



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

Estudio epidemiológico de patología
dermatológica en el anciano y calidad de
vida relacionada con la salud

SUSANA SÁNCHEZ RAMÓN

VALLADOLID, 2013

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina, Dermatología
y Toxicología

TESIS DOCTORAL



.....

Estudio epidemiológico de patología
dermatológica en el anciano y calidad de
vida relacionada con la salud

SUSANA SÁNCHEZ RAMÓN

Valladolid, 2013

D. JUAN CARLOS MARTÍN ESCUDERO, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA Y PROFESOR TITULAR DE MEDICINA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID, Y Dña. ROSA GIMÉNEZ GARCÍA, DOCTORA EN MEDICINA Y PROFESORA ASOCIADA DE DERMATOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.

CERTIFICAN

Que Dña. SUSANA SÁNCHEZ RAMÓN, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado “Estudio epidemiológico de patología dermatológica en el anciano y calidad de vida relacionada con la salud”.

Revisada la investigación realizada estimamos que reúne los requisitos precisos para ser presentada y defendida para optar al título de Doctor.

Valladolid, 2 de diciembre de 2013

Fdo.: Dr. D. Juan Carlos Martín Escudero

Fdo.: Dra.Dña. Rosa Giménez García

TESIS DOCTORAL

Estudio epidemiológico de patología
dermatológica en el anciano y calidad de
vida relacionada con la salud

Director: Dr. D. Juan Carlos Martín Escudero

Directora: Dr. Dña. Rosa Giménez García

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que de manera directa o indirecta, han hecho posible la realización de este trabajo.

A mi Directora, Dra. Dña Rosa Giménez, mi maestra en el campo de la dermatología, por todo lo que me ha enseñado, por su apoyo constante, por creer en mí, y por haber sido una amiga todos estos años.

A mi Director, Dr. D. Juan Carlos Martín Escudero, que me enseñó el arte de escribir una tesis, por todo el tiempo dedicado a sugerir, revisar y corregir, en especial, todos los aspectos relacionados con la Calidad de Vida.

Al personal de enfermería de las consultas de Dermatología, tanto del Centro de Especialidades Arturo Eyrías como del Hospital Universitario Río Hortega, por la ayuda brindada durante los meses de realización del trabajo de campo.

A la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Río Hortega, en especial a D. Manuel González Sagrado, por la colaboración prestada.

A Dr. D. Jesús Gil, por su disposición e inestimable contribución a este trabajo.

A Dña. M^a Luz de Andrés Loste, Bibliotecaria del Hospital Univeristario Río Hortega, por su ayuda en revisiones y búsquedas bibliográficas.

A todos los pacientes, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

A mis compañeros del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega, tanto a los que están ahora, como a los que su devenir profesional les ha llevado a trabajar lejos de nosotros, por su apoyo y el

ánimo que me han dado para que continuara adelante, y en especial a mis compañeras y amigas Ana Blanco, María Rivas, Pilar Blanco, Rosa Ibán y Marta Moya, que fue capaz de leer y hacer correcciones en uno de los momentos más difíciles de su vida.

Esta tesis lleva horas de dedicación que he robado a mi familia: a mis queridos padres, a mi hermana Esther, a mis hijos Jaime y María, y a mi marido, quien no sólo me ha dado su apoyo y su ánimo en los momentos difíciles, sino que ha trabajado tanto en ella, que pese a no ser médico, pienso que el trabajo es suyo.

A mis padres, porque todo lo que soy se lo debo a ellos.

A mi hermana Esther por estar siempre conmigo.

A mis hijos Jaime y María porque son lo mejor que me ha pasado en la vida.

A mi marido, sin ti nada de esto hubiera sido posible.

1 INTRODUCCIÓN	11
2 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	15
2.1 El envejecimiento	16
2.2 Envejecimiento de la población	17
2.2.1 Envejecimiento en España.....	18
2.2.2 Envejecimiento en Castilla y León.....	21
2.2.3 Envejecimiento en la Provincia de Valladolid.....	23
2.3 El envejecimiento cutáneo	24
2.3.1 Cambios fisiológicos de la piel asociados a la edad.....	26
2.3.2 Fotoenvejecimiento.....	29
2.3.3 Dermatoporosis.....	31
2.4 Principales Dermatosis en el anciano	32
2.4.1 Prurito.....	34
2.4.2 Dermatitis Eczematosas.....	43
2.4.3 Infecciones.....	47
2.4.4 Infestaciones.....	52
2.4.5 Neoplasias.....	54
2.4.6 Alteraciones cutáneas secundarias a la exposición solar.....	79
2.4.7 Psoriasis.....	80
2.4.8 Alteraciones de los pies y las uñas.....	82
2.4.9 Rosácea.....	87
2.4.10 Enfermedades vesiculoampollosas.....	88
2.4.11 Reacciones cutáneas adversas a fármacos.....	89
2.4.12 Alteraciones vasculares: úlceras cutáneas.....	91
2.5 Calidad de vida relacionada con la salud	92
2.5.1 Calidad de vida dermatológica.....	97
2.5.2 Instrumentos para medir la CVRS.....	99
3 OBJETIVOS	113
3.1 Objetivos generales	114
3.2 Objetivos específicos	114
4 MATERIAL Y MÉTODOS	115
4.1 Trabajo de Campo	116
4.1.1 Ámbito de realización.....	116
4.1.2 Población de estudio.....	116
4.2 Variables de estudio	117
4.2.1 Variables epidemiológicas.....	117
4.2.2 Variables de hábitos tóxicos.....	118
4.2.3 Variables de hábitos de vida saludable.....	118
4.2.4 Variables relacionadas con el cuidado de la piel.....	118

4.2.5 Variables relacionadas con los antecedentes patológicos no dermatológicos.....	119
4.2.6 Variables Dermatológicas.....	120
4.2.7 Medicación que toma el paciente.	120
4.2.8 Cuestionarios de salud.....	120
4.2.9 Análisis estadístico.....	121
4.2.10 Análisis descriptivo.....	121
4.2.11 Análisis inferencial.....	121
4.3 Revisión bibliográfica.....	122
5 RESULTADOS	123
5.1 Descripción de la muestra estudiada, variables sociodemográficas.	124
5.1.1 Edad y sexo.	124
5.1.2 Variables demográficas.....	126
5.1.3 Variables sociales.	128
5.1.4 Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.	131
5.1.5 Hábitos de estilo de vida saludable.	132
5.1.6 Hábitos higiénicos.	133
5.1.7 Exposición solar, fotoprotección.....	135
5.2 Patología no dermatológica de la muestra de estudio.....	138
5.3 Descripción de la patología dermatológica.....	141
5.3.1 Prurito como motivo de consulta.	141
5.3.2 Patología dermatológica en general.	143
5.3.3 Patología dermatológica desglosada.....	145
5.4 Calidad de Vida.	167
5.4.1 Calidad de Vida relacionada con la salud, medida con la escala EuroQol-5D.....	167
5.4.2 Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud específica Dermatológica.....	177
5.4.3 Comparación de los resultados obtenidos con la escala genérica EuroQol-5D frente a la escala específica DLQI.	191
6 DISCUSIÓN.....	195
6.1 Patología dermatológica.....	197
6.1.1 Incidencia de la patología dermatológica en nuestra muestra. ...	198
6.2 Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	221
6.2.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en nuestra muestra.	221
6.2.2 Calidad de vida y patología dermatológica.	223
6.2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud y patologías dermatológicas.....	227
6.3 Limitaciones del estudio y anotaciones del proyecto.....	231
7 CONCLUSIONES	232

8 BIBLIOGRAFÍA.....	235
9 ANEXOS.....	273
9.1 Anexo I: Cuestionario de recogida de datos.....	274
9.1.1 Datos del paciente.	274
9.1.2 Enfermedades del paciente no dermatológicas.....	275
9.1.3 Patología dermatológica.....	275
9.1.4 Grupos dermatológicos.	276
9.1.5 Tratamientos del paciente.	276
9.2 Anexo II: Grupos dermatológicos.....	279
9.2.1 Grupos dermatológicos (tabla original).	279
9.2.2 Grupos dermatológicos (tabla traducida).....	280
9.3 Anexo III: Cuestionario de calidad de vida.....	284
9.3.1 EuroQol-5D.	284
9.4 Anexo IV: Cuestionario de calidad de vida.	286
9.4.1 DLQI.	286

1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la población mundial está viviendo un proceso de envejecimiento progresivo. Este hecho tiene una importancia significativa en los países desarrollados, en los cuales se produce un aumento de la longevidad de sus habitantes. El envejecimiento de la población plantea problemas y requerimientos nuevos en la organización de la vida de las personas y del entorno socioeconómico y cultural. Las consecuencias que presenta este incremento de la senectud está suscitando valoraciones por parte de economistas, sociólogos y sanitarios entre otros, pero también supone una preocupación política por el enorme impacto socio-sanitario que conlleva.

Los cambios asociados a la edad comportan, casi inevitablemente, una disminución de las funciones y de las capacidades de los individuos. No obstante, ello no debe llevar a entender la vejez como un estado de enfermedad sino como una etapa más de la vida, en la que el cuerpo se adapta a una situación de menor eficacia orgánica, pero de mayor estabilidad personal, emocional y afectiva como consecuencia de los conocimientos y experiencia acumulados durante los años.

El envejecimiento demográfico es un cambio en la estructura por edades que provoca un aumento de la edad media, con un incremento del porcentaje que representan las personas mayores de 65 años sobre el resto de la población. El incremento de la tasa de población mayor de 65 años es provocado por una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad (en parte debido a los avances de la medicina) y un incremento de la esperanza de vida en los países llamados desarrollados.

Todo esto es importante, porque se produce una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de los problemas asociados al envejecimiento cutáneo. En la piel se presentan cambios estructurales y funcionales de la epidermis, dermis y tejido subcutáneo que provocan sequedad, laxitud, delgadez de las capas, atrofia, disminución en su vascularización, etc., circunstancias que predisponen al anciano a presentar enfermedades de

manera más frecuente que a otras edades (tumorações benignas y malignas, heridas o ulceraciones, entre otros).

En el género humano, los cambios involutivos que tienen lugar durante la madurez y la senectud se manifiestan de forma más evidente en la piel y anejos cutáneos que en el resto del organismo, ya que ésta se ve sometida no sólo al envejecimiento natural de las estructuras corporales, sino también a las permanentes agresiones externas y, sobre todo, a la exposición solar. No existe un único «programa genético del envejecimiento», sino que es una secuencia involutiva que varía de unos individuos a otros, de unas razas a otras, entre personas de distintas zonas geográficas e incluso, dentro de una misma persona pueden encontrarse variaciones entre unas zonas corporales y otras (es un hecho evidente que no envejecen por igual la piel de la cara o de las manos, zonas descubiertas, que la del abdomen, zona, por lo general, poco expuesta a la intemperie y a los rayos solares). Por tanto, las diferencias del envejecimiento cutáneo de unos individuos a otros dependen de factores genéticos, ambientales y hormonales.

Otro punto a considerar es el incremento de ciertas demartosis y tumores malignos en los pacientes ancianos, así como de determinadas patologías cutáneas que disminuyen la calidad de vida (CV). La incidencia real de éstas en personas mayores apenas está estudiada. Por otro lado, existe un culto a la juventud y a la belleza física, que es magnificada por los medios de comunicación y por la industria del ocio. Los adelantos científicos y tecnológicos, el mejor entendimiento que se tiene hoy en día del fotoenvejecimiento, así como la disponibilidad de determinadas técnicas, hacen que la población demande un rejuvenecimiento de su piel.

Hoy en día, en los países desarrollados, llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo aún hoy muchas personas no logran envejecer con una buena CV. La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores (socioeconómicos, salud mental, salud física, función social...). La calidad de vida relacionada con la

salud (CVRS) corresponde a la experiencia subjetiva del impacto de la salud en la vida de una persona, es el resultado de la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar de individuo. Este término presenta distintos significados para distintas personas, pues el patrón con el que un individuo valora su propia CV depende de su experiencia y de la distancia que exista entre sus expectativas y sus logros. En las personas mayores, la CV está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. Quizás, debido a que las personas ancianas tienen diversos problemas de salud, no se ha estudiado a fondo el efecto negativo que pueden producir las enfermedades cutáneas en este colectivo.

Dado que el número de personas mayores de 65 años seguirá aumentando, nos conviene conocer la dermatología geriátrica para poder enfrentarnos a los problemas cutáneos de este grupo poblacional. Se sabe que más del 60% de las personas con edad superior a los 65 años tienen una dermatosis que precisa una consulta médica. La afectación cutánea en estos pacientes influye negativamente en su CV.

Como veremos a lo largo de la exposición, no hemos encontrado ningún estudio en nuestro medio que demuestre la prevalencia de estas patologías ni su impacto sobre la CV, entre el grupo de población correspondiente a los ancianos. Por este motivo nos ha parecido interesante plantear un estudio epidemiológico, observacional y prospectivo, para obtener información acerca de las alteraciones cutáneas en la edad geriátrica y el impacto que éstas producen sobre la CVRS.

2 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

2.1 El envejecimiento.

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas que terminan con el fallecimiento. Se puede definir el envejecimiento como las modificaciones biológicas, morfológicas, bioquímicas y psicológicas, que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. El envejecimiento es la disminución progresiva e ineludible en la reserva funcional en primer término y después de la función de todos los órganos con el transcurso del tiempo¹.

El paciente anciano presenta una serie de características peculiares, que conducen a una mayor complejidad a la hora de su abordaje terapéutico. Por ello hay que tener en cuenta una serie de factores, como son el envejecimiento fisiopatológico y psicológico, las secuelas morfológicas y funcionales de todas las patologías e intervenciones quirúrgicas a que hayan sido sometidos a lo largo de su vida, y las modificaciones condicionadas por el tipo de vida, por el medio ambiente en que se han desarrollado y por los factores de riesgo a que han estado expuestos². Además, presentan múltiples patologías crónicas, a las que en muchas ocasiones acompañan la aparición de enfermedades agudas.

El envejecimiento no se produce por igual en las mujeres que en los hombres, las mujeres viven una media de siete años más que los hombres pero el proceso del envejecimiento es más notable en éstas en parte por las propias condiciones fisiológicas de la mujer, ya que al llegar la menopausia y como consecuencia de los cambios hormonales, aparece osteoporosis y fragilidad ósea, con el consecuente mayor riesgo de fracturas y caídas, y por lo tanto con un aumento de incapacidades respecto a los hombres³.

2.2 Envejecimiento de la población.

En los últimos años, en los países desarrollados, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente. En España a principios de siglo este índice no superaba los 35 años, en la década de los cincuenta ascendió a 62 años y, en los años 70 llegó a ser de 75 años para las mujeres y de 69 para los hombres. Actualmente en nuestro país la esperanza de vida al nacimiento de los hombres está en 79,2 años y la de las mujeres es mayor, situándose en cifras en torno a 85 años. Esta mejora en las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada, unida a una importante disminución de la natalidad ha originado un considerable aumento proporcional de la población anciana.

Las Naciones Unidas utilizan como estándar para describir a las personas "ancianas" la edad de 60 años. Esta edad nos puede parecer joven en aquellos países donde se han producido importantes progresos en la esperanza de vida. Pero independientemente de la edad que se utilice en los diferentes contextos, es importante reconocer que la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. En general, una persona es considerada "mayor" cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular. Existen considerables variaciones en el estado salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas de la misma edad. En términos demográficos, se dice que una población envejece cuando aumenta la proporción de personas del grupo de más edad y disminuye la proporción de niños y jóvenes, lo que da por resultado una edad media mayor⁴.

En el siglo XX se ha producido un importante aumento de la longevidad debido, entre otros, a una mejora en el estado de salud de las personas, asociado a una disminución de la natalidad, lo cual, conduce a un "envejecimiento" demográfico continuo de la población mundial, a pesar de la regresión en la expectativa de vida en algunos países, como algunos africanos. El aumento del número y proporción de senescentes va

acompañado de un cambio en la estructura de la población por edades. Por tanto, el envejecimiento de la población, se refiere a una disminución de la proporción de niños y jóvenes y un aumento de las personas de 60 años o más. La población mayor representa en los países desarrollados cerca del 20% y las tendencias futuras la aproximan al 25%. En los países en desarrollo y menos desarrollados, supera el 10% y en las próximas décadas se acercará al 20%. Las tendencias en materia de envejecimiento, varían según el país y la región⁴.

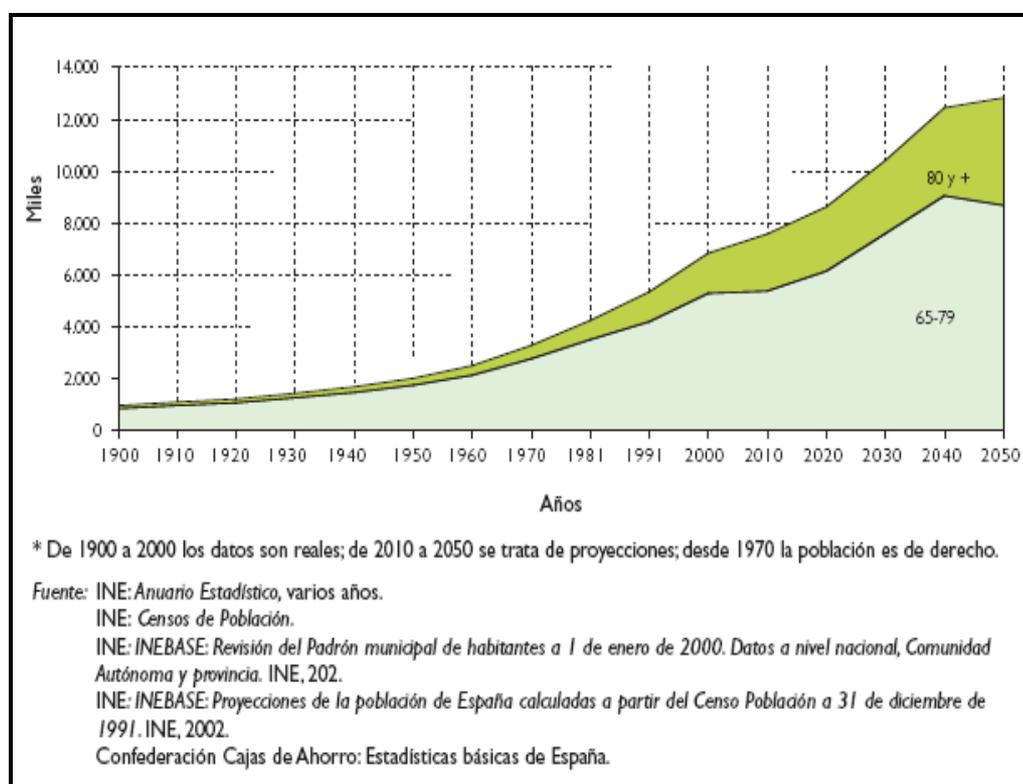
En todo el mundo, la proporción de personas que tiene 60 años y más está experimentando un crecimiento mucho más rápido que otros grupos de edad, pese a que se conoce peor el ritmo y la importancia del envejecimiento de la población en las regiones menos desarrolladas. Es decir, estamos asistiendo a que la propia población anciana está envejeciendo. Además, las mujeres de edad, superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que ésta aumenta. Todo esto, supone uno de los principales triunfos de la sociedad en general, pero también un gran desafío a todos los niveles.

2.2.1 Envejecimiento en España.

Es erróneo pensar que el mundo actual es en su conjunto viejo, ya que existen zonas del planeta (en concreto Países africanos y asiáticos) en las que los ancianos no alcanzan el 3-6% de la población. El envejecimiento del mundo, por tanto, sólo afecta a una pequeña parte del mismo, siendo un fenómeno de los Países desarrollados, entre los que se encuentran los Países Europeos. En la actualidad en Europa se sitúan nueve de los diez países con más de 10 millones de habitantes y que tienen una mayor proporción de personas mayores. España ocupa el quinto lugar en la Unión Europea en cuanto a número de ancianos (el primero es Alemania con 13,6 millones de mayores, seguida de Italia, Francia y Reino Unido). En términos relativos, Grecia, Italia y Suecia se sitúan por delante⁴.

Adoptando los 65 años, como el umbral estadístico para hablar de personas mayores siguiendo al Instituto Nacional de estadística (INE) en el año 2011 había en España 8.128.037 personas de 65 y más años, dentro de un conjunto nacional que supera ahora ya los 40 millones de habitantes (46.815.916), es decir, el 17,36 % de la población. La cifra de mayores ha aumentado siete veces en el siglo XX Y los octogenarios se han multiplicado por 13 (Figura 1).

Figura 1: Evolución de la población española mayor de 65 años.

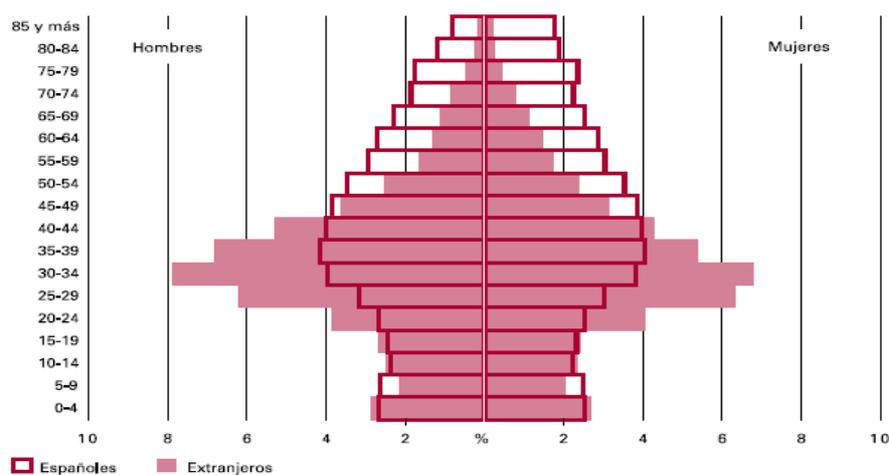


El envejecimiento en España, al igual que en el resto de los países desarrollados, es el resultado de un aumento de las personas que llegan a los 65 años (por un descenso e la mortalidad en general) y porque hay menos población joven (como consecuencia de una caída de la tasa de natalidad) lo cual hace que el peso proporcional que ocupa la población mayor aumente en

el conjunto de la población. En España, también se ha vivido una auténtica revolución de la longevidad. La mejora de la sanidad pública, los avances de la tecnología médica y mejores condiciones de vida han provocado un fuerte incremento de la esperanza de vida a todas las edades. La notable reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad general provoca que mayores contingentes de cada cohorte alcancen la vejez. A principio de siglo sólo un 26% de los nacidos llegaba a anciano; hoy lo consiguen el 85%.

El crecimiento medio anual de la población de edad ha sido siempre superior al del conjunto de la población. A principio de siglo aumentaba a una media anual del 1,6%, para duplicarse en un período que coincidió con años de mayor desarrollo económico, caída de las tasas de mortalidad (general y sobre todo infantil) y de ganancia de supervivencia. En los últimos decenios ese crecimiento de los mayores se ha situado en el 3,7%. El envejecimiento demográfico afecta de forma diferente a varones y mujeres. Actualmente hay más de un millón de mujeres de edad que de varones (4.652.636 y 3.475.407 respectivamente), debido a la mayor mortalidad masculina por razones entre otras, laborales, de hábitos no saludables (como son el alcohol y el tabaco) o motivos violentos (Figura 2).

Figura 2: Pirámide de distribución de la población española por edad y sexo en el año 2011.



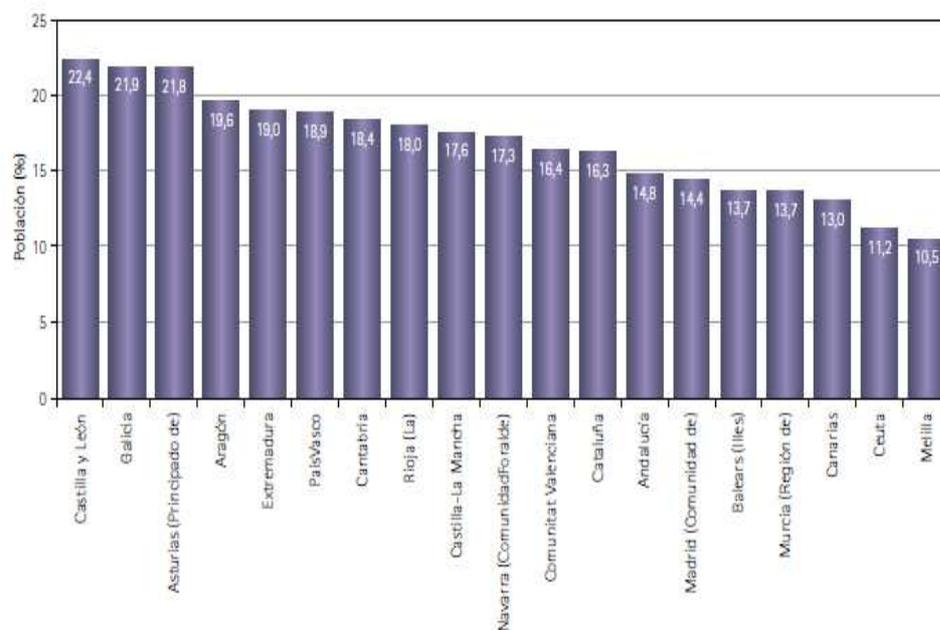
Fuente: Padrón Municipal a 1-1-11, Explotación Estadística, INE

Hasta ahora ha habido envejecimiento porque llegan muchos efectivos a los 65 años; a partir de ahora, se ganará esperanza de vida por el alargamiento de la vida de los éstos. Según Naciones Unidas, un 37,6% de la población española tendrá 65 y más años en 2050 (13,4% serán octogenarios); España será uno de los países más envejecidos del mundo junto a Japón (36,4%), Italia (35,9%), Croacia o la República Checa. Según las proyecciones más ajustadas del INE, España tendrá ese año 12,8 millones de personas mayores, un 31,2% del total de la población (10,0% serán octogenarios sobre el total nacional, con más de cuatro millones de individuos). Las proyecciones de población mayor suelen ser más precisas que las del resto de la población, pues en su cálculo sólo intervienen la mortalidad; las migraciones apenas son relevantes. Por eso se puede afirmar con bastante seguridad que habrá en torno a 13 millones de personas de edad en 2050; los que tengan 65 ó más años ese año ya han nacido. La esperanza de vida para quien alcance los 65 años se sitúa en 16 y 19,8 años más por vivir, para hombres y mujeres, respectivamente.

2.2.2 Envejecimiento en Castilla y León.

La distribución del envejecimiento dentro de España, no es uniforme. Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia encabezan la lista de Comunidades Autónomas más envejecidas, con tasas superiores al 20% (Figura 3).

Figura 3: Porcentaje de personas mayores por Comunidades Autónomas año 2009.



Fuente: INE: INEBASE: Padrón Municipal de Habitantes 2009.

Según el INE, "Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2012", en Castilla y León hay 585.935 personas de 65 años o más cuya distribución se puede ver en la tabla 1. En dicha tabla se puede ver reflejado que asistimos también a un aumento del número de mujeres mayores respecto a los hombres.

Tabla 1: Población mayor de 65 años existente en Castilla y León distribuida por edad y sexo, a fecha 1 de Enero del 2012.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
65-69 años	134.890	65.883	69.007
70-74 años	110.366	51.541	58.825
75-79 años	129.579	57.240	72.339
80-84 años	106.919	43.795	63.124
85 años y más	104.181	35.479	68.705
Total	585.935	253.935	332.000

Fuente: INE: padrón Municipal de Castilla y León.

Este envejecimiento de nuestra población refuerza el interés de alcanzar un mayor conocimiento de las patologías, que se dan con mayor frecuencia en este grupo de edad, a fin de poder lograr una mejor atención de los mismos.

2.2.3 Envejecimiento en la Provincia de Valladolid.

En la tabla 2 podemos ver la distribución de la población anciana en la Provincia de Valladolid que no difiere del resto de las provincias de la Comunidad. El número de mujeres va aumentando respecto a los varones según nos acercamos a edades más longevas, motivado por la mayor mortalidad entre los varones en esta población que es motivo de estudio.

Tabla 2: Población mayor de 60 años existente en la Provincia de Valladolid distribuida por edad y sexo, a fecha 1 de Enero del 2012.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
65-69 años	28.962	13.920	15.042
70-74 años	21.224	9.930	11.294
75-79 años	21.448	9.399	12.049
80-84 años	16.632	6.649	9.983
85 años y más	15.461	4.844	10.617
Total	103.727	44.742	58.985

Fuente: INE: padrón Municipal de Castilla y León.

2.3 El envejecimiento cutáneo.

El envejecimiento es un fenómeno complejo que define los cambios que se observan a través de la vida del organismo, representa un desgaste biológico a nivel celular, que provoca la senectud celular y/o la muerte. El envejecimiento se contempla por muchos como un mecanismo preventivo del cáncer ya que el ADN genómico se está continuamente dañando por el impacto ambiental así como por el metabolismo oxidativo interno y al mismo tiempo la capacidad de reparación de ADN se deteriora con la edad, si no se repara convenientemente el daño del ADN puede llevar a la formación de mutaciones en la división de células y eventualmente al cáncer. Además, el daño acumulativo al ADN interfiere eventualmente con las funciones correspondientes de los genes y las proteínas que provocaran la incapacidad de la célula para dividirse o llevar a cabo sus funciones diferenciadas y llevará al fallo homeostático. Existe una correlación directa entre la capacidad de reparación del ADN y la duración de la vida de las especies, y una correlación inversa entre la duración de la vida y el metabolismo del organismo. Por tanto,

el proceso del envejecimiento parece estar influenciado por el desgaste de las agresiones externas y internas, y el ratio de envejecimiento parece estar determinado al menos en parte por el daño continuado del ADN y su capacidad de reparación⁵.

El tegumento cutáneo es el indicador más visible de la edad. La piel tiene como mínimo tres funciones trascendentales⁶:

- Es una barrera protectora entre el medio interno y el mundo exterior.
- Desempeña un papel importante en la regulación homeostática, prevención de pérdida de fluidos, electrolitos y proteínas.
- Es un componente dinámico de varios sistemas orgánicos, como son sistema inmunológico, endocrino y metabólico.
- Mantiene la temperatura.

La integridad cutánea es esencial para la protección de la invasión microbiana, la radiación ultravioleta (UV), las temperaturas extremas, mecanismos traumáticos y toxinas químicas, entre otros. Muchos pacientes mayores, presentan alteraciones dermatológicas como una consecuencia del proceso propio del envejecimiento, que en ocasiones pueden convertirse en lesiones patológicas^{7,8}.

