



Aportando **valor**
en dermatología

Best Practices en dermatología

Contenido

Objetivos del proyecto	3
Glosario de abreviaturas	5
Apoyo a pacientes	7
1. Charlas informativas sobre cáncer cutáneo no melanoma para pacientes	9
2. Infografías de apoyo para facilitar la comprensión de la patología dermatológica por parte de los pacientes	14
3. Psicología caminando en psoriasis: proyecto Walk&Talk	17
4. Psoriasis: tratamiento biológico e impacto emocional	21
Uso de herramientas digitales (IA)	25
5. Chatbot para pacientes con IMID en Dermatología	27
6. Material informativo complementario como acompañamiento a pacientes y profesionales en teledermatología	33
7. BART-lovers	36
8. Teledermatología en el Hospital Río Hortega	40
Gestión por procesos	43
9. Proyecto asistencial: manejo de la onicomycosis	45
10. Canal de comunicación digital como principal medio de contacto del paciente de dermatología	48
11. Teledermatología geriátrica, el dermatólogo desde lejos, pero más cerca	55
Continuidad asistencial	59
12. Formaciones prácticas en ecografía cutánea para dermatólogos y reumatólogos	61
13. Consulta integrada de psoriasis: Dermatología y Farmacia Hospitalaria	64
14. Creación de una consulta multidisciplinar Derma-Medicina Interna de patología dermatológica compleja	67
15. Consulta conjunta Dermatología - Oncología	71
16. Guías de práctica clínica en Dermatología para Atención Primaria	74
17. Características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los pacientes que consultan en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital General de Valencia	77



Objetivos del proyecto

Aportando valor en dermatología



Objetivos del proyecto

- Dar a conocer las *best practices* (buenas prácticas) y los proyectos que se han desarrollado en los distintos centros a nivel nacional en los **cuatro últimos 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 y así facilitar su implementación.
- Crear este **documento en formato de 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.



Glosario de abreviaturas

Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Significado
AP	Atención primaria
BAG	Biopsia de aguja gruesa
CBC	Carcinoma basocelular
CCNM	Cáncer cutáneo no melanoma
CEC	Carcinoma espinocelular
CHGUV	Consorcio Hospital Universitario de Valencia
DLQI	<i>Dermatology Life Quality Index</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HUPM	Hospital Universitario Puerta del Mar
IMID	Enfermedades inflamatorias inmunomediadas
ITS	Infección de transmisión sexual
MMAS-8	Escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems
PAAF	Punción aspirativa con aguja fina
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> (reacción en cadena de la polimerasa)
PSOLIFE	Psoriasis Quality of Life
SUS	Escala de Usabilidad del Sistema
TSQM	<i>Treatment Satisfaction Questionnaire form Medication</i>
UIEAA	Unidad Integral de enfermedades ampollares autoinmunes
UITS	Unidad de infecciones de transmisión sexual
UNG	Uretritis no gonocócica
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VHS	Virus del herpes simple
VPH	Virus del papiloma humano



Apoyo a pacientes



Apoyo a pacientes

Introducción por Mercedes Hospital

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

El destinatario final de nuestra labor asistencial es cada uno de nuestros pacientes. Todo nuestro conocimiento se encamina a proporcionarle el mejor diagnóstico y tratamiento posibles para el control de la enfermedad. En ocasiones, la comunicación que se establece durante el tiempo limitado de las consultas puede resultar insuficiente para la correcta comprensión de la patología o del tratamiento instaurado. Siempre nos quedan detalles que explicar y al paciente cuestiones que preguntar.

Podemos complementar nuestro trabajo diario con los pacientes fuera del ámbito de consultas hospitalarias, y las iniciativas y proyectos que se presentan en este bloque son muestra de ello. Son claramente “Best practices”, prácticas de excelencia.

La originalidad, el rigor científico y el cariño con las que se han llevado a cabo no son sino la expresión de la calidad profesional y humana de los dermatólogos que las han realizado.

Su fácil implementación en todos nuestros servicios de Dermatología nos allana el camino para replicar estas iniciativas y contribuir a la mejora de nuestro trabajo diario.

La humanización del sistema sanitario tiene muchos enfoques y uno esencial es el acercamiento médico-paciente. Esta cercanía, manteniendo el respeto mutuo, viene a enriquecer nuestra labor y a mejorar no solo la comprensión de la enfermedad y del tratamiento, sino también a mejorar la adherencia al mismo.

Damos la enhorabuena a las cuatro propuestas de la categoría “Apoyo a pacientes” que presentamos en este bloque y esperamos que sean inspiradoras para todos los que nos animemos a ponerlas en práctica en nuestros centros.

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.



Charlas informativas sobre cáncer cutáneo no melanoma para pacientes

Dra. Isabel Polo y Dra. Susana Medina. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Isabel Polo Rodríguez y Susana Medina Montalvo

Hospital: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid (Comunidad de Madrid)

Periodo de realización: desde 2017 hasta la actualidad (interrupción durante la COVID-19)

Palabras clave: cáncer cutáneo no melanoma, pacientes, divulgación, información

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

El cáncer cutáneo es el más frecuente del ser humano a nivel mundial¹. El principal factor de riesgo ambiental para desarrollar un cáncer de piel es la exposición solar², siendo por ello un elemento modificable. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) incluye el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC), junto con otros tipos de cáncer cutáneo menos frecuentes. El CBC es el tumor maligno más frecuente en la raza humana; representa hasta el 60 % de todos los tumores cutáneos y se asocia a una exposición solar intermitente a lo largo de la vida. El CEC está relacionado con una exposición solar acumulada en el tiempo^{3,4}. A pesar de que el CCNM es el tumor maligno más frecuente, la concienciación pública acerca de sus síntomas y signos es baja. Consideramos la importancia de que los médicos trabajemos en este campo y divulguemos información útil y de calidad para ayudar a prevenirlo y diagnosticarlo precozmente.

Objetivo

El objetivo principal de esta *best practice* es aportar información a los pacientes sobre los síntomas y signos más precoces del cáncer cutáneo. Como objetivos secundarios, se plantea mejorar la calidad de nuestra atención a los pacientes y familiares con antecedentes de CCNM; aumentar la información que damos en la consulta a estos pacientes; dar a conocer los tratamientos habitualmente empleados y disponibles, informando de su utilidad y posibles efectos adversos; educar sobre diferentes aspectos de las radiaciones ultravioleta, efectos nocivos y beneficiosos, y sobre la importancia de la fotoprotección y sus formas de aplicación.

Descripción

Desde 2017, con la interrupción por la pandemia COVID-19, realizamos dos veces al año en nuestro servicio charlas informativas sobre el CCNM, incluidos las lesiones premalignas, el carcinoma basocelular, el carcinoma epidermoide y la protección solar.

Metodología

Dada la frecuencia de CCNM en nuestra población, decidimos ampliar la información a nuestros pacientes sobre los tumores cutáneos más frecuentes, las lesiones premalignas, su localización y manifestaciones, tratamientos utilizados y medidas de protección solar mediante la siguiente metodología:

1. El primer paso fue invitar a los pacientes y familiares intervenidos en los seis meses previos por CCNM, a través de correo ordinario, a asistir a nuestras charlas, que se organizan con una frecuencia de dos veces al año.

En la carta que se le enviaba al paciente con los resultados de la lesión extirpada, se adjuntaba la invitación para la asistencia a la charla más próxima.

2. Las charlas las daban los dermatólogos del servicio, que rotaban en las diferentes ediciones, estructuradas en los siguientes apartados:

- a. Lesiones premalignas.** Queratosis actínicas, queilitis actínica, campo de cancerización, tratamientos empleados, manejo de los efectos secundarios e importancia del diagnóstico precoz.
- b. Carcinoma basocelular.** Signos y síntomas más frecuentes, diagnóstico, tratamientos empleados, efectos secundarios.
- c. Carcinoma epidermoide.** Signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento, seguimiento.
- d. La radiación ultravioleta y la protección solar.**

3. Tras la exposición, los pacientes o familiares tenían la posibilidad de plantear cuestiones relacionadas con sus procesos o sobre los datos expuestos.

4. Tras finalizar la reunión, a los asistentes se les pasaba una encuesta de satisfacción con las siguientes preguntas:

Esta encuesta es anónima y su contestación es de carácter voluntario.
Se respetará en todo momento la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal
Por favor, sería tan amable de contestar a las siguientes preguntas.

Fecha:

Edad:	
-------	--

Marque lo que proceda con una X:	
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>

INDIQUE SU OPINIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN CON NUESTRO SERVICIO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN QUE LE OFRECEMOS	Muy SATISFECHO	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy INSATISFECHO	No sabe/ No contesta
	5	4	3	2	1	
1.- Satisfacción con la claridad de la información. ¿Le parece que los contenidos se han expuesto de forma sencilla y clara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Satisfacción con la comprensión de los contenidos de las ponencias. ¿Ha comprendido las explicaciones con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Satisfacción con la utilidad de los contenidos. ¿Será útil para su vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Satisfacción con la facilidad para preguntar las dudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Satisfacción con las instalaciones y medios disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Recomendaría esta actividad a sus familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Satisfacción general con esta actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTARIOS/SUGERENCIAS: (Indíquenos lo que estime conveniente como comentario o sugerencia. Le agradecemos su ayuda para la mejora de nuestro servicio)						



Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

- La acogida de la reunión fue excelente por parte de los pacientes, no solo manifestada en la encuesta de satisfacción sino también en las sucesivas revisiones en la consulta de CCNM.
- En el análisis de los resultados de la encuesta de 2019 encontramos los siguientes datos:
 - a) El número de encuestas completadas fue de 82.
 - b) La edad media de los asistentes fue de 63,3 años.
 - c) El 51 % de los asistentes fueron mujeres y el 49 %, hombres.
 - d) Respecto a la satisfacción con la claridad de la información, el 76 % de los asistentes estaba muy satisfecho, el 20 %, satisfecho, el 1,2 %, ni satisfecho ni insatisfecho, y el 1,2 %, insatisfecho.
 - e) **Comprensión de los contenidos:** el 70 % de los asistentes estaba muy satisfecho, el 25 %, satisfecho, el 2 %, ni satisfecho ni insatisfecho, y el 1,2 %, insatisfecho.
 - f) **Utilidad de los contenidos:** el 76 % de los asistentes estaba muy satisfecho, el 20 %, satisfecho, el 2 %, ni satisfecho ni insatisfecho, y el 2 %, insatisfecho.
 - g) **Facilidad para preguntar las dudas:** el 76 % de los asistentes estaba muy satisfecho, el 20 %, satisfecho, el 1,2 %, ni satisfecho ni insatisfecho, y el 1,2 %, muy insatisfecho.
 - h) **Satisfacción con las instalaciones y los medios disponibles:** el 52 % de los asistentes estaba muy satisfecho, el 31 %, satisfecho, el 11 %, ni satisfecho ni insatisfecho, y el 3,7 %, insatisfecho.
 - i) **Recomendación de esta actividad a familiares y a amigos:** el 80 % la recomendaría mucho, el 17 % la recomendaría, el 2,4 % ni sí ni no y el 0,8 % no la recomendaría.
 - j) **Satisfacción general con esta actividad:** el 77 % está muy satisfecho, el 21 %, satisfecho, el 1,2 %, ni satisfecho ni insatisfecho, y una persona (1,2 %), muy insatisfecha.
 - k) El comentario más frecuentemente aportado fue el interés por que informáramos también sobre el melanoma y los nevus displásicos.
- A la hora de las revisiones en la consulta, se ponía de manifiesto el mayor conocimiento de los pacientes sobre su patología, que mejoró la aceptación de los diferentes tratamientos.
- Las imágenes informativas son una medida eficaz para mejorar las actitudes, los conocimientos y los comportamientos sobre fotoprotección y la eficacia de la autoexploración.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado.

Para la valoración de estas reuniones, a la finalización, se utilizaba la encuesta de satisfacción presentada, que posteriormente era analizada por la jefa de servicio para ir mejorando las reuniones en las sucesivas ediciones.

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

- **Servicio de Dermatología:** gran acogida, reconocimiento y mejora de la percepción de nuestro trabajo por parte de los pacientes.
- **Pacientes:** la mejora de la información y el conocimiento de los pacientes sobre su patología da lugar a una prevención primaria con una mejor utilización de las medidas de protección solar y al diagnóstico precoz, ante el mayor conocimiento de los signos y síntomas, que pueden hacer sospechar de la aparición de un CCNM o de lesiones premalignas. Por otro lado, la percepción de los pacientes respecto a su dermatólogo mejora significativamente, con una mayor consideración desde el punto de vista científico. La asistencia a las reuniones de los familiares hace que la transmisión de información sea más eficiente.



- **Administración sanitaria:** establece un protocolo sencillo y sin aumento de costes para el control dermatológico de los pacientes con antecedentes de CCNM. Se prevé un ahorro en tratamientos y procedimientos quirúrgicos al fomentar las medidas de protección solar y los conocimientos de los pacientes que les ponen en alerta para consultar de forma precoz.

- **Resto de personal sanitario:** es una iniciativa con muy buena aceptación por parte de los médicos que seguimos a estos pacientes.

Discusión

Lecciones aprendidas

- El CCNM es el tumor maligno más frecuente y, muchas veces, el diagnóstico se retrasa por la falta de conocimiento por parte de los pacientes sobre los signos y síntomas de presentación.
- Los pacientes, en muchas ocasiones, no emplean la protección solar de forma correcta por desconocimiento y falta de utilización de medidas físicas, además de las cremas de protección solar, lo que contribuye al aumento del campo de cancerización y de la aparición de tumores cutáneos.
- Proporcionar la información en la consulta está limitado muchas veces por el tiempo disponible para atender a los pacientes, de modo que es de gran utilidad la realización de estas charlas informativas, que mejoran la calidad de la información y la atención que prestamos a nuestros pacientes.
- La ampliación del conocimiento sobre los diferentes tipos de tumores cutáneos y sus opciones terapéuticas por parte de los pacientes, así como sobre los efectos secundarios que podemos esperar y cómo manejarlos, además de los resultados obtenidos, mejora la confianza de nuestros pacientes en nosotros y el cumplimiento terapéutico.

Factores clave de éxito

- Disponer de los datos de correo para poder divulgar la información sobre la realización de estas charlas para pacientes con el lugar, la fecha, el horario y la posibilidad de asistencia de amigos o familiares facilitó la asistencia a las reuniones.
- La implicación del personal del servicio en la organización de las reuniones, la realización y la adaptación de la información para personas sin conocimientos sanitarios.
- La cercanía de los profesionales que han impartido las charlas y la disponibilidad para resolver las dudas de los pacientes.

Dificultades y barreras encontradas

- La elaboración de presentaciones adaptadas a personas de edad avanzada o sin conocimientos sanitarios supone una dificultad añadida.
- La realización de las charlas en horario laboral puede dificultar la asistencia de personas que trabajan.

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, junto con la implicación de las secretarías y los facultativos.

Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto no solo se podría aplicar en otros centros sino que, de hecho, sería muy recomendable, dado que mejoraría la calidad de la atención a nuestros pacientes con antecedentes de CCNM y que la información aportada a pacientes y familiares acerca a los pacientes con esta patología a los servicios de Dermatología.



Resumen/conclusión final

- A pesar de que el CCNM es el tumor maligno más frecuente, la concienciación pública acerca de sus síntomas y signos es baja.
- Consideramos de gran importancia que los médicos trabajemos en este campo, ya que en muchas ocasiones el tiempo en consulta no es suficiente, y proporcionemos información útil y de calidad para ayudar a prevenirlo y diagnosticarlo precozmente.
- La satisfacción de los pacientes con esta medida fue muy buena.
- Las limitaciones más grandes fueron el horario de la reunión y la dificultad de adaptar la comunicación a personas de edad avanzada o con pocos conocimientos médicos.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Alonso-Belmonte C, Montero-Vilchez T, Arias-Santiago S, Buendía-Eisman A. Current State of Skin Cancer Prevention: A Systematic Review. *Actas Dermosifiliogr*. 2022 Sep;113(8):781-791.
2. Martín García E, Arias-Santiago S, Serrano-Ortega S, Buendía-Eisman A. Changes in the Incidence of Skin and Lip Cancer Between 1978 and 2007. *Actas Dermosifiliogr*. 2017 May;108(4):335-345.
3. Basset-Seguín N, Herms F. Update in the Management of Basal Cell Carcinoma. *Acta Derm Venereol*. 2020 Jun 3;100(11):adv00140.
4. Gordon R. Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *Semin Oncol Nurs*. 2013 Aug;29(3):160-9.
5. Tejera-Vaquerizo A, Descalzo-Gallego MA, Otero-Rivas MM, Posada-García C, Rodríguez-Pazos L, Pastushenko I, Marcos-Gragera R, García-Doval I. Skin Cancer Incidence and Mortality in Spain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Actas Dermosifiliogr*. 2016 May;107(4):318-28.
6. Ziehfrend S, Schuster B, Zink A. Primary prevention of keratinocyte carcinoma among outdoor workers, the general population and medical professionals: a systematic review updated for 2019. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Aug;33(8):1477-1495.



2

Infografías de apoyo para facilitar la comprensión de la patología dermatológica por parte de los pacientes

Dr. Antonio Martínez. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Salvador Arias Santiago, Antonio Martínez López, Alejandro Molina Leyva, Beatriz Espadafor López

Hospital: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada (Andalucía)

Periodo de realización: desde el año 2022 hasta la actualidad

Palabras clave: infografía, continuidad asistencial, empoderamiento del paciente

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La sobrecarga asistencial en la asistencia sanitaria, especialmente en el sector público, dificulta en muchas ocasiones el establecimiento de una relación médico-paciente plena. Así, muchos pacientes sienten que no reciben toda la información necesaria acerca de su patología con un lenguaje plenamente comprensible. Por otro lado, muchos facultativos muestran dificultades para la transmisión adecuada del mensaje del acto médico, al no disponer de herramientas sencillas y eficaces para facilitar su comprensión.

Objetivo

El objetivo de este proyecto es la elaboración de infografías visuales con un lenguaje informal para facilitar la comprensión de los pacientes sobre su patología, así como la mejora de la calidad y continuidad asistenciales.

Descripción

Se elaboraron infografías por parte de los miembros del servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) sobre algunos de los problemas dermatológicos más comunes en la práctica diaria: tumores cutáneos benignos, cáncer cutáneo no melanoma, nevus, sarna, dermatitis atópica, psoriasis, condilomas genitales, dermatitis seborreica, alopecias y urticaria. Cada infografía incluía la descripción de la patología, su fisiopatogenia, las posibles manifestaciones y las opciones terapéuticas disponibles, empleando un lenguaje comprensible para el paciente y los acompañantes e incluyendo imágenes clínicas de las distintas entidades.

Metodología

Las infografías se elaboraron a través del siguiente proceso:

1. Se elaboró una plantilla para unificar el contenido de las infografías.
2. Un facultativo y un residente del servicio redactaron la información necesaria y recopilaban las imágenes.
3. Un revisor externo realizó correcciones al borrador remitido.
4. Finalmente, un diseñador gráfico plasmó la información en cada una de las infografías finales.
5. Estas infografías son entregadas a los pacientes que consultan por dichas patologías dentro de la propia consulta por parte de los facultativos. Asimismo, están disponibles en la página web del servicio.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Aunque no se dispone de ninguna forma de valoración objetiva de la satisfacción del paciente que permita obtener resultados medibles, la valoración oral/verbal de los pacientes está siendo muy positiva.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

En esta *best practice* no se han empleado indicadores para evaluar los resultados.

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

- **Servicio de Dermatología:** facilitar la transmisión y la comprensión de la información médica por parte del paciente.
- **Pacientes:** comprender de forma sencilla y coherente su patología.
- **Administración sanitaria:** implementar mejoras en la asistencia sanitaria y facilitar su continuidad.
- **Resto de personal sanitario:** fomentar valores de empoderamiento del paciente y trabajo en equipo.

Discusión

Lecciones aprendidas

La elaboración y difusión de las infografías nos ha enseñado la necesidad de transmitir la información sanitaria en un lenguaje adecuado y adaptado a nuestros tiempos a los pacientes atendidos en consulta.

Asimismo, resulta necesario seleccionar correctamente el perfil de pacientes al que se proporciona esta información como apoyo, y facilitársela a aquellos que expresan una mayor inquietud acerca de su enfermedad, pero no a aquellos que presentan patologías más complejas, como cáncer, y a quienes se puede saturar con sobreinformación.

Factores clave de éxito

Uno de los principales factores de éxito es el compromiso de todos los miembros del servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Otro aspecto clave de esta iniciativa es el buen posicionamiento SEO en Google, y que las infografías sean de acceso abierto, al estar disponibles en la web del servicio del hospital, donde actualmente hay n=11 infografías.

