



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y PEDIATRÍA



Alumno

David Corbatón Gomollón

Director

María Teresa Elena Gracia Cazorro

Zaragoza, junio de 2015

Agradecimientos

A mi familia, por su infinito amor y cariño.

A Maite, por toda su paciencia y apoyo en la realización de este trabajo.

A los Drs. Magdalena Belío, Gonzalez Rubio y Javierre Miranda por permitirme acompañarles durante su labor asistencial.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Características Demográficas Provincia de Zaragoza.....	5
1.2. Estructura asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma Aragonesa.....	5
1.2.1. Atención Primaria.....	6
1.2.2. Atención Especializada.....	6
1.3. La Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología como Especialidad.....	6
1.4. Atención primaria como Especialidad.....	7
1.5. Pediatría como Especialidad.....	8
1.6. Demanda asistencial Dermatológica en Atención Primaria y Pediatría.....	8
1.7. Relación entre Atención Primaria y Dermatología.....	8
2. OBJETIVOS	9
3. MATERIAL Y MÉTODOS	10
3.1. Tipo de estudio.....	10
3.2. Población, ámbito y duración del estudio.....	10
3.3. Criterios de inclusión.....	10
3.4. Criterios de exclusión.....	10
3.5. Protocolo de estudio.....	10
3.6. Procesamiento de los datos.....	11
4. RESULTADOS	12
4.1. Dermatología en Atención Primaria.....	12
4.1.1. Descripción de la población global.....	12
4.1.2. Descripción de la población con patología dermatológica.....	12
4.1.3. Edad y motivo de consulta.....	13
4.1.4. Resultados de grupos diagnósticos por orden de frecuencia.....	13
4.1.5. Diagnósticos dermatológicos y tiempo de evolución.....	16
4.1.6. Número y localización de las lesiones.....	16
4.1.7. Antecedentes familiares (AF) y diagnóstico.....	16
4.1.8. Pruebas complementarias.....	17
4.1.9. Tratamiento dermatológico por parte del MAP.....	17
4.1.10. Pacientes derivados al especialista.....	18
4.1.11. Revisión bibliográfica patología dermatológica en Atención Primaria.....	18
4.2. Dermatología Pediátrica en Centro de Salud.....	20
4.2.1. Descripción de la población global.....	20
4.2.2. Descripción de la población con patología dermatológica.....	21
4.2.3. Edad y motivo de consulta.....	21
4.2.4. Resultados de grupos diagnósticos.....	22
4.2.5. Diagnósticos dermatológicos y tiempo de evolución.....	24
4.2.6. Antecedentes familiares (AF) y diagnóstico.....	24
4.2.7. Pruebas complementarias.....	25
4.2.8. Tratamiento dermatológico por parte del MAP.....	25
4.2.9. Pacientes derivados al especialista.....	25
4.2.10. Revisión bibliográfica patología dermatológica en Pediatría.....	25
4.3. Revisión bibliográfica patología dermatológica en consulta hospitalaria de Dermatología.....	26
5. DISCUSIÓN	27
6. CONCLUSIONES	33
7. BIBLIOGRAFÍA	34

RESUMEN

Introducción: En la actualidad existen pocos estudios sobre la prevalencia de las enfermedades dermatológicas en Centro de Salud. Las enfermedades cutáneas suponen un porcentaje importante de la carga asistencial en la consultas de Atención Primaria y Pediatría.

Objetivos: Definir las características epidemiológicas de los pacientes que acuden con patología dermatológica a consulta de Atención Primaria y Pediatría, y describir y analizar la patología encontrada en dicha población.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo y transversal durante un periodo de 6 semanas realizado con los pacientes que acudieron con patología dermatológica a dos consultas de Atención Primaria y una de Pediatría pertenecientes a los Centros de Salud Delicias Sur y Torre Ramona del Área Urbana de Zaragoza.

Resultados: Las mujeres, 63,3%, formaron el grupo que más acudió a consultas de Atención Primaria. Un 3,28% de los adultos y un 15,2% de los niños presentaban patología dermatológica como motivo de consulta. Las infecciones cutáneas resultaron ser el motivo de consulta más frecuente, tanto en adultos (25%) como en niños (50%). En un 8,30% de los adultos y un 10,40% de niños que acudían a consulta por otro motivo encontramos dermatosis a la exploración; siendo los diagnósticos más frecuentes la patología tumoral benigna en adulto (33%) y los eccemas y dermatitis en niños (23%).

Discusión: La elevada demanda de consultas por motivos dermatológicos en los Centros de Salud justificaría la necesidad de tener una adecuada formación en dermatología de sus profesionales. La mayoría de procesos dermatológicos pueden ser manejados en los Centros de Salud. La mayoría de problemas cutáneos asistidos en el Centro de Salud pertenecen a un número relativamente pequeño de grupos diagnósticos: infecciones, eccemas y tumores benignos.

Conclusiones: Creemos que se hace necesaria una adecuada formación del Médico de Atención Primaria y Pediatra para el correcto diagnóstico de la patología dermatológica, evitando así derivaciones innecesarias que masifiquen las consultas del especialista.

Palabras clave: Patología dermatológica. Atención Primaria. Pediatría. Prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Currently there are few studies about prevalence of skin diseases in a primary care setting. Skin diseases have an important burden care in Primary Care Settings in both Primary Care and Pediatrics offices.

Objectives: Determine the epidemiological characteristics of patients with dermatological diseases who arrive to a primary care setting, and describe and analyze the diseases found in that people.

Material and Methods: An observational, transversal descriptive study was performed during a 6-week period in two medical offices of Primary care and one medical office of Pediatrics in two Primary Care Settings in Zaragoza, Spain

Results: Women arrived more often to Primary Care Settings, 63,3% of the total of patients. The patients' proportion with a reason for dermatological consultation was 3,28% adults and 15,2% children. Skin infections were the main chief complaint in adults (25%) as well as in children (50%). We also noticed skin diseases during examination in 8,30% of the adults and 10,40% of the children who arrived to the medical office complaining a non-dermatology disease; main diagnosis on those people were benign skin tumors in adults (33%) and eczema in children (23%).

Discussion: High asistencial care demand of skin diseases on Primary Care Settings would justify an appropriate formation in dermatology . Most of dermatological diseases can be managed on a medical office. Most of cases of skin diseases assisted on a medical office are skin infections, eczema and benign skin tumors.

Conclusions: We believe a suitable formations in dermatology is necessary in General Practitioners and Pediatrics in order to improve their correct diagnosis and management in patients with a dermatological disease. That would also avoid unnecessary referrals to Dermatology.

Key words: Dermatological diseases. Primary care. Pediatrics. Prevalence.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo inicial de este trabajo, es hacer un estudio descriptivo sobre la patología dermatológica, tanto en adultos como en niños, que acude a dos Centros de Salud de la Provincia de Zaragoza. Para poder desarrollar este planteamiento se hace necesario, en primer lugar, comentar algunas circunstancias como son las características demográficas la provincia de Zaragoza y la Estructura de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma Aragonesa (C.A.A.).

1.1. Características Demográficas de la provincia de Zaragoza

A partir del fichero de Exploración de Padrón Municipal de Habitantes se ha obtenido la pirámide de población (por sexo y grupos quinquenales de edad) de la ciudad de Zaragoza. A fecha del 1 de enero de 2014 320.232 hombres y 345.826 mujeres estaban empadronados en Zaragoza¹.

En la Pirámide poblacional que se muestra en la Figura 1 se aprecia un ensanchamiento de la parte central y superior de la misma, propia de los países desarrollados e indica que hay un importante porcentaje de ancianos en la población.

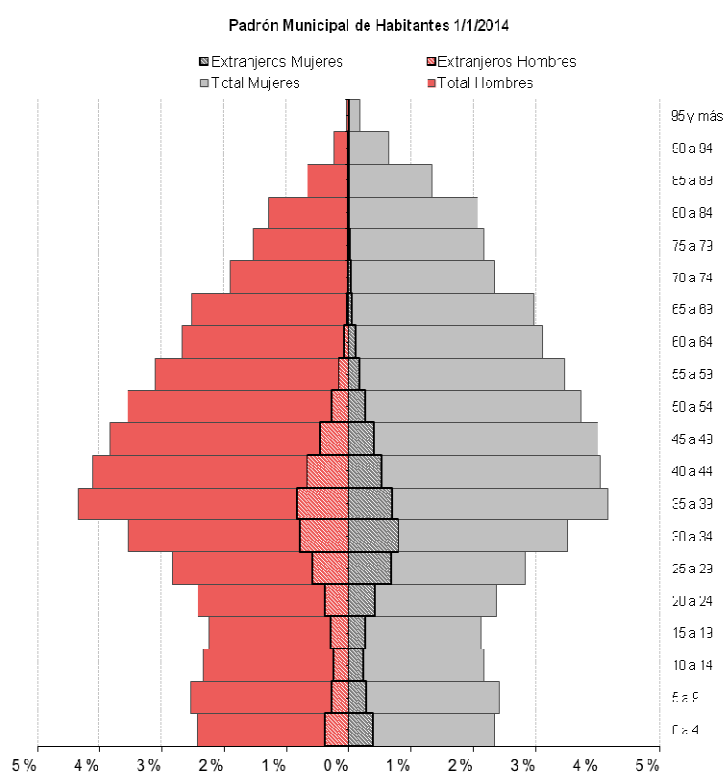


Figura 1: Pirámide poblacional Zaragoza enero 2014

1.2. Estructura de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma Aragonesa

El Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón y establece la ordenación territorial y funcional del Sistema de Salud de Aragón en Zonas de Salud,

Sectores y Áreas de Salud. Esta organización territorial continua manteniéndose en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

Zaragoza está estructurada en tres sectores sanitarios, **que se muestran en la tabla 1**, perteneciendo la mayoría de zonas de salud al sector Zaragoza II^{22,23,24,25}.

