

# INFORME FINAL

## El Día del Lunar 2004

Dr. José G. Catacora C.<sup>1</sup>, Dr. César A. Gutiérrez V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Coordinador General de "El Día del Lunar 2004". Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

<sup>2</sup> Asesor Metodológico de "El Día del Lunar 2004". Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina UNMSM.

El domingo 1 de febrero de 2004 se realizó la décima Campaña de Educación, Detección y Prevención del Cáncer de Piel y Melanoma conocida como el "Día del Lunar", organizada por el Círculo Dermatológico del Perú (CIDERM PERÚ).

El comité organizador estuvo integrado además del suscrito por médicos dermatólogos del CIDERM PERÚ Dra. Rosa Inés Castro R., Dr. Rafael Gamarra y Dr. Carlos Montenegro. Se contó con la asesoría metodológica del Dr. César Gutiérrez, médico epidemiólogo y profesor de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Reconociendo la necesidad de efectuar algunos cambios en el desarrollo de la campaña respecto a años anteriores<sup>(1)</sup> y según las recomendaciones de la junta directiva, se trabajó para poner mayor énfasis en los aspectos educativos.

Con el objetivo principal de lograr la mejor educación posible al público acerca de la exposición solar y el reconocimiento de lesiones sospechosas de cáncer de piel, se elaboró un plan de trabajo detallado con los objetivos secundarios de estandarizar la información a brindar, facilitar la labor de los coordinadores de sede, reforzar el rol de dermatólogo como educador y mejorar la calidad de atención durante la campaña.

La estandarización de la educación se buscó principalmente a través de la capacitación del personal participante y la elaboración de material educativo uniforme. Las actividades de capacitación incluyeron un curso gratuito de diagnóstico y prevención del cáncer de piel y melanoma dirigido a dermatólogos y médicos residentes. También se realizó reuniones con los coordinadores de sede para explicar y discutir los cambios en el método de la campaña. Entre el material educativo empleado, se rediseñó los trípticos incluyendo nueva información con atención a la forma de presentar dicha información al público, evitando los extremos como el alarmismo o humorismo que pudieran distorsionar el mensaje, lo que ya ha sido reportado en otros lugares<sup>(2)</sup>. Se elaboró también material donde se resumía la información a ser explicada al público durante las charlas que se llevaron a cabo antes de la detección y fue entregado a todas las sedes.

Al priorizar la educación se anticipó un menor tiempo disponible para la realización de la detección de lesiones

sospechosas, por lo que se decidió organizar la atención a través de tickets y citas lo que lógicamente reduciría la cantidad de personas examinadas.

Se planteó también la necesidad de comenzar a conocer el impacto de la educación brindada para lo que se diseñó y entregó un cuestionario autoadministrado de los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas para ser resuelto antes de recibir las charlas educativas y la detección. También se consideró importante conocer la opinión del público acerca de la campaña a través de una encuesta de opinión.

Para cumplir satisfactoriamente estas tareas los locales debían reunir algunos requisitos de manera que las actividades se realizaron en hospitales, clínicas particulares y otros centros de atención médica.

Con estos cambios en perspectiva y con actividades nuevas se observó una respuesta entusiasta de los coordinadores de sede y del personal colaborador. La información de los resultados obtenidos se obtuvo de las fichas de atención de cada participante, de las hojas de registro de participantes, de los cuestionarios de conocimientos y actitudes y del informe resumen de los coordinadores de sede.

Los resultados reflejan parcialmente el trabajo desarrollado por todos ellos.

### RESULTADOS

En el "Día del Lunar" 2004 se atendió a 6,055 personas en 12 ciudades del Perú cuyas sedes nos hicieron llegar la información requerida.

Lima fue la ciudad con mayor número de sedes (31) seguida de Arequipa (4), Piura (2) y Huaraz (2). Las ciudades de Cusco, Chiclayo, Chimbote, Huacho, Huancayo, Ica, Puno y Trujillo contaron con una sede cada una. En Lima laboraron 104 dermatólogos y en las restantes ciudades 36 especialistas. Junto a ellos trabajaron médicos residentes y trabajadores de salud. No pudimos disponer de las fichas de atención u otra información de las sedes Centro de Salud

Tabla I. Relación de participantes por sede en el "Día del Lunar"

