

ORIGINALES**EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS
EN ATENCIÓN PRIMARIA *****A. Ortiz, T. Herrera, C. Pérez del Molino, F. Piñero, M. L. Perales, P. Muñoz**

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cazoña. Santander

* Este trabajo ha sido parcialmente financiado por la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria.

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la prevalencia y derivación de las enfermedades dermatológicas en atención primaria, se realizó un estudio prospectivo de mayo a octubre de 1989 en un centro de salud urbano, con el apoyo del dermatólogo y de medios iconográficos.

Los 395 casos considerados suponen el 4,85 % de todas las consultas. Un número restringido de diagnósticos (11) suponen la mayor parte de las consultas (70 %). Un 19 % fue consultado al dermatólogo. El 23 % de los diagnósticos no eran consultados por el paciente, incluían dos tumores malignos.

Conclusiones: las enfermedades dermatológicas ocupan un lugar relevante de las consultas en atención primaria; la formación dermatológica del médico de atención primaria debe orientarse a los diagnósticos más frecuentes en su medio; es importante la detección activa de las lesiones dermatológicas.

Palabras Clave: Dermatología, Enfermedades de la piel, Atención Primaria, Prevalencia.

ABSTRACT**Epidemiology of Skin Diseases in
Primary Health Care**

With the aim of finding out the prevalence and the origin of the skin disease in Primary Health Care, a prospective study was carried out over the period of May to October of 1989 in an urban health centre, with the support of the dermatologist and using iconographic means.

The 395 cases considered made up 4.85 % of all the medical examinations. A limited number of diagnoses (11) made up the majority of the medical examinations (70 %). 19 % were referred to the dermatologist. 23 % of those diagnosed were not consulted for the patient, including two malign tumours.

Conclusions: skin disease has a relevant place in Primary Health Care clinics; the dermatological training of the Primary Health Care doctor should be aimed at the most frequent diagnoses in his setting; active detection of skin lesions is very important.

Key Words: Dermatology, Skin diseases, Family physicians, Prevalence.

INTRODUCCION

Las enfermedades dermatológicas (ED) constituyen uno de los principales motivos de consulta en atención primaria (AP)¹, reflejo de su alta prevalencia en la comunidad^{2,3}.

El médico de atención primaria está obligado, por diversas razones, a reconocer la importancia de dicha patología, asumirla e integrarla en su formación médica; en primer lugar, las enfermedades de la piel son fácilmente accesibles, ya que habitualmente no requieren técnicas diagnósticas complejas⁴; muchas veces una sencilla inspección establece el diagnóstico de certeza; por otro lado, la escasez actual de especialistas en dermatología impide atender el masivo número de consultas dermatológicas⁵; al ser el médico de atención primaria el primer

Correspondencia:
Alfonso Ortiz Rubio.
Centro de Salud de Cazoña.
Avda. Leonardo Torres Quevedo, s/n.
39011. Santander. Cantabria.
Fax: (942) 34 46 74

escalón con el que el paciente toma contacto, sería importante que pueda diagnosticar correctamente las lesiones más relevantes, tenga criterios claros de remisión al especialista, ya sea por necesidad de métodos específicos para el proceso diagnóstico o por necesidad de tratamiento especializado de enfermedades potencialmente curables, y conozca bien los fármacos más frecuentemente utilizados. Finalmente los pacientes con esta patología se beneficiarían de una buena coordinación entre el equipo de atención primaria (EAP) y el nivel especializado⁵.

Todos estos aspectos hacen que las ED sean una faceta relevante en la práctica de la AP, además de un área en la que necesariamente comparten responsabilidades los dos niveles de atención médica. Por todo ello, nos propusimos iniciar conjuntamente un estudio profesionales de un EAP y del nivel especializado, con los siguientes objetivos:

- 1) Conocer la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en atención primaria, a través de cuatro consultas de un centro de salud.
- 2) Cuantificar el número de derivaciones al especialista de referencia y conocer sus motivos.
- 3) Analizar las diferencias entre la patología consultada y no consultada, y valorar la importancia clínica de esta última.

MATERIAL Y METODOS

El Centro de Salud de Cazoña se encuentra en una zona urbana de la periferia de la ciudad de Santander. El área de salud tiene una población estimada de 30.947 habitantes⁶, con predominio de edades menores de 40 años, con diferencias importantes demográficas y socioeconómicas entre los sectores de la

Zona de Salud de Cazoña⁷. Consta de siete consultas de medicina general y tres de pediatría. En las de medicina general se atienden a pacientes mayores de 10 años. Funciona desde hace cinco años y es Unidad Docente del programa de Medicina Familiar y Comunitaria. En el presente estudio, llevado a cabo en cuatro consultas de medicina general, han participado: una especialista en dermatología perteneciente al ambulatorio de referencia, cuatro residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, todos ellos con formación dermatológica en el desarrollo de su especialidad (dos meses de rotación en un servicio dermatológico hospitalario), asesorados por sus respectivos tutores del Centro de Salud.

