

ARTÍCULOS ORIGINALES

Referencia dermatológica en un Hospital Nacional

Dermatological referral in a National Hospital

Juan Cavero¹, Víctor Delgado²

RESUMEN

El presente estudio buscó determinar el patrón de referencia de un servicio de dermatología, contribuyendo a definir las necesidades del mismo. En una muestra de 100 casos, se determinaron las características de los pacientes referidos al servicio de dermatología de un hospital nacional. En su mayoría correspondieron a pacientes entre 20 y 60 años. Se observó un mayor número de trabajadores activos entre los varones, y de amas de casa entre las mujeres. Los tipos de patología predominantes variaron según el sexo (eritemato-escamosas en varones, inflamatorias y reaccionales en mujeres) y la edad (inflamatorias y reaccionales en menores de 20 años, eritemato-escamosas entre 20 y 60 años, y neoplasias malignas en mayores de 60 años). Las tres entidades principales fueron: psoriasis, queratosis seborreica y vitiligo, sumando 31% del total. Se concluye en la necesidad de optimizar recursos diagnósticos y terapéuticos para las entidades más frecuentemente referidas.

Palabras clave: Referencia dermatológica, Patrón de referencia, Dermatitis.

SUMMARY

The present study intends to determine the reference standards of a Dermatology department, helping to define its requirements. In a sample of 100 cases, we identified the characteristics of patients referred to a Dermatology department of a national hospital. The predominant age corresponded to patients between 20 and 60 years. It was noted a predominance of active workers among males and of housewives among women. The predominant pathology rates differ by sex (erythematous-squamous in males, inflammatory and reactive in women) and age (inflammatory and reactive under 20 years, erythematous-squamous between 20 and 60 years, and malignancies in patients older than 60). The three principal pathologies were: psoriasis, seborrheic keratoses and vitiligo, adding together 31%. We concluded that there is a need to optimize diagnostic and therapeutic resources for the most frequently referred pathologies.

Keywords: Dermatological Referral, Referral Pattern, Dermatoses.

INTRODUCCIÓN

El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) es uno de los principales sistemas de salud existentes a nivel nacional. La atención de los pacientes se brinda en una red de establecimientos, que van de menor a mayor complejidad. Estos últimos son los hospitales nacionales, que se constituyen así en centros de referencia para las diversas especialidades. Tal es el caso del servicio de dermatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). El objetivo del presente trabajo fue determinar las características de los pacientes y las patologías dermatológicas que son referidas al mencionado servicio. Esta información es necesaria para

establecer los requerimientos materiales y de capacitación del servicio, así como para planificar sus acciones futuras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las características clínico-epidemiológicas de los pacientes referidos al servicio de dermatología del HNGAI, desde los diferentes establecimientos de EsSalud.

Para tener una muestra representativa se recopilaron las historias clínicas de los 100 primeros pacientes atendidos por el primer autor, referidos por primera vez al HNGAI, entre

¹ Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima-Perú.

² Médico asistente del Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima-Perú.

febrero del 2005 y enero del 2007. Para minimizar sesgos en la selección de pacientes, se excluyeron a los pacientes vistos previamente en otros servicios del HNGAI, a pacientes referidos por el servicio de emergencia, y a pacientes trabajadores de EsSalud y sus familiares.

Se recopilaban los siguientes datos en cada paciente: fecha de atención, edad, sexo, ocupación, procedencia, diagnósticos presuntivo y definitivo, resultados de biopsia y examen microbiológico (en los casos pertinentes) y condiciones asociadas. Para los cálculos matemáticos y elaboración de los gráficos, se utilizó el programa MS Excel 2003.

RESULTADOS

De los 100 pacientes observados el 56% eran de sexo masculino. El promedio de edad en hombres fue de 39.7 ± 25.1 años y en mujeres de 46.7 ± 24.9 años. En el **Gráfico 1** observamos la distribución de los pacientes atendidos según sexo y edad.

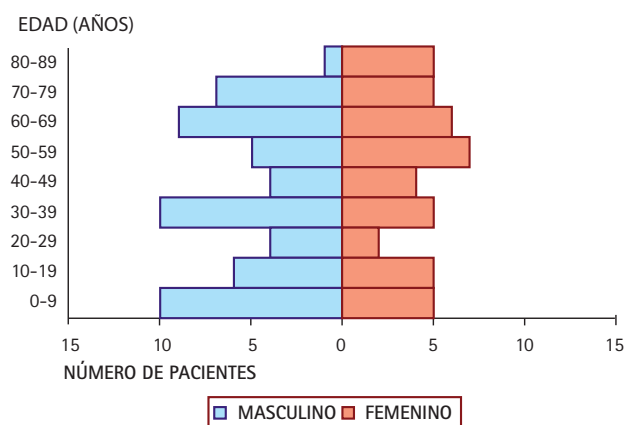


Gráfico 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad, atendidos en el servicio de dermatología, HNGAI.

