

single palmar crease and arched palate in a patient with neurofibromatosis type I. *Pediatr Dermatol.* 2007;24:E73-5.

A. Giacaman^{a,*}, A. Quintero^b, J.A. Salinas Sanz^c
y A. Martín-Santiago^a

^a Departamento de Dermatología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^b Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^c Departamento de Hematología y Oncología Pediátrica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anizagiacaman@gmail.com

(A. Giacaman).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.027>

0001-7310/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Determinantes del tratamiento de las queratosis actínicas por médicos de atención primaria



Actinic Keratosis and Primary Care Physicians: Factors Affecting the Decision to Treat or Not

Sr. Director:

Las queratosis actínicas (QA) son proliferaciones intraepidérmicas de queratinocitos displásicos, más frecuentes en varones y fototipos bajos¹. A pesar de la alta prevalencia y del riesgo de malignización, existe escasa preocupación en la población general y en un porcentaje de médicos de atención primaria (MAP), considerándose un problema infra-diagnosticado e infratratado². La guía europea contempla un papel activo del MAP en el tratamiento de aquellos pacientes con lesiones incipientes y la derivación para tratamientos ablativos o campo de cancerización³. En nuestro país, se considera que el MAP puede realizar el seguimiento de estos pacientes, remitiéndolos a Dermatología en casos de duda diagnóstica o para planificar la actitud terapéutica⁴.

Con el objetivo de analizar los determinantes de la intención de tratar las QA por una muestra de MAP del Servicio Andaluz de Salud, se diseñó un cuestionario con base en los elementos facilitadores y limitantes para el tratamiento de las QA de la literatura y tras realizar un grupo focal con dermatólogos y MAP. La versión inicial fue sometida a 10 MAP para valorar la comprensión, viabilidad y tiempo de realización. El cuestionario final estaba constituido 13 preguntas, empleando una escala Likert de 5 puntos (anexo). Se recogieron aspectos como los años de experiencia, uso de tele dermatología, dermatoscopia, horas de formación en Dermatología y autoevaluación de sus conocimientos en dermatología respecto al resto de MAP. Para contrastar las diferencias entre estas variables y el tratamiento de QA, se realizó un análisis bivariante mediante X^2 (variables cualitativas) o t de Student (numéricas). Se realizó un análisis factorial exploratorio (EFA) y una regresión logística multivariante en que las variables explicativas fueron las obtenidas en el EFA y la explicada, en el tratamiento de las QA.

El cuestionario fue distribuido a 381 MAP. Se obtuvieron 98 respuestas (25,7%), cifra similar a la tasa de respuesta obtenida en los cuestionarios de estas características⁵. El margen de error fue de 8,5%, con un intervalo de

confianza del 95%. Sólo el 38,8% (IC 95% = 29,7-48,7) afirmó que trataba QA. 78,6% disponían de tele dermatología y el 41,2% dermatoscopia. La mayoría reconocieron conocimientos «similares» al resto de MAP (66,3%). Habían recibido una media de $24,1 \pm 44,9$ horas de formación en Dermatología y $7,4 \pm 12,1$ horas específicamente en cáncer de piel en los últimos cinco años. Sólo el uso de dermatoscopia y la autoevaluación de conocimientos fueron significativos. La **tabla 1** muestra los resultados del EFA y sus métricas, explicando el 68,5% de la varianza. Los valores de alfa de Cronbach entre 0,67 y 0,92 en los factores confirmaron la fiabilidad de las escalas: Importancia percibida, formación necesaria, organización de la AP, aspectos médico-legales y precio de los tratamientos. La **tabla 2** muestra los resultados de la regresión logística. La variable con mayor capacidad explicativa son los aspectos médico-legales, seguida de la importancia percibida. Ambas mostraron ser determinantes directos del tratamiento de las QA por los MAP. Ni la formación necesaria, ni la organización de la atención primaria, ni el precio de los tratamientos han mostrado relación.

El presente trabajo permite describir los factores que presentan mayor capacidad para explicar la decisión de tratar las QA por MAP. En nuestro conocimiento, no existen estudios previos similares realizados en nuestro país. El 38,8% de los encuestados optó por tratar, cifra superponible al 40% descrita por Halpern⁶. El factor con mayor relevancia en la decisión de tratar las QA han sido los aspectos médico-legales (el miedo a un diagnóstico erróneo o a una reacción adversa al tratamiento). En nuestra opinión, esta sensación de inseguridad podría estar motivada tanto por la deficiente formación como por la heterogeneidad de las guías, conduciendo a la abstención terapéutica. De hecho, recientemente la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)⁷ elaboró de manera pionera en España el circuito asistencial de la QA, identificando las funciones de los diferentes agentes implicados, concluyendo que es necesario protocolizar las actuaciones diagnóstico-terapéutica en ambos niveles, dado que una de las barreras para la calidad asistencial en la QA radica en la necesidad de coordinar esta actuación. La importancia percibida ha sido el segundo factor determinante en la decisión para tratar en nuestra muestra. Existe en general poca preocupación por las QA, siendo más elevada en países con una alta prevalencia como Australia, conllevando que los MAP muestren un papel activo en su seguimiento y tratamiento⁸. La cronicidad y la prevalencia de las QA, hace necesario contar con MAP