Sectores Sanitarios	Ubicación		Total
	Municipios rurales	Zaragoza capital	
Zaragoza 1	7	6	13
Zaragoza 2	4	17	21
Zaragoza 3	15	7	22
Total	26	30	56

Tabla 1: sectores sanitarios de Zaragoza

1.2.1. Atención Primaria

La Atención Primaria constituye la puerta de acceso al sistema sanitario, estando constituida por los Centros de Salud en donde realizan su labor, los Equipos de Atención Primaria que tienen una estructura multidisciplinar, dirigida a promocionar la salud y solucionar y prevenir la enfermedad. Su funcionamiento hace especial hincapié en el trabajo programado y en el establecimiento de programas de salud y de educación sanitaria que favorecen y mejoran los hábitos saludables de los ciudadanos.

1.2.2. Atención Especializada

La Atención Especializada constituye el segundo nivel del sistema sanitario. Su infraestructura la forman los Hospitales y Centros de Especialidades (C.M.E.). Entre las especialidades médicas existentes en el Sistema Sanitario Español se encuentra la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, y la Pediatría.

1.3. La Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología como especialidad

La Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología puede ser definida como “una especialidad completa que incluye el estudio, diagnóstico, tratamiento (tanto médico como quirúrgico) y prevención de las enfermedades de la piel, tejido celular subcutáneo, mucosas, anejos cutáneos, las manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, el conocimiento de las manifestaciones sistémicas de las enfermedades cutáneas y la conservación y cuidados de la piel sana”. Desde el punto de vista de la venereología esta especialidad incluye el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades infecciosas de transmisión sexual (E.T.S.) y otras alteraciones del tracto génito-anal, así como la promoción de la salud sexual.

La especialidad de Dermatología implica también la utilización de técnicas terapéuticas especiales, tales como las de tratamiento farmacológico tópico, cirugía dermatológica, electrocirugía, criocirugía, laserterapia, terapia con radiaciones ionizantes y otros tratamientos físico-químicos, incluyendo la fototerapia y la terapia fotodinámica, técnicas de dermocosmética dirigidas a la conservación y cuidado de la piel sana, así como técnicas diagnósticas tales como la dermatoscopia y la epiluminiscencia digitalizada⁽²⁶⁾.

Para ordenar las enfermedades dermatológicas, hemos tomado como referencia, la clasificación seguida por los profesores Armijo y Camacho en su libro Tratado de Dermatología, por ser éste un texto amplio, moderno y actualizado en lengua castellana²⁷.

1.4. Atención Primaria como Especialidad de la Medicina

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá (organizada por la OMS y Unicef) fue uno de los eventos de política de salud internacional más importantes del siglo XX. En ella participaron 134 países y 64 asociaciones internacionales. La síntesis de sus intenciones se expresa en la **Declaración de Alma-Ata**, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos.

Algunas de las ideas fundamentales de esta declaración y escritas textualmente son: “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”; “la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad”; y “constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”²⁸.

Por otra parte La World Organization of Family Doctors (WONCA, fundada en 1972) elaboró en 1991 una lista de funciones competencia del médico generalista que se resumen en: atención integral, orientación al paciente, enfoque en la familia, coordinación con otros servicios y accesibilidad y control de recursos.

El médico generalista o médico de familia es el médico inicialmente responsable de proporcionar una atención médica integral a todo individuo que solicite atención médica y de organizar que otro personal sanitario preste servicios cuando sea necesario. El médico de familia funciona como un médico de medicina general que acepta a todos aquellos que requieren atención médica, mientras que otros proveedores de salud limitan el acceso a sus servicios partiendo de la edad, el sexo o

el diagnóstico. Ejerce su función profesional proporcionando atención médica, bien directamente o bien a través de los servicios de otros, de acuerdo con las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en el seno de la comunidad en la que trabaja²⁹.

1.5. Pediatría como Especialidad

Pediatría es la medicina integral del período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social.

A la Pediatría le incumbe cuanto se refiere a los cuidados del niño y adolescente sano (Pediatría Preventiva), a los modos de asistencia médica integral, total y continuada en el niño y el adolescente en estado de enfermedad (Pediatría Clínica), y a cuanto atañe al niño y adolescente sano y enfermo en sus interrelaciones individuales y con la comunidad en el medio físico y humano en que de manera ininterrumpida y con características propias se desarrolla (Pediatría Social).

Pediatra es el médico que, en posesión del correspondiente título de especialista, se halla capacitado para emprender, realizar, interpretar, aplicar y explicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos inherentes al ejercicio profesional de la Pediatría preventiva, clínica y social, en instituciones públicas o privadas de carácter hospitalario o extrahospitalario³⁰.

1.6. Demanda asistencial dermatológica en Atención Primaria y Pediatría

Existen pocos estudios de prevalencia de enfermedades dermatológicas realizados en Centros de Salud. La mayoría de los trabajos en nuestro país se centran en analizar las derivaciones a atención especializada con lo que ofrecen datos basados, en su mayor parte, en registros hospitalarios^{12,14,16,17,18}.

1.7. Relación entre Atención Primaria y Dermatología

Estudios existentes respecto a la demanda asistencial en Atención Primaria y Pediatría, reflejan que la prevalencia de enfermedades dermatológicas en un centro de salud supone entre un 2,9-7,8% de las consultas en Atención Primaria y un 5,9-6,1% de las consultas de Pediatría^{2,4,5,6,10,11}.

En el apartado Resultados mostramos los resultados obtenidos en la revisión de diferentes estudios.

Las consultas por problemas relacionados con la piel constituyen una parte muy importante de la práctica diaria de la Atención Primaria.

Para conocer el grado de importancia que puede tener la Dermatología en Atención Primaria en adultos (AP) y Atención Primaria Pediátrica (APP) es necesario cuantificar qué volumen del total de consultas se deben a un proceso dermatológico.

Para algunos autores las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta en AP, reflejo de su alta prevalencia en la comunidad¹².

Desde un punto de vista cualitativo, la importancia de la Dermatología en AP viene dada por la posibilidad de ampliar la capacidad resolutoria de este nivel. Sería interesante saber cuáles son las patologías de la piel más frecuentes en dicho nivel asistencial. Conocer los procesos más frecuentes podría ayudarnos a hacer un especial hincapié en la formación de éstos durante la Universidad y el periodo de Residencia^{3,11}. De esta forma en un futuro se evitarían interconsultas a Dermatología por procesos banales o que puedan ser manejados desde Atención Primaria.

2. OBJETIVOS

- Definir las características epidemiológicas de los pacientes que acuden con patología dermatológica a consulta de Atención Primaria en los Centros de Salud Torre Ramona y Delicias Sur de Zaragoza.
- Definir las características epidemiológicas de los pacientes que acuden con patología dermatológica a consulta Pediátrica en el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza.
- Computar, analizar y describir la patología dermatológica encontrada en dicha población
- Describir y analizar los motivos de derivación desde Atención Primaria a asistencia especializada Dermatológica y Pediátrica.
- Comparar los resultados obtenidos en este estudio con los de otros autores.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

3.2. Población, ámbito y duración del estudio

La recogida de datos, tanto de pacientes adultos como de niños, se realizó de forma prospectiva en tres consultas, una del Centro de Salud Torre Ramona y dos del Centro de Salud Delicias Sur a pacientes que acudieron presentando patología dermatológica, durante un periodo de 6 semanas correspondientes a la realización de prácticas del Rotatorio de 6º del grado de Medicina.

Las fechas en las que ha tenido lugar este estudio son

- Del 24 de noviembre de 2014 al 5 de diciembre de 2014: consulta de Atención Primaria de adultos en el centro de salud Torre Ramona.

- Del 9 de marzo de 2015 al 20 de marzo de 2015: consulta de Atención Primaria de adultos en el centro de salud Delicias Sur.

- Del 20 de abril de 2015 al 30 de abril de 2015: consulta de Atención Primaria Pediátrica en el centro de salud Delicias Sur.

3.3. Criterios de inclusión

Pacientes que acudieron a la consulta de Atención Primaria presentando patología dermatológica durante ese periodo de tiempo y que consintieron participar en este estudio. En el caso de los niños, consentimiento informado por parte de sus tutores legales.

3.4. Criterios de exclusión

Ningún paciente que cumpliera los criterios de inclusión rechazó participar en el estudio tras ser informado sobre la finalidad del mismo. Tampoco los tutores legales de los pacientes pediátricos.

3.5. Protocolo de estudio

La técnica de muestreo empleada ha sido el muestreo de casos consecutivos: reclutar a todos los individuos de la población accesible que cumpliera los criterios de inclusión del estudio dentro de unos intervalos de tiempo específicos.

A todo paciente que acudía a consulta aquejando patología dermatológica y cumplía con los criterios de inclusión, se le realizó una entrevista personal en presencia del especialista de Atención Primaria o del pediatra.

