

Análisis descriptivo de asistencia dermatológica a mayores de 65 años durante un período de seis meses en el Servicio de Urgencia Externa

Ruiz Villaverde, R.; Martín Sánchez, M. C.; Blasco Melguizo, J.; Carrasco Sánchez, S.; Fernández Ángel, I.; Menéndez García-Estrada, A. C. y Burkhardt Pérez, M. P.

Servicio de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario de Granada.

RESUMEN

OBJETIVO: Estudiar las patologías dermatológicas en personas mayores de 65 años que han motivado consulta al Servicio de Urgencia Externa del Hospital de Referencia de Granada Sur durante un período de seis meses. Determinar la necesidad de la figura del Dermatólogo de guardia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se aplicó un protocolo de estudio a las personas mayores de 65 años atendidas por el dermatólogo de guardia del hospital.

RESULTADOS: Los pacientes ancianos suponen el 17% de los pacientes atendidos en las urgencias, un porcentaje nada desdeñable que no se aleja de las diferencias observadas en las pirámides de edad actuales. Existe un discreto predominio femenino (55,5%), con una media de edad de 74,3 años, que consultan por dermatosis agudas en su mayoría y que proceden de Granada capital y su cinturón metropolitano (61%). El 62,19% de los pacientes consultan cuando el tiempo de evolución de la lesión que presentan es inferior al mes. La mayoría de estos casos (57%) son revisados por el Servicio de Dermatología, posteriormente con un porcentaje de ingresos que sólo alcanza el 1%.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados pretenden dar a conocer las patologías de más frecuente presentación en nuestra población de referencia y se plantea la discusión sobre la necesidad de la figura del dermatólogo de guardia o el «dermatólogo de cabecera» en virtud a la configuración actual de nuestros servicios sanitarios.

Palabras clave

Urgencias dermatológicas. Ancianos.

Descriptive analysis of dermatological care in the elderly patients over 65 years during a six month period in the Outpatient Emergency Service

Correspondencia: R. Ruiz Villaverde. Dr. López Font, 10-5º A 4. 18004 Granada.

Recibido el 19-7-00; aceptado el 5-3-01.

SUMMARY

OBJECTIVE: To study dermatological diseases in the elderly over 65 that have lead them to consult the Emergency Service of the Reference Hospital of South Granada during a six month period. To determine the need for a dermatologist in emergency duty services.

MATERIAL AND METHOD: A study protocol was applied to the elderly over 65 seen by the hospital's dermatologist on duty.

RESULTS: The elderly patients account for 17% of the patients seen in the Emergency Service, a percentage that is not insignificant and that does not distance itself from the differences observed in the present age pyramids. There is a discreet female prevalence (55.5%), with a mean age of 74.3 year for those who consult due to acute dermatosis, most of them from the Capital of Granada and its metropolitan belt (61%). 62.19% of the patients consult when the evolution time of the lesion is less than one month. Most of the cases (57%) are reviewed by the Dermatology Unit, with a later percentage of admissions that only reaches 1%.

CONCLUSIONS: Based on our results, we aim to discover the most frequent disease presentation in our reference population and a discussion is established on the need for the on-duty dermatologist or the «General Primary Care Dermatologist» in virtue of the current form of our sanitary services.

Key words

Dermatological Emergencies. Elderly people.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida y en consecuencia el envejecimiento de la población es cada vez mayor, por lo que el dermatólogo se encuentra con un incremento de los procesos asociados al envejecimiento cutáneo al igual que otros especialistas. Aunque no disponemos de datos que indiquen una mayor susceptibilidad para el padecimiento de determinadas dermatosis, en relación con el envejecimiento cutáneo, estamos convencidos de que ésta existe, así como que algunas de ellas pueden tener una expresión diferente y por lo tanto pueden necesitar un manejo