Distrito	Sede	Nº de participantes	Porcentaje
LIMA	Inst. Nacional de Salud del Niño	438	7.2
	Hosp. Nacional Arzobispo Loayza	293	4.8
	Policlínico Sagrado Corazón	239	3.9
	Hosp. Nac. Edgardo Rebagliati	212	3.5
	Clínica Tezza	198	3.3
	Clínica Vesalio	191	3.2
	Club Regatas	188	3.1
	Centro de Espec. Médicas	176	2.9
	Clínica Javier Prado	156	2.6
	Clínica Ricardo Palma	151	2.5
	Hosp. Nac. María Auxiliadora	151	2.5
	Clínica San Borja	142	2.3
	Hosp. Nacional Daniel A. Carrión	126	2.1
	Clínica San Miguel	115	1.9
	Clínica Los Andes	108	1.8
	Hospital Carlos Alcántara	106	1.8
	Clínica Angamos	99	1.6
	Asia	90	1.5
	Club Terrazas	88	1.5
	Gerencia Paul Harris	81	1.3
	Club Germania	74	1.2
	Hospital Nacional 2 de Mayo	72	1.2
	Club Náutico	72	1.2
	Las Lagunas	66	1.1
	CIDERM	53	0.9
	Totoritas	51	0.8
	Las Canarias	48	0.8
	Las Gramas	37	0.6
	Club Kortiki	36	0.6
	Asoc. La Barca - Los Pulpos	30	0.5
Tres Islas	28	0.5	
AREQUIPA	Hosp. Nacional Honorio Delgado	272	4.5
	Hospital Metropolitano	126	2.1
	Hospital Goyeneche	119	2.0
	Hospital EsSalud Yanahuara	115	1.9
CUSCO	Hosp. Nac. Sur-Este EsSalud	205	3.4
CHICLAYO	Hospital Las Mercedes	133	2.2
CHIMBOTE	Hospital Nacional EsSalud	134	2.2
HUACHO	Hospital Regional	58	1.0
HUANCAYO	Hospital Del Carmen	102	1.7
HUARAZ	Hosp. Víctor Ramos Guardia	66	1.1
	Centro de Salud Huarupampa	86	1.4
ICA	Hospital Regional	51	0.8
PIURA	Hospital Reátegui	78	2.9
	Hosp. Reg. Cayetano Heredia	88	1.5
PUNO	Hosp. Reg. Manuel Núñez Butrón	105	1.7
TRUJILLO	Hospital Regional Docente	302	5.0
TOTAL		6 055	100.0

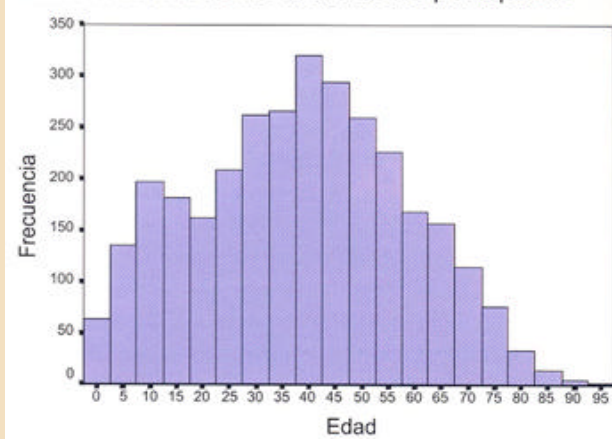
Zanacola (Arequipa), Hospital Almazor Aguinaga (Chiclayo) y Hospital Hermilio Valdizán (Huánuco). En la **tabla I** se detalla la información de los participantes por cada sede.

### Características generales de los participantes

#### Edad

La edad promedio de las personas atendidas fue de 38.5 años (desviación estándar de 19.8 años). La persona atendida con menor edad fue un niño de 1 mes, mientras que el de mayor edad fue una señora de 95 años. En el **gráfico 1** se presenta un histograma con la distribución de las edades.

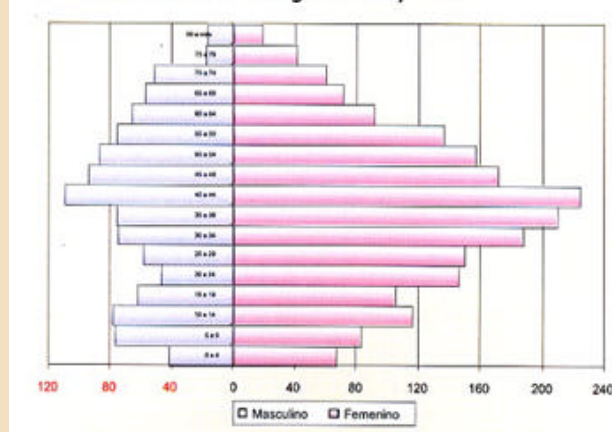
Gráfico 1. Distribución de la edad de los participantes



#### Sexo

El 65.1% de los participantes fue del sexo femenino, mientras que el 34.9% del sexo masculino. Esto se observa mejor en el **gráfico 2**, donde se compara en forma combinada la edad y sexo de la población atendida. Podemos ver que tanto en hombres como en mujeres el grupo de edad que acudió más fue entre los 40 a 44 años.

Gráfico 2. Distribución según edad y sexo



### Ocupación

El grupo ocupacional más frecuente entre las personas atendidas fue el profesional (28.8%), seguido de ama de casa (27.2%) y estudiante en tercer lugar (22%), sumando entre los tres grupos más del 76% del total. Los detalles se muestran en la **tabla II**.

