



Aportando **valor**  
*en dermatología*

# Best Practices en dermatología



# Contenido

<b>Objetivos del proyecto Aportando Valor en dermatología</b>	<b>3</b>
<b>Uso de herramientas digitales</b>	<b>5</b>
1. Normalización de recogida de datos en psoriasis: Implementación de formulario específico en SELENE Dra. Beatriz Pérez. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia	7
2. Incorporación de las herramientas digitales de Google en investigación clínica Dr. Gustavo Garriga. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, Málaga	10
3. Gamificación en el aula de Dermatología utilizando ANKI Dra. Rosa María Izu-Belloso. Unidad Docente de Basurto, Facultad de Medicina de la UPV-EHU, Bilbao	12
4. Empleo de la termografía para la detección de inflamación subclínica y selección del lugar óptimo de biopsia Dr. Juan Ortiz / Dra. Lourdes Rodríguez. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla	15
<b>Continuidad asistencial</b>	<b>18</b>
5. Delegación de actividades a enfermería en dermatología Dr. Jesús Borbujo. Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada	20
6. Curso de introducción a la dermatoscopia para médicos de atención primaria Dra. Mercedes Sigüenza. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda	24
7. “Directos Dermatológicos”, formación continua para atención primaria Dra. Constanza Martínez. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda	27
8. Implantación de teledermatología con imagen clínica y dermatoscópica Dra. Raquel Conejero. Hospital Royo Villanova, Zaragoza	29
<b>Apoyo a pacientes</b>	<b>32</b>
9. Escuela de psoriasis y apoyo al paciente. Una atención integral al paciente Dr. Vicenç Rocamora. Hospital de Manacor, Manacor	34
10. Escuela de Pacientes con psoriasis Dra. M <sup>a</sup> Teresa Abalde. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra	37
11. Unidad de apoyo nutricional para pacientes con IMID Dra. Mar Llamas-Velasco. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid	40
12. Proyecto de humanización en dermatología Dra. Beatriz Espadafor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada	43
<b>Gestión de procesos</b>	<b>45</b>
13. Protocolo de actuación para la prevención y diagnóstico precoz de tumores cutáneos en pacientes trasplantados Dra. Isabel Polo / Dra. Susana Medina. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares	47
14. Protocolo de valoración, derivación y seguimiento de pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) Dra. Lucía Prieto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza	52
15. Comité multidisciplinar de genodermatosis Dra. Esther Roé. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona	56
16. Proceso de Certificación de Gestión de Calidad según las normas ISO 9001. Versión 2015. Certificación AENOR Dra. Pilar Manchado. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid	59



# Objetivos del proyecto Aportando Valor en dermatología

# Objetivos del proyecto

## Aportando Valor en dermatología

- **Dar a conocer aquellas *best practices* (buenas prácticas)/proyectos que se han desarrollado** en los distintos centros a nivel nacional en los **últimos cuatro años**.
- Promover el **intercambio de este conocimiento** entre los diferentes especialistas en dermatología y poner herramientas/ideas al alcance de otros centros para que puedan beneficiarse de ellas, para así facilitar su implementación.
- Crear este **documento en formato libro electrónico** que recoja estas experiencias y conocimientos, de forma ágil y concisa, y permita su difusión para crear una **base de conocimiento común** entre los diferentes especialistas.



## Uso de herramientas digitales



# Uso de herramientas digitales

## Introducción por Salvador Arias

Miembro del comité coordinador del proyecto Aportando valor en dermatología  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Las herramientas digitales y la inteligencia artificial [1,2], que tanto se han desarrollado en los últimos años, son unos instrumentos muy útiles para el dermatólogo y se pueden aplicar no solo en la práctica clínica, sino también en actividades docentes e investigadoras. En este capítulo se comparten cuatro ejemplos de cómo estas herramientas nos ayudan en nuestro trabajo diario.

La primera experiencia analiza cómo la recogida de información clínica sistematizada en formularios, en pacientes con psoriasis del Hospital Morales Meseguer de Murcia es útil para realizar análisis estadísticos de datos y tomar decisiones clínicas.

El segundo proyecto, presentado por el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, utiliza las herramientas Google Forms y Google Sheets para favorecer la investigación clínica.

La tercera buena práctica nos muestra cómo el uso de la aplicación Anki, en la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco, permite crear recursos docentes (tarjetas de memoria), muy útiles para los alumnos de Dermatología del grado de Medicina.

Finalmente, desde el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, nos presentan el uso de la termografía como instrumento para evidenciar la inflamación subclínica en algunas patologías dermatológicas y seleccionar de forma precisa la zona más adecuada a biopsiar.

Felicitemos a todos los autores por estas interesantes iniciativas y les agradecemos que las hayan compartido, participando en este proyecto y **aportando valor** a la dermatología.

---

## Referencias:

1. Martorell A, Martín-Gorgojo A, Ríos-Viñuela E, Rueda-Carnero JM, Alfageme F, Taberner R. Artificial Intelligence in Dermatology: A Threat or an Opportunity? *Actas Dermosifiliogr.* 2022 Jan;113(1):30-46.
2. Modasia KH, Kaliyadan F. Digital Tools for Assessing Disease Severity in Dermatology. *Indian Dermatol Online J.* 2022 Mar 3;13(2):190-198.



# 1 Normalización de recogida de datos en psoriasis: ● Implementación de formulario específico en SELENE

Dra. Beatriz Pérez. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

**Autor/es:** Beatriz Pérez Suárez (en nombre de la Comisión Regional del Grupo de Trabajo de Medicamentos Biológicos en Dermatología de la Región de Murcia)

**Hospital:** Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

**Palabras clave:** formulario, normalizado, psoriasis

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

El manejo similar de los procesos entre diferentes profesionales y hospitales facilita ofrecer similar calidad y servicio, así como reducir costes, ya que se eliminan actividades innecesarias y se pueden realizar protocolos de actuación que faciliten la actuación del médico. En la Región de Murcia detectamos que la recogida de datos en la historia clínica se realizaba dentro de la historia general de los pacientes, por lo que resultaba imposible generar información estandarizada que fuese útil a la hora de realizar estudios estadísticos. Además, esta recogida variaba entre distintos facultativos (por ejemplo: algunos medían PASI, otros BSA, otros PGA...); en ocasiones, se encontraba fragmentada o directamente no se incluía (por ejemplo: PASI final, "está mucho mejor"...), y, ocasionalmente, el manejo de los pacientes mostraba variabilidad no justificada. Por tanto, tras detectar esta oportunidad de mejora, se decidió implantar un formulario de recogida estandarizada de información para garantizar la compatibilidad, calidad, reproducibilidad y seguridad en la práctica clínica habitual de nuestros pacientes con psoriasis.

### Objetivo

El objetivo principal de esta *best practice* es implantar un formulario de recogida de datos específico para la psoriasis integrado en la historia clínica informatizada del paciente. Como objetivos secundarios, también se encuentran la detección precoz de artritis psoriásica, la atención a las comorbilidades, la valoración de gravedad de nuestros pacientes, la utilización de fármacos (FAME y biológicos), la persistencia real de los diferentes tratamientos, la efectividad de las intervenciones realizadas y el gasto real por paciente, así como la comparación entre profesionales, hospitales o áreas de salud. Este formulario también facilita la recogida de datos para realizar diferentes estudios clínicos intra e interhospitalarios.

### Descripción

Esta experiencia consiste en la integración de un formulario de psoriasis dentro de la historia clínica, para rellenarlo tanto en la visita de inicio como en las de seguimiento. Se recogen datos epidemiológicos, de gravedad de la enfermedad, de terapias previas y actuales y de resultados (PASI, DLQI) tras las intervenciones realizadas.



## Metodología

Este proyecto ha sido llevado a cabo dentro del Grupo de Trabajo de Medicamentos Biológicos en Dermatología. Tras una “lluvia de ideas” se decidió la idoneidad de adjuntar un formulario específico para los pacientes con psoriasis, que permitiese, por un lado, normalizar la recogida de datos y la atención al paciente y, por otro lado, exportar y explotar dichos datos para facilitar la toma de decisiones y evaluar los resultados terapéuticos y de eficiencia. Así, de manera sencilla, cuando un dermatólogo asiste a un paciente con psoriasis, realiza una recogida de datos similar en todos los hospitales de la región, que son fácilmente exportables y que además pueden analizarse para detectar áreas de mejoras y buscar las estrategias más eficientes.

## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

Dada la reciente implantación del formulario (seis meses), todavía no se han realizado los primeros análisis, pero se estima que dentro de otros seis meses ya se puede iniciar el análisis de los datos.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- Aplicación de escalas de medición de la gravedad de psoriasis en todos los pacientes (%).
- Despistaje precoz de artritis psoriásica.
- Inicio de tratamiento con biosimilar (%).
- Porcentaje de fallo a cada tratamiento biológico.
- Persistencia real según fármaco biológico.
- Porcentaje de obtención de PASI 75/90/100.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** facilitar el manejo de datos, valorar la persistencia real de fármacos, optimizar el manejo de los pacientes.
- **Pacientes:** despistaje precoz de artropatía.
- **Administración sanitaria:** facilitar la toma de decisiones basadas en la eficiencia en la vida real.
- **Resto de personal sanitario:** para los farmacéuticos, facilitar el manejo de datos de pacientes y evaluar el comportamiento en la vida real de fármacos biológicos.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Implantar formularios normalizados de recogida de datos no supone más trabajo para el facultativo y facilita enormemente el manejo posterior de los mismos para estudios estadísticos, tanto a nivel clínico como a nivel de gestión.

### Factores clave de éxito

Para llevar a cabo un proyecto similar se requiere un apoyo explícito de la Gerencia del Servicio de Salud, que puede lograrse al enfatizar los beneficios resultantes de optimizar el uso de fármacos de alto impacto económico, disminuyendo la variabilidad, perfilando perfiles de pacientes y mejorando la seguridad de los pacientes con psoriasis.

### Dificultades y barreras encontradas

En ocasiones, resulta problemático hacer ver a los gestores la importancia que tiene la normalización de un formulario de recogida de datos, pero esta herramienta es fundamental si queremos ser eficientes a la hora de tratar a nuestros pacientes.



### Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa no ha supuesto ningún coste adicional para el Servicio, ya que se ha podido realizar directamente con el presupuesto de este. A su vez, a nivel de recursos humanos, se ha podido implantar con el propio personal del Servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

En relación con la aplicabilidad, cualquier centro debería poder tener un formulario exportable para recoger los datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos o de respuesta al fármaco para poder detectar áreas de mejora y solventarlas, así como para proponer los protocolos de actuación que mejores resultados vayan a dar en su población asistencial.

Además, y por los mismos motivos, esto debería ser así no solamente para servicios de otros centros, sino también para otras áreas clínicas o terapéuticas. Los formularios normalizados deberían estar disponibles para patologías especialmente prevalentes.

### Resumen/conclusión final

Este tipo de herramientas agiliza el análisis estadístico de grandes volúmenes de datos y facilita la toma de decisiones.



## 2. Incorporación de las herramientas digitales de Google en la investigación clínica

Dr. Gustavo Garriga. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, Málaga

**Autor/es:** Gustavo Guillermo Garriga Martina

**Hospital:** Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

**Palabras clave:** encuesta, base de datos, formulario

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

En ocasiones, la investigación clínica implica la recogida de cuestionarios para pacientes, tales como DLQI o POEM, entre otros. Esto puede suponer problemas de cara a la recogida, interpretación y almacenamiento de datos. Tradicionalmente, este trabajo se ha realizado de forma manual mediante cuestionarios para pacientes en formato papel que, posteriormente, se transcribían a herramientas de soporte de datos como Microsoft Excel.

#### Objetivo

Aportar herramientas digitales que permitan facilitar el trabajo de investigación clínica.

#### Descripción

Una alternativa es trabajar mediante herramientas digitales de Google, tales como Google Forms o Google Sheets.

La primera de ellas, **Google Forms**, permite crear cuestionarios en línea para pacientes, que permiten seleccionar entre múltiples respuestas o insertar texto de forma libre. Esta herramienta digital nos aporta la ventaja de poder compartir los cuestionarios para pacientes a través de un enlace (hipervínculo) o código QR, y permite completar los datos de forma telemática si fuera necesario.

Además, la interpretación y el cálculo de las escalas se realiza de forma automatizada, lo que evita posibles errores humanos en la suma de puntuaciones. No es necesario almacenar cuestionarios en formato papel, ya que el formato es 100 % digital. Además, se pueden exportar los resultados a formato Excel, de modo que se obtiene directamente la base de datos ya rellena, sin necesidad de invertir tiempo en esta tarea.

Por otra parte, **Google Sheets** permite elaborar bases de datos en línea de forma similar a lo que se puede realizar con el clásico Microsoft Excel, con la precaución de realizar un adecuado cifrado de datos identificativos para respetar la ley de protección de datos. La ventaja se encuentra en la posibilidad de trabajar en una misma base de datos a la vez con diferentes compañeros, ya que todos los cambios que introduzcamos se actualizan instantáneamente, al ser una base de datos en línea.

Por otra parte, su almacenamiento en línea evita cualquier posibilidad de pérdida de la base de datos, como ocurría con el formato tradicional (p. ej. avería de ordenador o pérdida del lápiz de memoria con el archivo).

#### Metodología

No requiere de una metodología concreta más allá del uso de dichas herramientas en lugar de las herramientas tradicionales.

#### Resultados obtenidos

##### Descripción general de los resultados obtenidos

Esta iniciativa ha permitido:

- Ahorrar tiempo al profesional en tareas como la recogida clínica de datos, la interpretación de cuestionarios y el traspaso de información hacia bases de datos.



- Ahorrar tiempo al paciente en desplazamientos al hospital o la realización de cuestionarios durante la propia consulta médica.
- Reducir el consumo de papel y almacenamiento de cuestionarios en formato físico.
- Facilitar el trabajo en equipo en un mismo proyecto y base de datos.
- Evitar posibles pérdidas de archivos de bases de datos.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

No se ha estimado necesario utilizar indicadores para valorar el impacto o resultado del uso de estas herramientas. No obstante, el ahorro de tiempo al profesional (en recogida de datos clínicos) y al paciente (en desplazamientos) son apreciables por parte de los implicados.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** mayor disponibilidad de tiempo para invertir en otras tareas y facilitar el trabajo en equipo en un mismo proyecto.
- **Pacientes:** reducir el tiempo invertido en consulta en la realización de cuestionarios y el número de visitas al hospital por este motivo.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Existen procesos dentro de la labor investigadora que pueden ser optimizados, para así conseguir un mejor aprovechamiento del tiempo e invertirlo en otras tareas.

### Factores clave de éxito

No implica una inversión económica o de personal y permite un ahorro de tiempo importante en la recogida, interpretación y gestión de datos clínicos en investigación.

### Dificultades y barreras encontradas

La confidencialidad de datos es un asunto sensible. En este caso, toda la información sobre pacientes que se almacene en bases de datos en línea deberá ser codificada para respetar la ley de protección de datos. A la hora de crear cuestionarios en Google Forms, es importante incorporar una casilla de obligado cumplimiento en la que se obtenga un consentimiento informado para el uso de estos datos con fines de investigación.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos, no supone ningún coste adicional ni a nivel económico ni de recursos humanos, ya que se puede implementar sin necesidad de destinarle ningún presupuesto ni de ampliar el personal del servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Esta iniciativa se podría aplicar claramente en otros centros, ya que no implica una inversión económica ni de personal ni unos conocimientos extensos de informática.

Además, parece razonable pensar que cualquier área clínica que trabaje en investigación sería candidata a implantar estas propuestas y beneficiarse de ellas.

## Resumen/conclusión final

La introducción de herramientas digitales en investigación clínica puede ser una novedad que facilite nuestra labor investigadora. Al tratarse de herramientas transversales, pueden ser aplicadas en cualquier área de investigación clínica.



## 3. Gamificación en el aula de Dermatología utilizando ANKI

**Dra. Rosa María Izu-Belloso.** Unidad Docente de Basurto, Facultad de Medicina de la UPV-EHU, Bilbao

**Autor/es:** Rosa María Izu-Belloso

**Hospital:** Unidad Docente de Basurto, Facultad de Medicina de la UPV-EHU

**Palabras clave:** gamificación, ANKI, flashcards

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

En la actualidad, las clásicas clases magistrales para la docencia en la universidad se están quedando obsoletas en el modo "virtual" de docencia que la pandemia COVID ha acelerado a pasos agigantados. El uso, ya habitual, de aulas virtuales donde el alumno encuentra todo tipo de recursos educativos –clases grabadas, PowerPoint de los temas, enlaces a páginas de interés sobre la asignatura, atlas en línea, etc.– quitan sentido a la clase magistral, donde el profesor se limita a exponer un tema y los alumnos son sujetos pasivos que no participan en el proceso de aprendizaje.