En el estudio, realizado de forma prospectiva, se recogieron los datos en el período comprendido entre el 2 de mayo y el 31 de octubre de 1989, excluidos los días de vacaciones de los residentes, por este motivo el número de días en los cuales se registraron los datos del estudio no fue igual en las cuatro consultas de medicina general, con una media de 103 días por consulta. Previamente se efectuó un estudio piloto de ocho días de duración, en el que se recogieron 44 casos (que no se incluyeron en el presente trabajo) y que sirvió para unificar criterios y mejorar el protocolo de estudio inicial. La hoja de recogida de datos incluía: a) número de orden (reflejaba los casos dermatológicos recogidos; las distintas visitas de un mismo caso eran consideradas como un único caso); b) número de historia y nombre del paciente (que servían para archivarlas e impedir repetición de registros de casos en distintas fechas); c) edad; d) sexo; e) fecha de consulta; f) si era motivo de consulta por el paciente o, por el contrario, era un hallazgo del médico en su exploración física habitual; g) si el médico consideraba su diagnóstico con certeza o no (considerando diagnóstico incierto cuando dos médicos no coincidían en el mismo diagnóstico); h) derivación al

especialista según dos modalidades, por volante P-10 o por realización de fotografías, que posteriormente se mostraban junto a la historia clínica al dermatólogo de referencia que acudía al centro periódicamente; se utilizó este modelo de interconsulta como sesiones de formación continuada para todo el EAP; i) en el caso de derivado con volante tipo P-10 se reflejaba el motivo, con tres apartados no excluyentes: por necesidad de diagnóstico urgente, por mala evolución o por precisar tratamiento que no estaba al alcance de nuestro EAP en la actualidad; j) la hoja de protocolo incluía, finalmente, apartados para los diagnósticos del dermatólogo y para los realizados por estudio anatomopatológico (obtenidos en el único hospital de referencia existente) y, en último lugar, el diagnóstico definitivo del caso considerado.

Las ED fueron definidas siguiendo la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria de la WONCA⁸. Según la misma, fue considerado el apartado XII (Enfermedades de la Piel y el Tejido Subcutáneo), pero excluyéndose por diferentes motivos de organización asistencial las patologías expresa-

das en la tabla 1. Además se incluyeron en el estudio las patologías con manifestaciones dermatológicas, pertenecientes al apartado I (Enfermedades parasitarias e infecciosas) y el II (Neoplasias) que se especifican en la tabla 2. Los diagnósticos incluidos eran casos prevalentes.

Para comprobar la validez de los diagnósticos dermatológicos se realizó una prueba a los médicos residentes, utilizando 59 diapositivas de color de alta calidad con diagnóstico confirmado por el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla", con la patología más frecuente en AP^{9,10}. Los resultados de esta fase, que han sido comunicados previamente¹¹, establecen una proporción de acuerdo¹² entre 0,80 y 1,00 (x: 0,89).

La población adscrita a las cuatro consultas se calculó a partir de los usuarios registrados en nuestro Centro de Salud, considerando que más del 95 % de la población consulta al cabo de cinco años¹³. Esta cifra fue utilizada como denominador para calcular la prevalencia.

TABLA 1

Diagnósticos del apartado XII de la Clasificación de la WONCA CIPSAP - 2 - Definida excluidos previamente de nuestro estudio

- Dermatitis del pañal
- Callos y callosidades
- Uña encarnada onicogriposis
- Pitiriasis o caspa
- Quemaduras de sol
- Hiperqueratosis
- Estría atrófica
- Léntigo simple o lunar
- Efélides o pecas

TABLA 2

Diagnósticos de los apartados I y II de la Clasificación de la WONCA CIPSAP - 2 - Definida incluidos en nuestro estudio

- Erisipela
- Herpes zóster
- Herpes simple
- Verrugas comunes
- Dermatofitosis dermatomicosis
- Candidiasis
- Pediculosis y otras infestaciones de la piel
- Escabiosis y otras enfermedades por ácaros
- Moluscum contagioso
- Neoplasias de localización cutánea y de tejido subcutáneo

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. En el contraste de hipótesis empleamos el test de χ^2 , con la corrección de Yates en los casos en que su uso estaba aconsejado, para variables cualitativas; y el test de la *t* de Student para la comparación de medias ¹⁴.