El envejecimiento es un proceso muy complejo que define cambios a todos los niveles del organismo, entre ellos la piel, pero a diferencia de otros sistemas, la piel está en contacto con el medio ambiente y como consecuencia de ello recibe la influencia de factores exógenos, fundamentalmente de la radiación solar UV. Por tanto, en el envejecimiento cutáneo intervienen cambios fisiológicos intrínsecos combinados con agresiones ambientales. En cualquier grupo de pacientes adultos, a la patología prevalente se añaden nuevos problemas debidos al paso del tiempo, a la exposición solar y a la toma o aplicación de fármacos relacionados con otras patologías concomitantes que suelen tener los ancianos.

2.3.1 Cambios fisiológicos de la piel asociados a la edad.

Macroscópicamente el envejecimiento cutáneo se caracteriza por el desarrollo de un estado de sequedad de la piel, que se asocia a una laxitud, pigmentación irregular y diversos tipos de lesiones proliferativas^{9,10}. El envejecimiento intrínseco afecta tanto a la piel fotoexpuesta como a la piel protegida del sol. Los procesos involutivos de la piel afectan tanto la epidermis, como la dermis y los anejos cutáneos.

2.3.1.1 Cambios en la epidermis.

La epidermis se regenera hasta la muerte, pero con el transcurso de los años disminuye la capacidad de reproducción celular (lo que se conoce como “turnover”) y la vida media de los queratinocitos epidérmicos. El grosor de la epidermis disminuye por una menor producción de queratinocitos, lo que confiere a la piel del anciano un aspecto traslúcido que deja ver las estructuras adyacentes y facilita la absorción transcutánea de sustancias como pueden ser los fármacos tópicos¹⁰. Los queratinocitos también pierden su polaridad normal, esto altera la arquitectura de la epidermis y favorece las neoplasias.

La unión dermoepidérmica se aplana debido a la retracción de los procesos interpilares de la epidermis así como de las microproyecciones de las células de la membrana basal en la dermis¹¹. Este hecho explicaría la mayor prevalencia de ciertas enfermedades ampollasas en los ancianos.

Los cambios epidérmicos de la función inmune relacionados con la edad incluyen modificaciones morfológicas y funcionales de las células de Langerhans y una disminución de la producción y de la respuesta frente al factor activador de los timocitos de origen epidérmico⁹. Estos cambios pueden predisponer a las infecciones cutáneas y a las neoplasias¹².

Se reduce el número de melanocitos, de esta manera aumenta el riesgo de neoplasias inducidas por la radiación UV.

Los mecanismos de reparación celular son más lentos en la vejez, por lo que la capacidad de recuperación frente a cualquier agresión es deficiente y se produce un aumento del tiempo de reepitelización⁶.

El envejecimiento se asocia con una disminución de lípidos en el estrato córneo que afecta a la capacidad de retener agua y como consecuencia una xerosis más o menos intensa.

La incidencia de neoplasias benignas y malignas aumenta con el envejecimiento en todos los órganos pero en especial en la piel. A esto contribuyen la deficiente reparación del ADN, la insuficiente inmunoregulación, la disminución de la densidad melanocitaria, una matriz dérmica alterada y finalmente la acción acumulativa de la radiación UV¹¹.

2.3.1.2 Cambios en la dermis.

La dermis del anciano se caracteriza por ser prácticamente avascular y acelular, observándose una marcada alteración de las fibras elásticas y colágenas. El espesor dérmico disminuye hasta un 20%. Esta disminución de espesor puede manifestarse en un insuficiente aislamiento térmico¹¹. La tendencia a la hipotermia del anciano se debe a una disminución de la vasoactividad de las arteriolas dérmicas y a la pérdida del tejido celular subcutáneo. Las enfermedades crónicas pueden agravar la intolerancia al calor.

Se produce un cambio y pérdida de las fibras elásticas y colágenas, pareciendo más compactas por la disminución de los espacios interfibrilares. Los haces de colágeno están desordenados y las fibras elásticas muestran signos de elastolisis. Ello determina una dermis menos elástica, más laxa y con mayor tendencia a las arrugas.

La piel se vuelve rígida, no elástica y su capacidad de reacción frente a cualquier agresión es ineficaz, además se hace más frágil a los traumatismos externos.

Desciende el contenido dérmico de mucopolisacáridos especialmente del ácido hialurónico, disminuyendo así la turgencia cutánea.

Hay una disminución del número de mastocitos y fibroblastos, lo cual predispone a alteraciones de la respuesta inflamatoria.

2.3.1.3 Cambios en la hipodermis.

La disminución del tejido celular subcutáneo contribuirá a los problemas de termorregulación del anciano y la susceptibilidad a los traumatismos estará aumentada.

2.3.1.4 Cambios en los anejos.

Aproximadamente, en la mitad de la población, el 50% del cuerpo ha encanecido al final de la quinta década. Predominantemente afecta al cuero cabelludo pues su cociente anógeno/telógeno es superior al resto del pelo corporal. En edades avanzadas, el número de folículos pilosos disminuye modestamente. Se observa una mayor pérdida del cabello bitemporal y occipital. En el cuero cabelludo se observa la sustitución del pelo terminal por pelo velloso, lo que conduce a la calvicie. Se observa sin embargo, el aumento paradójico del crecimiento del pelo de en cejas y región auricular. Las glándulas sudoríparas disminuyen en número y también disminuye su calidad funcional, por lo cual la piel será más seca. Hay una hiperplasia de las glándulas sebáceas y por ello pueden aparecer adenomas sebáceos en la cara. Las uñas por su parte, se hacen más delgadas y frágiles, reduciendo su velocidad de crecimiento en un 50%¹¹.

2.3.1.5 Alteración de la inmunoregulación.

Se produce una disminución de la producción de citoquinas. La respuesta inmunitaria está alterada con lo cual se altera la hipersensibilidad retardada. Disminuyen el número y la capacidad funcional de las células T,

dando lugar a un aumento de las infecciones virales y micóticas y un aumento de las neoplasias. Hay una alteración funcional de las células B que puede favorecer el desarrollo de enfermedades autoinmunes.

Los corpúsculos de Meissner y Pacini disminuyen hasta un tercio de su cantidad inicial entre la segunda y la novena décadas de la vida. Esto produce una disminución de la percepción sensorial favorecerá los traumatismos por calor, presión o químicos y la reducción de la síntesis de vitamina D que favorecerá la osteoporosis y fracturas óseas.

Otro dato significativo de la piel senil, es la presencia casi constante de prurito y la mala adaptación a los cambios ambientales.

2.3.2 Fotoenvejecimiento.

La piel se encuentra en contacto directo con el medio ambiente y como consecuencia de ello recibe la influencia de factores exógenos, materializados fundamentalmente en la radiación solar UV¹³.

El fotoenvejecimiento, resulta de la combinación de los efectos del envejecimiento biológico y los efectos a largo plazo causados por la exposición a la radiación (UV) y solar¹⁴. El envejecimiento secundario a la acción solar, depende del grado de exposición a sus radiaciones a lo largo de la vida, así como de la pigmentación cutánea individual determinada por el fototipo¹⁵. Los efectos perjudiciales de la radiación UV dependen de la intensidad de la radiación en función de las latitudes terrestres en las que nos encontremos y de la reactividad individual de la piel en los diferentes fototipos cutáneos, determinados genéticamente. El proceso fisiopatológico del envejecimiento en general y del cutáneo en particular, deriva en gran parte de una anormal regulación de los mecanismos moleculares específicos implicados en el mantenimiento de la integridad del tejido conectivo cutáneo. Estos mecanismos son los que permiten que las células cutáneas estén conectadas entre sí y con su medio ambiente¹⁵.

En la última década, se han realizado avances importantes respecto al conocimiento de los mecanismos moleculares implicados en el fotoenvejecimiento, en parte motivado por un aumento de la esperanza de vida. La radiación UV desencadena una secuencia compleja de respuestas moleculares específicas que dañan el tejido conectivo de la piel. Estos procesos moleculares derivan de la capacidad de la radiación UV de explotar la altamente evolucionada maquinaria celular que regula las respuestas de las células a los estímulos extracelulares fisiológicos y del entorno¹⁵. La maquinaria celular intermediaria entre el daño de la radiación UV y el tejido conectivo cutáneo incluye receptores superficiales de las células, transductores de la señal de la proteinquinasa, factores de transcripción y enzimas que sintetizan y degradan las proteínas de la dermis que confieren fuerza y resistencia a la piel.

El fotoenvejecimiento afecta a las zonas de piel expuestas al sol. El aspecto clínico del fotoenvejecimiento se caracteriza por un engrosamiento de la piel y por la presencia de arrugas finas y profundas, sequedad, flaccidez y aspereza de la piel, y cambios en la coloración de la piel (con hiper/hipopigmentaciones) y por la aparición de queratosis actínicas, léntigos solares, hipopigmentaciones en gotas y telangiectasias^{12,16,17}.

Según la gente envejece sus posibilidades de desarrollar enfermedades relacionadas con la piel aumentan. Hay dos tipos de envejecimiento: 1) envejecimiento intrínseco, que incluye aquellos cambios que se deben a la madurez normal y que ocurre en todos los individuos y 2) el envejecimiento extrínseco, que se produce por factores extrínsecos tales como la exposición a la luz UV, el tabaco y la contaminación ambiental. Muchos cambios histológicos ocurren con el envejecimiento y fotoenvejecimiento. Además, la disminución de la movilidad, alteraciones inducidas por fármacos y las incidencias incrementadas de muchas enfermedades crónicas están entre las razones por las que los ancianos tienen un riesgo mayor de las enfermedades de piel. La arteriosclerosis, la diabetes mellitus, el VIH, la insuficiencia cardíaca son ejemplos de procesos de enfermedades que

pueden ser perjudiciales para la piel. Estas enfermedades se saben que impiden la eficiencia vascular y disminuyen la repuesta inmune, disminuyendo por tanto la capacidad de curación¹⁸.

La severidad del envejecimiento precoz depende de la vulnerabilidad y de la capacidad de reparación frente a la agresión solar de cada individuo. Histológicamente, los cambios epidérmicos y dérmicos de la piel envejecida por la exposición solar crónica son sólo más intensos y precoces que los producidos por el envejecimiento natural¹¹. Pese a los indudables efectos positivos de la radiación UV, entre los que cabe destacar su papel fundamental en la síntesis de vitamina D, destacan como efectos perjudiciales a nivel cutáneo entre otros: los efectos cutáneos agudos como son eritema o quemadura solar, reacciones fototóxicas o fotoalérgicas; fotoenvejecimiento o dermatoheliosis caracterizada por la aparición prematura de arrugas, atrofia cutánea y otras alteraciones; desarrollo de lesiones cutáneas premalignas y malignas; alteración del sistema inmunológico y de la respuesta inmunitaria local ; reacciones anormales cutáneas y extracutáneas en sujetos con ciertas patologías¹³.

A pesar de los estudios existentes para intentar minimizar los efectos del envejecimiento, la principal estrategia continua siendo la prevención.

2.3.3 Dermatoporosis.

El término dermatoporosis^{19,20}, se ha propuesto para definir los cambios estructurales y degenerativos cutáneos que aparecen con la edad. Los primeros signos y síntomas aparecen a partir de los años 60 y se manifiestan por completo entre los 70 y 90 años. Dicho término, nace con la finalidad de describir la insuficiencia/fragilidad cutánea crónica caracterizada por una atrofia extrema de la piel. Se asocia con la edad avanzada, la acumulación de la exposición solar, pero también asociado al tratamiento con terapia corticoidea tanto sistémica como tópica así como posiblemente otros tipos de tratamientos²⁰. Es una denominación equiparable a osteoporosis^{19,20},

de hecho, refleja que se produce como consecuencia de una progresiva disminución de los principales elementos estructurales que componen la piel. Se manifiesta en forma de cambios tanto morfológicos como de la funcionalidad de la piel. Dentro de los signos morfológicos de la dermatoporosis se incluyen la presencia de púrpura senil, la atrofia cutánea y las cicatrices. Existe una pérdida de la función de protección de la piel.

La prevalencia no ha sido evaluada, aunque recientemente se ha publicado un estudio realizado sobre ancianos franceses dando cifras próximas al 30%²¹

Se puede clasificar en 4 estadios clínicos^{19,22}: El estadio I se caracteriza por la presencia de púrpura senil, atrofia cutánea y cicatrices. El estadio II, además, asocia algunas laceraciones localizadas. El estadio III asocia múltiples laceraciones y retraso de la cicatrización. El estadio IV asocia hematomas profundos disecantes que evolucionan hacia amplias zonas de necrosis.

La prevención y tratamiento de la dermatoporosis, implica medidas a largo plazo, dado que cualquier beneficio significativo no se puede obtener en menos de varios meses de la intervención y cualquier reversión o mejoría implica una constancia en el tratamiento aplicado. Debería insistirse en minimizar la exposición solar o tomar las medidas protectoras, también, ante determinadas terapias tópicas como es el caso del tratamiento corticoideo prolongado se deberían usar medidas oportunas como puede ser el uso de emolientes a fin de regenerar la barrera epidérmica en la mayor medida posible¹⁹

2.4 Principales Dermatosis en el anciano.

No existe ninguna enfermedad cutánea exclusiva de la vejez, sin embargo si que hay procesos más frecuentes en este grupo de población. Las enfermedades cutáneas más habituales en este grupo están condicionadas

por los siguientes factores: las alteraciones de la estructura y función de la piel condicionadas por el envejecimiento natural; las alteraciones debidas al efecto acumulativo de las radiaciones actínicas, ionizantes y carcinógenos químicos; las alteraciones relacionadas con el envejecimiento de otros órganos que repercuten en la piel; las alteraciones debidas a factores psicológicos que a veces hacen que exista una fijación por patologías banales o por el contrario una demora en consultar algunas lesiones; y los factores sociales como la pobreza y el hecho de vivir solos (puede condicionar una mala higiene, una malnutrición y dificultades para el seguimiento del tratamiento)¹⁰.

La frecuencia de las enfermedades cutáneas se incrementa con la edad, de modo que a los 70 años, un 70% de estos pacientes presentan algún tipo de problema dermatológico o varios de manera simultánea²³. Por lo general no son procesos graves pero conllevan una significativa morbilidad y una disminución importante de la CV del paciente. Entre las lesiones más frecuentes destacan la elastosis solar, la xerosis cutánea y las neoplasias cutáneas benignas. Los tumores cutáneos benignos son muy habituales y entre ellas las queratosis seborreicas, de manera que la mayoría de los individuos mayores de 50 años tiene al menos una²³. Muchos tipos de cáncer de piel ven incrementada su incidencia con la edad. Este tipo de neoplasias están relacionado fundamentalmente con la radiación UV¹⁶.

La piel del anciano reacciona con menor intensidad que la piel joven ante los estímulos irritativos y los vasos sanguíneos se dilatan en menor proporción ante estímulos químicos o ante la exposición solar. Esto hace que erupciones que suelen aparecer como la psoriasis o el eczema, sean más difíciles de identificar en este grupo poblacional. Las erupciones suelen tender a ser más pruriginosas, en parte debido a la deshidratación de las capas cutáneas más superficiales. La xerosis y el prurito son las afecciones dermatológicas más comunes pudiendo ser el 80% de las demandas dermatológicas de los pacientes ancianos. Dermatitis inflamatorias tales

como eczema, psoriasis y dermatitis seborreicas son también muy frecuentes^{6,24}.

Los estudios existentes con la finalidad de mostrar las patologías cutáneas más frecuentes en la senectud son escasos, las series más amplias se han estudiado en poblaciones no europeas y tenemos que tener en cuenta que las poblaciones de estudio ya que presentan características diferentes. A pesar de que los problemas dermatológicos encontrados son variables en los Países Occidentales la patología dermatológica más frecuente son los tumores cutáneos^{25,26}. Sin embargo las dermatosis inflamatorias suelen ser uno de los diagnósticos más frecuentes encontrados^{24,27-29}.

Con todo lo mencionado anteriormente, podemos decir que la dermatología geriátrica es muy amplia. Vamos a comentar determinados aspectos que creemos de interés en pacientes mayores. No pretendemos hacer una revisión exhaustiva de la misma, sino describir determinadas características concretas con la finalidad de poder comentar el estudio llevado a cabo.

2.4.1 Prurito.

2.4.1.1 Concepto y mecanismos del prurito.

El prurito o picor se define como una sensación cutánea desagradable que produce el deseo de rascado^{30,31}. El prurito es el síntoma predominante de las enfermedades cutáneas^{30,32}, es una sensación subjetiva experimentada siempre en la piel o en mucosas relacionado con la actividad del sistema nervioso central o periférico³³. En su valoración es necesario considerar el componente subjetivo.

El prurito puede ser clasificado según la localización o según la existencia o ausencia de lesiones cutáneas primarias. En muchas ocasiones sólo encontramos señales de rascado. El prurito sin lesiones cutáneas

manifiestas, con o sin lesiones de rascado crónico o fricción se denomina primario o prurito *sine materia*^{30,31,34}. Aquel prurito que aparece en el curso de una dermatosis se denomina secundario^{30,31,34}. A su vez, según el tegumento de superficie cutánea afectada puede ser: generalizado o localizado.

Para percibir la sensación de prurito se requiere un estímulo periférico fisiológico o patológico, un receptor, la integridad de la vía nerviosa aferente y la capacidad de percepción del SNC³¹. La aplicación de un estímulo capaz de causar prurito, puede dar lugar a dos tipos diferentes de respuestas³⁰:

- Un prurito bien localizado en el lugar de estimulación, que persiste durante un breve espacio de tiempo cuando la fuente de prurito desaparece.
- Un prurito difuso, sin localización concreta y que aumenta de intensidad al mínimo estímulo.

El conocimiento de los mecanismos nerviosos implicados en el picor es precario, dada la ausencia de modelos experimentales adecuados^{30,33}. Gran parte de la fisiopatología del prurito es conocida a partir de estudios sobre el dolor, ya que el prurito comparte con el dolor muchos mecanismos fisiológicos^{30-33,35,36}.

Los receptores de prurito son terminaciones nerviosas libres, fibras amielínicas polimodales tipos A y C delgadas, que se encuentran cerca de la unión dermoepidérmica, en la dermis papilar^{31,33}. En esta misma localización están los receptores del dolor. La activación de los nervios cutáneos aferentes puede inducir sensaciones de tacto, “cosquillas”, dolor o picor. La integridad de la parte superficial de la piel es esencial para la inducción del picor³³.

El prurito al igual que otros estímulos sensitivos, se transmite a través de fibras amielínicas polimodales C y puede que también fibras A delta, hasta el ganglio raquídeo, continúa hacia el asta dorsal de la médula espinal, donde se produce la sinapsis de la segunda neurona³⁰⁻³³. Desde aquí y a través del

por el haz espinotalámico anterior contralateral, asciende al tálamo donde se haya la tercera neurona. Desde éste es transmitido hasta la corteza cerebral, donde se hace consciente. Este tracto tálamo-cortical, no ha sido identificado de forma precisa^{30,32}. La respuesta motora de rascamiento que se origina estimula fibras sensitivas de tipo A adyacentes a las que conducen el prurito y que en la médula espinal hacen sinapsis con interneuronas, que inhiben el estímulo de las fibras C y reducen en parte la sensación de prurito³².

La sensación pruriginosa es la respuesta a uno o más mediadores liberados o activados en la piel³², que actúan de enlace entre el estímulo y las terminaciones nerviosas libres de la unión dermo-epidérmica^{32,33}. También la presencia de ciertas sustancias en la piel pueden actuar indirectamente al liberar mediadores^{30,32}. Múltiples mediadores químicos han sido implicados en la génesis del prurito, aunque únicamente está comprobado el papel de la histamina, sintetizada y almacenada en los mastocitos cutáneos^{30,32,36,37}. A pesar de que se han identificado tres subclases de receptores para la histamina (H1, H2, y H3), solo los dos primeros están presentes en la piel humana, comprobándose que el receptor H1 está implicado en el prurito inducido por la histamina. Otros mediadores como la serotonina, sustancia P, proteasas, cininas, prostaglandinas, péptidos opiáceos, etc, intervienen en la producción del prurito en menor o mayor grado, dependiendo de la causa que lo origine, muchos de ellos actúan a través de la liberación de histamina^{30,36,38}. Los péptidos opiáceos han sido implicados en la percepción del picor a nivel del SNC y como posible mediador directo³⁰.

2.4.1.2 El proceso diagnóstico del prurito.

Ante un paciente con prurito, además de valorar si es localizado o generalizado hay que determinar inicialmente la ausencia o presencia de lesiones cutáneas que permitan realizar el diagnóstico cutáneo de la enfermedad de base^{31,34,39}.

Las lesiones halladas pueden permitirnos realizar el diagnóstico cutáneo de la enfermedad de base por ser específicas, o ser inespecíficas secundarias al rascado: equimosis por frotamiento intenso, hiperemia reactiva, alopecia o pelos cortos, excoriaciones, liquenificaciones, láminas ungueales con bordes libres biselado^{31,34,39}. En caso de ausencia de lesiones hay que pensar la posibilidad de una enfermedad sistémica^{30,31,39}.

Si el prurito se mantiene durante más de 3 semanas, sin causa justificada, y sin estar asociado a lesiones, se define como un prurito de origen indeterminado³⁷.

Para poder tratar el prurito en la práctica clínica diaria, debemos intentar establecer un diagnóstico lo más aproximado posible³⁸. Una revisión por aparatos puede revelar síntomas o signos relacionados con la posible existencia de una alteración sistémica, necesitando en ocasiones estudios complementarios de laboratorio y/o radiológicos.

Es necesario elaborar una historia clínica detallada⁴⁰. Para ello necesitamos realizar una anamnesis por aparatos y además de recoger datos como^{39,41}:

- Dónde se ha iniciado el prurito.
- Forma del inicio del mismo (abrupto, gradual, insidioso).
- Naturaleza (continuo, intermitente, semejanzas con pinchazos, picaduras...).
- Ritmo y periodicidad (cíclico, diurno, nocturno, por las tardes, con el frío o calor...).
- Episodios similares.
- Intensidad (preguntando por interferencias con el sueño).
- Toma de fármacos.
- Enfermedades asociadas.

Otra labor importante a realizar es una exploración física para buscar lesiones cutáneas e identificar cualquier lesión primaria diagnóstica.

2.4.1.3 El prurito en el anciano.

La fisiología del prurito asociada a la piel senil, todavía es desconocida⁴². En el proceso fisiológico del envejecimiento cutáneo se produce una disminución en el contenido de agua y lípidos, así como de la producción de sebo y sudoración resultando en una piel más seca⁸. Desde el punto de vista morfológico o funcional aparentemente no hay cambios en las terminaciones nerviosas asociados a la edad. Sí parece existir una disminución de la respuesta axonal al dolor y al tacto ligero, pero la disfunción neural sigue siendo desconocida. Tampoco hay estudios que avalen la hipótesis de que con la edad se produce una alteración del contenido de los neuropéptidos, ni de que se modifique el umbral de descarga. La histamina está disminuida en la piel senil. Se ha especulado sobre si existen cambios en la producción, en la liberación o en el aclaramiento de estas sustancias⁴².

El prurito en el anciano, al igual que en la población general, es de origen multifactorial^{30-32,36}. Y suele estar relacionado con factores como son la xerosis, la disminución de aportes alimenticios, defectuosas condiciones higiénicas, polimedicación y enfermedades sistémicas y /o metabólicas.

Cerca del 50% de las personas mayores de 70 años sufre prurito generalizado o muy molesto en alguna de las últimas décadas de su vida^{31,32}. En algunos casos está implicado una dermatosis primaria oculta o un trastorno sistémico subyacente, otra causa a descartar es el uso de fármacos³⁹.

En el paciente anciano el estímulo inicial^{31,32} puede ser una irritación mecánica, eléctrica, química o térmica de poca intensidad; la liberación de mediadores químicos periféricos o un aumento de la sequedad cutánea, circunstancia está bastante frecuente en ancianos.

2.4.1.4 Causas de prurito en el anciano.

De manera resumida, hemos clasificado de modo esquemático las causas de prurito más frecuentes en los ancianos.

2.4.1.4.1 Prurito generalizado sin lesiones cutáneas diagnósticas.

- **Sequedad cutánea o xerosis.**

La sequedad cutánea generalizada o xerosis afecta al menos al 75% de las personas mayores de 65 años^{31,43} y es probablemente la causa cutánea más frecuente de prurito en la vejez sin lesiones cutáneas llamativas. Clínicamente se caracteriza por una piel áspera^{37,41} debida a una alteración del manto graso de la piel, que puede ser secundaria a un proceso patológico (dermatosis o enfermedad sistémica) o bien consecuencia del envejecimiento cutáneo fisiológico, lo que se conoce como prurito senil³¹. Esta sequedad se manifiesta primero en las extremidades inferiores y progresa posteriormente al resto de la superficie corporal, afectando más frecuentemente los antebrazos y manos. Se agrava con la sequedad ambiental como consecuencia de una disminución de la humedad, hábitos higiénicos, y determinadas medicaciones orales o tópicas^{30,31,40,44}.

- **Enfermedad hepatobiliar.**

Tanto las enfermedades hepáticas como extrahepáticas que cursan con colestasis en el anciano son causa de prurito^{30,31,37,39}. Dentro del primer grupo destaca el carcinoma hepatocelular, la cirrosis biliar primaria (más frecuente en mujeres) y las hepatitis. Dentro del segundo grupo se incluye la coledocolitiasis. Destacar el papel que juegan ciertos fármacos en la producción de colestasis secundaria y que puede ser causa de prurito (como es el caso de la tioridacina). En su etiología se han implicado a los ácidos y a las sales biliares aunque todavía no se puede hablar de una implicación definitiva^{30,31,36,37,39}.

- **Insuficiencia renal crónica.**

Resulta una causa de prurito persistente en ancianos^{30,31,37} tanto en los sometidos como no a hemodiálisis, llegando en cifras globales a padecerlo el 80% de todos los pacientes sometidos a hemodiálisis^{30,36}. Puede llegar a ser tan intenso que cause ciertas dermatosis como un prurigo nodular o un daño en el tejido conectivo dérmico³¹. En los pacientes ancianos con este tipo de patología juega un papel destacado la sequedad cutánea que produce la propia insuficiencia renal crónica^{31,41}.

- **Enfermedades endocrinas y metabólicas.**

El hipotiroidismo se asocia muy frecuentemente a prurito muy intenso debido a la sequedad cutánea que presentan estos pacientes (secundario a una hipohidrosis por presentar una disminución global del calor y a la menor secreción sebácea de la piel)^{30,36}. El Hipertiroidismo se asocia con menor frecuencia a prurito generalizado, aunque no así al localizado en el área genital^{30,36}, y la causa parece ser un aumento de la temperatura cutánea que secundariamente produce una disminución del umbral pruriginoso. La diabetes mellitus se ha considerado tradicionalmente causa importante de prurito, pero parece que hoy en día no está tan clara su implicación en dicha asociación^{30,31,35,36,41}, siendo baja la incidencia del prurito en esta enfermedad (aproximadamente 3%); tampoco existe una asociación entre la severidad del prurito y de la diabetes³⁵, aunque sí en la producción de prurito localizado a nivel anal y genital secundario por lo general a infecciones candidiásicas^{30,31,36,41}.

- **Enfermedades hematológicas y linfoproliferativas.**

Se suele asociar a enfermedades tales como:

- Policitemia vera: en un 50% de los pacientes el prurito puede ir precediendo (a veces en años) a la enfermedad, puede aparecer tras el baño o la ducha que es independiente de la temperatura del agua y pudiendo durar de 30 a 60 minutos^{30,31,35,36}.

- Enfermedad de Hodgkin: el prurito puede acompañar a un 10% de los pacientes al comienzo de la enfermedad ^{30,33,35,37}. Anemia ferropénica: es controvertido el papel que juega el déficit de hierro en el prurito, pero sí que es frecuente que los pacientes con esta deficiencia padezcan prurito ^{32,35,36}. Mastocitosis.

- **Neoplasias internas.**

En relación sobre todo con adenocarcinomas y carcinoma de células escamosas de diversos órganos ^{31,36}.

- **SIDA.**

Es posible que el cambio en los hábitos de contagio de esta enfermedad a través de relaciones sexuales de riesgo, haya contribuido a la aparición de un mayor número de pacientes ancianos con esta patología.

- **Enfermedades psiquiátricas y estados psicógenos.**

El diagnóstico se hace por exclusión, pero a menudo son muy evidentes las lesiones que aparecen como consecuencia del rascado crónico e intenso ^{30-32,36}.

2.4.1.4.2 Prurito generalizado con lesiones cutáneas diagnósticas.

- **Dermatitis eczematosas.**

- Dermatitis de Contacto: pueden ser alérgicas o irritativas. Clínicamente son idénticas y a veces en el anciano resulta difícil de diagnosticar porque la respuesta inflamatoria de la piel puede estar alterada ^{30,31,42,43,45}.
- Eczema numular: en ancianos desempeña un papel muy destacado en su desarrollo la xerosis ^{31,43}. Eczema gravitacional: acompaña a la hipertensión venosa crónica y es muy frecuente en el anciano ^{31,43}. Eczema craquelé o asteatósico: es una

complicación de la xerosis, la cual siempre le precede. Aparece especialmente en invierno, en personas que se encuentran con bajo grado de humedad, que se bañan frecuentemente o que no usan emolientes^{31,43}.

- Dermatitis seborreica: la incidencia varía en el anciano y la etiología es desconocida^{31,43}.
- Liquen crónico simple: placa muy pruriginosa resultante del rascado crónico^{31,39,43} Dermatitis atópica: rara en personas mayores. El diagnóstico sólo se hará ante la existencia personal de otros trastornos atópicos o en presencia de estigmas de atopia^{31,43}.

▪ **Infestaciones.**

Destacar la escabiosis. En personas mayores a veces es difícil su diagnóstico debido a la distinta respuesta inmunológica, la escabiosis suele presentarse de forma variable y atípica^{31,42,43,46}.

▪ **Liquen plano.**

De etiopatogenia desconocida, aparece con mayor frecuencia en situaciones de estrés³¹

▪ **Erupciones liquenoides.**

Se producen tras la administración de determinados fármacos³¹.

▪ **Enfermedades ampollosas.**

La primera manifestación de un penfigoide ampolloso, puede ser un prurito generalizado que incluso lo precede durante varios meses^{31,39,47}. El penfigoide ampolloso de Lever es propio de adultos y ancianos, siendo el 65% de los pacientes mayores de 60 años^{31,44}. Se atribuye a un mecanismo autoinmune⁴⁸.

- **Infecciones.**

En el anciano destacan las candidiasis cutáneo-mucosas: son frecuentes en el anciano por la existencia de un déficit en el flujo vascular cutáneo y una mala función inmunitaria^{43,47}. Existen muchas formas clínicas pero destaca el intertrigo candidiásico de los grandes pliegues^{43,47}.

- **Urticarias.**

En este grupo de edad, las reacciones urticariformes son más frecuentes por fármacos que por alimentos.