especial (1). En la población anciana son más frecuentes las lesiones relativas a alteraciones metabólicas, así como dermatosis de carácter infeccioso. En relación a la posibilidad de padecer procesos malignos el incremento de su incidencia es una realidad creciente. Dados los cambios que viene sufriendo nuestro sistema sanitario, sobre todo en relación al nivel de Atención Primaria, nos pareció oportuno realizar un estudio que reflejase los motivos de consulta de la población anciana a través del Servicio de Urgencia Externa, que en muchos casos llega a funcionar como un auténtico Centro de Salud o un Ambulatorio más. El hecho de que seamos el único Servicio de Dermatología de Andalucía Oriental con un dermatólogo de guardia que cubre urgencias médico-quirúrgicas durante las 24 horas del día nos ha motivado para realizar este estudio que puede servir de base para estudios posteriores sobre dermatología geriátrica y asimismo facilitar el conocimiento de las patologías más frecuentes, a las cuales nos enfrentamos los dermatólogos en la población anciana.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudiamos 1.895 historias clínicas realizadas por el dermatólogo de guardia del Hospital Clínico San Cecilio de Granada en el período comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 1999. Para seleccionar la población objeto de nuestro estudio el único criterio de inclusión exigido fue tener una edad igual o superior a 65 años. Los datos correspondientes a los pacientes seleccionados se obtuvieron mediante estudio retrospectivo de dichas historias clínicas, a las que se les aplicó un protocolo que incluía los siguientes parámetros: Edad, Sexo, Procedencia, Motivo de Consulta, Tiempo de evolución, Tratamientos anteriores, Diagnóstico dermatológico y Evolución. El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS 9.0 versión para Windows. Para facilitar el análisis de los resultados, los parámetros analizados se han estructurado de la siguiente manera:

– *Edad*: Se ha dividido a los pacientes en intervalos de cinco años desde los 65 años, lo que nos ha permitido establecer siete intervalos de edad diferentes.

– *Procedencia*: El lugar de procedencia de los pacientes se ha dividido en: Granada Capital, Cinturón metropolitano, Comarca de Loja, Comarca de Alhama, Comarca de las Alpujarras, Comarca de la Costa, Zona Norte, Provincia de Jaén, Provincia de Almería y Otras provincias. La división de las cinco comarcas de la población de Granada Sur se ha hecho atendiendo al criterio de existencia de Dermatólogos de zona, así: Comarca de Loja y Alhama (Centro Periférico de Especialidades de Loja), Comarca de la Alpujarra y Costa (Hospital de Santa Ana de Motril) y Capital y Cinturón Metropolitano (Centro Periférico de Especialidades Granada Sur-Zaidin). Nuestro hospital no es el hospital de referencia para la zona norte, donde no existen dermatólogos de guardia de manera continuada.

– *Motivo de consulta*: Nuestro objetivo fue establecer dos tablas comparativas entre el motivo de consulta y el diagnóstico dermatológico, pero en más de la mitad de los casos estudiados nuestros compañeros del Servicio de Urgencia Externa o de Atención primaria no dieron un diagnóstico, limitándose solamente a describir el cuadro clínico, por lo que sólo podemos hacer mención al grado de concordancia entre el médico que atendió al paciente y el dermatólogo de guardia respecto al diagnóstico dermatológico definitivo, para lo que usamos el porcentaje simple de concordancia en los diagnósticos.

– *Tiempo de evolución de las lesiones*: Se han establecido cinco intervalos temporales: 1-7 días; 8-30 días; 31-42 días; 43-364 días y > 365 días. Con esta división lo que se pretende es diferenciar si la evolución es aguda (la cual consideramos en su primer intervalo), subaguda (segundo y tercer intervalo) o crónica (tercero y cuarto intervalo). En muchas ocasiones la cronología de la enfermedad ha sido recogida de manera imprecisa, tanto por parte del médico que no ha querido precisar como por parte del paciente que no puede dar un período más concreto, por lo que hemos agrupado esta variable en tres categorías según el tipo de respuesta, así: varios días: 5; varias semanas: 42 días y varios meses: 120 días, con las consiguientes variaciones que pueda producir en los resultados. Es pertinente considerar que a la patología quirúrgica incluida en el apartado heridas se le ha dado un valor consensuado de un día, puesto que las heridas suelen llegar en las primeras horas.