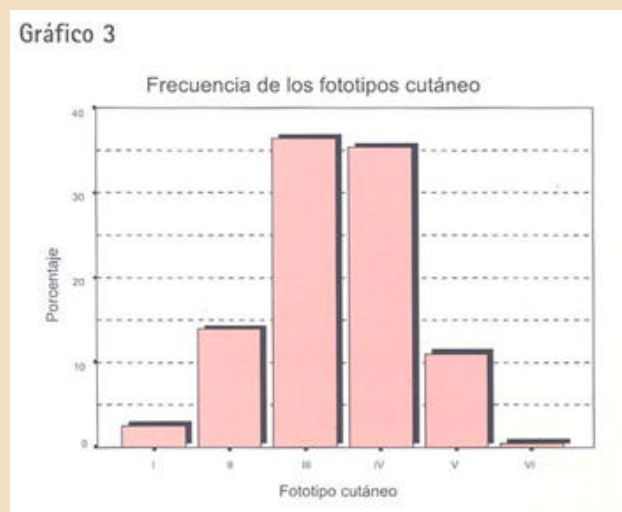
**Tabla II. Ocupación de los asistentes a la campaña.**

Ocupación	Porcentaje
Profesional	28.8
Ama de casa	27.2
Estudiante	22.0
Empleado	8.6
Independiente	7.1
Jubilado / Cesante	5.3
Agricultor - Campesino	0.5
Obrero	0.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

### Evaluación de características dermatológicas de los pacientes

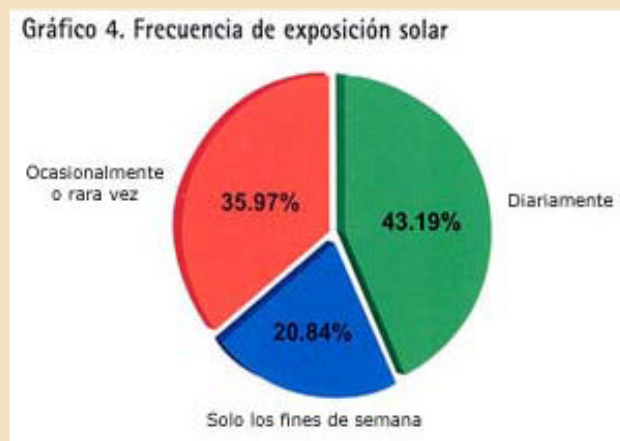
#### Fototipo cutáneo

El fototipo III fue el más frecuente (36.4%), seguido del fototipo IV (35.4%). Menos frecuentes fueron los fototipos II (14.0%), V (11.1%), I (2.6%) y VI (0.5%) como puede observarse en el **gráfico 3**.



### Frecuencia de exposición solar

Cerca del 43.2% de los participantes refirió una exposición solar ocasional, mientras que la tercera parte del total refirió que se exponía diariamente al sol; la quinta parte lo hace sólo los fines de semana. Esto se evidencia mejor en el **gráfico 4**.



### Antecedentes de cáncer de piel

El 1.7% de las personas refirió antecedentes personales de cáncer de piel, mientras que el 7.6% reportó el antecedente familiar de cáncer de piel.

### Uso de fotoprotectores

Sólo un poco más de la tercera parte de los participantes (36.9%) reportó el uso de fotoprotectores.

### Participación en campañas previas

El 39.3% de las personas participó en alguna campaña previa "El Día del Lunar".

### CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES CUTÁNEAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS

El 95.7% de las personas que acudió a la campaña presentaba algún tipo de lesión cutánea.

El promedio de lesiones presentadas por cada paciente fue de 3.5 y una mediana de 2; llegándose a examinar hasta 150 lesiones por paciente (niño de 3 años atendido en Arequipa - Hospital Honorio Delgado).

#### Ubicación de las lesiones

Las lesiones se ubicaron con mayor frecuencia en la cabeza (39.2%) y tórax (23.4%) seguidas de los miembros superiores (13.3%), cuello (11.8%), miembros inferiores (6.8%), abdomen (2.7%), región lumbar (1.7%), glútea (0.9%) y pélvica (0.3%). En la **tabla III** se muestra la ubicación de las lesiones examinadas.

**Tabla III. Ubicación de las lesiones examinadas**

Ubicación de la lesión	Porcentaje
Cabeza	39.2
Cuello	11.8
Miembros superiores	13.3
Miembros inferiores	6.8
Tórax	23.4
Región anterior	13.1
Región posterior	10.3
Abdomen anterior	2.7
Región lumbar	1.7
Región pélvica	0.3
Región glútea	0.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

#### Tipo de lesiones

Las lesiones examinadas fueron tumorales en el 92.3% y no tumorales en el 7.8%. De las lesiones tumorales la gran mayoría fue benigna (90.3%) y sólo 2% fue considerada maligna, éstas últimas se diagnosticaron como carcinoma basocelular (1%), melanoma (0.3%), carcinoma epidermoide (0.2%) y otras lesiones malignas (0.3%). Las lesiones benignas más frecuentes fueron los nevos melanocíticos (41.9%), queratosis seborreicas (12.7%), queratosis solares (9.2%) y los nevos melanocíticos congénitos (6.1%). Una amplia variedad de otras lesiones tumorales benignas constituyó el 20% del total de lesiones benignas. En la siguiente tabla se muestra la distribución porcentual según el tipo de las lesiones examinadas en su totalidad.