RESULTADOS

Durante el período de recogida de datos se registraron 413 casos dermatológicos sobre un total de 8.134 consultas, incluidas las administrativas, realizadas en las cuatro consultas de medicina general. De aquéllas fueron excluidos 18 casos, 17 por no pertenecer a las ED incluidas en el estudio y 1 por no constar el diagnóstico. Los 395 casos considerados finalmente suponen el 4,85 % de todas las consultas realizadas. Corresponden a 357 personas, de las cuales el 10,6 % presentaron dos ED diferentes y el 89,4 % un solo tipo. Referido a la clasificación utilizada, 260 casos pertene-

cían al Apartado XII (Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo), representaba el 3,19 % de todas las patologías, dermatológicas y no dermatológicas, observadas en los 6 meses del estudio.

La edad media fue de 35,7 años (DE \pm 19,2), con un rango de 10 a 86 años, sin diferencias significativas por sexos. Los grupos de edad de 35/54 años y de 54/64 años presentaron un menor y un mayor número de casos dermatológicos, respectivamente ($p < 0,05$) del esperado según la distribución etaria de la población general; el resto de las diferencias observadas entre las dos pirámides de edad no fueron significativas (figura 1). Casi la mitad de los casos dermatológicos (48,9 %) corresponden al intervalo de edad entre los 15 y 34 años. Fueron discretamente superiores en mujeres, 225 (57 %), que en varones, 170 (43 %), pero sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,10$).

FIGURA 1

Pirámides de edad expresadas en porcentaje de la población de referencia y de la población de casos dermatológicos

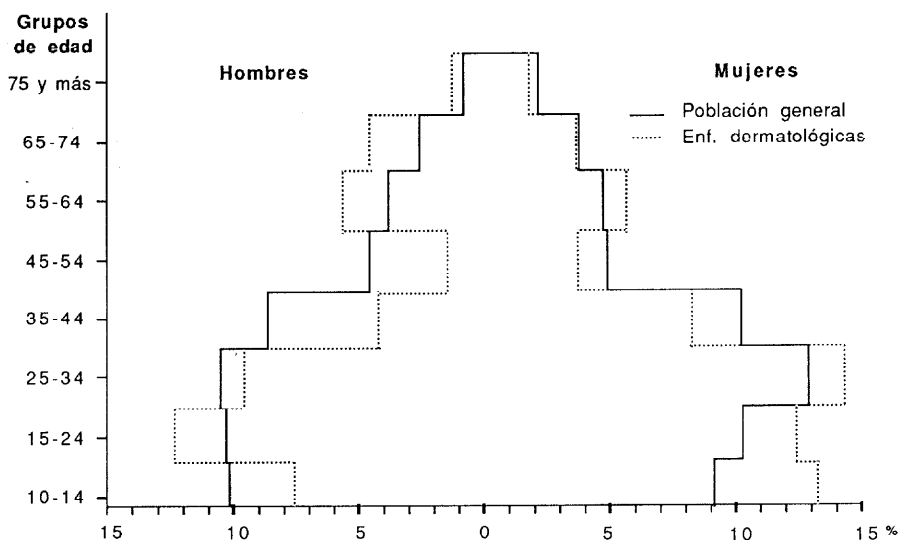


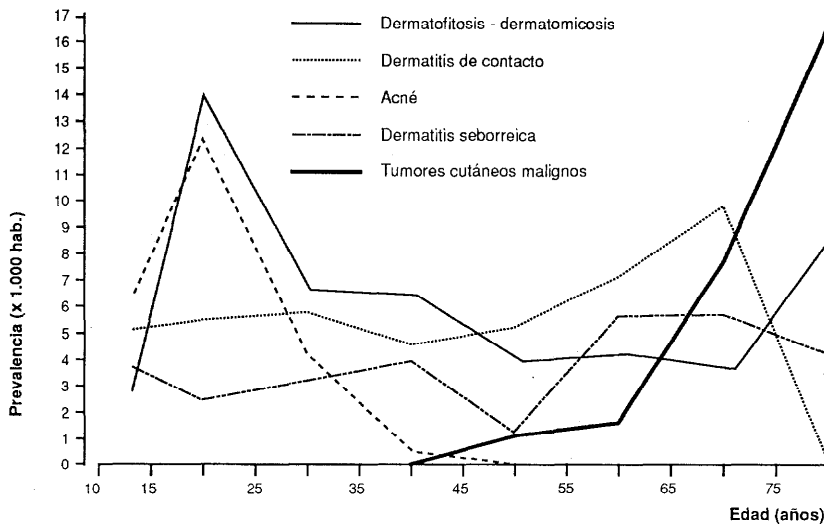
TABLA 3

Frecuencia de los diagnósticos dermatológicos observados en el estudio (n = 395)