- **Reacciones adversas a fármacos.**

Prácticamente el 90% de los ancianos recibe tratamiento con alguna medicación o están polimedicados, lo cual es causa del llamado “prurito farmacológico”. Algunos fármacos son responsables del picor por su capacidad de liberar histamina⁴⁹. La retirada del fármaco responsable puede preceder a la resolución de los síntomas en varias semanas.

2.4.1.4.3 Prurito localizado.

Tanto el prurito anal como vulvar suelen ser frecuentes en ancianos e influido por los hábitos higiénicos. Hay que descartar otras enfermedades. También pueden estar influenciados por factores psicógenos^{30,31,39,41}.

2.4.2 Dermatitis Eczematosas.

Las dermatitis eczematosas, suponen aproximadamente el 38% de la patología dermatológica en los ancianos. La mayoría de ellas cursan con prurito como manifestación clínica principal^{30,36}. Hay diferentes clases de dermatitis eczematosas en los ancianos:

2.4.2.1 Dermatitis de contacto.

Son respuestas inflamatorias de la piel ante un antígeno (dermatitis de contacto alérgica) o agente irritante (dermatitis de contacto irritativa). Es difícil de diferenciar en la población geriátrica si es de un tipo u otro.

Es más frecuente en adultos jóvenes, pero en los ancianos, también se observa, debido al uso de medicación tópica y a la exposición acumulativa de alérgenos a lo largo de la vida. La piel envejecida, presenta una disminución significativa del número de células de Langherans, también, los Linfocitos T y los macrófagos han perdido ciertas capacidades funcionales, por lo que se da una menor respuesta inmunitaria cutánea y sistémica y existe una disminución de la respuesta inflamatoria^{43,50}. La piel del anciano es más propensa a retener alérgenos e irritantes, debido entre otras causas a la disminución de las células epidérmicas.

El uso de medicación tópica en rangos de edades por encima de los 60 años, para problemas como úlceras varicosas, dermatitis de estasis, dolores osteomusculares, influyen en gran parte la posibilidad de alérgenos que se manifiestan en los ancianos⁴⁵. Más de un 81% de los pacientes tratados por úlceras en los pies desarrollan un dermatitis de contacto por el uso de medicación tópica⁶. Los colirios, son otro de los grupos de medicación tópica que puede dar problemas en estas edades, debido a los antibióticos que contienen, o a determinados conservantes. La dermatitis puede llegar a hacerse crónica.

Además, debido a la sensibilización tópica existente en ellos, pueden existir problemas de reacción cruzada con la ingesta de medicamentos⁴⁵.

En este colectivo, también son más prevalentes los procesos de fotosensibilización por fármacos, debido al uso principalmente de antiinflamatorios, antihipertensivos, hipolipemiantes, etc...⁴⁵.

La dermatitis de contacto irritativa, va a depender de la susceptibilidad individual para desarrollar irritación cutánea, así como de numerosos factores exógenos y endógenos⁵⁰.

Las lesiones, suelen ser extensas y simétricas, pruriginosas, con tendencia a la persistencia, además, debido a la alteración de la piel que presentan las personas mayores puede existir un fenómeno de acostumbamiento o de tolerancia: el denominado endurecimiento cutáneo o "*skin hardening*"⁵⁰.

Es importante el realizar una buena historia clínica, con la finalidad de poder diagnosticar de una manera correcta una dermatitis de contacto; insistir en la toma de fármacos, medicación tópica y el uso de jabones o sustancias irritantes y/o abrasivas.

2.4.2.2 Dermatitis Atópica.

Es rara en las personas ancianas³⁰. Por lo general existe historia previa de atopia con lo cual es preciso un interrogatorio dirigido para su diagnóstico^{43,51}. Con el paso del tiempo disminuyen el número de exacerbaciones, así como la extensión de las mismas pero también, se puede poner de manifiesto por primera vez a estas edades^{43,52}. El cuadro clínico, consistirá en sequedad (la existencia de xerosis agrava los brotes de dermatitis atópica), piel descamativa con prurito muy intenso desproporcionado para las lesiones existentes⁴³. El prurito es un componente tan importante, que se puede decir que el diagnóstico activo de dermatitis atópica no es posible sin su existencia. Puede ser constante o sobrevenir a modo de brotes^{53,54}.

Hay que tener en cuenta que cuando coexisten ciertas enfermedades concomitantes con una base de atopia, como pueden ser enfermedades asmáticas con patología cutánea, con el paso del tiempo mejora sólo la patología dermatológica⁴³.

2.4.2.3 Dermatitis seborreica.

Aunque la dermatitis seborreica afecta a todos los grupos de edad, puede aumentar a medida que se envejece^{43,55}. Este aumento es mayor en los hombres que en las mujeres. Tiene una prevalencia del 31% en personas de este grupo de edad⁶. La etiología es desconocida^{43,55}. La dermatitis seborreica, suele afectar a zonas en las cuales las glándulas sebáceas son más prominentes, como son el cuero cabelludo, las orejas, el surco nasogeniano y el área medioesternal^{43,50}, sin embargo, en los ancianos, pueden darse otras localizaciones como es la región genitocrural, pubis, región glútea, pliegues, abdomen, axilas^{39,43,55,56}. Es una enfermedad crónica, pero puede cursar con exacerbaciones importantes. Puede aumentar en las personas encamadas o muy enfermos^{43,50,57} con la toma de determinados fármacos, estrés, asociado a enfermedades, cambios de temperatura entre otros^{16,43,50,55,56}. Cursa con Prurito^{50,55,57}.

2.4.2.4 Eczema Numular.

Consiste en placas eritematosas más o menos descamativas, en forma de monedas de 1 a 5 centímetros de diámetro intensamente pruriginosas que a veces pueden confundirse con placas de psoriasis, afecta más a las extremidades y en los ancianos puede desarrollarse sobre zonas de xerosis^{6,43,58}. En estas edades es más frecuente en los varones⁵⁸. El Eczema numular puede ocasionalmente ser una manifestación retrasada de la dermatitis atópica, aunque como se ha mencionado, la atopia es poco frecuente en estos pacientes. Ante lesiones numulares persistentes es necesario el considerar una asociación con la enfermedad de Bowen o basocelular superficial. Puede existir una sobreinfección bacteriana secundaria que debe tenerse en consideración a la hora de instaurar el tratamiento correspondiente^{18,43}.

2.4.2.5 Liquen Crónico Simple.

Es una placa circunscrita, intensamente pruriginosa que suele ser el resultado del rascado intenso⁴³.

Puede existir historia previa de estrés e incluso de prúrigo, lo cual da como resultado secundario las lesiones del liquen crónico simple.

2.4.2.6 Prúrigo Nodular.

Clínicamente se caracteriza por nódulos muy pruriginosos, en ocasiones pueden asociarse a erupciones eczematosas y en un 20% de casos la picadura de un insecto puede ser la forma de inicio. La causa es desconocida, aunque el estrés emocional puede contribuir en muchos casos a su aparición. Puede ocurrir a cualquier edad, pero lo más frecuente es que aparezca entre los 20 y los 60 años sin preferencia por ningún sexo⁵⁷.

2.4.3 Infecciones.

Los ancianos presentan un incremento de la susceptibilidad a infecciones cutáneas por cambios anatómicos relacionados con la edad, psicológicos y medio ambientales. Los tipos de microorganismos que pueden causar estas infecciones son diversas, incluyendo bacterianas, víricas y fúngicas así como otros parásitos. Dichas infecciones pueden cursar con signos y síntomas atípicos, lo cual lleva a un retraso en el diagnóstico y por tanto en el tratamiento de las mismas⁵⁹. Dentro de los procesos infecciosos que pueden sufrir los ancianos, vamos a mencionar solo los más frecuentes.

2.4.3.1 Infecciones fúngicas.

Los ancianos son un grupo de riesgo para las infecciones fúngicas y la presentación de las mismas a menudo difiere de la presentación en otros grupos de edades⁶⁰. Las infecciones fúngicas son más frecuentes en los

dedos y en las uñas de los pies, también son muy habituales en las zonas de los grandes pliegues, en especial en los pliegues mamarios e inguinales.

2.4.3.1.1 Dermatofitosis.

Con la edad se producen alteraciones anatómicas y fisiológicas en la piel, esto en si mismo no predispone a las infecciones micóticas, pero sí determinadas circunstancias como son: limitación de la actividad física, multimedicación, cambios higiénico-dietéticos y determinadas patologías⁶¹.

Los dermatofitos, son hongos que precisan queratina para su crecimiento, por tanto, van a producir infecciones en el pelo, las uñas y en la superficie de la piel. Son también llamadas tiñas^{61,62}.

Las infecciones por dermatofitos son frecuentes, aunque es raro que sean adquiridas en las personas ancianas y son los pies, el lugar más común de presentación en este colectivo⁴³. En este grupo, suelen tener lugar en aquellos lugares en los cuales la piel está engrosada. El tratamiento tópico debe ser riguroso para poder llegar a una resolución de las lesiones. Las dermatofitosis más características son:

a) Tiña del pie.

Este tipo de infección es relativamente frecuente en ancianos, especialmente en hombres, el porcentaje puede ser de un 80% en los mayores de 65 años⁴³.

La mayor frecuencia de diabetes, la arterioesclerosis, el mayor abrigo de los pies, la humedad de los mismos, contribuyen entre otros, a dicha parasitación⁶¹.

La localización más frecuente es en los espacios interdigitales, sobre todo a nivel de 4º espacio. En este colectivo, la infección puede ir más allá de los límites habituales, con extensión a otras zonas como puede ser el dorso

de pie y a las uñas⁴³. La maceración y la hiperqueratosis plantar contribuyen a una sobreinfección bacteriana⁴³. Es intensamente pruriginosa.

b) Tiña incógnita.

Es una infección dermatofítica que se acentúa por el uso inadecuado de corticoides tópicos, éstos favorecen el crecimiento micótico, pero enmascaran el cuadro clínico, sobre todo el componente inflamatorio, lo que dificulta el diagnóstico⁴³.

c) Tiña inguinal.

Su incidencia es mayor en varones adultos jóvenes, pero también se puede encontrar en varones en este colectivo debido a un aumento de la temperatura y de la humedad en dicha localización⁶². Puede producir prurito y escozor así como sobreinfecciones bacterianas. Sin tratamiento, pueden invadir periné y parte inferior del abdomen^{61,62}.

d) Tiña de la barba.

Son propias de varones adultos, pero también puede verse por encima de los 60 años, sobre todo en personas que mantiene contacto con animales⁶¹.

e) Tiña del cuero cabelludo y tiña del cuerpo.

La edad más frecuente de presentación es en los niños y desaparece en la pubertad, se pueden propagar fácilmente a otras personas. Esta entidad es poco frecuente entre los ancianos. De manera general, los diferentes tipos de tiña son más frecuentes en varones, excepto la tiña del cuero cabelludo.

2.4.3.1.2 Candidiasis.

El germen que con mayor frecuencia causa infecciones en este grupo es la *Candida albicans*. Afecta sobre todo a las superficies mucosas, piel, pelo y a las uñas⁶⁰.

Hay una serie de factores que facilitan su agresión y que, por determinadas características de las personas mayores, la predisposición a éste tipo de infecciones es mayor ⁶¹.

Hay factores locales que se suman como coadyuvantes en los pliegues intergluteos, inguinales, submamaros (sobre todo en mujeres mayores con mamas péndulas). Estas zonas tienen la temperatura y la humedad adecuadas para que sean caldo de cultivo para la *Candida albicans*. También puede existir extensión de estas lesiones a las zonas del escroto y periné y contaminaciones intestinales o urinarias^{60,61}. Los pacientes encamados o con parches oclusivos poseen una mayor predisposición a la candidiasis.

Las mujeres ancianas, debido a que están de manera prolongada con las manos húmedas por las labores domésticas, pueden presentar una inflamación del reborde ungueal denominado paroniquia^{43,60}.

La *C. albicans* también puede producir infección a nivel de las mucosas, sobre todo de la oral en forma de queilitis, boqueras o estomatitis, especialmente asociado al uso de dentadura postiza y al cambio fisiológico experimentado en las mucosas de estos pacientes^{43,60,61}.

Estas infecciones también se ven acentuadas, debido a factores generales como: diabetes mellitus, carencias nutricionales, corticoterapia (oral o tópica), endocrinopatías, enfermedades hematológicas, etc, que se presentan en este sector de la población^{43,60,61}.

2.4.3.2 Infecciones Bacterianas: celulitis.

Es una Infección cutánea que afecta al tejido celular subcutáneo, causada generalmente por gérmenes Gram positivos. En los pacientes ancianos, pueden faltar los signos clásicos de celulitis, lo cual lleva a un infradiagnóstico de la misma en este colectivo⁶¹, pero es importante el reconocimiento temprano por la morbimortalidad que conlleva⁶³.

Las extremidades inferiores suele ser la localización más frecuente y la puerta de entrada puede ser a través de un traumatismo local , a menudo no reconocido, o una dermatosis previa como pueden ser la *tinea pedis* o incluso la xerosis o lesiones de rascado⁶⁴.

Determinadas condiciones de los pacientes ancianos como son la insuficiencia venosa periférica y la diabetes mellitus, contribuyen a su desarrollo⁴³. Clásicamente, cuando la infección afecta sólo a la dermis y es causada por el estreptococo betahemolítico grupo A, se denomina erisipela. La localización habitual de esta infección es la cara, pero puede darse en cualquier lugar^{43,64}.

Hay infecciones bacterianas cutáneas que son causadas a partir de otros focos, como son los pacientes postoperados, colecistitis, procesos retroperitoneales⁴³.

2.4.3.3 Infecciones víricas: Herpes Zoster.

El herpes zoster (HZ) es una enfermedad viral caracterizada por dolor y erupción cutánea en uno o varios dermatomas, producida por la reactivación del virus de la varicela zoster⁶⁵⁻⁶⁸.

Se estima que cerca del 25% de las personas mayores de 65 años desarrollan una infección herpética en algún momento de su vida⁶⁹. La incidencia del HZ varía entre 3 y 5 por 1.000 habitantes/año y aumenta de manera exponencial con la edad (10/1.000 en mayores de 75 años)⁶⁶⁻⁶⁸.

Afecta principalmente a la población anciana, y por igual a ambos sexos, los pacientes inmunodeprimidos de cualquier edad, también tienen mayor riesgo de padecer herpes zoster. En las edades extremas de la vida, la infección es más grave y produce más complicaciones^{67,68}.

El herpes zoster suele comenzar en forma de parestesias, dolor o prurito en el dermatoma afecto. Los sitios más frecuentemente implicados, por

orden decreciente son: nivel torácico, nivel cervical, territorio del trigémino incluso segmento lumbosacro. Puede ser especialmente grave cuando está involucrado el nervio oftálmico^{6,65,68}.

La complicación más común que aparece por encima de los 60 años es la neuralgia postherpética, que padecen aproximadamente el 50% de los afectados^{65,68}, por tanto, es importante comenzar de manera temprana el tratamiento con antivirales, a fin de evitar complicaciones en la medida de lo posible^{65,67}, hay que tener en cuenta que en este colectivo, el tratamiento puede causar efectos adversos importantes. Por otra parte se requerirá tratamiento sintomático a fin de aliviar el dolor y el prurito⁶⁶.

2.4.4 Infestaciones.

La escabiosis o sarna puede definirse como una ectoparasitosis producida por el *scarcoptes scabiei* variedad *homini*⁷⁰. Típicamente produce un prurito intenso, sobre todo nocturno y que se acentúa con el calor^{70,71}. Las lesiones aparecen después de 3-4 semanas de contagio y se transmite por contacto directo. Son típicos los surcos acarinos, que en el adulto se suelen localizar en las muñecas, espacios interdigitales, laterales de los dedos, bordes de las manos, pies y en los varones en los genitales^{31,70,72}. Además las reacciones de hipersensibilidad que se producen dan lugar a pápulas pruriginosas que se sitúan en la axila, región de la areola, abdomen, nalgas y muslos. Pueden encontrarse lesiones secundarias al rascado^{31,70}.

En los pacientes ancianos, las formas de presentación clínica pueden ser muy variadas, con lo cual, el diagnóstico llega a ser difícil³¹. El envejecimiento cutáneo y la respuesta inflamatoria alterada contribuyen a una presentación atípica de la sarna en el anciano.

Según Lyon y Fitzpatrick⁴³ en los ancianos se pueden distinguir 3 formas de escabiosis:

2.4.4.1 Forma Críptica.

Presenta mínimas lesiones que se ponen de manifiesto por la existencia de prurito.

2.4.4.2 Escabiosis incógnita.

La falta de lesiones claras puede llevar al uso de corticoides, lo cual hace que se altere drásticamente la extensión y la distribución de los signos y además puede producirse una sobre infección, lo cual dificulta aún más su reconocimiento.

2.4.4.3 Sarna Noruega o atípica.

Suele ocurrir en pacientes inmunodeprimidos, con alteraciones sistémicas graves, diabéticos, alcoholismo, tratamientos inmunosupresores, los que presentan una alteración de la sensibilidad y los que viven en instituciones cerradas como pueden ser residencias de ancianos, hospitales o en determinadas condiciones de hacinamiento^{70,72,73}. Pueden presentar lesiones extensas costrosas que contienen una gran cantidad de ácaros, lo cual genera situaciones de alta contagiosidad. A veces existen lesiones atípicas y en sitios atípicos como son el cuero cabelludo o cara. El prurito puede estar ausente o ser mínimo^{43,70,72}.

Es importante el mantener una alta sospecha diagnóstica con el fin de instaurar el tratamiento pertinente y evitar que se produzca una persistencia y una extensión de la infestación⁷¹. Puede ser necesario el establecer diagnóstico diferencial con otras entidades nosológicas.

El tratamiento de la sarna lo debe realizar el paciente afecto y todos sus contactos, a pesar de que puedan estar asintomáticos⁷⁰. También será necesario el realizar y cumplir una serie de medidas higiénicas y un seguimiento epidemiológico de los pacientes y de todos sus contactos⁷¹.

2.4.5 Neoplasias.

Los procesos proliferativos cutáneos tienen una fuerte asociación con la exposición solar, las radiaciones ionizantes y son especialmente frecuentes en las personas mayores. A pesar de que lo más común son las lesiones benignas, los cánceres cutáneos suponen un 6% del total de las consultas dermatológicas.

2.4.5.1 Neoplasias Benignas.

Los tumores cutáneos benignos, son unas de las patologías más frecuentes, afectando casi a la totalidad en la población en la edad media de la vida⁷⁴⁻⁷⁶.

Los tumores benignos, suelen tener un desarrollo exclusivamente local, bien delimitado y de crecimiento lento y expansivo⁷⁷.

Con la edad se produce una disminución de la actividad proliferativa de la epidermis, así como una capacidad de la cicatrización de las heridas. Además, hay un desorden de la diferenciación celular y un aumento de proliferaciones focales de células y tejidos, lo cual se traduce en un aumento de neoplasias benignas⁴³.

Hay diversas clasificaciones, según sea su origen. Vamos a mencionar, los más relevantes en las personas ancianas.

2.4.5.1.1 Queratosis seborreicas.

Son los tumores epiteliales benignos más frecuentes. Reciben también el nombre de queratosis seniles o verrugas seborreicas^{43,77}.

Las queratosis seborreicas, son una proliferación de queratinocitos basaloides que se acompaña de hiperqueratosis e hiperpigmentación^{75,76}.

Aparecen mayoritariamente a partir de la cuarta-quinta década de la vida, aunque también pueden hacerlo en edades más tempranas. La incidencia es la misma en ambos sexos^{74-76,78,79}.

Se inician en forma de pequeñas pápulas de límites netos y color amarillento, que progresivamente se extienden, se elevan y pigmentan adquiriendo un color marronaceo. La consistencia es blanda con tacto untuoso, similar a la cera y suelen tener una superficie verrucosa, hiperqueratósica, con grandes surcos que se desprenden fácilmente al roce dejando una superficie blanquecina que por lo general no sangra; en otras ocasiones es lisa, brillante, con tapones córneos. El tamaño oscila entre unos pocos milímetros y 2 centímetros aunque hay lesiones de tamaño mucho mayor. Suele existir menos pelo que en la piel circundante. Con frecuencia las lesiones de manos y cara permanecen planas durante más tiempo que en el resto de las localizaciones. En los párpados, cuello y flexuras tienden a ser pediculadas y menos queratósicas, simulando fibromas péndulos^{75,80}. Pueden localizarse también de manera bilateral y simétrica principalmente en la cara, tronco y piernas, o incluso asemejar un árbol de Navidad, cuando están distribuidas por varias zonas del organismo. Las características clínicas de estas tumoraciones, no suelen presentar problemas diagnósticos, pero ocasionalmente, si la lesión presenta una pigmentación más profunda o posibles características atípicas, debe hacerse un diagnóstico diferencial con otras entidades pigmentarias como son los nevus, léntigo maligno, melanoma maligno o carcinoma basocelular pigmentado⁸¹

La etiología es desconocida. Se ha intentado relacionar las queratosis seborreicas con la exposición solar y con el tipo de piel, sin que se haya demostrado actualmente relación entre la aparición de estas lesiones con zonas fotoexpuestas^{74,80,82}. En los casos de lesiones múltiples puede existir una predisposición familiar^{74,76,80} e incluso genética como es en una de sus variantes denominada *Dermatosis Papulosa Nigra*^{79,80}. Se han implicado también en su desarrollo factores de crecimiento epidérmico, debido en parte, a la apariencia eruptiva de múltiples queratosis seborreicas en asociación con

diversas neoplasias sólidas o hematológicas (denominado Signo de Leser-Trelat)^{76,79,80}, y a la hiperplasia de los melanocitos^{76,82}.

Aunque es una entidad benigna, algunas queratosis seborreicas pruriginosas de aparición aguda y brusca, pueden debutar de manera concomitante con neoplasias internas, especialmente con los tumores gastrointestinales o pulmonares, es el denominado signo de Leser-Trelat^{79,83}. Aunque hay controversia sobre la valoración de este signo, se considera un síndrome paraneoplásico⁸⁴. Su asociación con la *Acanthosis Nigricans*, es uno de las características que apoyan el ser un síndrome paraneoplásico. Sin embargo, esta entidad clínica puede encontrarse también en asociación con otras dermatosis inflamatorias, dermatitis generalizada, neoplasias benignas y embarazo. Como ambas entidades (neoplasias y queratosis seborreicas) son muy frecuentes en las personas ancianas, es difícil decidir cuando está aconteciendo dicho signo^{83,84}.

La asociación con el cáncer cutáneo es rara. Parece tratarse, en la mayoría de los casos, de una asociación fortuita. No obstante, algunos autores señalan la posibilidad de una verdadera transformación maligna⁸². El cambio maligno más frecuente en las queratosis seborreicas es la aparición de un carcinoma basocelular; también se han descrito casos de epiteloma espinocelular, enfermedad de Bowen, queratoacantoma, melanoma maligno y porocarcinoma ecrino^{82,85}. Ante queratosis seborreicas, que muestran determinados signos, como son inflamación, sangrado, crecimiento rápido, ulceración o desigual pigmentación, debemos pensar en la posibilidad de una malignización⁸².

También, debido a la apariencia verrucosa, se ha intentado implicar al virus del papiloma humano (HPV) en su etiología, el DNA del virus HPV se ha podido aislar en queratosis seborreicas del área genital y de manera puntual de otras lesiones⁸⁶. Es posible que la inmunodepresión producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) permita un crecimiento de HPV latentes lo cual podría contribuir al desarrollo de las queratosis seborreicas.

Sin embargo, sí que parece existir un mecanismo de unión entre el VIH y las queratosis seborreicas, aunque por el momento no se sabe con certeza cuál es⁸⁴.

Generalmente son asintomáticas, aunque pueden ocasionar prurito, o incluso inflamarse tras un pequeño traumatismo o de manera espontánea^{74-76,79,80}.

La morfología de la queratosis depende del estadio evolutivo, de la localización de las lesiones y de la variante clínico-patológica correspondiente^{76,80}. En ocasiones son poco aceptables desde el punto de vista estético. Sólo precisan tratamiento los casos sintomáticos, las que causen problemas importantes desde el punto de vista estético o funcional, o bien se sospeche degeneración. Dicho tratamiento es excisivo mediante: crioterapia, electrocoagulación o curetaje^{74,77,80,76}.

2.4.5.1.2 Acantomas.

Son lesiones benignas. Podemos distinguir:

a) Acantomas fisurados.

Son lesiones benignas que se desarrollan, en zonas de apoyo de las gafas: pliegue retroauricular y raíz nasal. Suele ser el resultado de una fricción o roce continuo^{74,76,80}. La lesión es una pápula o nódulo de color rosado o pardo, con una zona central deprimida que en ocasiones se fisura o ulcera y se cubre con una costra. Por lo general, se resuelve de manera espontánea corrigiendo la zona de apoyo de las gafas.

b) Acantoma de células claras.

Tumor benigno, poco frecuente, propio de los adultos mayores de 50 años⁸⁰. Tiene la misma incidencia en ambos sexos. Clínicamente, se presenta como una pápula única, rosada o marrón de 1 ó 2 centímetros (cm), de superficie lisa o finamente descamativa, rodeada por un collarite escamoso

periférico. A veces, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con las queratosis seborreicas. La localización más frecuente es en los miembros inferiores.

2.4.5.1.3 Ketatoacantomas.

Tumor relativamente frecuente en adultos, con un pico en los 60 – 65 años^{76,80} derivados a partir de folículo pilosebáceo^{74,76,80}. Presenta características clínicas, evolutivas e histológicas propias de los carcinomas, con un crecimiento rápido y puede presentar un curso autoresolutivo^{74,76,77,80}.

La mayoría aparecen en piel fotoexpuesta: 74 % en cara y cuello y el 17% en dorso de manos y antebrazos. Sus características, llevan a tener que realizar un diagnóstico diferencial con el carcinoma espinocelular^{74,75,76,79,80}.

2.4.5.1.4 Dermatofibromas.

Es un tumor dérmico, relativamente frecuente, sobre todo en mujeres. Puede aparecer en cualquier localización, aunque es más frecuente en las extremidades inferiores^{74,76,79}.

2.4.5.1.5 Adenoma sebáceo (Hiperplasia).

Es un tumor anexial benigno con diferenciación sebáceo⁸⁰. Aparece con mayor frecuencia en mujeres con una edad media de 70 años. Las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, la cara y el cuello. Por lo general, son solitarios, pero a veces pueden ser múltiples o coexistir con otras neoplasias sebáceas benignas o malignas⁸⁰.

2.4.5.1.6 Fibroepiteliomas o acrocordomas.

Son tumores dérmicos benignos muy frecuentes, que aparecen sobre todo en regiones laterocervicales, supraclaviculares y en los pliegues axilares

e inguinales^{74,76,79}. Cuando son pediculadas, pueden causar síntomas debido a la existencia de un traumatismo o fricción. En estos casos, se puede proceder a su extirpación.

2.4.5.1.7 Nevus melanocíticos.

Son lesiones benignas que aparecen de manera progresiva desde la infancia hasta la edad adulta. Posteriormente y también de manera progresiva, tienden a su desaparición en la población anciana. El máximo número de lesiones se alcanza entre los 20 y 29 años y es en la adolescencia la época en la que aparecen más rápidamente nuevas lesiones. Los nevos pueden ser congénitos o adquiridos. En su aparición participan tanto factores genéticos y familiares como factores ambientales (exposición solar).

2.4.5.2 Lesiones premalignas.

El término precáncer, fue acuñado por primera vez, en el III Congreso Mundial de Dermatología celebrado en el año 1896 por Dubreuilh^{77,87-89}. En la actualidad, permanece vigente la definición establecida por Bloch en 1932: “precancerosis son aquellos cambios tisulares, que abandonadas a su evolución natural, llevarían al desarrollo de un tumor maligno”^{77,87-89}.

Las lesiones precancerosas, se caracterizan por presentar alteraciones histológicas muy variables, desde simples alteraciones inflamatorias con hiperplasia a carcinoma *in situ*. Evolucionan espontáneamente hacia un tumor maligno y en principio, no superan la capa basal de la epidermis, cuando invaden la dermis estamos ante su transformación a cáncer cutáneo^{75,75}. La causa de la transformación puede ser física, química o biológica, aunque muy a menudo es desconocida. Hay diferentes clasificaciones y tipos, pero vamos a describir las más importantes por su frecuencia en los pacientes ancianos.

2.4.5.2.1 Queratosis Actínica.

Es una displasia cutánea de la epidermis que ocurre en zonas de fotoexposición en la piel adulta^{43,75,88}. Parece ser que son debidas a anomalías cromosómicas inducidas por distintos tipos de radiaciones (UV procedentes del sol o de fuentes artificiales o ionizantes) o por algunas sustancias químicas, entre las que se encuentran los hidrocarburos policíclicos aromáticos⁹⁰.

Es el precáncer más frecuente afectando al 50% de los individuos ancianos. La prevalencia aumenta según lo hace la edad^{75,80,88,91-93}. Suele afectar a individuos de piel clara, ojos azules, pelo rubio y tendencia a quemarse más que a broncearse con la exposición solar, que han sufrido una exposición crónica al sol. En la raza negra son prácticamente inexistentes, mientras que en personas albinas o con la enfermedad *Xeroderma pigmentosum* desarrollan múltiples queratosis actínicas. Por ello, además del fenotipo, es una lesión que se relaciona con una exposición crónica a las radiaciones UV tipo B, tanto en tiempo total de exposición como en el grado de insolación del país de procedencia^{77,90,93}. Por tanto, influyen en su génesis factores como el tipo de trabajo desempeñado (en los profesionales al aire libre la incidencia es mayor y de aparición más temprana), el clima del lugar en el que vive el paciente (la prevalencia es mayor en países soleados y de clima cálido, como es el caso de España)^{82,90,92,93}. También pueden contribuir en su desarrollo el estado inmunitario que posea la persona, de esta manera se dan más casos en personas inmunodeprimidas o como ya se mencionó, en aquellas que presentan algunas condiciones genéticas determinadas^{75,80,88,90,92,93}. También se ha relacionado con el VPH, si bien un amplio estudio realizado en el año 2007, refiere que la asociación es baja de forma aislada⁹⁴.

Las queratosis actínicas, aparecen normalmente en personas con la piel dañada previamente por el sol: piel senil. Las localizaciones más frecuentes de estas lesiones son en zonas de fotoexposición: la cara (nariz,

frente, pabellones auriculares), el dorso de las manos, antebrazos y en el cuero cabelludo en los varones con alopecia. También es más frecuente en las personas que presentan léntigos solares o pecas en su piel^{25,80,80,87,88,92,93,95}.