**Tabla IV. Tipo de lesión examinada**

Tipo de lesión	Porcentaje
<b>NEOPLASIAS BENIGNAS</b>	<b>90.3</b>
Nevus melanocíticos	41.9
Queratosis seborreica	12.7
Queratosis solares	9.2
Nevos melanocíticos congénitos	6.1
Otras lesiones benignas	20.4
<b>NEOPLASIAS MALIGNAS</b>	<b>2.0</b>
Carcinoma basocelular	1.0
Melanoma	0.3
Carcinoma espinocelular	0.2
Carcinoma epidermoide	0.1
Otras lesiones malignas	0.3
<b>LESIONES NO TUMORALES</b>	<b>7.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

#### Lesiones según ubicación

Agrupando el tipo de lesión examinada según su localización observamos que existe diferencia estadísticamente significativa en la distribución de las lesiones, siendo más frecuente la localización en cabeza de las tumoraciones malignas, la localización en cuello de las tumoraciones benignas, la localización en miembros superiores de las lesiones no tumorales. La ubicación en miembros inferiores es ligeramente menor en las tumoraciones benignas y en tórax en el caso de las lesiones no tumorales ( $p$  valor para Chi cuadrado  $< 0.001$ ). En la **tabla V** se presenta la distribución corporal de los tipos de lesión según localización.

**Tabla V. Tipo de lesión según su localización**

Ubicación de las lesiones	Tipo de lesión		
	Tumoración benigna	Tumoración maligna	Lesiones no tumorales
Cabeza	39.2%	45.2%	38.2%
Cuello	12.3%	3.5%	7.7%
Miembros superiores	12.4%	18.3%	22.6%
Miembros inferiores	6.5%	10.4%	9.4%
Tórax	23.7%	21.7%	20.6%
Abdomen	2.9%	—	0.9%
Región lumbar	1.8%	0.9%	0.4%
Región pélvica o glútea	1.3%	—	0.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

#### CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS SOBRE EL CÁNCER DE PIEL Y CUIDADO DE LA PIEL

Como ya ha sido mencionado, este año se puso énfasis en la educación en salud a los participantes de la campaña. Para medir el grado de conocimiento de los participantes se les entregó un cuestionario autoadministrado sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de piel y cuidado de la piel. Este cuestionario contenía preguntas básicas con respuestas pre-establecidas y los resultados se detallan a continuación.

¿La exposición al sol es un factor de desarrollo de cáncer de piel?

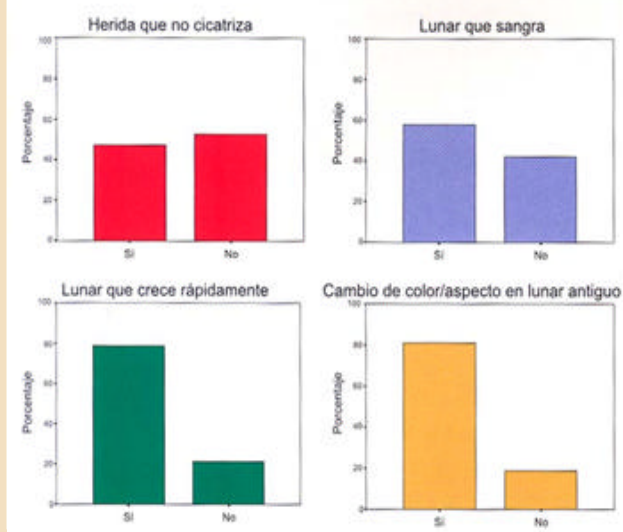
Ante la pregunta de los efectos nocivos o perjudiciales de la luz solar, el 98% de las personas reconoció el cáncer de piel como uno de ellos.

Formas en las que puede presentarse el cáncer de piel

Respecto a la pregunta acerca de las formas en que el cáncer de piel puede presentarse, el 81.1% indicó los cambios de color o aspecto en un lunar antiguo como una forma de

presentación de cáncer de piel o melanoma, el 78.7% como un lunar que crece rápidamente, el 57.7% como un lunar que sangra y el 47.3% de los asistentes a la campaña indicó que el cáncer de piel puede presentarse como una herida que no cicatriza (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Formas en las que los asistentes a la campaña reconocieron se puede presentar el cáncer de piel**



¿Con qué frecuencia usted se mira con cuidado la piel y los lunares?

Ante la pregunta de la frecuencia con que las personas se miraban detenidamente los lunares, 39% respondió que nunca lo había hecho, mientras que 25% refirió hacerlo una vez al mes. Nueve por ciento lo hacía cada 6 meses e igual proporción una vez al año. Un 18% no recordaba con qué frecuencia lo hacía.

¿Qué hace habitualmente cuando tiene que salir al aire libre en un día soleado?