Dificultades y barreras encontradas

La principal limitación encontrada es la falta de tiempo de los creadores.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa ha supuesto un coste para el servicio, ya que, aunque el diseño de las infografías se llevara a cabo por el propio equipo médico, se ha requerido la contratación de un diseñador gráfico externo a cargo de los fondos del servicio de Dermatología para la maquetación de las infografías. No obstante, a nivel de recursos humanos, no ha supuesto la ampliación del personal de Dermatología, al ser realizada directamente por estos profesionales.

Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto se podría aplicar en otros centros y ampliar así el número de infografías. Además, las que ya se han diseñado se encuentran disponibles en la página web del servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. De la misma forma, es factible aplicar esta iniciativa al resto de especialidades médicas y quirúrgicas.



Resumen/conclusión final

La realización de las infografías como método de apoyo a la asistencia sanitaria en consulta de Dermatología permite una mejor comprensión por parte del paciente de la información sanitaria, así como una continuidad asistencial de la relación médico-paciente.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Zhuang M, Concannon D, Manley E. A Framework for Evaluating Dashboards in Healthcare. IEEE Trans Vis Comput Graph. 2022;28:1715–31.
2. Jones GB, Wright JM. The economic imperatives for technology enabled wellness centered healthcare. J Public Health Policy. 2022;43:456–68.
3. Dinh-Le C, Chuang R, Chokshi S, Mann D. Wearable Health Technology and Electronic Health Record Integration: Scoping Review and Future Directions. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7:e12861.



Psicología caminando en psoriasis: proyecto Walk&Talk

Dra. Rosa Taberner. Hospital Universitari Son Llàtzer

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Rosa Taberner, Catalina Llodrá

Hospital: Hospital Universitari Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Islas Baleares)

Periodo de realización: desde mayo de 2022 hasta mayo de 2023

Palabras clave: psoriasis, estrés, ansiedad, psicología, ejercicio físico

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La relación entre el estrés psicológico y la psoriasis es bien reconocida por los pacientes, aunque hoy en día ese vínculo sigue sin estar del todo explicado. Entre un 31 y un 88 % de los pacientes diagnosticados de psoriasis reportan el estrés y la ansiedad como factores precipitantes de sus brotes¹. Además, existe una mayor incidencia de psoriasis en individuos que han padecido algún evento estresante en el año previo al diagnóstico de su enfermedad cutánea². Por este motivo, se han propuesto múltiples abordajes en este sentido, como el tratamiento adyuvante de los pacientes con psoriasis, aplicando técnicas de relajación, hipnosis, *biofeedback* y técnicas conductuales y cognitivas de manejo del estrés, con resultados diversos¹⁻⁴. Desafortunadamente, la limitación de tiempo en las consultas de Dermatología, la falta de psicólogos en la mayoría en ellas y la saturación asistencial impiden en la mayor parte de los casos tratar a nuestros pacientes desde esta perspectiva.

Por otra parte, es bien conocida la relación entre psoriasis, obesidad y síndrome metabólico⁵, así como la dificultad que encuentran estos pacientes para la práctica de actividades deportivas, hecho que complica aún más los problemas derivados del sobrepeso⁶⁻⁸.

Objetivo

Intentar proporcionar herramientas a los pacientes con psoriasis moderada-grave para la gestión del estrés y de la ansiedad mediante ejercicios realizados en un ambiente extrahospitalario, fomentando además el ejercicio físico y el contacto con la naturaleza, de la mano de una psicóloga experta.

Descripción

Tras seleccionar a un grupo de siete pacientes procedentes del servicio de Dermatología de nuestro centro con diagnóstico de psoriasis moderado-grave, se realizaron seis sesiones de una hora con periodicidad semanal, en horario de tarde. El grupo estaba dirigido por una psicóloga especializada en técnicas de gestión del estrés y de la ansiedad, e iba acompañado en todo momento de un facultativo del servicio o residente de Dermatología y de una enfermera del servicio, quienes también se integraban en el grupo y realizaban los mismos ejercicios. Esta iniciativa se llevó a cabo dos años seguidos (en primavera) -2022 y 2023-, con diferentes pacientes.



Metodología

- Se ofreció participar en el proyecto a un total de siete pacientes en cada grupo, con un diagnóstico de psoriasis moderado-grave y con un tratamiento sistémico (incluida fototerapia).
- Las sesiones se llevaron a cabo con periodicidad semanal, durante seis semanas en cada grupo (primavera de 2022 y 2023), de una hora de duración, en el entorno del bosque de Bellver, el pulmón verde de la ciudad de Palma, en las inmediaciones del Castillo de Bellver. Al tratarse de una actividad al aire libre, podía haber cambios en función de la climatología y se avisaba directamente a los pacientes por vía telefónica. El teléfono móvil de los participantes debía estar apagado durante toda la sesión.
- Las sesiones fueron dirigidas por la psicóloga Catalina Llodrá en las dos ediciones, siempre con una o dos personas del equipo de Dermatología (facultativos, médicos residentes y/o enfermeras).
- El proyecto fue financiado por Almirall en ambas ediciones (honorarios de la psicóloga y del personal colaborador).
- Una vez en el punto de encuentro, se indicaba a los pacientes y al personal médico acompañante que apagaran su teléfono móvil y se iniciaba la caminata por los caminos del bosque de Bellver, con diferentes ejercicios de control del estrés y de la ansiedad a lo largo del itinerario. Tanto los ejercicios como el itinerario variaban en cada sesión.
- Al finalizar las sesiones se les pasó a los pacientes un cuestionario de satisfacción en el que evaluaban la experiencia.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

- Antes de iniciar las sesiones, solo un 57,2 % de los participantes manifestó sentirse motivado o muy motivado ante la iniciativa.
- Al finalizar la experiencia, el 100 % de los participantes refirieron que los ejercicios realizados les iban a ser útiles en su día a día.
- Asimismo, se les preguntó de manera abierta si creían que las sesiones les podían ayudar a afrontar mejor su enfermedad y, en su mayoría, manifestaron que así era ("compartir con otras personas que padecen lo mismo y ver de cerca a profesionales que buscan maneras de que tu cruz mejore o sea más llevadera", "he aprendido a ser más consciente de los momentos de estrés y de cómo intentar controlarlos", "desconozco si puede ayudar, pero de lo que estoy seguro es de que va bien para desestresarse" ...).
- Al preguntarles qué tipo de ejercicios habían encontrado más útiles, un 57,1 % contestaron que los de técnicas de respiración, un 28,6 %, las técnicas de visualización y un 14,3 %, las técnicas de respiración asociadas a trabajar con los sentidos (oído, vista, tacto).
- El 100 % de los pacientes dijeron que les había gustado la elección del lugar donde se habían desarrollado las sesiones (bosque de Bellver).
- El 100 % de los participantes otorgaron la máxima puntuación a la psicóloga que había liderado los grupos.
- El 85,7 % dijeron que, de tener la oportunidad, participarían de nuevo en este tipo de sesiones grupales.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

Encuestas a los participantes (motivación de los participantes antes y después de las sesiones, nivel de estrés percibido, grado de satisfacción de la actividad y aplicabilidad de los ejercicios practicados).

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

- **Servicio de Dermatología y demás profesional sanitario:** tener la oportunidad de estar al lado de nuestros pacientes en un entorno abierto extrahospitalario, beneficiándonos también de esas técnicas de relajación.
- **Pacientes:** poder acceder al aprendizaje de técnicas de control del estrés en un entorno natural, fomentando además el ejercicio físico.
- **Administración sanitaria:** mejorar la salud mental de los pacientes y del personal sanitario.

Discusión

Lecciones aprendidas

Ha sido una experiencia muy positiva para las dos partes (pacientes y personal sanitario) en sus dos ediciones y ha mejorado la relación médico-paciente en la consulta en muchos de los casos.

Factores clave de éxito

Algunos de los factores clave que han garantizado el éxito de esta iniciativa han sido contar con grupos pequeños, un entorno natural, enfoque personalizado y un número de sesiones suficiente.

Merece la pena destacar que la idea surgió de un paciente del servicio y, a partir de ahí, intentamos poner los medios para poder llevarla a cabo.

Dificultades y barreras encontradas

Los factores limitantes son de índole económica y logística, como la saturación de los profesionales de la salud mental en el sistema público y la dificultad para llevar a cabo este tipo de iniciativas fuera del horario laboral.

Dadas las características del proyecto, se ha llevado a cabo con muy pocos pacientes, de manera que no pueden extraerse conclusiones a gran escala.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa ha supuesto un coste que fue presupuestado, aprobado y facilitado por Almirall en ambas ediciones. Sin embargo, se pudo realizar directamente con el personal del servicio de Dermatología, sin requerir de una ampliación del mismo.

Aplicabilidad en otros centros

Existe la posibilidad de aplicar el proyecto a otros centros. No obstante, es complicado por la logística y porque el personal de salud mental es insuficiente en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, se podrían practicar los mismos ejercicios en un entorno hospitalario con grupos de pacientes.

De la misma forma, sería aplicable en cualquier área terapéutica y en cualquier tipo de enfermedades crónicas.

Resumen/conclusión final

Ha sido una experiencia muy satisfactoria para todos los actores implicados, que incluso llegó a ser compartida por los informativos de IB3 (la televisión autonómica balear), que vinieron a grabar la experiencia antes de la última sesión, el último día de la primera edición. En el siguiente enlace se puede encontrar el vídeo correspondiente a dicha noticia: <https://youtu.be/sPOrf1qG3Jc?si=Yslu-EGSkUJPB850>.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Rousset L, Halioua B. Stress and psoriasis. *Int J Dermatol*. 2018 Oct;57(10):1165-1172.
2. Snast I, Reiter O, Atzmony L, Leshem YA, Hodak E, Mimouni D, Pavlovsky L. Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2018 May;178(5):1044-1055.
3. Marek-Jozefowicz L, Czajkowski R, Borkowska A, Nedoszytko B, Żmijewski MA, Cubala WJ, Slominski AT. The Brain-Skin Axis in Psoriasis- Psychological, Psychiatric, Hormonal, and Dermatological Aspects. *Int J Mol Sci*. 2022 Jan 8;23(2):669.
4. Yang H, Zheng J. Influence of stress on the development of psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2020 Apr;45(3):284-288. doi: 10.1111/ced.14105. Epub 2019 Oct 8. PMID: 31592542.
5. Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, Girolomoni G, Targher G. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clin Dermatol*. 2018 Jan-Feb;36(1):21-28.
6. Ko SH, Chi CC, Yeh ML, Wang SH, Tsai YS, Hsu MY. Lifestyle changes for treating psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 16;7(7):CD011972.
7. Custurone P, Macca L, Bertino L, Di Mauro D, Trimarchi F, Vaccaro M, Borgia F. Mutual Influence of Psoriasis and Sport. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Feb 10;57(2):161.
8. Balato N, Megna M, Palmisano F, Patruno C, Napolitano M, Scalvenzi M, Ayala F. Psoriasis and sport: a new ally? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Mar;29(3):515-20.



Psoriasis: tratamiento biológico e impacto emocional

Dra. Aina Vila. Hospital de Manacor

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Aina Vila, Vicenç Rocamora, Concepción Sánchez, Marta Pascual, Beatriz González, Inmaculada Guilarte, Margarita Morro

Hospital: Hospital de Manacor, Manacor (Islas Baleares)

Periodo de realización: desde enero de 2024 hasta diciembre de 2024

Palabras clave: estado de ánimo, ansiedad, depresión, psoriasis, psicología, HADS, calidad de vida, escalas

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a un 2 % de la población en nuestro país¹. El impacto negativo de la psoriasis en la calidad de vida del paciente está bien documentado en la bibliografía, lo que refuerza la percepción de que el impacto psicosocial de la psoriasis es tan importante como sus consecuencias físicas, cosa que contribuye a su morbilidad. La prevalencia de la ansiedad en la psoriasis varía del 7 al 48 %, y la de la depresión en psoriasis varía del 6 al 62 %². Según de los datos de un metaanálisis, el porcentaje de pacientes que tienen sintomatología depresiva, medida mediante cuestionarios específicos, se situaría alrededor del 28 %³.

La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, o HADS) ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física, entre ellas, la psoriasis. Es un instrumento corto (14 ítems) que ha mostrado su fiabilidad y validez y que se utiliza tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno. Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Si bien hace años que se ha empezado a pasar el HADS a los pacientes con psoriasis en el Hospital de Manacor, la derivación a la consulta de Psicología clínica no se realiza en la práctica clínica habitual.

Objetivo

Evaluar la afectación psicológica de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico mediante la utilización de la escala HADS, así como detectar a los pacientes que requieren atención psicológica.

Metodología

Se trata de un estudio observacional transversal prospectivo con pacientes con psoriasis que iniciaron tratamiento biológico entre enero y febrero de 2024 en el Hospital de Manacor. Los pacientes rellenaron el cuestionario validado HADS al inicio del tratamiento y se procedió a realizar dos mediciones sucesivas más de los niveles de ansiedad y depresión a los cuatro y a los 12 meses del tratamiento.

A todos aquellos pacientes que tuvieran una puntuación mayor de 8 en algunas de las dos subescalas del HADS al mes 4 y 12 de valoración se les ofrecería ser derivados a la consulta de Psicología del propio hospital.



Además, en la visita inicial, todos los pacientes fueron informados del objetivo principal del estudio y firmaron el consentimiento informado. Todos ellos rellenaron el cuestionario en la sala de espera, tras la finalización de la visita médica.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Se han analizado un total de 13 pacientes. De ellos, un 53,8 % (7) eran mujeres y un 46,2 % (6), hombres, con una media de edad de 37,8 años (17-68). Un 53,8 % (7) de los pacientes no habían recibido tratamiento previo con biológicos. El número medio de tratamientos biológicos previos era de 1,3. Respecto a los tratamientos biológicos iniciados: cinco fueron biosimilares de adalimumab, uno de secukinumab, dos de tildrakizumab, uno de guselkumab, dos de risankizumab, uno de ixekizumab y uno de bimekizumab. La media de puntuaciones al inicio del tratamiento fue de 6,46 y 8,07 para las subescalas de ansiedad y depresión, respectivamente, y de 5,07 y 6,15 en la visita de los cuatro meses. Aunque el estudio se está llevando a cabo todavía, el análisis realizado a los cuatro meses indicó una mejoría en los niveles de ansiedad y depresión en un 92,3 % (12/13) de los pacientes. Se realizará una nueva valoración definitiva a los 12 meses del tratamiento.

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

Esta iniciativa permite ofrecer apoyo psicológico dentro del propio hospital, especialmente a aquellos pacientes con psoriasis y un trastorno/afectación psicológica clara (puntuación ≥ 8 en la escala HADS) a los cuatro y a los 12 meses de implementación del tratamiento biológico, así como tratar de dar continuidad a esta práctica, implantando un programa de apoyo psicológico a los pacientes en quienes se detecte esta necesidad, es decir, en aquellos que más lo requieran o puedan beneficiarse de ello.

Además, el facultativo responsable dispone de la opción de acceder al curso clínico y la valoración psicológica realizada, para poder hacer así un seguimiento del paciente.

Discusión

La psoriasis se asocia a varias enfermedades mentales y, en especial, a la ansiedad y la depresión. Los pacientes con psoriasis presentan ansiedad en una media del 43 % de los casos⁴. Por otro lado, se estima que la depresión puede llegar a prevalencias de entre el 20 y el 30 % y, según algunos trabajos, hasta del 62 %. Estos índices son superiores a los de la población general o con otras enfermedades de la piel, y la prevalencia se incrementa en los casos de psoriasis más severa. *Kurd et al.* confirman estos datos y encuentran, en una larga serie de pacientes con psoriasis, altas prevalencias de depresión, ansiedad e ideación suicida (39, 31 y 44 %, respectivamente), que se incrementan en los casos más graves de la enfermedad dermatológica. De forma inversa, la depresión que padecen los pacientes con psoriasis es más grave que en la población general y se asocia con mayor frecuencia a ansiedad e ideación suicida (entre el 2,5 y el 9,7 %, respectivamente).

Los tratamientos biológicos han demostrado que mejoran la función física, así como los aspectos sociales y psicológicos relacionados con la psoriasis, llegando a niveles incluso superiores a los de la población general. Varios estudios evidencian que estos fármacos mejoran la funcionalidad, así como la calidad de vida o los síntomas afectivos de los pacientes. Sin embargo, la no mejoría de estos síntomas y el consiguiente impacto en la salud mental de los pacientes podrían requerir atención psicológica especializada.

En este estudio utilizamos el punto de corte original propuesto por Zigmond y Snaith –con la puntuación de 8-10 como posible, y ≥ 11 , problema clínico– para cada una de las subescalas, de manera independiente. Este cuestionario es un rápido instrumento de cribado, no de diagnóstico, cuya función es la de facilitar y adelantar la derivación del paciente a salud mental para su correcta valoración, diagnóstico y tratamiento, si procede.

Dificultades y barreras encontradas

La principal limitación de estudio proviene de su diseño, ya que es transversal, evalúa a pacientes con diferentes tratamientos biológicos, severidad y grados de evolución de la enfermedad. Otro posible sesgo



proviene de que tres de los cuestionarios utilizados (HADS, ansiedad, depresión y trastornos del sueño) no son específicos para pacientes con psoriasis, sino que son aplicables a la población general. Por tanto, es posible que se produzca un sesgo de información o de clasificación, ya que el cuestionario utilizado es poco específico para la población estudiada.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

No se han requerido recursos económicos ni personal sanitario adicional para la realización del estudio.

Aplicabilidad en otros centros

Este estudio podría aplicarse en otros servicios de Dermatología de hospitales de España, para así poder identificar a aquellos pacientes con psoriasis moderada-grave y tratamiento biológico que precisan atención psicológica.

Resumen/conclusión final

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica con gran impacto psicológico en la calidad de vida de los pacientes. Nuestros resultados podrían mostrar que, en ciertos pacientes, pese a recibir un tratamiento biológico adecuado, la mejoría clínica objetiva y subjetiva podría no reflejarse en su estado de ánimo y, por lo tanto, podrían ser candidatos para derivación a atención psicológica especializada.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Ferrándiz C, Carrascosa JM, S Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. Actas Dermosifiliogr. 2014;105:504-9
2. Fleming P, Bai JW, Pratt M, Sibbald C, Lynde C, Gulliver WP. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: A systematic review of observational studies and clinical trials. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31:798-807, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13891>.
3. Dowlathshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: A systematic review and meta-analysis. J Invest Dermatol. 2014;134:1542-51, <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2013.508>.
4. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. J Psychosom Res. 2001;50:11-5.



Otras referencias:

- Dowlathshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: A systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol.* 2014;134:1542-51, <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2013.508>.
- Wahl A, Hanestad BR, Wiklund I, Moum T. Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Qual Life Res.* 1999;8:427-33.
- Pujol RM, Puig L, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Vanaclocha F, et al. Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: An observational, multi-center study of 1164 patients in Spain (The VACAP study). *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:897-903, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.04.014>.
- Jones-Caballero M, Peñas PF, García-Díez A, Margaret Chren M, Badía X. La versión española de Skindex-29. Un instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas. *Med Clin (Barc).* 2002;118:5-10, [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72266-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72266-5).
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:277-83.
- Martín-Brufau R, Romero-Brufau S, Martín-Gorgojo A, Brufau Redondo C, Corbalán J, Ulnik J. Psoriasis lesions are associated with specific types of emotions. Emotional profile in psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2015;25:329-34, <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2015.2577>.
- Talamonti M, Galluzzo M, Servoli S, d'Adamio S, Bianchi L. Alexithymia and plaque psoriasis: Preliminary investigation in a clinical sample of 250 patients. *Dermatology.* 2016;232:648-54, <http://dx.doi.org/10.1159/000453661>.
- Kouris A, Christodoulou C, Stefanaki C, Livaditis M, Tsatovidou R, Kouskousis C, et al. Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* 2015;90:841-5, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154147>.
- Finzi A, Colombo D, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G, et al., PSYCHAE Study Group. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: The PSY- CHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:1161-9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2007.02079.x>.



Uso de herramientas digitales (IA)



Uso de herramientas digitales (IA)

Introducción por Ángeles Flórez

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

En un contexto como el actual, complejo y súper especializado, con demanda creciente de atención dermatológica y múltiples fuentes de información, no siempre contrastadas, la prestación de la asistencia sanitaria al paciente con lesiones cutáneas puede suponer un reto.

Algunas claves para afrontar estas amenazas son proveer información veraz y actualizada y mantener la continuidad asistencial, favoreciendo los planes personalizados de tratamiento.

Para ello, las nuevas herramientas tecnológicas se presentan como una oportunidad que los dermatólogos colaboradores en este capítulo han sabido explotar.

En efecto, los doctores Tamara Gracia, Guillermo Servera, Beatriz Bartolomé y Daniel Rodríguez comparten iniciativas originales implantadas en sus servicios mediante las que combatir la pseudoinformación, la fragmentación de la asistencia y la hiperfrecuentación. Se trata de iniciativas que favorecen un seguimiento más eficaz y eficiente, evitando consultas innecesarias, potenciando la autonomía del paciente, que comprende mejor su patología y tratamiento y adquiere un rol proactivo, y en definitiva, mejorando los resultados en salud.