En el aula virtual tienen todo lo necesario para estudiar la asignatura y dejan de ir a clase, a no ser que nosotros, los profesores, hagamos de las clases algo atractivo que les ayude a fijar el trabajo personal previo. Nosotros llevamos años de experiencia con la gamificación del aula: usamos Trivinet®, un juego de Trivial online, y Socrative®, una aplicación para hacer test online competitivos.

#### Objetivo

Estimular la asistencia a clase, motivar a los alumnos, utilizar métodos docentes novedosos.

#### Descripción

ANKI es el mejor programa para practicar las dos mejores técnicas de estudio que existen: active recall, o recordatorio activo, y repetición espaciada. ANKI utiliza las fichas –o *flashcards*– para aprender de manera productiva y mejorar la memoria. Es uno de los materiales clásicos que se usan en las técnicas de memorización. Las *flashcards*, tarjetas didácticas, registros o fichas mnemónicas son cartulinas que contienen información por las dos caras. Se emplean para memorizar información emparejada. En una de las caras está el ancla, disparador o dato de referencia, a partir del cual tenemos que recordar su otro dato asociado, que está en la otra cara.

¿Qué es la aplicación ANKI? ANKI en japonés significa memorización. Permite estudiar las *flashcards* o fichas mnemónicas de forma muy sencilla a través de sus distintas plataformas: web, escritorio, aplicación para móvil. Su funcionamiento básico es una serie de mazos de fichas que nos va mostrando la aplicación con una pregunta; nosotros enunciamos la respuesta y pulsamos para verla.

Nosotros decidimos si hemos acertado o no la pregunta. En función de si acertamos o no, nos volverá a mostrar esa tarjeta en un plazo más corto o largo. Así, realizamos pasadas de estudio más efectivas, dedicándole más tiempo a las fichas que olvidamos con mayor frecuencia.

#### Metodología

Este curso 2021-2022 he aplicado este método para estudiar la asignatura de Dermatología en la Unidad Docente de Basurto de la Facultad de Medicina del País Vasco. Dividí los 30 temas de la asignatura entre los 12 grupos de prácticas y asigné a cada grupo dos o tres temas según su extensión o dificultad. Cada grupo debía confeccionar 25 fichas de ANKI sobre cada tema y compartirlas con el resto del Grupo de 4.º de Medicina. Estas fichas permiten añadir imágenes, algo muy útil para el estudio de la asignatura, y todo tipo de preguntas (verdadero/falso, elección múltiple, diagnóstico exacto, etc.) que el alumno y el profesor puedan imaginar.



## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

¡Fue un éxito! Existen pocos mazos de dermatología en español que permitan repasar y estudiar la asignatura, así que mis alumnos y yo hemos añadido un recurso público para que otros alumnos hispanoparlantes utilicen este método, ampliamente usado en las universidades americanas, en el estudio de la dermatología. La motivación de los alumnos, tanto para confeccionar los mazos de cada tema como a la hora de utilizarlos para el estudio de la asignatura de una manera lúdica, ha sido extraordinaria.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

No se ha estimado necesario utilizar indicadores para valorar el impacto o resultado del uso de estas herramientas.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Profesores:** conocer nuevos métodos de enseñanza que se apoyan en las tecnologías digitales y que motivan a los alumnos.
- **Alumnos:** la gamificación del aula utiliza recursos que permiten memorizar y afianzar bien el programa de la asignatura. En concreto, la aplicación ANKI permite un aprendizaje activo y más duradero que otros métodos de estudio.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Aprender a utilizar ANKI como apoyo al estudio capacita al alumno para utilizarlo en cualquier asignatura del grado, y permite disponer de un material de apoyo lúdico y divertido, que también puede usarse para el estudio posterior del examen de MIR. De hecho, existen mazos de preguntas que se comercializan por Internet, pero que en el caso de la dermatología son pobres en número y contenido.

### Factores clave de éxito

La motivación de los alumnos.

### Dificultades y barreras encontradas

Se necesitan profesores y alumnos motivados; nada más. El programa ANKI es gratuito y su curva de aprendizaje es sencilla. Quizás podría ser más intuitivo.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos materiales, no se han requerido recursos económicos adicionales, mientras que, a nivel de recursos humanos, se ha realizado directamente con el personal de la Unidad Docente, en concreto la Dra. Rosa Izu.

### Aplicabilidad en otros centros

Esta iniciativa se podría aplicar perfectamente por parte de cualquier dermatólogo docente y en cualquier centro. Es cuestión de tiempo pero, sobre todo, de ganas.

## Resumen/conclusión final

Animo a todos los dermatólogos docentes a que lo incorporen a su docencia e incluso a la vida normal, como por ejemplo, para aprender idiomas.



## Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Izu Belloso R. Gamificación de la docencia de Dermatología. FEM 2021;24(1): 27-61.

### Gamificación en la docencia de dermatología

#### Gamification in Dermatology teaching

Rosa M. Izu-Belloso

Servicio de Dermatología,  
Hospital Universitario Basurto,  
Bilbao.

Correspondencia:  
Dra. Rosa M. Izu Belloso. Servicio  
de Dermatología. Hospital  
Universitario Basurto. Avda.  
Montevideo, 18. F. 48013 Bilbao

E-mail:  
rosamaria.izubelloso@  
osakidetza.eus

Recibido:  
08.01.21.

Aceptado:  
28.01.21.

Conflicto de intereses:  
No declarado.

Competing interests:  
None declared.

© 2021 Revista de Neurología

**Resumen.** Casi todos nosotros, como profesores universitarios, abusamos de las clases magistrales basadas en presentaciones con PowerPoint, empleando todo el tiempo de la clase exclusivamente en transmitir información para que nuestros alumnos la memoricen. Cada vez más alumnos experimentan estas clases teóricas como una experiencia somnifera, aburrida y pasiva. La gamificación, o *game based learning*, puede impulsar la motivación y el aprendizaje combinando dinámicas con contenidos a medida y tecnología interactiva con resultados y *feedback* en tiempo real. Tiene la capacidad de generar un formato lúdico y atractivo, potenciar la participación activa, el debate y la reflexión en el aula, promover las relaciones entre los asistentes y mejorar la retención de mensajes clave o conocimientos que se quieran transmitir. Desde hace dos años, en la unidad docente de Basurto de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea utilizamos dos herramientas para 'gamificar' nuestra docencia en la asignatura de Dermatología de 4.º curso de Medicina: Socrative® y Trivinet®.

**Palabras clave.** Dermatología. Docencia. Gamificación. Universidad.

**Summary.** Almost all of us, as university professors, abuse the presentation-based master classes with 'PowerPoint' employing all class time, exclusively in the transmission of the information to be memory-learned. For a growing part of the students the theory class is a sleepy experience, boring and passive. Gamification or 'Game Based Learning' can boost motivation and learning by combining dynamics with tailored content and interactive technology with results and feedback in real time. They have the ability to create a playful and attractive format, promote active participation, debate and reflection in the classroom, promote relationships between attendees and improve the retention of key messages or knowledge that you want to transmit. For 2 years, in the Basurto teaching unit of the Faculty of Medicine and Nursing of the University of the Basque Country (UPV) we have used 2 tools to 'gamify' our teaching in the subject of Dermatology in the 4th year of Medicine: Socrative® and Trivinet®.

**Key words.** Dermatology. Gamification. Teaching. University.

2. Anki. Manual del Usuario para Anki 2.0 [Internet]. AnkiWeb. Actualizado 2018. [consultado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.ankiweb.net/docs/manual.es.html>
3. Anki. Decks [Internet]. AnkiWeb. Actualizado 2018. [consultado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://ankiweb.net/decks/>



## 4 Empleo de la termografía para la detección de inflamación subclínica y selección del lugar óptimo de biopsia

Dr. Juan Ortiz / Dra. Lourdes Rodríguez. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Autor/es:** Juan Ortiz Álvarez, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire, José Bernabéu Wittel, Mercedes Morillo Andújar, Juan Antonio Leñero Bardallo, Julián Sánchez Conejo-Mir

**Hospital:** Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Palabras clave:** termografía, nuevas técnicas de imagen, investigación, inflamación, enfermedades autoinmunes, enfermedades inflamatorias

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

La decisión sobre el lugar óptimo para la toma de biopsias puede suponer un reto para el dermatólogo; especialmente en patologías inflamatorias que cursen con lesiones primarias que asientan en capas profundas de la piel, como, por ejemplo, en el caso de las paniculitis. Además, existen lesiones en las que, *a priori*, nos puede parecer que existe menor actividad o que se trata de vestigios de una inflamación pasada.

#### Objetivo

El objetivo principal de este proyecto es implantar el uso de la termografía como guía para la toma de biopsias en enfermedades inflamatorias.

#### Descripción

La termografía es una técnica de imagen no invasiva que se basa en la emisión de radiación infrarroja y su captación mediante cámaras termográficas. Si bien, en sus inicios, sus aplicaciones fueron principalmente en el ámbito militar, se comenzó también a ver su potencial en el campo de la medicina. Se han publicado estudios sobre el rol de esta técnica en el campo de las anomalías vasculares, donde nos ayuda tanto en el diagnóstico de las malformaciones vasculares, permitiéndonos discernir entre las de alto y bajo flujo, como para permitir el seguimiento clínico de hemangiomas infantiles y otros tumores. Así mismo, se ha estudiado el papel de esta técnica en la determinación de la inflamación subclínica. Para ello se basan en la hipótesis de que aquellas áreas con mayor inflamación presentan mayor temperatura y, por lo tanto, mayor emisividad de radiación infrarroja.

#### Metodología

Para este proyecto, llevamos a cabo las siguientes fases:

1. Primero contamos con la colaboración del Departamento de Electrónica y Electromagnetismo, quienes diseñaron una cámara infrarroja acoplada a una cámara fotográfica digital, con las que se podían tomar imágenes clínicas y termográficas superpuestas.
2. Posteriormente pasamos a realizar captaciones termográficas de patologías de toda índole, pero centrándonos fundamentalmente en las patologías inflamatorias. Se realizaron mediciones de las diferencias de temperatura entre piel dañada y piel sana perilesional.
3. Por último, nos centramos fundamentalmente en el campo de las paniculitis y de las patologías inflamatorias con afectación profunda, y elaboramos un algoritmo en el cual estas lesiones se evaluaban antes de la biopsia con termografía. Luego se procedía a tomar la muestra de aquellas lesiones que se captaban de forma más intensa en la imagen termográfica, es decir, en las que existía mayor diferencia de temperatura entre piel afectada y piel sana.



## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios. La técnica se implantó sin grandes problemas y la mayoría de miembros del equipo aprendieron rápidamente a utilizarla.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

A falta de una adecuada cuantificación, notamos subjetivamente una mejora en los diagnósticos de las lesiones inflamatorias, especialmente de las paniculitis, con un menor número de muestras no concluyentes.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implementación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** para el servicio de Dermatología supuso un reto aprender una nueva técnica de imagen. Sin embargo la curva de aprendizaje fue muy rápida y el servicio se implicó en el proyecto, tanto adjuntos como residentes.
- **Pacientes:** nos permite optimizar la toma de biopsias, determinando el mejor lugar para su realización. Se trata además de una técnica no invasiva, rápida y cómoda que al paciente no le supone ningún daño ni perjuicio.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Aprendimos que la termografía es una técnica útil para determinar la inflamación subclínica y que podía ser de gran utilidad para determinar aquellas lesiones más activas y así elegir mejor los sitios de biopsia.

### Factores clave de éxito

El factor clave para el éxito del proyecto fue fundamentalmente la sencillez de interpretación de la técnica. La imagen termográfica es muy sencilla de tomar y no requiere preparación del paciente, pudiéndose realizar in situ en la consulta. Además, su interpretación es muy sencilla, puesto que las diferencias de temperatura se traducen en un mapa de colores o en blanco y negro. Por último, un factor muy importante fue el abaratamiento de las cámaras termográficas portátiles en los últimos años, que hizo que pudiéramos disponer de más dispositivos.

### Dificultades y barreras encontradas

La principal limitación inicial del proyecto fue la baja disponibilidad de cámaras termográficas. En sus inicios contamos con dispositivos desarrollados en colaboración con el Departamento de Electrónica y Electromagnetismo de la Facultad de Física de la Universidad de Sevilla. Se trataba de cámaras desarrolladas con tecnología de impresión 3D y que solapaban la imagen clínica con la termográfica. Actualmente, nuestro mayor hándicap reside en la difícil calibración de los dispositivos portátiles, lo cual afecta a la fiabilidad de las temperaturas absolutas, pero no de las relativas. Además, no son dispositivos universales, precisándose de una clavija específica para dispositivos Android y otra para dispositivos iOS.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, ha supuesto una pequeña inversión para el servicio mediante la compra de termógrafos portátiles adaptables, tanto al sistema Android como a iOS, que nos permitan utilizarlos con usuarios de ambos sistemas operativos. No obstante, a pesar de que haya requerido de esta pequeña inversión económica, la iniciativa se ha podido llevar a cabo directamente con el personal del servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto podría ser aplicable en otros centros, habida cuenta de la cada vez mayor disponibilidad de cámaras termográficas. Además, se trata de una técnica sencilla, rápida de realizar y fácil de interpretar y que no precisa de un entorno controlado ni de mayor equipamiento.

En otros campos de la dermatología podría ser de aplicación también. Como se ha mencionado anteriormente, en el campo de las anomalías vasculares, la termografía lleva empleándose desde hace varios años. En nuestro centro contamos ya con una amplia experiencia.



## Resumen/conclusión final

La termografía es una técnica basada en la captación en una imagen de la radiación infrarroja emitida por un objeto. Sus potenciales usos en medicina son múltiples. En nuestro centro estamos desarrollando una línea de trabajo en investigación en dicha técnica para la detección de la inflamación subclínica y la aplicación para mejorar los lugares de biopsia. Se trata de una técnica de imagen sencilla que nos permite obtener una imagen real y al momento con la que mejorar la rentabilidad de las biopsias.

## Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Leñero-Bardallo JA, Serrano C, Acha B, Pérez-Carrasco JA, Bernabeu-Wittel J. Thermography for the differential diagnosis of vascular malformations. *Clin Exp Dermatol*. 2020 Jun 23. doi: 10.1111/ced.14346. Epub ahead of print. PMID: 32572993.
2. Ortiz-Álvarez J, Leñero-Bardallo JA, Monserrat-García MT, Bernabeu-Wittel J. La termografía como herramienta diagnóstica para diferenciar anomalías vasculares de alto y bajo flujo [Epub ahead of print.]. *Piel*. 2021. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925121002355>)
3. Samantha LS, Indermeet K, Iltefat H et al. Emerging imaging technologies in dermatology: part I: basic principles. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80: 1114–20.
4. Zhou Y, Ghassemi P, Chen M, McBride D, Casamento JP, Pfefer TJ, et al. Clinical evaluation of fever-screening thermography: impact of consensus guidelines and facial measurement location. *J Biomed Opt*. 2020;25(09):1–21.
5. Carrière ME, de Haas LEM, Pijpe A, Meij-de Vries A, Gardien KLM, van Zuijlen PPM, et al. Validity of thermography for measuring burn wound healing potential. *Wound Repair Regen*. 2020;28(3):347–54.
6. Saxena AK, Willital GH. Infrared thermography: experience from a decade of pediatric imaging. *Eur J Pediatr* 2008; 167: 757–64.
7. Mohammed JA, Balma-Mena A, Chakkittakandiyil A et al. Infrared thermography to assess proliferation and involution of infantile hemangiomas: a prospective cohort study. *JAMA Dermatol* 2014; 150: 964–9.
8. García-Romero MT, Chakkittakandiyil A, Pope E. The role of infrared thermography in evaluation of proliferative infantile hemangiomas. Results of a pilot. *Int J Dermatol* 2014; 53: 216–17.
9. Hardwicke JT, Titley OG. Thermographic assessment of a vascular malformation of the hand: a new imaging modality. *J Clin Imaging Sci* 2016; 6: 6–9.
10. Wassef M, Blei F, Adams D et al. Vascular anomalies classification: recommendations from the International Society for the Study of Vascular Anomalies. *Pediatrics* 2015; 136: 203–14.