Tabla 1 Resultados del análisis factorial multivariante

	Importancia percibida	Formación necesaria	Organización de la AP	Aspectos médico-legales	Precio de los tratamientos
Las QA son lesiones benignas que rara vez desembocan en lesiones tumorales.	0,893				
Creo que no deben tratarse todas las QA, por ejemplo, lesiones aisladas y pequeñas que no ocasionen molestias.	0,791				
Si un paciente me visita por otro motivo, y observo gran cantidad de QA, ¿aprovecho la ocasión para tratarlas o lo derive con el dermatólogo?	0,812				
Una de las principales barreras para el tratamiento de las QA por MAP es la falta de formación en esta patología.		0,716			
La curva de aprendizaje de las QA para el MAP es larga.		0,811			
Una de las principales barreras para el tratamiento de las QA por MAP es la falta de tiempo y/o presión asistencial.			0,893		
Una de las principales barreras para el tratamiento de las QA por MAP es la falta de medios en los centros de salud (crioterapia, curetas).			0,849		
Los responsables de mi sistema de salud no están interesados en que los médicos de familia traten QA.			0,823		
Para tratar QA es necesario la confirmación previa de un dermatólogo, incluyendo la teledermatología.				0,798	
Temo no saber qué hacer en caso de que los pacientes tengan una reacción inesperada, un efecto adverso.				0,614	
Temo cometer un error en el diagnóstico de QA y eso me suponga un problema.				0,893	
Los tratamientos existentes para el tratamiento de las QA son excesivamente caros.					0,747
Temo tener problemas con la dirección si empleo demasiados tratamientos (recetas) para las QA.					0,856
Eigenvalue	4,8	3,96	2,2	1,7	1,7
Varianza explicada	24,1%	17,8%	10,3%	8,2%	8,0%
Alfa de Cronbach	0,92	0,67	0,86	0,72	0,81

Valor del determinante: 0,0021.
 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 0,724
 Test de esfericidad de Bartlett: 2133,1 (p < 0,001)

Tabla 2 Relaciones entre las variables exploratorias y el tratamiento de las QA

	B	S.E.	Wald	df	Sig	Exp (B)	IC 95% para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Importancia percibida	0,46	0,1	10,2	1	0,003	1,5	1,2	2,0
Formación necesaria	0,4	0,1	8,9	1	0,08	1,4	1,0	1,8
Organización de la AP	0,2	0,2	0,5	1	0,173	1,1	0,9	1,5
Aspectos médico-legales	0,6	0,1	20,5	1	0,000	1,8	1,4	2,4
Precio de los tratamientos	0,1	0,3	0,2	1	0,835	1,1	0,8	1,3
Constante	-1,5	0,2	75,6	1	0,000	0,3		

X²: 46,1, p = 0,000.
 Test de Hosmer-Lemeshow: 9.8, p = 0,077
 R cuadrado de Nagelkerke: 0,18

preparados en el seguimiento de estos pacientes. Podemos contribuir a mejorar este aspecto impartiendo programas de formación, que han demostrado mejorar la detección de las QA y del CCNM⁹, aunque en este trabajo no demostró asociarse al tratamiento de las QA.

Existen limitaciones que exigen tomar con cautela estos resultados: el empleo de un cuestionario «*ad hoc*» no validado y el método de distribución *online*; la realización en un área hospitalaria y una tasa de respuesta inferior al 26% puede limitar la generalización de los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Schmitt JV, Miot HA. Actinic keratosis: a clinical and epidemiological revision. *An Bras Dermatol*. 2012;87:425–34, <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000300012>.
- Cerio R. The importance of patient-centred care to overcome barriers in the management of actinic keratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31 Suppl 2:17–20, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14091>.
- Kanti V, Messenger A, Dobos G, Reygagne P, Finner A, Blumeyer A, et al. Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men - short version. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2018;32:11–22, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14624>.
- Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez A, Guillén-Baronad C, Belinchón-Romeroe I, Redondo-Bellón P, et al. Adaptación española de la Guía europea para la evaluación y tratamiento de la queratosis actínica. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:378–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.11.013>.
- Deutskens E, De Ruyter K, Wetzels M, Oosterveld P. Response rate and response quality of Internet-based surveys: An experimental study. *Mark Lett*. 2004;15:21–36, doi:10.1023/B:MARK.0000021968.86465.00.
- Halpern AC, Hanson LJ. Awareness of, knowledge of and attitudes to nonmelanoma skin cancer (NMSC) and actinic keratosis (AK) among physicians. *Int J Dermatol*. 2004;43:638–42, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02124.x>.
- Sociedad Española de calidad asistencial. *Circuito Asistencial y El Rol de Atención Primaria y Dermatología En La Queratosis Actínica*. Madrid; 2017.
- Chetty P, Choi F, Mitchell T. Primary Care Review of Actinic Keratosis and Its Therapeutic Options: A Global Perspective. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5:19–35, <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-015-0070-9>.
- Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer? Cross-Sectional Study. *J Can Educ*. 2016:1–4.

J.J. Pereyra-Rodríguez*, M.T. Monserrat-García,
R. Corbí-Llopis
y J. Conejo-Mir Sánchez

UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pe3reyra@gmail.com
(J.J. Pereyra-Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.032>
0001-7310/ © 2020 EL Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).