La lesión característica es una escama amarillenta o marrón, hiperqueratósica, seca y áspera que se aprecia mejor por su tacto rugoso más que por su inspección: “se tocan mejor que se ven”^{87,92}. La escama se desprende con dificultad y al hacerlo, por lo general deja un lecho sangrante y erosionado. El tamaño es variable, lo más común es que midan de 1 a 3 milímetros, pero en ocasiones pueden alcanzar varios centímetros. Suele asentar sobre una piel con signos de envejecimiento debido a la exposición solar que por lo general consiste en una piel atrófica, seca, hiperpigmentada y con múltiples arrugas (denominada “dermatoheliosis”). Según progresan se hacen más hiperqueratósicas. En ocasiones se desarrolla en ellas un cuerno cutáneo^{91,92,92,96,97}. Por lo general no presentan problemas respecto al diagnóstico, pero a veces, no pueden distinguirse del carcinoma de células escamosas, en cuyo caso deberemos recurrir a la biopsia^{25,96}. Varios datos clínicos deben alertar sobre una posible transformación carcinomatosa: una infiltración de la base de la lesión y la aparición de costras o erosiones sanguinolentas. En pieles seniles, no es infrecuente, encontrar múltiples queratosis actínicas en diferentes estadios evolutivos^{56,80,88,90}.

.De un 12 a un 20% de las queratosis actínicas no tratadas, evolucionan de manera espontánea a un carcinoma espinocelular invasivo con un potencial metastático bajo^{80,88,90-93,98}.

Dado el curso que siguen las queratosis actínicas, es importante la prevención para evitar el desarrollo y la evolución de las mismas^{77,80,88,91,75,98}. Existen varias opciones para el tratamiento de las queratosis actínicas que dependen del estado general del paciente, de las características de las lesiones (localización, tamaño, número) y de las preferencias personales entre otros^{77,80,88,90,92,93}. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. La

principal ventaja del tratamiento médico es que pueden tratarse áreas amplias y la principal desventaja es el malestar general y la irritación que a veces producen. Los agentes empleados son el 5-fluoruracilo, agentes inmunomoduladores como el imiquimod⁹⁹⁻¹⁰⁴, el diclofenaco tópico o la terapia fotodinámica. Las modalidades quirúrgicas incluyen la crioterapia y la escisión simple que permite además realizar un estudio citológico si se sospecha la presencia de malignización. Otros posibles tratamientos son la dermoabrasión, el láser ablativo y los *peelings* medios y profundos²⁵.

2.4.5.2.2 Queilitis actínica.

Representa la queratosis actínica pero de localización labial^{75,80,88}. Comparte las características epidemiológicas y etiológicas de éstas.

Es mucho más frecuente en varones fumadores y en la mayoría de los casos de localización en el labio inferior^{75,80,87,88}. En su formación, contribuye la exposición solar de manera que podemos decir que es más frecuente en agricultores, porque debido a la morfología y a la situación del labio inferior recibe directamente la acción de las radiaciones solares. Además también está implicado el hábito de fumar por la acción directa del humo del tabaco sobre la mucosa labial y por las pequeñas quemaduras producidas por la costumbre de dejar que se queme el cigarrillo apoyado en los labios. El uso de barras de labios se considera un agente protector y contribuye a la menor incidencia de estas lesiones en el sexo femenino²⁵.

Clínicamente se presenta como una lesión hiperqueratósica y descamativa de la mucosa labial parcheada o difusa, que en ocasiones se erosiona por el roce de los labios o dientes⁸⁰. El labio tendrá un aspecto seco, arrugado y adoptará una coloración blanco-grisácea. También puede observarse la presencia de eritema, erosiones, sangrado intermitente y formación de costras²⁵.

El tratamiento es similar al de las queratosis actínicas. Además se deben extremar la fotoprotección y la abstención del tabaco^{87,91}.

2.4.5.2.3 Leucoplasia.

Es una o varias placas blanquecinas persistentes o idiopáticas, y por lo tanto no atribuible a otras dermatosis (como el liquen plano o candidiasis), de la mucosa, que no puede ser desprendido con la presión superficial.

La leucoplasia, es más común en personas de 50 a 70 años con predominio en el sexo masculino. Las lesiones suelen asentar en la mucosa oral, anal y genital, aunque la principal localización es en el labio inferior sobre una queilitis actínica. Son potencialmente malignas, la cancerización ocurre en el 25% de los casos, se debe sospechar sobre todo ante la existencia de ulceraciones o fisuraciones. Existen múltiples factores etiológicos, aunque suele ser el resultado de irritaciones crónicas, como ocurre cuando una dentadura postiza no ocluye bien, o las personas fumadoras (principalmente fumadores de pipa) y las exposiciones a radiaciones ultravioletas^{77,88}.

2.4.5.2.4 Cuernos cutáneos.

Es una lesión resultante de una hiperqueratosis epidérmica. Que se organiza de una manera especial, que toma su nombre porque simula el cuerno de los animales^{77,80,88,91}. El cuerno está formado por queratina compacta.

Los cuernos cutáneos ocurren más frecuentemente en las zonas más expuestas a las radiaciones solares o sobre quemaduras previas. La mayoría de dichas lesiones aparecen en las zonas superiores de la cara. Otras posibles localizaciones son el cuero cabelludo, la nariz, los párpados, los labios, las orejas o el cuello, así como el dorso de las manos^{75,80,105}.

El 60% de los cuernos cutáneos son benignos, sin embargo si se pueden asociar a lesiones malignas o premalignas. Se han asociado a los cuernos cutáneos lesiones como son las queratosis seborreicas, las queratosis actínicas, enfermedad de Bowen, carcinoma epidermoide, carcinoma de células basales y el melanoma. Lo más frecuente es que se relacionen con queratosis seborreicas¹⁰⁵. Puede degenerar a una lesión maligna, siendo lo más frecuente hacia un carcinoma espinocelular^{76,80}.

2.4.5.2.5 Enfermedad de Bowen.

La enfermedad de Bowen (EB) es una forma de carcinoma intraepidérmico con potencial maligno que puede aparecer en cualquier lugar de la superficie cutánea o mucosa pero es más frecuente en cara y cuello^{75,80,106}. La incidencia global es similar en ambos sexos.

Se denomina eritroplasia de Queyrat a los carcinomas intraepidérmicos que se localizan en la mucosa genital masculina. Las lesiones se localizan en el glande o bajo el prepucio y tienen un potencial invasor en el 30% de los casos¹⁰⁶. Cuando la EB se localiza en la mucosa genital femenina se clasifican como neoplasia intraepitelial vulvar o VIN, de acuerdo con la terminología actual¹⁰⁷.

Clínicamente, la lesión inicial es una pequeña placa rojo-parduzca, escamosa y costrosa, persistente y asintomática que crece lentamente con bordes bien demarcados aunque irregulares, ligeramente sobreelevada y no infiltrada. En las mucosas se manifiesta como una placa eritematosa brillante. Adopta distintas morfologías según su localización. Las lesiones generalmente son asintomáticas pero pueden ocasionar un prurito moderado^{77,88,88,108,109}.

Las lesiones suelen ser únicas pero en un 10-20% de pacientes puede haber más de una lesión simultánea^{88,110}. En estos casos, habría que descartar una intoxicación por arsénico, producto que puede formar parte de

pesticidas y herbicidas de uso agrícola; en este caso las lesiones se localizan también en zonas no expuestas, con frecuencia en el tronco y de forma asimétrica¹¹¹.

Se han barajado diferentes factores etiológicos o desencadenantes, como la radiación solar¹¹², la radioterapia¹⁰⁶, la ingestión de arsénico¹⁰⁶, la inmunosupresión crónica congénita o adquirida^{75,106}, los traumatismos previos¹¹³, lesiones cutáneas preexistentes como son las queratosis seborreicas, poroqueratosis o nevo de Beker¹⁰⁶. En la EB de palmas y región anogenital se ha detectado VPH^{80,88,106,110}, aunque este hallazgo es poco consistente en la EB de otras localizaciones. También se ha relacionado con el herpes virus humano tipo 8¹¹⁴ y 7^{80,112}. Puede adoptar diferentes morfologías según su localización^{80,88}. Desde el punto de vista clínico, las lesiones se clasifican en los siguientes tipos: tipo lenticular, discoide, hiperqueratósico simple, hiperqueratósico vegetante y carcinoma invasivo¹¹³.

Cursan de forma asintomática o levemente pruriginosa, sobre todo cuando se localizan en las mucosas o en los pliegues⁸⁰. El tratamiento dependerá del sitio de localización y del número de lesiones¹⁰⁶. Las opciones terapéuticas pueden ser: crioterapia, curetaje, escisión, 5-fluoruracilo tópico^{75,80,88,106}. Para las lesiones pequeñas se recomienda la crioterapia con o sin curetaje previo¹⁰⁶. Sin embargo, algunas lesiones extensas o localizadas en áreas de difícil cicatrización, como las piernas, representan con frecuencia un problema terapéutico. En los últimos años se han incorporado nuevas opciones terapéuticas, como son la terapia fotodinámica^{106,110} y el imiquimod (IMQ) tópico^{99,110,115-118}.

2.4.5.2.6 Léntigo maligno.

Es una lesión pigmentada. En general, se asume que un porcentaje muy variable entre el 5-50% de los léntigos acaban en léntigo maligno melanoma⁷⁷. Muchos autores lo consideran un melanoma intraepidérmico in

situ precursor del melanoma. Estas lesiones suelen aparecer en pacientes de edad avanzada y raza blanca, sin predilección por ningún sexo.

Comienza como una mácula bien delimitada, pequeña, de color marronáceo o pardo claro, que puede permanecer estable o crecer y volverse con el tiempo más oscuro. Con el tiempo se desarrolla sobre él un melanoma denominado léntigo maligno melanoma. Aparece en personas ancianas con evolución lenta, con lo cual muchos pacientes fallecen por otra causa antes de desarrollarlo. Se localiza fundamentalmente en zonas fotoexpuestas (cara, cuello, dorso de las manos). Esto es debido a que el principal agente etiopatogénico es el efecto acumulativo de las radiaciones solares, aunque también influyen otros factores¹⁰⁹.

2.4.5.2.7 Nevus displásico.

El nevus displásico es relativamente común en la población general, dependiendo de si nos basamos en hallazgos clínicos o histológicos, la epidemiología varía entre un 2 a un 53%, aunque se estima que en la raza blanca entre el 2-8% presentan este tipo de lesiones. La importancia del nevus displásico es controvertida. Hay evidencias de que supone un factor de riesgo para el desarrollo de melanomas. La exposición solar, sumada a la base genética contribuye a la posibilidad de malignización del nevus displásico.

2.4.5.3 Neoplasias malignas.

Un 20% aproximadamente de las personas de raza caucasiana sufren algún tipo de cáncer cutáneo en algún momento de su vida. En las dos últimas décadas se ha observado un incremento de su incidencia en todo el mundo¹¹⁹⁻¹²¹. Los factores que contribuyen al desarrollo de cáncer cutáneo son entre otros la exposición acumulativa a lo largo de la vida a carcinógenos, el menor efecto protector de los melanocitos, la disminución de la capacidad de regeneración del ADN y de la inmunidad. Más del 90% de todos estos

cánceres se cree que tiene una relación directa con la exposición a los rayos ultravioletas del sol, de manera que algo que se creía prácticamente exclusivo de la población anciana se están viendo de manera importante en la población adulta.

2.4.5.3.1 Cáncer cutáneo no melanoma.

Los carcinomas cutáneos, son los tumores malignos más frecuentes en los países con predominio de población caucasiana¹²²⁻¹²⁴.

Los cánceres de piel no melanomas, carcinoma basocelular y espinocelular, no tiene una expresión diferente en los ancianos que en otros rangos de edad, pero sí tiene una incidencia mucho mayor, debido a la exposición crónica a carcinogénicos, de manera fundamental los rayos solares y diferentes tóxicos que pueden haber actuado en la piel durante años^{125,126}. Son tumores de origen epitelial.

El riesgo del cáncer de piel no melanoma, varía según la raza y el grupo étnico¹²³. Varios factores contribuyen a la elevada incidencia de tumores cutáneos malignos en la edad geriátrica: factores genéticos, el daño inducido por la acumulación a las radiaciones solares, la exposición tanto a agentes físicos como químicos carcinogénicos y el hecho de que existe un deterioro progresivo del sistema inmunitario en este grupo de edad^{43,80}.

Estudios epidemiológicos, han sugerido que la exposición al sol por encima de los 20 años inicia un proceso de carcinogénesis que se manifiesta de 40 a 60 años después. La exposición al sol induce cambios en el DNA de las células epidérmicas y suprime selectivamente el sistema inmunológico y la capacidad corporal de detectar y destruir los cambios celulares con capacidad de formar tumores¹²⁷.

El aumento de la tasa de incidencia en la mayoría de las poblaciones de raza blanca de todo el mundo, ha dado lugar a creciente interés por la epidemiología y los factores de riesgo de estos tumores. Sin embargo, por

sus peculiaridades, el registro es más dificultoso que en otros tipos de tumores malignos: aparecen en personas de edad avanzada, producen escasa sintomatología y en muchas ocasiones no se llegan a diagnosticar porque el enfermo no consulta^{128,129}.

La mayoría de éstas lesiones, reconocidas a tiempo, son fácilmente curables a pesar de que alguna pueda producir invasión local y destrucción⁹³. Con un tratamiento instaurado de la manera más precoz posible, se alcanzan altas tasas de curación y la muerte en los pacientes que la padecen es poco frecuente¹²⁵.

a) Carcinoma Basocelular (CBC).

Es el tipo más frecuente de tumor cutáneo constituyendo aproximadamente, un 60% o más del total^{80,88,109,124}. Se origina en las células basales de la epidermis y en los folículos pilosos⁸⁸. Es un tumor de crecimiento lento y de malignidad local, que evoluciona habitualmente sin dar lugar a la formación de metástasis¹³⁰. Los factores favorecedores para el desarrollo de estos tumores son principalmente, la exposición solar y el tipo de piel.

Más del 99% de personas con CBC son de raza blanca y un 95% se encuentran en edades comprendidas entre los 40 y los 79 años. El pico máximo, se sitúa en torno a los 70 años^{127,130}. En la literatura están descritos casos de CBC familiares. Es más frecuente en varones que en mujeres. Los principales lugares de presentación son las zonas fotoexpuestas, sin embargo de un 20-30% de los CBC aparecen en zonas no fotoexpuestas, por lo cual no puede considerarse la radiación solar como único factor etiológico¹²³. Así, el 85% de todos los carcinomas basocelulares se presentan en la región de cabeza y cuello, siendo la nariz la localización principal^{123,130}. La localización mucosa o palmoplantar, es excepcional. Curiosamente, la localización en miembros inferiores es más frecuente en las mujeres^{80,91}.

En la patogénesis del mismo están implicadas las radiaciones ultravioletas durante largos e intensos periodos de tiempo. Tampoco debemos olvidar otros factores implicados como son la exposición crónica a determinados tóxicos como el arsénico, la predisposición familiar y la inmunodepresión¹³¹. Los estudios epidemiológicos realizados, han sugerido que la exposición al sol por encima de los 20 años inicia un proceso de carcinogénesis que se manifiesta de 40 a 60 años después. Existen escalones intermedios en este proceso de carcinogénesis, que afecta a la activación de los oncogenes, desactivación de genes supresores, cambios en la protección del gen p53 y otros factores. La exposición al sol induce cambios en el DNA de las células epidérmicas y suprime selectivamente el sistema inmunológico y la capacidad corporal de detectar y destruir los cambios celulares con capacidad de formar tumores¹²⁷.

Hay diversos estudios sobre el tipo de exposición solar asociado a los diferentes tipos de cáncer cutáneo, parece las exposiciones solares durante actividades recreativas se relacionan con un aumento del riesgo para el carcinoma basocelular^{132,133}. Otros estudios encuentran una asociación entre exposición solar no ocupacional y carcinoma basocelular¹³⁴, de hecho, en los estudios llevados a cabo por Gallagher et al^{135,136} no observan relación entre exposición solar crónica y carcinoma basocelular. Sí aparece un mayor riesgo asociado a la exposición solar en la infancia y la adolescencia y los carcinomas basocelulares. Las características pigmentarias (color de pelo, ojos y piel claros) y los fototipos bajos, presentan un incremento del riesgo de carcinoma basocelular¹²⁷.

No hay una lesión precursora del CBC¹²³. Los antecedentes de quemaduras y edad temprana de la primera quemadura se asocian con un mayor riesgo de CBC¹²⁸.

Clínicamente, la mayor parte cursa de manera asintomática. El tumor se suele localizar en la cara, los pabellones auriculares, el cuero cabelludo, el cuello y la parte superior del tronco. Los pacientes refieren en ocasiones un

antecedente de sangrado secundario a episodios traumáticos leves, como lavarse la cara o secarse con una toalla²⁵. Existen tres tipos de CBC: el superficial, el nodular y el infiltrativo. El tipo nodular es la forma más frecuente⁸⁸. La lesión inicial, por lo general, no tiene características definidas, suele ser una pequeña induración blanca grisácea recubierta por finas telangiectasias. De una forma lenta y progresiva se desarrollan las distintas variantes clínico-histológicas⁸⁰. La agresividad local está condicionada por el grado de infiltración tumoral que varía según el tipo de CBC. También contribuyen a su agresividad la localización del tumor^{80,88}. La incidencia de metástasis es del 0,04- 0,1%.

El tratamiento consiste en la destrucción del tumor mediante diferentes medios según el tipo, localización y tamaño. Mencionamos el uso del Imiquimod al 5% en crema, como una alternativa eficaz en el tratamiento de este tipo de tumores cutáneos, sobre todo en el carcinoma basocelular superficial. Dicho producto^{137,138} es un modificador de la respuesta inmune que induce las citoquinas, incluido el interferón.

b) Carcinoma Espinocelular (CE).

El CE es el segundo tipo más frecuente de cáncer cutáneo, después del basocelular, representa el 20% de los tumores cutáneos malignos^{80,88}.

La incidencia aumenta con la edad, es máxima entre los 80-84 años. En la raza blanca se localiza más en las zonas fotoexpuestas de pacientes varones, ancianos y con un fototipo bajo, tiene predilección por el dorso de las manos, orejas y labio, mientras que los pacientes de piel oscura lo suelen presentar en zonas no fotoexpuestas¹³⁹. Es más frecuente que el basocelular en asiáticos y africanos⁸⁰, de manera, que constituye el cáncer cutáneo más frecuente en dichos grupos raciales.

La etiología del CE es multifactorial. Entre los factores predisponentes se encuentran^{131,139}.

- Radiación solar.

- Las infecciones víricas, el HPV, tipos 16, 11, 6 y 18, se asocian con un riesgo elevado de carcinoma escamoso.
- Los carcinógenos químicos, en determinados grupos laborales, que han estado expuestos a ciertos químicos (como pueden ser refinerías de petróleo, industria del alquitrán, contacto con hollín, asbesto y arsénico) en la superficie de la piel dañada de manera crónica, raramente sobre piel normal.
- Cambios cutáneos degenerativos e inflamatorios crónicos. Los CE generalmente se presentan en una piel dañada crónicamente, raramente sobre la piel normal. Cualquier tendencia a la proliferación epitelial como ocurre en las heridas, úlceras, quemaduras, cicatrices y dermatosis de larga evolución, favorecen el desarrollo del CE. Algunos autores responsabilizan de la malignización a los factores de crecimiento tisular crónicamente activados.
- Factores genéticos.
- La inmunosupresión, frecuente en los ancianos y muchas veces como consecuencias de enfermedades o procesos debilitantes, lo que favorece además la infección por virus¹³¹. En los pacientes inmunodeprimidos, está también descrito una evolución más rápida de las lesiones premalignas hacia malignas y es característica la localización de ambas en zonas fotoexpuestas¹⁴⁰.

En muchos de los paciente se identifica más de uno de los factores mencionados, pero el mecanismo exacto por el que actúan no es bien conocido^{80,131,139}.

El hecho de que la radiación solar sea uno de los factores condicionantes más importantes de la aparición de cáncer cutáneo justifica que los individuos afectados sean de fototipo bajo, edad avanzada y sexo masculino ya que, tradicionalmente al menos, los varones se exponen más al sol por motivos laborales (labradores, marineros, albañiles, jardineros,

deportistas). Sin embargo, se ha observado que, a igualdad de radiación solar recibida, las personas mayores tienen una mayor predisposición que las jóvenes a sufrir este tipo de cáncer cutáneo, lo que hace pensar que el envejecimiento cronológico de la piel facilita, por sí mismo, la aparición de la malignidad. El daño crónico del sol se suma al envejecimiento intrínseco de la piel y es mayor cuanto más prolongada es la exposición solar, algo evidente cuando se compara la piel fotoenvejecida con la de las zonas no fotoexpuestas en el mismo individuo.

Debemos destacar que la incidencia del carcinoma espinocelular en el sexo femenino es creciente, probablemente debido, entre otros factores, a la incorporación de la mujer a profesiones reservadas clásicamente a los varones^{139,141-143}. Las exposiciones laborales se relacionan más con el cáncer espinocelular que con el basocelular y según el estudio "Helios" los deportes al aire libre, podrían tener un efecto protector sobre el carcinoma espinocelular^{132,133}. El carcinoma espinocelular, estaría más relacionado con una exposición solar total, acumulada a lo largo de los años¹³⁴. En vista a todo lo expuesto, el carcinoma espinocelular y el basocelular tiene factores de riesgo diferentes, en cuanto a exposición solar se refiere.

Diferentes estudios, preclínicos, clínicos y epidemiológicos, muestran una clara relación entre la aplicación de fotoprotección y la disminución del riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer cutáneo^{144,145}. Mencionamos un amplio estudio realizado en 1621 personas durante cuatro años y medio, en el cual se vió que el uso regular de un fotoprotector con un FPS 15 disminuía la incidencia de carcinoma espinocelular, aunque no se observó una diferencia significativa con el basocelular. En concordancia con estos datos, el carcinoma espinocelular es menos frecuente en hombres que usan fotoprotección labial que en mujeres que no la usan o en hombres. Si seguimos un modelo matemático, la utilización regular de un fotoprotector con un FPS 15 durante los primeros 18 años de vida reduciría en un 78% la incidencia de tumores de piel no melanoma^{146,147}.

Un estudio reciente realizado entre población de Gran Bretaña, Francia, Italia, Alemania y España (n= 1500 entre 40 y 70 años) demostraba que cerca del 30-45% de las personas incluidas no usaban nunca fotoprotección¹⁴⁵. El uso de pantallas solares se ha demostrado como factor de protección frente al desarrollo de las queratosis actínicas¹⁴⁸⁻¹⁵⁰.

El CE es el tumor maligno de los queratinocitos epidérmicos. En algunos casos aparece *de novo* pero la mayoría de los CE cutáneos, derivan de los diversos tipos de lesiones precancerosas como son las queratosis actínicas, la queilitis, el liquen escleroatrófico y la enfermedad de Bowen entre otras^{88,139}.

Suelen iniciarse a menudo como carcinoma in situ y progresar posteriormente a tumores malignos invasivos. En su crecimiento son agresivos y se pueden diseminar por vía linfática¹³¹.

Existen diversas variantes clínicas e histológicas y puede desarrollarse tanto en la piel como en las mucosas y submucosas⁷⁷. En más del 90% tiene lugar en cabeza y cuello.

Suele comenzar como una pequeña área de hiperqueratosis ligeramente sobreelevada, grisácea o amarillenta, de bordes mal definidos y superficie lisa o escamosa. La lesión crece progresivamente en diámetro y se sobreeleva, la superficie se erosiona y aparece una úlcera de lecho friable y sucio, con los bordes sobreelevados, mal definidos, con un grado variable de inflamación^{80,131}.

Dependiendo del tipo de tumor y del grado de diferenciación celular el CE puede permanecer inactivo y con un crecimiento lento, o por el contrario, progresar rápidamente con invasión de los tejidos blandos adyacentes y hueso subyacente. Se han descrito cinco formas clínicas: nodular, nódulo-

ulcerativo, ulcerativo, vegetante y superficial, este último muy similar a la enfermedad de Bowen¹³¹.

Mencionamos por frecuencia e importancia en los ancianos, unas localizaciones más frecuentes de CE: el oral, en el pene y la vulva.

- **CE oral.**

El CE de la mucosa oral, supone el 87% de todos los carcinomas de cabeza y cuello. Los factores etiológicos de esta localización suelen ser: exposición solar, el tabaco y el alcohol. La alteración mucosa premaligna más frecuente es la leucoplasia. El riesgo de malignización de una leucoplasia es de 6 a un 17,5%, aunque puede ser mayor si además existen zonas atróficas o eritroplásicas asociadas¹³⁹. La localización más frecuente es el borde rojo del labio inferior (70%), probablemente debido a la mayor exposición solar en esta localización. Los cambios clínicos del CE de labio evolucionan desde una queilitis actínica hasta la descamación, la fisuración y la ulceración crónica. La leucoplasia del labio inferior, también constituye un factor predisponente, más frecuente entre fumadores (especialmente de pipa), sopladores de vidrio y trabajadores de alquitrán. Las siguientes localizaciones en frecuencia son las superficies posterolaterales y ventrales de la lengua, mientras que la cara dorsal solamente se afecta en caso de enfermedades predisponentes previas^{131,139}.

- **Eritroplasia de Queyrat.**

Es el CE *in situ* de la mucosa genital. Se localiza casi siempre en el pene en los varones (principalmente en el glande) y los casos descritos en la mucosa genital femenina son más escasos. Su aparición en los varones se relaciona con el esmegma, la mala higiene, el herpes genital, el calor, la fricción y los traumatismos. Clínicamente pueden dar dolor o escozor, pero a menudo cursan de manera asintomática^{131,139}.

▪ **Carcinoma de vulva.**

Se presenta generalmente en mujeres ancianas, en la cara interna de los labios mayores, en la transición a los labios menores y en el clítoris. Muchas veces pueden ocasionarse a partir de lesiones previas como un liquen escleroso y atrófico, o una enfermedad de Bowen^{131,139}.

Debido al potencial agresivo, el tratamiento debe ser precoz y su objetivo es eliminar radicalmente el tumor, ya que los tratados de manera incompleta pueden recidivar e incluso metastatizar¹³⁹. La modalidad de tratamiento dependerá de la localización de la lesión, tamaño de la misma, edad, estado general del paciente y los posibles tratamientos previos que se hayan realizado¹³⁹. Es importante tener en cuenta la mayor capacidad metastatizante y de recurrencia de los tumores mayores de 2 cm, de localización facial y mucosa (especialmente el labio inferior) y de aquellos que se desarrollan sobre lesiones cutáneas previas de otra naturaleza¹³¹.

2.4.5.3.2 Melanoma cutáneo.

Las lesiones pigmentadas son una fuente creciente de demanda asistencial, debido a la mayor concienciación de la población en el diagnóstico precoz de melanoma, pero por otra parte, son consultas frecuentes por motivos estéticos. La mayoría de las lesiones pigmentadas son benignas y con escaso potencial de malignización.

De entre las lesiones malignas destacamos por su importancia el melanoma. La incidencia del melanoma se ha triplicado en la población blanca en los últimos 20 años¹⁵¹. Aunque el melanoma supone sólo el 4% de todos los tumores malignos cutáneos, es la primera causa de mortalidad, ya que está relacionado con el 74% de los fallecimientos por este tipo de neoplasias²⁵.

Desde principios de los años sesenta se ha detectado un incremento sostenido de la incidencia del melanoma, entre un 3 y un 7% anual en

muchos países occidentales^{152,153}, y es el tumor que ha sufrido un mayor incremento en el pasado decenio, junto con el cáncer de mama y el de pulmón en la mujer. Las mayores tasas se encuentran entre los pacientes de raza blanca de Australia y Nueva Zelanda, donde ha alcanzado proporciones epidémicas, ya que es el cuarto tumor en frecuencia en el varón (50 casos por 100.000 habitantes/año) y el tercero en la mujer (37/100.000 habitantes/año). Se calcula que la incidencia en Estados Unidos oscila entre 7 y 22/100.000 al año según los estados¹⁵⁴. En algunos países, la incidencia y la tasa de mortalidad empiezan a disminuir o se han estabilizado¹⁵⁵, probablemente gracias a las campañas sanitarias de prevención del cáncer cutáneo. En Europa, el hecho de que los habitantes del norte tengan una mayor tasa de melanomas que los que viven en el sur puede explicarse por el papel fotoprotector de la melanina. En nuestro país, algunos cálculos teóricos sitúan la tasa entre 7 y 8 casos por 100.000 habitantes, según las áreas geográficas¹⁵⁴. Sin embargo, en las personas mayores la tendencia del melanoma sigue al alza y además, en parte, debido al aumento de la población geriátrica, asistiremos a un aumento global del melanoma en estas edades¹⁵⁶.

El melanoma es una neoformación maligna que se origina en los melanocitos epidérmicos y menos frecuentemente de los dérmicos. En la mayoría de los casos está localizado en la piel, aunque también pueden producirse en las mucosas, el globo ocular y más excepcionalmente en el aparato digestivo y el sistema nervioso²⁵. A diferencia de los cánceres no melanomas, estos tumores pigmentados afectan con mayor frecuencia a personas jóvenes entre 20 y 45 años de edad. La relación por sexos varía según el área estudiada¹¹⁹.

Las cuatro formas clásicas de presentación del melanoma son el melanoma de extensión superficial, el melanoma nodular, el melanoma lentiginoso acral y el melanoma sobre léntigo maligno. Estos tipos son particularmente frecuentes en personas mayores de 60-65 años¹⁵⁷.

En relación a los distintos tipos de melanoma, el melanoma de extensión superficial se asocia con patrones recreacionales de exposición solar, ocurre en pieles intermitentemente expuestas al sol y está altamente asociado a nevus comunes y atípicos como marcador de riesgo. El léntigo maligno melanoma afecta a personas mayores y se asocia a un patrón de exposición solar ocupacional, ocurre en zonas expuestas al sol (cara y cuello principalmente) y se asocia con mucho menos frecuencia a nevus melanocíticos. El melanoma nodular está entre medias de los descritos y el melanoma lentiginoso acro se ha visto que no se asocia a la existencia de nevus melanocíticos ni a la expresión solar¹⁵⁷.

De manera genérica, este tipo de cánceres, se localizan principalmente en zonas dónde la exposición suele ser irregular e intensa como en la espalda en los hombres, extremidades inferiores en las mujeres y extremidades superiores en los hombres. Raramente aparece en zonas cutáneas regularmente expuestas al sol como manos, cuello o cara y tampoco sólo aparecer en zonas que generalmente están cubiertas como senos u órganos genitales¹⁵⁸

Entre las razones para encontrar un aumento de la mortalidad por melanoma en los pacientes ancianos, es la alteración del sistema inmune en los ancianos¹⁵⁹.

Diversos factores influyen en el pronóstico del melanoma como son el espesor, la existencia de ulceración, el estadio clínico, la localización anatómica, el número de mitosis celular en la pieza extirpada, el sexo o la edad¹⁵⁶, siendo esta última motivo de controversia..