Los datos epidemiológicos recogidos de cada paciente se llevaron a una ficha individual, en la que se recogían las variables que se muestran a continuación:

- Número de identificación del paciente
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Procedencia rural o urbana (todos de procedencia urbana)
- Consulta de primer día
- Consulta de revisión
- Diagnóstico clínico dermatológico
- Antecedentes familiares
- Localización
- Tiempo de evolución
- Antecedentes familiares
- Solicitud de pruebas complementarias
- Solicitud de interconsulta a Dermatología
- Tratamiento por parte del MAP

3.6. Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos del protocolo de recogida de datos han sido codificados y almacenados en soporte informático para su análisis estadístico. Tanto el análisis estadístico como la creación de gráficos y tablas se realizaron mediante los programas Microsoft Word y Excel 2007 (versión 12.0)

Para las variables cuantitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las variables cualitativas se utilizó la media y la desviación estándar.

4. RESULTADOS

4.1. Dermatología en Atención Primaria

4.1.1. Descripción de la población global de pacientes

El número total de pacientes que acudieron a consulta de Atención Primaria en los Centros de Salud Torre Ramona y Delicias Sur durante las cuatro semanas del estudio fueron 518, cuya distribución por sexo se muestra en la figura 2. Las mujeres, 63,3%, formaron el grupo que más acudió a consultas de Atención Primaria.

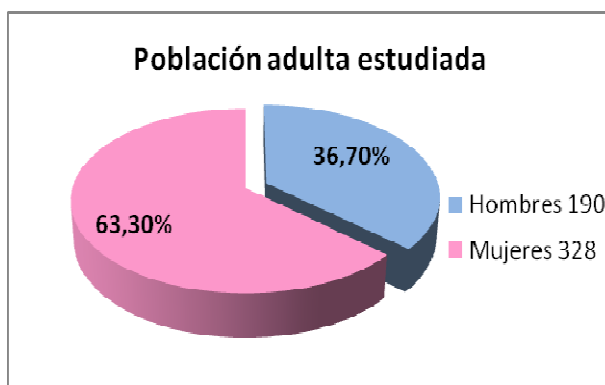


Figura 2: Población adulta estudiada

4.1.2. Descripción de la población con patología dermatológica

En la tabla 2 se muestra el número total de pacientes que fueron diagnosticados de patología dermatológica, en función de si era el principal motivo de consulta o un hallazgo. De los 518 pacientes, 17 (3,28%) acudieron por referir patología dermatológica.

- Grupo A: Pacientes que acuden a consulta por presentar patología dermatológica
- Grupo B: Pacientes que acuden por otras patologías y el alumno encuentra y diagnostica patología dermatológica a la exploración, siendo confirmado el diagnóstico por el MAP.

Pacientes con patología dermatológica						
Sexo	Grupo A		Grupo B		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Hombres	5	0,96%	12	2,31%	17	3,28%
Mujeres	12	2,31%	31	5,98%	43	8,30%
Total	17	3,28%	43	8,30%	60	11,58%

Tabla 2: Pacientes con patología dermatológica

4.1.3 Edad y motivo de consulta

La edad media de los 17 pacientes que acudieron por motivo dermatológico era de 47,24 años con una desviación estándar (s.d.) de 19,43 años y la mediana es de 44 años. Se han incluido a pacientes entre 18 y 90 años.

Diferenciando por sexo la edad media de las doce mujeres era de 47,33 años con una s.d. de 19,80 años y una mediana de 43 años. En hombres la edad media era de 47 años con una s.d. de 20,77 años y una mediana de 53 años.

Del total de 60 pacientes que presentaban dermatosis los intervalos de edad con mayor número de pacientes eran 46-55 años y mayores de 76 años. Los intervalos de edad con menor número de pacientes eran 26-35 años y 36-45 años, como se muestra en la figura 3.

Divididos por grupos de edad observamos que los intervalos de edad con mayor número de dermatosis en mujeres son entre 46-55 y las mayores de 76 años. En hombres el intervalo de edad con más dermatosis es 66-75 años. En ambos grupos se observa que los intervalos de edad con menos dermatosis son 26-35 y 36-45 años.

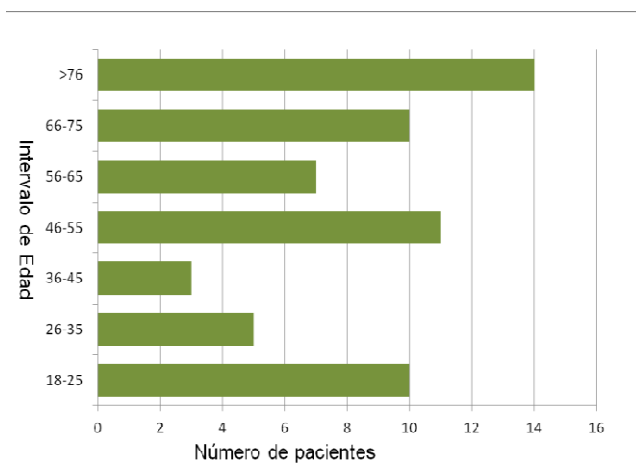


Figura 3: pacientes ordenados por intervalos de edad

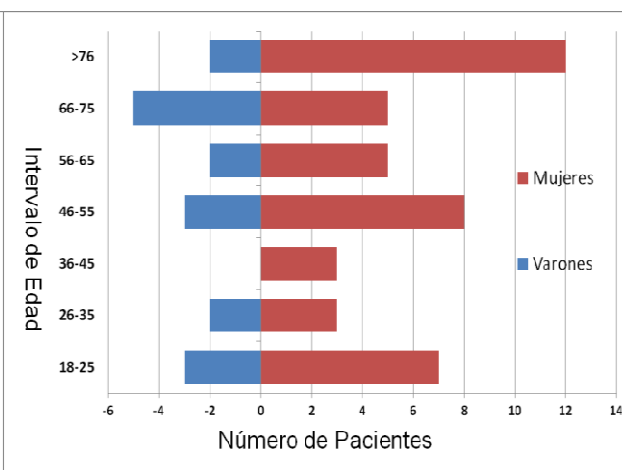


Figura 4: pacientes ordenados por sexo e intervalos de edad

4.1.4. Resultados de grupos diagnósticos y diagnósticos

De los 518 pacientes estudiados, hubo un total de 14 que presentaban más de una patología dermatológica, reseñándose en la ficha elaborada al efecto hasta tres diagnósticos diferentes para un mismo paciente. Por todo ello, el número total de diagnósticos distintos emitidos ha sido de 74.

Se recogieron 20 patologías de los 17 pacientes que acudieron por motivo dermatológico. De los 43 pacientes que acudían por motivo no dermatológico y fueron diagnosticados, se encontraron 54 dermatosis. En los casos que la patología dermatológica supuso un hallazgo, las patologías más comunes encontradas en los

pacientes fueron: tumores benignos y léntigos solares, suponiendo el 49% de los diagnósticos.

	Diagnósticos clínicos	Frecuencia absoluta			Frecuencia relativa		
		Número			Porcentaje		
		Motivo de consulta	Encontrados en la exploración	Total	Motivo de consulta	Encontrados en la exploración	Total
Tumoral benigna	Queratosis seborreica	2	9	11	20%	33%	30%
	Nevus melanocítico	1	3	4			
	Hemangioma plano	0	1	1			
	Punto rubí	1	3	4			
	Fibroma péndulo	0	1	1			
	Dermato-fibroma	0	1	1			
Tumoral premaligna	Nevus displásico	1	0	1	5%	4%	4%
	Queratosis actínica	0	2	2			
Discromías	Lentigo solar	1	13	14	5%	24%	19%
Patología de anejos	Acné	1	4	5	20%	15%	16%
	Alopecia androgenética	3	3	6			
	Rosácea	0	1	1			
Infecciones cutáneas	Granuloma piógeno	1	0	1	25%	2%	8%
	Candidiasis	1	0	1			
	Herpes Zoster	1	0	1			
	Impétigo	0	1	1			
	Forúnculo	1	0	1			
	Tiña corporal	1	0	1			
Eccemas	Dermatitis de contacto por irritantes	0	2	2	10%	8%	8%
	Dermatitis seborreica	0	2	2			
	Rash cutáneo alérgico	1	0	1			
	Dermatitis atópica	1	0	1			
Eritemato-escamosas	Psoriasis	0	3	3	-	7%	6%
	Liquen ruber plano	0	1	1			
Urticarias	Urticaria crónica	1	0	1	5%	-	1%
Otros	Eritema nodoso	0	1	1	10%	7%	8%
	Quiste sebáceo	1	1	2			
	Esclerodermia	0	1	1			
	Afta oral	0	1	1			
	Desconocido	1	0	1			
TOTAL		20	54	74			

Tabla 3: diagnósticos clínicos dermatológicos en AP en adultos

Agrupando la totalidad de dermatosis diagnosticadas (sean motivo de consulta o no) presentaron patología dermatológica 11,58% de pacientes (60/518). Las patologías más frecuentes encontradas fueron: tumores benignos (30%), discromías (19%) y el acné (16%). Las patologías encontradas quedan reflejadas en la Figura 5.