– *Diagnóstico dermatológico*: Los diagnósticos incluidos son: *Dermatitis agudas y reagudizaciones* (Urticarias, Liquen plano, Eritema Polimorfo, Brote de Psoriasis, Dermatitis seborreica, Rosácea, Fotodermatitis), *Tumores cutáneos* (Carcinoma basocelular, Carcinoma espinocelular y melanomas), *Dermatitis infecciosas* (Piodermias estreptocócicas y estafilocócicas, Dermatitis virales, Micosis y Parasitosis: Sarna y Pediculosis), *Heridas, Eczemas auto-líticos, Lesiones hiperqueratósicas* (Verrugas, Queratosis seborreicas), *Úlceras, Herpes zoster, Prurito* (Prurito senil y prurito sine materie), *Intétrigos* (Candidiasis, Bacterianos y mixtos. Se han excluido los producidos por Tiñas), *Toxicodermias, Miscelánea* (Consultas por fármacos dermatológicos,...), *Quemaduras, Quistes, Dermatitis de contacto y lesiones pigmentadas* (Nevus y lentigos). Como se podrá apreciar hay diagnósticos que pueden englobar a otros, por ejemplo Herpes zoster en Dermatitis infecciosas, pero hemos querido desgajar algunos de los diagnósticos aquí reflejados, ya que nuestra experiencia y los resultados obtenidos en este estudio nos dice que son los motivos de consulta más frecuentes dentro de su categoría, o bien como en el caso del apartado de Dermatitis agudas hemos querido reflejar el peso específico de Toxicodermias, Dermatitis de contacto o Eczemas autolíticos, a los que clásicamente se les ha atribuido mayor incidencia en la población anciana.

– *Seguimiento del paciente consultado*: Alta médica (no precisa revisiones), Consulta (Dermatólogo de zona o

TABLA I. Diagnósticos finales de una muestra de 1.317 pacientes consecutivos entre 15-65 años que acudieron a urgencias por motivos dermatológicos

Diagnóstico	Porcentaje
Dermatitis agudas y reagudizaciones	41,8
Tumores cutáneos	3,3
Dermatitis infecciosas	11,9
Heridas	8,5
Eczemas autolíticos	1,3
Lesiones hiperquetaosicas	4,2
Úlceras	2,1
Herpes zoster	2,4
Prurito	2,2
Intertrigos	1,0
Toxicodermias	1,7
Miscelánea	4,1
Quemaduras	6,2
Quistes	3,5
Dermatitis de contacto	4,2
Lesiones pigmentadas	1,6
Total	100,0

Servicio de Dermatología), Ingreso y Médico (Derivado para seguimiento por su médico de cabecera).

Finalmente se ha realizado un estudio comparativo con la población adulta comprendida entre 14 y 64 años (1.417 pacientes) para ver si hay gran diferencia entre los diagnósticos dermatológicos en población geriátrica y población adulta no geriátrica, lo cual queda recogido en la tabla I.

RESULTADOS

De las 1.895 historias clínicas revisadas, 328 cumplían el criterio de inclusión en el estudio, es decir, tener más de 65 años, lo que supone un 17% del total de consultas efectuadas al dermatólogo en el Servicio de Urgencia.

Los pacientes que han consultado tienen una edad comprendida entre los 65 y los 99 años, con una media de 74,3 años. El porcentaje mayoritario ha sido el comprendido entre los 65-69 años con un 32,6% de los casos, con un descenso paulatino en los intervalos de edad superiores, tal y como muestra la figura 1. No hay diferencias extraordinariamente significativas entre hombres y mujeres, pero el sexo femenino ha consultado en mayor número de ocasiones, habiendo realizado el 55,5% de las mismas.