Más de la mitad de los participantes respondió que al salir al aire libre en un día soleado busca la sombra, mientras que la cuarta parte refirió el uso de bloqueador solar, 13.7% lleva sombrero u otra prenda de protección. Sólo 3% evita salir en un día soleado y 4.8% no se siente afectado por el sol.

#### Medidas de prevención del cáncer de piel

El sondeo por separado del conocimiento de las medidas preventivas más importantes del cáncer de piel arrojó que el 85.7% consideró como tal el examinarse periódicamente la piel y los lunares, el 79.1% de los asistentes consideró que el evitar exponerse al sol es una forma de prevención del cáncer de piel, el 77.1% indicó el uso de bloqueadores solares y sólo el 27.5% el uso de ropa clara y de tejido apretado.

¿Está de acuerdo con evitar exponerse a la luz solar cuando el sol es más fuerte?

Ante la pregunta acerca de su aceptación de la recomendación de evitar la exposición solar en horas de máxima intensidad casi el 80% respondió estar de acuerdo totalmente y 15% aceptaba la recomendación mayormente o sea la mayor parte de veces, significando que sólo alrededor del 5% no estaría de acuerdo o sería indiferente a la recomendación de evitar la luz solar en horas de máxima radiación solar.

¿Estaría de acuerdo con aplicarse algo en la piel para protegerse del sol?

Investigando la aceptación de la recomendación de aplicarse en la piel un protector solar, 84% refirió estar de acuerdo en forma total y 12% de acuerdo mayormente. Así, sólo 4% no estaría de acuerdo con esta recomendación.

#### DISCUSIÓN

La luz solar posibilita la vida en nuestro planeta pero su exposición descuidada puede tener efectos nocivos sobre los seres humanos en especial sobre los órganos que reciben directamente la radiación como la piel y los ojos. En la piel las principales consecuencias son de tipo neoplásico tanto benigno como maligno y de tipo cosmético como el envejecimiento prematuro y cambios pigmentarios. Las consecuencias de la exposición solar resultan de la suma de factores internos o propios de cada persona como el fototipo de piel y la predisposición genética al cáncer, y de factores externos principalmente la cantidad y tipo de radiación recibida.

A nivel mundial se ha observado un aumento de la incidencia del cáncer de piel y melanoma en especial en países industrializados<sup>(4)</sup> y si bien no existen estadísticas definidas en nuestro medio, se tiene la impresión que esto también está sucediendo en el Perú. Al no poder todavía influir sobre los factores intrínsecos es lógico que los esfuerzos giren en reducir la exposición solar. Una forma de lograr ello es a través de educación y las actividades incluyendo campañas que tienen ese objetivo se realizan en todo el mundo<sup>(5-8)</sup>. Estas campañas son de distinta índole. Algunas son de difusión masiva a través de los medios de comunicación y otras son más restringidas según zonas geográficas o determinado grupo objetivo de edad o de ocupación. Otro tipo de campaña además de educación realiza detección o examen de las lesiones cutáneas. Algunas campañas se realizan en lugares fijos y otras son itinerantes con locales móviles de detección<sup>(9)</sup>. Algunas de ellas incluyen seguimiento para conocer qué proporción de personas siguió las recomendaciones tratando de medir el impacto en la salud de la población e incluso el costo de dicha intervención<sup>(10)</sup>. La campaña del CIDERM PERÚ realiza

educación y detección y existe la percepción que a lo largo del tiempo ha contribuido a que en nuestro país cada vez haya mayor conciencia de evitar la exposición al sol y de adoptar medidas de prevención.

Analizando los resultados del "Día del Lunar" 2004 vemos que en años anteriores la campaña se ha caracterizado por una mayor participación de Lima comparada con otras ciudades. Puede ser una opción estratégica prestar mayor atención a éste aspecto para brindar mayor cobertura a las ciudades del interior del Perú. Esto se facilitaría por una mayor presencia de dermatólogos en sitios donde antes no los hubo.

La cantidad de participantes se redujo de 10,754 en 2003 a 6,055 en el presente año, lo que estaba previsto que sucedería al priorizar la labor educativa sobre la detección y porque se fijó una cantidad de personas a ser atendidas en cada sede considerando la información a transmitir<sup>(11)</sup>.

La edad promedio de los participantes fue de 38.5 años y la pirámide de edad y sexo nos muestra que los adultos entre los 30 y 55 años de edad responden mejor presentándose a los lugares de atención. Uno de los aspectos interesantes de esta observación es que éste es precisamente el rango de edades en que se cría hijos mayormente y los padres son modelos y educadores de su descendencia, por lo tanto pueden ser un objetivo preferente de atención en sucesivas campañas a través de mensajes diferenciados hacia este grupo de edad. De otro lado, se observa una menor asistencia de los adolescentes a los lugares de campaña. Además de una insuficiente motivación, debe tenerse en cuenta que es conocida la resistencia de los adolescentes a cambiar sus actitudes hacia la exposición solar y este hecho constituye preocupación en lugares con sistemas de prevención más completos<sup>(12)</sup>.