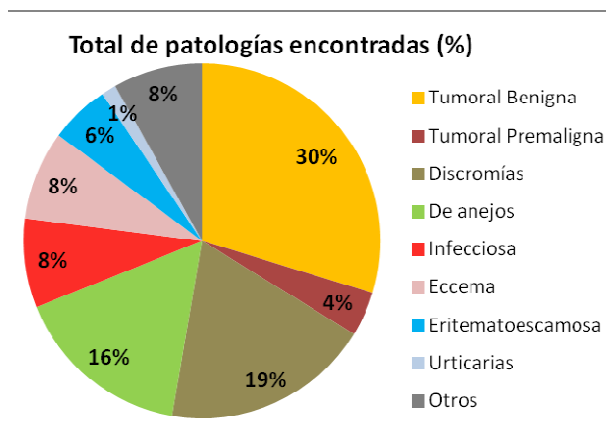


Figura 5: Total de patologías encontradas en porcentajes

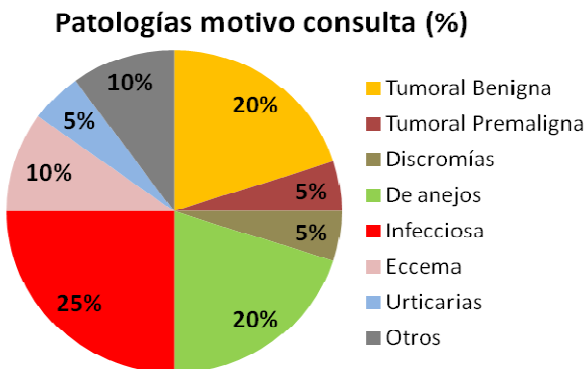


Figura 6: Patología motivo de consulta en porcentajes

Entre las 20 patologías distintas motivo de consulta, Figura 6, las más frecuentes han sido: infecciones cutáneas (25%), tumoral benigna (20%) y de anejos (20%)

De las 54 patologías encontradas a la exploración, y sin que fuesen motivo de consulta, los tipos más frecuentes han sido tumoral benigna (33%), discromías (24%) y de anejos (15%). Figura 7.

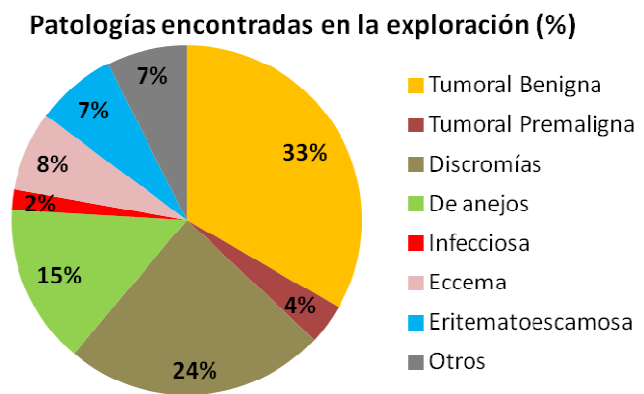


Figura 7: Patologías encontradas a la exploración en porcentajes

4.1.5. Diagnósticos dermatológicos y tiempo de evolución

La media de tiempo de evolución de las 74 dermatosis del estudio encontradas a la exploración fue de 7,55 años con una mediana de 4,5 años y una desviación estándar (s.d) de 9,1 años. Rango: 4 días-40 años.

En función del tipo de patología se aprecia que en las infecciones cutáneas los pacientes referían un menor tiempo de evolución mientras que en las tumorales benignas y discromías los enfermos referían mayor tiempo de evolución. Tabla 4.

Promedios tiempo de evolución por tipos de patología (en años)			
Tipo de patología	Media	Mediana	Desviación estándar
Tumoral benigna	10,38	9	9,45
De anejos	9,3	2,5	12,9
Discromías	8,6	6,5	6
Eccematosa	3,66	0,166	6,16
Eritematoescamosas	3,6	2	4,4
Infecciosa	0,057	0,038	0,059
Total	7,55	4,5	9,1

Tabla 4: tiempos de evolución de las patologías por grupos

4.1.6. Número y localización de las lesiones

En cuanto al número de lesiones de las distintas patologías encontradas, 32 (43,3%) casos se presentaban con una lesión, mientras que en 42 casos (56.7%) se presentaban más de una lesión.

Lentigos solares y queratosis seborreicas fueron los diagnósticos en los cuales los enfermos presentaban un mayor número de lesiones.

Dos pacientes diagnosticados clínicamente de nevus melanocítico presentaban múltiples lesiones.

4.1.7. Antecedentes familiares (AF) y diagnóstico

Los antecedentes familiares por tipos de patología quedan resumidos en la Tabla 5.

Tipo de patología	Número	Antecedentes familiares	
		Sí	No
Tumoral benigna	22	15	7
Discromías	14	14	0
De anejos	12	9	3
Infecciosa	6	0	6
Eccema	6	4	2
Eritematoescamosa	4	3	1
Urticarias	1	0	1
Tumoral Premaligna	3	2	1
Otros	6	1	5
TOTAL	74	48	26

Tabla 5: presencia de antecedentes familiares por tipos de patología

De los 74 diagnósticos clínicos encontrados existían AF en 48 (65%).

En algunas patologías el 100% de los pacientes referían que tenían antecedentes familiares (discromías como los lentigos solares) mientras que en otras patologías como las infecciosas los pacientes no presentaban AF.

4.1.8. Pruebas complementarias

De las 17 personas que acudieron a su MAP (20 consultas) se solicitaron 3 pruebas complementarias: cultivo vaginal en una sospecha de candidiasis, pruebas epicutáneas en un paciente con urticaria crónica y cultivo microbiológico de lesiones sospechosas de tiña corporal.

4.1.9. Tratamiento dermatológico por parte del MAP

El MAP prescribió tratamiento farmacológico en 23 (31%) del total de 74 patologías dermatológicas.

Los pacientes diagnosticados de “patología tumoral benigna” o “discromía” no recibieron tratamiento. El MAP explicó la banalidad del proceso y el hecho de que el tratamiento en esos casos tenía sólo fines estéticos.

Se prescribió tratamiento en todos los casos de eccema, infecciones de piel, lesiones descamativas y urticaria. Los tratamientos más utilizados fueron los antimicrobianos (en 8 casos) seguido de los corticoides tópicos (en 6 casos). Otros tratamientos prescritos fueron antihistamínicos orales (en dos casos), cremas hidratantes, complejos vitamínicos y ansiolíticos.

Durante el tiempo que duró el estudio (dos semanas en Torre Ramona y dos en Delicias Sur) solamente un paciente acudió por segunda vez a la consulta.

4.1.10. Pacientes Derivados al especialista

Del total de 60 pacientes con patología dermatológica (tanto los que su motivo de consulta era dermatológico como los que presentaban patología dermatológica en la exploración) fueron derivados 10 (16,6%). Nueve de ellos a Dermatología y uno a Urología, como se muestra en la siguiente tabla.

Pacientes derivados		
Impresión diagnóstica	Motivo derivación	Especialidad
Nódulo pene	Diagnóstico	Urología
Acné juvenil	Refractario tratamiento	Dermatología
Acné noduloquístico	Tratamiento	Dermatología
2 casos de Nevus displásicos	Valoración	Dermatología
Urticaria crónica	Refractario tratamiento	Dermatología
Alopecia androgenética	Valoración	Dermatología
Dermatitis seborreica	Petición paciente	Dermatología
Queratosis seborreicas	Petición paciente	Dermatología
Esclerodermia	Tratamiento	Dermatología

Tabla 6: Pacientes derivados al especialista

4.1.11. Revisión bibliográfica patología dermatológica en Atención Primaria

Estudios prospectivos realizados en las provincias de Madrid, Santander, Sevilla y Pamplona establecen que el motivo de consulta dermatológico en Atención Primaria supone entre un 2,9-7,8% del total de consultas^{2,4,5,6} porcentaje que se asemeja al 3,28% obtenido en este estudio. Ver tabla 7

Estudio	Porcentaje dermatosis motivo de consulta en AP	Tamaño de la muestra del estudio (total de consultas)
Corbatón D	3,28	518
Valcayo A, Vives R ⁽²⁾	7,8	11.212
Ortiz A, Herrera T ⁽⁴⁾	4,85	8.134
Alcántara S, Márquez A ⁽⁵⁾	5,4	1.351
Avilés-Izquierdo JAM ⁽⁶⁾	2,86	6.710

Tabla 7: porcentaje dermatosis motivo consulta en AP

Los estudios de países anglosajones revisados al respecto ofrecen resultados más altos (21-36%)^(8,9). Sin embargo, en estos estudios se incluyen a todos pacientes que presentan dermatosis ya sea el motivo de la consulta o sean encontradas en la exploración. Por tanto, habría que comparar sus resultados con el 11,58% obtenido en el estudio de este trabajo. Ver tabla 8.

Estudio	Porcentaje total de dermatosis en AP	Tamaño de la muestra del estudio (total de pacientes)
Corbatón D	11,58	518
Julian CG ⁽⁸⁾	21	11.191
Lowell BA ⁽⁹⁾	36,5	570

Tabla 8: porcentaje dermatosis totales en AP

La distribución por sexos de los pacientes que acudieron por motivo dermatológico en los estudios revisados es de un 57,2-60,4% en mujeres y un 39,6-43% en hombres y la edad media es de 42-48,2 años^{2,4,6}.