La mayoría de los pacientes proceden de Granada capital o cinturón metropolitano, lo que supone un 61% de los casos revisados. Le sigue a continuación la zona de Granada Norte, que incluye la zona de la Capital dependiente del Hospital Virgen de las Nieves y pueblos del norte de la provincia con un 16,2% del total de las consultas.

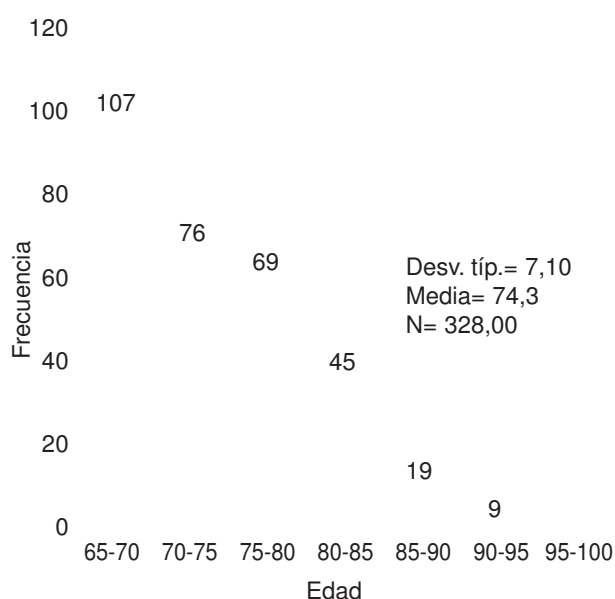


Figura 1. Distribución por edades de los pacientes que acudieron a urgencias por motivos dermatológicos.

La distribución de los pacientes según su procedencia queda recogida en la figura 2.

Los diagnósticos dermatológicos efectuados por el dermatólogo de guardia con mayor frecuencia se observan en la tabla II, siendo los realizados con mayor frecuencia: Dermatitis agudas (30,2%), Tumores cutáneos (12,5%) y Dermatitis infecciosas (10,7%).

El tiempo de evolución es muy variable, puesto que está directamente relacionado con la sintomatología subjetiva, localización, tamaño, así como otros factores. Esto hace que nos encontremos con dos picos en el tiempo de evolución, ya que la población objeto de nuestro estudio consulta básicamente en la primera semana o a lo sumo en el primer mes (62,19% del total de consultas) o bien cuando ya han pasado varios meses desde que aparecieron las lesiones. Estos datos se muestran en la figura 3. El 50,6% de los pacientes habían realizado algún tratamiento previo a la consulta con el dermatólogo, bien por cuenta propia, bien por su médico de cabecera o bien por otros especialistas. El grado de concordancia entre el

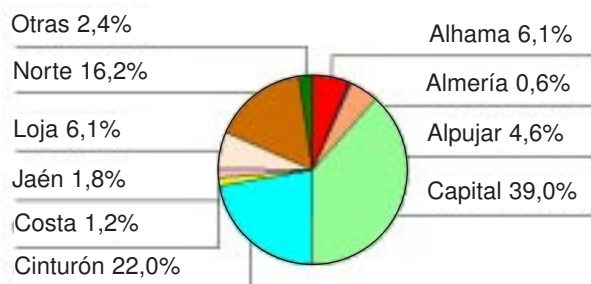


Figura 2. Lugar de procedencia.

TABLA II. Diagnósticos finales de una muestra de 328 pacientes consecutivos que mayores de 65 años que acudieron a urgencias por motivos dermatológicos

Diagnóstico	Porcentaje
Dermatitis agudas y reagudizaciones	30,2
Tumores cutáneos	12,5
Dermatitis infecciosas	10,7
Heridas	9,1
Eczemas autolíticos	7,3
Lesiones hiperquetaosicas	5,2
Úlceras	4,6
Herpes zoster	4,3
Prurito	3,7
Intertrigos	3,0
Toxicodermias	2,7
Miscelánea	2,1
Quemaduras	1,5
Quistes	1,5
Dermatitis de contacto	0,9
Lesiones pigmentadas	0,6
Total	100,0

diagnóstico efectuado por el médico del Servicio de Urgencia y/o el Médico de Atención primaria y el Dermatólogo fue del 22,3%. Heridas y quemaduras supusieron el 10,6% del total.