<i>DIAGNOSTICOS</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Intervalo de confianza 95 %</i>
Dermatofitosis y dermatomicosis	57	14,4	10,97 —17,90
D. de contacto	45	11,4	8,26 —14,53
Acné	34	8,6	5,84 —11,37
D. Seborreica	28	7,1	4,56 —9,62
Verrugas comunes	22	5,6	3,31 — 7,83
Enf. gland. sudoríparas	22	5,6	3,31 — 7,83
Urticaria	21	5,3	3,10 — 7,53
Prurito y estados afines	13	3,3	1,53 —5,05
Neoplasias benignas	12	3,0	1,35 — 4,73
Psoriasis	11	2,8	1,16 — 4,41
Verrugas seniles	11	2,8	1,16 — 4,41
Neoplasias malignas	10	2,5	0,98 — 4,08
Quiste sebáceo	10	2,5	0,98 — 4,08
Herpes simple	9	2,3	0,81 — 3,75
Nevus sebáceo	9	2,3	0,81 — 3,75
Otros	81	20,5	16,52 — 24,49

FIGURA 2

Prevalencia de algunas enfermedades dermatológicas en los 6 meses estudiados, en la que se aprecia el diferente comportamiento de cada enfermedad a lo largo de las distintas edades



Los diagnósticos dermatológicos observados se recogen en la tabla 3. Las micosis, la dermatitis de contacto y otros eczemas (código 0692 de la clasificación utilizada) y las patologías de las glándulas sebáceas son los más frecuentes. En la figura 2 se representan la prevalencia estimada de las cuatro patologías más frecuentes y además de los tumores malignos, distribuidas por intervalos de edad. Las micosis presentan un pico máximo en el período de 15 a 24 años, descendiendo paulatinamente hasta aparecer otro pico en los mayores de 75 años; la dermatitis de contacto mantiene una frecuencia similar en todas las edades, ascendiendo lentamente en los últimos años; como podría esperarse, la prevalencia de tumores malignos aumenta con la edad, representando el pico máximo en los mayores de 75 años (16,5 por mil).

Se registraron 91 casos que no consultaban por problemas dermatológicos, lo cual representa un 23 % de todos los casos dermatológicos incluidos en el estudio (tabla 4). Se descubrieron dos casos de tumores malignos (un basocelular y un melanoma, tras comprobación

TABLA 4

Diagnósticos más frecuentes entre los pacientes que consultaban por otras causas no dermatológicas

Diagnósticos	Número	Porcentaje
Acné	12	13,2
Dermatitis seborreica	10	11,0
Verrugas seborreicas	9	9,9
Verrugas comunes	7	7,7
Rosácea	5	5,5
Psoriasis	5	5,5
Neoplasias benignas	5	5,5
Otros *	38	41,7
Total	91	100,0

* Incluye dos casos de tumores malignos (2,2 % del total de casos no consultados).

anatomopatológica) que suponen el 2,2 % del total de los casos que no consultaban y el 0,5 % del total de casos dermatológicos del estudio.

Los casos derivados al dermatólogo de referencia fueron 76, un 19,24 % del total de casos incluidos (tabla 5). Las interconsultas realizadas mediante volante tipo P-10 fueron 33 y las efectuadas mediante fotografías con historia clínica de 43. Las causas más frecuentes de derivación fueron las dermatitis de contacto y otros eczemas, los tumores malignos y la dermatitis seborreica. En el apartado XII de la citada clasificación, los casos derivados fueron 52, que suponen un 20 %.

Los 76 casos dermatológicos derivados se corresponden con 80 motivos de derivación, a saber: 53 (66 %) por diagnóstico incierto; 12 (15 %) por evolución no satisfactoria, y 15 (19 %) por precisar tratamiento especializado, mayoritariamente extirpación quirúrgica.

DISCUSION

La frecuencia de ED observada en atención primaria presenta amplias variaciones en diversos estudios (tabla 6), oscila entre un 5,5 y un 22,5 %. En nuestro estudio el porcentaje es menor (4,85 %), lo cual podría deberse a varios motivos: exclusión de diagnósticos tan frecuentes como por ejemplo caspa o pitiriasis; tipo de exploración realizada; desigual recogida de datos entre los entrevistadores; experiencia de cada centro y, en algunos casos, apoyo de centros especializados en su misma área sanitaria¹⁵ o inclusión de visitas realizadas por especialistas¹⁶. Además hemos de recordar que nuestras cifras de prevalencia son referidas en el marco habitual de funcionamiento de nuestro Centro de Salud, en el tiempo de consultas y, por tanto, infraestimadas al no considerar la población que no acudió a nuestro centro en