El estadio clínico en el cual haya sido diagnosticado, influye en la supervivencia del mismo, así las lesiones tempranas tienen un alto índice de curación. Sin embargo, la supervivencia a los 5 años de los pacientes que presentan una extensión linfática disminuye al 54% y la supervivencia en caso de metástasis es sólo del 13%¹⁶⁰.

A pesar de que no está completamente demostrado, existen múltiples evidencias sobre el papel fundamental de la radiación UV en el desarrollo de al menos dos tercios del total de melanomas¹⁶¹. Se ha comprobado que existe una relación estadísticamente significativa entre melanoma y exposición solar intermitente (*odds ratio* [OR] = 1,71), sobre todo si se acompaña de quemadura solar (OR = 1,91), y que la incidencia y la mortalidad por melanoma son mayores en áreas cercanas al ecuador, donde la intensidad de la radiación UV es mayor. El riesgo de desarrollar melanoma es superior en pacientes de piel blanca, de origen nórdico o celta, y es menor entre los indígenas de Asia, África y Sudamérica y en los pacientes morenos de la región mediterránea^{153,154}. El peligro es mayor cuando la radiación UV interacciona con un fenotipo determinado genéticamente, que se caracteriza por tener la piel clara, quemarse fácilmente (fototipos I y II) y ser portador de múltiples nevos, en especial si son atípicos.

Las opciones terapéuticas en los pacientes ancianos pueden estar limitadas debido a las comorbilidades que presentan, la intolerancia a los efectos adversos a las medicaciones, la mayor frecuencia de interacciones farmacológicas y la exclusión de este tipo de pacientes en los ensayos clínicos basados en criterios de edad.

Debido al potencial maligno que posee, es importante realizar una correcta prevención primaria y secundaria incluida la detección precoz y un adecuado cribado. En la actualidad, a pesar de sus limitaciones, la dermatoscopia ha demostrado su utilidad y capacidad de mejorar la precisión diagnóstica en el campo de las lesiones melanocíticas¹⁶².

2.4.5.3.3 Sarcoma de Kaposi.

Es una enfermedad sistémica multifocal, con afectación predominantemente cutánea, constituida por una proliferación de células endoteliales, relacionada con factores genéticos, inmunitarios y ambientales, entre los que destacan la infección por el virus herpes simple tipo 8 (cuya

naturaleza sigue en discusión) y el éstasis linfático. Existen cuatro variantes: clásica, africana endémica, en pacientes con VIH y en pacientes inmunodeprimidos. La forma clásica es la que suele afectar a la población mediterránea anciana y se caracteriza por la aparición de máculas violáceas que posteriormente evolucionan a pápulas. Suelen localizarse en los miembros inferiores, aunque también puede aparecer afectación de brazos, tronco, orejas y zona genital. La elección terapéutica depende de ciertos factores como el número y la localización de las lesiones, la afectación extracutáneas y el estado inmunitario del paciente. En las formas clásicas dada la lenta y poco agresiva evolución en la mayor parte de los casos, el tratamiento ha de ser expectante y conservador.

2.4.5.3.4 Carcinoma de las células de Merkel.

Es un tumor cutáneo primario de estirpe neuroendocrina y con un carácter muy agresivo, pese a su falsa apariencia clínica de benignidad. Es una neoplasia infrecuente que constituye menos del 1% de los tumores cutáneos malignos. Se presenta fundamentalmente en individuos de raza blanca, en edades avanzadas (la media de 75 años) con una frecuencia parecida en ambos sexos. Los factores de riesgo más importantes son la exposición a la radiación UV, la inmunosupresión, el transplante de órganos y los antecedentes de linfoma de células B. Normalmente se localiza en zonas fotoexpuestas coincidiendo en muchas ocasiones con CE y CBC. Cuando se localizan en zonas no fotoexpuestas es cuando se suelen asociar a inmunodepresión. No está claramente establecido un protocolo de tratamiento, pero en líneas generales se basa en la extirpación del tumor con amplios márgenes^{25,163}.

2.4.6 Alteraciones cutáneas secundarias a la exposición solar.

La exposición solar se considera desde hace más de un siglo como el principal factor de riesgo ambiental implicado en la génesis de las principales

neoplasias cutáneas, como el CBC, el CE y el melanoma. Los estudios más recientes sobre la epidemiología del cáncer de piel dividen la exposición solar en una serie de patrones de exposición que influyen de forma diferente, e incluso pueden actuar como factores protectores frente a la aparición de estos tumores¹⁶⁴.

Los lentigos son máculas o placas hiperpigmentadas de color pardo claro, homogéneo y tamaño variable, que pueden aparecer en la piel y en las mucosas, a cualquier edad y no siempre guardan relación con la exposición solar.

Se deben distinguir fundamentalmente dos formas: el lentigo solar (que afecta a un 90 % de las personas de raza blanca mayores de 60 años, que se localiza en áreas de piel expuestas crónicamente al sol, en la cara, dorso de las manos y antebrazos), y el lentigo simple (que aparece en todas las razas y puede estar presente desde el nacimiento). Aunque muy raramente, y sólo en casos muy específicos, los lentigos pueden presentar atipias y relacionarse con lesiones pigmentadas malignas^{10,43,80}.

2.4.7 Psoriasis.

La Psoriasis es una dermatosis inflamatoria de etiología desconocida, aunque la mayoría de los expertos consideran que se trata de una enfermedad de causa genética, para la que se ha propuesto un modelo de herencia multifactorial y poligénica^{165,166}. La psoriasis es una enfermedad cutánea frecuente, la presenta entre el 1,5 y el 3,5% de la población de los países occidentales, pero presenta grandes variaciones en las diferentes regiones y grupos étnicos. En un trabajo publicado en el año 2001 realizado sobre población española, se cifra la prevalencia de psoriasis en nuestro País en un 1,4%¹⁶⁷. Puede comenzar a cualquier edad, aunque hay dos picos de edad de inicio: uno entre los 15 y los 22 años, y otro tardío entre los 55 y los 60 años^{43,168} y decrece progresivamente con la edad.

En 1984 Henseler and Christophers¹⁶⁸ describieron dos formas clínicas de psoriasis con características diferentes: una de inicio precoz y otra de inicio tardío. Esto ha sido cuestionado por otros autores, que consideran a ambas formas clínicamente indistinguibles¹⁶⁹.

La psoriasis de inicio tardío tiene un curso clínico más estable, con menos recaídas que la de inicio precoz y se ve con menos frecuencia afectación generalizada, ungueal y facial¹⁷⁰, tiene una asociación genética más débil que el psoriasis precoz o de tipo I, de manera que los pacientes con historia familiar de psoriasis tienden a presentar una edad más precoz de inicio de la misma¹⁷¹ presenta diferentes asociaciones con HLA y menos proceso inflamatorio que el tipo I. Se caracteriza por un amplio componente epidérmico, con una hiperqueratosis compacta y defectos de los procesos de queratinización.

Las manifestaciones clínicas son diversas, pero las más típicas son las pápulas y placas escamosas crónicas en una distribución característica, aunque parece que con la edad hay una mayor tendencia a la aparición de placas en lugares poco usuales⁴³ y a la psoriasis invertida^{69,172,166}, lo cual hace que debamos hacer un diagnóstico diferencial con determinadas patologías como puede ser los intertrigos infecciosos¹⁷². No suelen presentarse las formas guttata ni la forma numular, es más prevalente la forma psoriasis flexural y pueden verse formas pustulosas. Las formas más graves de psoriasis parecen ser más frecuentes en los mayores¹⁷², además produce un aumento de problemas en este grupo de edad, aunque es menos extensa y severa, puede ser más discapacitante que en los jóvenes y los efectos sistémicos de la psoriasis son peor tolerados, existiendo por lo tanto una mayor comorbilidad sistémica⁶⁹. Puede existir prurito moderado especialmente en las lesiones psoriásicas iniciales activas. También se observa con frecuencia en las lesiones del cuero cabelludo. En este grupo de pacientes además se ve acentuado por la piel seca.

En la psoriasis de las personas mayores influyen algunos factores precipitantes como son los cambios en hábitos corporales, estrés, infecciones, intertrigos, etc.

La mayoría de los pacientes mejoran o remiten tras la exposición solar, pero un 5% puede empeorar. Se ha relacionado un grupo de fármacos con la exacerbación de la psoriasis. Los más implicados son el litio, los antimaláricos y los bloqueadores beta. También se ha asociado con la supresión de los corticoides sistémicos y diversos AINE¹⁷².

Los pacientes mayores pueden tener problemas para realizar bien los tratamientos, debido entre otros a una motilidad alterada: pueden tener limitaciones para mantenerse de pie en una cabina de PUVA, o dificultades para aplicar tratamientos tópicos. Además, algunos de los tratamientos sistémicos orales, pueden acarrear efectos secundarios importantes, dado que a estas edades hay una disminución de la inmunidad y un menor aclaramiento renal de fármacos entre otros. Hay casos descritos de posible aparición de carcinomas tras fototerapia por dificultades del organismo para lograr una adecuada reparación del DNA.

2.4.8 Alteraciones de los pies y las uñas.

La salud de los pies es muy importante en este grupo de edad para poder mantener una movilidad adecuada. Los estudios muestran una alta incidencia de trastornos de los pies y las uñas en los pacientes geriátricos, destacando de manera general las infecciones fúngicas, las hiperqueratosis, el hallux valgus y las deformidades ungueales^{173,174}.

Con el objetivo de investigar el efecto de la edad en la patología de los pies se realizó un estudio a nivel Europeo que se denominó *Estudio Aquiles*, en él se vió reflejado que la prevalencia de cualquier alteración de cualquier alteración o patología de la edad aumenta con el envejecimiento, haciendo una mención especial a las infecciones fúngicas en particular la

onicomicosis y la *tinea pedis*¹⁷⁴⁻¹⁷⁶. Los mismos resultados pudieron verse en un estudio multidisciplinario, específico sobre población geriátrica española¹⁷³.

Es importante desarrollar programas educacionales en la población geriátrica, a fin de promover el autocuidado y el ejercicio físico regular (como puede ser caminar) para intentar prevenir y mejorar la salud de los pies de este sector¹⁷⁷.

2.4.8.1 Alteraciones de los pies.

A medida que se envejece, se va produciendo en mayor o menor medida, diversas alteraciones en los pies. Las deformidades de los dedos de los pies son tan sumamente frecuentes que no existe persona que en mayor o menor grado no se vea afectado por ellas: deformidades adquiridas de los dedos de los pies.

Como es lógico la deformidad no es inocua, pues incide en molestias al caminar produciendo trastornos a distancia⁴³. En las deformidades y las alteraciones que se producen en los pies del anciano, influyen factores tales como: la biomecánica del pie, alteraciones sensoriales, la disminución de la actividad física, y fundamentalmente las deformidades adquiridas a lo largo de la vida (influidas entre otras por el tipo calzado usado, el tipo de apoyo, trabajo o actividad física desarrollada, etc)^{43,178}.

En las personas mayores una mínima lesión puede ser incapacitante y puede llevar a una disminución de la actividad física, lo cual puede convertirse en un círculo vicioso de inmovilidad en detrimento de la capacidad de autocuidado.

Las alteraciones en los pies^{43,178-180} pueden ir desde placas hiperqueratósicas en zonas de roce conocidas como clavos u ojos de gallo, bursitis en las articulaciones deformes siendo la más frecuente la primera articulación metatarsofalángica conocida como hallux valgus, callosidades como fruto de una fricción prolongada en una determinada zona de la piel,

úlceras en zonas de apoyo etc. La mayoría de ellas van a producir dolor en mayor o menor grado y algunas se pueden sobre infectar, dependiendo entre otros de si existe enfermedad sistémica concomitante (como puede ser la diabetes mellitus), inactividad prolongada, higiene deficiente, etc.

Mencionar las lesiones que tiene lugar en el pie diabético, dado que son una de las complicaciones más serias y costosas de la diabetes mellitus. La prevalencia de úlceras y amputaciones aumenta con la edad y con el tiempo de evolución de la diabetes¹⁷⁹. El riesgo es 1,4 veces más alto para las personas de 65-74 años y 2,4 veces mayor para las de 75 años o más. Se estima que aproximadamente un 15% de los pacientes con diabetes mellitus desarrollará algún tipo de lesión en sus pies, en el transcurso de la enfermedad. Se ha calculado que más del 50% de los pacientes ancianos con diabetes mellitus tipo 2 (DM) tiene factores de riesgo para la ulceración del pie, y que el 5% tiene antecedente de alguna úlcera. Actualmente, en los países occidentales es la primera causa de amputación no traumática de miembros inferiores¹⁸¹. El llamado «pie diabético» es el resultado de la coexistencia de neuropatía y vasculopatía (que favorecen la aparición de lesiones hísticas) e infección, y puede progresar a situaciones tan graves como la gangrena¹⁸². Es importante para evitar dichas lesiones un buen control metabólico de la diabetes, un control adecuado de los factores de riesgo (tabaco, hipertensión, dislipemia, calzado inadecuado, falta de higiene adecuada entre otros) y una buena educación higiénico dietética (basada en el autocuidado)¹⁸³.

2.4.8.2 Alteraciones de las uñas.

Ciertas enfermedades de las uñas pueden presentarse durante un periodo concreto de la vida como la infancia o la tercera edad. En este periodo las uñas sufren cambios fisiológicos como son: la reducción del crecimiento, el cambio de color de translúcido a opaco, el mayor grosor, la acentuación de los surcos longitudinales y una mayor fragilidad ungueal.

2.4.8.2.1 Patología no infecciosa de las uñas.

A lo largo de la vida, las uñas reciben múltiples agresiones y sufren la influencia de diferentes agentes tanto externos como internos¹⁸⁴. Todo ello, hace que aparezcan de forma prácticamente constante modificaciones ungueales en las personas de edad avanzada, en especial en las uñas de los pies influenciadas también por las alteraciones del propio pie antes mencionadas. Las uñas del anciano son generalmente más gruesas y estar sometidas a diversos agentes traumáticos, además, el recambio de la uña es menor. A veces las uñas son reflejo no de un envejecimiento real, sino de una determinada patología.

Con el envejecimiento, es normal la aparición de manera progresiva de una estriación longitudinal (67% de los ancianos). Además, se pueden dar cambios en la coloración, grosor y superficie⁴³. Entre las modificaciones más frecuentes de las uñas tenemos:

a) Onicocriptosis o uña incarnata.

Se produce cuando el tejido blando de los pliegues ungueales laterales es penetrado por los bordes laterales de la lámina ungueal. Como consecuencia de este hecho, se producen inflamación y dolor y, además puede haber tejido de granulación y supuración. Los dedos que se afectan con mayor frecuencia son los dedos gordos de los pies. Puede estar causado por la existencia de deformidades ortopédicas previas (como el hallux valgus), el uso de determinados tipos de calzado y/o un error en la forma de cortarse las uñas^{43,184}.

b) Onicogrifosis.

Es una hiperqueratosis con hipertrofia de la uña que adquiere forma de cuerno. Son uñas duras, que resultan difíciles de cortar. Es más frecuente en personas inmovilizadas o con una higiene deficiente.

c) Hipertrofia de la uña.

Habitualmente es secundaria a un traumatismo o a una presión crónica, debe hacerse un diagnóstico diferencial con la onicomycosis.

d) Onicolisis.

Es la separación o despegamiento de la lámina ungueal de su lecho. En las personas mayores puede ser un reflejo de una alteración o disminución de la circulación periférica. Hay una mayor predisposición a las infecciones.

e) Neoplasias ungueales.

La neoplasia más común es la de células basales y los melanomas. No son muy frecuentes en los pacientes geriátricos⁴³ y a veces se pueden ver secundarios a traumatismos. También los pacientes afectados de neoplasias sistémicas, pueden tener su reflejo a nivel ungueal de diversas maneras¹⁸⁴.

f) Exóstosis subungueales.

Son debidas a una tumoración de la falange distal que suelen producir dolor intenso⁴³.

2.4.8.2.2 Patología infecciosa de las uñas: onicomycosis.

Alrededor del 50% de las consultas por patología ungueal son onicomycosis¹⁸⁵. Este tipo de infecciones ocurren con mayor frecuencia en los pies, localización a la que aquí hacemos referencia. A menudo dificultan la deambulación y ocasionan dolor. La infección puede estar producida por dermatofitos, *Candida* y mohos¹⁸⁶. Las onicomycosis son generalmente una enfermedad de adultos y ancianos, ya que están favorecidas por la presencia de distrofias ungueales previas¹⁸⁵. Los tipos clínicos vienen definidos por la localización de la infección de la uña. En este grupo de edad, las formas clínicas más frecuentes son la onicomycosis subungueal lateral y distal, con afectación más frecuente del crecimiento de la uña del primer dedo, seguida de la onicomycosis blanca superficial con afectación mayor en el tercero y

cuarto dedo¹⁸⁷. Es importante hacer un diagnóstico diferencial, sobre todo con la onicopatía psoriásica.

Sin embargo, conviene señalar que la prevalencia real e incidencia de las onicomycosis por mohos en la población general (no seleccionada) es desconocida, puesto que casi todos los estudios amplios publicados están hechos en poblaciones seleccionadas, casi siempre enfermos que acuden a las consultas de Dermatología o a los laboratorios por presentar distrofias ungueales o bien sospechar clínicamente la existencia de onicomycosis¹⁸⁸.

2.4.9 Rosácea.

La rosácea o cuperosis es una dermatosis inflamatoria crónica, de etiología desconocida, caracterizada por episodios de eritema, pápulas, pústulas, edemas y fimas que a veces puede producir cambios tales como la rinofima^{189,190}. La localización más frecuente es la facial sobre todo a nivel central. Considerada una enfermedad multifactorial, se han implicado diferentes elementos determinantes en su desarrollo. Con una prevalencia en la población del 3-10%, que ha sido asociada a numerosos factores patogénicos, tanto genéticos como circulatorios, irritativos o infecciosos.

La influencia del compromiso vascular está determinada en la medida en que el comienzo clínico de estos pacientes se caracteriza por episodios repetidos de sofocos con un fondo eritematoso telangiectásico provocado por un entecimiento del drenaje venoso, susceptible de ser irritado por diferentes medicaciones, irritantes, luz ultravioleta, temperaturas extremas. Se ha relacionado con otros determinantes patogénicos como son el *estrés*, la ansiedad, el carácter depresivo¹⁹¹.

Suele darse con mayor frecuencia en adultos y personas ancianas, su mayor prevalencia se sitúa entre los 30 y 60 años. Afecta a ambos sexos con predominio de las mujeres¹⁹².

El tratamiento incluye la evitación de los estímulos desencadenantes, agentes tópicos como es el metronidazol u orales como son las tetraciclinas o los macrólidos.

2.4.10 Enfermedades vesiculoampollosas.

En los ancianos, puede desarrollarse lesiones ampollosas de distinta etiología, pero hay una serie de dermatosis que se expresan en forma de ampollas y/o vesículas, en cuyo desarrollo participan anticuerpos. Destacamos las dos más importantes:

2.4.10.1 Penfigoide Bulloso.

Enfermedad cutánea de etiopatogenia autoinmune que afectan a la piel y produce ampollas causadas por autoanticuerpos contra la membrana basal epidérmica^{48,193-195}. De curso severo que afecta a cualquier edad, pero es más frecuente en personas a partir de los 60 años (60% de los casos totales pertenecen a este grupo de edad). No tiene predilección por ningún sexo y la incidencia exacta es desconocida. Los síntomas pueden durar de meses a años^{43,48,193,195,196}.

Se caracteriza por la aparición de ampollas grandes, tensas, de contenido seroso o hemorrágico, subepidérmicas que pueden aparecer sobre piel normal o previamente eritematosa o lesionada.

Puede darse en cualquier localización, aunque suele ser más frecuente suele ser: abdomen, cara interna y anterior de las extremidades anteriores y superficies flexoras de los antebrazos. También puede darse afectación mucosa (10-35% de los casos) limitándose a la mucosa oral. Pueden acompañarse de un prurito intenso. La mayoría de los casos, ocurren sin que haya factores desencadenantes^{48,195}, pero hay que tener en cuenta que algunos fármacos se han relacionado con el desarrollo de dicha patología¹⁹³, y este colectivo de pacientes están polimedicados.

Cuando las ampollas se rompen, quedan zonas denudadas que corren el riesgo de sobreinfección. La tendencia es a la cicatrización muy lenta^{48,195}. A veces el pénfigoide puede estar asociado a enfermedades malignas, en particular neoplasias pulmonares, intestinales y de mama.

Es una enfermedad severa que se puede asociar con una alta morbilidad y mortalidad, tanto por el curso de la misma, como por las complicaciones (sobreinfecciones) bien sea del pénfigoide o los efectos del tratamiento empleado: corticoides tópicos, orales o fármacos inmunosupresores^{48,195}.

2.4.10.2 Pénfigo Vulgar.

Cursa con la presencia de vesículas intraepidérmicas, que se producen por un fenómeno de acantolisis y que se deben a la acción de unos anticuerpos que van dirigidos contra unas proteínas que están en la superficie de los queratocitos. En función del antígeno contra el que van dirigidos los anticuerpos existen diferentes tipos de pénfigo traducidos en un cuadro clínico e histopatológico diferente.

El tipo que pénfigo más frecuente en nuestro medio es el pénfigo vulgar. Afecta a individuos adultos de ambos sexos y el proceso clínico puede alcanzar una gran severidad, cosa que puede acarrear la muerte del paciente.

2.4.11 Reacciones cutáneas adversas a fármacos.

Las reacciones adversas a fármacos, entendidas como efectos no deseados que aparecen tras su administración a dosis terapéuticas, son frecuentes, aunque es difícil establecer su incidencia exacta. Más de un 30% de los efectos adversos de los medicamentos afectan a la piel^{197,198}. Los ancianos son un colectivo de riesgo importante para sufrir reacciones asociadas a la toma de medicamentos, en gran parte determinado por la polimedicación^{43,199-201}. Por lo general, estas reacciones son más graves que

en el individuo joven. Además en el anciano, existen factores farmacocinéticos que comprometen el metabolismo del medicamento¹⁹⁹. También se dan factores psicosociales que contribuyen a un mal cumplimiento y a errores en la toma de la medicación, estos factores son dependientes del propio estado del paciente como son las limitaciones de la memoria, estados confusionales, pérdida de audición, visión, destreza manual pero en parte también del propio sistema sanitario como puede ser el excesivo número de prescripciones, la multiplicidad de indicaciones por parte de diferentes profesionales, la falta de información y la automedicación. Los factores nutricionales con las posibles carencias de micro y macronutrientes, también puede contribuir a ello. Respecto al sexo, se admite que las mujeres son más susceptibles en general e sufrir reacciones adversas a fármacos, pudiendo contribuir a esto el hecho de que la mujer viva más y consuma un mayor número de medicinas.

Los cuadros cutáneos adversos producidos por los medicamentos son muy diversos, pueden imitar cualquier dermatosis²⁰². Hay diferentes maneras de clasificarlas según el cuadro clínico que produzcan. Por lo general se pueden dividir en 7 categorías: cuadros exantemáticos, urticariales, eccematosos, ampollosos, pustulosos, eritrodérmicos y purpúricos²⁰¹. Destacar, que las reacciones más frecuentes son las erupciones exantemáticas, seguidas de las urticariformes^{199,202}.

En los ancianos pueden producir alteraciones autoinmunes como son el pénfigo o el penfigoide bulloso y cuadros que semejan enfermedades del tejido conectivo como puede ser el lupus eritematoso^{199,203}.

Los fármacos, no sólo producen lesiones específicas de la piel, sino que pueden agravar enfermedades previas existentes. Estos cuadros suelen desaparecer tras la supresión del fármaco^{198,200}. Muchas veces no es fácil reconocer que el cuadro clínico, está inducido por la toma de un fármaco y aún menos, el saber qué medicamento es el responsable.

Los mecanismos patogénicos implicados en las reacciones cutáneas adversas, son diversos, complejos y no totalmente conocidos^{199,200,202}.

Aunque cualquier medicamento puede producir una reacción cutánea, la mayoría de los episodios están producidos por unos pocos grupos farmacológicos, entre los que destacan: antibióticos (sobre todo betalactámicos y sulfamidas), anticomiciales (fenitoina y carbamacepina), antihipertensivos (sobre todo diuréticos e inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina), hipouricemiantes (alopurinol), hipoglucemiantes (sulfonamidas) y a destacar el amplio grupo de analgésicos/antiinflamatorios^{199,200,202}.

No olvidemos, que este colectivo usa diferentes tipos de medicamentos de aplicación tópica que pueden ser las causantes de muchas lesiones cutáneas. Además, los medicamentos, pueden producir cuadros de prurito sin que existan alteraciones de la piel^{30,31}.

2.4.12 Alteraciones vasculares: úlceras cutáneas.

Los pacientes ancianos, debido en parte a la menor movilidad y a la insuficiencia circulatoria de las extremidades inferiores son altamente susceptibles de desarrollar úlceras venosas y úlceras por presión.

Las úlceras venosas o de estasis, son lesiones con pérdida de sustancia que asientan sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa. La enfermedad venosa es responsable del 72% de las úlceras de las piernas. La prevalencia aumenta según lo hace la edad de la población, se afectan más las mujeres (relación mujer/varón 3/1). Cuando la fibrosis en la dermis y la hipodermis afecta y oblitera las arteriolas, se producen anoxia e isquemias tisulares con desvitalización progresiva del tegumento, que de manera espontánea o ante mínimos traumatismos termina ulcerándose. Otros factores generales como la anemia, la diabetes, la obesidad, los malos hábitos de vida y las infecciones, contribuyen a la mala

evolución de las mismas. El tratamiento debe ser tópico mediante recubrimientos que permitan mantener cierto grado de humedad para acelerar así su cicatrización.

El otro tipo de úlceras son las de presión: son áreas de necrosis tisular causadas por la presión continua sobre partes blandas que se hallan comprimidas entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un periodo de tiempo prolongado. Afectan al 9% de los pacientes hospitalizados. Los factores etiológicos implicados son: la presión, la cizalladura, la fricción, la humedad; también contribuyen las alteraciones nerviosas, la maceración, la espasticidad muscular, los trastornos de la microcirculación, la fibrinólisis, la colonización bacteriana y una peor nutrición. En su tratamiento es fundamental el reducir la presión sobre las estructuras óseas mediante cambios posturales frecuentes y almohadillamiento correcto. Además la piel se debe de mantener limpia y seca, controlar al máximo la incontinencia de esfínteres, los espasmos y las contracturas. Hay que someter a los pacientes de riesgo a una nutrición e hidratación adecuadas y tratar correctamente las enfermedades coexistentes.

2.5 Calidad de vida relacionada con la salud.

Siguiendo el concepto de salud propuesto por la OMS en 1948 de "estado de completo bienestar físico, emocional y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad"²⁰⁴, en los últimos años se ha comprobado que los indicadores clásicos del estado de salud (mortalidad, prevalencia, incidencia, etc.) resultan insuficientes, adquiriendo una importancia creciente la valoración del efecto de las distintas formas de enfermar sobre la situación física, psicológica y social del individuo, en definitiva la medida de la CVRS.

Badia y cols²⁰⁵ definen la calidad de vida como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar de individuo, este término presenta distintos significados para distintas personas, pues el patrón con el que un individuo

valora su propia calidad de vida depende de su experiencia y de la distancia que exista entre sus expectativas y sus logros²⁰⁶.

Históricamente, la evaluación del estado de salud de los pacientes se centraba en métodos objetivos basados en la observación médica o la intervención médica clínica. De esta manera, la salud ha sido conceptuada a partir de indicadores epidemiológicos basados en la presencia/ausencia de enfermedad, muerte o ambas (por ejemplo morbilidad y mortalidad).

La primera escala desarrollada con el propósito de definir de una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky (KPS). Esta es una escala con diez puntos que, aunque inicialmente fue desarrollada para los pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica, se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Desde su primera descripción en 1948²⁰⁷, esta escala ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y desenlace de una enfermedad²⁰⁸. De esta manera, partiendo de la Oncología, el interés por medir la CV de los pacientes se extendió rápidamente a otros campos de la medicina. Con el tiempo, este interés ha invadido la mayoría de los campos de la medicina asistencial y además se han ido perfeccionando lo que se medía y los instrumentos con los que se medía.

En la actualidad se reconoce de manera generalizada, que el impacto que las enfermedades tienen sobre los pacientes no puede ser descrito en su totalidad por medidas objetivas de la salud. Cobra una vital importancia el análisis de otros factores subjetivos como son el dolor, la capacidad funcional o el bienestar emocional^{209,210}.

Uno de los problemas con los que tradicionalmente se han enfrentado la evaluación de programas, la planificación sanitaria y la comparación de estados de salud entre diferentes poblaciones ha sido la dificultad de concretar este concepto y la consiguiente definición operacional de estado de salud y CV.

Cada vez más pacientes, clínicos, investigadores y gestores sanitarios están prestando un mayor interés a la medición de la CVRS en la práctica y en la investigación clínica, así como en la toma de decisiones políticas. Los primeros porque los parámetros clásicos de evaluación de las enfermedades tienen un valor limitado para ellos; los clínicos porque precisan información sobre las consecuencias de la enfermedad en sus pacientes, así como sobre los efectos de las diferentes terapéuticas; los investigadores para medir la eficacia de los tratamientos; y los administradores sanitarios para evaluar la calidad de la atención sanitaria y monitorizar la efectividad de los diferentes servicios. Se trata de analizar, mediante las escalas correspondientes, la valoración subjetiva que hace el paciente de su CVRS, y del impacto sobre la misma de la enfermedad y del tratamiento.

El objetivo de la medición de la CVRS consiste por tanto en proporcionar una evaluación integral del estado de salud del individuo desde la perspectiva del propio paciente. Se trata de valorar la percepción subjetiva de cada persona sobre su salud, mediante un método estandarizado y desde un punto de vista científico.

Dicha percepción cobra máxima relevancia en el campo de las enfermedades crónicas, en las que carece de sentido utilizar exclusivamente los conceptos de mortalidad y morbilidad siendo preciso valorar además el impacto de la enfermedad y la terapéutica en todas las dimensiones bio-psico-sociales de los pacientes.

W.O. Spitzer et al²¹¹ y K. Dracup et al²¹², han resumido las características fundamentales que deben reunir los instrumentos de medida:

- Ser instrumentos simples, fáciles de entender, recordar, administrar y registrar.
- Incluir todo el intervalo de dimensiones de la CV.
- Su contenido debe ser compatible con la perspectiva de la comunidad, y las dimensiones deben surgir de las opiniones de los pacientes, de la población sana y de los profesionales de la salud.

- Ser cuantitativos.
- Ser aplicables a la mayoría de las situaciones y poco influenciados por factores como edad, sexo o tipo de enfermedad.
- Ser fácilmente aceptados por los que evalúan y los evaluados.
- Ser sensibles a los cambios en la situación clínica de la persona evaluada.
- Ser discriminantes entre grupos de personas con diferentes niveles apreciables de la CV.
- Los resultados deben concordar con otras medidas de salud, situación clínica o etapa vital.
- Ser formalmente validados antes de recomendarse para su uso amplio y general.