En conclusión, las nuevas tecnologías permiten canales de comunicación originales que aportan valor a la asistencia sanitaria.



Chatbot para pacientes con IMID en Dermatología

Dra. Tamara Gracia. Hospital Universitario Miguel Servet

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Tamara Gracia Cazaña, Manuel Almenara Blasco, Ana María Morales Callaghan, Surya Roca, Yolanda Gilaberte

Hospital: Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza (Aragón)

Periodo de realización: desde enero de 2021 hasta enero de 2023

Palabras clave: psoriasis, chatbot, gestión, manejo

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

En los últimos 20 años se han desarrollado e implementado multitud de estudios piloto para la monitorización de pacientes con diferentes tipos de enfermedades crónicas¹. Los resultados que estos pilotos reportan siempre son positivos desde el punto de vista del paciente y, por lo general, también son positivos desde el punto de vista del sistema sanitario (se reducen efectos adversos relacionados con la enfermedad crónica, como visitas al médico, hospitalizaciones, etc.). Sin embargo, por unas u otras razones (muchas veces no bien explicadas o entendidas), prácticamente ninguno de estos pilotos ha pasado de esa fase inicial. Si los sistemas de telemonitorización para pacientes crónicos producen siempre un beneficio a todas las partes, ¿por qué prácticamente ningún sistema de telemonitorización ha pasado de la fase de piloto y se ha establecido en la práctica clínica habitual de los sistemas sanitarios?. No existe una respuesta única ni sencilla a esta pregunta.

Muchas veces, los pilotos han nacido únicamente con esa vocación: ser pruebas limitadas en el tiempo sin interés en el largo plazo. Además, muy pocas veces los sistemas de telemonitorización han estado alineados con las estrategias sanitarias de los sistemas de salud de las regiones donde se implementaban. Por lo general, los pilotos también exigían mucho trabajo a los pacientes y/o no se integraban bien con su día a día y con su forma de vida hasta la fecha. No hay que olvidar nunca que los pacientes, antes que enfermos, son personas, con su estilo de vida particular y sus necesidades sociales, que muchas veces entran en conflicto entre sí (lo que es bueno para el paciente, la persona no tiene por qué experimentarlo como beneficioso). Esta doble vertiente en la vida de un paciente crónico (enfermo + persona) queda reflejada en lo que en este proyecto hemos denominado aproximación Paciente-Persona, donde el paciente no solo se define por sus parámetros médicos y la evolución de estos, sino que ha de ser visto como una persona más allá de su enfermedad, con intereses y experiencias que también influyen en su calidad de vida.

La pandemia del coronavirus ha modificado la atención a los pacientes, primando cualquier medio telemático para el control de los mismos sin acudir al centro sanitario. Esto hace que todos los sistemas telemáticos, consultas virtuales y sistemas de control telemáticos cobren especial importancia en la nueva normalidad impuesta en la atención sanitaria. Por eso, este proyecto pretende dar un giro a los sistemas de telemonitorización /autogestión y redefinirlos para que se pase a un diseño alineado con la estrategia del Paciente-Persona en esta nueva normalidad.

Pero para que ese giro sea posible, hay que volver a la aproximación Paciente-Persona y ver, también, que el entorno del paciente ha de estar predisposto a apoyarle en la adopción de estos sistemas, especialmente

el profesional sanitario que gestiona al paciente, por lo que el sistema debe estar alineado con las visitas periódicas y facilitarlas, en lugar de suponer un mayor consumo de tiempo.

La nueva aproximación a los sistemas de telemonitorización propuesta en este proyecto se basa en las plataformas sociales de mensajería, como son *Signal*, *WhatsApp*, etc. Estas plataformas de mensajería han entrado en la vida de millones de personas de todos los rangos de edad con mucho éxito y ofrecen grandes posibilidades de integración y alineamiento para la autogestión del día a día. La penetración en la población de estas aplicaciones es total y su distribución por grupos de edades es muy uniforme.

En los últimos años ha empezado una revolución dentro de este tipo de aplicaciones que parece imparable: la aparición de **bots (asistentes virtuales)** para la interacción con los usuarios². Estos asistentes son programas informáticos autónomos que ofrecen algún tipo de servicio/interacción a los usuarios que se comunican con ellos. Los usuarios los tienen en su lista de contactos y la interacción con ellos se realiza como con cualquier otro contacto de esa lista.

Las posibilidades que se abren mediante el uso de asistentes virtuales son impresionantes. El asistente puede recoger y procesar los datos de los pacientes crónicos, ofrecerles estadísticas de su evolución, buscar información interesante, ofrecer recordatorios de tomas de medicamentos, etc. de forma totalmente alineada con el transcurrir cotidiano en la vida del Paciente-Persona.

La enorme ventaja que ofrecen estas plataformas de mensajería con la utilización de asistentes virtuales frente a una *app* tradicional es que, por una parte, las *apps* de mensajería ya están presentes en la vida de todos los Pacientes-Personas y su uso es generalizado y, por otra, no es necesario que se actualice cada vez que se incluyan nuevas funcionalidades al sistema.

No obstante, y para que esta nueva aproximación a los sistemas de telemonitorización/autogestión basados en plataformas de mensajería tenga éxito, el Paciente-Persona los ha de percibir como útiles y seguros. Por ello, este proyecto, como se detalla en la metodología, pone especial énfasis en ambos puntos.

Para demostrar la viabilidad de esta nueva aproximación, la enfermedad crónica en la que este proyecto se va a centrar y va a desarrollar su prueba de campo es la **psoriasis**. Un tratamiento efectivo de la psoriasis debe abarcar no solo el bienestar físico, sino también el psicológico y social. Por ello, el manejo del paciente psoriásico ha de ser multidisciplinar, lo que implica la identificación y el tratamiento de los problemas psicológicos, las adicciones y las enfermedades metabólicas, cardiovasculares y articulares asociadas, junto con un objetivo final: la mejora de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

Objetivo

1. El objetivo principal del *chatbot* es ayudar al paciente con psoriasis a solventar los problemas o dudas que puedan surgir en lo referente a su enfermedad y tratamiento.
2. Dotar al paciente de mayor autonomía en su proceso asistencial. El *chatbot* puede ser una herramienta para disminuir el número de visitas presenciales en pacientes seleccionados y centrar el foco en aquellos pacientes que necesitan de una mayor supervisión.
3. Proporcionar al paciente un almacén digital de sus imágenes, tratamientos y evolución. El paciente puede consultar esos datos en cualquier momento y compartirlos con los sanitarios que le atiendan, sean los habituales o puntuales (viajes, cambios de domicilio, etc.).

Descripción

El objetivo principal de este proyecto ha sido el desarrollo de un asistente virtual, al que denominamos ELENA, para el seguimiento, control y adherencia al tratamiento de pacientes con psoriasis, integrado dentro de una plataforma social de mensajería, de funcionamiento similar al *WhatsApp*, llamado *Signal*.



El paciente interactúa con ELENA como lo hace con cualquiera de sus otros contactos de *WhatsApp*. Por ejemplo: le va enviando recordatorios de la toma de los medicamentos que su médico le haya prescrito. ELENA organiza la toma y el cumplimiento de los mismos, ofreciendo resúmenes, estadísticas, evoluciones, entre otras posibilidades, a petición del paciente.

Así mismo, ELENA puede ser instruida para hacer preguntas sobre el estado del paciente y almacenar imágenes que el paciente se realice para el control de sus placas de psoriasis, entre otras cosas. En cada una de las visitas periódicas con su médico y/o enfermera, el paciente puede mostrarle toda esa información de manera sencilla (en la pantalla del móvil), para así comprender mejor la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.

Los profesionales sanitarios (médicos o enfermeros de investigación) revisan periódicamente las respuestas de los pacientes en determinadas preguntas. Para cuestiones relacionadas con los efectos adversos, las respuestas se generan de manera automatizada.

El *chatbot* Elena complementa, pero en ningún caso sustituye, al seguimiento tradicional del paciente por parte del profesional sanitario.

Metodología

1. Diseño e implementación de un asistente virtual dentro de la plataforma de mensajería *Signal*

La plataforma de mensajería *Signal* proporciona un entorno de comunicación seguro, gracias a la utilización del cifrado extremo a extremo entre los dos extremos de la comunicación. Gracias a este cifrado, se evita la monitorización no autorizada de las conversaciones entre los usuarios y se evita la extracción de la información que intercambian los usuarios durante sus comunicaciones.

El diseño e implementación del asistente virtual que da servicio al sistema está centrado en proporcionar la privacidad que requiere un escenario que contiene datos privados de pacientes. Para alojar el asistente virtual se ha optado por implementar la base de datos cifrada en servidores propios, donde se garantiza que la gestión de la información y el acceso a los datos no estén abiertos a terceros.

La información se guarda en servidores propios, cuyo disco está cifrado, y para acceder al servidor es necesario disponer de usuario y contraseña. Este servidor es propiedad de la Universidad de Zaragoza y la correcta configuración del servidor es responsabilidad de los/as ingenieros/as que participan en el proyecto.

Las fotos de lesiones de los pacientes se guardan en el servidor anteriormente comentado. El objetivo de estas fotos es realizar el seguimiento de la enfermedad y de las zonas afectadas por parte del paciente y de su dermatólogo/a, al cual le tendrá que dar permiso para que pueda ver su información personal (fotos, citas médicas, etc.).

Por defecto, las fotos y el resto de información únicamente las puede ver el paciente, hasta que permita de forma explícita a un/a dermatólogo/a en concreto verlas. El paciente puede elegir a qué dermatólogo/a de los que participan en el estudio desea ceder el consentimiento para que vea su información. Este consentimiento adicional que tiene que dar el paciente sirve para garantizar la privacidad de su información hasta que ceda el consentimiento a su dermatólogo/a.

Los/as dermatólogos/as solo van a poder ver la información de los pacientes que se lo hayan permitido. Los/as ingenieros/as no accederán a las fotos y solo accederán a la información de cuántas fotos tiene cada paciente o el registro de las conversaciones, en caso de que sea necesario para sacar estadísticas o resultados para una publicación científica.

El desarrollo del asistente virtual está basado en la utilización de microservicios. Los microservicios son una técnica novedosa y muy potente en el desarrollo de arquitecturas de *software* que se basa en el desarrollo de pequeñas piezas de *software* autocontenidas y capaces de ejecutarse en cualquier máquina, que se centran

en llevar a cabo tareas específicas especializadas y que se comunican entre ellos mediante el protocolo *http*, al estilo de una arquitectura *REST*.

Los microservicios pueden estar desarrollados con cualquier lenguaje de programación y, gracias a las tecnologías de contenedores, como *Dockers*, pueden ser desplegados de manera rápida y autocontenida en cualquier tipo de máquina. De esta manera, el asistente virtual estará compuesto por diferentes microservicios orientados a ofrecer al paciente las diferentes utilidades para mejorar la adherencia a la toma de medicamentos y proporcionar un espacio donde almacenar y visualizar las zonas afectadas con psoriasis.

2. Resultados de la tarea y funcionamiento del asistente

El asistente virtual ELENA se encarga de recordar la medicación que tiene que tomar el paciente cada día y de guardar las imágenes que el paciente quiera almacenar de su zona afectada. Para ello, el paciente (o su enfermera, médico o familiar, siempre previamente autorizados por el paciente), interaccionando con ELENA, le indicará los medicamentos que tiene que tomar.

Una forma simple de hacer esto es mandar a ELENA una foto de la hoja de tratamiento donde se especifican todos los detalles del tratamiento. ELENA recibe esa hoja y la procesa para leerla y programar los recordatorios de acuerdo con esa información. Aunque ELENA puede hacer todo el trabajo de forma automática, el paciente puede adaptar las horas de las tomas de acuerdo con sus preferencias. Así mismo, el paciente puede eliminar medicamentos o añadir otros de forma sencilla, en caso de que su médico o médica cambie su medicación.

El resto de los mensajes que se intercambien entre los pacientes y el asistente virtual depende de cada caso, ya que la conversación con el asistente es de forma proactiva, siendo el paciente el encargado de hablar con el asistente si necesita algo, a excepción de los recordatorios de toma de medicación y de citas médicas, que enviará de forma proactiva el asistente virtual, pero que dependerán de cada paciente.

3. Implantación

Se ha realizado un estudio cuasiexperimental en el que se ha invitado a 40 participantes.

A todos ellos se les ha realizado una atención integral en la que se ha valorado no solo su psoriasis, con consultas, fotografías, gestión de medicación y citas, sino también cómo influye su psoriasis en el sueño, el consumo de alcohol o la positividad, entre otros factores. Los pacientes han sido seguidos durante un mínimo de tres meses.

Además, se les han realizado diferentes pruebas, como *Psoriasis Quality of Life* (PSOLIFE), *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) o *Treatment Satisfaction Questionnaire form Medication* (TSQM). Al finalizar se ha realizado una prueba de adherencia y de satisfacción.

Finalmente, se analizó el uso de las funcionalidades por parte de los pacientes, la utilidad del asistente virtual, su uso y percepción por parte de los usuarios y la satisfacción por parte de los profesionales sanitarios.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Se realizaron encuestas a los participantes y se midió la usabilidad del sistema con la Escala de Usabilidad del Sistema (SUS). Se incluyó en el estudio a un total de 34 participantes, de los cuales finalmente fueron 30 pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave y cuatro profesionales sanitarios. La medición de la mejora de la calidad de vida se realizó mediante el análisis de los cuestionarios PSOLIFE y DLQI.

Los resultados mostraron que, en promedio, la calidad de vida mejoró (de 63,8 a 64,8 para el PSOLIFE [con un valor p de 0,66 y un tamaño del efecto de 0,06] y de 4,4 a 2,8 para el DLQI [con un valor p de 0,04 y un tamaño del efecto de 0,31]). Los pacientes también utilizaron el asistente virtual para realizar 52 consultas



médicas. Además, la usabilidad está por encima de la media, con una puntuación SUS de 70,1. Como indican los resultados de la escala de adherencia a la medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8), la adherencia también mejoró ligeramente.

Otros resultados interesantes fueron los siguientes: el 70 % de los pacientes utilizó de forma regular el *chatbot*. De los 30 pacientes, 26 decidieron continuar utilizándolo; el 66,7 % de los pacientes cree que mejoró su adherencia al tratamiento, y el 83 % se sintió más tranquilo o seguro en lo concerniente a su enfermedad.

Nuestro trabajo demuestra la mejora de la calidad de vida con el uso de un asistente virtual en teledermatología, que podría atribuirse a la sensación de seguridad o tranquilidad que perciben los pacientes al poder contactar directamente con sus dermatólogos dentro del sistema integrado en el asistente virtual³.

En el futuro, otros proyectos se beneficiarían de la integración del *chatbot* con la historia clínica electrónica de los pacientes.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- El sistema de escala de usabilidad (SUS)
- *Psoriasis Quality of Life* (PSOLIFE)
- *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)
- Número de consultas médicas
- Escala de adherencia a la medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8)

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

- **Servicio de Dermatología:** el *chatbot* Elena puede ayudar en la monitorización y el seguimiento de los pacientes, que pueden tener una mejor autogestión de la consulta.
- **Pacientes:** el *chatbot* Elena permite adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, brindando recomendaciones y consejos personalizados en función de la gravedad de la enfermedad, los tratamientos anteriores y otros factores individuales. Esto puede mejorar la relevancia y efectividad de la información proporcionada y el empoderamiento del paciente.
- **Administración sanitaria:** esto puede ser especialmente útil para pacientes que afrontan barreras de acceso a la atención médica tradicional, como la falta de tiempo o la ubicación geográfica; es una herramienta de la administración sanitaria para brindar apoyo sanitario a todos los pacientes.
- **Resto de personal sanitario:**
 - **Enfermería:** una mayor personalización en la relación de cuidados, con mayor apoyo emocional y gestión integral del paciente.
 - **Farmacia:** una mayor adherencia a los tratamientos, siguiendo las prescripciones farmacológicas según lo indicado.

Discusión

Lecciones aprendidas

La telemonitorización desde una perspectiva paciente-persona tiene un impacto positivo en la enfermedad, la calidad de vida del paciente y su adherencia al tratamiento.



Factores clave de éxito

Para que este proyecto se lleve a cabo con éxito se precisa personal involucrado, no solo el dermatólogo responsable del tratamiento, sino también los profesionales de enfermería gestores de casos.

Dificultades y barreras encontradas

Se precisa de financiación y de un equipo humano para poder mantener la infraestructura del chatbot a largo plazo y automatizar respuestas mediante inteligencia artificial. La imposibilidad actual de seguir utilizando el *chatbot* tras la fase piloto ha provocado una sensación de abandono entre muchos pacientes.

La edad avanzada de los usuarios podría constituir otro factor limitante en el manejo de las nuevas tecnologías. La edad media de los usuarios es de 50-60 años. No obstante, en este caso particular se encontró una grata sorpresa, ya que muchos de ellos empleaban la herramienta digital sin importar su edad.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos económicos, se ha requerido la beca MINECO para poder financiar el proyecto. No obstante, se ha podido llevar a cabo contando directamente con el personal del servicio de Dermatología.

Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto consiste en un estudio piloto, actualmente en proceso de expansión, no solo para pacientes con psoriasis sino para el resto de enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID, por sus siglas en inglés).

Resumen/conclusión final

En resumen, los *chatbots* pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a pacientes con psoriasis, al proporcionar información, apoyo emocional, seguimiento de síntomas, acceso a la atención médica y servicios personalizados, lo que puede contribuir a una mejor gestión de la enfermedad y una mayor calidad de vida.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Wootton R. Twenty years of telemedicine in chronic disease management--an evidence synthesis. J Telemed Telecare. 2012;18(4):211-20.
2. Why Chat bots are so important. <http://www.forbes.com/sites/vivianrosenthal/2016/08/02/heres-why-chat-bots-are-important-to-your-business/#2e3e225125e4>
3. Roca S, Almenara M, Gilaberte Y, Gracia-Cazaña T, Morales Callaghan AM, Murciano D, García J, Alesanco Á. When Virtual Assistants Meet Tele dermatology: Validation of a Virtual Assistant to Improve the Quality of Life of Psoriatic Patients. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 5;19(21):14527.



Material informativo complementario como acompañamiento a pacientes y profesionales en teledermatología

Dr. Guillermo Servera. Hospital Universitario La Paz

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Guillermo Servera Negre, Elena Sendagorta Cudós, Rocío Gil Redondo, Pedro Herranz Pinto

Hospital: Hospital Universitario La Paz, Madrid (Comunidad de Madrid)

Periodo de realización: desde julio de 2023 hasta la actualidad

Palabras clave: teledermatología, información, recomendaciones, hoja, digital, continuidad, apoyo

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

El establecimiento de canales no presenciales de consulta en Dermatología y, más concretamente, en nuestro medio, los sistemas de teledermatología asíncrona e indirecta (en los que los profesionales de Atención Primaria (AP) interconsultan al servicio de Dermatología en diferido), han supuesto una herramienta útil para cribar y priorizar a los pacientes que deben ser atendidos de forma presencial.

Sin embargo, la virtualización de la asistencia puede comprometer la calidad percibida por aquellos pacientes que nunca llegan a ser valorados de forma síncrona ni presencial en Dermatología (entre otros motivos, al no poder resolver todas sus dudas en el momento).

En este escenario, la escasa fluidez que ofrecen algunos sistemas de teledermatología en lo que concierne a la comunicación entre profesionales hace que a menudo los médicos de familia y pediatras de AP no dispongan de información suficiente y accesible para abordar dudas y/o escoger el mejor circuito de derivación o pauta de seguimiento.

Objetivo

El objetivo principal del proyecto es ofrecer tanto a pacientes como a profesionales de AP material informativo de alta calidad, adaptado a cada audiencia y enfocado a las patologías, los tratamientos, los procedimientos o los motivos de consulta más frecuentes, mediante una estrategia de digitalización que parta de consensos y recomendaciones preexistentes. Con ello se pretende facilitar el trabajo diario de ambos colectivos, mejorar la seguridad de los pacientes al garantizar que disponen de la información adecuada en cada momento, empoderarlos en el autocuidado de sus patologías, contribuir a la formación continuada y mejorar la calidad percibida.

Descripción

El proyecto consiste en la elaboración y difusión de material complementario análogo al de las tradicionales "hojas de información", con la diferencia de que el uso de un formato digital permite que se intercambien en forma de enlace (o código QR) a través de las plataformas de e-consulta. De este modo, los profesionales de AP pueden consultar las recomendaciones dirigidas a ellos y adaptar, compartir o imprimir a los pacientes las que consideren oportunas.