En relación a la evolución del paciente cabe señalar que el 57% de los mismos siguieron revisión en la consulta de dermatología tal y como se muestra en la figura 4, por parte del especialista de área o bien en nuestro Servicio. El 18% fueron remitidos para revisión a su médico de cabecera, y el 24% fueron alta médica directa. Sólo el 1% de los casos fueron ingresados, tratándose todos ellos, úlceras sobreinfectadas de varias semanas de evolución.

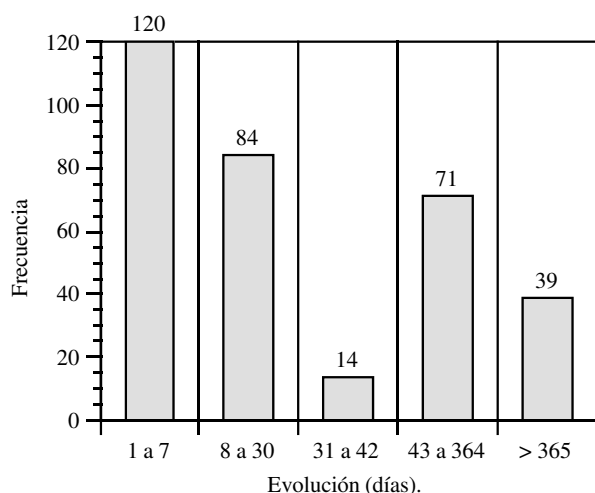


Figura 3. Tiempo de evolución de las lesiones desde su aparición hasta la consulta en el servicio de urgencias.

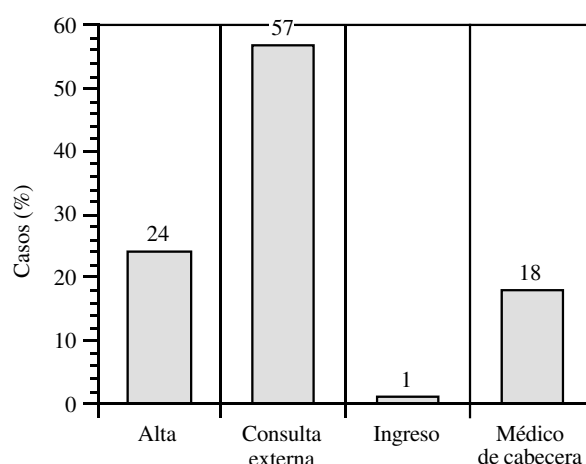


Figura 4. Seguimiento de los pacientes consultados en urgencias por motivos dermatológicos.

DISCUSIÓN

El concepto de urgencias dermatológicas ha cambiado durante los últimos años de manera análoga al de otras especialidades. Las urgencias vitales por excelencia son el Síndrome de Steven-Johnson, el componente anafiláctico de una urticaria aguda y un brote de Pénfigo vulgar, sin mencionar las complicaciones que se pueden derivar de la cirugía dermatológica. No obstante los motivos de consulta y diagnósticos dermatológicos en el Servicio de Urgencia Externa son muy variados, producto en muchas ocasiones de los defectos de interacción entre los niveles de atención primaria y especializada de nuestro Sistema de Salud. Nosotros hemos querido analizar qué pasa con nuestros mayores, ya que suponen el 17% de los pacientes atendidos en las urgencias, un porcentaje nada desdeñable, con un ligero predominio femenino, que no se aleja de las diferencias observadas en las pirámides de edad actuales.