Por otra parte Badía y cols. señalan las cualidades que debe reunir un instrumento de medida de la salud y de la calidad de vida o propiedades psicométricas²¹³: la pertinencia, la validez, la fiabilidad, la sensibilidad al cambio, idoneidad y aplicabilidad.

La estimación de la CVRS se lleva a cabo a través de un cuestionario que contesta el paciente por sí sólo (cuestionario autoadministrado) o respondiendo a las preguntas de un entrevistador (heteroadministrado). Estos cuestionarios, al igual que cualquier otra escala de medida, requieren un proceso de estandarización en el que se comprueban sus propiedades psicométricas de validez y fiabilidad.

Los instrumentos de medida de la CVRS pueden clasificarse en dos grandes tipos: específicos y genéricos. Los primeros están diseñados para pacientes con un tipo de problema de salud concreto, mientras que los segundos son independientes del diagnóstico y se han desarrollado para todo tipo de enfermos o poblaciones, evalúan de forma general aspectos relacionados con la salud física, mental y social y pueden por tanto usarse para comparar enfermedades y tratamientos.

En las tres últimas décadas se han desarrollado gran número de cuestionarios; la mayoría proceden de países anglosajones –sobre todo de EE.UU.– con una cultura y una lengua diferentes, lo que plantea la necesidad de ser adaptados a nuestro idioma y a nuestro entorno cultural, para posteriormente evaluar de nuevo sus propiedades psicométricas. La finalidad de toda adaptación transcultural de una herramienta de medida de CVRS es alcanzar un instrumento comparable, es decir conceptualmente equivalente al original, y que sea a la vez aceptado y válido en la nueva cultura. Esto cobra importancia especial por la realización cada vez con mayor frecuencia de estudios internacionales; si la traducción no conserva el sentido de las preguntas originales se producen pérdidas de validez en el instrumento y los resultados no serán comparables. Actualmente se dispone de más de sesenta cuestionarios traducidos al castellano; algunas de estas versiones están completamente validadas, y otras de forma parcial.

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente²¹⁴. Las opiniones acerca del estado de salud personal están influenciadas por el ámbito cultural en el que el sujeto se encuentra, y la impresión o visión de lo que constituye la enfermedad o su impacto varía con la edad, la escolarización, el lenguaje, entre otros así como de las diferencias existentes entre las diversas culturas²¹⁵.

En este grupo de edad, se recomienda realizar sistemáticamente una valoración activa del estado de salud, entendida como el diagnóstico multidimensional y multidisciplinario orientado a cuantificar, habitualmente, las capacidades y problemas médicos, funcionales, sociales (tanto los contactos sociales como el ambiente en el que vive) de la persona. Es necesario que se realice una búsqueda activa, ya que en caso contrario pueden pasar desapercibidas dos tercios de sus enfermedades.

2.5.1 Calidad de vida dermatológica.

Las enfermedades de la piel, han tenido siempre efectos adversos sobre la vida de los pacientes²¹⁶, de manera que aunque buena parte de las enfermedades dermatológicas cursan sin repercusión visceral y con escasa repercusión sobre la esperanza de vida²¹⁷, éstas pueden producir un deterioro importante en como se siente el paciente.

Se ha reconocido, que las enfermedades de la piel tienen un efecto perjudicial sobre la CV de las personas a las que afecta, dado que éstas afectan en ocasiones a la apariencia de las personas y esto puede repercutir sobre la vida de los mismos, sobre todo desde el punto de vista social y emocional²¹⁸. De hecho, los factores psicológicos, parecen desempeñar un papel importante en el desencadenamiento y en las consecuencias de un gran número de dermatosis²¹⁹. Sin embargo, es sólo en los últimos 20 años, cuándo la CVRS para enfermedades dermatológicas, ha podido ser medida o reproducida²¹⁶.

Los médicos, tenemos una visión intuitiva de cómo las enfermedades dermatológicas puede afectar a nuestros pacientes, pero los propios pacientes, pueden valorar su calidad de vida de una manera diferente a la nuestra²¹⁶. La existencia de datos medibles o puntuables puede ayudar al clínico a la toma de diferentes decisiones en el manejo de una enfermedad para un paciente determinado. De esta manera, tenemos métodos para medir la extensión y la severidad de una determinada enfermedad, como puede ser la psoriasis o la dermatitis atópica, basados en signos y síntomas; sin embargo, la información que éstos proporcionan puede no correlacionarse con la CV medida. Además, a pesar de que un tratamiento pueda ser efectivo para una determinada enfermedad, si ésta está situada en partes visibles, al paciente puede no variarle su CV pese a la mejoría clínica experimentada²¹⁶.

La medida de la CV en dermatología, tiene una importancia significativa, debido a que sí bien la patología cutánea no amenaza la vida en general²²⁰, sí pueden llegar a causar un mayor impacto en los pacientes a

nivel psicosocial, de relación y en las actividades diarias sin que a ello se le haya dado quizás la suficiente importancia^{216,221,222}.

Como la vida de un paciente está afectada por su enfermedad, el empleo de escalas medibles hace que puedan guiarnos en la terapia de ésta, dado que la medida de la CV en patología dermatológica puede influir en la toma de decisiones para la aplicación de un determinado tratamiento, también para ver si el manejo terapéutico de una determinada enfermedad tiene repercusiones o mejora la CV del paciente, que además nos aporta información sobre como hemos llevado a cabo nuestra intervención^{216,223}.

Una aproximación al conocimiento del grado de afectación de la CVRS que sufren los pacientes con enfermedades cutáneas, nos las dan los estudios que comparan la CV de enfermedades cutáneas con las enfermedades de otros órganos. En los últimos años, esta preocupación, ha hecho que se publiquen varios estudios comparando CV de enfermedades cutáneas (como pueden ser entre otros psoriasis, acné, urticaria crónica) con diversas enfermedades sistémicas²¹⁸.

Se han realizado progresos importantes en el desarrollo y la evaluación de instrumentos y la evaluación de instrumentos para determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas. Se cuenta con varios instrumentos genéricos que pueden ser usados en pacientes con una enfermedad dermatológica de cualquier tipo. Existe una acumulación creciente de datos acerca de la función de estos instrumentos (incluso el uso de métodos psicométricos sofisticados) y la interpretación de las puntuaciones resultantes. Una de las conclusiones derivadas de estos estudios es que las correlaciones entre los efectos de las enfermedades cutáneas sobre la CVRS y la severidad clínica de estos trastornos determinadas por el médico son escasas y en realidad pueden ser mínimas. Esta observación también es válida en el caso de muchas enfermedades no dermatológicas e implica que una evaluación exhaustiva de los pacientes con

enfermedades cutáneas debe incluir una medición de la severidad clínica además de determinar los efectos sobre la CVRS.

2.5.2 Instrumentos para medir la CVRS.

En general existe bastante similitud en torno a las dimensiones que recorren los instrumentos que miden la CVRS. Tres son las dimensiones que están presentes en todos ellos: funcionamiento físico (en concreto aspectos relacionados con la autonomía funcional), el funcionamiento emocional y el social¹⁶. Clásicamente se dividen en genéricos (incluyen la totalidad de dimensiones de la CVRS) y específicos (se centran en una dimensión en particular o están diseñados para un grupo de personas aquejados de una enfermedad concreta o con una característica concreta como la edad o un factor de riesgo)⁸. Los instrumentos genéricos permiten comparar entre diferentes tipos de personas tengan o no enfermedad, y cabe mencionar que poseen baja sensibilidad para detectar cambios si ya existe patología. Los instrumentos específicos, por el contrario, poseen una alta sensibilidad para detectar estos²²⁴.

Por tanto, el impacto de las enfermedades dermatológicas en la CV, puede objetivarse a través de tres tipos de cuestionarios^{217,218}.

2.5.2.1 Instrumentos genéricos.

Al igual que en otras enfermedades, proporcionan una idea global de la salud del individuo²¹⁷. No están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular²²⁵. Hay diferentes instrumentos de medida genéricos que pueden ser aplicados tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes²²⁵ o usarse para determinadas patologías²²².

Estas escalas, tienen en cuenta que la mayoría de los enfermos padece más de una patología, ofreciendo por tanto, una visión global del estado de salud. Evitando el error de considerar los problemas de salud de

los pacientes como atributos de una sola enfermedad y que el resto no influyen.

Los datos obtenidos de los cuestionarios genéricos, pueden servir para contrastar diferentes enfermedades dermatológicas entre sí y también para ser comparadas con otras enfermedades no dermatológicas, es decir, permite comparar el impacto de la CV de diferentes patologías entre sí^{217,218,223,226}. De esta manera, por ejemplo, se puede saber que el impacto que tiene la psoriasis sobre la CV en los pacientes, está en el mismo orden que el impacto de la patología cardíaca^{217,223,227}.

Dentro de los cuestionarios genéricos traducidos y validados al castellano tenemos:

2.5.2.1.1 El Cuestionario de Salud SF-36.

La “Encuesta de Salud de Formato Abreviado de 36 items del Estudio de los Resultados Médicos” (*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*)²²⁸. El cuestionario es aplicable tanto para la población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación²¹³. La adaptación al castellano fue llevada a cabo por Alonso J y cols^{213,229}.

Consta de 36 preguntas que se refieren a las últimas cuatro semanas y cubren 8 dimensiones o escalas del estado de salud, proporcionando un perfil del mismo; se trata de tres escalas físicas, una escala de salud general y cuatro escalas emocionales. Hay además un ítem que no forma parte de la puntuación final y que hace referencia a la evolución declarada de la salud en el último año. Puede rellenarse mediante entrevista personal o autoadministrado.

Alonso y cols publicaron los valores poblacionales de referencia para la versión española del SF-36²³⁰.

2.5.2.1.2 EuroQol-5D.

El EuroQol-5D es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

Se diseñó como un instrumento para medir la CVRS en población general y en pacientes con diversos tipos de patologías, que pudiera ser utilizado en la investigación clínica y en estudios sobre gestión de recursos sanitarios, y que permitiera realizar comparaciones entre distintas naciones; de hecho existen ya versiones para más de 20 países, incluyendo la práctica totalidad de Europa y EE.UU. La primera versión del EuroQol constaba de 6 dimensiones²³¹. En el 1996 se realizó una versión con dimensiones, que es la que se emplea en la actualidad²³². La validación en España de esta herramienta ha sido llevada a cabo por Badía y cols^{233,234}.

El EuroQol-5D es un instrumento sencillo y práctico diseñado para ser autoadministrado personalmente o por correo²¹³. Además, el EuroQol-5D recoge información del encuestado sobre su edad, sexo, dificultad para cumplimentar el cuestionario, etc²³⁴. Las dos primeras partes del EuroQol-5D se incluyeron en la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994, lo que permitió establecer unos valores para la población general utilizables como referencia en investigaciones futuras en España²³⁴. Es un instrumento genérico de la medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (es decir, población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías.

La primera parte del EuroQol-5D es un sistema descriptivo del estado de salud del individuo en 5 dimensiones (de ahí el nombre de EuroQol-5D²³²:

movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. En cada dimensión hay tres niveles de gravedad que se codifican de la siguiente maneras: “1” no o sin problemas, “2” algunos problemas o problemas moderados y “3” muchos problemas o problemas graves. El paciente debe marcar su nivel de gravedad de cada una de las dimensiones. Todas son referidas “al día de hoy”. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de cinco dígitos (uno por cada dimensión estudiada). La combinación de los valores de todas las dimensiones genera 243 combinaciones de diferentes estados de salud posibles, que pueden usarse como perfiles.

La segunda parte es una Escala Visual Analógica (EVA) vertical, de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 y rotulada en el 0: “peor estado de salud imaginable” y en el 100: “mejor estado de salud imaginable”. En dicha escala el individuo debe marcar el punto que mejor valore su estado de salud global en el momento de la entrevista o cuando rellena el cuestionario. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

La tercera parte, está diseñada para obtener valores individuales de puntuación para los estados de salud descritos. Los estados de salud antes obtenidos (a partir de las 5 dimensiones), pueden transformarse en un “valor índice” o “tarifa” a fin de poder cuantificar los mismos. Las tarifas que se obtienen de la valoración de los estados de salud en población general se llaman “tarifas sociales” y expresan las preferencias de la población por un determinado “estado de salud” Se muestran 16 estados de salud y además los de “inconsciente” y “muerte”. Con estos datos se obtiene una valoración “social” de cada estado de salud y se construye una “tarifa” para cada uno de ellos. Estos valores pueden calcularse utilizando datos ajustados o no. Las tarifas pueden originarse de dos maneras distintas: mediante la aplicación del EVA y por “Equivalencia Temporal” (ET). Este último método valora el estado de salud como algo dinámico, de manera que abarca periodos de tiempo y está ideado para poder hacer intercambios entre periodos de tiempo mejores

y peores. Los valores de tarifa varían entre 1 y -1, asignando a los estados de “salud perfecta” (11111) el valor de 1 y al de “muerte” el valor de 0. Existen valores negativos para el índice, que corresponden a aquellos estados de salud que son considerados peores que la muerte.

Actualmente en nuestro país disponemos de dos tarifas de preferencias. Ambos se han obtenido a partir de valoraciones de los estados de salud por la población general a partir de una muestra aleatoria y representativa. Dichos estados de salud se han obtenido a partir de la EVA y de la Equivalencia Temporal.

Existe una variedad de posibilidades de uso y de interpretación de los resultados, desde la descripción de un estado de salud general, o por dimensiones, hasta la posibilidad de evaluación económica de los servicios sanitarios.

2.5.2.1.3 PECVEC o Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos.

Es la adaptación al castellano²³⁵ del *Profil der Lebenqualität Chronischkranken* (PLC) desarrollado por el grupo de trabajo alemán de Siegrist²³⁶. Se está usando en los países europeos sobre todo en el campo de las enfermedades cardiovasculares²¹⁵. Permite medir la CV de los pacientes crónicos, tanto en trabajos descriptivos como en estudios de intervención terapéutica. Puede ser administrado en forma de entrevista personal o bien autoadministrado²¹⁵, a pesar de que sus autores desaconsejan que se entregue al paciente para que este lo cumplimente en su domicilio, pues al variar las condiciones habituales de aplicación disminuirían las garantías de fiabilidad²³⁵.

2.5.2.1.4 Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (*Sickness Impact Profile*).

Se desarrolló en los EEUU como una medida de CVRS válida para evaluar las políticas sanitarias. Está especialmente indicado en pacientes con disfunción de moderada a severa y no está diseñado para aplicar en población general²³⁷.

2.5.2.1.5 Cuestionario de Calidad de Vida CCV (*Quality of Life Questionnaire*).

Se trata de un instrumento genérico poco utilizado que se desarrolló con la finalidad de disponer de un cuestionario breve y fácil de utilizar. Es un instrumento de CV creado por investigadores españoles²³⁸.

2.5.2.1.6 Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional (OARS).

El cuestionario original fue desarrollado en EEUU en la década de los 70, como parte del Programa de Servicios y Recursos de los Ancianos Americanos (*Older Americans Resources and Services, OARS*) bajo el nombre de OARS *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*²³⁹. Actualmente se usa en todo el mundo para evaluar la capacidad de los adultos de más de 60 años de llevar una vida independiente. La adaptación española fue llevada a cabo por Grau y cols²⁴⁰.

2.5.2.1.7 Perfil de Salud de Nottingham.

Es un cuestionario autolimitado sobre la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Fue diseñado en el Reino Unido a finales de los años 70²⁴¹. La adaptación al castellano fue llevada a cabo por el grupo de Alonso y cols²⁴². Se dispone de valores de referencia, obtenidos a partir de

una muestra representativa de la población de Barcelona de más de 40 años de edad. No obstante esta herramienta de medida de CVRS es más adecuada para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado general de la salud, dado que carece de ítems positivos. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento (“distress”) físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho sufrimiento afecta a la vida de los individuos²¹³.

2.5.2.1.8 Láminas COOP-WONCA.

Es una medida desarrollada originalmente en los EEUU en los años 80²⁴³. Se trata de un instrumento elaborado específicamente para evaluar el estado funcional del paciente en la consulta de atención primaria, siendo en este ámbito uno de los instrumentos mejor validados²⁴⁴. Es fácilmente aplicable en la práctica clínica por ser corto y sencillo.

2.5.2.1.9 Índice de Calidad de Vida de Spitzer.

Aunque la validez de este instrumento ha sido suficientemente probada en su cultura y lengua originales²¹¹, en nuestro país aún no se han llevado a cabo suficientes estudios que analicen sus propiedades psicométricas²¹³.

2.5.2.1.10 *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100).*

Bajo la iniciativa de la OMS el WHOQOL²⁴⁵ fue desarrollado de manera paralela en 15 países y en la actualidad hay versiones en más de 30 lenguas. Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que la componen. Una variante del anterior es el WHOQOL-BREF que es una versión abreviada compuesta por 26 preguntas o ítems, una pregunta por

cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud general.

2.5.2.2 Instrumentos de medida específicos dermatológicos.

Son necesarios para la búsqueda de los efectos de las enfermedades dermatológicas en los pacientes²²⁶ porque los cuestionarios generales adolecen de especificidad para enfermedades cutáneas^{217,246}. Permiten la interpretación de la repercusión global de una enfermedad dermatológica en la calidad de vida^{217,226}.

La gran variedad de enfermedades cutáneas existentes, dificulta que estos formularios puedan adaptarse de forma global a todas ellas²¹⁸, sin embargo son prácticos y rápidos de cumplimentar en la práctica diaria. Gracias a estos instrumentos específicos podemos comparar diferentes dermatosis entre sí²¹⁷. La mayoría de las escalas que miden CVRS, fueron creadas en Reino Unido. Para aplicarlas en castellano, es necesaria la validación transcultural al mismo. Aunque existen varias escalas específicas dermatológicas, hasta ahora, sólo hay dos publicaciones con adaptación transcultural con su proceso de validación²¹⁸: Índice Dermatológico de Valoración de la Calidad de Vida (DLQI) y el SKINDEX-29 adaptado al castellano por Jones-Caballero et al^{217,218,222,247}.

2.5.2.2.1 Índice Dermatológico de Valoración de la Calidad de Vida (DLQI).

El DLQI²²¹ es una escala simple desarrollado por Finlay y Kahn. Contiene 10 cuestiones las cuales valoran las molestias debidas a los síntomas que originan la patología dermatológica y su gravedad.

Es un instrumento diseñado para evaluar la CVRS en pacientes afectados de cualquier patología dermatológica y se puede usar en la práctica diaria. Fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay et al, a fin de disponer de

un instrumento de calidad de vida específico en Dermatología^{219,221,222}. Ha sido traducido y validado en 21 lenguas diferentes, el proceso de adaptación cultural, incluyó traducción-retrotraducción, diferentes reuniones de consenso, la realización de una prueba piloto y diferentes estudios de propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio), de esta manera que es posible comparar DLQI procedentes de diferentes idiomas. Se usa en adultos a partir de los 16-18 años de edad. Existe una versión para niños: CDLQI (*The Children's Dermatology Life Quality Index*)¹⁴³. Hay una versión en forma de dibujos que es más cómoda y fácil de usar en este colectivo mencionado²⁴⁸. Hasta el año 1998, no existía ningún cuestionario desarrollado, adaptado y validado en español. La versión española del DLQI²¹⁹ ha sido llevada a cabo por De Tiedra AG, y cols.

El DLQI ha sido utilizado en 36 patologías dermatológicas diferentes, pero destacan los trabajos que estudian enfermedades concretas. Entre éstas destacan: psoriasis, dermatitis atópica, acné, vitiligo y urticaria crónica. También se está empleando de una manera más amplia en la comparación de los efectos de un determinado tratamiento. Todo esto queda reflejado en un trabajo recopilatorio llevado a cabo por Lewis V y Finlay A²⁴⁹ en el año 2004 o en el año 2007 por Basra y col²⁵⁰.

El índice de calidad de vida DLQI, es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los últimos 7 días^{218,219}. Las 10 cuestiones evalúan diferentes dimensiones de salud agrupables en 6 categorías: síntomas y percepciones (ítems:1-2), actividades diarias (ítems 3-4), ocio (ítems 5-6), trabajo/estudio (ítem 7), relaciones interpersonales (incluyendo la sexualidad (ítems 8-9), tratamiento (ítems 10)²²¹. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert (categorías de respuesta ordinal estandarizada) con cuatro posibles respuestas: "muchísimo", "mucho", "un poco" "en absoluto". Las puntuaciones según las respuestas son: 3, 2, 1, 0 respectivamente y además hay una quinta opción de respuesta: "no procedente" que puntúa como 0 y que no se tiene en cuenta en el cómputo final²¹⁸, de manera que un mayor valor (3) indica una

peor CV. La puntuación final se obtiene por la suma de cada items y se considera que todos los items contribuyen de igual manera en la CVRS final del paciente y va del 0 (mínimo impacto de la dermatosis en la CV) a 30 (máximo impacto).

El cuestionario DLQI, tiene la ventaja de que puede ser autoadministrado por el paciente y es lo suficientemente breve como para que pueda ser usado en la práctica diaria. Pero además puede rellenarse mediante administración por entrevista presencial o incluso por entrevista telefónica.

Hay una serie de factores que influyen en el DLQI:

- Variables demográficas: para una misma enfermedad y con un grado similar de afectación, los valores del DLQI varían en función de la edad, sexo y nivel cultura.
- Variables clínicas que dependen del grado de estabilidad de la lesión y de la localización de la dermatosis.

El DLQI, ha sido usado al menos en 36 afecciones dermatológicas diferentes.

La versión en castellano del DLQI, puede ser usada, al igual que la versión original, en diferentes tipos de estudios: descriptivos, discriminativos, evaluativos y predictivos.

Los campos sanitarios de aplicación del DLQI son:

- Práctica clínica: como ya se mencionó con anterioridad, permite conocer como el paciente percibe el impacto y el grado de una enfermedad, que puede ser diferente de lo que piensa el clínico, de manera que este conocimiento, nos puede influenciar en nuestra perspectiva de ver una enfermedad, así como como el tratamiento que vamos a prescribir.

- Investigación clínica y terapéutica: podemos profundizar en el conocimiento clínico de la enfermedad, considerando ésta como entidad individual o bien en relación a otras patologías dermatológicas. Este cuestionario puede ser aplicado al uso de estudios epidemiológicos.
- Política y economía sanitaria: puede proporcionar al gestor o político sanitario información para la toma de decisiones de asignación de recursos. Puede ser usado para la realización de estudios farmacoeconómicos en diversas aplicaciones.
- Auditoría de servicios: puede usarse para la evaluación de actividades o procesos asistenciales, como instrumento que ofrece una medida centrada en el paciente.

2.5.2.2.2 Skindex Questionnaire (SKINDEX).

El instrumento original constaba de 61 ítems distribuidos en 8 escalas²⁵¹, posteriormente tras un nuevo análisis se redujeron a 29 ítems²⁵². Esta última versión mide los efectos de las enfermedades cutáneas en la CV de los pacientes en 3 escalas: funcional (12 ítems), emocional (10 ítems) y sintomática (7 ítems). Las tres escalas comprenden los 3 aspectos a considerar en la estructura de la CV. Más recientemente, se ha publicado una versión de 16 ítems, que además de ser más breve explora el grado de molestia en vez de la frecuencia de las experiencias de los pacientes²⁵³.

2.5.2.2.3 Calidad de Vida desde el Punto de Vista Dermatológico (DSQL).

Contiene 43 cuestiones e incluye 2 escalas del SF-36 con 9 escalas cada una. Explora las dimensiones tradicionales de la CV (física, emocional y social)²⁴⁶.

2.5.2.2.4 Escala Dermatológica de la Calidad de Vida (DQOLS).

Comprende 17 cuestiones que evalúan la dimensión psicosocial, 12 que evalúan la actividad física y 12 que cuantifican la gravedad de los síntomas²⁵⁴.

2.5.2.2.5 Perfil de Impacto de la Enfermedad en el Reino Unido (UKSIP).

Se compone de 136 cuestiones agrupadas en 12 dimensiones de la CV (sueño y relajación, nutrición, trabajo, tareas domésticas, aficiones y diversiones, movilidad, facilidad de movimiento, higiene y cuidado personal, vida social, grado de alerta, comportamiento emocional y comunicación).

2.5.2.3 Instrumentos de medidas específicos de enfermedad.

Además de los instrumentos específicos para medir el impacto de la CVRS de las enfermedades cutáneas en general, se han desarrollado otras herramientas para valorar una enfermedad dermatológica en particular, son los llamados instrumentos de medida específicos de enfermedad. Permiten perfilar de una manera muy precisa lo que supone a los pacientes cada dermatosis en particular^{217,221,226}, aunque no permiten comparar la repercusión sobre la CVRS con otras enfermedades dermatológicas o generales.

Los estudios específicos de enfermedad sobre CVRS aplicados a dermatología, se han centrado, sobre todo en enfermedades crónicas, prevalentes y recurrentes, como son entre otras:

- **Psoriasis.**

Escala de discapacidad en psoriasis (*PDS: Psoriasis Disability Scale*), Escala relacionada con estrés en Psoriasis (*PRSS: Psoriasis-Related Stressor Scales*), Índice de Discapacidad en Psoriasis (*PDI: Psoriasis Disability Index*), Índice de Psoriasis Salford (*PSI: The Salford Psoriasis*

Index), Inventario de estrés de vida en Psoriasis (*PLSI: Psoriasis Life Stress Inventory*).

▪ **Eczema.**

- Cuestionario del impacto de la dermatitis en la familia (*DFIQ: Dermatitis Family Impact Questionnaire*), Índice de discapacidad en eczema (*EDI: Eczema Dissability Index*).
- Dermatitis Atópica:
- Índice de calidad de vida para dermatitis atópica (*QOLIAD: Quality of Life for Atopic Dermatitis*).
- Prurito:
- Escala de intensidad del picor (Cuestionario *ISS: Itch Severity Scale*).

▪ **Acné.**

AcnéQol, Escala de Calidad de vida en Acné (*AQLS: Acne Quality of Life Scale*), Índice de discapacidad en acné (*ADI: Acne Disability Index*), Índice de discapacidad en acné de Cardiff (*CADI: Cardiff Acne Disability Index*), Valoración de los efectos psicológicos y sociales del acné (*APSEA: Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne*).

▪ **Herpes genital.**

Medida de CV específica para el herpes que afecta a dicha localización.

▪ **Urticaria.**

Cuestionario específico de urticaria crónica.

▪ **Onicomycosis.**

Instrumento de medición de calidad de vida en onicomycosis, Cuestionario de calidad de vida en onicomycosis de dedos de manos, Cuestionario de calida de vida de dedos de pies.

- **Úlceras de piernas.**

Cuestionario de calidad de vida en pacientes con úlceras de piernas.

- **Alopecia.**

Cuestionario Hairdex.

- **Tumores malignos cutáneos.**

Cuestionario específico del cáncer de piel (*SCI: Skin Cancer Index*), Cuestionario *SCQOLIT* (*Skin Cancer Quality of Life Impact Tool*), Cuestionario de calidad de vida en queratosis actínicas (*AKQol: Actinic Keratosis Quality of Life*).

Estamos asistiendo a un desarrollo importante de cuestionarios que permitan medir la calidad de vida en enfermedades específicas dermatológicas, algunas aún no validadas al castellano, con lo cual la lista es aún más amplia que la expuesta anteriormente. También se están adaptando los diferentes cuestionarios a grupos de edades específicos, siendo especialmente importantes el desarrollo de escalas en la edad pediátrica y, también escalas para grupos familiares.

3 OBJETIVOS

El objetivo de esta tesis es realizar un estudio epidemiológico descriptivo en el área sanitaria del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid de la patología dermatológica existente en la población anciana, un grupo concreto de población con relevancia clínica en la práctica clínica habitual.

3.1 Objetivos generales:

- Describir las patologías dermatológicas observadas, y su asociación a las características sociodemográficas y hábitos higiénicos de los pacientes mayores de 60 años que acuden a una consulta de dermatología de en nuestro medio.
- Conocer el impacto que estas patologías dermatológicas tienen en la Calidad de Vida relacionada con la salud de nuestros pacientes.
- Valorar la utilidad de dos cuestionarios de Calidad de Vida relacionada con la salud para describir la Calidad de Vida de las distintas dermatosis empleando un cuestionario específico dermatológico y otro genérico.

3.2 Objetivos específicos:

- Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Conocer la comorbilidad existente en los pacientes objeto de estudio.
- Conocer la calidad de vida de nuestros pacientes.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Trabajo de Campo.

4.1.1 Ámbito de realización.

El estudio lo realizamos observando los pacientes atendidos en una de las consultas externas de Dermatología, de 1 de marzo de 2002 a 1 de marzo de 2003, en la que se asiste a pacientes tanto en el Hospital del Río Hortega como en el Centro de Especialidades Arturo Eyries, todos ellos procedentes del Área Oeste de Valladolid, remitidos desde las consultas de Atención Primaria según los criterios de derivación que sus Médicos de Familia hayan considerado. La población estimada de éste área es de unos 230.000 habitantes y abarca población de medio urbano y rural.

4.1.2 Población de estudio.

La muestra estudiada eran las personas que acudían por primera vez a una consulta externa de Dermatología en el periodo comprendido entre el 1 de marzo del 2002 al 1 de marzo del 2003, con una edad mayor o igual de 60 años y sin límite superior.

Los **criterios de inclusión** del estudio fueron:

- Ser mayor de 60 años.
- Acudir a una primera consulta de Dermatología.
- Pertenecer al Área Oeste de Salud Valladolid.
- Valoración por parte del Dermatólogo correspondiente.
- Consentimiento verbal informado para la cumplimentación de dos cuestionarios de CVRS.

Como **criterios de exclusión** del estudio se tomaron:

- Ser menor de 60 años.

- Acudir por segunda vez o a revisión previa de un problema dermatológico.
- No querer participar en la entrevista tras solicitarle verbalmente consentimiento informado.

4.2 Variables de estudio.

Mediante la historia clínica y una entrevista recogimos de forma protocolizada cerrada una serie de variables (Anexo I). La entrevista era directa al paciente y en caso de deterioro cognitivo con la ayuda del cuidador del paciente. Las variables recogidas fueron: epidemiológicas, de hábitos tóxicos, de hábitos de vida saludable, de cuidado de la piel, antecedentes patológicos no dermatológicos, dermatológicas, medicaciones y cuestionarios de salud.

4.2.1 Variables epidemiológicas.

- Código de identificación del caso: se tomó como referencia el número de la historia clínica de cada paciente que es un código de 6 a 8 dígitos. Dicho número se enmascaró anonimizándole en listado aparte.
- El sexo.
- La edad en años.
- El lugar de nacimiento diferenciando entre rural y urbano.
- Variables sociales:
 - Estado civil: solteros, casados, divorciados/separados, viudos.
 - Medio en el que habitan en la actualidad: rural o urbano.
 - Domicilio actual: teniendo en cuenta: si es casa propia, si es domicilio de otro familiar o bien residencia de ancianos.