La observación de una mayor asistencia de personas de sexo femenino que masculino puede tener varias explicaciones. En general en nuestra población las mujeres tienden acceder más a los mensajes en medios de difusión y a estar más pendientes de los temas de salud y por lo tanto acuden más a este tipo de actividades. Este es un hecho que se repite año tras año y se observa también en otros países.

En la campaña del Día del Lunar 2004 los grupos ocupacionales que más asistieron fueron el profesional, las amas de casa y los estudiantes, significando que son las personas que tuvieron mayor acceso a la invitación de asistir o también que tenían mayor interés debido a su grado de instrucción. En la campaña 2003 el grupo preponderante fue el de amas de casa y esta variación en la tendencia podría significar un cambio de actitud hacia el problema objetivo de la campaña pero debe ser confirmado en años posteriores.

El reconocimiento del fototipo cutáneo Fitzpatrick según la facilidad para el desarrollo de eritema ante la primera exposición solar es un indicador más apropiado del riesgo de desarrollo de melanoma y cáncer de piel que el color de la piel en sí. Este es un dato que por definición lo

obtiene el investigador durante la entrevista con las personas o pacientes y no a través de la observación del color de la piel. En esta campaña más del 70% de los participantes tenían los fototipos III y IV. Resulta algo preocupante que el 14% tenga fototipo II (se quema fácilmente y se broncea escasamente) resultando un grupo de riesgo. Es posible que la gente con piel más sensible al sol responda más ante la convocatoria a campañas como ésta. Similares datos se obtuvo en la campaña del año 2003. Conviene resaltar que el conocimiento del fototipo es de utilidad no sólo para el médico sino también y en forma especial para la persona o paciente ya que deberá adoptar medidas de protección acorde con el grado de sensibilidad solar.

Los resultados de la encuesta de frecuencia de exposición solar indican que la mayor parte de los participantes se expone diariamente a la luz solar. Es diferente una exposición de tipo ocupacional que de tipo recreativo o deportivo ya que las medidas de intervención serían diferentes. La exposición ocupacional a la radiación solar y el desarrollo de cáncer de piel ocupacional es un problema conocido en otros lugares pero que aún no recibe atención en nuestro país y es responsabilidad de la comunidad médica alertar sobre este problema y de los empleadores adoptar prácticas preventivas. Se presenta la oportunidad de realizar estudios más detalladas sobre este tema.

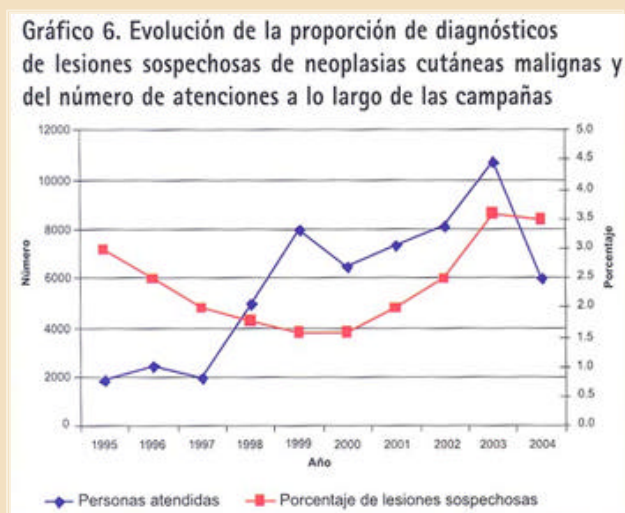
Encontramos que el uso de fotoprotectores o bloqueadores solares se incrementó de 24% en 2003 a 36.9%. Este aspecto requiere especial cuidado porque existe riesgo que las personas aumenten su exposición solar al usar fotoprotectores y no usen otras medidas de protección más importantes como precisamente evitar exponerse en las horas de mayor radiación o usar ropa adecuada.

Resulta de otro lado interesante el antecedente personal de cáncer de piel previo en el 1.7% de los asistentes y del 7% entre sus familiares, lo que significa que existe una mayor toma de conocimiento de los riesgos de la exposición solar descuidada entre aquellas personas que presentan un riesgo aumentado, lo que se refleja también en la alta tasa de participación previa en campañas del Día del Lunar.

Respecto a las características de las lesiones examinadas, se puede ver que el público ya tiene conocimiento claro del objetivo de la campaña y acude para educación y detección de lesiones tumorales y no para otros problemas. El hecho que se examinen varias lesiones en promedio por participante debe tomarse en cuenta siempre al registrar todos los diagnósticos de las lesiones examinadas. Estas lesiones examinadas se ubicaron más frecuentemente en cabeza, tórax, miembros superiores y cuello que en otras zonas de acceso menos fácil como miembros inferiores o abdomen. Siempre es recomendable indicar si se practicó examen completo de piel.

El tipo de lesiones examinada fue de tipo tumoral benigno en más del 90% del total siendo los nevos melanocíticos de lejos los más frecuentes. Sólo el 3.5% de

participantes tuvo lesiones diagnosticadas clínicamente como malignas, hallazgo similar a la campaña 2003. En el gráfico 6 se puede ver la evolución de la proporción de diagnósticos de lesiones malignas a lo largo de las campañas del Día del Lunar entre los participantes.



