en el último año.

**El suicidio y la autolesión son fenómenos distintos.** La autolesión es un fenómeno, que, por definición, no implica necesariamente la intencionalidad suicida. Sin embargo, las personas que se autolesionan son más vulnerables a experimentar ideas de suicidio, sobre todo si esta conducta es persistente. Se considera que alguien se autolesiona de forma regular cuando repite esta conducta más de 5 veces al año.

Ante personas que presentan lesiones autoinfligidas es importante indagar sobre la ideación suicida y descartar problemas de

salud mental que van ligados a esta conducta, como los trastornos alimentarios, el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión, los trastornos límites de la personalidad...

## FORMAS DE AUTOLESIONES

Existen muchas formas de causarse daño a uno mismo. Entre ellas se encuentran:

- El cutting o también llamado risuka, se refiere a los cortes superficiales en la piel, habitualmente horizontales y realizados en los antebrazos. Suele ser la manera más frecuente de autolesiones.
- Quemarse con fósforos, cigarrillos o con objetos punzantes calientes, como cuchillos.
- Tallarse palabras o símbolos en la piel.
- Darse golpes o puñetazos a sí mismo, morderse, golpearse la cabeza.
- Perforar la piel con objetos punzantes, incluso llegarse a insertar objetos debajo de la piel.
- Arrancarse el pelo.
- Digital Self-Harm, el auto-trolling, el auto-ciberbullying, el síndrome de Munchausen digital o la autolesión digital se refiere a la «publicación, envío o intercambio anónimo en línea de contenido hiriente sobre uno mismo».

Señales de alerta que pueden hacer sospechar que una persona se autolesiona:

1. Cambios en la vestimenta, por ejemplo, utilizar mangas largas en épocas de calor, ocultando partes del cuerpo.
2. Encontrar objetos punzantes o cortantes en sus habitaciones.
3. Aislamiento social, permanecer mucho tiempo en su cuarto, sin querer compar-

tir espacios ni tiempo con su familia o amistades.

4. Cambios bruscos del estado de ánimo.
5. Disminución del rendimiento académico.
6. Expresión verbal de desesperanza, pensamientos negativos.
7. Impulsividad.

## FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO

Hay factores intrapersonales e interpersonales que pueden influir en la aparición y mantenimiento de las conductas autolesivas.

Los *factores intrapersonales* se centran principalmente en características individuales de la persona como la autoestima y la autoeficacia. Los factores de riesgo intrapersonales para las autolesiones serían la vulnerabilidad emocional, la ira, la depresión, la ansiedad...

Los *factores interpersonales* se centran en las interacciones con otras personas, como factores de riesgo serían el aislamiento social, acoso, discriminación por algún motivo, entre otros, así como acontecimientos vitales estresantes como la ruptura con la pareja, una enfermedad, la muerte de un ser querido...

En base a estos factores se pueden identificar grupos de riesgo más vulnerables:

- Jóvenes que sufren acoso, bullying, ciberbullying...
- Las mujeres y las comunidades LGBTQIA+ que sufren violencia, tienen más tendencia a autolesionarse.
- Las personas de grupos raciales o étnicos minoritarios
- Personas con ingresos bajos



El factor protector más importante es el apoyo social, familiar, establecer vínculos con pares, no sólo previene de autoinfligirse daño, sino que también ayuda en la recuperación.

### ¿Por qué se autolesionan las personas adolescentes?

Las motivaciones para la autolesión no suicida no están claras, pero existen múltiples teorías y modelos explicativos.

El modelo de las cuatro funciones de Nock, propuesto por Nock y Prinstein en 2004, este modelo clasifica las conductas autolesivas en cuatro categorías basadas en dos dimensiones: intrapersonal versus interpersonal y refuerzo positivo versus negativo.

Las teorías centradas en la regulación del afecto son:

- Teoría biosocial de Linehan, postula que estas conductas son el resultado de una interacción entre la vulnerabilidad biológica de la persona (incluida la predisposición genética) y un ambiente invalidante modelo de evitación experiencial,
- Teoría de la cascada emocional, describe cómo las emociones negativas pueden intensificarse y propagarse rápidamente, creando un círculo vicioso
- Teoría de autocastigo se refiere a la tendencia psicológica en la que una persona se culpa excesivamente y se impone sufrimiento emocional o físico como forma de expiación
- Teoría anti-disociación sugiere que algunas personas recurren a la autolesión para contrarrestar o evitar estados disociativos, es decir, sentimientos desconexión de sí mismos o de la realidad.

Los modelos neurobiológicos refieren que los pacientes con autolesiones parece que

muestran una actividad cerebral alterada en regiones implicadas en procesos cognitivos inhibitorios y regulación afectiva.

Además, existen teorías que apuntan a una posible afectación de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide.

Las **posibles funciones de la autolesión**, en base a lo anterior, podrían ser:

- Una forma de reducir la tensión o los sentimientos negativos.
- Una forma de resolver las dificultades interpersonales.
- Un autocastigo por fallas percibidas.
- Una petición de ayuda.
- Una forma de llamar la atención.
- Una forma de chantaje para conseguir cosas, ejemplo evitar que la pareja le deje.
- Asegurar el sentido de sí mismo.
- Estrategia antidisociación. Estrategia antisuicidio.
- Búsqueda de sensaciones, participar en “juegos”, “retos”, por pertenencia a un grupo.

### ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA Y LA CONDUCTA SUICIDA?

Al igual que con las motivaciones para la autolesión, existen diferentes teorías que han tratado de explicar la relación entre la autolesión no suicida y la conducta suicida.