TABLA 5
Diagnósticos más frecuentes en la patología derivada al dermatólogo de referencia

DIAGNOSTICO	Interconsulta P 10	Interconsulta fotografía	TOTAL	
			Núm.	%
Dermatitis contacto	8	10	18	24
Neoplasias malignas	10	0	10	13
Dermatitis seborreica	1	5	6	8
Enf. Gland. sudoríparas	2	3	5	6
Neoplasias benignas	1	2	3	4
Urticaria	1	2	3	4
Verrugas	2	1	3	4
Otros	8	20	28	37
Total	33	43	76	100

el período de estudio; por ello podríamos considerar un sesgo en la estimación de la prevalencia en cuanto a que se refiere a población consultante y no a población total.

El procedimiento empleado para la validación de los diagnósticos ha sido utilizado en otros estudios^{9, 17, 18}, e incluso por la American Board of Dermatology para examinar candidatos¹⁸. Este procedimiento, en AP, debería seleccionar la patología más prevalente en nuestro medio. Incluso pudiera ser un útil para mejorar la calidad de la práctica clínica, y como método de formación continuada a través de la repetición periódica de estas pruebas. En otro sentido, el diagnóstico por fotografía plantea dificultades por cuestiones técnicas (calidad de la imagen, evolución temporal); en el estudio la iconografía se usa como sistema complementario de la historia clínica y no como diagnóstico "per se", así en determinados casos específicos el propio enfermo acudió a la sesión conjunta con el dermatólogo para solventar las dificultades más arriba expresadas. El vídeo, disponible en nuestro centro con posterioridad al período de estudio, pue-

de ser en estos aspectos un mejor medio complementario.

Al revisar la bibliografía hemos encontrado una escasez de estudios referentes a nuestro país, dirigidos específicamente a conocer la patología dermatológica en el campo de la AP; la mayor parte (tabla 6) recogen datos en estudios globales de morbilidad y en ellos se consideran las enfermedades de la piel y tejido subcutáneo exclusivamente las del Apartado XII según la clasificación de la WONCA utilizada. Nuestro hallazgo en este apartado (3,19 %) es concordante con la literatura nacional. E. Alonso et al, en una revisión¹, establece que es el apartado con menos variabilidad en todos los estudios, con un porcentaje medio de 4,1 % DE \pm 1,2). Las ED ocupan el sexto-séptimo lugar en cuanto a patología más frecuente observada en AP^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 1}, aunque en el estudio no tenemos datos por ausencia de registros adecuados de morbilidad en nuestro Centro de Salud. Las ED ocupan, por tanto, un lugar relevante de la consulta diaria, aun sin considerar que un gran número de pacientes, hasta un 79 % en algunos estudios, con

TABLA 6

Frecuencia de consultas por problemas dermatológicos y porcentaje de sus derivaciones a especialistas en el ámbito de la Atención Primaria. Datos reportados por diferentes autores

Referencia bibliográfica	Primer autor (lugar del estudio)	Año de publicación	N.º de motivos de consulta	N.º de consultas (%) por enfermedad dermatológica	N.º de consultas (%) del apartado XII*	Derivados al especialista en porcentaje	Comentarios
15	K Steele (BELFAST)	1984	2.409	199 (8,2)	NO DATOS	28,6 †	Prospectivo. 8 semanas. Desde los 0 años
27	W. T. Branch (BOSTON)	1983	495 †	111 (22,4) †	NO DATOS	22,5	Revisión historias clínicas. 10 meses
2	JN Rea (LONDRES)	1976	—	614 (22,5)	NO DATOS	NO DATOS	Prevalencia sobre una muestra. Prospectivo. 15-74 años
16	R S Stern (USA)	1977	634 x 10 ⁶ §	44 x 10 ⁶ (7,0) §	NO DATOS	NO DATOS	12 meses Desde los 0 años
35	M A Abreu (MADRID)	1988	6.914	381 (5,5)	NO DATOS	31,2	Prospectivo. 10 meses Desde los 0 años
19	J R Aguirrezabala (BILBAO)	1983	13.534	NO DATOS	446 (3,29)	11,9	Retrospectivo. 6 meses Desde los 7 años
22	J Alcántara (MURCIA)	1984	13.036	NO DATOS	448 (3,44)	16,7	Del libro de registro de actividades diarias. 10 meses Desde los 0 años
21	A Delgado (GRANADA)	1988	33.651	NO DATOS	1.632 (4,85)	8,8	Del libro de registro de actividades diarias. 24 meses Desde los 0 años
23	F Gudé (SANTIAGO DE COMPOSTELA)	1990	3.534	NO DATOS	115 (3,25)	NO DATOS	Muestra aleatoria. 12 meses Desde los 0 años
20	R Lucas (CUENCA)	1986	5.899	NO DATOS	126 (2,13)	17,5 ¶	Ambito rural Del libro de registro de actividades diarias. 11 meses Desde los 0 años
—	A Ortiz (SANTANDER)	—	8.134	395 (4,8)	260 (3,19)	19,2/20	Prospectivo. 6 meses Desde los 10 años