Metodología

En una primera fase se ha consensado y redactado el contenido de diferentes documentos de recomendaciones (sobre patologías, tratamientos, pre/posquirúrgicas...), en su mayoría por duplicado (con una versión dirigida a profesionales y otra adaptada a los pacientes). Posteriormente, se ha diseñado una plataforma web que aloja dichos documentos y que incluye un índice con enlaces copiables, que los dermatólogos pueden incluir en las respuestas a las e-consultas.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Hasta la fecha, se ha elaborado un total de 16 documentos dirigidos a pacientes y 14 dirigidos a profesionales, que se encuentran disponibles para ser referenciados tanto en e-consultas como de forma complementaria en los informes del propio servicio. Se han abordado entidades como acné, eccemas, psoriasis, rosácea, oncodistrofias, urticaria o escabiosis, entre otras. Dado que se trata de un proyecto en proceso de despliegue, no es posible todavía evaluar numéricamente el grado de satisfacción con la iniciativa. A pesar de ello, el *feedback* inicial respecto a la misma ha sido muy positivo.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- Número de visitas inesperadas por dudas o problemas logísticos relacionados con las e-consultas.
- Grado de satisfacción (0-10) de los profesionales respecto a las e-consultas sin material de apoyo.

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

- **Servicio de Dermatología:** generación de consensos, mayor agilidad para resolver e-consultas.
- **Pacientes:** mayor grado de información y mejoría en la seguridad, así como en la calidad percibida.
- **Administración sanitaria:** disminución del coste, en tiempo y recursos, de las consultas innecesarias.
- **Resto de personal sanitario:** disminución de la carga asistencial.

Discusión

Lecciones aprendidas

Aunque las ventajas de estas nuevas modalidades de consulta no presencial son notorias, la consulta por medio de un intermediario y en diferido conlleva un incremento en el riesgo de información incompleta o errónea, así como de problemas logísticos derivados de una comunicación menos eficaz.

La aportación de material complementario en formato digital permite compensar esta carencia. Para ello, es necesario partir de unos criterios cohesionados (tanto en el ámbito de la especialidad como del servicio), que muchas veces damos por sentados pero que siempre es conveniente reforzar, siendo esta una buena oportunidad para ello.

Factores clave de éxito

- El sistema debe ser lo suficientemente sencillo y fácil de usar para facilitar la adherencia de los profesionales y escalarlo correctamente a un volumen de pacientes creciente.
- Es fundamental alcanzar un consenso en los contenidos incluidos.
- Comunicación fluida con los profesionales de AP y coordinadores de continuidad asistencial.



Dificultades y barreras encontradas

Es posible que algunas de las recomendaciones (especialmente si implican referencias a textos legales, o consentimientos informados, o si afectan al seguimiento del paciente) deban ser evaluadas por comisiones de ética/legales/asistenciales para asegurar su conformidad con los estándares del centro o la normativa local.

Inicialmente, puede darse cierto rechazo interno al cambio, que es importante abordar con las formación y divulgación pertinentes de las ventajas del proyecto.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a los recursos económicos, este proyecto ha requerido de unas infraestructuras de *software* y servicios de nube que han supuesto un coste económico. Asimismo, se ha necesitado aumentar parcialmente el personal del servicio de Dermatología durante el proyecto a través de parte de una beca.

Aplicabilidad en otros centros

Se considera que este proyecto se podría aplicar en todos aquellos centros en los que se hayan empezado a realizar e-consultas de forma asíncrona e indirecta. Además, se podría implantar dentro del propio servicio (información peri-procedimientos) u otras especialidades que también realicen e-consultas.

Resumen/conclusión final

La posibilidad de incorporar iconografía a las historias clínicas ha hecho posible la transformación digital de las interconsultas entre niveles asistenciales en Dermatología. El diseño y la aportación de material informativo complementario a las mismas resulta de utilidad para paliar las dificultades en la comunicación que se dan en entornos de telemedicina asíncronos e indirectos, y supone una excelente oportunidad para revisar consensos previos e innovar sobre los mismos, aprovechando el formato digital para ofrecer recomendaciones de una forma más gráfica e interactiva, que se adapte mejor a las necesidades particulares de cada paciente, profesional y/o etapa del seguimiento.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Romero G, de Argila D, Ferrandiz L, et al. Modelos de práctica de la teledermatología en España. Estudio longitudinal 2009-2014. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2018;109(7):624-630.
2. Taberner Ferrer R, Pareja Bezares A, Llambrich Mañes A, et al. Fiabilidad diagnóstica de una consulta de teledermatología asíncrona. Atención Primaria. 2009;41(10):552-557.
3. Wang RH, Barbieri JS, Nguyen HP, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of teledermatology: Where are we now, and what are the barriers to adoption? J Am Acad Dermatol. 2020;83(1):299-307.
4. Pasquali P, Romero-Aguilera G, Moreno-Ramírez D. Teledermatology Before, During, and After the COVID-19 Pandemic. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2021;112(4):324-329.
5. Vidal-Alaball J, López Seguí F, García Domingo JL, et al. Primary Care Professionals' Acceptance of Medical Record-Based, Store and Forward Provider-to-Provider Telemedicine in Catalonia: Results of a Web-Based Survey. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11).



BART-lovers

Dra. Beatriz Bartolomé González. Hospital Comarcal de Inca

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Beatriz Bartolomé González

Hospital: Hospital Comarcal de Inca, Inca (Islas Baleares)

Periodo de realización: desde marzo de 2024 hasta la actualidad, pudiéndose ampliar el período de implementación

Palabras clave: podcast, dermatología, soporte auditivo

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

El contexto sanitario actual condiciona a no poder dedicar todo el tiempo deseable para atender a nuestros pacientes.

La etiopatogenia de los distintos procesos dermatológicos se estudia más cada día y va ampliando nuestro conocimiento.

Las redes sociales, en ocasiones, aportan información poco veraz, y pocas veces es contrastada.

Después de llegar a un diagnóstico y plantear un tratamiento adecuado a cada paciente, procuramos explicar lo máximo posible la patología y el manejo de esa enfermedad.

Sin embargo, estos enfermos pueden tener dudas que no disipemos en la consulta o que les pueden surgir después de salir de nuestro hospital. La posibilidad de escuchar de nuevo toda la información que se ha proporcionado en persona podrá suponer una gran ayuda, una mejora de la gestión de su enfermedad y el tratamiento de esta.

Objetivo

El objetivo principal de esta iniciativa es facilitar el acceso a la información dermatológica, explicada de forma distendida, con conceptos claros y rigurosos, pero sin términos médicos complicados.

La oradora principal intenta hacer ameno, e incluso divertido, el relato tanto de las patologías como de las pautas de tratamiento, con comentarios y alguna pequeña broma.

Descripción

Esta *best practice* consiste en la grabación de audios cortos, que se editan y cuelgan en la página web del Hospital Comarcal de Inca, siendo accesibles para cualquier usuario.

Actualmente, no se ha planteado un periodo máximo de tiempo de duración de esta iniciativa, sino que siguen describiéndose nuevas patologías y, por consiguiente, se pueden seguir abordando en los podcasts.



Metodología

El primer audio consiste en la presentación de la oradora –quien escribe estas líneas–, su cargo y el propósito del proyecto.

Posteriormente, se ha realizado una selección de las enfermedades más frecuentes que atendemos y, especialmente, las que son más crónicas y requieren de una explicación más extensa del manejo a largo plazo.

De momento solo se han realizado *podcasts* para abordar patologías muy prevalentes, como son el acné y la pitiriasis versicolor, así como dar información sobre el tratamiento del acné con isotretinoína. La elección de temas viene determinada, además de por la frecuencia de estas patologías, por afectar a una población juvenil que accede a redes sociales u otros medios telemáticos.

Se han realizado ya cinco *podcasts*, que están incluidos en la página y que adjunto en el proyecto.

La patología por la que se ha iniciado la experiencia, tras una breve presentación personal, es el acné, por su prevalencia y por la mayor afectación de esta enfermedad a gente joven, que, como sabemos, tiene más acceso a redes sociales y otros recursos de internet.

El segundo *podcast* habla de la isotretinoína oral y de cómo, cuándo y por qué la empleamos, y qué consejos repito en cada visita a los pacientes, en especial si están en edad gestacional.

El tercero intenta ayudar a sobrellevar la pitiriasis versicolor, por lo frecuente y recidivante que es en climas húmedos como la isla de Mallorca y por lo mucho que preocupa. De nuevo, está más centrado en la gente joven.

El cuarto se decidió enfocarlo no solo a pacientes, sino también a médicos de otras especialidades, con más interés en Atención Primaria (AP). Habla sobre las queratosis actínicas, con la intención de que el usuario pueda reconocerlas, tratarlas desde el inicio desde AP y derivar las necesarias a consultas especializadas.

El quinto y último, de momento, se espera que llegue a toda la población, porque explica muy brevemente cómo cuidar la piel después de alguna de las intervenciones que realizamos en el hospital, desde la crioterapia a la exéresis en el quirófano.

Actualmente, está pendiente de realizar un *podcast* sobre la dermatitis seborreica y su gran relación con la psoriasis, y se procederá a grabar distintos audios sobre las enfermedades seleccionadas y los diferentes tratamientos.

Es un proyecto abierto e ilimitado, al cual se pueden ir sumando *podcasts*, intervenciones de otros facultativos, interacción con pacientes...

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Debido a la muy reciente implementación del proyecto, aún no se dispone del suficiente *feedback* de los pacientes que van a poder acceder a los audios.

En cambio, el proyecto ha recibido una gran acogida por parte de las personas a quienes se ha remitido directamente los *podcasts*, entre las que se encuentran residentes de medicina familiar y comunitaria que trabajan en la propia unidad, así como compañeros no sanitarios. Todos ellos han podido escuchar y valorar la inteligibilidad del texto, así como aportar sugerencias y comentarios.



Indicadores utilizados para evaluar el resultado

Debido a la reciente puesta en marcha de los *podcasts*, el grado de aceptación de los pacientes es el único indicador utilizado hasta el momento. La entrada es libre y, en principio, no cuantificable, así que se espera ver resultados en los propios pacientes.

En una segunda etapa, se podrá realizar una encuesta de satisfacción que proporcionará una evaluación numérica de la iniciativa.

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

- **Servicio de Dermatología:** se consigue una gestión más eficiente de la consulta, al requerir menos tiempo de explicaciones durante la misma. Además, asesoramos al paciente sobre el curso de su enfermedad, lo que permite hacerle más independiente. Además, si llega a AP la información y podemos contrastar opiniones, les ayudará tanto en manejo como en capacidad de derivación a Dermatología.
- **Pacientes:** explicaciones claras que podrán volver a escuchar cuantas veces deseen, lo que contribuirá al empoderamiento y la autonomía del paciente como factores clave para la gestión de la cronicidad.
- **Administración sanitaria:** se capacita al paciente para conocer el curso de su enfermedad, poder prever las recidivas y mejorar su manejo.
- **Resto de personal sanitario:** si el paciente maneja los brotes de su enfermedad crónica podrá descargar la presión asistencial de AP.

Discusión

Lecciones aprendidas

Como aprendizaje, considero que, de cara al futuro, tendría que extenderse la iniciativa al mayor número posible de usuarios para que pueda ser realmente útil.

Factores clave de éxito

Un factor clave que ha garantizado el éxito del programa ha sido poder contar con el responsable de comunicación y prensa del hospital y con el servicio de Informática, que han ayudado en la elaboración del proyecto.

Dificultades y barreras encontradas

Hasta el momento, desde la dirección del hospital no se han puesto barreras, aunque existe la posibilidad de que esto suceda, habida cuenta del carácter informal y distendido de los audios.

Por otra parte, la limitación más obvia es la dificultad que entraña para un usuario, en especial de edad avanzada o con limitaciones en el uso de internet, acceder a la página web del Hospital Comarcal de Inca, encontrar la sección de Dermatología, descargarse el *podcast* e invertir el tiempo necesario en escucharlo y disfrutarlo, e incluso repetirlo en caso de ser necesario para su completa comprensión.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, la puesta en marcha de esta iniciativa no tiene ningún coste asociado que se haya medido, de modo que no ha sido necesario contar con presupuesto del servicio. Sin embargo, sí que ha supuesto la colaboración del servicio de Informática del hospital para crear la página web y el enlace con los audios, la ayuda de un experto en páginas web que trabaja en otro centro hospitalario y el apoyo y trabajo del gabinete de comunicación de Inca.

En cuanto a recursos humanos, la *best practice* se ha realizado directamente con el personal del servicio de Dermatología.



Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto es aplicable a otros centros. Además, no es necesario formar a parte del personal de un determinado hospital para escucharlo ni para remitir a los pacientes a escuchar estos audios, aunque considero que los médicos especialistas deberían escucharlo previamente para confirmar o denegar mis aseveraciones.

El servicio de Comunicación ya lo ha propuesto a otros servicios y en la página, aunque solo están colgados los de Dermatología, ya hay otras especialidades que están llevando a cabo esta iniciativa.

No estimo que sea complicado replicarlo en cualquier página web de cualquier otro centro, hospitalario o no.

Resumen/conclusión final

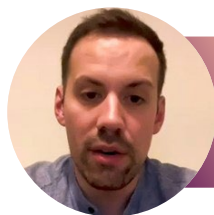
Esta *best practice* es una herramienta moderna e innovadora con la que llegar a una población con más interés por las nuevas tecnologías y con mayor acceso a los nuevos servicios de información.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 4a ed. España: Elsevier N° Edición; 2019.



8

Teledermatología en el Hospital Río Hortega

Dr. Daniel Rodríguez. Hospital Universitario Río Hortega

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Daniel Rodríguez

Hospital: Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid (Castilla y León)

Periodo de realización: desde enero de 2023 hasta la actualidad

Palabras clave: teledermatología, herramientas digitales, dermatología, diagnóstico remoto, atención primaria, gestión de procesos

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

A principios de 2023, el servicio de Dermatología afrontó una situación crítica a raíz de la jubilación de tres médicos, el traslado de otros tres y una baja paternal, por lo que se quedó solo con cuatro médicos adjuntos activos. Ante esta situación, se inició la teledermatología el 15 de enero de 2023.

Objetivo

El objetivo principal de esta *best practice* fue, y es, conseguir un servicio de Dermatología más eficiente ante una situación crítica por falta de dermatólogos, con vistas a tener bajo control la patología grave.

Descripción

El proyecto de teledermatología consiste en la implementación de un sistema de consultas dermatológicas a distancia, mediante el uso de herramientas digitales y dermatoscopios adaptados en varios centros de salud. Este sistema permite a los médicos de Atención Primaria (AP) enviar imágenes y descripciones de casos dermatológicos al equipo de Dermatología del hospital para su evaluación y diagnóstico, y facilita una respuesta rápida y eficiente sin necesidad de consultas presenciales.

Metodología

Para facilitar esta modalidad, se distribuyeron equipos en 13 centros de salud grandes, cada uno con dos terminales (para la citación de los pacientes) y adaptadores de dermatoscopio, y en cuatro centros adicionales, con un terminal y un adaptador cada uno.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

La teledermatología ha permitido abordar una amplia variedad de patologías comunes, como nevus intradérmicos, condrodermatitis nodular, escabiosis, dermatitis periorificial, eczemas, acné leve y queratosis seborreicas, entre otras.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

Gracias a esta modalidad, se mejoró significativamente la gestión de la lista de espera y los tiempos de respuesta, y se logró responder a los casos preferentes en 24-48 horas.



Además, se optimizó el uso del quirófano y se aumentó la eficiencia en las consultas, lo que redujo la necesidad de consultas presenciales.

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

La relación con AP mejoró notablemente a través de reuniones trimestrales con todos los actores principales y de formación continua en dermatoscopia y otros aspectos técnicos. Los médicos de AP, que inicialmente cargaron con el mayor peso del servicio, ahora prefieren mantener el sistema de teledermatología, habida cuenta de sus beneficios.

A lo largo de 2023 y 2024, se han observado mejoras en la calidad de las imágenes y la eficiencia del servicio. La teledermatología no solo se ha convertido en una herramienta esencial de aprendizaje, sino que también ha proporcionado mayor visibilidad al servicio de Dermatología. Esta modalidad ha permitido una colaboración más estrecha con AP, con el establecimiento de una verdadera consulta virtual que ha optimizado el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías.

Discusión

Lecciones aprendidas

La teledermatología ha demostrado ser una herramienta valiosa en la atención dermatológica moderna, al mejorar la eficiencia y calidad del cuidado al paciente. La colaboración con AP y la integración de nuevas tecnologías han sido fundamentales para el éxito del proyecto.

Factores clave de éxito

Uno de los principales factores clave de éxito fue el desarrollo de avances técnicos significativos, como el proyecto piloto en Valladolid Oeste, que permitió subir imágenes directamente a la historia clínica desde dispositivos móviles, y evitó así la necesidad de transferir fotos por cable. También se creó un escritorio profesional para almacenar imágenes no radiológicas del paciente.

Dificultades y barreras encontradas

Inicialmente, uno de los mayores retos fue la baja calidad y la escasez de fotografías en las consultas, ya que en enero de 2023 solo el 42 % de las consultas incluían imágenes.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, la implementación de la teledermatología sí tuvo costes asociados, aunque estos fueron asumidos desde el propio servicio de Dermatología.

Por otra parte, a nivel de recursos humanos, su puesta en marcha requirió de la participación de los médicos del servicio, así como de AP y del soporte técnico comentado previamente.

Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto se podría aplicar en otros centros debido a sus beneficios en la eficiencia y la calidad del servicio dermatológico. También es aplicable en otras áreas clínicas o terapéuticas que requieran diagnóstico y tratamiento a distancia.

Resumen/conclusión final

En conclusión, la implementación de la teledermatología en el Hospital Río Hortega ha sido un éxito rotundo, y ha mejorado la eficiencia del servicio y la calidad de la atención al paciente. La integración de nuevas tecnologías y la colaboración con AP han sido fundamentales para este logro, que ha demostrado que la teledermatología es una herramienta valiosa en la atención dermatológica moderna.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**



Gestión por procesos

Gestión por procesos

Introducción por Salvador Arias

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

La gestión por procesos es una de las principales líneas estratégicas de la gestión clínica y, junto con la actividad asistencial, docente e investigadora, constituye la base de nuestra actividad como dermatólogos¹. Un proceso es un conjunto de actividades ordenadas para dar respuesta a un problema de salud, y se organiza en entradas al mismo y salidas o resultados en salud alcanzados para ser eficientes, sobre la base de la mejor evidencia clínica disponible.

En este bloque de *Gestión por procesos* se han presentado tres buenas prácticas (BP). La primera de ellas versa sobre un proyecto de teledermatología geriátrica del *Hospital Universitario Puerta de Hierro*. La teledermatología se ha implantado con éxito en muchos centros de nuestro país, como sistema de comunicación con Atención Primaria², y la extensión de esta herramienta a otros ámbitos, como los pacientes en residencias, puede ser muy interesante por su capacidad resolutoria, por su rapidez de respuesta y por evitar desplazamientos innecesarios a pacientes vulnerables.

En segundo lugar, se ha mostrado una herramienta digital como principal medio de contacto con el paciente dermatológico desde el *Hospital Universitario Puerta del Mar*. A través de un formulario de consulta, accesible mediante un código QR, los pacientes pueden plantear las dudas que tengan en relación con sus visitas médicas en el servicio de Dermatología y reciben una rápida respuesta en menos de 24 horas.

Finalmente, desde el *Hospital Universitario de Fuenlabrada*, se presenta una nueva estrategia para mejorar el circuito de pacientes con onicomicosis. Para ello, se ha analizado la sensibilidad y la especificidad de un test rápido de detección de antígenos frente a dermatofitos en relación con el cultivo. Como en el caso de las dos BP previas, también puede ser incorporada fácilmente a otros servicios para mejorar este proceso asistencial.

Para finalizar, queramos felicitar y agradecer a todos los autores por compartir estas buenas prácticas tan interesantes, que son fácilmente replicables en otros centros y que **aportan valor a la Dermatología**.

Referencias:

1. Cuenca-Barrales C, Molina-Leyva A, Moreno-Ramírez D, de la Cueva P, Gilaberte Y, Arias-Santiago S. Dermatology Care in Spanish Public Hospitals: A Mapping Study of Health Care Resources and Medical and Surgical Activity in Dermatology Departments in 2019. *Actas Dermosifiliogr*. 2022 May;113(5):467-480.
2. González-López G, Descalzo-Gallego MÁ, Arias-Santiago S, Molina-Leyva A, Gilaberte Y, Fernández-Crehuet P, et al. Referral of Patients to Dermatology and Teledermatology Consultations in Spain. DIADERM Study. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Mar;110(2):146-152.



Proyecto asistencial: manejo de la onicomycosis

Dra. Laura Fernández. Hospital Universitario de Fuenlabrada

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Laura Fernández de la Fuente, Sara Herrero Ruiz, Begoña Echeverría García, Jesús Borbujo Martínez.