Por su proximidad al centro hospitalario la mayoría de los pacientes estudiados proceden de la capital o su cinturón, aunque no hay que olvidar que la quinta parte de ellos proceden de la zona norte de la ciudad y su población de referencia, que en ninguno de sus hospitales cuenta con un dermatólogo de guardia durante las 24 horas del día en su plantilla. Merece la pena resaltar el escaso número de pacientes de la Costa que son atendidos en nuestro hospital, lo que en principio nos sugiere que a pesar de no tener dermatólogo de guardia, sí parecen manejar los problemas de piel con mayor efectividad, caso análogo a lo que sucede con las Comarcas de Loja y Alhama, que tienen en Loja su Especialista de referencia y que globalmente suponen el 12,2% de las consultas. Sería interesante realizar un estudio a este nivel, puesto que no disponemos de datos al respecto. ¿Hay diferencias clínicas y estadísticamente significativas en el manejo de los pacientes en los hospitales comarcales y de tercer nivel? ¿Existen diferencias en la prevalencia de

estas enfermedades en relación con las características medioambientales?

Aunque parte de las lesiones que presenta el anciano son previsibles y se deben al paso del tiempo, una buena parte de ellas se deben también a los efectos acumulativos de los diferentes agentes ambientales que inciden sobre la piel y que por tanto pueden ser evitados (2). Tres son los motivos de consulta más frecuentes de nuestra población anciana. Las *Reagudizaciones y otras dermatitis agudas* son el capítulo más amplio de diagnósticos efectuados y es la sensación de quemazón, el prurito y la aparatosidad del cuadro lo que causa alarma y preocupación. Probablemente el concepto que hemos abarcado con esta denominación es muy amplio pero es claro que los denominados síndromes dermatológicos clásicos son motivo de consulta prioritario. Sin embargo no es desdeñable el 12,5% de *patología tumoral* que se diagnostica en el Servicio de Urgencia. Dos tipos de tumores son los que se observan con mayor frecuencia, el Epitelioma Basocelular y el Carcinoma Espinocelular (3). El primero de ellos es el tumor epitelial más frecuente aunque tiene un comportamiento biológico benigno. La radiación ultravioleta está imbricada en su patogenia, por lo que es más frecuente en áreas fotoexpuestas y aunque puede presentarse de maneras diversas, es el patrón nódulo ulcerativo el que nos encontramos hasta en un 50% de los casos. El C. espinocelular y la queratosis actínica, su precancerosis por excelencia, se observan en el 50% de los ancianos con piel clara en climas soleados, por lo que factores de riesgo a considerar son: Edad superior a 60 años, Fototipo I-II, Estado inmunológico del paciente y Profesión al aire libre (agricultor, pescador,...). Diferentes factores locales entre los que se incluyen cambios en la flora bacteriana normal, soluciones de continuidad en la piel, cuerpos extraños, alteraciones en el drenaje linfático, etc., son la causa de aparición de *dermatosis infecciosas* como celulitis o foliculitis, que a veces necesitan una terapia antimicrobiana bastante agresiva para cubrir a gérmenes Gram- y *P. Aeruginosa*. Las *heridas* son un motivo de consulta frecuente en el anciano como consecuencia de caídas, déficits sensoriales... y presentan a nuestro juicio una dificultad añadida, ya que la piel del anciano es más atrófica y se lacera con facilidad cuando se sutura. El período de cicatrización se alarga, pero presenta como ventaja que en numerosas ocasiones la cicatriz se puede esconder en las arrugas de expresión, si la herida se sitúa en la cara, lo cual hace, en la mayoría de los casos, que la cicatriz quede oculta. Del resto de diagnósticos creemos conveniente prestarle atención a cuatro de ellos por su peculiar prevalencia en la población objeto de nuestro estudio: *Eczema autolítico* (4) que se expresa en pacientes con hipertensión venosa crónica, muy común en el anciano, caracterizada por piel eritemato-vesiculosa, a veces descamativa, hiperpigmentada que tiende a formar ulceraciones en malleolos internos, sobre todo en aquellos pacientes predispuestos por obesidad, traumatismos, trombosis venosas, embarazos múltiples o factores de carácter hereditario; *Herpes zoster* (5), la complicación que con más frecuen-