Las ocupaciones predominantes eran diferentes según el sexo de los pacientes. Entre los varones, los jubilados eran 25% y los estudiantes 19.6%, mientras que los trabajadores activos sumaban en conjunto un 40.1%. Entre las mujeres, la mayoría eran amas de casa (47.7%) y estudiantes (20.5%).

El 76% de los pacientes provenían de Lima Metropolitana, en su mayoría de los conos norte y este de la ciudad (52%) y del Cercado y zonas aledañas (24%). En provincias, la mitad de los pacientes referidos procedían de Huánuco (12%).

Agrupamos las patologías diagnosticadas, estando a la cabeza las enfermedades inflamatorias y reaccionales con 18 casos, y entre ellas la más frecuente fue la dermatitis atópica (seis casos). El siguiente grupo en frecuencia fue el de las neoplasias benignas (16 casos) con la queratosis

seborreica en primer lugar (nueve casos). Las enfermedades eritemato-escamosas se diagnosticaron en 15 pacientes, correspondiendo 13 de ellos a psoriasis en todas sus formas. Se diagnosticó neoplasia maligna en diez pacientes, siendo la más frecuente el carcinoma basocelular con cuatro casos, seguido de carcinoma escamocelular con tres. El grupo de enfermedades infecciosas representó nueve casos, repartidos entre dermatofitosis (ungueal, corporal y pedia) con cuatro casos, y verrugas (planas y vulgares) con cinco. Las afecciones pigmentarias se observaron en nueve pacientes, todos con vitiligo. Siete pacientes presentaron patología anexial y cuatro psico-cutáneas, mientras que las vasculares, genodermatosis, ampollares y colagenopatías se presentaron en tres casos cada una.

Se observaron diferencias en el tipo de patología diagnosticada, cuando se consideraba el sexo del paciente. En varones predominaban las dermatosis eritemato-escamosas (19.6%), las inflamatorias y reaccionales (16%), las neoplasias benignas (12.5%) y las pigmentarias (12.5%). Por otro lado, en mujeres la mayor parte de casos correspondieron a dermatosis inflamatorias y reaccionales, y a neoplasias benignas, ambas con 20.4%, seguidas de las neoplasias malignas (mayormente carcinomas) con 11.3%. De manera individual las tres patologías más frecuentes fueron: psoriasis, en todas sus formas, con 13% y queratosis seborreica y vitiligo, con 9% cada una.

Las diferencias más marcadas en cuanto al tipo de patología encontrada se dieron al tomar en cuenta la edad de los pacientes. En menores de 20 años predominaban las dermatosis inflamatorias y reaccionales (principalmente dermatitis atópica) y las infecciosas, con 26.9% y 19.2% respectivamente; por otro lado en los pacientes entre 20 y 60 años (laboralmente activos) predominaron las dermatosis eritemato-escamosas (psoriasis mayoritariamente) y las neoplasias benignas, con 22.2% y 15.5% respectivamente; finalmente, en los pacientes mayores de 60 años predominaron las neoplasias malignas (carcinomas baso y escamocelulares) y benignas (queratosis seborreicas) con 27.6% y 24.1%, respectivamente (**Tabla 1**).

DISCUSIÓN

El HNGAI, si bien uno de los más importantes, no es el único centro de referencia dermatológica ni en el Perú, ni dentro de EsSalud. La estructura centralista que siempre ha prevalecido durante la República, ha hecho que hospitales importantes del Ministerio de Salud, por ejemplo el Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN) o el Hospital Dos de Mayo, o de las Fuerzas Armadas, sean centros de referencia nacional de determinadas especialidades médicas, entre ellas dermatología. En un ámbito menor, limitado a la

Tabla I. Distribución de patologías según edad.