- Número de convivientes en el domicilio actual.
- Estudios realizados: básicos, primarios, medios o superiores.
- Profesión: trabajo realizado de manera habitual previo a la jubilación.

4.2.2 Variables de hábitos tóxicos.

- Tabaco: según el hábito tabáquico en el momento actual se dividieron en: fumador, no fumador, exfumador.
- Alcohol: según el consumo de alcohol en la actualidad se dividieron en consumo habitual o no consumo habitual. Hemos considerado consumidor habitual al que declaraba tomar más 5 unidades de alcohol al día en el caso de los varones y 3 unidades de alcohol al día en el caso de las mujeres.

4.2.3 Variables de hábitos de vida saludable.

- Ejercicio físico: hemos considerado la realización de ejercicio de manera habitual el equivalente a caminar una hora diaria.

4.2.4 Variables relacionadas con el cuidado de la piel.

- Hábitos higiénicos: la frecuencia de ducha: diaria, días alternos, 2-3 veces a la semana, semanal, quincenal.
- Hidratación diaria de la piel: sí o no.
- Exposición solar: se dividió la exposición solar que había recibido el paciente en varios niveles:
 - Crónica: desempeño de trabajos al aire libre o bien que declaración de haberse expuesto al sol de una manera regular).

- Aguda: los que declaraban exposición solar reciente.
- Aguda/crónica.
- No exposición solar: ni por el tipo de trabajo desempeñado, lugar de nacimiento, ni porque referían o exposición.
- Fotoprotección: sí o no. Consideramos fotoprotección cuando el paciente usa algún tipo de fotoprotector solar.
- Prurito cutáneo: sí o no.

4.2.5 Variables relacionadas con los antecedentes patológicos no dermatológicos.

Solamente se tuvieron en cuenta los antecedentes más relevantes de los pacientes; estos se agruparon por aparatos o grupos de enfermedad.

- Enfermedades de riesgo cardiovascular:
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes mellitus.
 - Dislipemias.
 - Patología tiroidea.
 - Patología cardiovascular.
 - Patología nefrourológica.
 - Patología osteomuscular.
 - Patología digestiva.
 - Patología psiquiátrica.
 - Enfermedades neurológicas.
 - Enfermedades pulmonares.

- Patología relacionada con los órganos de los sentidos (vista y oído).
- Neoplasias.
- Alergias.

4.2.6 Variables Dermatológicas.

- Motivo de consulta.
- Diagnóstico realizado por el dermatólogo.
- Grupo dermatológico en el que se ha incluido (Anexo II).
- Localización de las lesiones.
- Tiempo de evolución de las lesiones.
- Tratamiento dermatológico indicado.

4.2.7 Medicación que toma el paciente.

- Agrupada en grupos farmacológicos.

4.2.8 Cuestionarios de salud.

Con la finalidad de evaluar la percepción del paciente sobre su CVRS se utilizó una escala de medición de calidad de vida genérica y una específica. Ambos cuestionarios están validados para la población española²¹³.

- Cuestionario genérico: EuroQol-5D (Anexo III).
- Cuestionario específico dermatológico: *Dermatology Life Quality Index*, conocido por sus siglas DLQI. En castellano se denomina Índice de Calidad de Vida en Dermatología (ICVD), aunque es más conocido por el acrónimo inglés (Anexo IV).

4.2.9 Análisis estadístico.

El cuaderno de recogida de datos se implementó en Microsoft Access 2000. El software utilizado para llevar a cabo el análisis estadístico fue SPSS versión 14.0.1 y Microsoft Excel 2000, con licencia de la Universidad de Valladolid.

Todas estas herramientas fueron utilizadas en un ordenador Pentium 4.

4.2.10 Análisis descriptivo.

Las variables cuantitativas continuas se describieron como media \pm desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fue normal. Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Los datos se recogieron en tablas y se representaron en los gráficos más adecuados para cada tipo de variable.

Todas las variables han sido tratadas analíticamente como cualitativas. Para este propósito, los valores obtenidos han sido agrupados en categorías y clases, tanto en el caso de las variables cuantitativas como en el de las cualitativas. A continuación, se ha determinado su distribución de frecuencias, con sus correspondientes representaciones gráficas y tablas.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas ha sido realizado mediante las habituales medidas de centralización, dispersión, posición y forma (media, mediana, moda, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza, apuntamiento, curtosis, percentiles y coeficiente de variación).

4.2.11 Análisis inferencial.

Para comprobar la distribución normal de los valores de una variable cuantitativa se ha utilizado el test de Kolmogorov-Smirnov.

Se ha utilizado la prueba de la t de Student para la comparación de medias en el caso de variables cuantitativas con valores distribuidos normalmente, y el test de la U de Mann-Witney para los valores sin distribución normal. Para comparar medias en más de dos grupos se ha utilizado el test de ANOVA.

Para determinar la relación de dependencia o asociación entre variables cualitativas se ha realizado la prueba de la chi cuadrado (X^2) para tablas de contingencia 2x2 o rxs y contraste de proporciones. En las tablas de contingencia 2x2 se ha utilizado la prueba exacta de Fisher y la corrección de Yates cuando las condiciones lo requerían. Para las tablas de contingencia rxs se ha realizado una partición-colapso de la tabla comparando 2x2 y agrupando las categorías que no presentaban diferencias significativas, si el carácter de las mismas lo permitía, hasta comprobar las que diferían significativamente.

Se ha considerado significativo en todos los tests realizados un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

4.3 Revisión bibliográfica.

La revisión bibliográfica ha sido realizada a través de la página de Internet PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), un servicio de acceso libre a la Base de datos Medline proporcionado por la *National Library of Medicine* (NLM). Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y vocabulario controlado.

Además del catálogo de publicaciones del Índice Médico Español.

5 RESULTADOS

5.1 Descripción de la muestra estudiada, variables sociodemográficas.

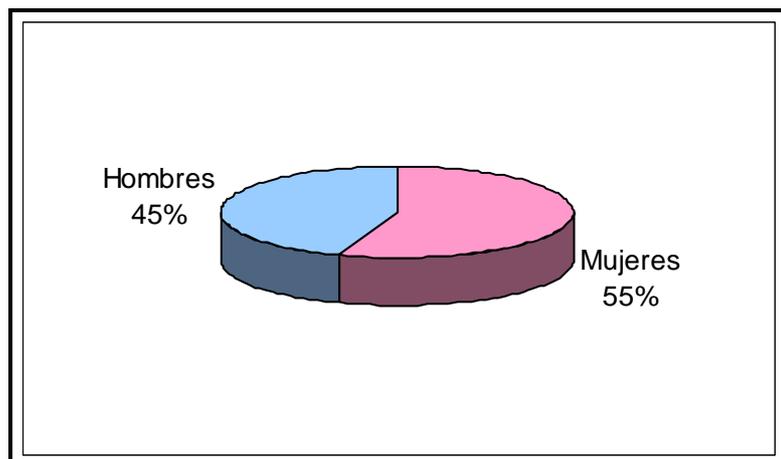
5.1.1 Edad y sexo.

La muestra está compuesta por 306 individuos mayores de 60 años.

5.1.1.1 Distribución por sexo.

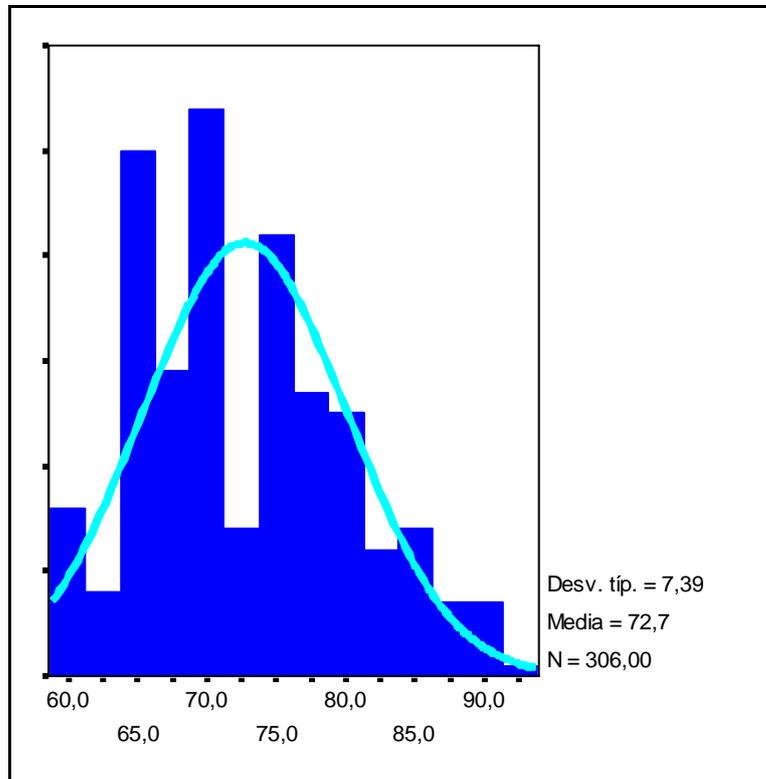
La muestra estudiada está integrada por 169 mujeres (55%) y 137 varones (45%) (Figura 4).

Figura 4: Porcentaje de hombres y mujeres de la muestra.



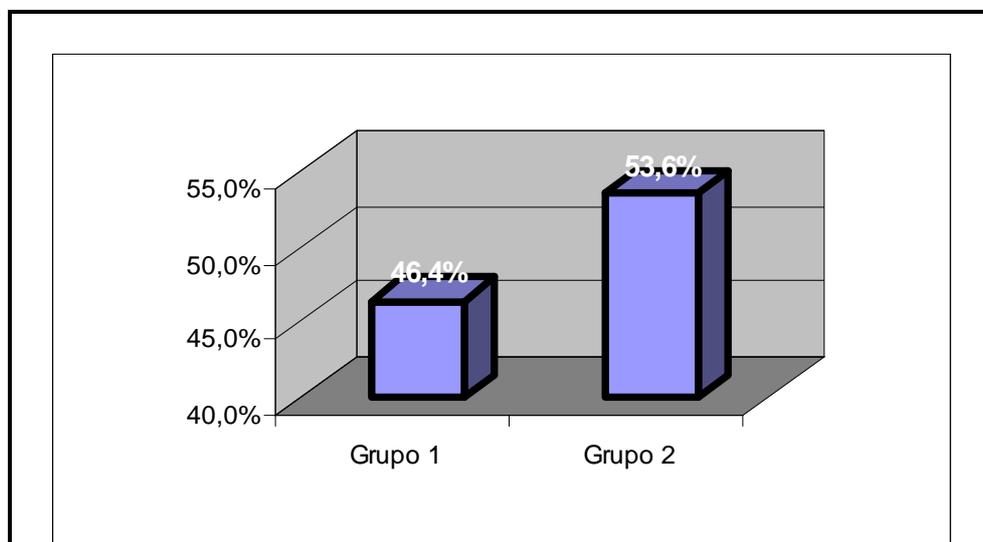
5.1.1.2 Distribución por edad.

Nuestros 306 individuos presentan edades comprendidas entre los 60 y 92 años. La edad media fue: 72 años, ($72 \pm 7,3$) (Figura 5).

Figura 5: Curva de distribución de la edad de los pacientes.

Para facilitar el estudio de las diferentes variables respecto a la edad, hemos dividido ésta en dos intervalos: de 60 a 70 años (grupo 1) y mayores de 70 años (grupo 2). La distribución de los pacientes por grupos es la siguiente: 142 (46,4%) en el grupo 1 de 60 a 70 años y 164 en el grupo 2 mayores de 70 años (53,6%) (Figura 6).

Figura 6: Porcentaje de pacientes distribuidos en los grupos de edad.

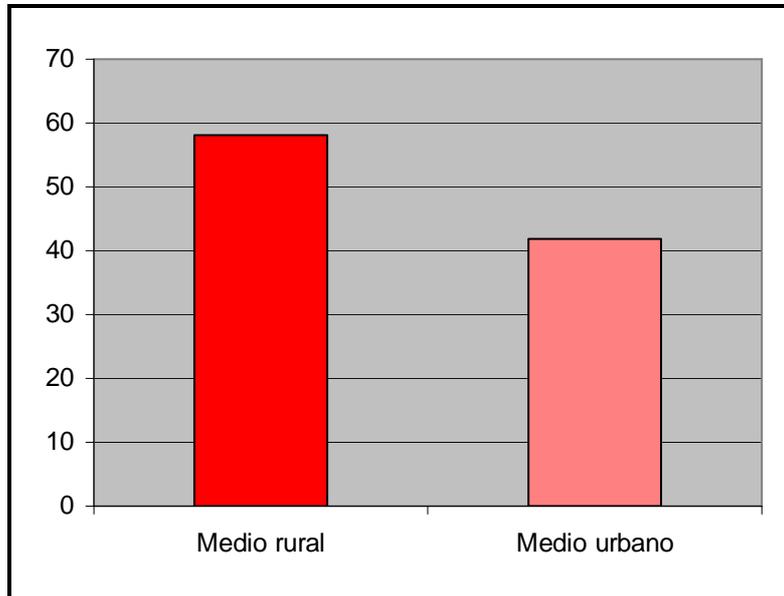


Grupo 1: 60-70 años, Grupo 2: 71-92 años.

5.1.2 Variables demográficas.

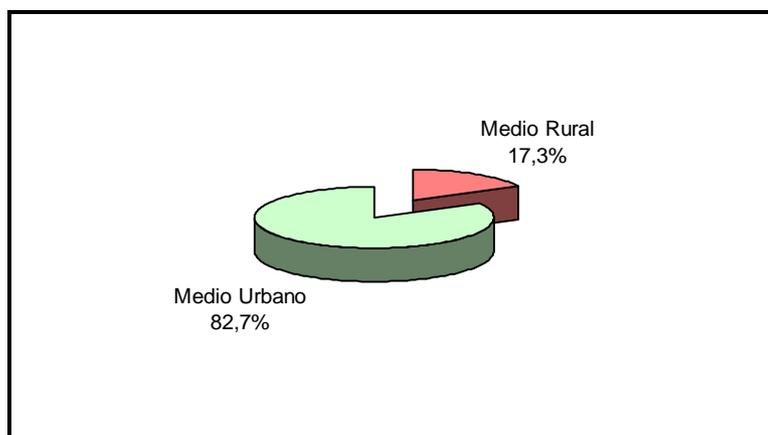
5.1.2.1 Lugar de nacimiento.

Eran originarios de la provincia de Valladolid 216 pacientes (70,6%), de ellos el 58,2% (n=178) habían nacido en el medio rural (Figura 7).

Figura 7: Lugar de nacimiento de los pacientes.

5.1.2.2 Lugar actual en donde habita.

Pese a que la mayoría de nuestros pacientes nació en el medio rural, en la actualidad, el 82,7% (n= 253) de los pacientes residen en medio urbano (Figura 8).

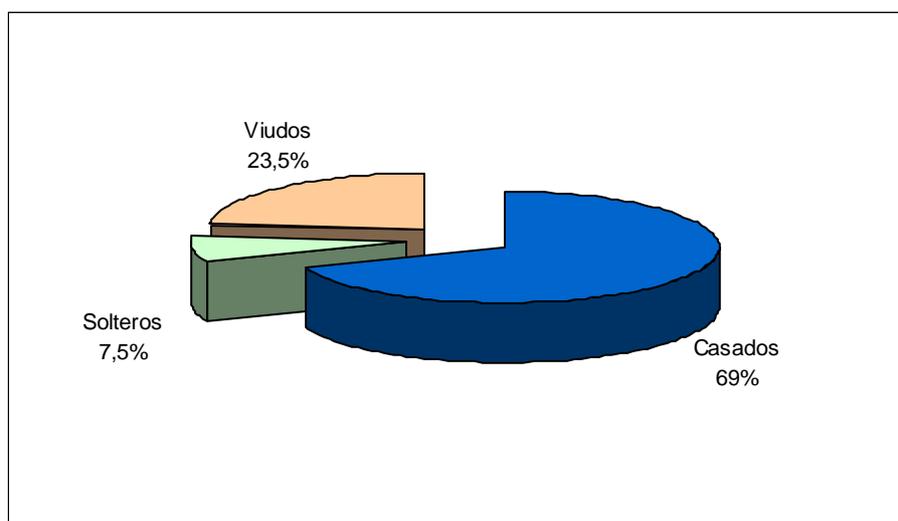
Figura 8: Medio actual en donde viven nuestros pacientes.

5.1.3 Variables sociales.

5.1.3.1 Estado Civil.

El 69% de los pacientes estaban casados (n=211) (Figura 9).

Figura 9: Estado Civil de los pacientes.



N= 306 (casados: 211; Viudos: 72; Solteros: 23)

Tanto entre los hombres como entre las mujeres, predominaban las personas casadas (74,4% y 64,8% respectivamente) (Figuras 10 y 11).

Figura 10: Porcentaje de distribución de los hombres según el estado civil.

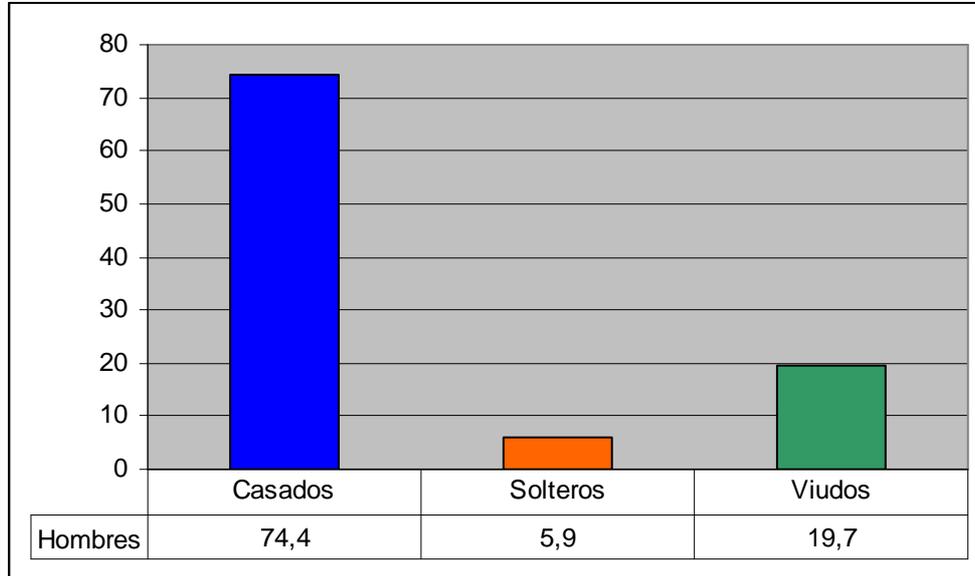
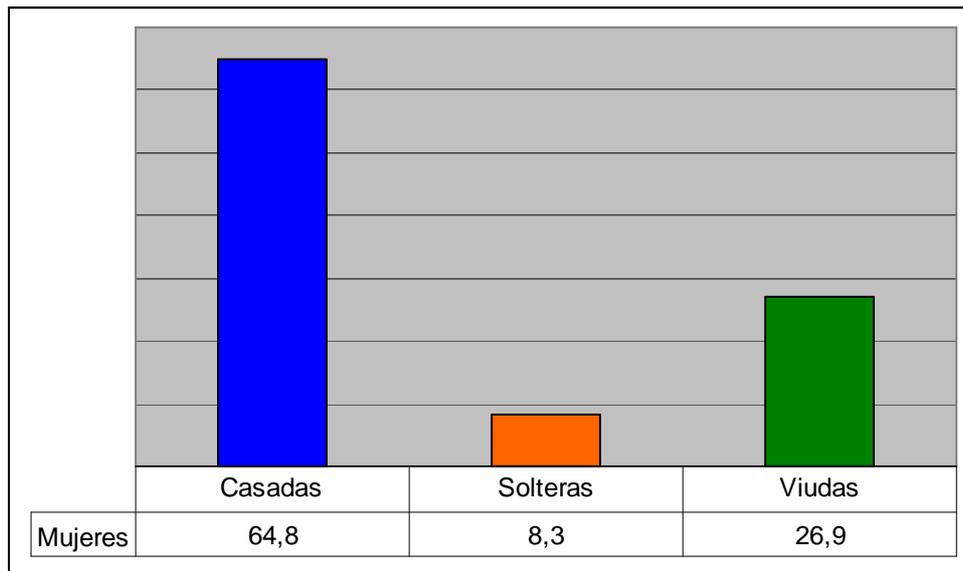


Figura 11: Porcentaje de distribución de las mujeres según el estado civil.



5.1.3.2 Profesión.

Se recogió la actividad laboral oficial o principal, que desempeñaron los pacientes que acudieron a la consulta, agrupadas por categorías profesionales, previa a su jubilación. El 100% de nuestros pacientes estaban jubilados, incluidos los menores de 65 años.

Destacamos que el 22,6% de nuestros pacientes varones y el 21,9% de nuestras mujeres, habían trabajado en el campo. La mayoría de las mujeres (55 %) habían desempeñado sólo labores domésticas.

5.1.3.3 Número de convivientes.

El 85% (n=260) de los pacientes vive en casa propia. El 47 % de éstos hogares el número medio de convivientes son 2 personas, dado que la mayor parte de nuestros pacientes están casados, la unidad familiar está constituida por el matrimonio que vive solo. Un 4,6% vive en residencia de ancianos y un 10,5% en domicilio de familiares.

5.1.3.4 Estudios.

El 62,7% (n=192) de la población posee un nivel de estudios bajo, ya que no alcanzan el graduado escolar o equivalente aunque si leen y escriben elementalmente, el 11,8% (n=36) poseen un nivel de estudios primarios, el 19,6% (n=60) tienen un nivel de estudios medio, y solo un 5,9% (n=18) de la muestra estudiada posee estudios superiores.

Si tenemos en cuenta el sexo, los varones presentan estudios superiores en un porcentaje ligeramente superior a las mujeres entre las que predominan los estudios básicos ($p < 0,05$).

5.1.4 Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.

5.1.4.1 Tabaco.

El 61,1% (n=187) de los pacientes declaran no haber fumado nunca. Un 19,9% (n= 61) son fumadores activos y un 19% (n=58) de los pacientes son ex fumadores.

Entre los fumadores y los exfumadores la mayor parte son varones. La distribución del hábito del consumo de tabaco en hombre y mujeres queda reflejada en la Tabla 3. El hábito tabáquico está más arraigado entre los varones que entre las mujeres. El 39,4% de los varones se declaran fumadores activos frente al sólo 4,1% de las mujeres ($p<0,05$).

Tabla 3: Distribución del hábito de consumo de tabaco entre hombres y mujeres.

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Fumador	No	Nº	29	158	187
		%	21,2%	93,5%	61,1%
	Si	Nº	54	7	61
		%	39,4%	4,1%	19,9%
	Exfumador	Nº	54	4	58
		%	39,4%	2,4%	19%
Total	Nº	137	169	306	

(X^2 , $p<0,05$)

5.1.4.2 Alcohol.

El 83% (n=254) de la población objeto de estudio refiere no consumir en la actualidad ningún tipo de alcohol de manera habitual a diario, aunque el consumo puede ser ocasional.

El 94,2% (n=49) de los que declaran consumo regular de alcohol son varones, frente al 5,8% (n=3) de las mujeres que dicen consumir bebidas alcohólicas de manera regular (p<0,05). (Tabla 4).

El consumo de alcohol es similar en los dos grupos de edad y no hay, por tanto, diferencias estadísticamente significativas entre mayores y menores de 70 años.

Tabla 4: Hábito de consumo de alcohol según sexo.

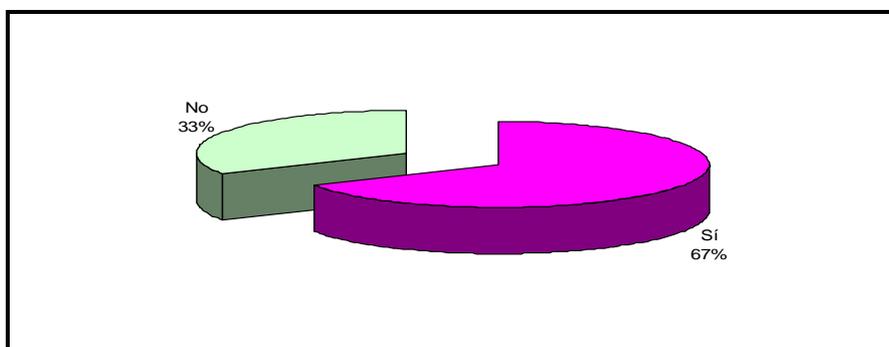
			SEXO		Total
			varon	mujer	
ALCOHOL	No	Nº	88	166	254
		%	34,6%	65,4%	100,0%
	Sí	Nº	49	3	52
		%	94,2%	5,8%	100,0%
Total		Nº	137	169	306

(X², p<0,05)

5.1.5 Hábitos de estilo de vida saludable.

Se interrogó a los pacientes si practicaban ejercicio físico de manera habitual. El 67% (n=205) del total declara, que realiza alguna actividad física de manera habitual (Figura 12).

Figura 12: Porcentaje de personas que realizan ejercicio diario.



No hay diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres a la hora de realizar ejercicio.

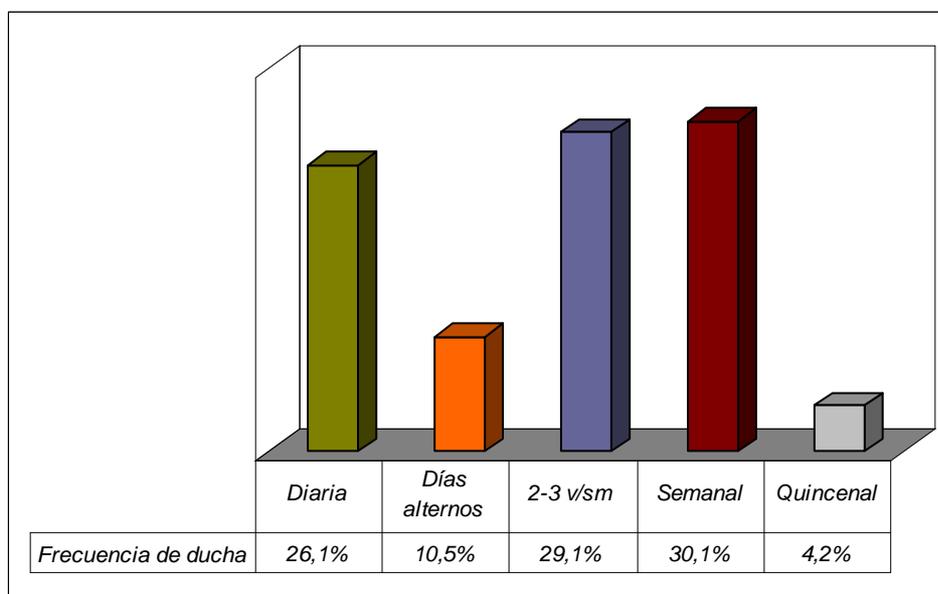
Según aumenta la edad se produce un aumento del sedentarismo y de determinadas patologías, por lo cual como era de esperar existe una disminución significativa del número de personas que practican algún tipo de ejercicio diario (109 vs 96; $p < 0,05$).

5.1.6 Hábitos higiénicos.

5.1.6.1 Frecuencia de ducha.

Los patrones de la frecuencia del uso de la ducha como hábito de higiene corporal, según la distribución que hemos considerado (diario, alterno, 2-3 veces a la semana, semanal o quincenal) quedan reflejados en la Figura 13.

Figura 13: Patrones y distribución del uso de ducha.



Los patrones del uso de la ducha por el sexo resultan similares en hombres y mujeres.

El grupo de más edad se ducha con menos frecuencia que los menores de 70 años ($p < 0,05$) (Tabla 5). Los menores de 70 años declaran ducharse a diario o a días alternos en su mayoría, mientras que los mayores de 70 años declaran hacerlo con menos frecuencia, la mayoría semanalmente.

Tabla 5: Patrones de frecuencia de ducha en los dos grupos de edad.

			Edad		Total
			60-70a	> 71a	
Frecuencia de ducha	Diaria	Nº	50	30	80
		%	63%	38%	100%
	Días alternos	Nº	20	12	32
		%	63%	38%	100%
	2-3 veces/semana	Nº	41	49	89
		%	46%	54%	100%
	Semanal	Nº	28	64	92
		%	30%	70%	100%
	Quincenal	Nº	3	10	13
		%	23%	77%	100%
Total		Nº	142	164	306

5.1.6.2 Hidratación de la piel.

Para el estudio del estado de la piel de nuestros pacientes, se les preguntó, además de la frecuencia de lavado mediante ducha, por la hidratación diaria o regular de la piel de toda la superficie corporal el 79% ($n=242$) no hidrata la piel (Figura 14).

La mayoría de las personas que hidratan la piel son mujeres (Tabla 6). No hay diferencias significativas si tenemos en cuenta la edad.

Figura 14: Porcentaje de pacientes que hidratan la piel a diario.

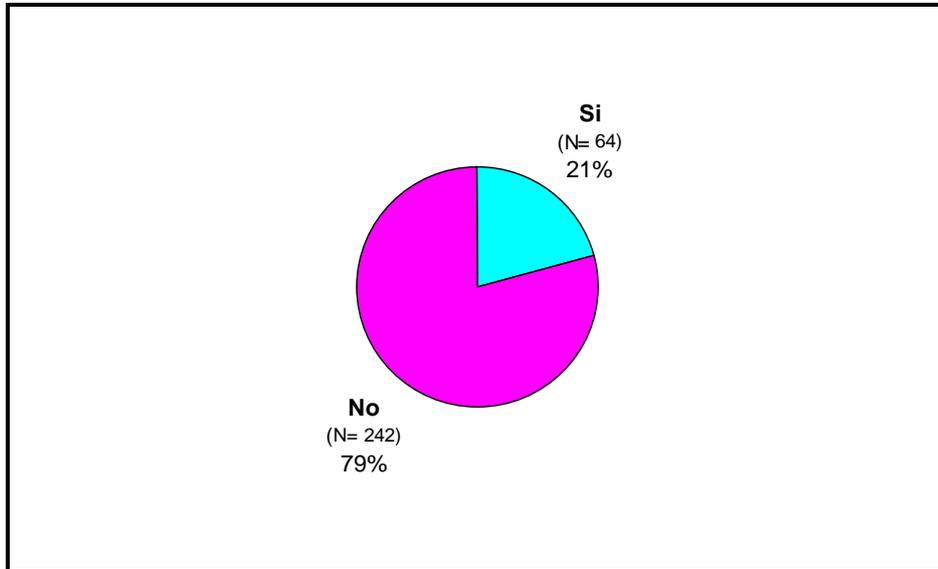


Tabla 6: Hábito de hidratación de la piel distribuido por sexos.