# Continuidad asistencial



# Continuidad asistencial

## Introducción por Mercedes Hospital

Miembro del comité coordinador del proyecto Aportando valor en dermatología  
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

La continuidad asistencial en los sistemas sanitarios supone la colaboración entre los diferentes niveles sanitarios como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida y satisfacción de los usuarios.

Permite proponer oportunidades de mejora, como la posibilidad de incorporar valoraciones no presenciales, mejorando la percepción de demora excesiva en la atención hospitalaria, el avance hacia la historia clínica digital compartida o la necesidad de incorporar los cuidados de enfermería a las herramientas de evaluación de la continuidad asistencial (1).

Para conseguir este objetivo, el sistema sanitario está obligado a coordinar sus intervenciones (2), y no solamente desde el punto de vista asistencial, sino también docente, siempre con un punto de vista integrador que implique a todos los profesionales que participan en un determinado proceso asistencial: enfermería, médico especialista y médico de Atención Primaria.

En estos proyectos tenemos excelentes propuestas en este sentido que, sin duda, podemos replicar en nuestros centros, **aportando valor** a nuestra práctica dermatológica.

---

### Referencias:

1. Fernández Moyano A., Ollero Baturone M. Percepción de la continuidad asistencial: Conocer para actuar. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2010, vol.84, n.4, pp.349-35.
2. Minué Lorenzo S. Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes? SEMERGEN. 2005;31(9):401-216



## 5. Delegación de actividades a enfermería en dermatología

Dr. Jesús Borbujo. Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

**Autor/es:** Jesús Borbujo Martínez

**Hospital:** Hospital de Fuenlabrada

**Palabras clave:** enfermería, consulta, monográfica, delegación, certificación

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

La dermatología es una especialidad médica que no tiene una especialidad propia de enfermería. Esto supone un problema a la hora de que la enfermería asuma actividades médicas propias de la especialidad de forma reglada y certificada.

En el Hospital de Fuenlabrada se ha generado un protocolo de delegación de actividades a enfermería que lleva funcionando más de 12 años. A través de una formación reglada, voluntaria y personalizada, se alcanza la certificación, por parte de la dirección del hospital, para que puedan realizar diversas actividades delegadas por el jefe de servicio (que sigue siendo el responsable último). Esta certificación solo sirve para el mismo hospital que certifica. Además, es aceptada por todos los miembros del servicio. En esta certificación no tiene ninguna función ni el ministerio, ni la Consejería de Sanidad ni la academia de Dermatología, dado que solo es instaurada para el Hospital de Fuenlabrada.

Las actividades delegadas han sido fundamentalmente técnicas: biopsia con sacabocados, crioterapias, electrocoagulaciones, curetajes, infiltraciones... No se delega la indicación, solo la técnica. Esto ayuda a mejorar los tiempos de asistencia, al dejar al dermatólogo más tiempo para atender otros pacientes.

En este momento, queremos añadir otras delegaciones de actividades, como consulta de enfermería en dermatitis atópica, en psoriasis, en hidrosadenitis supurativa y en alopecia areata.

#### Objetivo

Diseñar y establecer consultas monográficas de enfermería en dermatitis atópica, psoriasis, hidrosadenitis supurativa y alopecia areata para que sea un eslabón entre el paciente y el dermatólogo. Y, además, asumir en esas consultas actividades del dermatólogo.

#### Descripción

Al igual que se ha generado en el Hospital de Fuenlabrada la delegación de actividades en las técnicas antes indicadas, sobre la base de una formación tutorizada y la posterior firma de esa delegación por parte de la dirección del centro y con ámbito de actuación solo en el propio hospital, se han desarrollado consultas de enfermería en dermatitis atópica, psoriasis, hidrosadenitis supurativa y alopecia areata.

#### Metodología

1. **Primera fase (formación):** el personal de enfermería que voluntariamente acepte estas actividades tendrá una formación dentro de la consulta monográfica de esas patologías durante, al menos, dos meses, para aprender diferentes técnicas, escalas y teoría específica de las enfermedades.
2. **Segunda fase (autorización):** firma de delegación por parte de la dirección, una vez que se compruebe, por parte del dermatólogo/a que delega, que están suficientemente formados.
3. **Tercera fase (instauración):** se aportará al personal de enfermería una consulta propia donde realizar estas tareas, atenderán a los pacientes y realizarán las siguientes funciones en el caso de la consulta de enfermería en psoriasis.



### Recogida de datos antropométricos y cuestionarios de calidad de vida

- Peso, talla, medida IMC, perímetro abdominal, medida TA, FC.
- Cuestionarios de calidad de vida, como DLQI.
- Medidas de actividad de enfermedad, como PASI, NAPSÍ. Estos datos deben ser usados para la evaluación de pacientes en brote, con mayor gravedad de la enfermedad, que requieran rescate en la consulta médica antes de su fecha establecida de revisión.

### Actividades en relación con los componentes de síndrome metabólico

- En aquellos **pacientes con obesidad**, el consejo acerca de la importancia de la pérdida de peso y la explicación de los beneficios para la salud que conllevaría conseguir los objetivos puede ser muy importante. No sólo mejorará su salud en general, sino que además el control de la psoriasis se facilita de forma importante, al reducirse la carga inflamatoria sistémica.
- La anamnesis acerca de la dieta de los pacientes y la forma de corregirla para ser más saludable es también una parte importante. Creemos que el hecho de que esta actividad se desarrolle en las consultas de dermatología podría hacer que el paciente tomara una percepción diferente de la importancia de la pérdida de peso.
- En **pacientes con diabetes**, hipertensos o con dislipemia, no pretendemos conseguir un control adecuado para lo que tenemos conocimientos, pero sí se pueden dar pautas que ayuden a conseguirlo, incluidas pautas dietéticas específicas si no se están siguiendo, así como el estímulo para un ejercicio físico moderado, que redunde en la salud del paciente de forma global.

### Actividades en relación con la esteatosis hepática

- La esteatosis hepática es un acúmulo de grasa en los hepatocitos y es el paso previo a la inflamación hepática (esteatohepatitis), que, si no se trata, puede desembocar en el desarrollo de una fibrosis hepática (cirrosis). La esteatosis hepática, en sí, no tiene tratamiento, salvo la evitación de fármacos potencialmente hepatotóxicos, el alcohol y las dietas bajas en grasas. Muchos pacientes con esteatosis presentan sobrepeso/obesidad y, en especial, aumento del perímetro abdominal.
- La labor de enfermería en este aspecto consiste en la información al paciente, con el consejo de dietas específicas que puedan mejorar su estado, así como, igual que se describe en el siguiente punto, el estímulo para el abandono del alcohol, si corresponde.

### Actividades en relación con los hábitos tóxicos

- La deshabituación del tabaquismo es un objetivo de difícil consecución. Más aún si, por parte del paciente, no existe un deseo cierto de abandono del mismo. Por ello, el papel de la enfermería en el consejo al paciente, en la explicación de la importancia del tabaco en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, puede ser un factor decisivo para que el paciente tome conciencia de la necesidad del abandono.
- El abandono del alcohol tiene otras connotaciones, pues su uso durante reuniones sociales, aun en cantidades no particularmente peligrosas, hace que el abandono por completo resulte complicado. La enfermería puede hacer ver a los pacientes, en consultas más calmadas, el daño hepático que produce, con la consiguiente inflamación, así como la limitación que dicho daño puede suponer a la hora del empleo de tratamientos que pueden ser muy útiles en la psoriasis.

En ambos casos, consideramos que el papel de enfermería debe ser la simple concienciación del paciente de lo dañino de los hábitos, y favorecer que tomen la decisión de ponerse en manos del especialista adecuado (médico de familia, psiquiatra) para el abandono de dichos hábitos.

### Actividades en relación con la administración y tolerancia de fármacos

- Aquellos pacientes sin apoyo familiar, para los que les resulte difícil la autoadministración de fármacos subcutáneos, pueden ser instruidos en las primeras dosis por el personal de la consulta, hasta lograr su autosuficiencia.



- Los pacientes en los que los fármacos produzcan efectos secundarios que limiten el uso del fármaco (alteraciones gastrointestinales con apremilast o fumaratos) pueden acudir a la consulta de enfermería para explicarles pautas que mejoren la tolerancia (desde modificaciones de la dosis, para escalarla más despacio, a la administración con las comidas y tipos de alimentos que favorecen la tolerancia, etc.). El objetivo es no perder un fármaco útil por efectos secundarios incómodos, salvables, que limiten la adherencia terapéutica.

Lo mismo sucede en el resto de consultas. Siempre tiene que existir un posible rescate del paciente por parte del dermatólogo/a ante las dudas de enfermería.

## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

El resultado que se pretende alcanzar es fundamentalmente que el paciente encuentre siempre una persona formada a la que poder acudir en caso de problemas y de la que pueda aprender toda la información sanitaria necesaria sobre su enfermedad.

Esto ahorra muchísimo tiempo al dermatólogo, que puede dedicarse a otras tareas productivas.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- Número de paciente al mes atendidos.
- Encuesta de satisfacción de los pacientes.
- Errores de medicación que han sido resueltos.
- Cumplimiento por parte de los pacientes en cuanto a dieta, tensión, toma de fármacos, cumplimiento... con respecto a los pacientes que son llevados por dermatólogo exclusivamente.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** la delegación de actividades ha supuesto una liberación de trabajo rutinario, que ha beneficiado a los dermatólogos del servicio, al poder ocuparse de otras tareas.
- **Pacientes:** la satisfacción es máxima, ya que disponen de unos profesionales sanitarios que les aclaran las dudas, les enseñan y pueden acudir a ellos de forma inmediata ante problemas que les puedan surgir.
- **Administración sanitaria:** mejora de costes.
- **Resto de personal sanitario:** observan que esta forma conjunta de realizar el trabajo beneficia a todos.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

- El periodo de formación tiene que ser el suficiente como para que el personal de enfermería se encuentre con la confianza necesaria para desarrollarlo.
- Hay que convencer a la dirección del centro.
- Hay que convencer a todos los miembros del servicio.
- Hay que integrar de forma total al personal de enfermería en los equipos de dermatólogos, y tienen que disfrutar de todo lo que conlleva desarrollar este tipo de consultas, no solo en el terreno laboral, sino también en el económico.

### Factores clave de éxito

- Apoyo de la dirección de enfermería para disponer de personal de enfermería.
- El personal de enfermería está ilusionado y realiza el trabajo con más disposición y entusiasmo.
- Genera buen clima laboral.



### **Dificultades y barreras encontradas**

El problema fundamental se da cuando este personal de enfermería no acude al trabajo y hay que reemplazarlo. También cuando un paciente está descontento con la asistencia y exige que le atienda un médico; es raro que esto ocurra pero puede ocurrir. Siempre hay que tener en cuenta que la responsabilidad sigue siendo del que delega.

### **Recursos necesarios para la puesta en marcha**

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa ha supuesto un coste para el servicio, fundamentalmente, en la reasignación de recursos económicos, ya que hay que liberar una sala para enfermería y disponer de un/a enfermero/a más para estas funciones.

A nivel de recursos humanos, ha sido necesario incorporar al menos un/a enfermero/a para estas tareas.

### **Aplicabilidad en otros centros**

Esta iniciativa podría aplicarse en todos los centros asistenciales en los que existan consultas monográficas y se realicen técnicas. Además, también podría implementarse en todas las consultas monográficas (de áreas clínicas distintas) y en otras técnicas, como la patología ungueal y pequeñas extirpaciones.

### **Resumen/conclusión final**

La delegación de actividades a enfermería mejora la relación entre los diferentes estamentos, mejora la calidad percibida por los pacientes y ayuda a disponer de más personal de enfermería en el servicio, dejando tiempo a los dermatólogos para otras actividades.



## 6. Curso de introducción a la dermatoscopia para médicos de atención primaria

**Dra. Mercedes Sigüenza.** Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

**Autor/es:** Dra. Sigüenza, Dr. Roustán, Dra. Martínez, Dra. Salgüero, Dra. Cabeza, Dra. Turrión

**Hospital:** Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

**Palabras clave:** dermatoscopia, médicos de atención primaria, docencia, formación, teledermatología

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

Las derivaciones a Dermatología desde atención primaria (AP) son susceptibles de mejora. Por un lado, reduciendo las interconsultas de lesiones benignas que no lo precisan y que sobrecargan la lista de espera y, por otro, derivando precozmente lesiones sospechosas o malignas en las que es importante un manejo precoz.

La lista de espera, que en ocasiones no permite una valoración temprana del paciente, ha llevado a implantar la teledermatología. Sin embargo, la falta de fotos dermatoscópicas puede impedir hacer una valoración adecuada, especialmente en patología tumoral.

#### Objetivo

- Aportar una formación integral en dermatoscopia, adaptada a las necesidades del médico de AP, para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar las derivaciones a atención hospitalaria.
- Fomentar la inclusión de fotos dermatoscópicas en las e-consultas (teledermatología), lo que facilitará el diagnóstico al dermatólogo consultor.

#### Descripción

El curso presenta una visión general de la dermatoscopia, incluidos los fundamentos y tipos de dermatoscopios, semiología-patrones dermatoscópicos y correlación histológica, criterios dermatoscópicos (de lesiones melanocíticas benignas y malignas, patología tumoral benigna y maligna, patología no tumoral) y los principales algoritmos diagnósticos.

Se divide en ocho módulos teórico-prácticos de media hora cada uno, en los que se incluyen casos para diagnóstico interactivo. Algunos de estos casos son de interconsultas de AP, lo que permite ver la utilidad de esta técnica.

Al inicio, se realiza un test de evaluación para valorar los conocimientos previos, que se repite al terminar, para su discusión y valoración de los conocimientos adquiridos.

Existe un listado de asistencia que se debe firmar al inicio y a la finalización del curso para obtener los créditos de formación continuada. Concluido el curso, los alumnos deben rellenar una encuesta de satisfacción.

#### Metodología

Se realizan seis ediciones del curso, cada una con un máximo de 40 alumnos. Se imparten en varios centros de salud universitarios de Madrid, de febrero a noviembre de 2022, en horario de mañana o tarde, por dos dermatólogos del equipo docente de nuestro hospital.

Los cursos siguen un método expositivo con presentaciones en PowerPoint para mostrar el contenido teórico, las imágenes y las fotos, así como los casos para diagnóstico interactivo.

Además, los alumnos utilizan el dermatoscopio para visualizar lesiones cutáneas in vivo, de forma que puedan preguntar dudas.



## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

El curso ha sido muy bien acogido por los médicos de AP, con una elevada asistencia y calificaciones altas en las encuestas de satisfacción (valoración global superior a 9 sobre 10).

Esperamos que estos cursos faciliten el diagnóstico de las lesiones cutáneas y que aumenten la utilidad de la teledermatología, al incluir fotos dermatoscópicas.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

Se podría usar como indicador la comparación de la precisión diagnóstica de los alumnos antes y después de la formación, mediante los test de evaluación, así como el aumento del número de e-consultas con fotos dermatoscópicas.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** reducir las derivaciones de lesiones benignas y derivar antes la patología de riesgo. Aumentar el número de e-consultas que incluyan fotos dermatoscópicas.
- **Pacientes:** evitar citas y desplazamientos innecesarios. Tranquilizar al paciente ante una lesión benigna, para que disminuya su nivel de ansiedad. Reducir la morbimortalidad, al derivar precozmente una lesión de riesgo.
- **Administración sanitaria:** utilización más eficiente del sistema y sus recursos.
- **Resto de personal sanitario:** disminución de la carga laboral (menos citas, desplazamientos en ambulancias...).

## Discusión

### Lecciones aprendidas

La utilidad fundamental de esta iniciativa es formar al médico de AP en dermatoscopia para que sea capaz de diferenciar una lesión benigna de una lesión que pueda ser problemática, propiciando que las derivaciones a Dermatología sean más adecuadas. La derivación precoz en patología maligna es fundamental para reducir la morbimortalidad.

El médico de AP muestra interés en esta herramienta diagnóstica. Sin embargo, en muchos casos, todavía no posee conocimientos ni experiencia suficientes para incorporarla en su práctica diaria, por lo que es importante la formación en este campo.

### Factores clave de éxito

La realización previa de un curso en línea de dermatoscopia para AP, desarrollado por nuestro servicio, ha sido la base para este proyecto. Dicho curso tuvo muy buena acogida por parte de los médicos de AP y por parte de diferentes consejerías de Sanidad de distintas comunidades autónomas, que lo han utilizado como un modelo de formación. Con la Consejería de Sanidad de Madrid se ha establecido una colaboración para realizar la formación de forma presencial y potenciar así el aprendizaje.