* Apartado XII de la Clasificación Internacional de la WONCA para la Atención Primaria, CIPSAP - 2 - Definida.

† Incluyen todos los casos tratados por el autor con medios terapéuticos fuera del alcance, en nuestro medio, de Atención Primaria.

‡ Los datos se refieren al número de pacientes y porcentaje de los mismos, no de casos dermatológicos.

§ Son datos, a partir de una muestra, extrapolados a nivel nacional en medio ambulatorio.

|| Porcentaje estimado si los derivados fueron todos del apartado XII y únicamente al dermatólogo.

¶ Datos de derivación al dermatólogo, no consideran los casos dermatológicos dirigidos a otros especialistas.

enfermedades cutáneas que justifican atención médica no acude al médico^{2,25} (gran porcentaje de patología crónica asintomática, tendencia a la automedicación, influencias culturales, accesibilidad, ...).

El Apartado XII de la clasificación utilizada no recoge todos los diagnósticos dermatológicos, motivo por el cual muchos autores elaboran su propia clasificación que dificulta posteriormente establecer comparaciones. Sería interesante unificar una clasificación internacional de ED orientada para su uso en atención primaria o, en su defecto, usar y especificar claramente los diagnósticos incluidos por la Clasificación de la WONCA para la Atención Primaria CIPSAP-2 Definida. Otros motivos que dificultan la comparación entre los estudios son la época del año en que se realizan, el entorno geográfico y cultural, y las características de la población estudiada, que deberían ser siempre referidos. Otro aspecto de la clasificación utilizada es que ésta fue diseñada para adaptarse a las dificultades del diagnóstico en AP, esto implica cierto grado de imprecisión en los diagnósticos; a pesar de ello se ha demostrado válida con fines epidemiológicos²⁶.

El número de consultas fue mayor en el grupo de edad entre los 15 y 24 años, siendo casi un 60 % de todas las consultas dermatológicas por debajo de los 34 años, lo cual coincide con otros autores^{15,10,2}. Esto puede deberse, por una parte, a la distribución poblacional de nuestro centro y, por otra, a la frecuencia de enfermedades como micosis y acné a esas edades. Los datos del estudio sugieren una variación en la distribución de las ED con la edad, como variable independiente, en el sentido de disminuir en el grupo de 35 a 54 años y aumentar en el intervalo de edad de 55 a 64 años. RC Mendenhall et al¹⁰ presentan esta misma tendencia con significación estadística, pero se precisa verificación por estudios futuros.

La patología micótica (dermatofitosis y dermatomicosis) ocupa una alta frecuencia, lo cual coincide con varios autores^{3,27,28}. La escasa frecuencia en otros estudios^{15,10,2} podría explicarse por su corta duración y época del año en que fueron realizados, dada su correlación, entre otros factores, con el calor y la humedad^{29,30}.

Entre las restantes patologías cutáneas, destacamos el hallazgo de 10 casos de tumores cutáneos malignos (7 carcinomas basocelulares, 2 carcinomas espinocelulares y 1 melanoma). Existe relación estrecha con la radiación ultravioleta y la pérdida de capa de ozono, que dan lugar a un incremento de la incidencia de cánceres cutáneos no-melanomas³¹; la incidencia de los melanomas también está aumentando alarmantemente³², aunque se plantea una relación mayor con los cambios de hábitos de la exposición al sol que con la simple exposición, de tal manera que períodos cortos de intensa exposición al sol serían más importantes que la dosis acumulativa a lo largo de la vida^{33,34}. Futuros estudios en nuestro Centro deberían reafirmar dichos incrementos, pues nuestra población se encuentra en un entorno geográfico y cultural apropiado y, quizás, además, un desplazamiento en la gráfica de la figura 2 hacia edades más jóvenes.

Un número restringido de 8-10 diagnósticos dermatológicos suponen la mayor parte de las consultas, entre un 65 y 90 % según los estudios, tal y como ocurre en el nuestro. En base a ello, y sin entrar en la controversia sostenida por algunos autores^{17,18} de la conveniencia de desvincular los diagnósticos dermatológicos del médico de AP en favor de la especialización, 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 diag-

nóstico y terapéuticas más propio del especialista²⁷.