Hospital: Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Comunidad de Madrid)

Periodo de realización: desde enero de 2021 hasta enero de 2022

Palabras clave: onicomycosis, antígeno, dermatofito, inmunocromatografía, diagnóstico

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La onicomycosis es una infección fúngica superficial con prevalencia elevada en nuestro medio. Su diagnóstico clínico puede ser complejo, ya que posee un amplio abanico de diagnósticos diferenciales y ningún signo patognomónico que nos permita confirmar el diagnóstico. Para esta confirmación se utilizan técnicas lentas (cultivo de hongos), dependientes de un operador (observación directa) o muy costosas y poco disponibles, como la PCR (*Polymerase Chain Reaction*, por sus siglas en inglés). El tratamiento es largo y prolongado, y además no está exento de efectos secundarios, por lo que es imprescindible confirmar el diagnóstico antes de iniciarlo.

Por tanto, parece necesario encontrar un método rápido, sencillo, poco invasivo y rentable para hacer un diagnóstico e iniciar el tratamiento a la mayor brevedad posible, lo que evita citas médicas innecesarias y permite aprovechar el uso adecuado de los recursos disponibles, como el test rápido de detección antigénica de dermatofitos.

Objetivo

1. Determinar la sensibilidad y especificidad del test rápido de detección antigénica de dermatofitos frente al cultivo para el diagnóstico de tiña ungueal.
2. Mejorar el circuito asistencial con relación al manejo de la onicomycosis.

Descripción

El test rápido de detección antigénica de dermatofitos es una técnica diagnóstica desarrollada en Japón, de reciente instauración en Europa y que llegó a España en el año 2018. Se basa en la inmunocromatografía y utiliza anticuerpos dirigidos hacia el epítipo presente en siete especies de dermatofito (*Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*).

En el Hospital de Fuenlabrada, ante un paciente derivado por una sospecha clínica de onicomycosis:

1. El paciente recibe una consulta médica sobre esta sospecha.
2. Tras ello, los pacientes visitan una primera consulta de enfermería en la que se toman muestras para cultivos seriados. Se requieren tres semanas de toma de muestras consecutivas en la consulta de enfermería.

3. Un mes después de la toma de la tercera muestra, se obtienen los resultados aportados por el servicio de Microbiología y el paciente recibe una segunda consulta médica para valoración de resultados e inicio de tratamiento en los casos oportunos.

Se estima que se valora a 350 pacientes al año con sospecha clínica de onicomicosis. Esto supone un total de más de 1000 consultas de enfermería y 700 de medicina al año. Además, conlleva una demora mínima del inicio de tratamiento de siete semanas.

Metodología

En el servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, durante un año (enero 2021 – enero 2022), se recogieron un total de 333 muestras ungueales de pacientes con alteraciones ungueales y con sospecha de onicomicosis dentro del diagnóstico diferencial. Sobre todas estas muestras se realizó el test rápido de detección antigénica con cultivo simultáneo. Aquellos casos con resultado positivo en el test rápido podían iniciar el tratamiento de forma precoz y reducir el número de visitas al hospital. Los casos negativos, siguiendo el protocolo habitual, acudían de nuevo a la realización de cultivos seriados y posterior cita de resultados para valorar necesidad de tratamiento.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

El test rápido de detección antigénica de dermatofitos alcanza una sensibilidad del 97,2 % y una especificidad del 80,7 %, respecto al cultivo de hongos. El valor predictivo positivo es del 93,4 % y el valor predictivo negativo del 91,3 %.

En comparación con el método convencional, el nuevo test antigénico permite obtener los resultados de forma rápida (5 minutos) y sencilla, al poder realizarse en una consulta de Enfermería, sin requerir formación específica previa. Así, se garantiza el inicio precoz del tratamiento y la posible alta (en caso de ser positivo). En nuestro hospital, el uso de esta herramienta durante un periodo de un año ha permitido reducir 300 consultas de enfermería y 150 consultas médicas, y ha evitado visitas innecesarias de los pacientes al hospital.

Discusión

La elevada prevalencia de la tiña ungueal en nuestro medio junto con la demora para obtener la confirmación diagnóstica mediante el cultivo genera un importante gasto de recursos sanitarios y obliga a los pacientes a acudir a centros sanitarios en sucesivas ocasiones antes de poder iniciar el tratamiento. La instauración en Europa del test rápido de detección antigénica es una alternativa para agilizar el diagnóstico e inicio de tratamiento en estos pacientes.

Cada test antigénico tiene un precio de 8-10 euros. Este gasto no es significativo frente a la reducción en el número de visitas al hospital, en materiales, en recursos humanos y en tiempo del personal de enfermería y medicina, que conllevaría una clara disminución en el impacto económico de esta enfermedad.

Además, consideramos que esta técnica puede ser de gran utilidad no solo en el servicio de Dermatología de otros hospitales, sino también en los servicios de enfermería de Atención Primaria (AP), al evitar el paso a atención especializada de un elevado porcentaje de casos con sospecha de onicomicosis.



Resumen/conclusión final

Nuestros hallazgos indican que la eficacia del test rápido de detección de antígenos de dermatofitos es comparable con la del cultivo único para la detección de dermatofitos. Esta prueba diagnóstica proporciona un diagnóstico rápido y fiable de dermatofitosis en las uñas. Su realización no requiere de equipos sofisticados ni conocimientos especializados y permite obtener el resultado en escasos minutos. La prueba permite el inicio temprano del tratamiento antifúngico y, en caso de negatividad, reduce el número de tratamientos antifúngicos que podrían administrarse innecesariamente. Sugerimos que el test de detección rápida de antígenos de dermatofitos es una técnica efectiva para el cribado de la tiña ungueal, que podría evitar a los pacientes varias visitas adicionales al hospital y permitiría iniciar el tratamiento de forma precoz.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Paugam A, Challier S. Dermatophytic onychia: Effectiveness of rapid immunochromatographic diagnostic testing directly on samples compared to culture. *Ann Dermatol Vener* 2021;0151-9638.
2. Thomas J, Jacobson GA, Narkowicz CK, Peterson GM, Burnet H, Sharpe C. Toenail onychomycosis: an important global disease burden. *J Clin Pharm Ther* 2010;35:497-519.
3. Allevato MA. Disease mimicking onychomycosis. *Clin Dermatol* 2010;28:164-77.
4. Campbell AW, Anyanwu EC, Morad M. Evaluation of the drug treatment and persistence of onychomycosis. *Sci World J* 2004;760-77.
5. Ghannoum M, Mukherjee P, Isham N, Markinson B, Rosso JD, Leal L. Examining the importance of laboratory and diagnostic testing when treating and diagnosing onychomycosis. *Int J Dermatol* 2018;57:131-8.
6. Pihet M, Le Govic Y. Reappraisal of conventional diagnosis for dermatophytes. *Mycopathologia* 2017;182:169-80.
7. Paugam A, L'Ollivier C, Viguie C, Anaya L, Mary C, de Ponfily G, et al. Comparison of real-time PCR with conventional methods to detect dermatophytes in samples from patients with suspected dermatophytosis. *J Microbiol Methods* 2013;95:218-22.
8. Higashi Y, Miyoshi H, Takeda K, Saruwatari H, Kubo H, Sakaguchi J, et al. Evaluation of a newly-developed immunochromatography strip test for diagnosing dermatophytosis. *Int J Dermatol* 2012;51:406-9.
9. Wakamoto H, Miyamoto M. Development of a New Dermatophyte-Detection Device using Immunochromatography. *J Med Diag Methods* 2016;5:1-9.
10. Noriki S, Ishida H. Production of an anti-dermatophyte monoclonal antibody and its application: immunochromatographic detection of dermatophytes. *Med Mycol* 2016;54:808-15.
11. Tsunemi Y, Takehara K, Miura Y, Nakagami G, Sanada H, Kawashima M. Screening for tinea unguium by dermatophyte test strip. *Br J Dermatol* 2014;170:328-31.
12. Tsunemi Y, Hiruma M. Clinical study of Dermatophyte Test Strip. An immunochromatographic method, to detect tinea unguium dermatophytes. *J Dermatol* 2016;43:1417-23.
13. Tsunemi Y, Takehara K, Miura Y, Nakagami G, Sanada H, Kawashima M. Specimens processed with an extraction solution of the Dermatophyte Test Strip can be used for direct microscopy. *Br J Dermatol* 2017;177:e50-1.



10

Canal de comunicación digital como principal medio de contacto del paciente de dermatología

Dr. Gonzalo Gallo. Hospital Universitario Puerta del Mar

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Gonzalo Gallo Pineda, Alejandro Claudio Oliva, Mario Linares

Hospital: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz (Andalucía)

Periodo de realización: desde el año 2021 hasta la actualidad

Palabras clave: comunicación, seguimiento, optimización, asistencia personalizada

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La prestación de una atención médica de alta calidad requiere establecer una comunicación efectiva entre médicos y pacientes. Aunque la comunicación en el entorno de la consulta tiende a ser detallada y cuidadosa, la comunicación fuera de la consulta es frecuentemente una asignatura pendiente. Uno de los desafíos principales en esta área es el volumen considerable de solicitudes, dudas o reclamaciones que los pacientes presentan, y que no siempre son gestionados de manera eficiente mediante los métodos tradicionales de contacto, como las llamadas telefónicas o las notas tomadas por el personal administrativo. Los métodos de comunicación digital ofrecen nuevas herramientas para dar respuesta a este desafío.

Objetivo

Implementar un método de comunicación digital para el paciente fuera de la consulta que permita:

- Facilitar el seguimiento clínico y la continuidad asistencial.
- Agilizar y filtrar la gestión de consultas médicas y administrativas.
- Reducir la carga administrativa y optimizar los recursos de personal.
- Aumentar la satisfacción del paciente.
- Garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Adaptarse y mejorar continuamente.

Descripción

Durante el confinamiento por la COVID-19, la imposibilidad de realizar consultas presenciales condujo al desarrollo de sistemas de teleasistencia. En el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM), en paralelo con la creación de una plataforma de teledermatología, establecimos un canal de comunicación digital con los pacientes. Inicialmente, este canal consistía en un correo electrónico institucional donde los pacientes enviaban preguntas y fotografías. Al principio, las consultas eran escasas y podían ser manejadas por los médicos en el mismo día. A medida que este medio se volvía más popular, las consultas aumentaban tanto en cantidad como en complejidad. Esto no suponía un problema mientras no

hubiera consultas presenciales, pero una vez que terminó el confinamiento y se reanudó la actividad normal del servicio, la carga de trabajo se volvió inasumible.

Por lo tanto, reconsideramos el sistema y enlazamos la cuenta de correo institucional a un formulario disponible en la página web del HUPM (**Figura 1**). La implementación de este formulario supuso una notable reducción del tiempo requerido para resolver las consultas por distintos motivos:

1. Limitaba a 300 caracteres el mensaje, lo que obligaba al paciente a ser breve y evitar divagaciones.
2. Restringía el envío de imágenes, que debían ser remitidas a través del sistema especializado de teledermatología, para evitar así imágenes borrosas o de baja calidad.
3. Aseguraba la identificación del paciente al requerir nombre, apellidos y DNI; información que los pacientes generalmente no proporcionaban al contactar directamente por correo electrónico.
4. Agilizaba la emisión de respuestas al requerir una dirección de correo electrónico, y minimizaba el número de llamadas telefónicas necesarias.

Figura 1. Formulario de contacto disponible en la página web del Hospital Universitario Puerta del Mar (<https://hospital.puertadelmar.com/atencion-a-la-ciudadania/preguntas-asistenciales/>)



Al adoptar los cambios indicados, el flujo de trabajo se volvió mucho más eficiente. A pesar de las mejoras comentadas, el canal de comunicación digital todavía presentaba un inconveniente notable: la accesibilidad. Para sortear este último escollo, vinculamos el formulario de consulta a un código QR, un método familiar para la población general tras estandarizarse como forma de acceso a los menús en bares y restaurantes. Dicho código era facilitado en consulta y estaba disponible en áreas visibles de la zona de consultas (**Figura 2**).

UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

- Si tiene alguna duda en relación a su asistencia o algún problema con su cita médica, se puede poner en contacto con nosotros a través del formulario disponible en el siguiente enlace:



- En el apartado de “Unidad Clínica” seleccione “Dermatología y Venereología”:



- Asegúrese de que su Email de contacto está correctamente escrito, ya que le responderemos por ese medio.

Gracias por su colaboración
UGC DERMATOLOGÍA

Figura 2. Documento disponible en las consultas con un código QR que enlaza directamente con el formulario de consulta

Desde 2021 hasta 2024, dicho sistema de comunicación digital ha constituido el principal medio de contacto para los pacientes. Al ser un servicio de acceso libre, en los casos en que se pongan en contacto personas que no son pacientes o que ya han sido dadas de alta, se les recomienda acudir a su médico de Atención Primaria para gestionar una derivación formal.

Metodología

1. Definición de los requisitos mínimos para un canal de comunicación digital en Dermatología:

- a. Identificar las necesidades específicas de la consulta de Dermatología.
- b. Asegurar el cumplimiento de la normativa de protección de datos, para lo que se emplean sistemas integrados en el Sistema de Salud Público de Andalucía.
- c. Utilizar métodos seguros para la transmisión y el almacenamiento de datos.

2. Diseño del formulario de consulta:

- a. Determinar qué información recopilar de los pacientes.
- b. Crear un formulario de diseño claro y fácil de usar.
- c. Asegurar la compatibilidad del formulario con diferentes dispositivos (ordenadores, teléfonos inteligentes, tabletas, etc.) y navegadores comunes (Google Chrome, Safari, Mozilla Firefox, Yahoo, etc.).

3. Implementación del canal de comunicación digital:

- a. Integrar el formulario en la página web del hospital.
- b. Asegurar la accesibilidad de pacientes de todos los tramos de edad.
- c. Promover su uso en consulta.

4. Mantenimiento:

- a. Asegurar unos tiempos de respuesta razonables.
- b. Supervisar el correcto funcionamiento y rendimiento de forma periódica.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Entre los años 2020 y 2023, se han procesado un total de 3232 peticiones a través del formulario de consulta, que representan el 36,1 % del total de solicitudes recibidas por esta vía en nuestro hospital, con una media de 15,5 peticiones por semana (Figura 3).

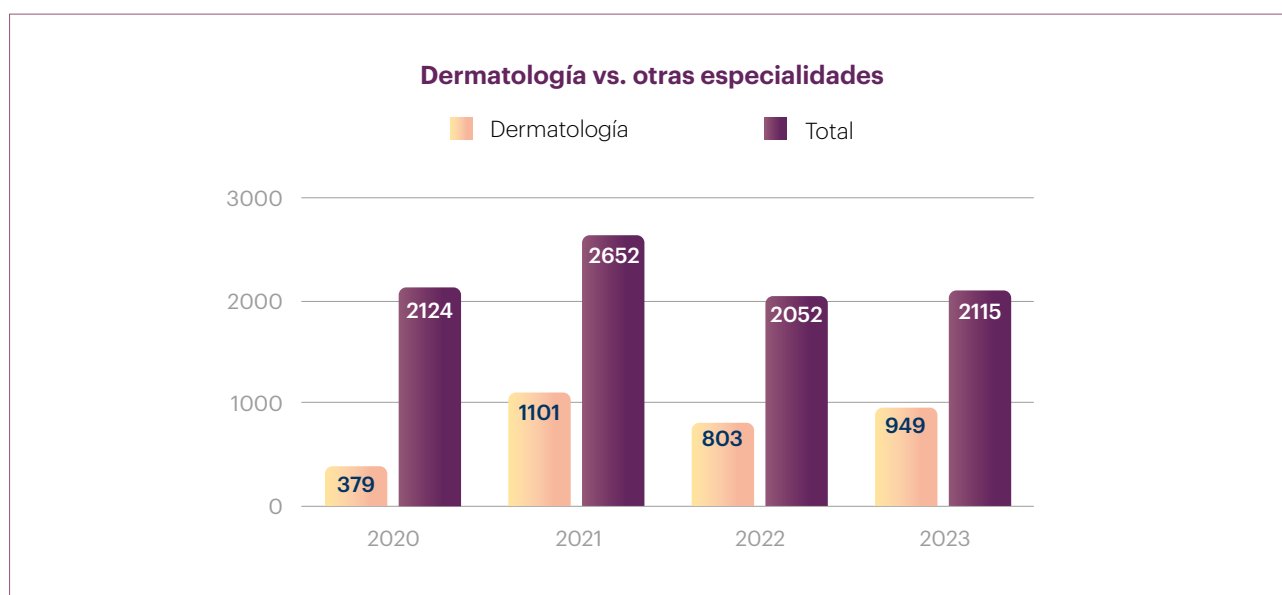


Figura 3. Histórico de peticiones a través del formulario de consulta entre 2020 y 2024

Con el objetivo de obtener datos adicionales sobre el uso del formulario, se llevó a cabo una encuesta voluntaria y anónima entre los usuarios del mismo, entre el 15 de abril y el 15 de mayo de 2024. Se obtuvieron 23 respuestas, con un 56,5 % de participación femenina. La edad media de las mujeres que respondieron fue de 47,6 años, y la de los hombres, de 51,7 años.

El dispositivo más utilizado para acceder al formulario fue el teléfono inteligente (82,6 %), con los sistemas operativos Android (52,2 %) e iOS (30,4 %) como los más comunes. En cuanto al modo de acceso, la mayoría lo hizo a través de la página oficial del HUPM (54,2 %), seguida del uso del código QR (41,7 %), administrado por personal del servicio o escaneado directamente de los carteles disponibles en las salas de espera. La mayoría de los usuarios emplearon el formulario en su propio interés (91,3 %), y fueron mínimas las consultas realizadas en nombre de menores de edad o conocidos sin acceso a la plataforma.

Los motivos de consulta más frecuentes a través del formulario eran empeoramientos o recaídas de una condición médica ya conocida (25 %). Otros motivos habituales eran cambios de cita (15,6 %), efectos secundarios de tratamientos (15,6 %), envío de informes solicitados en consulta (12,5 %), dudas sobre el plan de actuación emitido en consulta (12,5 %), agradecimientos (12,5 %) y reclamaciones (6,3 %).

Las patologías por las que consultaban los pacientes incluyeron neoplasias malignas (19,2 %), dermatitis atópica (19,2 %), urticaria (11,5 %), hidradenitis supurativa (11,5 %), dermatosis ampollosas (11,5 %), psoriasis (7,7 %) y enfermedades autoinmunes sistémicas (7,7 %). El número de usuarios únicos (aquellos que solo utilizaron el formulario una vez) y habituales se distribuyó homogéneamente entre todas las patologías, a excepción de la hidradenitis y la psoriasis, en las que todos los consultantes habían utilizado previamente el formulario.

A la pregunta sobre la valoración del servicio del formulario de contacto en una escala del 0 al 10, se obtuvo una puntuación media de 9,3. En línea con lo anterior, el 95,7 % de los encuestados recomendaría el uso del formulario a otros pacientes de Dermatología, y el 91,3 % desearía que esta forma de contacto se extendiera a otros servicios del hospital.

Finalmente, los encuestados tuvieron la oportunidad de dejar comentarios de mejora u opiniones libres en el cuestionario, tales como los siguientes:

"No tengo nada que añadir, solo agradecer por este servicio al paciente. Me parece muy útil. Muchas gracias".

"Me han contestado con muchísima rapidez y eso me ha gustado".

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

- **Servicio de Dermatología:** al ser un medio de comunicación filtrado por un profesional médico, permite filtrar y priorizar a pacientes de mayor gravedad. Además, evita interrupciones durante la atención de la agenda presencial, lo que facilita la concentración y evita retrasos. Finalmente, al exigir brevedad en la solicitud, permite atender más dudas en menos tiempo.
- **Pacientes:** evita desplazamientos al servicio para preguntar, algo especialmente útil en pacientes de poblaciones lejanas, como son La Línea, Algeciras o Ceuta. También les evita perder tiempo teniendo que llamar a una línea telefónica que suele estar saturada. Además, amplía la asistencia a los fines de semana, ya que hay residentes de guardia que responden las consultas.
- **Administración sanitaria:** podría reducir el número de reclamaciones, dado que el personal de Atención a la Ciudadanía conoce la eficacia del formulario para resolver consultas y dudas. No obstante, las estadísticas actuales no reflejan aún este efecto positivo, debido a un aumento en el número de reclamaciones motivado por diversos factores, como la reducción abrupta de personal, la falta de disponibilidad de quirófanos y el incremento de pacientes procedentes de otras áreas geográficas.



- **Resto de personal sanitario:** libera a personal auxiliar, de enfermería y administrativo, ya que cuando no saben cómo ayudar a un paciente con una consulta, les pueden remitir al formulario, donde saben que les atenderá un profesional médico cuando termine la agenda presencial.