### Dificultades y barreras encontradas

Debido a que la dermatoscopia actualmente abarca muchas patologías, y que para la mayoría de médicos de AP es una técnica nueva, es recomendable que el temario no sea excesivamente extenso, centrándose en las lesiones melanocíticas y tumorales más frecuentes, benignas y malignas, incidiendo en las estructuras más relevantes. Otra alternativa es impartir el curso en dos días, lo que permitiría incluir más contenido. Por su utilidad y por el interés de los alumnos, la parte práctica debe ser una parte importante del curso.

Un factor limitante es que los centros de salud disponen de pocos dermatoscopios y, además, no siempre es ágil acceder a ellos. En general, los médicos de AP dependen del dermatoscopio de su centro de salud porque no tienen uno propio. Algunos centros disponen de un solo dermatoscopio, lo que puede ser insuficiente, especialmente si los médicos con formación empiezan a incorporar esta técnica en la práctica diaria.



### Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos que se requieren para poner en marcha esta iniciativa, por un lado, a nivel económico no ha supuesto ningún coste adicional para el servicio; por otro lado, a nivel de recursos humanos, se ha podido implantar directamente con el personal del servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto se ofrece a todos los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Según la demanda, podría incrementarse el número de cursos, así como ser impartido por otros hospitales, dado que en los servicios de Dermatología hay dermatólogos con experiencia en dermatoscopia. Esta iniciativa también podría realizarse en otras comunidades autónomas.

Otra técnica de gran utilidad e interés para los médicos de AP en la que se podría aplicar un proyecto similar es la ecografía cutánea.

### Resumen/conclusión final

El médico de AP es la puerta de entrada al sistema sanitario, por lo que es fundamental dotarlo de herramientas que le permitan aumentar su capacidad diagnóstica.

La dermatoscopia puede ayudar a alcanzar ese objetivo, por su bajo coste, facilidad de uso y un aprendizaje relativamente sencillo.

### Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Dermatoscopia en Tumores Cutáneos [Internet]. Dermatoscopia en Tumores Cutáneos; [consultado el 14 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.dermatoscap.com/>



## 7. “Directos Dermatológicos”, formación continua para atención primaria

**Dra. Constanza Martínez.** Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

**Autor/es:** Constanza Martínez Mera, Gastón Roustan

**Hospital:** Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

**Palabras clave:** sesión clínica, formación continua, atención primaria, teledermatología

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

En la pandemia, la teledermatología fue un nuevo canal de comunicación y derivación de pacientes, que mostró la diferencia de abordaje en el ámbito dermatológico que poseían nuestros compañeros de atención primaria.

#### Objetivo

Homogeneizar el abordaje y manejo clínico de patologías dermatológicas, para optimizar la derivación hospitalaria.

#### Descripción

Aprovechar las técnicas de información y comunicación para establecer sesiones formativas en directo para los médicos de atención primaria.

#### Metodología

1. Propuesta a los dermatólogos del servicio para valorar interés, disponibilidad y número de sesiones que se podría asumir en conjunto.
2. Realizar la lista de temas clínicos que sean de mayor interés para los médicos de atención primaria, o patologías que en las derivaciones de teledermatología y/o consulta tradicional sean significativas por su frecuencia o relevancia.
3. Propuesta a los médicos de atención primaria de los centros de salud asociados a nuestro centro hospitalario.
4. Establecer los meses que resulten más favorables para la programación de las sesiones, con coordinación del horario más conveniente para ambas partes semanalmente, valorando también la duración de las sesiones individuales.
5. Valorar la plataforma de reunión virtual a utilizar (por ejemplo Zoom), así como el espacio desde donde se realiza la charla y la disponibilidad de cámara, altavoces y micrófonos.
6. Indagar espacios estructurales disponibles en los centros de salud. En nuestro caso todos contaban con la opción de ver las charlas desde sus salas de reuniones o de conectarse de manera individual.

#### Resultados obtenidos

##### Descripción general de los resultados obtenidos

- Discusión sobre los temas más relevantes en la práctica clínica.
- Creación de un canal de comunicación directo entre los médicos de atención primaria y los del servicio de dermatología.
- Consultar el abordaje de pacientes concretos (futuras derivaciones o que mantienen un seguimiento conjunto).
- Regular el manejo y las condiciones en que se derivan pacientes.
- Optimizar el proceso quirúrgico de la patología tumoral maligna.



### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- No establecidos formalmente.
- Impresión positiva verbal por parte de nuestros compañeros de atención primaria.
- Llegada de pacientes a Dermatología con procesos mejor abordados desde el inicio.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** mayor resolución clínica.
- **Pacientes:** una atención adecuada y fluida desde la toma de contacto con el médico de atención primaria.
- **Administración sanitaria:** optimización de recursos.
- **Resto de personal sanitario:** mayor implicación de todas las partes, con un rol más proactivo.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

- Que los médicos de atención primaria, pese a la sobrecarga de trabajo asistencial, están motivados.
- Que, por esa motivación, hacen un esfuerzo para disponer de tiempo para asistir semanalmente a sesiones formativas de dermatología.
- Que el interés por la dermatología también genera dudas y reflexiones que desean compartir con los dermatólogos.
- Que las sesiones clínicas generan un espacio para comunicarnos directamente.
- De cara al futuro, valoramos dar mayor protagonismo a los casos clínicos derivados desde atención primaria mediante teledermatología.

### Factores clave de éxito

Tener dos grupos de personas (dermatólogos y médicos de atención primaria) que están interesados en mejorar la comunicación para atender a pacientes.

### Dificultades y barreras encontradas

- Encontrar un espacio de tiempo disponible para ambos.
- Definir cómo retribuir a los dermatólogos la preparación de las sesiones clínicas, en caso de que no pueda realizarse un pago económico o si se modifica la actividad asistencial del médico.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

Esta actividad ha tenido un coste asociado que ha sido financiado con el presupuesto del servicio, y se ha llevado a cabo directamente con el personal del mismo, sin tener que recurrir a ayuda externa.

### Aplicabilidad en otros centros

En nuestra opinión, creemos que es un modelo que se puede reproducir en otros centros hospitalarios, con sus respectivos centros de salud asociados.

Paralelamente, también creemos que podría ser replicable en otras áreas clínicas. Tal vez con el personal de enfermería, con técnicas que son realizadas cotidianamente, también se podrían traspasar a sesiones clínicas.

## Resumen/conclusión final

La implantación de sesiones formativas en directo para los médicos de atención primaria ha permitido optimizar la utilización de los recursos y la resolución clínica, con lo que se ha conseguido una mayor implicación de los actores implicados y una mejor y más fluida atención al paciente.



## 8. Implantación de teledermatología con imagen clínica y dermatoscópica

**Dra. Raquel Conejero.** Hospital Royo Villanova, Zaragoza

**Autor/es:** Raquel Conejero del Mazo

**Hospital:** Hospital Royo Villanova

**Palabras clave:** teledermatología, dermatoscopia, telemedicina, fotografía clínica

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

Los problemas dermatológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en atención primaria de nuestro sector sanitario. Se cuantificó y se observó que las patologías tumorales benignas y malignas habían supuesto entre el 25 y el 30 % de las derivaciones a consulta de Dermatología, la cual presentaba una lista de espera de más de seis meses.

#### Objetivo

Valorar mediante la fotografía clínica y dermatoscópica la patología tumoral enviada. Realizar un enfoque diagnóstico y/o terapéutico que se comparte con el médico de Atención Primaria y decidir la necesidad y la prioridad asistencial en la consulta de Dermatología.

#### Descripción

A partir del año 2019, se realizan actividades de formación en el campo de la dermatoscopia a los médicos y pediatras del sector sanitario (13 centros de Salud), con carácter anual. A partir del año 2020, se ha dotado progresivamente entre tres y cuatro centros de salud al año de dermatoscopia y soporte para realizar las fotografías. En cada uno de los centros de Atención Primaria hay un médico responsable de realizar las fotografías clínicas y dermatoscópicas y enviar las interconsultas al servicio de Dermatología.

#### Metodología

1. Fase de formación.
2. Implantación del proceso.

#### Resultados obtenidos

##### Descripción general de los resultados obtenidos

- A falta de contabilizar y hacer un estudio estadístico, disponemos de los datos observados por los dermatólogos con quienes hemos colaborado en el proceso de implantación.
- La interconsulta mediante imagen ha tenido muy buena acogida por parte de los médicos de Atención Primaria y ha supuesto un contacto directo con la especialidad de Dermatología. Se ha aumentado progresivamente el número de interconsultas.
- Las descripciones dermatoscópicas son correctas, y la orientación diagnóstica de los médicos responsables de la fotografía dermatológica es acertada en muchas ocasiones.
- Además, se ha gestionado de una forma más efectiva la prioridad asistencial de los pacientes. Por ejemplo, cabe destacar la rapidez en las visitas de lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma, o el tratamiento desde el centro de salud de lesiones como las queratosis actínicas.



### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

No hay indicadores directos.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- Servicio de Dermatología: aumento de la precisión diagnóstica respecto a la descripción clínica previa, mediante la imagen clínica y dermatoscópica.
- Pacientes: evita listas de espera en lesiones sospechosas de malignidad. Evita desplazamientos en lesiones benignas que no requieren tratamiento, lesiones que pueden ser tratadas en el centro de salud, pautar tratamientos y posterior control en consulta de respuesta a los mismos.
- Administración sanitaria: gestión de prioridad asistencial y triaje.
- Resto de personal sanitario: contacto más directo con Atención Primaria. Aumento de su capacidad diagnóstica por la formación impartida y el contacto estrecho del responsable del centro con el servicio de Dermatología.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

La importancia de la formación en dermatología y sobre el uso del dermatoscopio en Atención Primaria.

### Factores clave de éxito

- Comunicación bidireccional.
- Interés por parte de Atención Primaria.
- Rapidez de respuesta por parte de Dermatología.

### Dificultades y barreras encontradas

Las principales dificultades que hay que afrontar son:

- Lograr una buena gestión de los tiempos.
- Superar la escasez de material (dermatoscopio, cámara de fotografía) y de programas informáticos complejos.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de los recursos que han sido necesarios para la implantación de esta iniciativa, ha requerido de:

- Compra de material para los centros de salud.
- Tiempos en Atención Primaria dedicados a la toma y gestión de imágenes.
- Tiempos en Dermatología dedicados a la respuesta, y gestión de tiempos según prioridad del paciente en consulta de Dermatología.

Sin embargo, a pesar de tener que invertir recursos económicos, no se ha tenido que recurrir a personal externo a los servicios para llevarla a cabo.

### Aplicabilidad en otros centros

Esta práctica/iniciativa es, quizás, exclusiva para el ámbito dermatológico. Sin embargo, este proyecto sí que se podría aplicar en otros centros, puesto que la teledermatología ya se ha instaurado en muchos centros de nuestro país, y en todo el mundo. Y es que para una mejor orientación diagnóstica y terapéutica es clave acompañarla de fotografías de calidad. Si sumamos la imagen de dermatoscopia en lesiones tumorales, aumentamos la capacidad diagnóstica.



### Resumen/conclusión final

La teledermatología ha adquirido un papel cada vez más relevante durante los últimos años. Cuanta más información se recoja del paciente y de más calidad, mayor será la capacidad diagnóstica. Instaurar la teledermatología incluyendo una imagen dermatoscópica aumenta esta capacidad diagnóstica.

La teledermatología representa un ahorro tanto material como de costes, directos e indirectos.

### Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Lee JJ, English JC 3rd. Teledermatology: A Review and Update. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19:253-60.
2. Weig EA, Tull R, Chung J, Wanat KA. Inpatient teledermatology: Current state and practice gaps. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83:797-802.
3. P. Pasquali, G. Romero-Aguilera, D. Moreno-Ramírez. Teledermatología en tiempos de pandemia: El antes, el durante y el después. *Actas Dermosifiliogr* 2021;112:324-9.



## Apoyo a pacientes



# Apoyo a pacientes

## Introducción por Ángeles Flórez

Miembro del comité coordinador del proyecto Aportando valor en dermatología  
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra

El paciente es el agente clave en la asistencia sanitaria. Su participación creciente en la toma de decisiones pone en **valor** las iniciativas de apoyo que se presentan en los capítulos de este bloque: 'Apoyo a pacientes'.

El paciente educado en su patología adopta un rol proactivo, con un mejor nivel de autogestión del proceso. Este paciente es capaz de buscar, analizar con espíritu crítico y utilizar la información disponible sobre su enfermedad, haciéndose responsable de sus acciones de autocuidado y de la toma de decisiones informadas, lo cual es especialmente relevante en las patologías crónicas.

Además, los proyectos presentados permiten romper barreras, favoreciendo el acercamiento y el abandono de las relaciones funcionales para convertirlas en relaciones personales; en definitiva, humanizando. Humanizar la sanidad significa esencialmente personalizar la atención al paciente, fomentando una organización concebida para las personas; sin olvidar que estas iniciativas también son muy enriquecedoras para los profesionales, ya que se aprende de y con el paciente.

---

## Referencias:

1. Red de Escuelas de Salud. Ministerio de sanidad. Gobierno de España. <https://www.redescuelassalud.es>
2. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. The Patient - Patient-Centered Outcomes Research. 2019;12:461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>



## 9. Escuela de psoriasis y apoyo al paciente. Una atención integral al paciente

Dr. Vicenç Rocamora. Hospital de Manacor, Manacor

**Autor/es:** Vicenç Rocamora

**Hospital:** Hospital de Manacor

**Palabras clave:** escuela, psoriasis, enfermería, nutrición, HADS, DLQI, holístico, empatizar, artropatía, comorbilidades, apoyo

### Descripción de la experiencia

#### Antecedentes

Habitualmente, nuestros pacientes con psoriasis refieren una falta de conocimiento de su patología (comorbilidades asociadas) y que no tienen tiempo de preguntar cuestiones relacionadas con ella. Además, detectamos que, en su contacto más continuo y estrecho con enfermería, se resuelven dudas respecto al estilo de vida adecuado, expresan cómo les afecta a su salud mental y tienen interés en cómo seguir una alimentación adecuada. Por este motivo, decidimos realizar el proyecto de la escuela de psoriasis, para resolver estas dudas y, así, prestar una atención integral y holística de su patología.

#### Objetivo

Colaborar y explicar a nuestros pacientes su patología y aspectos relacionados con ella; empatizar con su carga física y mental; resolver sus dudas y animarlos a empoderarse con ella. Todo ello ayudará a aceptar este proceso inflamatorio crónico.

La iniciativa consigue que el paciente adopte esta patología como un reto a superar y entender, por lo que será consciente de la importancia de su participación en la atención de la misma. Todo ello servirá para conseguir un objetivo común, una atención holística excelente de esta patología. Es por ello que se observa que en, el momento en que son conscientes de su enfermedad, empiezan a cuidarse más desde el punto de vista físico, nutricional y mental.

#### Descripción

Tomamos la iniciativa de promocionar una escuela de psoriasis, que sería dirigida por dos dermatólogos, una enfermera y una nutricionista. Abarcando un total de 30 pacientes, se formaron tres grupos diferentes con 10 pacientes en cada uno de ellos y se siguió la siguiente dinámica:

1. **Explicación al paciente** de forma sencilla y clara sobre qué enfermedad tiene, así como qué le puede pasar exactamente. Con esta enseñanza, de unos 20 minutos, se consigue que el propio paciente sea conocedor de su patología, que, en la mayoría de los casos, no ha sido explicada ni comprendida con anterioridad.
2. A continuación, se tratan **aspectos psicológicos**, abarcando especialmente ansiedad y depresión, con experiencias propias de pacientes, y se muestran videos de relajación y algunos de testimonios de pacientes.
3. Por último, reciben **información referente a la nutrición, cuidado de la piel y aplicación del fármaco** por parte de la enfermera especialista y la nutricionista.

#### Metodología

Antes de iniciar la escuela de psoriasis decidimos los temas a tratar, luego lo publicitamos y, finalmente, los pacientes se apuntaban bien a través de un correo electrónico o bien directamente hablando con nuestra enfermera. Por otro lado, avisamos al departamento de Prensa para realizar la publicidad en los medios a través de ellos; contamos con la ayuda del departamento de Docencia en la preparación de las aulas del evento; y, por último, el día del evento se pasó una encuesta de valoración posterior.



## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

1. Hubo una gran aceptación y asistencia de nuestros pacientes.
2. Se mejoró el conocimiento de sus comorbilidades y se resolvieron dudas respecto a ellas.
3. Permitió resolver dudas respecto a tratamientos pautados, su motivación y otras opciones terapéuticas.
4. Aprendieron la diferencia entre ansiedad y depresión, cómo lo superan otros pacientes y a qué profesional acudir si se presentan problemas.
5. Se interesaron por la comida más saludable, alimentos antiinflamatorios y, de allí, se formó un grupo de control con la nutricionista.
6. Se fomentó el intercambio de ideas para una vida saludable entre los pacientes y la enfermera.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

El indicador utilizado ha sido la satisfacción, que ha sido medida mediante una encuesta de calificación del evento, con los detalles a mejorar y las fortalezas identificadas.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** acercarse a un tratamiento holístico integral.
- **Pacientes:** la posibilidad de interactuar por más tiempo con sus médicos y con el personal de enfermería, y la pérdida del miedo a su patología. Ha habido muchas preguntas.
- **Administración sanitaria:** un mayor autocuidado del paciente; un menor número de visitas al médico, al conocer todo lo relacionado con su patología; un paciente receptivo en programas de prevención de salud pública.
- **Resto de personal sanitario:** la colaboración y el conocimiento de las tareas realizadas para y por los pacientes, así como la importancia que tiene este colectivo para ellos.

## Discusión

En la era de internet es necesario facilitar el contacto personal (y no a distancia) con nuestros pacientes, en ambientes distendidos, para que puedan aprender y preguntar acerca de su patología. Teniendo contacto con los profesionales que los tratan, se ofrece la posibilidad de interactuar con nosotros en un ambiente distendido y que facilita que podamos explicar aspectos de su patología y cómo pueden colaborar con nosotros para mejorar en todos los aspectos y facilitar el tiempo y ambiente distendido que les permitan preguntar sin ninguna traba. Conocen mejor a los profesionales, médicos, enfermeras y nutricionista que los tratan.

Durante la escuela, también se ofrece a los pacientes la posibilidad de contactar con el teléfono de enfermería para poder dar explicaciones adicionales, así como otras necesidades y dudas que puedan plantearse a los pacientes con respecto al tratamiento, la patología y/o las comorbilidades. Las reacciones recibidas de esta iniciativa fueron altamente positivas, y obtuvieron exclusivamente calificaciones de sobresaliente por parte de los pacientes, así como comentarios de que agradecerían más reuniones y más tiempo en la escuela para poder preguntar: "se nos pasó el tiempo muy rápido".

Se ofreció, por parte de enfermería, el envío del cuestionario de ansiedad, depresión, DLQI y satisfacción del fármaco para poder tener la calificación de todos ellos antes de su llegada a la consulta. Esta calificación se va actualizando con las semanas, de forma que se puede ver cómo varía al tratar a los pacientes, y fue muy bien acogida por ellos.

Enfermería, farmacia y la nutricionista entablan una gran relación que, al final, beneficia al paciente y la atención que recibe por parte del departamento de Dermatología. A continuación, explicamos a qué nos referimos.

Se ofreció a los pacientes seleccionarlos, en función de su IMC, para ayudarles en cuanto a su alimentación y hábitos de vida saludables, acción que fue bien acogida y en la que estamos trabajando en grupos.

Adicionalmente, se mostraron algunas de las charlas, como las realizadas por la nutricionista (que ha sido un gran motivación tanto para nuestro servicio como para nuestros pacientes), y todo ello ha sido clave para el éxito de la



iniciativa presentada, ya que ha habido un cambio de alimentación y hacia un estilo de vida saludable en muchos de ellos.

Por último, resaltamos que lo más importante es empoderar al paciente, sobre todo teniendo en cuenta la baja autoestima que, generalmente, puede llegar a presentar. Además, se resalta la importancia de organizar este tipo de escuelas, frente a charlas magistrales con un mayor número de personas, y el interés de la figura del nutricionista, que normalmente no figura en este tipo de escuelas.

### Lecciones aprendidas

Cuando ofrecemos alguna iniciativa innovadora a nuestros pacientes y facilitamos el diálogo cercano, el retorno de su satisfacción hacia el colectivo sanitario suele ser enriquecedor y positivo. Con que solo uno de nuestros pacientes cambie algún factor negativo relacionado con su patología, ya vale la pena.

### Factores clave de éxito

La alta asistencia y colaboración, las actuaciones que se han desarrollado de forma posterior a la escuela y el cambio de hábitos en nuestros pacientes, que han hecho que su calidad de vida y el control holístico de su enfermedad sean mejores.

### Dificultades y barreras encontradas

La única dificultad ha sido no poder haber atendido la gran demanda de peticiones por completo.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos, esta iniciativa se ha realizado directamente con el presupuesto del servicio y con el personal con que ya se contaba.

### Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto se podría aplicar en otros centros, porque se trata de una cuestión de voluntad de los profesionales, ya que los pacientes están encantados con estas actividades.

## Resumen/conclusión final

Toda actividad que se centre en el paciente y en cuidados en los que no se incide habitualmente, organizada por nosotros o enfermería fuera de la visita médica reglada, suele ser acogida de manera satisfactoria por nuestros pacientes y la reacción o retorno de estas sobre la calidad de vida y mejora de su enfermedad son muy altos.

## Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Bubak C, Schaarschmidt ML, Schöben L, Peitsch WK, Schmieder A. Analyzing the value of an educational program for psoriasis patients: a prospective controlled pilot study. *BMC Public Health*. 2019 Nov 19;19(1):1535. doi: 10.1186/s12889-019-7778-x. PMID: 31744488; PMCID: PMC6862860.
2. Balato N, Megna M, Di Costanzo L, Balato A, Ayala F. Educational and motivational support service: a pilot study for mobile-phone-based interventions in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2013 Jan;168(1):201-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.11205.x. Epub 2012 Dec 13. PMID: 23240729.
3. Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M, Kalampokas A, Beylot-Barry M, Goujon-Henry C, Sid Mohand D, Misery L, Stalder JF, Paul C. Élaboration d'un référentiel d'éducation thérapeutique dans le psoriasis [Guide for therapeutic education program in psoriasis]. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138(4):337-53. French. doi: 10.1016/j.annder.2010.12.008. Epub 2011 Mar 11. PMID: 21497265.



# 10. Escuela de pacientes con psoriasis

**Dra. M<sup>a</sup> Teresa Abalde.** Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra

**Autor/es:** M.<sup>a</sup> Teresa Abalde Pintos

**Hospital:** Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

**Palabras clave:** pacientes, formación, empoderamiento, impacto psicológico, gestión emocional, divulgación

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

La atención sanitaria actual promueve un papel protagonista del paciente en la gestión y manejo de su enfermedad; sobre todo en enfermedades crónicas como la psoriasis.

Para ello, el paciente debe mejorar el conocimiento de su enfermedad y debe poder plantear a los profesionales sanitarios todas las dudas que se le planteen. Las escuelas de pacientes suponen en estos casos un complemento asistencial y formativo enriquecedor para pacientes y profesionales sanitarios.

### Objetivo

Ampliar los conocimientos de la enfermedad psoriásica que tienen los asistentes y proporcionarles herramientas para un mejor manejo de la misma y del impacto emocional que conlleva.

### Descripción

Se realizan talleres con pacientes en un ambiente distendido y participativo. Las sesiones constan de una primera parte, dedicada a informar sobre la enfermedad psoriásica, y una segunda, consistente en una sesión de *mindfulness* dirigida por una psicóloga. Esta segunda parte busca capacitar a los pacientes para mejorar la gestión de sus emociones, del estrés y de la ansiedad en relación con la psoriasis. Los talleres se realizan en horario de tarde, de 16:00 a 19:00 horas, en salas de reuniones del complejo hospitalario que se reservan a tal efecto.

### Metodología

1. **Primera fase:** durante tres meses se recogieron en un buzón y anónimamente las inquietudes de pacientes psoriásicos que acudieron a las consultas de Dermatología.
2. **Segunda fase:** a partir de las preguntas, dudas y sugerencias de los pacientes, se elaboró un "guion" de temas a tratar en relación con la psoriasis; se contactó con una psicóloga clínica para abordar los aspectos emocionales y con el servicio de Reumatología para abordar aspectos de interés sobre la artritis psoriásica.
3. **Tercera fase:** se publicitan las fechas previstas de las escuelas –tres anuales– en las redes sociales del servicio de Dermatología, en medios escritos y en la página web del complejo hospitalario.

Los pacientes se inscriben en una dirección de correo electrónico; puede inscribirse cualquier paciente adulto que esté interesado y se habilitan 15 plazas por taller; pueden acudir con un acompañante.

Cuando el paciente se inscribe, se le anima a enviar a través de internet sus sugerencias sobre "cuestiones a tratar". Según las necesidades que nos transmiten los pacientes, se adapta el contenido de cada taller a las inquietudes de los asistentes previstos.

4. **Cuarta fase (realización de los talleres con dos partes):**

Primero se abordan de forma sencilla, clara y amena los aspectos de la enfermedad que los pacientes previamente demandaron abordar.

En segundo lugar, se realiza un abordaje psicológico del impacto emocional de la psoriasis.



En todo momento se fomenta la participación de los asistentes y el debate en un ambiente distendido. Cada taller dura aproximadamente de tres horas.

## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

Tras cada taller, los asistentes responden un cuestionario donde, de forma mayoritaria, reflejan haber mejorado sus conocimientos sobre la enfermedad y estar en condiciones de manejar su situación clínica y emocional con mayores garantías de éxito.

En dicho cuestionario se realizaron tres preguntas para monitorizar la utilidad de esta iniciativa:

1. ¿Considera que disponía ya de la información suficiente para realizar un adecuado manejo de su psoriasis, antes de la asistencia a este taller?
  - Las respuestas obtenidas fueron: “poco” en el 24,32 %; “medianamente” en el 59,45 %; y “mucho” en el 10,8 % de los casos.
2. ¿Considera que en este taller ha ampliado sus conocimientos sobre la psoriasis?
  - Las respuestas obtenidas fueron: “poco” en el 8,1 % de casos; “medianamente” en el 18,9 %; y “mucho” en el 62,16 % de los casos.
3. ¿Considera que la información que se ha comunicado en este taller es práctica y puede ayudarle a conseguir un mejor control de la enfermedad?
  - Las respuestas obtenidas fueron: “poco” en el 5,4 %; “medianamente” en el 21,62 %; y “mucho” en 62,16 % de los casos.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

Los indicadores o criterios utilizados y que son más convenientes para evaluar los resultados son las encuestas de satisfacción.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- Servicio de Dermatología: los profesionales mejoran sus habilidades de comunicación con los pacientes y alcanzan un conocimiento mayor de sus necesidades e inquietudes. Este aspecto puede ser de especial relevancia en la formación de los residentes de Dermatología que colaboran en la escuela durante su rotación en la Unidad monográfica de psoriasis.
- Pacientes: aumentan sus conocimientos y el control efectivo de la enfermedad; también mejoran en la gestión de las emociones. Sus comentarios son positivos e incluso algunos han repetido la experiencia.
- Administración sanitaria: la mejora en el autocontrol de la enfermedad por parte de los pacientes posibilita una mejor gestión de los recursos sanitarios y mayor eficiencia del sistema.
- Resto de personal sanitario: todo el personal implicado expresa su satisfacción con el proyecto y la utilidad del mismo, tanto para los pacientes como para ellos mismos como profesionales.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Los talleres aumentan los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad, aumentan su autocuidado y su gestión emocional.

### Factores clave de éxito

Se tratan temas de interés para los pacientes.

### Dificultades y barreras encontradas

Tiempo que consume para los profesionales y alcance limitado en cuanto al número de participantes.



### Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos que se requieren para poner en marcha esta iniciativa, a nivel económico se contó con el patrocinio de una empresa farmacéutica. A nivel de recursos humanos, se ha podido implantar contando con el personal del servicio, así como con la colaboración de Reumatología y de una psicóloga externa.

### Aplicabilidad en otros centros

Sí que podría aplicarse en otros centros, porque la infraestructura necesaria es sencilla. Y, además, podría aplicarse a otras patologías, como la dermatitis atópica, la hidradenitis supurativa o la urticaria crónica.

### Resumen/conclusión final

Los talleres aumentan los conocimientos del paciente sobre su enfermedad, favorecen el autocuidado y la gestión emocional de su psoriasis, lo que redundará en la eficiencia del sistema sanitario. A su vez, los profesionales participantes mejoran sus habilidades comunicativas con los pacientes y alcanzan un mayor conocimiento acerca de sus necesidades e inquietudes.

### Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Domínguez-Cruza J.J, Pereyra-Rodríguez J.J, Ruiz-Villaverde R. Empoderamiento y Dermatología. ActasDermosifiliogr.2018;109(2):133---139
2. Sánchez Regaña M, Ojeda Cuchiller R, Umber Millet I, Umber Millet P, Lupoc W, Solé Fernández J. El impacto psicosocial de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr 2003;94(1):11-6



# 11. Unidad de apoyo nutricional para pacientes con IMID

**Dra. Mar Llamas-Velasco.** Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

**Autor/es:** Mar Llamas-Velasco, Carmen Rodríguez Gamarra, Yolanda Delgado, Pablo Chicharro, María Collado, Esteban Daudén

**Hospital:** Hospital Universitario de la Princesa

**Palabras clave:** hábitos de vida saludables, obesidad, sobrepeso, nutrición, IMID, psoriasis, dermatitis, atópica, hidradenitis

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

La psoriasis moderada-grave se asocia a numerosas comorbilidades. Algunas, como el sobrepeso y la obesidad, tienen un efecto bidireccional en la psoriasis. Los pacientes con sobrepeso tienen mayor incidencia de psoriasis, peor respuesta a los tratamientos y tendencia a presentar mayores niveles de PASI, BSA. Los pacientes con sobrepeso y psoriasis, en especial aquellos que cumplen criterios de obesidad, muestran mejoría del control cutáneo si disminuye su índice de masa corporal.

El sobrepeso está asociado a una menor eficacia de los fármacos biológicos que se usan para controlar la psoriasis moderada-grave.

Los pacientes con dermatitis atópica grave también parecen asociar comorbilidades metabólicas, como los que padecen psoriasis. En el caso de aquellos pacientes con hidradenitis supurativa, esta asociación a comorbilidades metabólicas está bien establecida, igual que en los pacientes con psoriasis.

### Objetivo

- Determinar la mejoría en el perfil metabólico de forma posterior a un abordaje de la salud nutricional.
- Correlacionar la mejoría de la nutrición con parámetros objetivos de la enfermedad dermatológica del paciente.

### Descripción

Establecimiento de un circuito de derivación de pacientes con sobrepeso y obesidad, que estén motivados para mejorar esta faceta, a una auxiliar con conocimientos en dietética, que les asesorará en sus dudas, en la promoción de una dieta saludable ajustada a la mediterránea y que les permita ir perdiendo peso y conseguir un IMC dentro de los criterios de normalidad; así mismo, les realizará seguimiento de los cambios nutricionales instaurados.

### Metodología

1. Reuniones en el servicio para establecer objetivos y comprender la disponibilidad personal y material.
2. Revisión de la literatura de dieta a IMID.
3. Asignación de presupuesto para compra de báscula de impedanciometría.
4. Creación de Excel de recogida de parámetros de interés.

### Resultados obtenidos

#### Descripción general de los resultados obtenidos

Por el momento, desde la implantación, el principal resultado obtenido es el de pacientes con psoriasis que, a título individual, han mejorado su peso y se encuentran mejor controlados de su enfermedad de base.

La obtención de resultados generales requerirá de completar la protocolización y de la explotación de los datos obtenidos al implantar el proceso en nuestras consultas dermatológicas, de enfermería y con la nutricionista.



### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

A día de hoy, no existen indicadores definidos. No obstante, revisaremos, como primer indicador, el porcentaje de disminución del IMC de los pacientes a los cuatro y a los 12 meses. Como segundo indicador, se plantea revisar cambios en la bioimpedancia de dichos pacientes. En tercer lugar, se plantea correlacionarlo con datos de control de la dermatosis, como son el PASI o el BSA, en los pacientes con psoriasis.