cia se desarrolla es la neuralgia postherpética que afecta al 60% de la población mayor de 60 años y requiere tratamiento selectivo. *Prurito senil* (6) que puede ser localizado o generalizado, primario o secundario, es un síntoma frecuente en el anciano. La xerosis cutánea afecta al 75% de la población mayor de 65 años y normalmente es consecuencia del envejecimiento fisiológico progresivo afectando en primer lugar a los miembros inferiores. Empeora por las noches y tras baños calientes, por lo que el mejor tratamiento es su prevención; ello se logra con una correcta y adecuada hidratación. *Intertrigos* (7) que afectan a pliegues interglúteos, submamarios, axilares... favorecidos por la humedad y la maceración que son el medio de cultivo ideal para *Cándida spp.* Resulta curioso que sólo el 0,6% de los pacientes hayan consultado por *lesiones pigmentadas* en su piel, cuando en los últimos tiempos el exceso de exposición al sol ha supuesto un aumento de la problemática relacionada con el melanoma.

Con respecto al tiempo de evolución, se aprecian dos picos claros. Por una parte, en el caso de dermatosis agudas el tiempo de demora en consultar no suele ser superior al mes, dadas las características clínicas de las lesiones o las molestias subjetivas que les causa. La lista de espera para asistir a la consulta especializada es el principal motivo que impulsa al paciente a acudir al Servicio de Urgencia, aunque él mismo reconoce en la mayoría de las ocasiones que su patología no es una *urgencia vital*. De otro lado el 33% de los pacientes consultan cuando las lesiones llevan varios meses de evolución, tiempo que en nuestro caso, llevan esperando para que los atienda el especialista de zona, el cual maneja un volumen de pacientes nada desdeñable (40 pacientes/120 minutos, lo cual supone tres minutos/paciente, tiempo insuficiente para que la persona explique su problema, se realice una correcta anamnesis, exploración, diagnóstico y su explicación al paciente, así como tratamiento y su explicación subsiguiente) y reclaman una solución inmediata. Cuando la evolución es superior al año la patología es en gran medida de base tumoral, a la que dado su bajo ritmo de crecimiento, apenas se le había concedido importancia. En otras ocasiones se trata de pacientes pluripatológicos y polimedicados con úlceras en lento proceso de cicatrización que necesitan un estricto control de la glucemia y perfiles hepático, renal y lipídico, así como estudio hemodinámico. De hecho, sólo tres pacientes en este período han requerido ingreso y se trataba en todos los casos de úlceras sobreinfectadas de semanas-meses de evolución. El fin que motivó el ingreso en los tres casos fue lograr el control de la infección y mejorar las condiciones basales del paciente necesarias para facilitar la reepitelización de dicha úlcera.

El 75% de los pacientes que consultaron fueron citados para revisión, bien por su médico de cabecera cuando la patología era considerada más banal o por el dermatólogo en casos que precisaban estudios y/o seguimiento, lo cual consideramos un nivel responsable y satisfactorio desde el punto de vista ético y profesional.

Es también sumamente curioso e importante comparar los diagnósticos dermatológicos realizados entre la población mayor de 65 años y la comprendida entre 14-64 años. Llamen la atención varios datos, como son:

– Mayor prevalencia en población anciana de dermatosis tumorales (12,5% frente a 3,3%), Eczemas autolíticos (7,3% frente a 1,3%) y Úlceras (4,6% frente a 2,1%).

– Prevalencia similar en Dermatitis infecciosas (11,9 frente a 10,9%) con la excepción de Herpes zoster, donde su prevalencia es prácticamente el doble, y de Toxicodermias donde la diferencia es prácticamente del 1% en el contexto global.

No profundizamos en este artículo en los diferentes diagnósticos incluidos en las Dermatitis agudas y reagudizaciones, aun cuando el porcentaje de casos se dispara en el resto de la población adulta llegando a alcanzar el 41,8% de los diagnósticos efectuados, ya que no es objetivo de este texto.