Discusión

Lecciones aprendidas

La implementación de un sistema de respuesta organizado que responde a las demandas de los pacientes en menos de 24 horas a través del formulario de asistencia digital ha disminuido las consultas sin cita previa y ha mejorado notablemente la eficiencia de nuestro servicio. Esta medida ha contribuido a reducir el agotamiento del equipo y a mejorar la percepción de los pacientes sobre nuestra atención.

Factores clave de éxito

- Personal comprometido con el proyecto, especialmente residentes de guardia disponibles los siete días de la semana, que atienden las demandas a través del correo en horario de tarde y fines de semana. También hay disponibilidad de los adjuntos como consultores en casos complejos.
- Educación del personal auxiliar-administrativo, que debe dirigir a los pacientes al formulario cuando acuden sin cita para consultar dudas o solicitar valoración por el equipo médico o de enfermería, para no interrumpir el transcurso normal de la consulta.
- Rapidez y eficiencia en la respuesta, con la generación de una valoración subjetiva positiva entre los pacientes y profesionales implicados en este canal de comunicación.

Dificultades y barreras encontradas

- Una limitación importante es la necesidad de contar con personal comprometido que asuma la tarea de responder al formulario como parte integral de su rutina diaria. Si, por alguna razón, como ausencias o sobrecarga de trabajo, no se atienden las consultas durante uno o dos días, existe el riesgo de acumulación de demandas que sobrepasen la capacidad de respuesta de una única persona en un solo día, lo que podría resultar en retrasos significativos y en la insatisfacción de los pacientes.
- Algunas personas podrían malinterpretar la disponibilidad del formulario de asistencia como una invitación abierta a enviar consultas sin un filtro adecuado, incluidos familiares o amigos de pacientes; esto podría generar una sobrecarga de solicitudes innecesarias y aumentar el riesgo de primeras consultas por esta vía. Este problema podría derivar en una pérdida de tiempo y recursos para el equipo médico, así como en la creación de expectativas poco realistas sobre los tiempos de respuesta.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

- **En términos de recursos económicos, no se requieren inversiones adicionales**, siempre y cuando se disponga de un correo corporativo que pueda integrarse con el formulario de asistencia del hospital. En caso de no disponer del mismo, tanto la creación del formulario como la configuración del correo asociado no implican ningún gasto adicional y podrían ser gestionados por la dirección del hospital o centro correspondiente.
- **No ha sido necesaria la ampliación de personal en el servicio de Dermatología**; es fundamental contar con un equipo adecuado que pueda gestionar eficientemente las demandas. En aquellos hospitales o centros que carezcan de residentes de guardia durante las tardes y fines de semana, podría ser necesario designar a un responsable diario del formulario para prevenir la acumulación de demandas sin respuesta.

Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto se considera claramente aplicable a otros centros, ya que se puede replicar con relativa facilidad. Solo se necesitaría la infraestructura digital adecuada y un personal comprometido. No se



requieren inversiones económicas significativas ni recursos extraordinarios. La implementación de un sistema organizado de respuesta a las demandas de los pacientes a través de un formulario de asistencia digital puede conducir a una disminución de las consultas sin cita previa y mejorar la eficiencia del servicio en general, dedicándose escasos minutos por paciente, fácilmente distribuibles entre los profesionales implicados.

Asimismo, se estima aplicable a otras áreas clínicas o terapéuticas. El propósito principal del proyecto es proporcionar respuestas rápidas a las personas que necesitan atención inmediata. Este canal de comunicación brinda la comodidad de realizar consultas y gestiones de forma rápida y digital, lo que mejora la experiencia de la relación entre quien ofrece un servicio y quien lo utiliza, sea del servicio médico que sea.

Resumen/conclusión final

La implementación de un sistema de respuesta organizado ha reducido las consultas sin cita previa, lo que ha mejorado la eficiencia del servicio médico. Sin embargo, la necesidad de personal comprometido y el riesgo de acumulación de demandas son desafíos importantes. No se requieren inversiones adicionales en recursos económicos, pero se necesita una infraestructura digital adecuada. El proyecto es replicable en otros centros y podría aplicarse en diversas áreas clínicas para proporcionar respuestas rápidas a los pacientes.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Martin ED, Eginli A, Munavalli GS. Developing relationships with patients, staff, and industry in dermatology. Clinics in Dermatology. 2023 Mar;41(2):262–7.



Teledermatología geriátrica, el dermatólogo desde lejos, pero más cerca

Dra. Constanza Martínez. Hospital Universitario Puerta de Hierro

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Constanza Martínez Mera

Hospital: Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Comunidad de Madrid)

Periodo de realización: desde septiembre de 2016 a la actualidad

Palabras clave: geriatría, supervisión tratamientos, cirugía, anciano frágil

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

- En España existen más de 370.000 plazas para adultos mayores en residencias geriátricas. En la comunidad de Madrid, el Hospital Universitario Puerta de Hierro es el tercero en número de residencias, pero el primero en número total de pacientes. De esta forma, le corresponden 41 residencias de adultos mayores, que son alrededor de 6.800 plazas.
- Hasta el año 2016 en nuestra zona, las residencias de adultos mayores funcionaban con el médico de la residencia de manera cotidiana. Si los pacientes precisaban la valoración por el especialista, esta era solicitada por el médico de cabecera.
- Por otro lado, el personal médico de las residencias tiene una alta tasa de recambio y, en su mayoría, no están formados específicamente, lo que conlleva cierta inestabilidad en el manejo médico y en la continuidad asistencial.

Objetivo

El objetivo de esta iniciativa es mejorar el acceso a la atención sanitaria especializada de los adultos mayores de residencias geriátricas.

Descripción

El proyecto consiste en asistir mediante teledermatología a los pacientes geriátricos de las residencias que corresponden a nuestro hospital por localización geográfica.

Metodología

Desde los inicios de este servicio de atención, se ha pasado por distintas fases:

1. 2016 a 2020: consulta mediante teledermatología síncrona

En un inicio, se realizaba semanalmente una reunión entre algunos especialistas con los médicos de algunas residencias en una sala de teleconferencia del hospital. Esta reunión semanal se celebraba en un día prefijado, siempre a las 14:00 h. Previamente, se enviaba la interconsulta durante la semana mediante el mail corporativo (comprendía de 1 a 4 pacientes) y, durante la teleconferencia, se respondían estas consultas. A veces se valoraba al paciente durante la teleconferencia, preguntándole por información clínica u otros aspectos. La enfermera tomaba nota por si precisaba alguna asistencia o prestación de ambulancia para su



valoración presencial, entre otros aspectos. Posteriormente, el dermatólogo redactaba en la historia clínica hospitalaria la consulta de teledermatología de manera clara, y la enfermera se encargaba de trasladar la información escrita.

2. 2021 a 2024: consulta mediante teledermatología geriátrica asíncrona

En el contexto de la pandemia, se empezaron a gestionar consultas a través de un geriatra, quien comenzó a actuar como el interlocutor de varias residencias. El geriatra realizó una rotación de un día a la semana durante dos meses en Dermatología, que sirvió como una primera aproximación tanto para el diagnóstico como para el manejo práctico y el seguimiento.

Actualmente, acude presencialmente a las residencias, donde examina a los pacientes. Si detecta una patología dermatológica, puede considerar la pauta de algún tratamiento y, en caso de precisar valoración dermatológica, elabora un archivo donde redacta los antecedentes y adjunta las imágenes tomadas. El documento médico se presenta mediante el uso del mail corporativo y luego se traslada a la historia clínica hospitalaria del paciente a través del programa informático SELENE. De esta manera, se genera un informe y se traslada la respuesta a la residencia. Cabe destacar que los casos se comentan tanto desde el punto de vista de la lesión como del estado basal del paciente, para tener también una idea aproximada del tratamiento más adecuado.

La información clínica de los pacientes se trata mediante correo corporativo, excepto casos puntuales que puedan surgir de imprevisto y sean comentados verbalmente.

Si en los siguientes pasos se precisa de traslado del paciente para una primera toma de contacto, también es Geriatría quien se encarga de esa parte del proceso. Si tras una primera visita el paciente precisa de más procedimientos o valoraciones presenciales, es el médico especialista quien se encarga de la gestión de esos procesos.

Si el paciente presenta un tumor cutáneo, en función de la sospecha de malignidad, de las características de la lesión y de la situación basal del paciente, se programa para una resolución quirúrgica con anestesia local. En caso de precisar de sedación/anestesia, debe acudir un día al hospital para realizar el pase preoperatorio. Finalmente, los pacientes son valorados directamente en la zona prequirúrgica, donde se establece el primer contacto directo con ellos y la familia para explicar el proceso. Luego, tras la cirugía, se entregan las indicaciones a la familia/tutor legal/responsable y, posteriormente, si se dan las condiciones, se realizan curas supervisadas con iconografía mediante mail corporativo y asistencia telefónica por el equipo de enfermería de Dermatología.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

1. Valoración de la demanda sanitaria de una población frágil.
2. Atención clínica de forma rápida y resolutiva.
3. Asistencia quirúrgica preferente.

Total de valoraciones de teledermatología por año:

- 2021: 85
- 2022: 113
- 2023: 131
- 2024 (enero a mayo): 78

Edad media: 89 (\pm 5) años.

Demora en responder la teleconsulta: respuesta semanal.



Porcentaje de casos resueltos por teleconsulta: aproximadamente el 60 % de los casos tiene resolución por teleconsulta, mientras el 40 % restante precisa de una visita presencial en el hospital. De los pacientes presenciales, más de la mitad son quirúrgicos, por lo que son incluidos en la lista de espera quirúrgica en función del tipo de manejo que precisen (cierre directo, colgajo o injerto) y de la asesoría del geriatra, quien transmite si el paciente precisará de sedación o no.

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

- **Servicio de Dermatología:** ha permitido ampliar la cobertura sanitaria al grupo de edad avanzada y reducir el tiempo de resolución de la patología tumoral maligna.
- **Pacientes:** ha supuesto una mayor resolución de sus patologías y en un tiempo reducido, gracias a una comunicación más expedita. También nos ha brindado la posibilidad de realizar un seguimiento telemático del tratamiento médico indicado.
- **Administración sanitaria:** ha significado un incremento en la cartera de servicios.
- **Resto de personal sanitario:** ha ayudado a la sensibilización de una población frágil, que es poco demandante.

Discusión

Lecciones aprendidas

- Es una atención sanitaria especializada a un grupo concreto que presenta patología fundamentalmente tumoral e inflamatoria, que en un sistema tradicional puede implicar varias visitas presenciales, con la gestión de tiempo y recursos que esto implica.
- Contar con la participación de Geriátrica permite tomar decisiones de acuerdo con la situación basal de los pacientes (y no limitarnos a una edad), mientras que, por otro lado, facilitar el acceso hace que la familia también esté más dispuesta a realizar tratamientos.
- En el hospital se realiza teledermatología general y no hemos comparado los distintos grupos de pacientes, pero el porcentaje de consultas con sospecha tumoral es mayor en la población geriátrica.

Factores clave de éxito

El factor que ha garantizado el éxito de la iniciativa ha sido poder contar con la gestión de Geriátrica para el filtrado de los procesos y la gestión de los mismos.

Dificultades y barreras encontradas

- Poder disponer de un geriatra que desee tener contacto con las residencias de la zona y que esté a cargo del sistema de derivación para los especialistas del hospital.
- Realizar una formación dermatológica que permita al geriatra instaurar tratamientos para la patología cotidiana.
- Encontrar el tiempo estimado para que el dermatólogo realice esta agenda semanal (tres horas telemáticas y una hora y media presencial).
- Contar con un equipo quirúrgico dermatológico dispuesto a aceptar la inclusión de pacientes que pueden presentar una complejidad heterogénea.
- Tener un equipo de enfermería que refuerce la comunicación telefónica de las indicaciones en los cuidados de heridas, en el caso de pacientes quirúrgicos.



- Disponer de personal administrativo que apoye logísticamente el proceso, encargándose del envío y recepción de los mails, la recepción de documentos fotográficos, la coordinación de la asistencia sanitaria, etc.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa no ha supuesto ningún coste adicional para el servicio, sino que se ha llevado a cabo directamente con su presupuesto. Asimismo, se ha realizado directamente con el personal del servicio. Esto ha sido posible gracias al crecimiento desde el inicio del proyecto del servicio de Geriátrica, que ha pasado de un geriatra al comienzo a los tres actuales.

Aplicabilidad en otros centros

Se cree que este proyecto es aplicable a otros centros, ya que cada hospital de una comunidad tiene asignada una población geográfica, por lo que los pacientes que viven en residencias tienen un servicio de referencia donde ser derivados si lo precisan.

Por otro lado, actualmente este sistema de trabajo se ha ampliado a varias especialidades, aunque cabe destacar que Dermatología fue de las primeras en instaurarlo.

Resumen/conclusión final

Actualmente resulta imprescindible ofrecer atención sanitaria especializada a los adultos mayores de las residencias geriátricas. Este proyecto plantea la tele dermatología como una herramienta para asistir a esta población, en la que la labor de una Geriátrica involucrada y formada en patología dermatológica que actúe como interlocutora resulta crucial. Esta *best practice* sigue acumulando éxitos desde su puesta en marcha en el año 2016 y ha permitido ofrecer cada año más valoraciones a este grupo poblacional. Es, además, reproducible en otros centros y aplicable a otras especialidades.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**



Continuidad asistencial



Continuidad asistencial

Introducción por Anna López

Miembro del comité coordinador del proyecto Aportando valor en dermatología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

El ejercicio de la Dermatología implica el desarrollo de múltiples procesos asistenciales para cada paciente tratado en nuestra práctica clínica diaria. Cada proceso en el ámbito asistencial requiere una planificación y ejecución meticulosas, que constituyen la actividad principal del personal involucrado en los sistemas sanitarios.

La continuidad asistencial en Dermatología asegura que cada paso en el cuidado del paciente esté coordinado de manera efectiva. Esta continuidad permite una atención integrada y coherente, para así optimizar la experiencia del paciente y los resultados clínicos.

Los resultados de todo proceso asistencial deben medirse y compararse con los objetivos previamente establecidos, lo que permite identificar oportunidades de mejora cuando los resultados se desvían del objetivo original. Esto es fundamental para garantizar que la atención proporcionada cumpla con los estándares de calidad y eficiencia, y permite los ajustes necesarios para la mejora continua.

La gestión de procesos asistenciales debe ser liderada por el profesional clínico que haya iniciado el proceso o el desarrollo multidisciplinar, dado que es el verdadero conocedor del proceso y el responsable de mantener su calidad mediante esta metodología. La continuidad asistencial depende en gran medida del liderazgo y la colaboración entre los profesionales de la salud, y facilita un enfoque integrado en la atención al paciente.

Desde la perspectiva del profesional clínico, la gestión de procesos asistenciales es útil no solo para mejorar la práctica clínica diaria en términos de eficacia, eficiencia y calidad, sino también para aprender y enseñar medicina, y para llevar a cabo investigación clínica. La continuidad asistencial en Dermatología fomenta un entorno en el que se puede compartir conocimiento y experiencias, y promover tanto la educación como la innovación en la especialidad.

A continuación, se presentan proyectos en los que el dermatólogo ha liderado procesos asistenciales multidisciplinarios, que aportan un valor significativo a nuestra especialidad. Estos proyectos ejemplifican cómo la continuidad asistencial y la colaboración interdisciplinaria pueden mejorar significativamente la atención al paciente y permiten avanzar en la práctica dermatológica.



12

Formaciones prácticas en ecografía cutánea para dermatólogos y reumatólogos

Dr. Jordi Mollet. Hospital Universitari Vall d'Hebron

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Jordi Mollet Sánchez

Hospital: Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona (Cataluña)

Periodo de realización: desde el año 2014 hasta la actualidad

Palabras clave: ecografía cutánea, formación práctica, nivel básico, nivel avanzado

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La aparición de sondas de ecografía de alta frecuencia permite el estudio de la piel mediante esta técnica. El dermatólogo es el profesional más adecuado para aplicarla, ya que los radiólogos muchas veces desconocen las patologías cutáneas.

Objetivo

Las rotaciones prácticas están dirigidas a dermatólogos sin experiencia en ecografía cutánea (nivel básico), a dermatólogos ya formados (nivel avanzado) y a reumatólogos (ecografía cutánea para reumatólogos).

Descripción

Todos los cursos se realizan en el servicio de Dermatología de la Vall d'Hebron de Barcelona. Tienen una duración de ocho horas lectivas y se realizan en un solo día, combinando una parte práctica, una parte teórica y un examen final. Son cursos para un máximo de tres alumnos por curso, para ser fieles a la temática: **Formaciones Prácticas en Ecografía Cutánea para Dermatólogos y Reumatólogos**.

Metodología

Los cursos siempre se realizan en jueves y se inician a las 8:30 h de la mañana con una bienvenida y presentación para, a continuación, empezar con la parte más práctica, que comprende el estudio mediante ecografía de diferentes lesiones en pacientes reales. Es importante resaltar que todos los alumnos realizan exploraciones a todos y cada uno de los pacientes.

Por la tarde se hace un repaso teórico a principios básicos de ecografía y *Doppler* (nivel básico y curso para reumatólogos), intervencionismo guiado por ultrasonido (nivel avanzado), prácticas de punción aspirativa con aguja fina (PAAF) y biopsia de aguja gruesa (BAG) en modelos animales (nivel avanzado), y discusión conjunta de casos clínicos (nivel básico, avanzado y curso para reumatólogos).

El curso acaba con la realización por parte de los alumnos de un examen y su posterior corrección en común, comentando todas las preguntas.



Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Durante los nueve últimos años se ha formado, en estas rotaciones, a más de 200 dermatólogos, residentes y adjuntos, con un alto grado de satisfacción, según las encuestas.

En los últimos años hemos iniciado también la formación a reumatólogos interesados en saber qué estructuras anatómicas y patologías hay cerca de su área de estudio.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- En todos los cursos se realiza un examen teórico, con imágenes y preguntas de tipo test, adaptado al nivel del curso.
- En los cursos prácticos, se realizan prácticas de procedimientos ecoguiados en modelos de simulación.
- En todos los casos se realizan encuestas de satisfacción a los alumnos.

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

- **Servicio de Dermatología:** para el servicio supone una gran oportunidad para conocer y relacionarnos con profesionales de otros centros y especialidades.
- **Pacientes:** en general, están todos muy satisfechos con este formato, ya que participan activamente y siguen con atención todas las explicaciones teóricas y prácticas, e incluso se animan a que les exploremos otras lesiones que puedan tener. Tampoco es infrecuente que los acompañantes de los pacientes se ofrezcan también como pacientes.
- **Administración sanitaria:** para el hospital siempre es enriquecedor participar en la docencia del colectivo médico.

Discusión

Lecciones aprendidas

Tras la evaluación de los resultados, estamos muy contentos con el valor añadido que hemos aportado a muchos compañeros, pero estamos aún más satisfechos con la interacción que hemos tenido con ellos.

Por otro lado, que la formación se lleve a cabo con un máximo de tres alumnos ha permitido que el aprendizaje sea muy práctico y bidireccional.

Factores clave de éxito

- Que sea un curso práctico.
- La limitación a tres alumnos por curso.
- Tratar de que los tres alumnos siempre vengan de diferentes hospitales, para evitar endogamia.

Dificultades y barreras encontradas

No hemos detectado factores limitantes asociados a esta *best practice*, y con el tiempo hemos ido puliendo los detalles peor valorados por los alumnos.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a recursos económicos, hemos contado con la colaboración de la industria farmacéutica para gestionar la logística de traslados de los alumnos y el catering. Sin embargo, se ha realizado directamente con el personal del servicio y con la colaboración fundamental, en la parte docente teórica y práctica, del Dr. David Vidal, de la Fundació Sanitaria d'Igualada.

Aplicabilidad en otros centros

Nuestra idea inicial era formar a formadores que pudiesen replicar el modelo en sus servicios de Dermatología, pero la realidad es que muchos alumnos siguen viniendo a nuestro centro a formarse en ecografía cutánea, por tratarse de un centro de excelencia en esta técnica y con una larga trayectoria docente. De todas maneras, estamos abiertos a ayudar a implementar nuestra experiencia docente donde sea necesario.

Resumen/conclusión final

La ecografía con sondas de alta frecuencia ha permitido la introducción de esta prueba diagnóstica en nuestra especialidad.

Nadie la va a realizar mejor que un dermatólogo, por lo que su formación es esencial.

Pensamos que la mejor manera de aprender cualquier técnica es usándola, y esa es nuestra idea con estos cursos, en los que ya desde el primer minuto los alumnos van a estar en contacto con la máquina y el paciente.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Ulrich J, Maschke J, Winkelmann A, Schwürzer-Voit M, Jenderka KV. Conventional ultrasound diagnostics in dermatology. *Dermatologie (Heidelb)*. 2022 Jul;73(7):563-574.
2. Valle A, Mahmood SN. Current State of Ultrasound Training in US Rheumatology Fellowships. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023 Nov;75(11):2245-2247.
3. Apenteng PN, Lilford R. UK medical education should include training in point-of-care ultrasound. *BMJ*. 2023 Mar 10;380:574.
4. Park Y, Han J, Leikin S, Díaz-Gómez JL. Essential Point-of-Care Ultrasound Insights for 2024. *Semin Ultrasound CT MR*. 2024 Feb;45(1):22-28.