Las más relevantes son:

- La teoría de la puerta, postula que las autolesiones no suicidas pueden actuar como un factor de riesgo y un camino

que puede conducir al suicidio.

- La teoría de la tercera variable, sugiere que tanto las autolesiones como el comportamiento suicida podrían ser manifestaciones de una causa subyacente común, una tercera variable como la coexistencia de un trastorno mental, malestar psicológico o factores biológicos
- La teoría de la capacidad adquirida plantea que las autolesiones pueden facilitar el comportamiento suicida al reducir el umbral del dolor, disminuir el miedo a la muerte, y servir como una forma de practicar la letalidad o probar límites.
- El modelo integrado surge de la integración de las tres teorías anteriores.

## EVALUACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES QUE SE AUTOLESIONAN

En el caso de niños y jóvenes que se han autolesionado, el/la profesional sanitario/a debe establecer lo antes posible:

- La gravedad de la lesión y la urgencia con la que se necesita tratamiento médico
- El estado emocional y mental de la persona y su nivel de angustia
- Si existe una preocupación inmediata por la seguridad de la persona
- Si existen preocupaciones en materia de protección
- Si la persona tiene un plan de atención
- Si es necesario remitir a la persona a un servicio de salud mental especializado para su evaluación.
- Se debe realizar una evaluación psicosocial. Debe preguntarse sobre:
  - Su situación social, de grupo de pares,

educativa y familiar

- Cualquier responsabilidad de cuidado
- El uso de las redes sociales e Internet para conectarse con otros y los efectos de estos en la salud mental y el bienestar.
- Cualquier cuestión de protección o salvaguardia infantil

Realizar simultáneamente la atención física y la evaluación psicosocial lo antes posible después de un episodio de autolesión. Centrar la evaluación en las necesidades de la persona y en cómo apoyar su seguridad psicológica y física inmediata y a largo plazo.

El médico de familia debe asegurarse de que la persona tenga:

- Citas regulares en la consulta para revisar las autolesiones.
- Una revisión de medicamentos
- Información sobre asistencia social disponible, apoyo voluntario y recursos de autoayuda
- Atención de cualquier problema de salud mental coexistente, incluida la derivación a servicios de salud mental según corresponda.

Cuando es una prioridad derivar a salud mental:

- Los niveles de preocupación o angustia de la persona están aumentando, son altos o se mantienen.
- La frecuencia o el grado de autolesión o intención suicida está aumentando
- La persona que proporciona la evaluación en atención primaria se preocupa
- La persona solicita más apoyo de los servicios de salud mental.
- Los niveles de angustia en los familiares

o cuidadores de niños, jóvenes y adultos están aumentando, son elevados o se mantienen, a pesar de los intentos de ayudar.

## TRATAMIENTO

EL tratamiento farmacológico en las conductas autolesivas, va enfocado a los trastornos de salud mental que puedan estar asociados a estas conductas, aunque el plan de tratamiento debe abordar tanto el trastorno como la conducta.

No existen medicamentos específicos para tratar directamente las autolesiones, aunque hay estudio con alguna evidencia incierta de que los antipsicóticos atípicos podrían reducirlas.

Si existen diferentes intervenciones psicológicas que han obtenido resultados beneficiosos en la reducción de las autolesiones y otras variables relacionadas con la conducta suicida, aunque la evidencia científica disponible no permite establecer cuál es la psicoterapia con un mejor perfil de efectividad. Las intervenciones psicológicas más recomendadas en las guías de práctica clínica son la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia dialéctica conductual (TDC), y constituyen el tratamiento de elección para las autolesiones, frente a otros tratamientos, como el farmacológico.

La **terapia cognitivo conductual** ayuda a identificar conductas y creencias negativas y poco saludables, y reemplazarlas por otras más eficaces. También se pueden aprender habilidades que ayudan a afrontar diferentes situaciones.

La **terapia dialéctica conductual** es un tipo de terapia cognitivo conductual que enseña habilidades relacionadas con el comportamiento para ayudar a controlar el estrés, gestionar o regular las emociones y mejorar las

relaciones con los demás. La terapia dialéctica conductual para adolescentes (TDC-A) es un tratamiento conductual manualizado, que suele durar 16 semanas. Incluye terapia individual concurrente semanal, un grupo multifamiliar de desarrollo de habilidades, coaching de habilidades entre sesiones para jóvenes y sus familias, terapia familiar según sea necesario y un grupo de consulta entre pares para terapeutas. La TDC-A tiene como objetivo dotar a los jóvenes, a sus padres y cuidadores de las habilidades necesarias para reducir o detener las autolesiones y las conductas suicidas, gestionar eficazmente sus emociones y mejorar sus relaciones.

Las **terapias basadas en la atención plena** ayudan a vivir en el presente y a afrontar las emociones difíciles y los pensamientos negativos. Pueden ayudar a reducir la ansiedad y la depresión, y a mejorar el bienestar general.