Ante estos resultados y reflexiones nos cuestionamos: ¿Es necesaria la figura del dermatólogo de guardia? Existe una importante demanda de asistencia dermatológica, la cual es tratada en su mayor parte por no dermatólogos (8). Las enfermedades de la piel suponen un elevado porcentaje de consultas al médico generalista y al pediatra de Atención Primaria, verdadera puerta de entrada al Sistema Sanitario Público de nuestro país. Es cierto que los pacientes suelen llegar mejor orientados, se remiten precozmente aquellos con enfermedades más graves o más llamativas y se consultan menos las dermatosis más comunes (9), pero desde nuestra experiencia creemos que sería conveniente que el propio dermatólogo fuese el médico de asistencia primaria para las enfermedades cutáneas, lo cual supondría una mejora de la relación costo-beneficio en dicha asistencia (10). Dado el contexto actual de reformas sanitarias se han propuesto soluciones para crear protocolos o criterios de unificación entre los distintos niveles sin obtener grandes resultados (11). Existen pocos estudios que hayan reflejado esta relación. Elcuaz (12) en el año 1998 ha realizado el más reciente de ellos indicando que el 46,8% de los pacientes son referidos del Centro de Salud a un Complejo Hospitalario para ser valorados por un Dermatólogo ante la incertidumbre diagnóstica.

Como conclusión defendemos la presencia de un dermatólogo de guardia en los Hospitales de referencia mientras no se cree la figura del «Dermatólogo de cabecera», lo cual supondría una importante iniciativa de cambio, puesto que nadie mejor que él puede conocer no sólo las particularidades de las diferentes patologías y su tratamiento sino también las peculiaridades que afectan a cada grupo de edad, así como las complicaciones y cuidados que cada caso necesitan en especial. La patología dermatológica en el anciano tiene características especiales, estando algunas de ellas estrechamente relacionadas con el envejecimiento, mientras que otras guardan más relación con la pluripatología y polimedicación de muchos mayores. En cualquier caso la intervención del dermatólogo, a nuestro juicio, es básica e influirá de manera decisiva en la atención y calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias Díez L. Prólogo. Dermatología Geriátrica. Madrid: Grupo Aula Médica, 1997.
2. Ruiz Villaverde R. Aproximación al envejecimiento cutáneo desde un punto de vista funcional y clínico. *Scientia* 1999;2:9-15.
3. Armijo M, Camacho F. Tratado de Dermatología. Vol II. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
4. Belmar JM, Herraiz A. Úlceras venosas de las piernas: un reto a la paciencia, la dedicación y la experiencia. *Rev Int Dermatol Dermocosmet* 1999;3:171-8.
5. Ruiz Villaverde R, Naranjo Sintes R. Herpes zoster: Enfoque terapéutico en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos. *Rev Int Dermatol Dermocosmet* 2000;3:175-82.
6. Moreno Jiménez JC. Prurito. Monografía de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica 1999;Vol XII, nº 6:379-97.
7. Documento de consenso en Micosis superficiales. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999.
8. García Doval I, Labandeira García J, Toribio J. Dermatología y asistencia primaria en la Seguridad Social. *Actas Dermosifiliogr* 1996; 87:421-4.
9. Casanova Seuma JM, Ribera Ribernat M. La formación dermatológica del médico de atención primaria en España. *Piel*, 1996;11:171-3.
10. Fonseca E. El dermatólogo y el cambio de modelo asistencial en el SNS. *Piel* 1999;14:171-4.
11. Sainz Saenz-Torre N, Salido Cano A, Rodríguez González B, Sainz Jiménez J, Valero Alonso R. Estructura e interrelaciones entre diferentes niveles de atención. *Aten Primaria* 1989;6:170-3.
12. Elcuaz Viscarret R, Beorlegui Aznarez J, Cortes Ugalde F, Goni Murillo C, Espelosin Betelu G, Sagredo Arce T. Análisis de las derivaciones urgentes a Dermatología. *Aten Primaria* 1998;21:131-6.