De las lesiones examinadas este año el 0.3% fueron consideradas melanoma. En este sentido resulta interesante recordar reportes previos que muestran que el valor predictivo del diagnóstico visual de melanoma es bajo, incluso por dermatólogos experimentados. La incorporación de técnicas auxiliares de diagnóstico como la demoscopía o dermatoscopia puede ser de mucha utilidad<sup>(13)</sup> ya que en las campañas puede tenderse a sobre-diagnosticarse cáncer o melanoma con un incremento de demanda por excisión de lesiones benignas y el aumento de los costos de salud en general<sup>(14)</sup>. De otro lado, el riesgo de no diagnosticar una lesión maligna siempre está presente en nuestra práctica profesional. A pesar esta preocupación por posibles subdiagnósticos algunas experiencias previas indican que las campañas de detección precoz no afectarían la tasa de mortalidad por melanoma siendo ésta una de las razones para dedicar mayores esfuerzos en la labor educativa<sup>(15)</sup>. El CIDERM PERÚ ha venido organizando cursos para mejorar la aptitud diagnóstica del cáncer de piel y melanoma incluyendo un curso de demoscopía inmediatamente previo a la fecha de detección. Consideramos que éstas actividades deben repetirse dentro de la capacitación antes de la campaña, en especial para los médicos con menor experiencia y debe extenderse también a las ciudades del interior del país.

Un aspecto de importancia en todas las intervenciones sanitarias es la medición de su impacto en la salud o calidad de vida y los cuestionarios de

conocimientos, actitudes y prácticas son herramientas usadas con frecuencia incluso en niños pequeños para medir dicho impacto<sup>(16)</sup> y este año se han empleado por primera vez en nuestra campaña. El cuestionario empleado fue diseñado por el coordinador general con el asesor metodológico. Los resultados muestran un conocimiento adecuado de los participantes de muchos aspectos de cuidado y prevención incluyendo el reconocimiento de signos precoces de presentación de cáncer de piel. La segunda evaluación programada dos meses después de la campaña no pudo realizarse al no haberse reunido la información necesaria. Constituye una tarea pendiente evaluar el impacto con sucesivos cuestionarios bajo el mismo método autoadministrado o modificando el método y cuestionario empleado. Resulta además claro que el efecto de las campañas de difusión, inclusive las de difusión masiva, puede ser efímero necesitándose estrategias complementarias para mejorar los resultados<sup>(17)</sup>.

Finalmente las actividades de prevención primaria deben ser individualizadas de acuerdo al tipo de población objetivo con información fehaciente acerca del tipo y grado de exposición solar, el fototipo cutáneo y la aceptación de las recomendaciones para el cuidado de la exposición a la radiación solar<sup>(18)</sup>. En este sentido "El Día del Lunar" está contribuyendo al mejoramiento de la prevención de los efectos nocivos de la luz solar.

## CONCLUSIONES

- 1 Se introdujeron los cambios recomendados por la junta directiva del CIDERM PERÚ para enfatizar los aspectos educativos en la campaña.
- 2 Estos cambios y actividades nuevas se cumplieron en la mayor parte de sedes.
- 3 El número de participantes se redujo respecto a 2003 en un 40% al modificarse la administración de la atención.
- 4 Las variables demográficas de los participantes se mantuvieron respecto a años anteriores excepto que fue mayor la asistencia de profesionales.
- 5 La prevalencia de lesiones malignas sospechosas en piel se mantuvo sin variación respecto al año anterior.
- 6 Los participantes demostraron un importante conocimiento de los efectos nocivos de piel, de las medidas de protección solar y de reconocimiento de signos de sospecha de malignidad en sus lunares. El aparente aumento del uso de bloqueadores solares puede llevar a descuidar otras medidas de protección más importantes si no se informa adecuadamente.
- 7 El "Día del Lunar" debe idealmente ser complementado con estrategias permanentes de educación y prevención, y tratar de medir su impacto en la salud de la población.

## Agradecimientos

El Círculo Dermatológico del Perú y el Comité organizador del "Día del Lunar" 2004 agradecen a todas las personas que colaboraron para su realización. En forma especial queremos agradecer y felicitar a los coordinadores de sede en quienes recayó la mayor responsabilidad ya que sin su entusiasmo y comprensión hacia los cambios introducidos respecto a campañas anteriores éstos no se hubieran podido llevar a cabo. También agradecemos a todos los médicos dermatólogos que en forma desinteresada año tras año donan un día de trabajo, a los médicos residentes de la especialidad que trabajan y aprenden durante la campaña, y a todos los trabajadores de salud y personal de los distintos establecimientos de salud además de las personas que en distinta forma colaboraron con nuestra

campaña. La labor de nuestra secretaria señora Roxana Infante fue indispensable para su realización.

Debemos agradecer a todas las instituciones y autoridades del Ministerio de Salud, Seguro Social del Perú, Clínicas y establecimientos privados de salud, municipalidades y también entidades privadas que brindaron sus locales y nos dieron las facilidades necesarias.