Es muy importante la continuidad y el seguimiento en la atención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Liu YH, Chen M, Huang HZ, Liang JR, He YY, Hu JH, Zhang TT, Jia FJ, Hou CL. A Predictive Nomogram for Suicide Attempts in Chinese Adolescents With Both Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Ideation. *Asia Pac Psychiatry*. 2025; 17(2):e70003. doi: 10.1111/appy.70003. PMID: 40269582.
- Arqueros M, Perez-Diez I, Garcia-Ramos A, et al. "Addiction profile is associated with suicidal behavior and repetition of non-suicidal self injury: a latent profile analysis study in a schooled adolescents". *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025. DOI: 10.1007/s00787-025-02712-x.
- Moraleda-Esteban, R., y Martínez-Pastor, E. (2025). Autolesiones, adolescentes y salud mental en las redes sociales y el entorno familiar: perspectiva de los profesionales de la salud. *Quaderns del CAC*, 51, 19-30. DOI: <https://doi.org/10.60940/qcac51id431940>

- Moran P, Chandler A, Dugeon P, Kirtley OJ, Knipe D, Pirkis J, et al. The Lancet Commission on self-harm. *Lancet*. 2024; 404(10461):1445-1492. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01121-8.
- Iffland M, Livingstone N, Jorgensen M, Hazell P, Gillies D. Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD011769.pub2.
- Patchin JW, Hinduja S, Meldrum RC. Digital self-harm and suicidality among adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. 2023; 28(1):52-59. DOI: 10.1111/camh.12574.
- Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. [https://doi.org/10.46995/pr\\_4](https://doi.org/10.46995/pr_4).
- Faura-Garcia J, Calvete Zumalde E, Orue Sola I. Autolesión no suicida: Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*. 2022; 42 (3): 207-214.
- -Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline Published: 7 September 2022. Disponible en: [www.nice.org.uk/guidance/ng225](http://www.nice.org.uk/guidance/ng225)

## Longitudinalidad: una relación clínica a fuego lento

### *Longitudinality: a slow-burning clinical relationship*

Melguizo Jiménez M

Médico de Familia. Granada. Grupo de trabajo de SAMFyC Seniors

Recibido el 05-06-2025; aceptado para publicación el 12-06-2025

Med fam Andal.2025;3: 193-197

Cuando éramos niños, en las calles de Andalucía, era habitual encontrar al atardecer animadas conversaciones en la puerta de las casas. Eran sobre todo mujeres sentadas en sillas, bancos o poyetes adosados. En la propia entrada de las viviendas, siempre estaban dispuestas circularmente unas sillas para acoger cualquier visita o para sacarlas fuera del portal. Se conversaba entre familias, vecinas o paseantes. Es cierto que predominaban los cotilleos y los asuntos banales. Pero también incorporaban, sin disimulo, los hechos relevantes de la vida personal y social. Durante muchos años intenté huir de esa aparente reunión de intrigas y superficialidad. Estaba equivocado. Aquellas mujeres y hombres sostenían un sentido del tiempo que hoy estamos perdiendo.

El tiempo de la vida era para ellas continuo, sin el apremio de convertir cada instante en productivo y sin entender las relaciones sociales como una suma de momentos presentes discontinuos. Leila Guerriero nos habla de que “solo quienes saben detenerse saben cómo seguir y quizás solo quienes son capaces de sentarse a perder el tiempo sabrán como ganarlo” (1).

El filósofo alemán Byung Chul Han nos escribe “El tiempo de vida ya no se estructura

en cortes, finales, umbrales ni transiciones. La gente se apresura, más bien, de un presente a otro. Así es como se envejece sin hacerse mayor. Por eso la muerte, hoy en día, es más difícil” (2). La falta de reflexión, la aceleración del tiempo y la desdibujación de las transiciones pueden impedir que la persona alcance la madurez y la plenitud de la vida.

Al tiempo cronológico se le intenta controlar con calendarios y relojes, con mediciones imparciales. Pero esos instrumentos no justifican porqué hay días eternos y horas que pasan rápidamente. Y una vida entregada al tiempo cronometrado, a la utilidad y rentabilidad del mismo, no resulta ni personalmente más atractiva ni socialmente más satisfactoria. Podemos preguntarle a las tertulianas del atardecer en los portales andaluces.

La relación clínica también bebe de esta lectura perversa del tiempo de la vida. Cada vez con más frecuencia se entienden los encuentros clínicos como una superposición de momentos vividos en presente, llamémosles episodios, que de forma discontinúa conforman la patobiografía médica de un paciente. Esa enumeración patobiográfica, en el mejor de los casos, lineal, exhaustiva,

objetiva y ordenada de incidentes reflejados en la historia clínica reflejan, al parecer, una concepción “moderna” del ejercicio de la Medicina. Como igual de moderno y científico es que cada uno de estos incidentes sean atendidos por subespecialistas dotados de soporte tecnológico en su valoración. Expertos en la historia natural de la enfermedad de las enfermedades, no en la historia natural de cada uno de los pacientes.

Una relación clínica basada en presentes discontinuos no nos informa de los intermedios. De lo que pasa intercalado entre las descompensaciones o interpuesto entre las demandas clínicas. La información se enriquece con las treguas, con los reposos. La vida se encuentra también en los espacios entre las enfermedades y, sobre todo, en lo que hay debajo de las enfermedades.

Nada es casual. La lógica de una sociedad con los valores del mercado nos aleja de los encuentros pausados, improductivos e incontrolables de las redes comunitarias (no las sociales). La lógica del mercado asistencial sanitario propicia que los encuentros clínicos sean determinados por clientes con demandas puntuales, que generen mucha actividad asistencial medible y que produzcan un gran consumo tecnológico o farmacéutico.