Más a largo plazo, de ser eficaz la intervención, podrían plantearse estudios fármaco-económicos de gasto de farmacia según los cambios del IMC y la composición corporal de los pacientes, para medir el ahorro económico conseguido.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** dar respuesta a la falta de tiempo en consulta para afrontar la educación del paciente en hábitos de vida que le empoderen y mejoren los resultados en salud.
- **Pacientes:** dar respuesta a una necesidad de mejora de hábitos de vida dentro del propio hospital.
- **Administración sanitaria:** potencial reducción de los costes medios de control de las IMID, al estar relacionada la obesidad con una mayor necesidad de terapia biológica y mayores costes.
- **Resto de personal sanitario:** aumentar la motivación de personal auxiliar con inquietud por la dietética.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Actualmente, estamos pendientes de poder realizar una evaluación de los resultados. No obstante, hemos planteado realizar una evaluación de los mismos a los cuatro meses y al año de instaurar la recogida reglada del tipo de dieta, el grado de seguimiento de la misma y la evolución de las medidas antropométricas de los pacientes sometidos a esta intervención.

### Factores clave de éxito

Una motivación suficiente de los facultativos especialistas, de la auxiliar con conocimientos reglados de nutrición y de la enfermería adscrita al servicio.

### Dificultades y barreras encontradas

- Limitación de horario: el tiempo dedicado a la actividad por parte de la auxiliar está limitado por el hecho de estar adscrita a un servicio distinto al de Dermatología.
- Limitación de tiempo: en relación al tiempo disponible de los facultativos y enfermería para recoger los datos de interés.
- Limitación de medios: al estar pendientes de la compra de una báscula de bioimpedancia para valorar de forma más sensible los cambios de la composición corporal de los pacientes sometidos al procedimiento.
- Limitación secundaria al bajo número de facultativos: esto hace que el análisis de datos sea complejo, por tener que efectuarse en el tiempo libre de los facultativos y colisionar con otras numerosas iniciativas de investigación/docencia.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

Para implantar la iniciativa, si bien el servicio ha tenido que asumir un sobrecoste a nivel económico, se ha contado directamente con el personal del servicio. No obstante, la consecución de personal adscrito al servicio con estas funciones supondría una mejora para el mismo.

### Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto podría implantarse en otros centros, ya que el coste de auxiliares y enfermería, en general, es menor que el de facultativos y, potencialmente, redundaría en una disminución del coste en farmacia, creciente en todos los servicios y hospitales.



Así mismo, este proyecto podría ser interesante para otras áreas clínicas o terapéuticas, ya que muchas enfermedades se asocian a factores de riesgo cardiovascular/metabólico y, en concreto, al sobrepeso/obesidad.

### Resumen/conclusión final

La educación de la población en hábitos nutricionales y deportivos correctos es uno de los indicadores de salud clásicos, y cualquier inversión en su mejora redonda en un retorno de la inversión en salud.

La implantación de medidas de educación en la nutrición y en la salud puede ayudar a empoderar a auxiliares o enfermería, y constituye un mecanismo de mejora de la salud global potencialmente efectivo en relación a los costes.

### Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Anghel F, Nitusca D, Cristodor P. Body Mass Index Influence for the Personalization of the Monoclonal Antibodies Therapy for Psoriasis. *Life (Basel)*. 2021 Nov 29;11(12):1316.
2. Darlenski R, Mihaylova V, Handjieva-Darlenska T. The Link Between Obesity and the Skin. *Front Nutr*. 2022 Mar 10;9:855573.
3. Diotallevi F, Campanati A, Martina E, et al. The Role of Nutrition in Immune-Mediated, Inflammatory Skin Disease: A Narrative Review. *Nutrients*. 2022 Jan 29;14(3):591. doi: 10.3390/nu14030591.
4. Garbicz J, Całyniuk B, Górski M, et al. Nutritional Therapy in Persons Suffering from Psoriasis. *Nutrients*. 2021 Dec 28;14(1):119.
5. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021 Apr 3;397(10281):1301-1315.
6. Guo Z, Yang Y, Liao Y, Shi Y, Zhang LJ. Emerging Roles of Adipose Tissue in the Pathogenesis of Psoriasis and Atopic Dermatitis in Obesity. *JID Innov*. 2021 Oct 13;2(1):100064.
7. Kanda N, Hoashi T, Saeki H. Nutrition and Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2020 Jul 29;21(15):5405.
8. Llamas-Velasco M, Ovejero-Merino E, Salgado-Boquete L. [Obesity - A Risk Factor for Psoriasis and COVID-19]. *Actas Dermosifiliogr*. 2021 Jun;112(6):489-494.
9. van Acht MR, van den Reek JMPA, de Jong EMGJ, et al. The Effect of Lifestyle Changes on Disease Severity and Quality of Life in Patients with Plaque Psoriasis: A Narrative Review. *Psoriasis (Auckl)*. 2022 Apr 9;12:35-51.



# 12. Proyecto de humanización en dermatología

**Dra. Beatriz Espadafor.** Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

**Autor/es:** Beatriz Espadafor López, Clara Ureña Paniego y Salvador Arias Santiago

**Hospital:** Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Palabras clave:** humanización, empatía, comunicación, relación médico-paciente, consultas externas

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

En 2020 nuestro servicio consiguió el nivel Óptimo de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Andalucía. Para ello hicimos un ejercicio de autoevaluación en el que detectamos debilidades y oportunidades de mejora en aspectos muy diversos de nuestra organización. Además, en 2019 habíamos llevado a cabo ya otro proyecto similar con la promoción del uso del preservativo que nos sirvió de inspiración.

### Objetivo

Crear una cultura de humanización en todos los profesionales del servicio que, de manera individual, nos lleve a reflexionar sobre qué podemos hacer cada uno para que el contacto del paciente con el sistema sanitario y su relación con el profesional sean lo más satisfactorios posible para ambos.

### Descripción

Crear un dodecálogo en el que se trabajan 12 líneas de actuación, con la filosofía de una por mes, en las que se invita a fomentar el cuidado de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y emocionales de los pacientes.

### Metodología

Se ha creado una infografía para cada mes del año. En cada una se va trabajando y profundizando en las líneas de actuación que hemos elegido en torno a un mismo hilo común: cómo debería ser el recorrido ideal de un paciente en su contacto con el sistema sanitario.

### Resultados obtenidos

#### Descripción general de los resultados obtenidos

Hay muchas iniciativas de humanización a nivel hospitalario, pero sobre todo centradas en pacientes hospitalizados, en la UCI, en Urgencias, en Oncología... Sin embargo, se ha descrito poco en servicios en los que la mayor parte de la actividad se desarrolla en consulta en acto único. Hemos desarrollado un proyecto que abarca todas las especialidades y a todos los profesionales, remarcando que todos podemos dotar de más humanidad el acto médico.

#### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

No hay una evaluación realizada, aunque la acogida en nuestro hospital ha sido tan positiva que la Comisión de Humanización del centro ha decidido extenderlo al resto de servicios.

#### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** aportar calidad y calidez en el trato con actos sencillos y cotidianos. Tratar al paciente como nos gustaría que nos trataran a nosotros.
- **Pacientes:** sentirse escuchados, comprendidos y atendidos.



- **Administración sanitaria:** profesionales del servicio que ayudan a coordinar citaciones, dar accesibilidad, resolver incidencias...
- **Resto de personal sanitario:** acompañar de igual a igual, cercanía y empatía.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Observamos que es posible y sencillo humanizar el trato con el paciente, desde su recepción por parte de los administrativos y durante todo su recorrido por el servicio. Se obtiene una mejor respuesta, adherencia terapéutica y relación de confianza médico-paciente cuando se establece ese trato más humano, cercano, lleno de empatía, de escucha activa, de informar con lenguaje comprensible y adaptado a cada paciente... Pequeños gestos de cada profesional contribuyen a establecer relaciones cálidas, empáticas y gratificantes para todos.

### Factores clave de éxito

La sencillez de los pósteres, que en un vistazo transmiten una idea de humanización en la práctica diaria, hace que todos los profesionales puedan desarrollarlo en su labor. Demuestra que la humanización está al alcance de todos con gestos sencillos y cotidianos.

Para la mayoría de ítems del dodecálogo no es necesaria ninguna inversión de tiempo ni de dinero.

### Dificultades y barreras encontradas

Desafortunadamente, la falta de presupuesto ha hecho que el póster dedicado a humanizar las infraestructuras del servicio (pintura, decoración, mobiliario nuevo...) no pueda llevarse a cabo todavía.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

En lo que se refiere a los recursos necesarios para implantar la iniciativa, si bien esta se ha podido llevar a cabo con el propio personal del servicio de Dermatología, también es cierto que se ha contratado a una diseñadora gráfica, de modo que sí ha tenido asociado un coste económico para el servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Por supuesto, es un proyecto que se podría aplicar en otros centros y otras áreas clínicas, al ser sencillo y transversal, y no es específico de Dermatología. En cualquier servicio, centro sanitario con consultas médicas o incluso solo de enfermería es aplicable. Además, facilitar la accesibilidad de los pacientes, coordinar citas y/o ayudar a los más vulnerables en sus desplazamientos son aspectos que atañen a cualquier profesional.

## Resumen/conclusión final

Es necesaria la sensibilización de todos los profesionales del sistema sanitario en cultura de humanización. Con esta iniciativa, los profesionales, los pacientes y sus familiares nos hacemos más conscientes de dotar de humanidad el acto médico. Con gestos cotidianos y sencillos, mejoramos la relación con nuestros pacientes, aportamos cercanía, cariño y calidez y, por tanto, la calidad de la atención también mejora.



## Gestión de procesos



# Gestión de procesos

## Introducción por Anna López

Miembro del comité coordinador del proyecto Aportando valor en dermatología

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

El propio ejercicio de la dermatología implica el desarrollo de múltiples procesos asistenciales para cada uno de los pacientes que tratamos en nuestra práctica clínica diaria. Así, todo proceso realizado en el ámbito asistencial implica una planificación y ejecución, que constituyen la actividad principal que ocupa a la mayoría del personal que participa de los sistemas sanitarios (1).

Los resultados obtenidos en todo proceso asistencial deben medirse para ser contrastados con los objetivos previamente fijados por nosotros, y detectar así oportunidades de mejora para cada proceso cuando estos resultados se alejan de nuestro objetivo original (1).

La metodología de la gestión de procesos asistenciales debe ser liderada por el clínico que haya puesto en marcha el proceso o desarrollo multidisciplinar, ya que es el verdadero conocedor de dicho proceso asistencial y el responsable de mantener la calidad del mismo a través de esta metodología.

Desde el punto de vista del clínico, la metodología de la gestión de procesos asistenciales es también útil para aprender y enseñar medicina, para realizar investigación clínica y, sobre todo, para mejorar nuestra práctica clínica diaria en términos de eficacia, eficiencia y calidad (2).

Los siguientes proyectos son ejemplos en los que el dermatólogo ha liderado el proceso asistencial multidisciplinar, **aportando valor** a la práctica de nuestra especialidad.

---

### Referencias:

1. Losa JE. Rev Calidad Asistencial 2001;16:300-302
2. Caballero MJ y col. Actas Dermosifiliogr., 1998;89:271-278

# 13. Protocolo de actuación para la prevención y el diagnóstico precoz de tumores cutáneos en pacientes trasplantados

Dra. Isabel Polo / Dra. Susana Medina. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

**Autor/es:** Isabel Polo Rodríguez y Susana Medina Montalvo

**Hospital:** Hospital Universitario Príncipe de Asturias

**Palabras clave:** trasplante, cáncer cutáneo no melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, inmunosupresores, prevención primaria, prevención secundaria

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

Se sabe que más del 50 % de los pacientes trasplantados tendrán un cáncer cutáneo no melanoma y, de ellos, el 60-80 % desarrollarán nuevas lesiones. El aumento de riesgo de carcinoma epidermoide en pacientes trasplantados es de 65-250 veces, y de 10-16 para el carcinoma basocelular. Su diagnóstico precoz reduciría la morbimortalidad de estos pacientes. Hemos desarrollado el mapa de proceso para pacientes trasplantados y susceptibles de trasplante.

### Objetivo

Prevención y diagnóstico precoz de cáncer de piel no melanoma en pacientes trasplantados.

### Descripción

Hemos elaborado un protocolo para la prevención del cáncer cutáneo en pacientes trasplantados, estableciendo los criterios y el procedimiento de derivación por parte de los servicios que hacen el seguimiento de estos pacientes – fundamentalmente el servicio de Nefrología– para su valoración antes y después del trasplante en la consulta de tumores no melanoma. Paralelamente, realizamos un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, en el que se incluyeron 37 pacientes trasplantados de órgano sólido o pretrasplante, que fueron remitidos a la consulta de tumores no melanoma del HUPA, como consecuencia de la aplicación del protocolo, a lo largo de un año (mayo de 2018 a mayo de 2019).

### Metodología

- Puesta en contacto con el servicio de Nefrología para remitir a nuestra consulta de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) a los pacientes trasplantados o pretrasplante.
- Valoración basal:

Factores de riesgo
Fototipo I y II
Hª de exposición solar
Hª de QA, Bowen, CBC y CE Hª familiar de cáncer
IMS previos (ciclosporina, micofenolato, azatioprina)

Exploración
Exploración de toda la piel, boca y zona anogenital

Detección precoz
Diagnóstico de cáncer y tratamiento
Detección de precáncer y tratamiento Tratamiento de verrugas
Instrucciones al paciente: Fotoprotección Reconocimiento precoz

**Indicaciones al paciente**

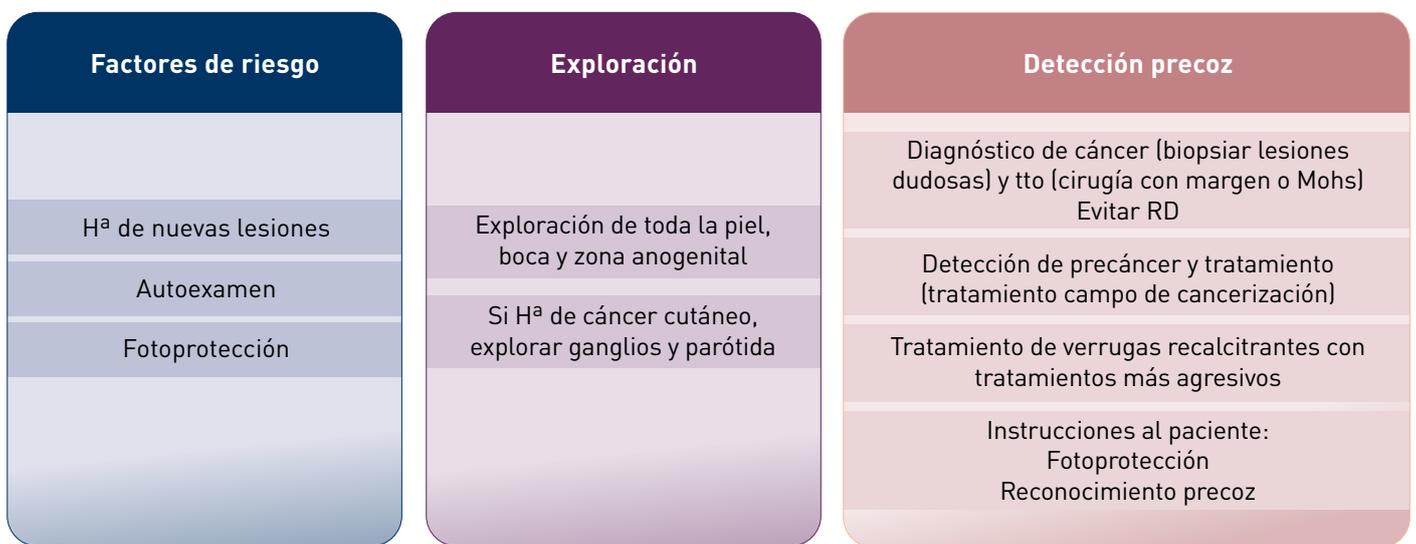
Evitar el sol: hábitos, ropa, cremas protectoras

Evitar bronceado en lámparas

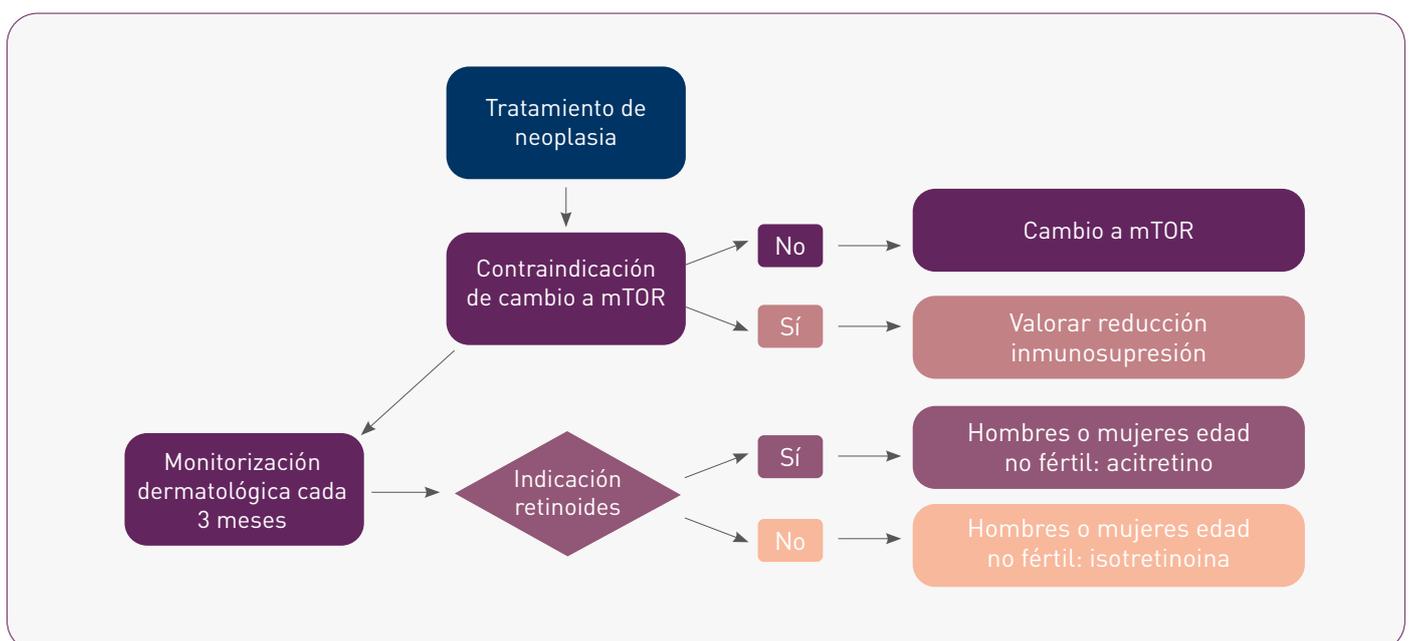
Autoexamen cutáneo mensual y dermatológico anual

Acudir al dermatólogo si crecimiento de lesiones en < 4 S o heridas de > 4 S

- Seguimiento: en función del riesgo que presente el paciente de aparición de tumores cutáneos (fotoprotección previa, antecedentes de cáncer de piel, fototipo, inmunosupresión, etc.) se seguirá al paciente cada 6-12 meses.