Una quinta parte de las lesiones fueron observadas por el médico sin que fueran motivo de consulta, al igual que otros estudios³⁵; no obstante este valor podría ser superior si la exploración en busca de las ED hubiese sido más completa. Esa alta proporción debería suponer un esfuerzo de atención y mentalización en nuestras consultas, máxime cuando además pueden estar incluidas enfermedades graves (un basocelular y un melanoma).

El 19,2 % de los casos consultados al dermatólogo es inferior al 28,6 %¹⁵ y 22,5 %²⁷ de otros estudios (tabla 6). A ello pueden contribuir la existencia de clínicas especializadas de apoyo con una relación médico de atención primaria/dermatólogo más conjuntada¹⁵, la inclusión en sus estudios de niños de 0 a 10 años, la mayor presión social (demandas judiciales) que sufren e, incluso, el modelo sanitario específico (en Estados Unidos se observa que 7 de cada 10 pacientes son referidos por sí mismos o por otros pacientes¹⁰). Por el contrario, el porcentaje del 20 % de casos derivados, pertenecientes al Apartado XII, es superior a otros estudios de morbilidad de nuestro país. Probablemente se deba, en gran medida, al modelo de interconsulta, utilizado por nosotros, que permite más consultas con el dermatólogo y menos tratamientos empíricos. Este modelo, como han asegurado otros autores³⁵, es un interesante y satisfactorio método de formación continuada, mejora la relación con el dermatólogo y ahorra consultas para el paciente.

Una tercera parte de los casos derivados la constituyen los tumores malignos, la dermatitis de contacto y otros eczemas, cifras que coinciden con otros estudios^{27, 21}.

Conseguir disminuir el número de derivados al especialista es un tema controvertido. Algunos autores^{15, 35} refieren una disminución importante con la disponibilidad de medios sencillos (punch cutáneo, nitrógeno líquido, electrocauterización) a nivel extrahospitalario; sin embargo, en nuestro caso, debido a la patología específica derivada, la reducción hubiese sido escasa. De otro lado, coincidimos con otros autores²⁸ que la enseñanza dermatológica mejoraría el diagnóstico y tratamiento de la mayoría de las patologías, pero no necesariamente disminuirá el número de derivados al especialista, aunque por nuestro estudio no disponemos de datos que comprueben este aspecto.

En resumen, las enfermedades dermatológicas ocupan un lugar relevante en las consultas de AP. Las micosis, el acné y las dermatitis de contacto y otros eczemas son los problemas más frecuentemente atendidos, siendo esta última la primera causa de derivación. La edad, como variable independiente, podría condicionar la frecuencia de casos dermatológicos en ciertos grupos de edad. La existencia de patología grave entre las lesiones no demandadas aconseja una búsqueda más activa por parte del médico de AP. El modelo de interconsulta médico de atención primaria/dermatólogo, con el apoyo de medios audiovisuales, es una metodología interesante y satisfactoria a promover en nuestros centros de atención primaria.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a José Héctor Fernández Llaca, del Servicio de Dermatología del Hospital Marqués de Valdecilla, por su desinteresada participación en las pruebas de validación de los diagnósticos. También queremos agradecer la colaboración de los tutores de atención primaria del