### **Del concepto de longitudinalidad**

La Longitudinalidad es la relación continuada, estable y evolutiva entre un profesional sanitario, el paciente y su familia (3). Es aplicable al conjunto de profesiones sanitarias que ejercen en Atención Primaria: Medicina, Enfermería o Trabajo Social. Sus beneficios trascienden al propio paciente alcanzando un valor positivo para la dinámica de los Equipos de Atención Primaria, la organización sanitaria y la propia sociedad. La longitudinalidad va mucho más allá del seguimiento clínico de un paciente; es un

acompañamiento e intercambio a lo largo del tiempo de vida biográfica y biológica de los pacientes. Siguiendo a Gemma Torrell y Abel Novoa (4,5), podemos hablar de una “longitudinalidad generalista o integradora” que recoge aspectos clínicos, sociales, familiares, laborales, psicológicos y de una “longitudinalidad biomédica” centrada exclusivamente en problemas de salud y enfermedades. En ambos casos, la longitudinalidad nos permite un conocimiento acumulado a través del tiempo como elemento fundamental de la misma. Pero un “tiempo vital” interpretado en el sentido de continuidad compartida, como la de nuestras ejemplares mujeres del portal que sin saberlo estaban asumiendo una longitudinalidad generalista. Una longitudinalidad generalista, como señala Rosa Añel, con una dimensión integral de “amplitud de miras” y una dimensión de continuidad basada en la “profundidad” que obtenemos a lo largo del tiempo.

### **De la Longitudinalidad como atributo y factor de impacto en salud**

Barbara Starfield no se equivocaba al enunciar cuáles eran los atributos esenciales de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria (6). Hablaba de coordinación, integralidad, accesibilidad y longitudinalidad. Y el tiempo no ha hecho más que darle la razón a Barbara Starfield; en cuanto a que esos atributos, principios y valores se han consolidado a lo largo del tiempo. Evidentemente, dentro de lo que es el marco general del trabajo en Atención Primaria, que está y estará presidido siempre por la complejidad (DIVERSIDAD y COMPLICACION) y la incertidumbre (ALBUR). Transcurridas varias décadas estos atributos de Starfield han evidenciado su impacto y eficiencia.

Ya tenemos información fiable acerca de que la longitudinalidad entre Médico de Familia genera menor mortalidad, menor número de



ingresos hospitalarios y menor número de visitas a urgencias (7). También sabemos que cuando un Médico de Familia se traslada o jubila genera un aumento de consumo de servicios sanitarios en la población que atendía (8). Finalmente, la longitudinalidad incrementa la corrección en desigualdades e inequidades en salud sobre la población de mayores, crónicos, pluripatológicos y situaciones de precariedad social (9). Poco más se necesita para justificar un mayor número de evidencias acerca del impacto de la longitudinalidad (10,11).

Por tanto, la seguridad clínica de los propios pacientes y sus familias se asienta, junto a otras dimensiones, en el pilar de la longitudinalidad. Lamentablemente la longitudinalidad (también sucede con el generalismo) no genera patentes. No hay actividad que permita su comercialización. Si ello hubiera sido posible, probablemente sería rentabilizado por empresas mediadoras.

### **De la Longitudinalidad para ganar el tiempo vital**

¿Cómo forzar entonces modelos asistenciales centrados en la longitudinalidad?, ¿cómo evitar la deriva en los procesos asistenciales del sistema sanitario de relaciones impersonales, deshumanizadas, imprevisibles, aceleradas y puntuales? Pues debemos volver nuevamente la mirada a la gestión del tiempo de las tertulianas del atardecer. Saber cómo perder, o detener, el tiempo para después ganarlo y absorberlo con brío. Las relaciones que como ciudadanos establecemos con otras instituciones también deben orientar sobre como dirigir nuestra propia relación clínica. Nada otorga más seguridad y confianza que conocer y entablar relación durante años con nuestra gestora de Banca, con la panadera, con el mecánico del Taller, con la empleada de la ferretería o con el peluquero. Cuando esto sucede no buscamos en ellos a los “mejores y más prestigiosos

profesionales” sino que construimos su excelencia en una relación en el tiempo de conocimiento mutuo, de familiaridad, de intercambio comercial justo, de aceptación de sus límites y de satisfacción compartida. Un intercambio óptimo tanto en lo relacional como en lo profesional y un convencimiento de que el tiempo de vida “juega a nuestro favor”.

Igual sucede con la longitudinalidad en Medicina de Familia, donde ninguna interrelación con los pacientes es (afortunadamente) irrelevante y donde los beneficios de aquella se obtendrán a largo plazo. Esta circunstancia es frecuentemente malinterpretada por otros niveles asistenciales y otros especialistas médicos. Éstos reniegan de los Médicos de Familia porque desconfían del trabajo no avalado por hechos objetivos y cuantificables. Es como el recelo que pueden suscitar los Filósofos entre los Físicos cuánticos.

### **De los Obstáculos y factores favorecedores**

Hay obstáculos importantes para el desarrollo de la longitudinalidad en el sistema sanitario y en el mundo profesional.

Los modelos gerenciales de recursos humanos, junto a la complicidad de representantes sindicales, provocan contratación temporal e intermitente de los profesionales de Atención Primaria. Asimismo, de forma indisimulada se estimula la movilidad entre Equipos de Atención Primaria (EAP) como único incentivo profesional sin estímulos para la permanencia en el mismo puesto de trabajo. Por otra parte, se promueve la especialización en los EAP (incluso con incentivos económicos) conllevando atención fragmentada, desvinculada y lesionando la continuidad asistencial. El caso de Enfermería en Atención Primaria es particularmente llamativo.

Por su parte, algunos profesionales sanitarios aceptan el confort de la especialización y la llegada de nuevas profesiones sanitarias para paliar la precariedad y la carga asistencial. Sin ningún criterio de impacto ni evaluación, los nuevos perfiles profesionales desembarcan en el mundo del generalismo y la longitudinalidad, aportando exclusivamente una descarga de demanda momentánea en otros profesionales, con serios efectos perversos. Y, en algunas ocasiones de gran estrés laboral, algunos profesionales reconvierten su práctica en momentos clínicos “presentes discontinuos” más semejantes a puntos de urgencias que a consultas de Medicina de Familia.