En los estudios revisados se aprecia que las dermatosis más frecuentes como motivo de consulta de adultos en Atención Primaria en el centro de salud son: Infecciones cutáneas (22,3-29,2%), eccematosas (18,5-21,1%), urticarias (8,6-8,7%) y de anejos (8,3%-14,2%)^{2,4,6}. Ver tabla 9

Estudio	Tipo de Patología (%)				
	Infecciones cutáneas	Eccemas	Urticaria y prurito	Patología de anejos	Tumoral benigna
Corbatón D	25	10	5	20	20
Valcayo A, ⁽²⁾	26,8	21,1	8,7	10	11,1
Ortiz A, ⁽⁴⁾	22,3	18,5	8,6	14,2	3
Avilés-Izquierdo JA ⁽⁶⁾	29,2	26,6**		8,3	13,5

Tabla 9: patologías motivo de consulta más frecuentes en porcentajes

**incluye ambas entidades sin diferenciarlas por separado

Los estudios anglosajones revisados al respecto hablan de prevalencias de dermatosis en los pacientes que acuden a consulta, sean el motivo de consulta o sean encontradas a la exploración. En ellos las patologías más frecuentes en una consulta de AP son: infecciones cutáneas (26-29%), patología tumoral benigna (16-33%), y eccemas (13,3-19%) como puede apreciarse en la tabla 10.

Estudio	Tipo de patología (%)				
	Infecciones cutáneas	Tumoral benigna	Eccemas	Patología de anejos	Discromías
Corbatón D	8	30	8	16	19
Julian CG ⁽⁸⁾	29	16	19	3	-
Lowell BA ⁽⁹⁾	26,7	33	13,3	7	-

Tabla 10: patologías totales más frecuentes en porcentajes

En el estudio de Avilés-Izquierdo JA también se aprecia que el porcentaje de pacientes a los que se les solicitó una prueba complementaria era bajo, 7,3%⁽⁶⁾.

El porcentaje de pacientes derivados en otros estudios oscila entre 9,4-31,4%^{2,4,6,7}.

Encontramos un estudio⁸ en el que se derivó un 1% de pacientes, pero esto se debe a que el médico de atención primaria de la consulta a estudio había tenido en su periodo de formación una importante formación en Dermatología y Cirugía Plástica.

En estudios españoles también se reflejan a los antimicrobianos y corticoides tópicos como las opciones terapéuticas más utilizadas^{2,6}.

4.2. Dermatología en Pediatría en Centro de Salud

4.2.1. Descripción de la población global de pacientes

El número total de pacientes que acudieron a consulta de Pediatría en el Centro de Salud Delicias Sur durante las dos semanas del estudio fueron 125, cuya distribución por sexo se muestra en la figura 8.

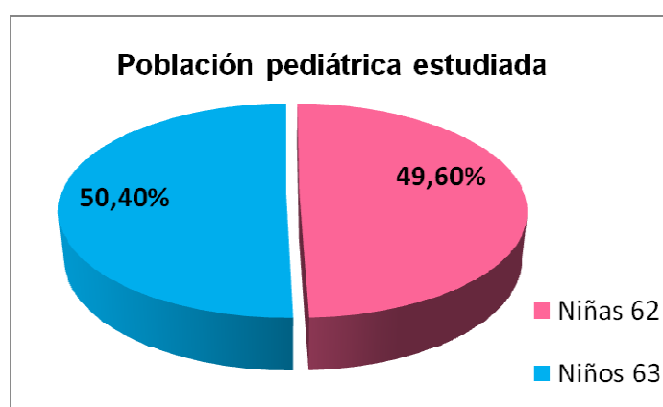


Figura 8: Población pediátrica estudiada

4.2.2. Descripción de la población con patología dermatológica

En la tabla 11 se muestra el número total de pacientes que fueron diagnosticados de patología dermatológica, en función de si era el principal motivo de consulta o un hallazgo. De los 125 pacientes, 19 (15,2%) acudieron por referir patología dermatológica.

- Grupo 1: Pacientes que acuden a consulta por presentar patología dermatológica
- Grupo 2: Pacientes que acuden por otras patologías y el alumno encuentra y diagnostica patología dermatológica a la exploración, siendo confirmado el diagnóstico por el MAP.

Pacientes con patología dermatológica						
Sexo	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Hombres	12	9,6%	4	3,2%	16	12,8%
Mujeres	7	5,6%	9	7,2%	16	12,8%
Total	19	15,2%	13	10,4%	32	25,6%

Tabla 11: Pacientes pediátricos con patología dermatológica

4.1.3 Edad y motivo de consulta

La edad media de los 19 pacientes que acudieron por motivo dermatológico era de 5,97 años con una desviación estándar (s.d.) de 4,06 años y la mediana es de 5 años. Se han incluido a pacientes entre 0 y 17 años.

Diferenciando por sexo la edad media de las siete niñas era de 7,01 años con una s.d. de 5,71 años y una mediana de 6 años. En los doce varones la edad media era de 5,37 años con una s.d. de 2,86 años y una mediana de 5 años.

Agrupando a los 32 pacientes que presentaban dermatosis y divididos por grupo de edad se observa que el intervalo de edad con mayor número de pacientes es el de niños de 0-4 años. La prevalencia de patología dermatológica en este estudio disminuye conforme disminuye la edad. Ver figura 9

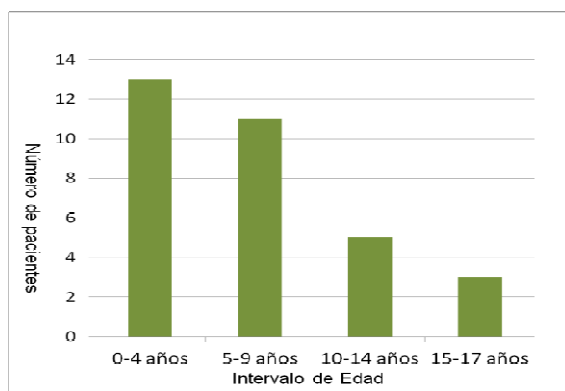


Figura 9: pacientes ordenados por intervalos de edad

4.2.4. Resultados de grupos diagnósticos y diagnósticos

De los 125 pacientes estudiados, hubo uno que presentó dos patologías dermatológicas. Se recogieron 20 patologías de los 19 pacientes que acudieron por motivo dermatológico. De los 13 pacientes que acudían por motivo no dermatológico y fueron diagnosticados, se encontraron 13 dermatosis. Por ello, el número total de diagnósticos emitidos ha sido de 33.

	Diagnósticos clínicos	Frecuencia absoluta			Frecuencia relativa		
		Número			Porcentaje		
		Motivo de consulta	Encontrados en la exploración	Total	Motivo de consulta	Encontrados en la exploración	Total
Tumoral benigna	Angioma plano	0	1	1	-	16%	6%
	Hemangioma	0	1	1			
Discromías	Nevus Ito	0	1	1	-	15%	6%
	Vitiligo	0	1	1			
Infecciones cutáneas	Tiña capitis	2	0	2	50%	-	31%
	Onicomycosis	1	0	1			
	Panadizo	1	0	1			
	Exantema súbito	1	0	1			
	Nódulo infeccioso	1	0	1			
	Orzuelo interno	1	0	1			
	Fístula absceso	1	0	1			
Aftas orales	2	0	2				
Eccemas	Dermatitis atópica	1	1	2	20%	23%	21%
	Dermatitis de contacto por irritantes	0	2	2			
	Dermatitis seborreica	1	0	1			
	Dermatitis inespecífica	1	0	1			
	Sequedad piel	1	0	1			
Urticarias	Urticaria	2	0	2	10%	-	6%
Patología de anejos	Acné	1	2	3	5%	15%	9%
Herida	Herida	1	1	2	5%	8%	6%
Zoonosis	Pediculosis	1	0	1	5%	-	3%
Cicatrices	Cicatriz quirúrgica	0	1	1	-	15%	6%
	Cicatriz traumática	0	1	1			
Otros	Picadura	1	0	1	5%	8%	6%
	Exantema reactivo	0	1	1			
TOTAL		20	13	33			

Tabla 12: diagnósticos clínicos dermatológicos en Pediatría

Agrupando la totalidad de dermatosis diagnosticadas (sean motivo de consulta o no) presentaron patología dermatológica el 25,6% de pacientes (32/125). Las patologías más frecuentes son: infecciones cutáneas (31%), eccemas (21%) y patología de anejos (9%). Las patologías encontradas quedan reflejadas en la Figura 9.

Total de patologías encontradas (%)

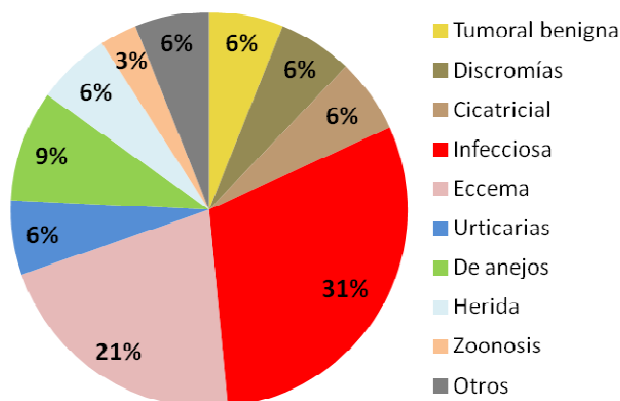


Figura 10: Total de patologías encontradas en porcentajes

Patologías motivo de Consulta (%)

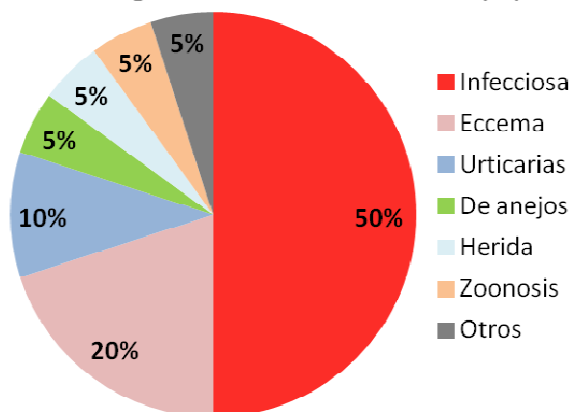


Figura 11: Patologías motivo de consulta en porcentajes

Entre las 20 patologías distintas motivo de consulta, Figura 6, las más frecuentes han sido: infecciones cutáneas (50%), eccemas (20%), urticarias (10%).