Grupos de enfermedades	Grupos etarios						Total	%
	<20 años	%	20-60 años	%	>60 años	%		
Inflamatorias-reaccionales	7	26.9	5	11.1	6	20.7	18	18.0
Neoplasias benignas	2	7.7	7	15.6	7	24.1	16	16.0
Eritémato-escamosas	1	3.9	10	22.2	4	13.8	15	15.0
Neoplasias malignas	0	0	2	4.4	8	27.6	10	10.0
Infeciosas	5	19.2	3	6.7	1	3.4	9	9.0
Pigmentarias (vitiligo)	3	11.5	5	11.1	1	3.4	9	9.0
Anexiales	3	11.5	4	8.9	0	0	7	7.0
Psico-cutáneas	0	0	4	8.9	0	0	4	4.0
Ampollares (pénfigos)	0	0	3	6.7	0	0	3	3.0
Colagenopatías	1	3.9	1	2.2	1	3.4	3	3.0
Genodermatosis	2	7.7	1	2.2	0	0	3	3.0
Vasculares	2	7.7	0	0	1	3.4	3	3.0
Total	26	100	45	100	29	100	100	100

región de Lima Metropolitana, y algunas otras, el servicio de dermatología del HNGAI atiende referencias que, de alguna manera, reflejan el tipo de patología dermatológica cuya evaluación y/o manejo requiere atención especializada. La evaluación periódica de aquélla nos indicará tendencias en las enfermedades a tratar y, lo más importante, configurar las necesidades de capacitación y equipamiento del servicio.

Observamos un predominio de pacientes referidos de sexo masculino en una proporción de 56 a 44%, proporción muy similar a la referida al total de pacientes del HNGAI durante el año 2008 (58.5 a 41.5%), según datos proporcionados por la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Almenara.

Con respecto a la distribución por edad podemos decir que el grupo de la tercera edad (mayores de 60 años) comprende un tercio de los pacientes estudiados, y aquellos entre 20 y 60 años, un 41%. Se aprecia un sector importante de pacientes adultos mayores, principalmente jubilados, como se ve en la distribución por ocupación, revelando una tendencia propia del sector social que accede a EsSalud, correspondiente a un sector formalizado de la economía.

Al comparar esta distribución por edad con la total de pacientes que acuden al HNGAI, se aprecian las mayores diferencias con la población general, en los menores de 20 años y en los mayores de 60 años. Los primeros representan algo más del 39% de la población general, mientras que en la muestra fueron 26%; y los segundos representan sólo poco más del 9% de la población general, mientras que en la muestra eran 33%¹. El grupo de menores de 20 años corresponde a hijos de asegurados, que se incorporaron por ley al sistema de seguridad social a partir de la década de los 80.

También es de resaltar el predominio alcanzado por grupos de pacientes no laboralmente activos, alrededor del

60% en varones (jubilados, estudiantes y sin ocupación) y casi 70% en mujeres (amas de casa y estudiantes). El sector de estudiantes se mantiene en general, y en ambos sexos, en un porcentaje cercano al 20%. De las ocupaciones en los referidos laboralmente activos sólo destaca la de docente, entre las mujeres, con 11.4%.

Con referencia al lugar de procedencia de los pacientes, en Lima Metropolitana, aproximadamente el 33% procedían de los conos norte y este, y 41% de los distritos geográficamente aledaños al hospital, igualmente a nivel de provincias casi dos tercios de los pacientes referidos provienen de la región central, colindante con Lima; este fenómeno sólo refleja la ubicación geográfica del hospital y su ámbito de influencia determinado por la autoridad de EsSalud.

Los tres primeros grupos de enfermedades: inflamatorias y reaccionales (principalmente dermatitis atópica), neoplasias benignas (en su mayoría queratosis seborreicas y nevus melanocíticos) y eritémato-escamosas (psoriasis), abarcan un 49% de todas las referencias. Si sumamos las neoplasias malignas tenemos un 59%. Entre las enfermedades reaccionales y las eritémato-escamosas los motivos para la referencia son, por un lado aclarar el diagnóstico y, por el otro, el manejo de la entidad, sobre todo en los casos de dermatitis atópica y de psoriasis, que requieren una atención repetitiva de la especialidad. Los casos referidos mayormente eran de pacientes que no respondían a la terapia habitual en base a esteroides tópicos, manejo de primera línea en este tipo de entidades. En cuanto a las neoplasias, sean benignas o malignas, el motivo fundamental para la referencia fue el diagnóstico y la biopsia cutánea. Prácticamente la totalidad de los pacientes con queratosis seborreica fueron remitidos para descartar melanoma, reflejando la sospecha, entre los médicos no especialistas, de malignidad en el caso de lesiones

pigmentadas de aparición en la vida adulta, fenómeno también observado en un estudio realizado en Europa². Los pacientes con entidades infecciosas, repartidos casi por igual entre dermatofitosis y verrugas, tenían como motivo de referencia el tratamiento especializado. Un rubro muy importante (9% del total) es el de las afecciones pigmentarias, donde todas las referencias correspondían a vitiligo, entidad de manejo difícil y que representa uno de los grandes desafíos de la especialidad.