Los factores favorecedores de la longitudinalidad derivan también de decisiones gerenciales y del profesionalismo. Primar la permanencia a título individual y el mantenimiento de EAP estables en todas las categorías es la mejor apuesta para obtener unos indicadores óptimos en resultados de salud, satisfacción profesional, docencia y en racionalización del gasto. La longitudinalidad favorece la humanización y la personalización a través del apego. La longitudinalidad promueve la atención familiar y las intervenciones comunitarias a través de los vínculos con el entorno de los pacientes. La longitudinalidad estimula el intercambio docente con estudiantes y residentes con la ejemplificación de un modelo relacional.

De la longitudinalidad como herramienta para conocer el “ser” real de los pacientes  
La edad no es una cosa que se tiene. La edad es una circunstancia en la que se está de forma transitoria y se es de forma dinámica. De igual forma, los pacientes no tienen diabetes o depresión, sino que son diabéticos o depresivos. Los pacientes no tienen, son a lo largo del tiempo. El acercamiento para entender ese “ser” debe ser cocinado “a fuego lento” con tranquilidad, sosiego, firmeza

y conocimiento. La calidad profesional para atender a ese “ser” debe ser articulada en torno a una relación más de “mesa camilla” que de despacho.

Lamentablemente las “relaciones largas” puede ser interpretadas como una antigualla o rémora del pasado en la relación clínica. Mas bien lo contrario, nada más rompedor que apostar por compartir un tiempo de vida entre pacientes y profesionales con pausas, encuentros, sonrisas, cruces de manos, empatía, respeto y profesionalidad. Esto es la longitudinalidad.

*\*Conferencia presentada en la XVII Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. 3 de junio de 2025. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Guerreiro L. Los bancos del tiempo. Diario El País. 17/5/2025.
- Byung-Chul Han. El aroma del tiempo: un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse. Herder Editorial; 2015.
- Añel-Rodríguez R, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Rev Clin Med Fam. 2022; 15: 75-76. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es&nr=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es&nr=iso)
- Torrell G. El maravilloso e increíble proceso de morir por dentro también conocido por desprofesionalización [Internet]. Blog Nogracias. 2024. Disponible en: <https://www.nogracias.org/2024/03/03/el-maravilloso-e-increible-proceso-de-morirse-por-dentro-tambien-conocido-como-desprofesionalizacion-por-gemma-torrell/>.
- Novoa A. La urgencia del generalismo (parte 2): la práctica generalista [Internet]. Blog Nogracias. 2024. Disponible en: <https://www.nogracias.org/2024/10/29/la-urgencia-del-generalismo-parte-2-la-practica-generalista-por-abel-novoa/>
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution

of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715): e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340
- Vinjerui KH, Asheim A, Sarheim Anthun K, Carlsen F, Mjølstad BP, Nilsen SM, et al. General practitioners retiring or relocating and its association with healthcare use and mortality: a cohort study using Norwegian national data. *BMJ Qual Saf.* 2024;bmjqs-2023-017064. doi:10.1136/bmjqs-2023-017064.
- Palacio Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. *AMF.* 2019;15(8):452-459. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-ventajas-de-una-relacion-estable-longitudinalidad-calidad-eficiencia-y-seguridad-del-paciente>
- Maarsingh OR. The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need? *Ann Fam Med.* [Internet]. 2024; 22:184-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.3116>.
- Continuity of care in modern day general practice. Royal College of General Practitioner. 2017. Available in: <https://www.rcgp.org.uk/getmedia/11f26527-5d11-47f2-a593-1a894c-2fff1b/Continuity-of-care-in-modern-day-general-practice1.pdf>

## SIN BIBLIOGRAFÍA

# Un nuevo factor de riesgo: lugar de residencia

## *A new risk factor: place of residence*

**Mengibar Cabrerizo P**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén*

Recibido el 27-07-2025; aceptado para publicación el 03-10-2025

Med fam Andal. 2025;3: 198-200

Correspondencia: **Pedro Mengibar Cabrerizo**. mail: [puntodepartida27@gmail.com](mailto:puntodepartida27@gmail.com)

En el lenguaje clínico, los factores de riesgo son variables que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad o de que esta evolucione negativamente. Aprendemos a identificarlos desde la formación universitaria: el tabaco, la hipertensión, el colesterol, la diabetes, la genética... forman parte del conocimiento esencial de cualquier profesional sanitario.

Sin embargo, hay un factor que no se enseña en la facultad, ni aparece en protocolos y manuales, pero cuya influencia puede ser tan determinante como los anteriores: **el lugar de residencia**.

Es una realidad que solo se comprende plenamente con el ejercicio profesional, cuando uno empieza a ver cómo las mismas enfermedades evolucionan de forma distinta dependiendo de dónde vive el paciente, cuánto tarda en ser atendido, qué recursos tiene a su alcance y cuántos kilómetros debe recorrer para recibir la atención que necesita.

Este determinante silencioso, no clínico, pero profundamente sanitario, **condiciona accesos, tiempos**, seguimientos y, en definitiva, pronósticos. Y, sin embargo, sigue sin ocupar el

lugar que merece en la conversación sobre la equidad en salud.

