

Prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria.

Rogelio Chenlo Barros.

Francisco Javier García Soidan.

Benito José Gómez Rodríguez.

Justificación.

La ausencia de estudios sobre la prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria.

La baja concordancia diagnóstica entre dermatólogos y médicos de AP.

Ausencia de una formación específica en dermatología para médicos de AP.

Objetivo.

El estudio de la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en AP.

Material y método.

DISEÑO: Estudio observacional transversal.

ÁMBITO: Pacientes de un cupo de Medicina de Familia en el CS de Porriño captados en consulta durante 41 días.

MUESTRA: 305 pacientes, que coincide con el tamaño muestral calculado.

Variables.

Sociodemográficas:

Edad.

Sexo.

Nivel económico y de estudios.

Clínicas:

Diagnóstico.

Diagnóstico previo de enfermedad cutánea.

Tratamiento y seguimiento.

Lesiones cutáneas y enfermedades sistémicas.

Análisis estadístico (R).

Descriptivo, con intervalo de confianza.

Bivariante, con pruebas Chi-Cuadrado y exacta de Fisher.

Aspectos éticos.

Declaración de cumplimiento de la normativa aplicable y consentimiento informado (código Ceic 2018/346).

Resultados.

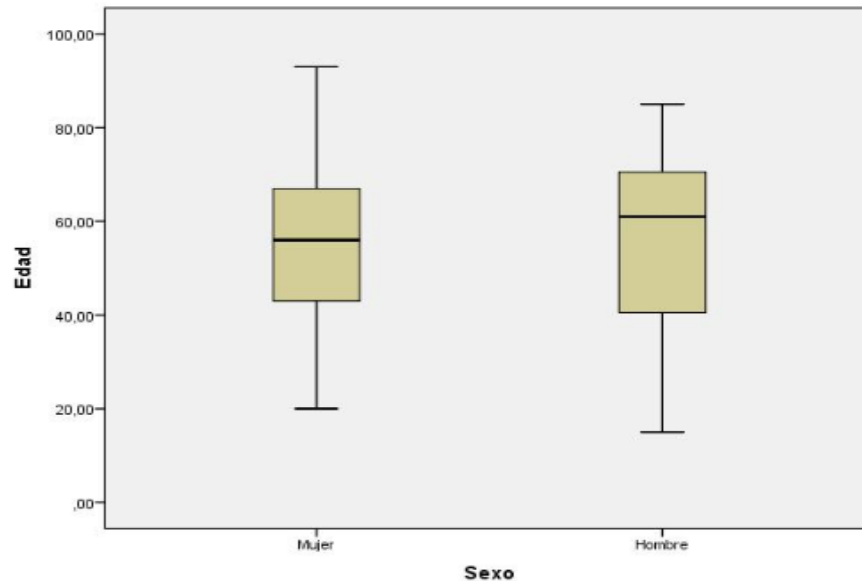
Población cupo	1592
% pacientes atendidos	93%
% con diagnóstico dermatológico	69,84%
Prevalencia estimada	69,93% (67,33-71,84)

Resultados.

Participantes: 161 mujeres y 144 hombres.

Edad: mediana 59 años (RIC 95%: 42-69).

Sin diferencias en el análisis bivalente por sexo en todas las variables.



Variables sociodemográficas.

	Mujer		Hombre		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	IC 95%
Nivel de estudios							
Primarios	95	31,14	89	29,18	184	60,32	54,74-65,66
Secundarios	44	14,42	42	13,77	86	28,19	23,44-33,49
Universitarios	22	7,21	13	4,26	35	11,47	8,37-15,54
Nivel económico							
Parado	8	2,62	5	1,63	13	4,26	2,51-7,15
Pensionista	75	24,59	84	27,54	159	52,13	46,53-57,68
<18.000 euros	65	21,31	44	14,42	109	35,73	30,57-41,26
18.000-100.000 euros	13	4,26	10	3,27	23	7,54	5,08-11,06
Mutualista/pasivas	0	0,00	1	0,32	1	0,32	0,6-1,83

Variables clínicas.

	Nº	%	IC 95%
Medios diagnósticos			
Examen físico	277	90,81	87,05-93,57
Análisis clínicos	4	1,31	0,51-3,32
Anatomía patológica	18	5,90	3,77-9,13
Derivación	3	0,98	0,34-2,85
Rechaza pruebas	3	0,98	0,34-2,85
Diagnóstico previo	62	20,32	16,19-25,20
Tratamiento			
No precisa	208	68,19	61,76-72,24
Autocuidados	16	5,24	3,51-8,74
Medicina de Familia	77	25,24	17,39-26,60
Derivación	2	0,65	0,18-2,36
Rechaza tratamiento	2	0,65	0,18-2,36
Seguimiento	86	28,19	23,44-33,49

Número de patologías por paciente.