La difusión es siempre importante y damos las gracias a los medios de comunicación masiva que permitieron hacer llegar nuestro mensaje.

En forma especial debemos agradecer a la industria farmacéutica nacional por su identificación con nuestros objetivos y patrocinio incondicional.

**Este año colaboraron con el "Día del Lunar" 2004 los laboratorios: BETERSDORF, BIODERMA, ISDIN, NEUTROGENA, ROEMMERS y STIEFEL.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTRO EG, HERRERA E, GAMARRA R. Informe Final Día del Lunar 2003. *Folia Dermatol* 2003; 14(2):53-61.
2. RICHARD MA, MARTIN S, GOVERNENT J, FOLCHETTI G, BONERANDI JJ, GROB JJ. Humour and alarmism in melanoma prevention: a randomized controlled study of three types of information leaflet. *Br J Dermatol*. 1999;140(5):909-14.
3. GOECKLER-RIES I, HANKEY B. *Cancer Statistics Review 1973-1988*. Bethesda, Md:National Cancer Institute; 1991. NIH publication 91-2789.
4. VAN DER RHEE HJ, VAN DER SPEK-KEIJSER LM, VAN WESTERING R, COEBERGH JW. Increase in and stabilization of incidence and mortality of primary cutaneous malignant melanoma in Western Netherlands, 1980-95. *Br J Dermatol*. 1999 Mar;140(3):463-7.
5. CARLI P, DE GIORGI V, GIANNOTTI B, SEIDENARI S, PELLACANI G, PERIS K, PICCOLO D, RUBIGNI P, ANDREASSI L. Skin cancer day in Italy: method of referral to open access clinics and tumor prevalence in the examined population. *Eur J Dermatol*. 2003 Jan-Feb;13(1):76-9.
6. HEINZERLING LM, DUMMER R, PANIZZON RG, BLOCH PH, BARBEZAT R, BURG G. Task force 'swiss cancer' of the swiss cancer league. Prevention campaign against skin cancer. *Dermatology*. 2002;205(3):229-33.
7. ROSSI CR, VECCHIATO A, BEZZE G, MASTRANGELO G, MONTESCO MC, MOCELLIN S y col. Early detection of melanoma: an educational campaign in Padova, Italy. *Melanoma Res*. 2000 Apr;10(2):181-7.
8. DE ROOIJ MJ, RAMPEN FH, SCHOUTEN LJ, NEUMANN HA. Volunteer melanoma screenings. Follow-up, compliance, and outcome. *Dermatol Surg*. 1997 Mar;23(3):197-201.
9. BULLIARD JL, LEVI F, PANIZZON RG. The 2003 «Solmobile» prevention campaign for skin cancers of the Swiss League against Cancer: results and stakes. *Rev Med Suisse Romande*. 2004 Apr;124(4):237-40.
10. GARATTINI L, CAINELLI T, TRIBBIA G, SCOPELLITI D. Economic evaluation of an educational campaign for early diagnosis of cutaneous melanoma. *Pharmacoeconomics*. 1996 Feb;9(2):146-55.
11. RHODES AR. Public education and cancer of the skin. What do people need to know about melanoma and nonmelanoma skin cancer? *Cancer*. 1995 Jan 15;75(2 Suppl):613-36. Review.
12. BUENDIA-EISMAN A, FERICHE FERNANDEZ-C E, SERRANO CRUEGA S. Awareness, attitudes and behaviour of teenagers to sunlight. *Eur J Dermatol*. 1999 Apr-May;9(3):207-10.
13. CARLI P, MANNONE F, DE GIORGI V, NARDINI P, CHIARUGI A, GIANNOTTI B. The problem of false-positive diagnosis in melanoma screening: the impact of dermoscopy.
14. DEL MAR CB, GREEN AC, BATTISTUTTA D. Do public media campaigns designed to increase skin cancer awareness result in increased skin excision rates? *Aust N Z J Public Health*. 1997 Dec;21(7):751-4.
15. MELIA J, MOSS S, COLEMAN D, FROST T, GRAHAM-BROWN R, HUNTER JAY col. The relation between mortality from malignant melanoma and early detection in the Cancer Research Campaign Mole Watcher Study. *Br J Cancer*. 2001 Sep 14;85(6):803-7.
16. BASTUJI-GARIN S, GROB JJ, GROGNARD C, GROSJEAN F, GUILLAUME JC. Melanoma prevention: evaluation of a health education campaign for primary schools. *Arch Dermatol*. 1999 Aug;135(8):936-40.
17. SMITH BJ, FERGUSON C, MCKENZIE J, BAUMAN A, VITA P. Impacts from repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Health Promot Int*. 2002 Mar;17(1):51-60.
18. MELIA J, PINDRY L, EISEN JR, HARLAND C, MOSS S. Evaluation of primary prevention initiatives for skin cancer: a review from a UK perspective. *Br J Dermatol*. 2000 Oct;143(4):701-8.