A continuación, se describen dos historias reales que muestran con claridad cómo **el lugar de residencia puede alterar por completo el recorrido diagnóstico y terapéutico de un paciente**, incluso cuando se parte de los mismos principios de equidad y cobertura universal. Los casos clínicos que se van a describir, no pertenecen a contextos excepcionales, son situaciones vividas en zonas rurales y de transformación social dentro de nuestro propio sistema sanitario (Andalucía, España).

### **Caso 1: Nueve meses sin diagnóstico ante una anemia persistente y sangre oculta positiva.**

En diciembre de 2024, una mujer de 68 años acude a su médico de familia por melenas y malestar general. Semanas antes había sido derivada por teleconsulta al servicio de Aparato Digestivo por una prueba de sangre oculta en heces que resultó positiva.

Ante la clínica actual, su médico solicita una analítica que revela una **caída de tres puntos en la hemoglobina en menos de un mes**, por

lo que decide derivarla a urgencias hospitalarias para valoración. Se ingresa en el servicio de Medicina Interna, durante el ingreso se le realiza una colonoscopia y un TAC abdominal que evidencian una **lesión submucosa gástrica**.

Se solicita entonces una ecoendoscopia en un hospital de segundo nivel, que **no se realiza hasta dos meses más tarde**. Durante ese periodo, la paciente sigue amenizándose, siendo **necesario transfundirla**. La ecoendoscopia no consigue visualizar la lesión descrita en el TAC.

Aun así, se programa una revisión preferente en la consulta externa de Aparato Digestivo de su hospital comarcal de referencia, **siendo citada cuatro meses después**. Tras esa revisión, se vuelve a derivar al hospital de segundo nivel para la realización de una cápsula endoscópica. Esta prueba se lleva a cabo **un mes más tarde**, sin hallazgos concluyentes. Se le cita nuevamente para reevaluación.

**Han pasado casi nueve meses desde el inicio del proceso**, y la paciente sigue sin diagnóstico claro ni tratamiento específico, con una anemia recurrente que **deteriora progresivamente su calidad de vida**.

Durante ese tiempo, la paciente ha consultado **hasta en 14 ocasiones a su médico de familia**, quien ha realizado controles analíticos periódicos. La hemoglobina se ha mantenido inestable, rozando niveles transfusionales. **La teleconsulta inicial**, que dio origen al proceso, **nunca fue respondida**, pese a haber sido reclamada varios meses después.

**Caso 2: Melanoma metastásico en una paciente joven, una carrera perdida contra el tiempo.**

En junio de 2024, una mujer de 32 años consulta en Atención Primaria por una **lesión dérmica sospechosa en el abdomen**. Su mé-

dico la deriva con carácter preferente, como proceso de piel, al servicio de Dermatología. Sin embargo, debido a la **merma crónica de especialistas en su hospital comarcal**, es dirigida a un hospital de alta resolución perteneciente a la misma área sanitaria.

Aunque se trataba de una **demanda preferente y por proceso**, la cita no se hace efectiva hasta **un mes más tarde**. A pesar de ello, **la paciente no es citada presencialmente hasta siete meses después**, en enero de 2025. En esa consulta, es valorada e incluida en lista de espera quirúrgica. **Diez días después** se le extirpa la lesión.

El resultado es concluyente: **melanoma**. Se solicita, con carácter preferente, un **PET-TAC previo a la revisión dermatológica**, programada para un mes después. Sin embargo, la prueba es **cancelada y se reprograma un mes más tarde**. El estudio ya muestra **focos metastásicos** en diversas localizaciones.

Ante estos hallazgos, la paciente es derivada a dos centros hospitalarios distintos: uno de tercer nivel para seguimiento especializado en Dermatología y otro de segundo nivel para valoración en Oncología Médica. En ambos servicios, **la paciente es citada un mes después** de la revisión anterior. Se inicia en ese momento tratamiento con inmunoterapia.

A principios de julio de 2025, un nuevo PET-TAC revela que las metástasis se han extendido a varios órganos, **con sospecha de recidiva** en la zona quirúrgica. **Solo en ese momento** se solicita un marcador tumoral de la lesión extirpada **seis meses antes** para optimizar el tratamiento.

En apenas un año, una paciente joven ha pasado de tener una **lesión potencialmente curable** a un melanoma metastásico, con respuesta insuficiente al tratamiento y **sin acceso a una medicina personalizada desde el inicio**.

### Un factor de riesgo que no aparece en la historia clínica

Ambos casos, aunque distintos en edad, patología y evolución, comparten un mismo denominador: **la demora estructural e injustificada en el proceso asistencial**. Ninguna de estas situaciones se habría desarrollado igual si los pacientes hubieran vivido en zonas mejor conectadas, con hospitales dotados de personal suficiente, con circuitos claros y tiempos ajustados a la necesidad clínica.

El problema no es puntual. Son síntomas de un sistema tensionado, donde la equidad se degrada cuando las condiciones geográficas y la distribución de recursos no acompaña. En zonas rurales, de transformación social o con servicios limitados, los circuitos de derivación se alargan, las consultas se dilatan, las pruebas se retrasan y los diagnósticos llegan tarde. **La universalidad real** de la asistencia se desvanece en los márgenes.

### Conclusión

Este artículo no busca señalar culpables ni es una crítica individual. Es un reflejo de algo más profundo y estructural: **la desigualdad en el acceso al sistema sanitario público en función del territorio**.

Los casos presentados son solo dos ejemplos, pero detrás de ellos hay cientos, miles de personas que viven procesos similares. Procesos marcados por la espera, la fragmentación asistencial y la sensación de estar demasiado lejos de donde las decisiones se toman y los recursos se concentran.