Consulta integrada de psoriasis: Dermatología y Farmacia Hospitalaria

Dra. Rosa M.ª Fernández y Dra. Laida Elberdín. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Rosa M.ª Fernández Torres y Laida Elberdín

Hospital: Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, La Coruña (Galicia)

Periodo de realización: desde el año 2013 hasta la actualidad

Palabras clave: eficiencia, multidisciplinar, monitorización

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

Con el desarrollo de nuevas terapias biológicas para el tratamiento de la psoriasis, algunas de coste elevado, y el incremento del número de pacientes candidatos a estos tratamientos que requieren un seguimiento estrecho, es necesaria una colaboración entre Dermatología y Farmacia hospitalaria para una mayor eficiencia y seguimiento de estos pacientes.

Objetivo

- Colaboración entre farmacéutico hospitalario y dermatólogo para una mejor elección del tratamiento biológico.
- Seguimiento conjunto de pacientes.
- Monitorización de niveles de fármaco y anticuerpos en casos de respuesta insuficiente al tratamiento.
- Realización de investigaciones, cursos de formación y publicaciones conjuntas.

Descripción

Para el desarrollo de la iniciativa durante dos o tres jornadas laborales, cada semana se realiza la consulta de terapias biológicas, tanto para psoriasis como para otras patologías (hidrosadenitis, dermatitis atópica), con la participación conjunta de dermatólogo y farmacéutico. Se valora a pacientes candidatos a tratamientos biológicos que acuden por primera vez a la consulta para verificar que cumplen los criterios de tratamiento y solicitar las pruebas necesarias para el inicio y la terapia más indicada. En sucesivas consultas se cita al paciente para iniciar el tratamiento, se administra la primera dosis y se explica la posología, la conservación del medicamento y los efectos adversos. Se realiza seguimiento del paciente de forma conjunta. En la consulta se selecciona a los pacientes candidatos a monitorización, a partir de criterios como la falta de eficacia, la presencia de efectos adversos o si son candidatos a optimización/desintensificación de tratamiento, entre otros aspectos. En la propia consulta de seguimiento de los pacientes se realiza la entrevista clínica de forma conjunta por el farmacéutico y el dermatólogo, y se fija el momento para la extracción de la muestra sanguínea según la pauta posológica.



Metodología

Consiste en la realización de una consulta conjunta que se lleva cabo dos mañanas a la semana entre el dermatólogo y el farmacéutico hospitalario.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

La presencia del farmacéutico hospitalario disminuyó el porcentaje de pacientes con intensificación en el tratamiento y aumentó el porcentaje de pacientes con optimización posológica.

Con la instauración de la consulta conjunta aumentó el número de pacientes con monitorización farmacocinética de terapias biológicas.

La cuantificación de la concentración de fármacos y los anticuerpos correspondientes ha permitido realizar optimizaciones de tratamiento (disminución de dosis o alargamiento de intervalo posológico) en aquellos pacientes con concentraciones elevadas del medicamento y buena respuesta clínica. También se han detectado pacientes que han generado anticuerpos frente a estos medicamentos de forma precoz, se han realizado modificaciones de tratamiento de forma temprana y se ha evitado la aparición de reacciones adversas o pérdidas de eficacia a los mismos.

Gracias a la consulta conjunta, hemos realizado múltiples publicaciones en revistas internacionales de alto impacto, comunicaciones a congresos y cursos de formación.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

- Indicador 1. Porcentaje de pacientes con intensificación en la posología de los tratamientos (aumento de dosis/acortamiento del intervalo de tratamiento).
- Indicador 2. Porcentaje de pacientes con optimización en la prescripción: alargamiento del intervalo posológico, suspensión de tratamiento, reducción de dosis o cambio a terapia biológica de menor coste.
- Indicador 3. Porcentaje de pacientes con monitorización farmacocinética.

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

- **Servicio de Dermatología:** unificación de decisiones terapéuticas y seguimiento de los pacientes con terapias biológicas en el servicio de Dermatología.
- **Pacientes:** seguimiento conjunto por parte de dermatólogo y farmacéutico. Explicación e inicio de tratamiento en la primera consulta conjunta. Agilización de la autorización de tratamientos.
- **Administración sanitaria:** mayor eficiencia en la elección de tratamientos.

Discusión

Lecciones aprendidas

Con esta iniciativa tenemos en cuenta un uso racional de las terapias biológicas, al permitir una individualización del tratamiento y la creación de modelos predictivos de respuesta, todo ello con el consiguiente ahorro económico asociado. El equipo multidisciplinar de la consulta de Terapias Biológicas de Dermatología continúa realizando estudios en esta área, lo que contribuye a un aumento del conocimiento en este campo.

Factores clave de éxito

La implicación, comunicación y colaboración del personal implicado han sido los principales factores que han permitido desarrollar esta iniciativa con éxito.



Dificultades y barreras encontradas

En nuestro caso no hemos encontrado dificultades, pero sí sería necesaria una buena relación entre el servicio de Dermatología y Farmacia hospitalaria.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta *best practice* se ha llevado a cabo directamente con el presupuesto y el personal del servicio de Dermatología.

Aplicabilidad en otros centros

El proyecto se podría aplicar a otros centros, ya que solamente requiere formación específica del personal implicado y colaboración entre los dos servicios. De la misma manera que se aplica en Dermatología, podría aplicarse en otras especialidades, como Reumatología, Digestivo u otras áreas terapéuticas en las que los pacientes necesiten tratamientos de dispensación hospitalaria.

Resumen/conclusión final

Gracias a la consulta conjunta entre dermatólogo y farmacéutico hospitalario, se pudo llevar a cabo la implantación de un programa estratégico que incrementó la eficiencia de las terapias biológicas en este grupo de pacientes y supuso una mejora de la calidad asistencial.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Elberdín L, Fernández-Torres RM, Mateos M, Outeda M, Blanco E, Gómez-Besteiro MI, Martín-Herranz I, Fonseca E. Real-world use of ustekinumab therapeutic drug monitoring in moderate to severe psoriasis. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Dec 8;9:1017323.
2. Elberdín L, Fernández-Torres RM, Paradelo S, Mateos M, Blanco E, Balboa- Barreiro V, Gómez-Besteiro MI, Outeda M, Martín-Herranz I, Fonseca E. Biologic Therapy for Moderate to Severe Psoriasis. Real-World Follow-up of Patients Who Initiated Biologic Therapy at Least 10 Years Ago. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 Mar;12(3):761-770.
3. Elberdín L, Fernández-Torres R, Paradelo S, Blanco E, Outeda M, Martín I, Fonseca E. Ustekinumab treatment for moderate to severe psoriasis. Eight-year real-world follow-up of 61 cases in a tertiary level hospital. *J Dermatolog Treat*. 2020 Nov;31(7):698-701.
4. Fonseca E, Iglesias R, Paradelo S, Fernández-Torres RM, Elberdín L. Efficacy and safety of adalimumab in psoriatic patients previously treated with etanercept in a real-world setting. *J Dermatolog Treat*. 2015 Jun;26(3):217-22.
5. Elberdín L, Outeda M, Salvador P, Paradelo S, Fernández-Torres RM, Iglesias R, Fonseca E, Martín I. Infliximab drug and antibody levels in patients with dermatological conditions. *Int J Clin Pharm*. 2015 Apr;37(2):320-6.
6. Elberdín L, Outeda M, Salvador P, Paradelo S, Fernández-Torres RM, Iglesias R, Fonseca E, Martín I. Positive correlation between etanercept concentration and the decrease in Psoriasis Area and Severity Index scale value. *Int J Clin Pharm*. 2016 Oct;38(5):1142-8.



14

Creación de una consulta multidisciplinar Derma-Medicina Interna de patología dermatológica compleja

Dra. M.ª Asunción Ballester. Hospital Universitario Ramón y Cajal

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: M.ª Asunción Ballester Martínez, Andrés González García

Hospital: Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid (Comunidad de Madrid)

Periodo de realización: desde el año 2021 hasta la actualidad

Palabras clave: multidisciplinar, dermatología compleja, Derma-Interna

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La patología dermatológica inflamatoria compleja comprende un amplio grupo de enfermedades cutáneas que comparten varias características, como tener un origen inmunomediado, cursar con manifestaciones cutáneas y sistémicas potencialmente graves, requerir tratamientos inmunomoduladores e ingresos hospitalarios, y precisar, para su manejo, un abordaje multidisciplinar. La complejidad de estos pacientes requiere una colaboración estrecha con otros especialistas que puedan dar respuesta a la parte extracutánea de la enfermedad. Con el objetivo de facilitar una atención completa y de calidad a estos pacientes, decidimos constituir la consulta multidisciplinar Dermatología- Medicina Interna ("Derma-Interna") en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Objetivo

Los objetivos de este proyecto son:

A nivel asistencial:

- Proporcionar un abordaje integral al paciente con patología dermatológica compleja, controlando no solo la afectación cutánea sino también sus comorbilidades y sus potenciales complicaciones.
- Facilitar el trabajo multidisciplinar, mejorando la coordinación entre los miembros del equipo y optimizando el proceso diagnóstico, con el consiguiente ahorro de tiempo y recursos públicos. Creación e implementación de protocolos.
- Mejorar la satisfacción tanto del paciente y sus familiares como del equipo médico.

A nivel docente:

- Desarrollar sesiones de formación periódicas.
- Creación de rotaciones específicas en patología dermatológica compleja para los residentes propios y rotantes externos de ambos servicios.



A nivel investigador:

- Realización de estudios de investigación en patología dermatológica compleja.
- Participación en ensayos clínicos.
- Desarrollo de tesis doctorales, publicaciones, etc.

Descripción

El proyecto “Derma-Interna” consiste en la creación de una consulta multidisciplinar en la que se reúnen, de forma presencial, ambos especialistas, con una periodicidad semanal. En dicha consulta se cita a pacientes aquejados de patología dermatológica compleja (enfermedades ampollares autoinmunes, colagenopatías, síndromes autoinflamatorios...), así como a aquellos pacientes con otros procesos que requieren un seguimiento conjunto por las características de su enfermedad o de las comorbilidades asociadas (por ejemplo, pacientes frágiles o pacientes con enfermedades inmunomediadas con comorbilidades cardiovasculares o de otra índole). Los pacientes atendidos proceden, en su mayor parte, de las consultas de Dermatología y Medicina Interna, si bien existe una prestación de “dermatología compleja” abierta a todas las especialidades médicas. Una vez que llegan a la consulta conjunta, se mantienen en la misma hasta que se considere que pueden ser dados de alta o manejados de forma exclusiva por Dermatología o por Medicina Interna, en cuyo caso se derivan a la consulta monográfica que proceda. La consulta multidisciplinar de pacientes externos se complementa con la atención hospitalaria -en el caso de requerirse un ingreso-, que también se facilita coordinadamente por ambos servicios.

Metodología

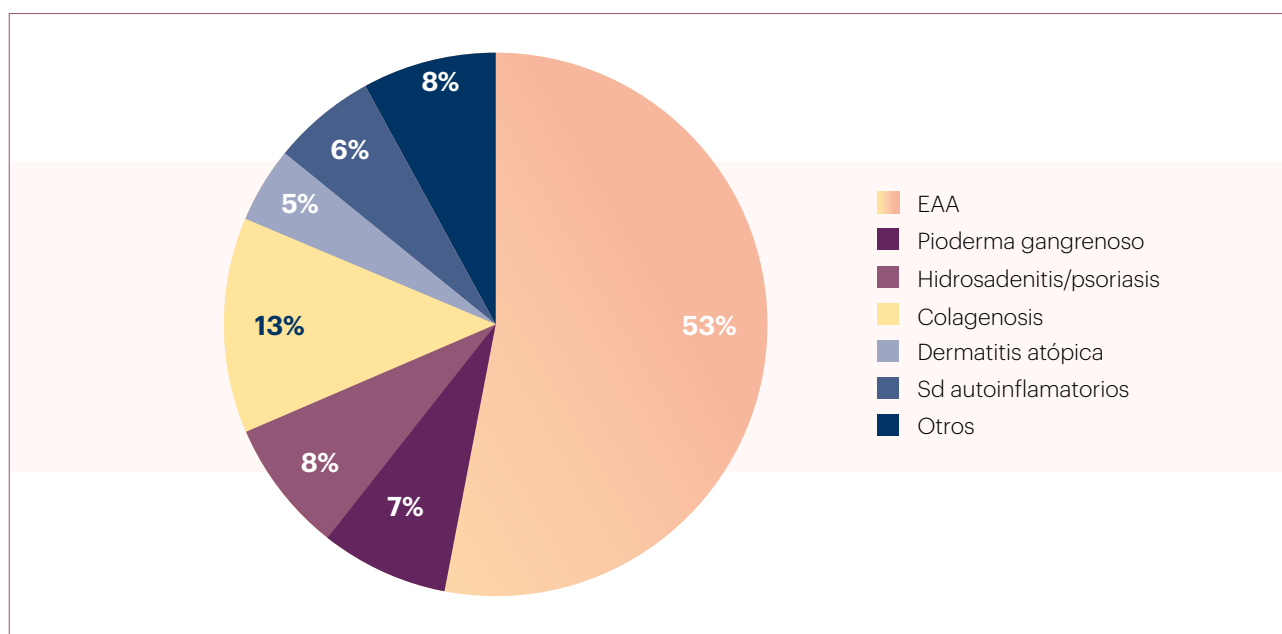
- **Primera fase:** creación de la Unidad Integral de Enfermedades Ampollares Autoinmunes (UIEAA) del Hospital Ramón y Cajal y su aprobación por la Dirección Médica, integrada por los servicios de Dermatología, Medicina Interna, Inmunología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial y Anatomía Patológica. Creación del protocolo inicial de manejo de pacientes con enfermedades ampollares autoinmunes.
- **Segunda fase:** creación de un convenio de colaboración entre Dermatología y Medicina Interna para el manejo de pacientes con enfermedades dermatológicas complejas. Posterior ampliación con la firma de un nuevo convenio para el manejo de las comorbilidades en pacientes con psoriasis.
- **Tercera fase:** creación de la consulta multidisciplinar Derma-Interna; inicialmente, con periodicidad quincenal, atendiendo a 10 pacientes por consulta. Actualmente, se atiende a una media de 17 pacientes por consulta, con una periodicidad semanal.
- **Cuarta fase:** creación de las Sesiones Acreditadas en Patología Dermatológica Compleja (una sesión quincenal, impartida por facultativos de ambos servicios).

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Desde la creación de la consulta multidisciplinar hemos atendido a más de 200 pacientes con diversas patologías dermatológicas inflamatorias, cuya distribución se muestra en la siguiente imagen:

Nos encontramos actualmente en proceso de análisis cuantitativo de resultados desde el punto de vista asistencial. A nivel docente, hemos realizado 20 sesiones de formación específica en dermatología compleja. Hemos recibido cinco rotantes extranjeros en el último trimestre. Hemos publicado cinco artículos científicos y tenemos la primera tesis doctoral en realización. Hemos participado como investigadores principales o subinvestigadores en nueve ensayos clínicos. Hemos realizado más de 10 comunicaciones a congresos nacionales e internacionales.



Indicadores utilizados para evaluar el resultado

En esta *best practice* no se han empleado indicadores para evaluar resultados.

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

Para el **servicio de Dermatología**, ha supuesto la creación de una consulta monográfica nueva, donde se agrupan pacientes de elevada complejidad que suponen un reto, pero también una oportunidad formativa excelente para los miembros del servicio. La creación de las sesiones de actualización y presentación de casos amplifica el valor docente, así como la participación en proyectos de investigación y ensayos clínicos. Además, la ausencia de rotaciones específicas en patología dermatológica compleja en muchos hospitales nos ha permitido contar con rotantes nacionales y extranjeros, lo cual incrementa el atractivo del servicio.

Para los **pacientes**, ha supuesto un mejor control de su enfermedad, al abordar la totalidad de la patología y sus comorbilidades, y una mayor satisfacción, dada la rapidez y coordinación interdisciplinar que hemos logrado. La disminución del número de citas médicas es un hecho diferencial que los pacientes y sus familiares perciben como muy positivo.

Para el **hospital**, contar con la UIEAA y una consulta multidisciplinar pionera de Derma-Interna supone un atractivo extra desde el punto de vista asistencial y un ahorro de recursos en todos los sentidos (al evitar la duplicidad de citas, pruebas, solicitudes de ambulancia, etc.), y permite optimizar el control de las comorbilidades del paciente.

Para el **resto del personal**, fundamentalmente de enfermería, ha supuesto un aprendizaje, al estar en contacto con pacientes de elevada complejidad que requieren la realización de técnicas especializadas.

Discusión

Lecciones aprendidas

La creación de la consulta Derma-Interna ha supuesto un importante aprendizaje para nosotros. Hemos aprendido que con el esfuerzo personal es posible crear una red multidisciplinar de compañeros con interés en la patología compleja que ha permitido mejorar la atención a estos pacientes. Hemos conseguido una alta satisfacción por parte de los pacientes y de los compañeros y, por supuesto, una importante satisfacción personal al aprender mutuamente de otros especialistas.



Factores clave de éxito

Para conseguir el éxito, el factor clave ha sido el empeño personal que hemos puesto los facultativos y el apoyo de nuestros jefes de servicio. Posteriormente, conseguimos también el reconocimiento de la dirección del hospital.

Dificultades y barreras encontradas

Las principales barreras que hemos encontrado han sido la dificultad de coordinar a compañeros de tantas especialidades en la UIEAA, la imposibilidad de crear una agenda única conjunta en Admisión, por lo que uno de nosotros tiene que capturar uno a uno los pacientes atendidos en su agenda propia, y la dificultad de coordinarnos en un único lugar físico para pasar la consulta.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos, esta iniciativa se ha realizado directamente con el presupuesto y el personal del servicio de Dermatología.

Aplicabilidad en otros centros

Este proyecto sería aplicable en otros centros, siempre que exista un interés por parte de facultativos de ambos servicios, y podría también generalizarse a otras consultas monográficas. Ya existen otros modelos de consulta multidisciplinar, como Dermatología-Endocrinología y Dermatología-Reumatología, entre otras especialidades, pero contar con Medicina Interna, cuyo enfoque principal es la atención integral, facilita una cobertura más amplia del paciente y sus comorbilidades.

Resumen/conclusión final

En resumen, presentamos un proyecto de consulta multidisciplinar Dermatología-Medicina Interna que ha partido de la necesidad de ofrecer una atención completa y de calidad a los pacientes con patología dermatológica compleja y que, además de mejorar nuestra función asistencial, docente e investigadora, ha supuesto en este tiempo una gran satisfacción para nosotros.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Sahni DR. Fellowships in Complex Medical Dermatology. Cutis. 2023 Dec;112(6):E3-E4.



15

Consulta conjunta Dermatología - Oncología

Dra. Irene Loizate. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Ricardo Fernández de Misa, Irene Loizate

Hospital: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife (Canarias)

Periodo de realización: desde el año 2021 hasta la actualidad

Palabras clave: dermatología, oncología, consulta conjunta, cáncer cutáneo

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

El cáncer cutáneo, melanoma y no melanoma, crece constantemente en incidencia. Los pacientes requieren tratamientos complejos con toxicidades que pueden ser importantes y visitas repetidas al hospital.

Objetivo

El objetivo principal de la consulta conjunta de Dermatología-Oncología es optimizar la asistencia al paciente, al disminuir la asistencia de los pacientes al hospital y ofrecer atención simultánea de ambas especialidades.

Como objetivos específicos se encuentran:

- Ahorrar visitas al hospital al paciente porque en un mismo día es valorado por las dos especialidades.
- Prevenir duplicaciones de pruebas, como analíticas o pruebas de imagen.
- Abordar de forma más completa y multidisciplinar al paciente en la consulta.
- Ahorrar en espacio físico (el de la propia consulta) y en el personal de la consulta.

A nivel docente:

- Desarrollar sesiones de formación periódicas.
- Creación de rotaciones específicas en patología dermatológica compleja para los residentes propios y rotantes externos de ambos servicios.

Descripción

Una vez al mes, en el servicio de Dermatología, se ha asignado una consulta con código propio donde se reúnen el dermatólogo y el oncólogo. Esto se integra directamente con el comité de tumores cutáneos, y cuenta con unos 20 minutos por paciente. El dermatólogo es el encargado de escribir el evolutivo y solicitar las pruebas, mientras que el encargado de revisar el resultado de las pruebas es quien más próxima tenga la cita de revisión.