En caso de aparición de cáncer cutáneo:





## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

- Las características de los pacientes remitidos fueron: 62 % hombres, la mayoría con fototipo II-III, con exposición solar leve o moderada; la mitad eran fumadores o exfumadores. Edad media de 62,5 años y tiempo medio desde el trasplante 12 años. El trasplante fue renal en 30 pacientes, cardíaco en tres y hepático en uno.
- El 13,5 % de los pacientes remitidos tenían antecedentes de CBC, el 10,8 %, de CE y el 16,2 %, de QA. EL 21,6 % habían presentado verrugas víricas antes de la visita basal.
- En la visita basal, el 5,4 % de los pacientes presentaban un CBC y el 13,5 %, CE, el 80 % de los cuales era enfermedad de Bowen.
- Los CBC se localizaron en la cara, mientras que, en el caso de los CE, el 60 % fueron en la cara y el resto en tronco y EEII.
- Todos los pacientes con CBC tenían más de 60 años y eran trasplantados renales (más de cinco años desde el trasplante).
- La media de edad de los pacientes con CE fue de 54 años. Un paciente trasplantado cardíaco presentó un CE con 38 años.
- El 60 % de los pacientes que presentaban CE tenían queratosis actínicas.
- De los pacientes con trasplante cardíaco (tres pacientes), uno presentaba enfermedad de Bowen (en tratamiento con ciclosporina, micofenolato y everolimus).
- El paciente con trasplante hepático presentaba un carcinoma basocelular y un melanoma *in situ*.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

El indicador utilizado ha sido la satisfacción, que ha sido medida mediante una encuesta de calificación del evento, con los detalles a mejorar y las fortalezas identificadas.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** ha facilitado la derivación precoz de este tipo de pacientes, lo que ha mejorado el tratamiento y ha ofrecido medidas preventivas, así como un diagnóstico precoz, lo que implica un abordaje médico o quirúrgico menos agresivo.
- **Pacientes:** el diagnóstico precoz gracias a este protocolo ha contribuido a mejorar la morbimortalidad de estos pacientes.
- **Administración sanitaria:** establece un protocolo sencillo y sin aumento de costes para el control dermatológico de los pacientes trasplantados. Es previsible un ahorro en tratamientos y procedimientos quirúrgicos, al realizarse un diagnóstico precoz.
- **Resto de personal sanitario:** es una iniciativa con muy buena aceptación por parte de los médicos que siguen a estos pacientes.

Es reproducible, pudiéndose aplicar en cualquier centro, y multidisciplinar.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

- Aunque el número de pacientes es limitado, se puede concluir que los pacientes trasplantados no eran remitidos a Dermatología, a pesar de tener antecedentes de cáncer o precáncer cutáneo.
- Las lesiones se localizan, en su mayoría, en zonas fotoexpuestas, por lo que parece necesario recomendar fotoprotección a estos pacientes.
- Ser mayor de 55 años en el momento del trasplante es un factor de riesgo para el CPNM.



- Se recomienda un diagnóstico y tratamiento precoz de verrugas y QA, puesto que aumentan el riesgo de cáncer cutáneo.
- Los tratamientos inmunosupresores influyen en la aparición de tumores, siendo mayor el riesgo cuantos más fármacos se emplean.
- El dermatólogo debe formar parte del equipo de trasplante, y contribuir en la prevención y el diagnóstico precoz de los tumores cutáneos, lo que mejora la calidad de vida de estos pacientes.
- Considerando que España está a la cabeza de trasplantes de órgano sólido a nivel mundial, creemos que sería útil hacer en esfuerzo para sensibilizar a médicos y pacientes respecto a la prevención y el diagnóstico precoz, así como al registro de los tumores cutáneos en estos pacientes.

### Factores clave de éxito

Colaboración fluida con el servicio de Nefrología y con el resto de especialistas que manejan a pacientes trasplantados.

### Dificultades y barreras encontradas

La mayor dificultad es que los pacientes no son trasplantados en nuestro centro, lo que puede dificultar que sean remitidos a nuestro servicio de forma precoz.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos que se requieren para poner en marcha esta iniciativa, por un lado, a nivel económico, no ha supuesto ningún coste adicional para el servicio, ya que se ha podido realizar directamente con su presupuesto. Por otro lado, a nivel de recursos humanos, se ha podido implementar sin necesidad de ampliar el personal del servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto no solo se podría aplicar en otros centros, sino que, de hecho, sería muy recomendable, dado que mejoraría el seguimiento estrecho de los pacientes trasplantados, cuyo número va en aumento. Sería útil en hospitales donde se realizan trasplantes, ya que es más fácil la derivación. Pero también es aplicable a hospitales donde no se realizan trasplantes, pero sí el seguimiento de estos pacientes, como en nuestro caso.

Por otro lado, también sería recomendable su aplicación en otros servicios que manejen a pacientes que requieran el uso de inmunosupresores a largo plazo, como internistas, reumatólogos, hematólogos, etc.

### Resumen/conclusión final

- El dermatólogo debería formar parte del equipo de trasplante y contribuir a la prevención y el diagnóstico precoz de los tumores cutáneos, lo que mejora la calidad de vida de estos pacientes.
- Habría que introducir estos protocolos de diagnóstico y seguimiento desde los comités de tumores de los diferentes hospitales, para así ponerlos en conocimiento del mayor número de servicios posibles y facilitar su aplicación.
- Considerando que España está a la cabeza de trasplantes de órgano sólido a nivel mundial, creemos que sería útil hacer en esfuerzo para sensibilizar a médicos y pacientes respecto a la prevención y el diagnóstico precoz, así como al registro de los tumores cutáneos en estos pacientes.



## Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Ulrich C, Kanitakis J, Stockfleth E, Euvrard S. Skin cancer in organ transplant recipients--where do we stand today? *Am J Transplant*. 2008;8(9):2192-8.
2. O'Reilly Zwald F, Brown M. Skin cancer in solid organ transplant recipients: Advances in therapy and management: Part I. Epidemiology of skin cancer in solid organ transplant recipients. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(2):253-61.
3. O'Reilly Zwald F, Brown M. Skin cancer in solid organ transplant recipients: Advances in therapy and management: Part II. Management of skin cancer in solid organ transplant recipients. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(2):263-79.
4. Perez HC, Benavides X, Perez JS, Pabon MA, Tschen J, Maradei-Anaya SJ, et al. Basic aspects of the pathogenesis and prevention of non-melanoma skin cancer in solid organ transplant recipients: a review. *J Dermatol*. 2017;56(4):370-8
5. Ritter A, Bachar G, Feinmesser R et al. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck región in solid organ transplant recipients. *Head and Neck* 2019;41:374-380.
6. Stenz NA, Stampf S, Arnold AW et al. Skin cancer development in solid organ transplant recipients in Switzerland (Swiss Transplant Cohort Study). *Dermatology* 2021;237:970-980.
7. Crow LD, Jambusaria-Pahlajani A, Chung ChL et al. Initial skin cancer screening for solid transplant recipients in the United States: Delphi method development of expert consensus guidelines. *Transplant Inter* 2019;32:1258-76.
8. Traboulsi D, Potok O, Ruzycki Sh et al. Skin cancer knowledge and photoprotective practices of organ transplant recipients. *Clin Transplantation* 2019;33e:13524.
9. Gibson JAG, Cordaro A, Dobbs R et al. The association between immunosuppression and skin cancer in solid organ transplant recipients: a control-matched cohort study of 2,852 patients. *Eur J Dermatol* 2021;31(6):712-21.



# 14. Protocolo de valoración, derivación y seguimiento de pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

**Dra. Lucía Prieto.** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Autor/es:** Lucía Prieto Torres, Viviana Laredo, Sonia De la Fuente, Carla Gargallo, Fernando Gomollón, Mariano Ara Martín

**Hospital:** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Palabras clave:** enfermedad inflamatoria intestinal (EII), psoriasis, protocolo de práctica clínica

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

La incidencia de EII es mayor en los pacientes con psoriasis, con un riesgo 2,2 veces superior de desarrollar enfermedad de Crohn y 1,6 veces superior de CU1. (PMID: 31504363). Por otro lado, el riesgo de psoriasis también es mayor en los pacientes con EII (OR 2 en pacientes con EC y OR1,5 en pacientes con CU)1. Aunque hay numerosos tratamientos cuyo uso está aprobado en casos de psoriasis y de enfermedad inflamatoria intestinal, algunos tratamientos para la psoriasis pueden potencialmente inducir o exacerbar la EII. Además, hay que tener en cuenta que el uso de corticoides sistémicos, muy frecuente en la EII, no está recomendado en las guías del tratamiento de la psoriasis, ya que su interrupción puede ocasionar brotes intensos de la enfermedad o formas extensas de psoriasis pustulosa2. Por último, se han descrito numerosos casos de pacientes con EII en los que el tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) han ocasionado la aparición de lesiones psoriasiformes3 y también casos, mucho menos frecuentes, en los que estas reacciones se han desencadenado con inhibidores de IL 12-23 (ustekinumab)4.

Teniendo en cuenta lo anterior y añadiendo la gran variabilidad de factores individuales, el elevado precio de algunos de estos fármacos, así como la ausencia de ensayos head-to-head y la difícil generalización de los resultados a la población diana, hemos visto la necesidad de realizar una revisión de la evidencia científica del uso de los tratamientos sistémicos y biológicos indicados en la psoriasis en pacientes con ambas patologías, psoriasis y EII, para intentar facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica habitual, y que estas resulten eficaces para el paciente y eficientes para el sistema sanitario y, más concretamente, para nuestro hospital.

### Objetivo

Los objetivos del proyecto que están contemplados en el protocolo elaborado son los siguientes:

1. Establecer un modelo de evaluación en la consulta de pacientes con EII y psoriasis que incluya los parámetros clínicos y analíticos que deben recogerse en la HCE.
2. Establecer de forma consensuada entre los servicios de Dermatología y Aparato Digestivo los criterios de derivación al servicio de Dermatología de los pacientes con EII y sospecha de psoriasis.
3. Establecer de forma consensuada entre los servicios de Dermatología y Aparato Digestivo los criterios de derivación al servicio de Digestivo de los pacientes con psoriasis y sospecha de EII.
4. Establecer unas recomendaciones multidisciplinarias y consensuadas de tratamiento de la psoriasis moderada-severa en los pacientes con psoriasis y EII, basadas en la evidencia científica actual.
5. Establecer una guía para el diagnóstico y el manejo de la psoriasis paradójica en los pacientes con EII en tratamiento con biológicos, que resulte útil para el servicio de Digestivo y permita derivar a los pacientes con reacciones graves al servicio de Dermatología de forma temprana.
6. Fijar nuevos objetivos, oportunidades de mejora y proyectos de investigación comunes a ambos servicios.



## Descripción

La evaluación y puesta en marcha del protocolo se está realizando en ambos servicios, Dermatología y Digestivo, por profesionales especializados y formados en el protocolo. Toda la información se refleja en la HCE, para que ambos servicios puedan disponer de ella en la toma de decisiones y el seguimiento del paciente. Además, en pacientes seleccionados por su complejidad, se realiza una evaluación conjunta por parte de profesionales de ambos servicios.

## Metodología

En primer lugar, se llevó a cabo una reunión entre los responsables de la unidad de EII del servicio de Digestivo (Dr. Gomollón, Dra. Laredo, Dra. Gargallo), el responsable de la unidad de psoriasis del hospital (Dr. Ara) y dos dermatólogas participantes en el proyecto (Dra. Prieto, Dra. de La Fuente) y se establecieron las necesidades no cubiertas en el manejo de estos pacientes por ambas partes en nuestro hospital, así como las oportunidades de mejora y posibles proyectos para cubrirlas.

En segundo lugar, se decidió la creación de un protocolo para el manejo de los pacientes con psoriasis y EII en nuestro hospital, tomando como modelo la plantilla para la elaboración de protocolos de medicina basada en la evidencia aprobada por el servicio de calidad de nuestro hospital.

En tercer lugar, se distribuyó el trabajo y se realizó una revisión sistemática de la bibliografía actual sobre el manejo de los pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal, tomando como referencia la declaración PRISMA (*PRISMA statement*)<sup>5,6</sup>.

En cuarto lugar, teniendo en cuenta la evidencia disponible y la calidad de la misma, se elaboró una serie de recomendaciones para responder a los objetivos detallados con anterioridad.

Por último, a lo largo de este año 2022 se va a poner en práctica el protocolo para que pueda ser seguido por ambos servicios y los pacientes puedan beneficiarse del mismo. En la actualidad, existen un total de 450 pacientes con psoriasis moderada-grave seguidos en la unidad de psoriasis de nuestro hospital, y un total de 400 pacientes con EII seguidos por el servicio de Digestivo en tratamientos con biológicos, de los cuales 19 padecen psoriasis moderada-grave y EII tratada con fármacos biológicos.

## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

Los primeros resultados que hemos obtenido son la reacción positiva de los médicos de ambos servicios que se han beneficiado del protocolo en su práctica clínica real, así como de los primeros pacientes que se han manejado de forma multidisciplinar. La relación entre los médicos se ha estrechado, y se ha producido un intercambio de información entre las dos especialidades, que ha sido positivo y ha enriquecido el conocimiento de ambos sobre los pacientes con psoriasis y EII.

Todos los pacientes se están incluyendo en una base de datos detallada, pero es pronto para lanzar resultados porque la puesta en marcha del proyecto es todavía muy reciente.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- Número de pacientes incluidos en la base de datos de pacientes con psoriasis y EII.
- Número de pacientes derivados al servicio de Dermatología con sospecha de psoriasis desde el servicio de Digestivo.
- Número de pacientes con psoriasis derivados al servicio de Digestivo con sospecha de EII desde el servicio de Dermatología.
- Número de pacientes evaluados conjuntamente por ambos servicios.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** mejora del manejo de las comorbilidades de los pacientes con psoriasis, así como participación en estudios multidisciplinarios.