**Todos los ciudadanos tienen derecho a una atención sanitaria digna, oportuna y ade-**

**cuada, con independencia del lugar donde residan**. Este principio, que debería ser incuestionable, está lejos de cumplirse en la práctica. Mientras en algunas zonas se impulsan grandes inversiones, macroestructuras, tecnología de última generación y duplicación de servicios, **otras zonas siguen desprovistas de lo esencial: médicos, continuidad, circuitos asistenciales fluidos y tiempos razonables**.

La equidad en salud no significa tratar a todos por igual, sino garantizar que cada persona tenga lo que necesita en el momento en que lo precise, esté donde esté.

Invertir en zonas de transformación sociales, rurales o periféricas **no es una concesión, ni un gesto político: es una responsabilidad del sistema**. Porque sin accesibilidad real, sin tiempos clínicamente seguros y sin garantías de continuidad asistencial, **la universalidad de nuestro sistema sanitario queda en entredicho**.

Las personas que eligen quedarse en sus pueblos, en sus ciudades pequeñas, en sus comunidades de origen, no deben ser penalizadas por ello. No deberían tener que desplazarse decenas o cientos de kilómetros por una consulta, una prueba o un tratamiento. La salud no puede depender de la distancia, ni la atención médica de la densidad poblacional.

La equidad en salud solo será real cuando el código postal deje de ser un condicionante clínico. Mientras eso no cambie, **el lugar de residencia seguirá siendo uno de los factores de riesgo más injustos, invisibles y evitables de nuestro sistema sanitario**.



## CARTA AL DIRECTOR

**Lenguaje médico oncológico y belicismo:  
reflexiones críticas para la práctica clínica*****Medical language in oncology and warmongering:  
critical reflections for clinical practice*****Gargantilla Madera P***Universidad Francisco de Vitoria, Madrid**Medicina Interna, Hospital de El Escorial (Madrid)*

Recibido el 05-11-2025; aceptado para publicación el 03-12-2025.

Med fam Andal. 2025;3: 201-203

Sr. Director:

La oncología, quizás más que cualquier otra especialidad médica, se ha asentado en un universo léxico intensamente cargado de metáforas militares. Desde el momento mismo del diagnóstico los pacientes y el equipo sanitario se sumergen, muchas veces de manera automática, en un discurso en el que el cáncer es un enemigo, el tratamiento es una batalla y el paciente, un guerrero (1). Este fenómeno no es azaroso, ni tampoco reciente, sino que responde a razones históricas, culturales y filosóficas que vale la pena desentrañar a la luz de la filosofía del lenguaje y de las implicaciones éticas y clínicas para el cuidado de las personas con cáncer.

La metáfora bélica impregna la comunicación médica en oncología. Se habla de “luchar” o “pelear” contra el cáncer, de regímenes de quimioterapia como “arsenal terapéutico”, de tumores “agresivos” que deben ser “erradicados” o “neutralizados”, e incluso del trance final como una rendición o, incluso, de la “pérdida de la batalla” (2). Esta tendencia tiene raíces históricas en la guerra bacteriológica del siglo

XIX y el nacimiento de una medicina dominada por el paradigma de lucha externa. Sin embargo, la magnitud mediática del discurso belicista en oncología se acentuó especialmente con la divulgación masiva a partir de la segunda mitad del siglo XX y compone hoy un imaginario compartido tanto por pacientes como por profesionales sanitarios.

El uso de metáforas de guerra no es inocuo y su uso puede tener efectos paradójicos. Las metáforas militares pueden investir de responsabilidad al paciente por el devenir de su enfermedad, haciendo recaer sobre él no solo la exigencia de “luchar”, sino también la responsabilidad subjetiva ante una eventual recaída o desenlace fatal. Frases como “no luchó lo suficiente” o “perdió la batalla”, lejos de aportar consuelo, pueden incrementar la ansiedad, la culpa y el aislamiento social, especialmente en contextos de cáncer avanzado o terminal.

Un metaanálisis reciente identifica que, si bien algunas personas se apropian positivamente de las metáforas de lucha, otras las rechazan de manera activa, prefiriendo marcos conceptua-

les relacionados con el viaje, la adaptación o la coexistencia con la enfermedad. El empleo dominante de la retórica bélica puede invisibilizar la diversidad de trayectorias, motivaciones y significados personales ante el cáncer (3).

Ludwig Wittgenstein, en sus “Investigaciones Filosóficas”, nos ofrece herramientas cruciales para pensar la cuestión metafórica en medicina. Para este filósofo el significado de las palabras no es innato sino pragmático, reside en su uso en los “juegos de lenguaje” específicos de cada comunidad. Desde esta perspectiva, las metáforas belicistas no son simples adornos sino auténticos marcos lógicos y morales que configuran la percepción, la emoción y la acción. Según Wittgenstein: “los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo”.

En su influyente obra “La enfermedad y sus metáforas” Susan Sontag critica severamente el uso de los discursos metafóricos, especialmente los de corte bélico, aplicados al cáncer. Para ella convertir el cáncer en una batalla es añadir una carga simbólica y estigmatizadora a una experiencia ya de por sí dolorosa: “la metáfora convierte la enfermedad en algo vergonzante e individualmente imputable” (4). Sontag aboga por una desmitificación: ver el cáncer “tal cual es”, una enfermedad biológica y no un castigo o una cuestión de carácter, actitud o voluntad. La escritora señala el peligro de que las metáforas militaristas acaben culpabilizando al sujeto (“si no sobrevivo, es que no luché bastante”) y reclama, en su célebre formulación, una aproximación al cáncer libre de metáforas que refuercen el estigma y la autoexigencia moral.