Los candidatos a la consulta conjunta son pacientes con cáncer cutáneo que requieren revisiones rutinarias por ambas especialidades, así como pacientes con progresión extracutánea para valorar tratamiento y toxicidades.



La mayoría de los pacientes son derivados desde el comité de tumores cutáneos, mientras que algunos proceden de Oncología médica. Estos últimos son pacientes que se han “saltado” la consulta de Dermatología y han sido derivados directamente a Oncología (desde la privada, Otorrinolaringología, Oftalmología...).

Habitualmente no son derivados directamente desde Dermatología (es raro), ya que primero siempre se valoran en el comité de tumores cutáneos.

Metodología

Como parte de la metodología de la iniciativa, se controlan las visitas extra evitadas a los pacientes y la duplicidad de exploraciones complementarias prescritas. Así mismo, también se recoge el grado de satisfacción del paciente.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Gracias a este proyecto se ha detectado un aumento claro de la satisfacción de los pacientes, así como una reducción en los tiempos de espera y en el número de exploraciones solicitadas. Se ha atendido aproximadamente a 400 pacientes que requerían atención combinada por ambos especialistas y que, de no haber sido atendidos en la consulta conjunta, habrían sido atendidos de forma menos coordinada.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

Hacen falta indicadores desde los diferentes puntos de vista: el del paciente (percepción/satisfacción del paciente), el del médico (relacionado con el conocimiento y el empleo de la tecnología) y el del administrativo (relacionado con la eficiencia).

1. Cuestionario de satisfacción a los pacientes. El siguiente paso pendiente en nuestro proyecto es diseñar un cuestionario de satisfacción para los pacientes que acuden a la consulta conjunta.
2. La valoración de los especialistas. Los especialistas que llevan a cabo esta consulta aprenden del compañero de la otra especialidad y, además, aseguran que la valoración y el manejo del paciente es más completo.
3. Número de pacientes atendidos y lesiones resueltas.

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

- **Servicio de Dermatología:** ha favorecido que haya una mayor cercanía al paciente y un mejor manejo de un problema con mortalidad importante. Además, ha contribuido a que haya un mayor intercambio de conocimientos entre ambas especialidades (Dermatología y Oncología), que enriquece la formación.
- **Pacientes:** ha supuesto una reducción del número de visitas al hospital, poder realizar una valoración más completa y de mayor calidad y reducir la lista de espera.
- **Administración sanitaria:** se ha conseguido mejorar la resolución y el manejo de un problema con mortalidad importante, así como un ahorro de recursos.

Discusión

Lecciones aprendidas

Uniendo esfuerzos y poniendo el foco sobre el paciente, se reducen las listas de espera, se resuelven esperas burocráticas y se da un mejor servicio al paciente.

Factores clave de éxito

La disponibilidad y la comunicación entre profesionales de servicios diferentes, así como el apoyo y la voluntad por parte de los jefes de servicio, han resultado cruciales para el desarrollo de esta *best practice*.



Dificultades y barreras encontradas

Han surgido barreras administrativas y dificultades a la hora de conseguir una consulta física y personal de enfermería, así como para fijar el día de la consulta y su calendarización.

La mayor dificultad en la práctica ha sido administrativa, en cuanto a duplicidad de las citas. Un ejemplo de ello es el paciente que acude a la consulta conjunta y que unos días antes ha tenido cita en Oncología. Para solucionarlo, se requiere compromiso por parte de ambos servicios para organizar las citas conjuntas y las revisiones individuales, para que no se dupliquen. Lo ideal es disponer, en cada servicio, de un especialista encargado de revisar a estos pacientes y sus citas.

Por otro lado, hay que destacar también que ambos especialistas tienen que estar disponibles el día que toca la consulta conjunta, lo cual requiere de la implicación del jefe de servicio.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

En cuanto a recursos económicos y humanos, esta iniciativa se ha podido realizar directamente con el presupuesto y el personal del servicio de Dermatología.

Aplicabilidad en otros centros

Esta best practice se considera aplicable a otros centros porque resuelve un problema con alta prevalencia, y a otras áreas clínicas o terapéuticas, con la finalidad de garantizar un correcto manejo de las toxicidades por inmunoterapia.

Resumen/conclusión final

Una consulta calendarizada de calidad y con un trabajo importante de fondo para el bien de los pacientes.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**



16

Guías de práctica clínica en Dermatología para Atención Primaria

Dra. Laura García. Hospital Universitario San Juan de Alicante

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Laura García Fernández, Lucía García Sirvent

Hospital: Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante (Comunidad Valenciana)

Periodo de realización: desde mayo de 2021 hasta la actualidad

Palabras clave: guías, práctica clínica, atención primaria

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

La derivación de pacientes desde Atención Primaria (AP) a los servicios de Dermatología es inmensa, hasta el punto de que nuestra especialidad es, junto con Oftalmología, la que más interconsultas recibe desde los centros de salud. Esto es debido a que las enfermedades de la piel constituyen unos de los principales motivos de consulta en AP.

Muchas de estas patologías tienen un diagnóstico y manejo sencillos que podrían llevarse a cabo desde las propias consultas de los centros de salud. Sin embargo, dada la cantidad de patologías, pruebas diagnósticas y tratamientos que deben manejar estos especialistas, frecuentemente no asumen este papel y prefieren interconsultar por sus pacientes.

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria realizan rotatorios de 6-8 semanas por nuestro servicio y, generalmente, muestran un elevado interés por el conocimiento y manejo de la patología cutánea, ya que refieren que supone una parte importante de sus consultas.

El objetivo de esta *best practice* es la elaboración de unas guías de práctica clínica que supongan un documento de consulta fácil y práctico para la resolución de consultas de enfermedades cutáneas de alta prevalencia en los centros de AP.

Objetivo

El objetivo principal de esta iniciativa es facilitar un documento a los médicos de familia para diagnosticar y tratar a sus pacientes con ciertas enfermedades cutáneas frecuentes y de fácil manejo.

Como objetivos secundarios que se lograrían al mismo tiempo, destacan la formación continuada de estos especialistas y la disminución de la derivación a los centros de especialidades, con la consiguiente reducción de la presión asistencial y la demora en nuestros servicios.

Descripción

Cada año rotan por el servicio de Dermatología del Hospital Universitario de San Juan 9-10 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria durante 6-8 semanas. Cuando llegan al servicio, se les propone la realización de una Guía de Práctica Clínica de alguna patología de alta prevalencia y fácil manejo y se les facilita un modelo para su realización, de forma que todas tengan un diseño homogéneo y con los mismos apartados, en la medida de lo posible.



Los residentes realizan una búsqueda bibliográfica y se selecciona la más relevante con la ayuda del responsable de su rotación. Los residentes elaboran la guía con los siguientes apartados: introducción, epidemiología, clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento, puntos clave, imágenes y bibliografía. El enfoque es eminentemente práctico, y se facilitan incluso nombres comerciales de tratamientos o cosméticos si se considera preciso.

Posteriormente, el documento se corrige por el responsable de la rotación, se implementan los posibles cambios por los residentes y se revisa por la jefa de servicio, que concertará una cita con el Grupo de Mejora para la presentación de una o más guías.

Una vez aprobada por todos, la guía se archiva de forma digital en la carpeta de Dermatología de AP para su acceso desde cualquier ordenador de los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria del departamento.

Hasta el momento se han elaborado las siguientes guías: queratosis actínicas, psoriasis, eccema de manos, onicomycosis, escabiosis, verrugas genitales, rosácea, urticaria, acné, moluscos contagiosos y corticoides tópicos.

Metodología

1. Selección de la patología a estudio.
2. Búsqueda bibliográfica y selección de los artículos de mayor interés con ayuda del tutor.
3. Desarrollo de la guía según protocolo establecido para todas ellas.
4. Corrección por parte del tutor.
5. Revisión por la jefa de servicio.
6. Exposición en el grupo de mejora Derma-AP.
7. Traslado a la carpeta digital de AP para acceso desde todo el departamento.

Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

Hasta la fecha se han elaborado 11 guías y se han presentado nueve.

Indicadores utilizados para evaluar el resultado

El indicador empleado hasta el momento ha sido el número de guías elaboradas.

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

- **Servicio de Dermatología y Administración sanitaria:** una probable reducción del número de derivaciones.
- **Pacientes:** una reducción del número de desplazamientos.
- **Resto de personal sanitario:** una mejoría de la relación con AP y de su conocimiento acerca de nuestra patología, así como la mejora de la formación de los residentes de AP.

Discusión

Lecciones aprendidas

Hasta el momento el impacto no ha sido muy grande porque hemos visto que la información no llega a todos los profesionales implicados. Sin embargo, la acogida por parte de los residentes ha sido muy buena, y estos sí aplicarán lo trabajado en sus guías y las de sus compañeros, si desarrollan su trabajo en nuestro departamento.

Factores clave de éxito

La implicación de la mayoría de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria rotantes, al tratarse de una labor voluntaria, y del Grupo de Mejora.

Dificultades y barreras encontradas

- La poca disponibilidad para las reuniones con AP.
- La escasa disponibilidad horaria para reunirnos con el Grupo de Mejora y dar a conocer las guías.
- La escasa predisposición de la coordinación del departamento para difundir las guías.
- El Grupo de Mejora está compuesto por médicos interesados por nuestra especialidad y, muchas veces, otros facultativos no muestran el mismo interés en nuestra patología.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

A nivel de recursos económicos y humanos, esta iniciativa se ha realizado con el presupuesto y el personal del servicio de Dermatología.

Aplicabilidad en otros centros

Esta *best practice* se considera aplicable a otros centros porque es fácil de implementar y puede ser útil.

Resumen/conclusión final

Los residentes de Familia se encuentran frecuentemente perdidos en el hospital, ya que no forman parte de ningún servicio concreto, a pesar del tiempo que pasan en estos centros. En ocasiones han manifestado que les gustaría tener más implicación en los diferentes rotatorios y considero que hacerles revisar y realizar un protocolo es importante para su formación y su bienestar en la rotación y, además, puede suponer una mejora en la atención a los pacientes en los centros de salud.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(3):271-275
2. Guías Clínicas – Fisterra [Internet]. Elsevier España SLU; 2024 [citado 9 julio 2024]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/>



Características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los pacientes que consultan en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital General de Valencia

Dr. Jorge Magdaleno. Hospital General Universitario de Valencia

1. Datos generales de la *best practice*

Autor/es: Jorge Magdaleno Tapial, Pablo Hernández Bel, Amparo Pérez Ferriols

Hospital: Hospital General Universitario de Valencia, Valencia (Comunidad Valenciana)

Periodo de realización: desde el año 2021 hasta la actualidad

Palabras clave: infecciones de transmisión sexual, condiloma acuminado, sífilis, herpes genital, uretritis

2. Descripción de la experiencia

Antecedentes

Se ha producido un aumento en la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los últimos años, lo que ha llevado a la creación de nuevas unidades específicas de ITS orientadas al manejo de dichas infecciones¹. Este incremento se ha relacionado con diferentes factores, como son los cambios socioculturales, los factores socioeconómicos, la explosión demográfica, los movimientos migratorios y los cambios conductuales². Los resultados de esta investigación buscan detallar las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes que consultan en la UITs de un hospital terciario de la Comunidad Valenciana.

Objetivo

Objetivo principal

Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que consultan en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual (UITs) del servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Valencia en el momento actual.

Objetivos secundarios

- Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que consultan en la UITs por condilomas acuminados, así como conocer cuáles son los genotipos de virus del papiloma humano (VPH) determinados con más frecuencia y observar si existen diferencias con respecto a una tesis doctoral realizada en nuestro servicio durante los años 2012-2013, antes de la instauración de la vacuna profiláctica frente al VPH.
- Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que consultan en la UITs por uretritis, así como saber cuáles son los patógenos más frecuentemente implicados.
- Valorar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que son diagnosticados en la UITs de herpes genital, y saber cuáles son los genotipos del virus del herpes simple más frecuentes.



- Estimar la incidencia de los pacientes que han sido diagnosticados de sífilis en nuestra UITs en el tiempo que dura el estudio, así como describir las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes y los métodos diagnósticos empleados.
- Determinar la prevalencia de otras ITS minoritarias diagnosticadas en nuestra UITs.

Descripción

Este estudio se realiza en la UITs del servicio de Dermatología del Consorcio Hospital Universitario de Valencia (cHGUV).

Metodología

Para evaluar los objetivos propuestos en el estudio se va a diseñar un estudio observacional retrospectivo que recoja de forma consecutiva prospectiva a todos los pacientes que consultaban en la UITs del servicio de Dermatología del cHGUV.

Todos los pacientes incluidos en el estudio cumplían los siguientes requisitos:

- a) Pacientes que consultaban de urgencia a la UITs o que habían sido remitidos por otro facultativo a la UITs.
- b) Pacientes de ambos sexos y mayores de edad que habían firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.
- c) Pacientes de ambos sexos y menores de edad, con firma paterna o materna del consentimiento informado para participar en el estudio y firma del adolescente, en caso de tener más de 16 años, de aceptación de participar en el estudio.

Se excluyó del estudio a aquellos pacientes que rechazaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Los pacientes de Urgencias pueden ir directamente a la UITs desde triaje en el mismo día. En función del motivo de consulta, se toma una muestra y se solicitan las analíticas necesarias y/o se da el tratamiento pertinente. El siguiente paso es una cita en las consultas de Dermatología para un seguimiento o prevención. Asimismo, se puede ofrecer la profilaxis posterior a la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y esta misma unidad sería la que haría el seguimiento. Los pacientes, durante la primera visita en la UITs, eran sometidos a una exhaustiva anamnesis y, posteriormente, se tomaban las muestras necesarias dentro de la práctica clínica habitual.

Se recogieron las variables mostradas en la tabla:



Variable	Respuesta
1. Número de historia clínica	
2. Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer • Transexual (H → M) • Transexual (M → H)
3. Edad (años)	
4. Nacionalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Española • Otra: _____
5. Orientación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Homosexual • Bisexual (en caso de haber tenido alguna relación sexual con alguien del mismo sexo en el último año)
6. Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
7. Método de derivación a la UITS	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • Médico de Atención Primaria/Institución penitenciaria • Dermatólogo de área • Unidad de Enfermedades Infecciosas • Ginecología • Urología • Cirugía • Pediatría • Otras: _____
8. Motivo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Verrugas • Úlcera genital • Supuración uretral • Disuria (escozor al orinar) • Prurito (picor) • Erupción cutánea • Pápulas • Vesículas • Contacto sexual de riesgo • Serología positiva remitida por un facultativo • Proctalgia (dolor anal) • Exudado anal • Tumoración • Dolor de pene • Eritema (enrojecimiento) del glande • Exudado vaginal • Realización de <i>screening</i> (despistaje) de ITS
9. Localización de las lesiones cutáneas	
10. Antecedentes de otras ITS previas	<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí: _____
11. Usuario de prostitutas en los seis últimos meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
12. Pareja sexual afecta y/o diagnóstico de la pareja sexual	<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí: _____
13. Práctica sexual y uso de protección	



Resultados obtenidos

Descripción general de los resultados obtenidos

1. Se han diagnosticado 1003 ITS en la UITs del CHGUV. La mayoría de pacientes son varones jóvenes españoles que consultan a través de Urgencias. Un tercio de los pacientes eran homosexuales y el 17 %, VIH positivos. El 20 – 30 % de los pacientes que consultan en Urgencias dermatológicas referían una sospecha de ITS, lo cual supone aproximadamente más de 300 consultas al año.
2. Por orden de frecuencia, los diagnósticos más frecuentes son el condiloma acuminado, las uretritis, el herpes genital y la sífilis.
3. El condiloma acuminado es la ITS más prevalente en nuestro medio, especialmente entre las mujeres. Se han detectado genotipos de VPH de alto riesgo en uno de cada cuatro pacientes genotipados.
4. El perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados de uretritis es un varón joven heterosexual. El agente etiológico más frecuentemente detectado es la *Neisseria gonorrhoeae*. Entre los agentes causantes de uretritis no gonocócica (UNG), el más frecuentemente aislado es el *Haemophilus spp.*
5. El diagnóstico de virus del herpes simple (VHS) de tipo 1 en casi la mitad de los pacientes con herpes genital, especialmente en mujeres jóvenes, aconsejaría la tipificación rutinaria mediante PCR (del inglés *Polymerase Chain Reaction*), dadas sus implicaciones pronósticas.
6. Los casos de sífilis diagnosticados en nuestro medio aparecen especialmente en varones homosexuales y positivos por VIH. Aproximadamente un tercio de las lesiones primarias son múltiples y dolorosas. La afectación palmo-plantar aparece en un tercio de los secundarismos luéticos. La PCR para la detección de *Treponema pallidum* se perfila como una herramienta valiosa para un diagnóstico temprano.

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

- **Servicio de Dermatología:** ser punteros en el área del diagnóstico y el seguimiento de las ITS.
- **Pacientes:** un mejor trato al paciente por profesionales expertos en venereología y mayor accesibilidad al sistema nacional de salud ante sospechas de enfermedades de transmisión sexual.
- **Administración sanitaria:** un tratamiento precoz permite detener la cadena epidemiológica de transmisibilidad.

Discusión

Lecciones aprendidas

A pesar de la creencia tan extendida entre la población, e incluso entre muchos profesionales de la salud, de que las ITS son algo del pasado en los países desarrollados, estas infecciones todavía suponen una amenaza para la salud y el bienestar de la población general.

Factores clave de éxito

El principal punto clave para desarrollar esta iniciativa es contar con una buena estructura en el servicio y en la propia unidad de ITS. Esto incluye desde la facilidad que tienen los pacientes con sospecha de ITS para consultar a nuestra unidad hasta la exhaustiva toma de muestras por parte de profesionales cualificados en venereología, así como el seguimiento de los pacientes. Además, la disponibilidad de una buena base de datos que recoja toda la información de forma eficiente, sin que se pierdan resultados, es sin duda un factor clave de éxito.

Dificultades y barreras encontradas

Las dificultades halladas son las propias de un estudio retrospectivo. Se trata de un estudio enmarcado dentro de la práctica clínica habitual, lo que conlleva en primer lugar un sesgo del observador en la recogida de datos de los pacientes. Si bien es verdad que la mayoría de los pacientes eran visitados en la UITs, algunos de ellos consultaban



inicialmente de Urgencias y eran atendidos por facultativos no familiarizados con las ITS, que pasaban por alto algunas variables clínico-epidemiológicas consideradas relevantes en el estudio de pacientes que consultan por enfermedades venéreas, y realizaban una toma de muestras incorrecta o ni siquiera la realizaban.

Por otra parte, existe un sesgo de información, dado que los resultados de algunas de las variables estudiadas dependen de la información facilitada por el propio paciente en la recogida de datos. Estos hallazgos pueden estar condicionados, por una parte, por la falta de memoria del enfermo, al no recordar ciertos datos (sesgo de memoria), pero por otro lado pueden influir otros factores intrínsecos al paciente, como la voluntad de no querer aportar determinados datos concernientes a la esfera sexual, una de las más íntimas del sujeto, como su orientación sexual o el haber sido usuario de la prostitución.

Otra limitación es la disponibilidad permanente de residentes de guardia durante todos los días del año. Sin embargo, en el centro donde se ha llevado a cabo esta iniciativa ha existido una gran coordinación y una dinámica de trabajo muy fluida entre adjuntos y residentes, que ha posibilitado esta implementación. Además, en la provincia de Valencia estos pacientes no son evaluados por otros profesionales que no sean dermatólogos, lo cual supone una barrera en el seguimiento de los pacientes.

Recursos necesarios para la puesta en marcha

Este proyecto se ha llevado a cabo directamente con el presupuesto y el personal del servicio de Dermatología.

Aplicabilidad en otros centros

Se considera que esta *best practice* podría aplicarse en otros centros, aunque en la mayoría sería necesario instaurar una buena UITs. De igual forma, se podría aplicar a otras áreas clínicas, como medicina de Atención Primaria, para localizar precozmente a estos pacientes.

Resumen/conclusión final

El aumento en la incidencia de las ITS en los últimos años supone un problema de salud. Por ello, desde el servicio de Dermatología del Hospital Universitario General de Valencia se han querido detallar las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes que consultan en la UITs para detectar qué patologías son las más prevalentes y analizar los diferentes perfiles de pacientes. Esta iniciativa nos ha posicionado como un servicio puntero en el diagnóstico y seguimiento de las ITS y ha mejorado la continuidad asistencial de estos pacientes.



**Consulta más información
del proyecto escaneando este QR**

Bibliografía utilizada y/o de interés

1. Hernández-Bel P. The Resurgence of Sexually Transmitted Infections. A New Epidemic in Our Society? *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(3):175-7.
2. Moreno-Ribera N, Fuertes-de Vega I, Blanco-Arévalo JL, et al. Sexually Transmitted Infections: Experience in a Multidisciplinary Clinic in a Tertiary Hospital (2010-2013). *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(3):235-41.



Aportando **valor**
en dermatología

Best Practices en dermatología