De las 13 patologías encontradas a la exploración, y sin que fuesen motivo de consulta, los tipos más frecuentes han sido los eccemas (23%). Patologías de los tipos tumoral benigna, discromías, cicatriciales, y de anejos suponen, cada una de ellas, un 15-16% del total. Las patologías encontradas, en porcentajes, quedan reflejadas en la figura 12.

Patologías encontradas en la exploración (%)

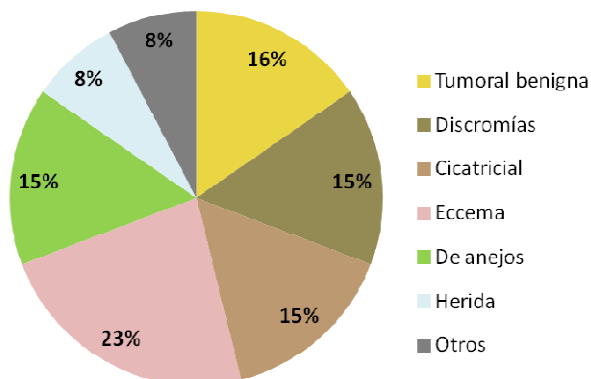


Figura 12: Patologías encontradas en la exploración

4.2.5. Diagnósticos dermatológicos y tiempo de evolución

La media de tiempo de evolución de las 33 dermatosis del estudio encontradas a la exploración fue de 8,46 meses con una mediana de 0,43 meses y una desviación típica de 22,95 meses. Rango: 1 días-12 años.

En función del tipo de patología se aprecia que en las infecciones cutáneas los pacientes referían un menor tiempo de evolución mientras que en las tumorales benignas y discromías los enfermos referían mayor tiempo de evolución. Tabla 13.

Los datos de los tiempos de evolución, en meses, por tipo de patología quedan resumidos en la Tabla 13.

Promedios tiempo de evolución por tipos de patología (en meses)			
Tipo de patología	Media	Mediana	Desviación estándar
Tumoral benigna y discromías	55,56	48	48,36
De anejos	19,92	12	12,84
Eccematosa	0,7	0,36	0,68
Infecciosa	0,45	0,23	0,42
Total	8,46	0,43	22,95

Tabla 13: tiempos de evolución de las patologías por grupos

4.2.6. Antecedentes familiares (AF) y diagnóstico

Los antecedentes familiares por tipos de patología quedan resumidos en la Tabla 14. De los 33 diagnósticos clínicos encontrados existían AF en 17 (51,5%).

Tipo de patología	Número total	Antecedentes familiares	
		Sí	No
Infecciosa	10	5	5
Eccemas	7	3	4
Urticarias	2	2	0
De anejos	3	3	0
Heridas	2	1	1
Zoonosis	1	1	0
Tumoral benigna	2	1	1
Cicatricial	2	0	2
Discromías	2	1	1
Otros	2	0	2
TOTAL	33	17	16

Tabla 14: presencia de antecedentes familiares por tipos de patología

4.2.7. Pruebas complementarias

De los 19 niños que acudieron a su Pediatra en el centro de salud (20 consultas) solamente se solicitó una prueba complementaria. Se pidió un cultivo de lesiones en un paciente con sospecha de onicomicosis.

4.2.8. Tratamiento dermatológico por parte del MAP

El Pediatra prescribió tratamiento farmacológico en 22 (66%) del total de 33 patologías dermatológicas presenciadas

El tratamiento más utilizado fueron los antimicrobianos (en 11 casos) seguido de los corticoides tópicos (en 4 casos). Otros tratamientos prescritos fueron emolientes en dos casos, lavados con povidona iodada en dos casos y antihistamínicos orales y mascarillas renovadoras en dos casos.

Durante el tiempo que duró esta parte del estudio (dos semanas) solamente dos pacientes acudieron por segunda vez a la consulta porque no habían mejorado de sus lesiones.

4.2.9. Pacientes Derivados al especialista

Ninguno de los 32 pacientes pediátricos con patología dermatológica (tanto los que su motivo de consulta era dermatológico como los que presentaban patología dermatológica en la exploración) fue derivado ni a Dermatología ni a ningún otro servicio.

El Pediatra fue no tuvo problemas para diagnosticar a ningún paciente ni para orientar el manejo de las patologías.

4.2.10 Revisión bibliográfica dermatosis en Pediatría en centros de salud

Estudios prospectivos realizados en las Asturias y en Valencia establecen que el motivo de consulta dermatológico en Atención Primaria supone entre un 5,9-6,1% de las consultas de pediatría en un Centro de Salud^{10,11}. Ver tabla 15.

Estudio	Porcentaje dermatosis motivo de consulta en AP	Tamaño de la muestra del estudio (total de consultas)
Corbatón D	15,2	125
Menéndez Tuñón S ⁽¹⁰⁾	6,1	21.748
López Almazán C ⁽¹¹⁾	5,91	22.152

Tabla 15: Porcentaje de dermatosis motivo de consulta en Pediatría en un centro de salud

La distribución por sexos de los pacientes que acudieron por motivo dermatológico en los estudios revisados es de un 48,8-51,6% niñas y 48,4-51,2% niños.

En estos estudios se aprecia que el grupo de edad que más consulta a su Pediatra del centro de salud por dermatosis es entre 1 y 5 años de edad. La prevalencia de dermatosis en las consultas disminuye a partir de los 5 años conforme el niño crece^{10,11}.

En los estudios revisados se aprecia que las dermatosis más frecuentes como motivo de consulta de niños en el Centro de Salud son: Infecciones cutáneas(38-41%), eccemas (25,7-33%), urticarias (3-17%) y zoonosis (8,3-9%)^{10,11}. Ver tabla 16

Estudio	Tipo de patología (%)			
	Infecciones cutáneas	Eccemas	Urticaria	Zoonosis
Corbatón D	50	20	10	5
Menéndez Tuñón S ⁽¹⁰⁾	41	33	3	9
López-Almazán C ⁽¹¹⁾	38,2	25,7	17	8,3

Tabla 16: patologías motivo de consulta más frecuentes en porcentajes

El porcentaje de pacientes derivados a consultas especializadas en los estudios de Menéndez S y López C es de 5,7% y 12,2% respectivamente^{10,11}.

4.3. Revisión bibliográfica patología dermatológica en consulta hospitalaria de Dermatología

En una consulta especializada se ha visto que las patologías más frecuentes son la patologías tumoral benigna (33,9%), inflamatoria (29%) e infecciosa (16%). Le siguen en porcentajes la patología de anejos (7,3%), tumoral maligna (5,8%) y tumoral premaligna (5,6%)¹⁴.

Las lesiones banales (queratosis seborreica, efélides) suponen hasta un 19,1% de las consultas y un 53,7% de las patologías son resueltas en una única visita (como por ejemplo, mediante aplicación de crioterapia en queratosis actínicas)¹³.

Centrándonos en pacientes en edad pediátrica, los estudios de prevalencias en consultas hospitalaria reflejan que las patologías más frecuentes son: las infecciones cutáneas (18-27,7%), eccemas (14,6-27,9%) y nevus y tumoral benigna (2,5-27,7%).

Les siguen en porcentajes la patología de anejos (5,7-8,8%) la urticaria y prurito (7%) y las zoonosis (1,38-13%)¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸.

5. DISCUSIÓN

Este trabajo se ha realizado a partir de una muestra recogida durante un periodo de 6 semanas, 4 en Atención Primaria en Centro de Salud y 2 en Pediatría en Centro de Salud, mientras rotaba durante el periodo de Prácticas Tuteladas del 6º curso de Medicina, curso 2014-2015. El tamaño de la muestra se ha visto condicionado por esta limitación temporal. Se ha obtenido un tamaño muestral de 518 consultas en Atención Primaria y 125 consultas en Pediatría. Las diferencias existentes entre los resultados obtenidos en este estudio y los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica podrían estar relacionados con la diferencia en el tamaño muestral entre este estudio y los de otros artículos revisados^{2,4,5,6,8,9,10,11}.

La prevalencia de pacientes con patología dermatológica como motivo de consulta en Atención primaria de este estudio, 3,28%, es similar a la encontrada por otros autores españoles^{2,4,5,6} oscilando entre 2,9-7,8%. Esta concordancia podría deberse a que tanto en este estudio como en los estudios revisados los pacientes procedían del medio urbano.

Del total de 518 pacientes que acudieron a consultas de Atención Primaria un 36,7% eran hombres y un 63,3% eran mujeres. En nuestra serie, las mujeres solicitan más primeras citas que los varones, tanto en número absoluto como en porcentajes ajustados a la población de referencia. Algunos autores justifican la mayor presencia de la mujer en las consultas médicas debido a una peor percepción de la mujer respecto a su salud, y a una mayor notificación de enfermedades crónicas que los varones³¹.