Un comentario aparte merecen las tres entidades más frecuentemente referidas: psoriasis (13%), vitiligo (9%) y queratosis seborreica (9%). Los casos de psoriasis fueron referidos para tratamiento, debido a la extensión y/o severidad de las lesiones; esto evidencia la necesidad de contar con equipo de fototerapia en el servicio, puesto que esta modalidad de tratamiento es considerada de primera línea en casos extensos de dicha patología³, e incluso se señala que, bajo modalidad de terapia Goeckerman, es superior, en términos costo-beneficio, a los medicamentos biológicos, en psoriasis moderada y severa⁴. No se encontró asociación de psoriasis con diabetes mellitus en este grupo de pacientes y sólo hubo un caso de artropatía. Respecto al vitiligo, los casos fueron referidos fundamentalmente para tratamiento y para investigar asociaciones a otras enfermedades; nuevamente, en esta patología también se evidenció la necesidad de fototerapia⁵, así como de terapias tópicas no esteroides (inhibidores de calcineurina), que aún no se disponen con prontitud en el servicio. En cuatro de los nueve casos de vitiligo se encontró asociación a dislipidemia, no habiéndose registrado otra asociación clínicamente importante. Los pacientes con queratosis seborreicas referidos, como se ha mencionado anteriormente, para descartar malignidad, evidenciaban otra necesidad en el servicio, la de contar con dermatoscopios y el entrenamiento respectivo para su uso, con lo que se facilita el proceso diagnóstico (el servicio de dermatología cuenta con un solo equipo, de donación); en cuanto al tratamiento de esta entidad, el uso de crioterapia con nitrógeno líquido (equipo actualmente no operativo) es considerado de primera línea⁶, seguro y sin mayores molestias para el paciente.

En la distribución de enfermedades por edad se han considerado tres grupos: los menores de 20 años, mayoritariamente asegurados dependientes; los pacientes entre 20 y 60 años de edad, laboralmente activos y en su mayoría asegurados titulares; y los mayores de 60 años, en la tercera edad, fundamentalmente jubilados. El predominio de enfermedades inflamatorias y reaccionales (mayoritariamente dermatitis) en el grupo de menores de 20 años no se aprecia en series de casos con características similares en otros ámbitos; una serie reportada en India⁷ reconoce este tipo de dermatosis en cerca del 17.2% de pacientes, con un predominio de las dermatosis infecciosas con 54.5% (segundo lugar en nuestra serie, con 19.2%).

En nuestro medio, Ballona⁸ reportó en una serie del IESN, un predominio de 56.1% sumadas todas las dermatosis infecciosas, como motivo de hospitalización, mientras que las causas inflamatorias y reaccionales sumaban alrededor del 17%. En ambos trabajos, la clasificación de enfermedades era distinta a la nuestra, pero es posible sumar los casos para adaptarlos a nuestra categorización.

En el grupo de pacientes entre 20 y 60 años de edad, laboralmente activos, predominan las enfermedades eritemato-escamosas (en su mayoría psoriasis), las neoplasias benignas (nevus melanocíticos y queratosis seborreicas, remitidas para descartar malignidad), las dermatosis inflamatorias y reaccionales (una variada gama de entidades, ninguna predominante) y las pigmentarias (vitiligo en su totalidad). En resumen, en este grupo, son mayoritarias psoriasis y neoplasias benignas. El predominio de psoriasis, como motivo de referencia es notorio en países desarrollados, donde alcanza el primer o segundo lugar⁹, mientras ocupa un lugar muy secundario en países en desarrollo¹⁰⁻¹². Las neoplasias benignas no ocupan un lugar prominente en los patrones de referencia dermatológicos reportados^{2,10,11}; el fenómeno puede deberse a que estos pacientes son manejados en niveles primarios de atención, en el caso de países con alta advertencia entre su población, acerca de la posibilidad de aparición de neoplasias cuya naturaleza requiere ser aclarada (países desarrollados); de otro lado, puede existir el fenómeno inverso o una real baja prevalencia, en países en desarrollo.