Centro de Salud de Cazoña en la recogida de datos.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso E, Manzanera R, Varela J, Pices JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Atenc Prim* 1987; 4: 148-154.
2. Rea JN, Newhouse ML, Halil T. Skin disease in Lambeth. A community study of prevalence and use of medical care. *Brit J Prev Soc Med* 1976; 30: 107-114.
3. Stern RS. The epidemiology of cutaneous disease. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Frudberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*. 3.^a ed. Nueva York: Mc Graw-Hill Book Co, 1987: 6-10.
4. The editors. *Dermatology in the perspective of general medicine*. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*. 3.^a ed. Nueva York: Mc Graw-Hill Book Co, 1987: 3-6.
5. Ferrando J. *Dermatología y asistencia primaria*. *Med Clín (Barc)* 1988; 90: 661-663.
6. Ayuntamiento de Santander. *Padrón Municipal de Santander 1986*. Sección de Estadística del Ayuntamiento de Santander. Santander: Ayuntamiento de Santander, 1986.
7. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cantabria. *Diagnóstico de Salud Cazoña*. Santander: Dirección Provincial del Insalud de Cantabria, 1988.
8. WONCA-CIPSAP-2 Definida. *Clasificación Internacional de Problemas de salud en Atención Primaria*. 1.^a Ed. en castellano. Buenos Aires: Centro Internacional para la Medicina Familiar, 1986.
9. Ramsay DL, Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol* 1981; 117: 620-622.
10. Mendenhall RC, Ramsay DL, Girard RA, DeFlorio GP, Weary PE, Lloyd JS. A study of the Practice of dermatology in the United States: initial findings. *Arch Dermatol* 1978; 114: 1456-1462.
11. Herrera T, Ortiz A, Pérez del Molino C, Piñeiro F, Muñoz P. Garantía de calidad del diagnóstico dermatológico en atención primaria. Libro de Comunicaciones del IV Congreso del CIMF; 1990 mayo 24-26; Estoril. Portugal: CIMF, 1990: 61.
12. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2.^a ed. New York: John Wiley, 1977: 212-236.
13. Foz G, Prieto A, Fabrega S. Historia Clínica y sistema de registro. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Manual de atención primaria*. 2.^a ed. Barcelona: Ediciones Doyma, 1989: 211-242.
14. Zar JH. *Bioestadistic analisis*. 2.^a ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, 1984.
15. Steele K. Primary dermatological care in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 22-23.
16. Stern RS, Johnson ML, Delozier J. Utilization of physician services for dermatologic complaints: The United States, 1974. *Arch Dermatol* 1977; 113: 1062-1066.
17. Wagner RF Jr, Wagner D, Tomich JM, Wagner KD, Grande DJ. Residents' Corner: Diagnoses of skin disease: Dermatologists Vs. Nondermatologists. *J Dermatol Surg Oncol* 1985; 11: 476-479.
18. Clark RA, Rietschel RL. The cost of initiating appropriate therapy for skin diseases: A comparison of dermatologists and family physicians. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9: 787-796.
19. Aguirrezabala JR, Anton X, Arruabarrena R, et al. Análisis de la morbilidad a nivel de asistencia primaria en Rekaldeberri-Bilbao. *Gac Méd Bilbao* 1983; 80: 443-454.
20. Lucas R. Estudio de los motivos de consulta en un medio rural. *Atenc Prim* 1986; 3: 113-120.
21. Delgado A, Melquizo M, Guerrero JC, Arboledas A, De la Revilla L. Análisis de

- las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Prim* 1988; 5: 359-364.
22. Alcántara J, Sánchez de Toro JM, Saura J, Albadalejo E, Sánchez JA. Estudio sobre la demanda sanitaria y morbilidad declarada en una pedanía de Murcia. *Rev San Hig Púb* 1984; 58: 681-714.
 23. Gudé F, Freijoo N, Pérez-Leiros P, Soto-Jove A, Nercellas F, Fernández-Merino MC. Estudio de la demanda asistencial en el primer año de funcionamiento de un centro de salud. *Atenc Prim* 1990; 7: 76-77.
 24. Gervás JJ, García L, Pérez MM, Abraire V. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social. *Med Clín (Barc)* 1984; 82: 479-483.
 25. Beauregard S, Gilchrest BA. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol* 1987; 123: 1638-1643.
 26. Froom J. ICHPP-2: An improved classification system for family practice. *J Fam Pract* 1980; 10: 791-792.
 27. Branch WT Jr, Collins M, Wintroub BU. Dermatologic practice: implications for a primary care residency curriculum. *J Med Educ* 1983; 58: 136-142.
 28. Branch WT Jr, Wintroub BU. Dermatologic training for nondermatologists. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9: 281-282.
 29. Goslen JB, Kobayashi GS. Mycologic infections. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*, 3.^a ed. New York: Mc Graw-Hill Book Co, 1987: 2193-2248.
 30. Roberts SOB, Mackenzie DWR. Mycology. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FSG, Champion RM, Burton JL, editors. *Textbook of dermatology*, 4.^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986: 885-986.
 31. Harvey I, Shalom D, Marks RM, Frankel SJ. Non-melanome skin cancer: Distribution and natural course are still open questions. *Br Med J* 1989; 299: 1118-1120.
 32. Lee JAH. Melanoma and exposure to sunlight. *Epidemiol Rev* 1982; 4: 110-136.
 33. Lee JAM, Strickland D. Malignant melanoma: social status and outdoor work. *Br J Cancer* 1980; 41: 757-763.
 34. Mackie RM, Aitchison T. Severe sunburn and subsequent risk of primary cutaneous malignant melanoma in Scotland. *Br J Cancer* 1982; 46: 955-960.
 35. Abreu MA, Frieyro JE, Suárez E. Problemas dermatológicos en medicina de familia: análisis del modelo de interconsulta en 381 casos. *Med Clín (Barc)* 1988; 90: 639-643.