Pacientes				69,84%
	Nº	%	IC 95%	
0	92	30,16	25,29-35,54	
1	131	42,95	37,52-48,56	
2	55	18,03	14,12-22,74	
3	20	6,55	4,28-9,91	
4	6	1,96	0,18-2,36	
5	1	0,32	0,01-2,36	
	305	100	98,76-100	

Patologías agregadas.

	Nº	%	IC 95%
Tumores benignos	148	46,54	41,13-52,03
Dermatosis	39	12,26	9,10-16,33
Micosis	27	8,49	5,90-12,07
Prurito	15	4,71	2,88-7,64
Acné	11	3,45	1,94-6,09
Quistes	10	3,14	1,72-6,69
Manchas melánicas	7	2,20	1,07-4,47
Cambios de color	6	1,88	0,87-4,05
Virosis	6	1,88	0,87-4,05
Vasculares	5	1,57	0,67-3,63
Tumores malignos	3	0,94	0,32-2,74
Otras lesiones	41	12,89	9,65-17,02
	318	100	98,81-100

Tumores.

	Nº	%	IC 95%
Fibromas	41	12,89	9,65-17,02
Queratosis seborreicas	40	12,57	9,37-16,68
Puntos rubí	20	6,28	4,11-9,51
Queratosis actínicas	15	4,71	2,88-7,64
Nevos melanocíticos papulosos	15	4,71	2,88-7,64
Dermatofibroma	10	3,14	1,72-5,69
Lipoma	4	1,25	0,49-3,19
Carcinoma basocelular	2	0,62	0,17-2,26
Carcinoma epidermoide	1	0,31	0,06-1,76
	148	46,54	41,13-52,03

Máculas.

Melasma.

Manchas café con leche.

Nevo Spilus.

Pigmentación residual Herpes Zoster.

Xantelasma.

Púrpura de Schamberg.

Vitiligo.

Nevoacrómico.

Mancha café con leche.



Xantelasma.



Lesiones en cavidad oral y labios.

Enfermedad Fordyce

Ls. T papuloide paladar (Tej. granulación)

Pigmentación lineal en paladar

Diapneusia

Leucoplasia

Lengua en caviar

Enfermedad de Fordyce.



Fístula dentaria.



Otras.

Alopecia areata

Adermatoglifia

Coliloniquia

Comedón gigante

Hirsutismo

Liquen escleroso con PeIN

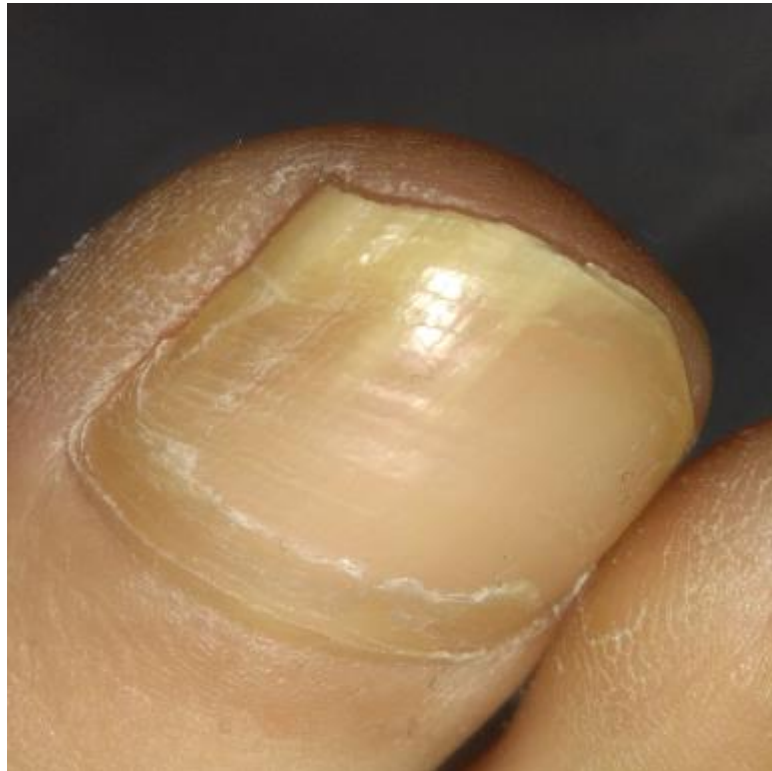
Fotosensibilidad por Alprazolam

Psoriasis oculta

Comedón gigante



Psoriasis ocula.