Las evidencias recientes respaldan muchos de los reparos expresados por Sontag: el vocabulario bélico puede incrementar el fatalismo y la ansiedad, agravar la estigmatización social y mermar la receptividad hacia estrategias preventivas centradas en la autolimitación (no encajan en el paradigma de la lucha).

Algunos trabajos cualitativos en oncología muestran que la sensibilidad al uso de metáforas, y la flexibilidad para adaptarlas al contexto y a los deseos del paciente, resultan esenciales para humanizar la comunicación clínica y evitar daños inadvertidos, respetando la individualidad y el derecho al propio relato.

En las últimas décadas, numerosos pacientes y colectivos profesionales han propuesto alternativas a la tradición belicista. Han proliferado metáforas que enfatizan el acompañamiento -el “viaje”, el “camino” o incluso la “convivencia” con el cáncer-, permitiendo integrar experiencias de cuidado, adaptación, aprendizaje y aceptación (5).

Conviene recordar, con Wittgenstein, que las palabras configuran no solo la realidad clínica, sino también la interpretación social y los imaginarios del cáncer. Como profesionales sanitarios debemos interrogar críticamente las inercias discursivas y ajustar el lenguaje a las necesidades reales, individuales y cambiantes de quienes atendemos. Frente a la potencia evocadora e identitaria de las metáforas bélicas, la postura defendida desde la filosofía y la ética clínica aboga por un uso reflexivo, situado y consentido; desplazando el foco de la batalla a la experiencia humana del vivir y del cuidar.

Se recomienda, por tanto, individualizar el lenguaje en función del paciente, implementando una escucha activa de las preferencias narrativas, evitando la imposición sistemática de la retórica de la lucha y abriendo paso a modelos más inclusivos y compasivos de comunicación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Penson RT, Schapira L, Daniles KJ, et al: Cancer as metaphor. *Oncologist*. 2004; 9:708-716.
- McEachern RW. We Need to Talk About War Metaphors in Oncology. *JCO Oncology Practice*. 2022;18(10):e1480-e1482.

- Liu Y, Semino E, Rietjens J, Payne S. Cancer experience in metaphors: patients, carers and clinicians' perspectives. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2024.
- Sontag S. *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 1991.
- Hulse SB, Balagun Z, Rosenzweig MQ, Marsland AL, Palmer MV. I'm still me, I'm still a person: war metaphor use and the lived experience of metastatic breast cancer. *Palliative & Supportive Care*. 2024. Available in: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10794408/>

# 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

- **32º Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**

Torremolinos (Málaga), 12 a 14 de marzo de 2026

Secretaría técnica: Andaluza Congresos Médicos

Apartado de correos 536/18080 Granada

Telf. 958 523 299

<https://congresossamfyc.com>

- **9as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**

Córdoba, 1 y 2 de octubre de 2026.

Secretaría SAMFyC

Telf. 958 80 42 01

<https://residentesy tutoressamfyc.com/>

- **10as Jornadas Andaluzas de Ecografía. SAMFyC**

Córdoba, 3 de octubre de 2026.

Secretaría SAMFyC

Telf. 958 80 42 01

<https://ecografiasamfyc.com/>

### Formación SAMFyC

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



## Agenda semFYC

<https://www.semfiyc.es/eventos>

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC  
congresos@semfiyc.es  
Carrer del Pi, 11, pl. 2<sup>a</sup>, Of. 13  
08002 Barcelona  
Telf. 93 317 71 29  
Fax 93 318 69 02

## Formación semFYC

<https://www.semfiyc.es/formacion>

## 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 ocho 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.

### EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía  
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)



## INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniqués 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.



## BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

(ALTA) Nuevo socio     Revisión datos     BAJA    Fecha..... / ..... / .....

**APELLIDOS:** .....

**NOMBRE:** ..... **DNI:** ..... - LETRA

**DOMICILIO:** .....

**MUNICIPIO:** ..... **PROVINCIA:** ..... **C.P.:** .....

**TELEFONOS:** ..... **e-mail:** .....

**ESPECIALISTA M.F.yC.:** SI  NO  (Si **negativo**, indicar especialidad).....

**RESIDENTE M.F.yC. :** SI  NO  **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

**DOCTORADO:** SI  NO  **TEMA:** .....

**LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:** .....

**PROVINCIA:** .....

**CARGO QUE OCUPA:** .....

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

### ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

ENTIDAD:..... SUCURSAL.....

CALLE: ..... COD. POSTAL: .....

MUNICIPIO:..... PROVINCIA.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS: .....

**Firma:**

A los efectos previstos en la **Ley 15/1999 (LOPD)** y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable **SAMFyC**, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

**SAMFyC**, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

# 10<sup>as</sup>

# JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFIA SAMFyC



# Córdoba

2026

# 9as

JORNADAS ANDALUZAS  
PARA RESIDENTES Y  
TUTORES DE MFYC

*Córdoba*  
~ 2026 ~



Inscríbete en las jornadas  
[residentesy tutoressamfyc.com](http://residentesy tutoressamfyc.com)



| [residentesy tutoressamfyc.com](http://residentesy tutoressamfyc.com) / [samfyc@samfyc.es](mailto:samfyc@samfyc.es) |

#SAMFYC2026



# 32<sup>o</sup>

# CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA **SAMFyC**

12 al 14 de MARZO del 2026  
Palacio de Congresos de Torremolinos  
Costa del Sol



# Torremolinos

*Malaga* **2026**