Respecto a los 17 pacientes que acudieron por motivo dermatológico 12 eran **mujeres (70,6%)** y 5 fueron **hombres (29,4%)**. Se ha descrito una mayor demanda de asistencia del sexo femenino en las consultas externas^{2,4,6}. Esto puede deberse a que una de las funciones de la piel, es que nos relaciona con nuestros semejantes y la presión social, hace que las mujeres se preocupen más de su aspecto físico que los hombres.

La edad media de los 60 pacientes que presentaron patología dermatológica fue de 53,82 años. Es un dato que entra dentro de lo esperable en una población urbana como Zaragoza y con una pirámide poblacional con forma regresiva, en la que se observa que el 31,7% de la población se encuentra en un tramo de edad entre 35-55 años.

Los intervalos de edad con mayor número de pacientes con dermatosis fueron 46-55 años y los mayores de 66 años, mientras que los intervalos entre 26-35 y 36-45

años son los que menos pacientes con dermatosis agrupan. Esto podría deberse a que en la patogenia de las patologías más frecuentemente encontradas en la consulta, queratosis seborreica y lentigo solar, interviene el envejecimiento y la exposición solar crónica.

Se observa que hay un menor número de patologías dermatológicas en pacientes entre 26-45 años. Este dato no coincide con el estudio de otros autores como Ortiz et al donde la mitad de los pacientes con patología dermatológica se encuentra en el intervalo 14-34 años debido a que muestra poblacional de dicho estudio era mucho más joven⁴.

De las patologías cuyo motivo de consulta era dermatológico, en Atención Primaria los diagnósticos encontrados más frecuentes en este estudio han sido: **infecciones cutáneas (25%), patología tumoral benigna (20%) y patología de anejos (20%).**

El porcentaje de infecciones cutáneas y urticarias se asemejan a los estudios de otros autores^{2,4,6}. En este estudio se ha encontrado porcentajes mayores en patología tumoral benigna (20% vs 3-13,5%) y en patología de anejos (20%vs 8,3-14,2%) y menores en eccemas (10% vs 18,5-21,1%). Las diferencias existentes entre los resultados obtenidos en este estudio y los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica podrían estar relacionados con la diferencia en el tamaño muestral entre este estudio y los artículos revisados y a que la edad media de los pacientes en esos estudios era inferior a la de este trabajo.

En 48 (65%) de los 74 diagnósticos clínicos encontrados en Atención Primaria existían antecedentes familiares de la misma dermatosis, resultado semejante al obtenido en el estudio de Alcántara et al⁵ donde existen antecedentes familiares en el 79% de las consultas.

En la patogenia de las dermatosis intervienen tanto el factor genético como el ambiental. La carga genética de algunas patologías -acné, dermatitis atópica, alopecias, psoriasis- y la exposición al mismo medio ambiental en enfermos y sus familiares pueden justificar la repetición del mismo tipo de dermatosis.

De las 17 personas que acudieron a su MAP se solicitaron pruebas complementarias a 3 (17,6%) de ellas. resultado que coincide con otros lo publicado con otros autores como Avilés-Izquierdo⁶ que encuentra un porcentaje, 7,3%, ligeramente inferior al de nuestros pacientes.

En muchas ocasiones se llega al diagnóstico clínico dermatológico en la consulta mediante la exploración clínica. En muchas ocasiones no precisa la

realización de pruebas complementarias¹⁹. En una gran cantidad de casos, y especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, con una correcta y detallada anamnesis y una exploración visual detenida puede establecerse un diagnóstico y pautar un tratamiento sin necesidad de pruebas complementarias.

El médico de atención primaria **derivó un porcentaje pequeño** (16,6%) de pacientes con patología dermatológica. Este grupo de patologías lo constituyen casos de refractariedad al tratamiento, evolución muy prolongada o sospecha de degeneración maligna. La Dermatología siempre ha sido considerada entre las especialidades que más remite a segundo nivel desde los MAP². Otros autores en sus estudios alcanzan un porcentaje de pacientes derivados de hasta el 31,4%². Si añadimos la circunstancia de que en una consulta especializada el 19% de las consultas la ocasionan patologías banales, podemos concluir que si el MAP es capaz de diagnosticar y manejar las patologías más frecuentes y banales (infecciones cutáneas virales, eccemas, queratosis seborreicas) disminuiría el gasto sanitario²¹ y se evitaría la saturación de las consultas Dermatológicas¹³, con lo el Dermatólogo centraría su labor en patologías más complejas.

El MAP prescribió un tratamiento farmacológico en 23 (31%) patologías dermatológicas.

Los tratamientos más utilizados fueron los **antimicrobianos tópicos y los corticoides tópicos**. Otros estudios españoles también reflejan a los antimicrobianos y corticoides tópicos como las opciones terapéuticas más utilizadas por los MAP^{2,6}. Lo que puede imputarse a que las infecciones cutáneas y los eccemas se presentan en la mayoría de los estudios como las patologías dermatológicas que acuden con mayor frecuencia a un Centro de Salud^{2,4,6,8}.

Durante el tiempo que ocupó este estudio (dos semanas en Torre Ramona y dos en Delicias Sur) solamente un paciente acudió por segunda vez a la consulta. Este hecho puede hacernos pensar que **una única visita al MAP puede ser resolutive en gran parte de los casos de patología dermatológica**. Señalamos que la mejor forma de saber el porcentaje de pacientes que resuelve sus problemas en una única consulta sería diseñar estudios mucho más amplios que permitan discernir si un paciente vuelve a la consulta en un periodo de tiempo significativo –por ejemplo 1 año-.

Los 19 pacientes **de edad pediátrica** que acudieron a su centro de Salud por presentar dermatosis suponen un **porcentaje** (15,2%) **mayor al publicado en estudios previos** (5,9-6,1%)^{10,11}. Esta diferencia encontrada puede haber estado influenciada porque en este estudio la población total de pacientes pediátricos ha

estado constituida por 125 pacientes, mientras que los estudios de otros autores tienen una muestra poblacional de 21.748¹⁰ y 22.152¹¹ consultas pediátricas totales.

La prevalencia de dermatosis en Pediatría es alta, lo que hace necesario que el Pediatra sepa identificar y diagnosticar los procesos dermatológicos más frecuentes.

Al contrario de lo que ocurre en la población adulta respecto al sexo, acuden al pediatra con dermatosis como motivo de consulta muchos más niños (63%) que niñas (37%). Resultado que no coincide con lo referido por los estudios de Menéndez et al ni López et al en donde no se presenta diferencia de sexos (48,8-51,6% niñas; 48,4-51,2% niños)^{10,11}. Esto puede deberse a la diferencia en el tamaño muestral de este estudio con respecto a los revisados.

De los 32 pacientes pediátricos que presentaban dermatosis se observa que el intervalo de edad con mayor número de pacientes es el de niños de 0-4 años. La prevalencia de patología dermatológica en el Centro de Salud disminuye conforme disminuye la edad dato que coincide con los estudios de Menéndez et al y López et al^{10,11} y que podría deberse a que los padres están más pendientes de los cambios en la piel de sus hijos a edades tempranas y que los manejan generalmente con éxito procesos comunes como dermatitis atópica, acné y control de nevus en niños cuando sus hijos son mayores sin necesidad de consultar por dichos motivos¹¹.

De las patologías motivo de consulta en Pediatría en un Centro de Salud los diagnósticos más frecuentes han sido: **infecciones cutáneas (50%), eccemas (20%),** urticarias (10%). lo que coincide con los diagnósticos encontrados en otros estudios españoles^{10,11}. Esto confirma que la mayoría de problemas cutáneos asistidos en el Centro de Salud pertenecen a un número relativamente pequeño de grupos diagnósticos (infecciones, eccemas y urticarias)¹¹. Parece por tanto, muy rentable insistir en la formación de los pediatras en estas patologías, que constituyen más del 70% de la patología dermatológica que se atiende en este nivel asistencial.

De los 33 diagnósticos clínicos encontrados en la muestra de pacientes pediátricos existían antecedentes familiares de la misma dermatosis en 17 casos (51,5%).

El hecho de que haya un porcentaje menor de antecedentes familiares en niños que en adultos (51,5% vs 65%) podría deberse a que en Pediatría hay un mayor porcentaje de patologías infecciosas, con poca carga genética, y un menor porcentaje de patologías tumorales benignas y discromías, ambas con mayor carga genética.

De los 19 niños que acudieron a su Pediatra en el centro de salud se solicitó una prueba complementaria. En un importante número de casos, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, con una correcta y detallada anamnesis y una exploración visual detenida puede establecerse un diagnóstico y pautar tratamiento sin necesidad de pruebas complementarias.

El tratamiento más utilizado en las consultas externas de Pediatría fueron los antimicrobianos seguido de los corticoides tópicos, lo que puede relacionarse con que las infecciones cutáneas y los eccemas son las patologías dermatológicas más frecuentes en pediatría de un Centro de Salud tanto en este estudio como en los de otros autores^{10,11}.

Del total de 33 patologías dermatológicas presenciadas durante las 2 semanas que duró esta parte del estudio, el Pediatra prescribió tratamiento farmacológico en 22 de ellas (66%). Recordemos que en este mismo estudio el MAP prescribió tratamiento farmacológico en un 31% de las dermatosis en adultos. Esta diferencia podría deberse a que en Pediatría hay un mayor porcentaje de patologías infecciosas (precisan tratamiento antibiótico) mientras que en adultos predominan patologías tumorales benignas y discromías, que no requieren tratamiento farmacológico.