Patologías más frecuentes

		Nº	%	% acumulado
1	Fibromas blandos	41	12,89	12,89
2	Queratosis seborreicas	40	12,57	25,46
3	Dermatomicosis	27	8,49	33,95
4	Nevos rubí	20	6,28	40,23
5	Queratosis actínicas	15	4,71	44,94
6	Nevos melanocíticos papulosos	15	4,71	49,65
7	Dermatitis seborreica	14	4,40	54,05
8	Dermatitis eccematosas	13	4,08	58,13
9	Acné	11	3,45	61,58
10	Dermatofibroma	10	3,14	64,72
11	Neurodermitis	10	3,14	67,86
12	Quiste epidérmico	10	3,14	71,00
13	Psoriasis	8	2,51	73,51
14	Máculas melánicas	6	1,88	75,39
15	Rosácea	6	1,88	77,27

Manifestaciones sistémicas (2.62%).

ENFERMEDAD CUTÁNEA	MANIFESTACIÓN SISTÉMICA
Dermatitis atópica	Rinitis alérgica, Asma
Psoriasis	Artropatía
Acné	Sde de ovários poliquísticos
Pseudoacantosis Nigricans	Obesidad, DM2
Prurito generalizado	Cáncer de mama estadio IV

Resultados relevantes.

Pacientes con lesiones cutáneas (69,84%).

Los 15 diagnósticos más frecuentes agrupan al 77,27% de las patologías.

Neoplasias malignas (0,98%).

Relación con enfermedad sistémica (2,62%).

Comparación con otros estudios.

Más del 50% de la población presenta lesiones cutáneas.

No pudimos establecer la concordancia diagnóstica dada la escasa derivación.

No hemos encontrado diferencias en cuanto a estatus socioeconómico.

Impacto para la clínica.

Dirigir la formación hacia las patologías más frecuentes y relevantes.

Búsqueda activa de las patologías, al no ser motivo de consulta para el paciente (*encuentras lo que buscas*).

Impacto en la organización.

La habilidad para realizar diagnósticos fotográficos y clínicos no siempre coinciden.

En Teledermatología, es esencial el diagnóstico clínico y no solo la foto.

Podemos precisar los diagnósticos a través de herramientas como <https://modelderm.com/>

Sinikumpu SP, Huilaja L, Jokelainen J, et al. High prevalence of skin diseases and need for treatment in a middle-aged population. A Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *PLoS One*. 2014;9(6):1-8.

Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel*. 2014;29(1):4-8.

Ortiz A, Herrera T, Perales ML. EPIDEMIOLOGIA PRIMARIA Epidemiology of Skin Diseases in Primary Health Care. 1992;(I):71-82.

Valcayo AV. Frecuentación de las consultas de atención primaria por motivos dermatológicos en las zonas básicas de salud de la comarca de Pamplona. *ANALES Sis San Navarra* 1999, 22 (Supl.3) 173-179.

Espinoza Mosquera P, Isanta Pomar C, Falcón Reibán MF. Variabilidad de la distribución en derivaciones a consulta especializada entre profesionales de un centro de salud. *Med Gen y Fam*. 2015;4(4):101-107.

Senan Sanz MR, Olona Tabueña N, Magallón Botaya R, Gilaberte Calzada Y. La prevención del cáncer de piel: una asignatura pendiente en atención primaria. *Atención Primaria*. 2014;46(4):223-224.

Gerbert B, Maurer T, Berger T, et al. Primary Care Physicians as Gatekeepers in Managed Care. *Arch Dermatol*. 1996;132(9):1030.

Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99(3):207-212.

Chen SC, Bravata DM, Weil E, Olkin I. A comparison of dermatologists' and primary care physicians' accuracy in diagnosing melanoma: a systematic review. *Arch Dermatol*. 2001;137(12):1627-1634.

Giesey R, Narively D, Fuller V, Mostow E. A pilot program for community dermatologists working with primary care residents to provide dermatology consults to a regional hospital. 2018:0-4.

Agradecimientos.

Ana Claveria Fontán.

Luz Lago Vila.