- **Pacientes:** mejora de la calidad de la labor asistencial basada la evidencia científica actualizada; beneficiarse de un manejo holístico de su enfermedad.
- **Administración sanitaria:** optimización de los recursos y toma de decisiones eficientes.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

Tras la evaluación de los resultados, ¿cuál es el impacto y la utilidad de la iniciativa? ¿Qué hemos aprendido? Todavía es pronto para sacar conclusiones sobre el impacto real y las conclusiones del proyecto.

### Factores clave de éxito

Empuje y colaboración desinteresada por parte de los miembros de ambos servicios con disponibilidad y dedicación al proyecto.

### Dificultades y barreras encontradas

Antes de implantar esta iniciativa hubo que celebrar varias reuniones multidisciplinarias para ver que la base teórico-práctica desde la que se partía en ambos servicios a la hora de implantar el proyecto era similar, así como una revisión sistemática de la evidencia actualizada.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos que se requieren para poner en marcha esta iniciativa, por un lado, a nivel económico no ha supuesto ningún coste adicional para el servicio, ya que se ha podido realizar directamente con su presupuesto. Por otro lado, a nivel de recursos humanos, se ha podido implantar sin necesidad de ampliar el personal del servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto es aplicable en otros centros donde se maneje a pacientes con EII y psoriasis moderada-grave, ya que es de fácil aplicabilidad si los profesionales están dispuestos a colaborar. Además, el protocolo final elaborado como guía clínica podría extrapolarse a otros servicios.

Por otro lado, en otras áreas, como la Reumatología, donde hay un elevado número de pacientes con comorbilidad psoriásica y de EII, podrían llevarse a cabo proyectos similares.

## Resumen/conclusión final

Las iniciativas multidisciplinarias y la elaboración de guías de práctica clínica en patologías complejas facilitan el manejo uniforme de calidad de los pacientes, asegurándonos de que todo el personal tiene en cuenta la evidencia más reciente para su manejo. Además, facilitan la implantación de proyectos de investigación y la elaboración de bases de datos actualizadas para poder establecer futuros proyectos multicéntricos con gran número de pacientes, especialmente interesante en enfermedades o comorbilidades con menor prevalencia.



## Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Alinaghi F, Tekin HG, Burisch J, Wu JJ, Thyssen JP, Egeberg A. Global Prevalence and Bidirectional Association Between Psoriasis and Inflammatory Bowel Disease-A Systematic Review and Meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2020 Mar 13;14(3):351-360. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjz152. PMID: 31504363.
2. Whitlock SM, Enos CW, Armstrong AW, Gottlieb A, Langley RG, Lebwohl M, Merola JF, Ryan C, Siegel MP, Weinberg JM, Wu JJ, Van Voorhees AS. Management of psoriasis in patients with inflammatory bowel disease: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Feb;78(2):383-394. doi: 10.1016/j.jaad.2017.06.043. PMID: 29332708.
3. Xie W, Xiao S, Huang H, Zhang Z. Incidence of and Risk Factors for Paradoxical Psoriasis or Psoriasiform Lesions in Inflammatory Bowel Disease Patients Receiving Anti-TNF Therapy: Systematic Review With Meta-Analysis. *Front Immunol*. 2022 Mar 1;13:847160. doi: 10.3389/fimmu.2022.847160. PMID: 35300336; PMCID: PMC8921985.
4. Benzaquen M, Flachaire B, Rouby F, Berbis P, Guis S. Paradoxical pustular psoriasis induced by ustekinumab in a patient with Crohn's disease-associated spondyloarthritis. *Rheumatol Int*. 2018 Jul;38(7):1297-1299. doi: 10.1007/s00296-018-4034-0. Epub 2018 Apr 28. PMID: 29705819.
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009 Jul 21;339:b2700. doi: 10.1136/bmj.b2700. PMID: 19622552; PMCID: PMC2714672.
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. PMID: 33782057; PMCID: PMC8005924.



# 15. Comité multidisciplinar de genodermatosis

**Dra. Esther Roé.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

**Autor/es:** Esther Roé Crespo

**Hospital:** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Palabras clave:** genodermatosis, neurofibromatosis, rasopatías, esclerosis tuberosa, multidisciplinar

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

Las motivaciones o razones que llevaron a plantear la implantación de un comité multidisciplinar de genodermatosis fueron, principalmente, las dos siguientes:

- La existencia de enfermedades de baja prevalencia con requerimiento de seguimiento de múltiples especialistas y diagnóstico clínico tardío.
- La falta de guías clínicas y consensos en pruebas diagnósticas, de seguimiento y en tratamientos.

### Objetivo

Los objetivos de esta iniciativa fueron los siguientes:

- Implantar el estudio genético para el diagnóstico precoz.
- Consensuar las pruebas de diagnóstico y seguimiento entre los diferentes especialistas.
- Unificar las visitas de los diferentes especialistas el mismo día para reducir el ausentismo escolar y laboral.
- Proporcionar asistencia psicológica a los niños y las familias.

### Descripción

Realización de una reunión mensual (el segundo viernes de cada mes) donde se visitan de forma presencial los pacientes. Antes de la visita, los pacientes son revisados por el conjunto de especialistas (dermatología, genética, neurología, oftalmología, oncología, rehabilitación, nefrología). Los pacientes se visitan en Oftalmología y después acuden al hospital de día de pediatría para ser valorados por el resto de especialistas. La frecuencia de las visitas depende de la patología y de la edad de los pacientes. A los 18 años se realiza el traspaso al comité de adultos.

### Metodología

Ante la necesidad de consensuar visitas y protocolos de actuación en enfermedades de baja prevalencia, se contactó con especialistas pediátricos de las principales especialidades implicadas en estas enfermedades y se organizó el comité.

### Resultados obtenidos

#### Descripción general de los resultados obtenidos

Gracias a la implantación del comité multidisciplinar de genodermatosis, se han obtenido los siguientes resultados:

- Se ha alcanzado un consenso entre diferentes especialistas de guías diagnósticas y de seguimiento en enfermedades minoritarias.
- Se ha conseguido realizar un diagnóstico genético precoz, disminuyendo la ansiedad de las familias que se generaba debido a los largos seguimientos, durante años, hasta establecer el diagnóstico definitivo por criterios clínicos.



- Se ha podido dar soporte psicológico a los niños y familias con enfermedades minoritarias.
- Se ha logrado una disminución del ausentismo escolar y laboral gracias a la unificación de las visitas de los diferentes especialistas en un mismo día.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

En la actualidad no disponemos de indicadores de evaluación de resultados. No obstante, se podrían implantar encuestas de satisfacción de las familias.

Al ser enfermedades minoritarias, es difícil evaluar la disminución de visitas a especialistas y de pruebas diagnósticas que se consigue agrupando las visitas en un mismo día y consensuando las exploraciones de seguimiento y diagnóstico, en lugar de solicitarlas de forma indiscriminada.

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

- **Servicio de Dermatología:** coordinar una unidad funcional de genodermatosis, intentando conseguir un nivel de excelencia en el diagnóstico y manejo de estas enfermedades.
- **Pacientes:** disminuir el ausentismo escolar y laboral y mejorar el manejo de estos pacientes en todos los campos.
- **Administración sanitaria:** disminuir el número de exploraciones complementarias innecesarias y las interconsultas a otras especialidades de forma indiscriminada.
- **Resto de personal sanitario:** formación y actualización en enfermedades minoritarias.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

La creación del comité multidisciplinar es de gran utilidad y tiene un impacto positivo en pacientes de enfermedades minoritarias y sus familiares. Para ello, son claves la coordinación y la metodología entre los diferentes especialistas para realizar las visitas, ya que la presencia de tantas personas en una misma sala puede generar una sensación de desorden.

### Factores clave de éxito

Es imprescindible encontrar especialistas motivados que tengan ganas de formarse en estas enfermedades y se comprometan a asistir a las reuniones.

### Dificultades y barreras encontradas

La dificultad de coordinación entre diferentes especialistas.

### Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa no ha supuesto ningún coste adicional para el servicio, ya que se ha podido realizar directamente con su presupuesto. A su vez, a nivel de recursos humanos, se ha podido implantar sin necesidad de ampliar el personal del servicio.

### Aplicabilidad en otros centros

Este programa sería aplicable a otros centros, y pienso que sería un modelo interesante a seguir. En el caso de que se aplicara a otros centros, se podrían compartir protocolos y bases de datos de estos pacientes, que nos permitieran aumentar los conocimientos sobre estas enfermedades de baja prevalencia.

## Resumen/conclusión final

El comité multidisciplinar de genodermatosis pediátrica es una forma de diagnosticar y realizar el seguimiento de enfermedades minoritarias que, si se implantara en otros hospitales y se crearan redes de colaboración entre estos, permitiría avanzar en el conocimiento de las mismas.



## Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Toledano-Alhadeff H, Mautner VF, Gugel I, Zipfel J, Haas-Lude K, Constantini S, Schuhmann MU. Role, function and challenges of multidisciplinary centres for rare diseases exemplified for neurofibromatosis type 1 syndrome. *Childs Nerv Syst.* 2020 Oct;36(10):2279-2284.
2. Kokkinou E, Roka K, Alexopoulos A, Tsina E, Nikas I, Krallis P, Thanopoulou I, Nasi L, Makrygianni E, Tsoutsou E, Kosma K, Tsipi M, Tzetis M, Frysira H, Kattamis A, Pons R. Development of a multidisciplinary clinic of neurofibromatosis type 1 and other neurocutaneous disorders in Greece. A 3-year experience. *Postgrad Med.* 2019 Sep;131(7):445-452.
3. Hirbe AC, Gutmann DH. Neurofibromatosis type 1: a multidisciplinary Approach to care. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8):834-43.



# 16. Proceso de certificación de gestión de calidad según las normas ISO 9001. Versión 2015. Certificación AENOR

Dra. Pilar Manchado. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

**Autor/es:** Pilar Manchado López

**Hospital:** Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Palabras clave:** certificación, ISO9001, calidad

## Descripción de la experiencia

### Antecedentes

No existía en el servicio un control de calidad de todas las actividades que se realizase cada día tanto en el área asistencial como en el área docente o de investigación.

### Objetivo

Poner en valor quiénes somos, qué hacemos, cómo lo hacemos y por qué lo hacemos, es decir, el conocimiento de nosotros mismos.

### Descripción

La obtención de la certificación ISO 9001 es una forma de regular el trabajo de la unidad. Este proceso de certificación está auditado por una agencia externa (en esta ocasión, AENOR) que actúa prestando el apoyo necesario (explica y guía en el proceso) y va pautando las tareas a realizar. Además, se encarga de supervisar, corregir y proporcionar ideas de mejora durante el proceso. Hasta la fecha, se han realizado tres o cuatro reuniones. Sin embargo, este proceso no tiene un fin acotado.

Actualmente, existen dos vías de acceder a este proceso de certificación: solicitándolo a la dirección del centro y "situándose a la cola" de los servicios que lo han solicitado, o bien se lo puede gestionar el propio servicio, incluso económicamente. En este caso concreto, se ha hecho a través de la dirección, que ha asumido todos los gastos.

### Metodología

1. En una primera fase, se nos explica en qué consiste todo el proceso, que se inicia con reuniones organizadas por el servicio de calidad del hospital junto con auditores internos y externos que nos van dirigiendo las tareas a realizar. En esta fase inicial, se dividió el servicio en dos subgrupos: área de cirugía y área de consultas.
  - a. En una primera reunión con todos especialistas implicados en el área quirúrgica (incluidos residentes), se realizó un informe DAFO para evaluar nuestras debilidades y fortalezas, errores a corregir y actividades a potenciar. A partir de este análisis, se orientó el proceso hacia los puntos de mejora identificados.
2. En reuniones posteriores, se analizan por separado las áreas asistenciales tanto de consultas externas como de actividad quirúrgica.

Al realizar los procesos de **consultas externas** se analiza toda la trayectoria del paciente desde que es derivado de Atención Primaria, su asistencia en la consulta, donde se realiza la historia clínica, se solicitan pruebas complementarias, se emite un diagnóstico clínico y se pauta tratamiento si es preciso. Si el paciente es dado de alta se emite un informe; si, por el contrario, precisa seguimiento, se cita para revisión.

En las **consultas no presenciales**, el médico de Atención Primaria envía una breve historia clínica y adjunta una fotografía clínica y/o dermatoscópica. El dermatólogo responde con su posible diagnóstico y tratamiento. En este momento se valora si el paciente debe acudir a una consulta presencial, y esa información se envía al médico de Atención Primaria. Desde el servicio de Dermatología se cita directamente a ese paciente si fuera necesario.



En cuanto a las **interconsultas hospitalarias**, al ser recibidas a través de nuestro programa informático, el médico responsable de realizarla acude a visitar al paciente y emite su diagnóstico, y solicita las pruebas complementarias (analíticas, biopsias...) si fuera necesario. Al terminar, redacta un informe al servicio correspondiente que ha solicitado la consulta.

En el área quirúrgica se analizaron tanto la cirugía menor como la cirugía mayor. Toda la trayectoria del paciente, desde que acude a la consulta y se indica la cirugía (en este caso), se describe en la historia clínica, y se explica al paciente de forma detallada el tratamiento quirúrgico, a la vez que se entrega el consentimiento informado.

En esta área, el servicio de Enfermería está especialmente implicado en los cuidados del paciente, tanto en la acogida como en los cuidados postoperatorios.

3. Todo esto es analizado a través de la historia clínica reflejada en el programa informático de nuestro hospital.

4. En este momento tenemos en proceso de acreditación el área de formación e investigación.

## Resultados obtenidos

### Descripción general de los resultados obtenidos

La acreditación de la gestión de calidad en nuestro servicio está en proceso, pero su intencionalidad es:

- Lograr una ventaja competitiva, aumentando el prestigio y la competitividad y generando confianza y fidelización.
- Lograr un ahorro con una disminución de los costes que no redundan en calidad, con métodos más eficaces y eficientes, con la reducción del fallo y con la producción del reproceso.
- Y, sobre todo, implantar una mayor organización, para tener responsabilidades bien definidas, poseer documentación de las actividades claves, obtener planes de control de las mismas y detectar oportunidades de mejora.

Todo esto favorece la cohesión entre los miembros del servicio, que es muy importante para la buena práctica diaria.

### Indicadores utilizados para evaluar el resultado

No se ha utilizado indicadores específicos para medir el impacto dentro del servicio. Sin embargo, se observa una mejora a todos los niveles.

Para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes, el indicador utilizado ha sido las encuestas elaboradas por el propio servicio de Dermatología (depositadas por los pacientes en una urna).

### Valor aportado: ¿qué valor ha aportado la implantación de este proyecto a nivel de...?

Es muy importante remarcar que, en lo respectivo a la gestión y calidad y su acreditación en los servicios de Dermatología, esta implementación ha supuesto:

- Una mejora en la atención a los pacientes.
- Generalmente, ha aumentado la satisfacción de estos pacientes, que, como hemos comentado anteriormente, se mide mediante las encuestas que se elaboran en el servicio y que los pacientes depositan en una urna.
- Para los trabajadores, supone una forma de trabajar ordenada, organizada, unánime y con menor conflictividad.
- Se consigue reducir al máximo el número de errores.
- La seguridad en el quehacer diario nos aporta mucha más calidad.

## Discusión

### Lecciones aprendidas

- Se genera confianza.
- Fidelización.



- Métodos más eficaces y eficientes.
- Reducción del fallo en el trabajo.
- Responsabilidades bien definidas.
- Documentación de las actividades clave.
- Planes de control de las mismas.
- Detección de oportunidades de mejora.

#### **Factores clave de éxito**

Participación de todo el servicio, consensuando y comprometiéndose a trabajar realmente en equipo, lo que repercute de forma positiva en los resultados del trabajo.

#### **Dificultades y barreras encontradas**

Habitualmente las reuniones se realizan en un horario añadido a nuestro horario laboral.

#### **Recursos necesarios para la puesta en marcha**

A nivel de los recursos necesarios para poder implantar la iniciativa, cabe destacar que:

- No ha supuesto ningún coste económico adicional para el servicio.
- No ha supuesto ninguna ampliación del personal del servicio y ha sido llevada a cabo por el mismo personal que ya formaba parte del mismo.

#### **Aplicabilidad en otros centros**

Respecto a la aplicabilidad, se trata de una iniciativa altamente replicable. De hecho, esta iniciativa ya se está llevando a cabo en otros centros e, incluso, se está implantado en otras áreas clínicas/terapéuticas.

### **Resumen/conclusión final**

La certificación de calidad permite evaluar nuestra actividad, porque lo que no se define no se puede medir, lo que no se mide no se mejora y lo que no mejora se deteriora.