Ningún paciente del total de 32 pacientes con patología dermatológica, tanto los que su motivo de consulta era dermatológico como los que presentaban patología dermatológica en la exploración, fue derivado a Dermatología ni a ningún otro servicio. El porcentaje de pacientes derivador en los estudios de Menéndez et al y López et al es de 5,7% y 12,2% respectivamente^{10,11}.

El porcentaje de pacientes derivados por el Pediatra es menor al porcentaje de Pacientes derivados por el MAP. Es importante recordar que los adultos presentaban un mayor porcentaje de patologías del tipo tumoral benigna (33%) y tumoral premaligna (4%) que en la muestra pediátrica (6% tumores benignos, ninguna lesión premaligna). En muchas ocasiones estas patologías son susceptibles de ser derivadas a Dermatología para su valoración. La diferencia significativa de prevalencias entre las dos muestras podría explicar por qué el porcentaje de pacientes derivados por el Pediatra es menor al porcentaje de Pacientes derivados por el MAP.

Consideraciones finales

Es importante para el paciente que el médico de Atención Primaria sepa reconocer la importancia de la patología dermatológica, así como asumirla e integrarla en su formación médica. Al ser el médico de atención primaria el primer escalón con el que el paciente toma contacto, sería importante que pudiese diagnosticar

correctamente las lesiones más relevantes, tenga criterios claros de remisión al especialista y conozca bien los fármacos más frecuentemente usados.

Desde un punto de vista cualitativo, la importancia de la dermatología en Atención Primaria viene dada por la posibilidad de ampliar la capacidad resolutive de este nivel (es fundamental la formación de sus profesionales, ya que tendrán que distinguir rápidamente aquello potencialmente grave de lo inocuo), y por la posibilidad de llevar a cabo actividades de tipo preventivo, tarea consustancial con la actividad del médico de familia y del pediatra¹¹.

Algunos autores³ opinan que la mejor forma de que dicha relación se base en fundamentos perdurables en el tiempo es mediante la creación de protocolos orientados a patologías y una mejor formación continua del MAP en patología dermatológica. Ambas medidas además mejorarían la eficiencia del sistema y la calidad ofrecida y percibida por el paciente. Los protocolos deberían realizarse por Dermatólogos y MAP y en ellos se establecería cómo debe actuar un MAP ante todo paciente con dicha enfermedad, qué no debe hacer y qué criterios de derivación debe seguir y pone como ejemplos el manejo del acné y de la patología tumoral. La realización de protocolos debería complementarse con una formación continua del MAP en Dermatología y propone que: “se les abra las puertas de los servicios hospitalarios para que puedan acudir a los mismos a interesarse por sus pacientes, y para que los conocimientos sean puestos al día”. No obstante el propio autor reconoce que conllevaría un aumento del gasto sanitario en personal ya que supondría la contratación de otro médico que ocupe su lugar en el Centro de Salud³.

Muchos autores opinan que en la **formación de un MAP** es importante incidir en el adecuado **reconocimiento de las lesiones dermatológicas más frecuentes**^{3,12,13,15}. Cualquier programa de formación dermatológica debería hacer hincapié en el diagnóstico de la patología más frecuente y en el manejo de las terapias y fármacos más requeridos en la AP, antes que abarcar un amplio espectro de diagnósticos y terapéuticas más propio del especialista⁴.

Podría disminuir el gasto sanitario la mejora por parte de los médicos de Atención Primaria en el diagnóstico y manejo de las patologías dermatológicas más frecuentes y banales (infecciones cutáneas virales, eccemas, queratosis seborreicas)²¹ evitando la saturación de las consultas Dermatológicas¹³, con lo el Dermatólogo centraría su labor en la patologías que requieran mayor seguimiento.

Los problemas dermatológicos afectan a gran parte de la población y representan un porcentaje importante de los motivos de consulta en AP. Además, suponen un volumen considerable de consultas para la atención especializada. Las medidas propuestas para mejorar esta situación serían: aumentar la calidad de la

formación de los residentes de familia, actualizar y perfeccionar la formación en dermatología de los médicos de AP y fomentar un mayor diálogo entre el médico de AP y el especialista. Esto, indudablemente aumentaría la calidad de la atención e incluso conllevaría una disminución relativa del coste adicional en diagnósticos y tratamientos mal orientados⁶.

6. CONCLUSIONES

1. La patología dermatológica afecta a ambos sexos en todas las edades de la vida, si bien, se observa una mayor demanda de consulta en los grupos de edad entre 0-4 años en Pediatría y entre 46-55 años y mayores de 75 años en Atención Primaria, motivado por patologías propias de estas edades; siendo la población femenina, la que consulta con mayor frecuencia.

2. Los tumores benignos, infecciones cutáneas, enfermedades de los anejos y los eccemas suponen el 75% de las consultas realizadas en Atención Primaria y en Pediatría.

3. Los tumores benignos representan un elevado porcentaje de la patología dermatológica atendida y observada en Atención Primaria (30%). Dentro de este grupo, las queratosis seborreicas, suponen el 50% del mismo. Tratándose de una patología dermatológica banal, creemos que se hace necesaria una adecuada formación del Médico de Atención Primaria para su correcto diagnóstico, evitando así derivaciones innecesarias que masifiquen las consultas del especialista.

4. La prevalencia de dermatosis en población pediátrica ha sido por igual tanto en niños como en niñas (25,6%). El intervalo de edad con mayor número de pacientes es el de niños de 0-4 años. La prevalencia de patología dermatológica en Pediatría en este estudio disminuye conforme disminuye la edad.

5. Hemos observado una mayor incidencia de enfermedades infecciosas entre la población infantil y juvenil que en la adulta.

Todo ello nos hace considerar que es necesario incidir en la formación de los Médicos de Atención Primaria y Pediatría para el adecuado reconocimiento de las enfermedades dermatológicas más frecuentes.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Padrón municipal de Habitantes de Aragón. Instituto aragonés de estadística. Gobierno de Aragón.2014. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasTematicas/02_Demografia_Y_Poblacion/01_CifrasPoblacion_Y_Censos/01_Padron/03_Explotacion_Padron/ci.04_Piramides_poblacion.detalleDepartamento?channelSelected=0
2. Valcayo A, Vives R, Artal F, Eciolaza JM, Parra A, Bernués C et al. 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
3. Borbujo J. Dermatología y Atención Primaria: una relación obligada. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:159-63
4. Ortiz A, Herrera P, Pérez del Molino C. Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en Atención Primaria. *Rev San Hig Pub*. 1992;66:71-82
5. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Juan Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel (barc)*.2014;29(1):4-8
6. Avilés-Izquierdo JA, Izquierdo del Monte MG, Martín-Madrugab ME, Ardiaca-Burgues L, Pulido-Fernández S, Lázaro-Ochaita P. Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en atención primaria. *Piel*. 2006;21(4):176-9
7. Verhoeven EW, Kraaimaat FW, van Weel C, van de Kerkhof PC, Duller P, van der Valk PG et al. Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use. *Ann Fam Med*. 2008 Jul-Aug;6(4):349-54
8. Julian CG. Dermatology in general practice. *British Journal of Dermatology*. 1999;141:518-520
9. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(2):250-255
10. Menéndez Tuñón S, Sariago Jamardo A, Fernández Tejada E, Fernández García N, López Vilar P, Meana Meana A. Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010 Ene-Mar; 12(45)
11. López Almazán C. Estudio descriptivo de la patología dermatológica pediátrica diagnosticada en el Centro de Salud de Manises durante un año. *Aten Primaria*. 1998;21:297-301
12. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(3):271-275

13. Martínez-Martínez ML, Pérez-García LJ, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM y Martín de Hijas Santos MC. Demanda derivada a Dermatología: peso de la patología banal. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(3):193-198
14. Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila A, Torné I. Motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante y española del área de salud del Hospital Son Llatzer (Mallorca). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(4):323–329
15. 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;99:207-12
16. Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A. Dermatitis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:111-8.
17. Caballero G, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L. Dermatitis de consulta más frecuente en dermatología pediátrica. *Pediatr (Soc Paraguaya Pediatr).* 2004;31:23-26
18. Torrelo Fernández A, Zambramo Zambrano A. Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica (1990-1999). *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93(6):369-78
19. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Consultas dermatológicas en el Servicio de Urgencias: situación previa a la instauración de guardias de la especialidad. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(1):39-47
20. Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(4):316-324
21. Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97(9):569-72
22. Mapa Sanitario Comunidad Autónoma de Aragón. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MAPA_SANITARIO_ARAGON.pdf
23. Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón Sector de Zaragoza II. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004:5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MS_ZARAGOZA_II.PDF

24. Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón Sector de Zaragoza I. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004:5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MS_ZARAGOZA_I.PDF
25. Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón Sector de Zaragoza II. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004:5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MS_ZARAGOZA_III.PDF
26. ORDEN SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Boletín Oficial del Estado.2007;230:38911-12. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/dermatologiaMedicoQuirurVenerologia.pdf>
27. Armijo Moreno M, Camacho Martínez F. Tratado de Dermatología. 2ª ed. España; Aula Médica. 1998
28. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. 1978. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
29. World Organization of Family Doctors. The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA. 1991:1-5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
<https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>
30. ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Boletín Oficial del Estado. 2007;246:35657-58. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Pediatrianuevo.pdf>
31. Rosa-Jiménez F, Montijano Cabrera AM, Ília Herráiz Montalvo C, Zambrana García JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? An Med Interna (Madrid). 2005; 22: 515-519.