Entre los pacientes mayores de 60 años, fueron más frecuentes, como motivo de referencia, las neoplasias malignas (casi por entero carcinomas), neoplasias benignas (queratosis seborreicas, referidas con la sospecha de melanoma) y las dermatosis inflamatorias y reaccionales. Como es de esperar, entre personas de tercera edad, el predominio es notorio en las entidades neoplásicas. Las neoplasias benignas y las malignas suman más del 51% en este grupo de pacientes. Considerando el peso de esta población entre los asegurados, es evidente la necesidad de contar con todos los medios dirigidos al diagnóstico de neoplasias cutáneas (dermatoscopia, histopatología e inmunohistoquímica para tipificación celular en la biopsia). Otra necesidad a cubrir es la de instrumentos terapéuticos: crioterapia, modificadores de la respuesta inmune (imiquimod) y, en perspectiva, el entrenamiento para cirugía micrográfica.

Existe la impresión entre los dermatólogos que hay un aumento notorio de las entidades neoplásicas cutáneas en las últimas décadas, pero no existen reportes documentados, en nuestro medio, que confirmen esta tendencia. Serán necesarios estudios periódicos, tanto en EsSalud como en los otros sistemas de salud coexistentes en nuestro medio, para cumplir los objetivos delineados al inicio de esta discusión.

CONCLUSIONES

- Hay una mayoría de referencias que corresponden a pacientes en edad laboral activa y un número importante de pacientes de tercera edad.
- Consideradas individualmente, las cinco entidades más frecuentemente encontradas entre las referencias corresponden, en orden decreciente, a: psoriasis, queratosis seborreica, vitiligo, dermatitis atópica y carcinoma (baso y escamocelular).
- Las dermatosis sensibles a fototerapia (psoriasis, vitiligo y linfoma cutáneo) suman casi una cuarta parte de los pacientes referidos. Es justificada, por tanto, la necesidad de equipamiento del servicio con esta modalidad terapéutica.
- Las neoplasias benignas y malignas, diagnosticadas entre las referencias, suman algo más de una cuarta parte del total de pacientes. Esto señala la necesidad de contar con instrumentos diagnósticos y terapéuticos que optimicen la atención de este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. 2ª ed. Lima; 2008. p. 39.
2. KIELBERG LARSEN H, SAND C. Referral pattern of skin diseases in an acute outpatient dermatological clinic in Copenhagen. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(6):509-11.
3. LEBWOHL MG. Psoriasis. En: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson J. *Treatment of Skin Disease*. 2ª ed. Londres: Mosby; 2003. p. 533-43.
4. DE MIGUEL R, EL-AZHARY R. Efficacy, safety, and cost of Goeckerman therapy compared with biologics in the treatment of moderate to severe psoriasis. *Int J Dermatol*. 2009;48(6):653-8.
5. KAZLOW D, SPENCER JM. Vitiligo. En: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson J. *Treatment of Skin Disease*. 2ª ed. Londres: Mosby; 2003. p. 653-7.
6. MOTLEY RJ. Seborrheic keratosis. En: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson J. *Treatment of Skin Disease*. 2ª ed. Londres: Mosby; 2003. p. 585-6.
7. KARTHIKEYAN K, THAPPA DM, JEEVANKUMAR B. Pattern of pediatric dermatoses in a referral center in South India. *Indian Pediatr*. 2004;41(4):373-7.
8. BALLONA R. Frecuencia de dermatosis motivo de hospitalización en niños. *Folia Dermatol Peru*. 1999;10(2-3):41-4.
9. JEMEC GB, THORNSTEINDÓTTIR H, WOLF HC. The changing referral pattern in Danish dermatology - Rigshospitalet, Copenhagen, 1986-1995. *Int J Dermatol*. 1997;36(6):453-6.
10. CHUA-TY G, GOH CL, KOH SL. Pattern of skin diseases at the National Skin Centre (Singapore) from 1989-1990. *Int J Dermatol*. 1992;31(8):555-9.
11. BAGHESTANI S, ZARE S, MAHBOOBI AA. Skin disease patterns in Hormozgan, Iran. *Int J Dermatol*. 2005;44(8):641-5.
12. NNORUKA EN. Skin diseases in south-east Nigeria: a current perspective. *Int J Dermatol*. 2005;44(1):29-33.