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Hidratación	Sí	Nº	8	56	64
		%	13%	88%	100%
	No	Nº	129	113	242
		%	53%	47%	100%
Total	Nº	137	169	306	

p<0,05, hombres vs mujeres.

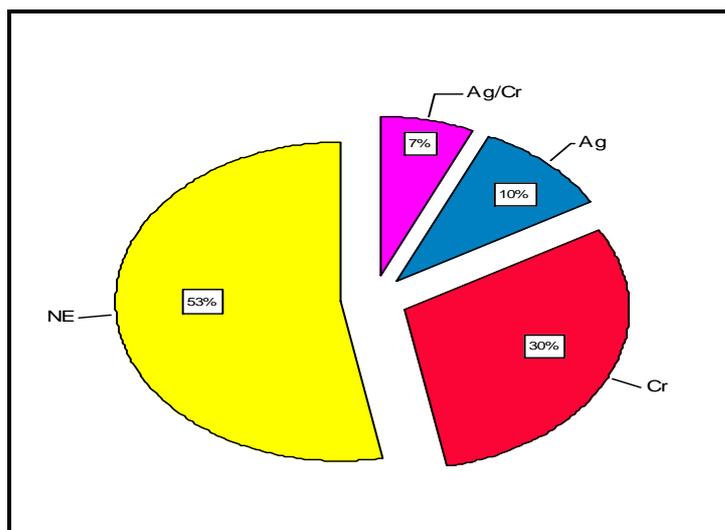
5.1.7 Exposición solar, fotoprotección.

5.1.7.1 Exposición solar.

El 47% (n=145) habían estado expuestos al sol en algún momento de su vida de manera aguda, crónica o ambas. En la Figura 15 desglosamos los

diferentes patrones de exposición. El 30,4% (n=93) del total de los pacientes, declaraban exposición solar crónica, relacionada sobre todo con el lugar de nacimiento y/o el tipo de trabajo desempeñado.

Figura 15: Distribución de patrones de exposición solar.



NE= No exposición solar; Ag= Aguda; Cr= Crónica; Ag/Cr= Aguda/Crónica.

Por sexos, el mayor porcentaje de los que dicen no haber estado expuestos a las radiaciones ultravioletas, eran mujeres (Tabla 7).

Tabla 7: Distribución del tipo de exposición solar por sexos.

			Sexo		Total
			Varón	Mujeres	
Tipo de exposición	Aguda	Nº	18	13	31
		%	13%	8%	10%
	Aguda/crónica	Nº	16	4	20
		%	12%	2%	7%
Crónica	Nº	53	40	93	
	%	39%	24%	30%	
No exposición	Nº	50	112	162	
	%	36%	66%	53%	
Total	Nº	137	169	306	
	%	100%	100%	100%	

Exposición aguda y/o crónica de varones vs mujeres, $p<0,05$.

En el grupo de mayor edad el porcentaje de personas que declaran haber tenido una exposición solar aumenta, sobre todo de tipo crónico (tabla 8).

Tabla 8: Distribución de exposición solar por grupos de edad.

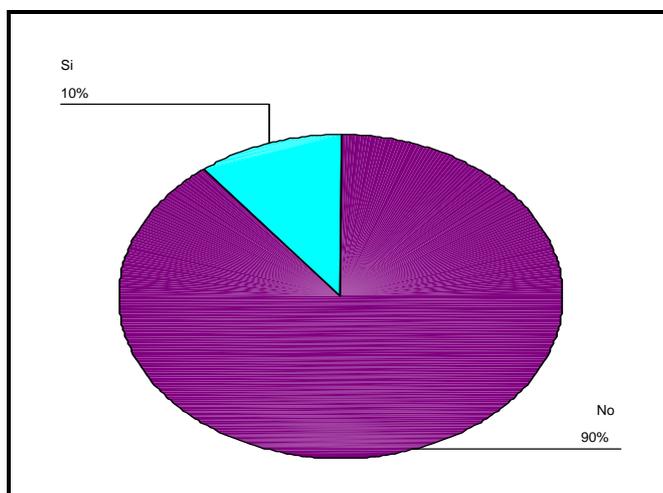
			Edad		Total
			60-70a	> 71a	
Tipo de exposición	Aguda	Nº	19	12	31
		%	13%	7%	10%
	Aguda/crónica	Nº	14	6	20
		%	10%	4%	7%
	Crónica	Nº	31	62	93
		%	22%	38%	30%
No exposición	Nº	78	84	162	
	%	55%	51%	53%	
Total	Nº	142	164	306	
	%	100%	100%	100%	

Hombres vs mujeres $p<0,05$.

5.1.7.2 Fotoprotección.

El 90% (n=274) de los pacientes declara no fotoprotger la piel de manera regular (Figura 16).

Figura 16: Distribución de la fotoprotección regular de la piel.



La mayor parte de los que acostumbran a fotoprotgerse son mujeres: 78% (n=25) (Tabla 9).

Tabla 9: Fotoprotección por sexo.

			Sexo		Total
			varon	mujer	
Fotoprotección	No	Nº	130	144	274
		%	47%	53%	100%
	Sí	Nº	7	25	32
		%	22%	78%	100%
Total		Nº	137	169	306

p<0,05 hombres vs mujeres.

El patrón de distribución es muy similar en los dos grupos de edad, sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

5.2 Patología no dermatológica de la muestra de estudio.

En la Tabla 10 podemos ver cómo se distribuyen las patologías no dermatológicas en nuestro grupo de pacientes. Debemos reseñar que hay pacientes con más de una enfermedad.

Tabla 10: Frecuencia de enfermedades no dermatológicas en la muestra estudiada.

Patología	Nº	%
Hipertensión arterial	130	42,5
Patología osteomuscular	123	40,2
Patología psiquiátrica	64	21,9
Enfermedades cardiológicas	55	18
Enfermedades digestivas	48	15,7
Diabetes mellitus tipo 2	42	13,7
Dislipemias	38	12,4
Enfermedades pulmonares	32	10,5
Patología alérgica	25	8,2
Órganos de los sentidos	17	5,6
Enfermedades tiroideas	16	5,2
Enfermedades neurológicas	15	4,9
Neoplasias	12	3,9
Nefrourológicas	6	2
Miscelanea*	34	11,1

*Miscelanea incluye: anemia, insuficiencia circulatoria, obesidad y patología ginecológica o prostática.

La enfermedad más prevalente fue la hipertensión arterial (HTA) (42,5% de todos los pacientes), pero llama la atención que un gran número de ellos (40,2%) aquejaban algias osteomusculares difusas.

El 21,9% declaraba padecer algún tipo de patología psiquiátrica siendo las principales la ansiedad, la depresión o ambas.

En la Tabla 11 podemos ver los porcentajes por sexos de cada uno de los grupos no dermatológicos considerados. Es significativo que las mujeres presenten más frecuentemente patología osteomuscular, psiquiátrica, tiroideas y alérgica que en los varones. Los varones presenten más patología pulmonar que las mujeres.

Tabla 11: Patología no dermatológica, distribución por sexo.

Patología	Sexo % (N)		p
	Varón	Mujer	
Hipertensión arterial	38% (50)	62% (80)	0,03
Patología osteomuscular	37% (46)	63% (77)	0,02
Patología psiquiátrica	23% (15)	77% (49)	<0,001
Enfermedades cardiológicas	55% (30)	45% (25)	NS
Enfermedades digestivas	48% (23)	52% (25)	NS
Diabetes mellitus tipo 2	40% (17)	60% (20)	NS
Dislipemias	39% (15)	61% (23)	NS
Enfermedades pulmonares	69% (22)	31% (10)	<0,001
Patología alérgica	8% (2)	92% (23)	<0,001
Órganos de los sentidos	35% (6)	65% (11)	NS
Enfermedades tiroideas	6% (1)	94% (15)	<0,001
Enfermedades neurológicas	47% (7)	53% (8)	NS
Neoplasias	58% (7)	42% (5)	NS
Nefrourológicas	67% (4)	33% (2)	NS
Miscelanea*	88% (30)	12% (4)	<0,001

*Miscelanea incluye: anemia, insuficiencia circulatoria, obesidad y patología ginecológica o prostática.
NS= NO estadísticamente significativo.

No existe diferencia en la frecuencia de distribución de la patología no dermatológica en los grupos de edad considerados, salvo la mayor frecuencia de hipertensión arterial en el grupo de mayor edad (Tabla 12).

Tabla 12: Patología no dermatológica, distribución por edad.

Patología	Edad % (N)		p
	60-70a	> 71a	
Hipertensión Arterial	38% (49)	62% (81)	<0,001
Patología osteomuscular	44,7% (55)	55,3% (68)	NS
Patología psiquiátrica	41% (26)	59% (38)	NS
Enfermedades cardiológicas	35% (19)	65% (36)	0,03
Enfermedades digestivas	35% (17)	65% (31)	NS
Diabetes mellitus tipo 2	48% (20)	52% (22)	NS
Dislipemias	50% (19)	50% (19)	NS
Miscelanea*	41% (14)	59% (20)	NS
Enfermedades pulmonares	47% (15)	53% (17)	NS
Patología alérgica	48% (12)	52% (13)	NS
Órganos de los sentidos	53% (9)	47% (8)	NS
Enfermedades tiroideas	50% (8)	50% (8)	NS
Enfermedades neurológicas	33% (5)	67% (10)	NS
Neoplasias	25% (3)	75% (9)	NS
Nefrourológicas	17% (1)	83% (5)	NS
Miscelanea*	41% (14)	59% (20)	NS

* Miscelanea incluye: anemia, insuficiencia circulatoria, obesidad y patología ginecológica o prostática.
NS: No estadísticamente significativo.

5.3 Descripción de la patología dermatológica.

5.3.1 Prurito como motivo de consulta.

El 54% (n=165) de todos los pacientes reconocían padecer prurito (Figura 17). De estos, un 29% (n=48) de ellos declaraban que su prurito aumentaba por la noche y a un 48% (n=80) el calor les producía un aumento del mismo (Figura 18).

No hubo diferencias significativas si consideramos el sexo o la edad a la hora de presentar prurito con más frecuencia.

Figura 17: Porcentaje de pacientes que presentaban prurito.

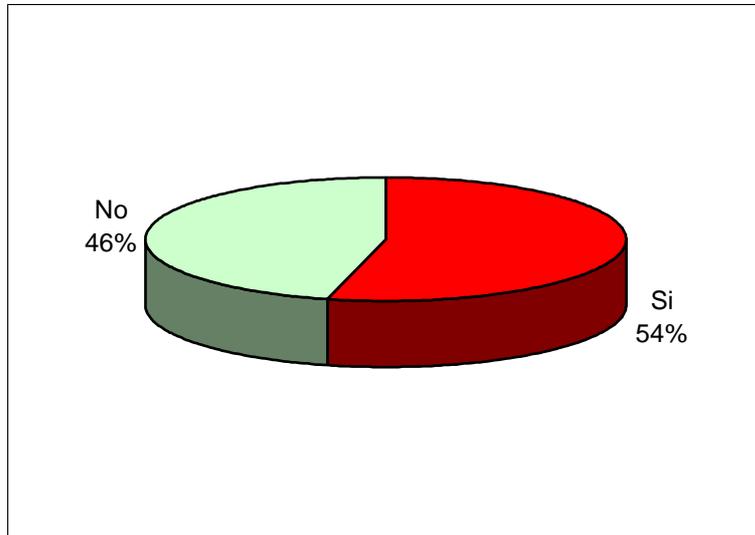
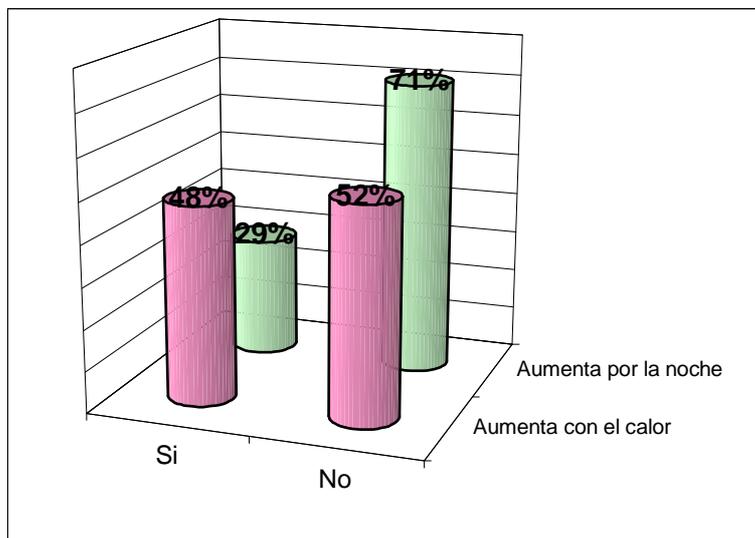


Figura 18: Porcentaje de pacientes con prurito que presentaban un aumento de éste con el calor y por la noche.



5.3.2 Patología dermatológica en general.

La distribución de la patología dermatológica que presentaban nuestros pacientes y que motivó que acudieran a la consulta, queda reflejada en la Tabla 13. Un paciente puede consultar y presentar más de una patología dermatológica. En los 306 pacientes entrevistados estudiamos 384 lesiones dermatológicas.

Tabla 13: Distribución de los diferentes Grupos Dermatológicos.

Patología	Nº	%
Precanceles y neoplasias malignas	101	33
Dermatosis pruriginosas	98	32
Neoplasias benignas	87	28
Alteraciones cutáneas secundarias a la exposición solar.	27	9
Patología de los pies y las uñas	22	7
Infecciones	13	4
Psoriasis	12	4
Alteraciones membranas mucosas	8	3
Liquen Escleroso y atrófico	6	2
Alteraciones cutáneas secundarias a patología general orgánica.	5	2
Rosácea	3	1
Alteraciones del cabello	3	1
Linfomas cutáneos	1	0,3
Melanomas	1	0,3
Enfermedades vesiculosas	1	0,3
Otras	15	5

Un paciente puede consultar y presentar más de una patología dermatológica

Los grupos de patologías que con más frecuencia hemos visto son: precánceres y neoplasias malignas, dermatosis pruriginosas y neoplasias benignas.

Por sexos sólo existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las onicomicosis más frecuente en mujeres; en la psoriasis y la patología de las membranas mucosas más frecuentes en hombres (Tabla 14).

Tabla 14: Distribución de la patología dermatológica por sexos.

Patología	Sexo % (N)		p
	Varón	Mujer	
Precánceres y neoplasias malignas	50% (50)	50% (50)	NS
Dermatosis pruriginosas	48% (47)	52% (51)	NS
Neoplasias benignas	57% (50)	43% (37)	NS
Alteraciones cutáneas secundarias a la exposición solar	48% (13)	52% (14)	NS
Patología de los pies y las uñas	23% (5)	77% (17)	0,02
Otras	20% (3)	80% (12)	0,04
Infecciones	38% (5)	62% (8)	NS
Psoriasis	75% (9)	25% (3)	0,03
Alteraciones membranas mucosas	88% (7)	12% (1)	0,01
Liquen Escleroso y atrófico	17% (1)	83% (5)	NS
Alteraciones cutáneas secundarias a patología general orgánica	0	100	NS
Rosácea	33% (1)	67% (2)	NS
Alteraciones del cabello	33% (1)	67% (2)	NS
Linfomas cutáneos	100	0	NS
Melanomas	100	0	NS
Enfermedades vesiculosas	0	100	NS

NS: No estadísticamente significativo.

Por edades, entre los pacientes del grupo de mayor edad presentan más frecuentemente precánceres, cánceres cutáneos, y alteraciones en los pies; y en el grupo de menor edad es más frecuente los pacientes con psoriasis. (Tabla 15).

Tabla 15: Distribución de la patología dermatológica por edad.

Patología	Edad % (n)		p
	60-70a	> 71a	
Precánceres y neoplasias malignas	29% (29)	71% (72)	<0,001
Dermatosis pruriginosas	52% (51)	48% (47)	NS
Neoplasias benignas	45% (39)	55% (48)	NS
Alteraciones cutáneas secundarias a la exposición solar	37% (10)	63% (17)	NS
Patología de los pies y las uñas	27% (3)	73% (16)	<0,001
Infecciones	23% (3)	77% (10)	NS
Psoriasis	75% (9)	25% (3)	0,04
Alteraciones membranas mucosas	50% (4)	50% (4)	NS
Liquen Escleroso y atrófico	67% (4)	33% (2)	NS
Alteraciones cutáneas secundarias a patología general orgánica	40% (2)	60% (3)	NS
Rosácea	33% (1)	67% (2)	NS
Alteraciones del cabello	100	0	NS
Linfomas cutáneos	100	0	NS
Melanomas	100	0	NS
Enfermedades vesiculosas	0	100	NS
Otras	40% (6)	60% (9)	NS

NS: No estadísticamente significativo.

5.3.3 Patología dermatológica desglosada.

Para un mejor análisis de las diferentes patologías cutáneas que padecen nuestros pacientes hemos realizado un estudio más detallado de las diferentes enfermedades englobadas en los grupos ya mencionados según frecuencia de distribución de nuestra muestra.

5.3.3.1 Precánceres y Neoplasias malignas.

En la introducción hemos visto la distribución de este gran grupo que engloba a las lesiones precancerosas y a las neoplasias malignas como tal. Debemos mencionar que un paciente puede tener una o más lesiones

pertenecientes al grupo de precánceres y neoplasias malignas. Vamos a analizar a continuación las lesiones pertenecientes a este grupo patológico.

El mayor porcentaje de lesiones lo ocupan los precánceres: en concreto las queratosis actínicas (62%; n=69) seguidas de neoplasias como tales: de los carcinomas de células basales (26%; n=29), de los carcinomas de células escamosas (9%; n=10) y de la enfermedad de Bowen (3%; n=4). (Figura 19).

Se han tenido en cuenta para el estudio de este grupo características como la localización, la relación con la exposición solar, con la fotoprotección y el tipo de trabajo realizado.

En las Tablas 14 y 15, se ha podido ver la distribución de este grupo respecto al sexo y a los grupos de edad considerados, no habiendo evidenciado diferencias significativas.

En las Figuras 19 y 20 mostramos los porcentajes de distribución de hombres y mujeres y grupos de edad respectivamente, en cada una de las patologías consideradas en este grupo de pacientes (precánceres y neoplasias malignas). No hemos encontrado diferencia significativa alguna.

Figura 19: Distribución del grupo de precánceres y neoplasias malignas.

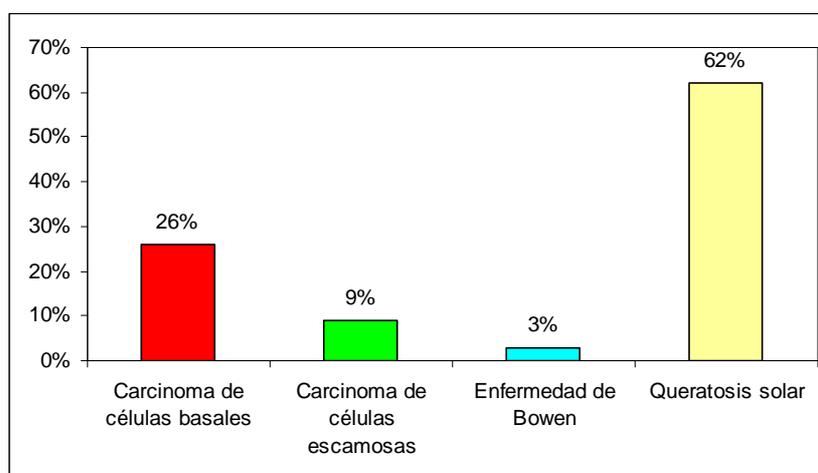


Figura 20: Distribución de las lesiones incluidas en el grupo de los precánceres y neoplasias malignas por sexo.

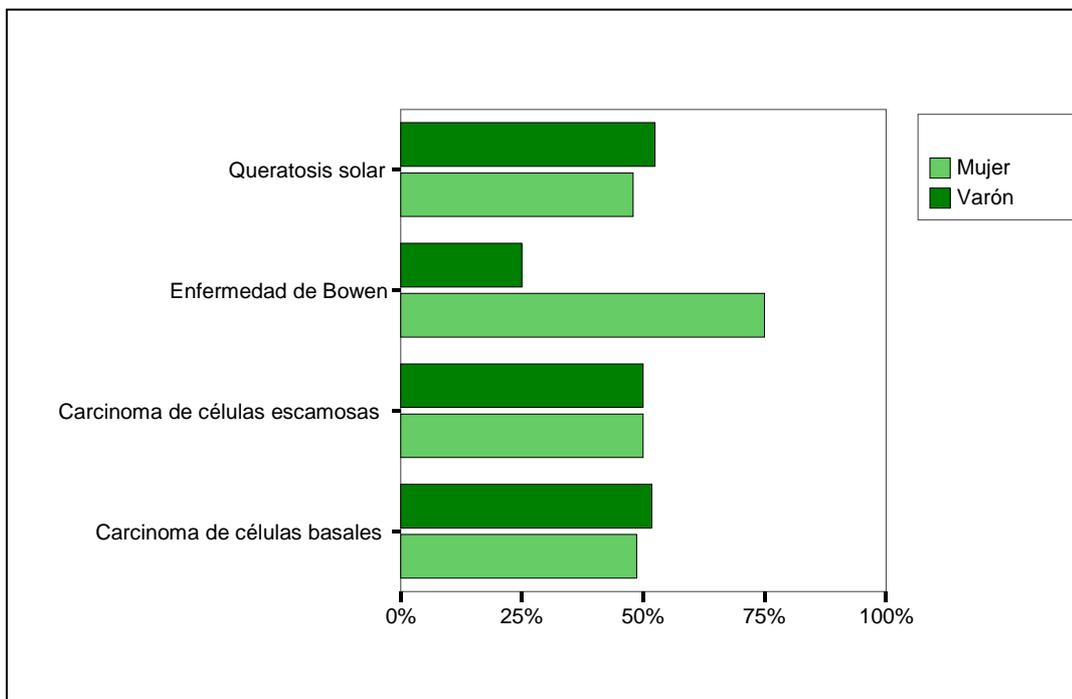
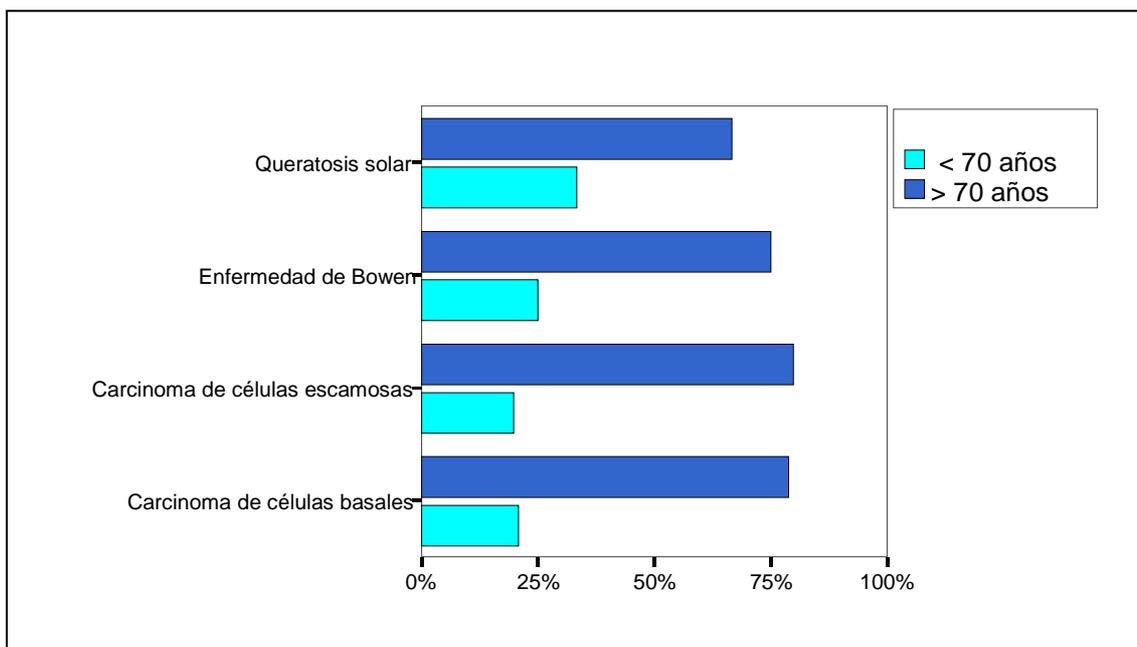


Figura 21: Distribución en los grupos de edad 1 (60-70 años) y 2 (>70 años) de los diferentes precáncer y neoplasias malignas.



En conjunto, las localizaciones más frecuentes de este grupo precáncer y neoplasias malignas resultaron la cara y la cabeza, excepto las lesiones correspondientes a enfermedad de Bowen, que se localizaron en las piernas principalmente.

En la Tabla 16 están reflejados los diferentes patrones de exposición solar según el tipo de neoplasia considerada. La mayoría presentan algún tipo de exposición solar. Destacamos que el 50% de los pacientes que padecían Enfermedad de Bowen no habían estado fotoexpuestos y que los pacientes con lesiones correspondientes a carcinomas de células escamosas referían exposición solar de una manera crónica en un porcentaje alto (70%).

Tabla 16: Distribución de las diferentes lesiones correspondientes al grupo precanceros y neoplasias malignas, según los patrones de exposición solar considerados.

	Exposición solar				Total
	Aguda/crónica	Aguda	Crónica	No exposición	
Carcinoma de células basale: %	7%	7%	45%	41%	100%
Carcinoma de células escam: %		10%	70%	20%	100%
Enfermedad de Bowen %			50%	50%	100%
Queratosis solar %	6%	12%	45%	38%	100%

El 34% de los pacientes con carcinoma de células basales, habían desempeñado trabajos ocupacionales al aire libre (31% en el campo y 3% en la construcción). También habían presentado estos trabajos el 60% de los pacientes con carcinoma de células escamosas (40% y 20% respectivamente), el 38% de los pacientes con queratosis actínicas (32% y 6%) y el 50% de los pacientes con enfermedad de Bowen.

A pesar de que el 63% de pacientes (n= 64) con algún tipo de precancer o neoplasia maligna dicen practicar deporte a diario, el 89% (n=90) no fotoprotegen su piel cuando se exponen a las radiaciones solares.

Si consideramos que tipo de trabajo han desempeñado los pacientes afectados de estas lesiones, resaltamos que el 45% (n=45) había desempeñado algún tipo de trabajo al aire libre con la consiguiente exposición solar y la mayor parte de estos: 66% (n=30) había sido trabajo en el campo.

El 58% (n= 59) de los pacientes con dichas lesiones, se declaraban no fumadores.

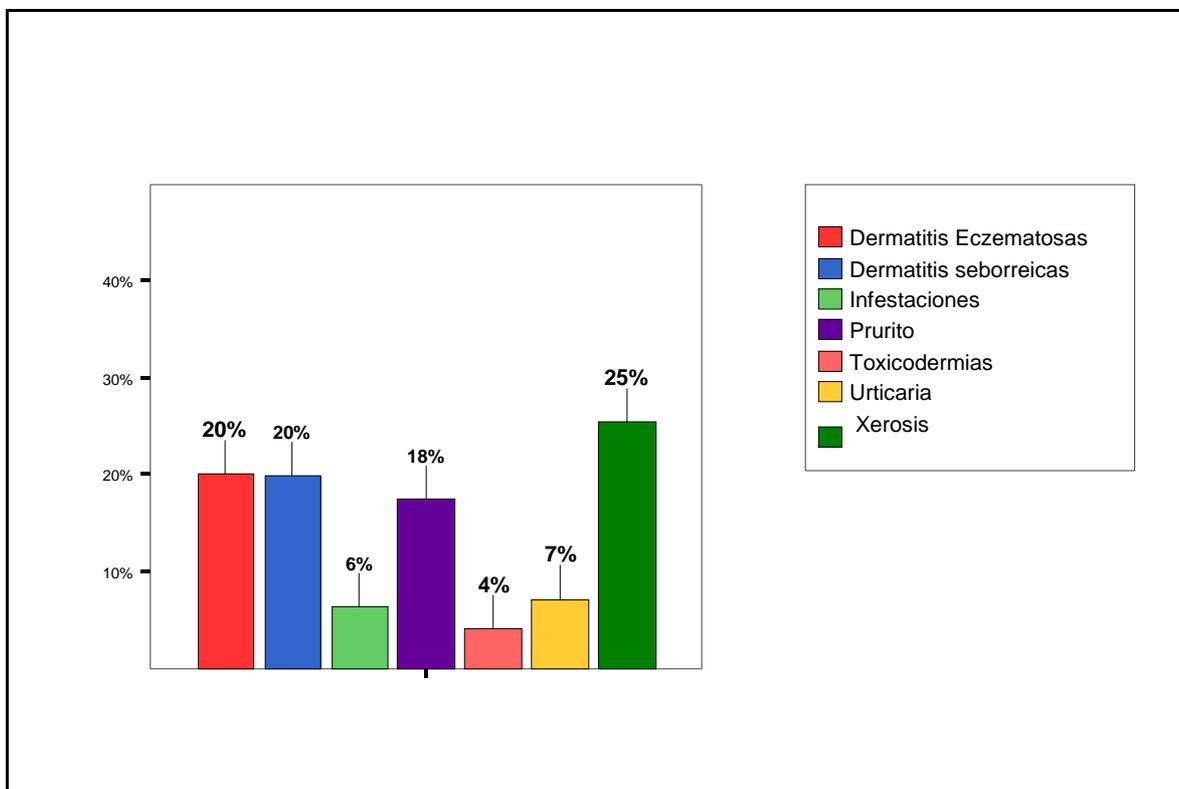
5.3.3.2 Dermatitis pruriginosas.

Como ha quedado reflejado en la Tabla 13, la patología pruriginosa fue una de las más frecuentes (32%; n=98).

La distribución por sexos resultó similar (47 varones, vs 51 mujeres; NS) sin que existieran diferencias estadísticamente significativas (tabla 14) y lo mismo ocurre con la distribución de este grupo dermatológico por edad (51 menores de 70 años vs 47 mayores de 71 años; NS) (Tabla 15).

Hay pacientes que presentaron más de una patología pruriginosa de manera concomitante. Si consideramos la distribución de los diferentes grupos de enfermedades englobados dentro del grupo dermatosis la distribución es la siguiente: 20% (n=25) dermatitis eczematosa; 20% (n=25) dermatitis seborreica; 6% (n=8) infestaciones; 18% (n=22) prurito; 4% (n= 5) toxicodermias; 7% (n=9) urticaria y 25% (n=32) xerosis (Figura 22).

Figura 22: Distribución de las diferentes enfermedades incluidas en el grupo de patología pruriginosa.

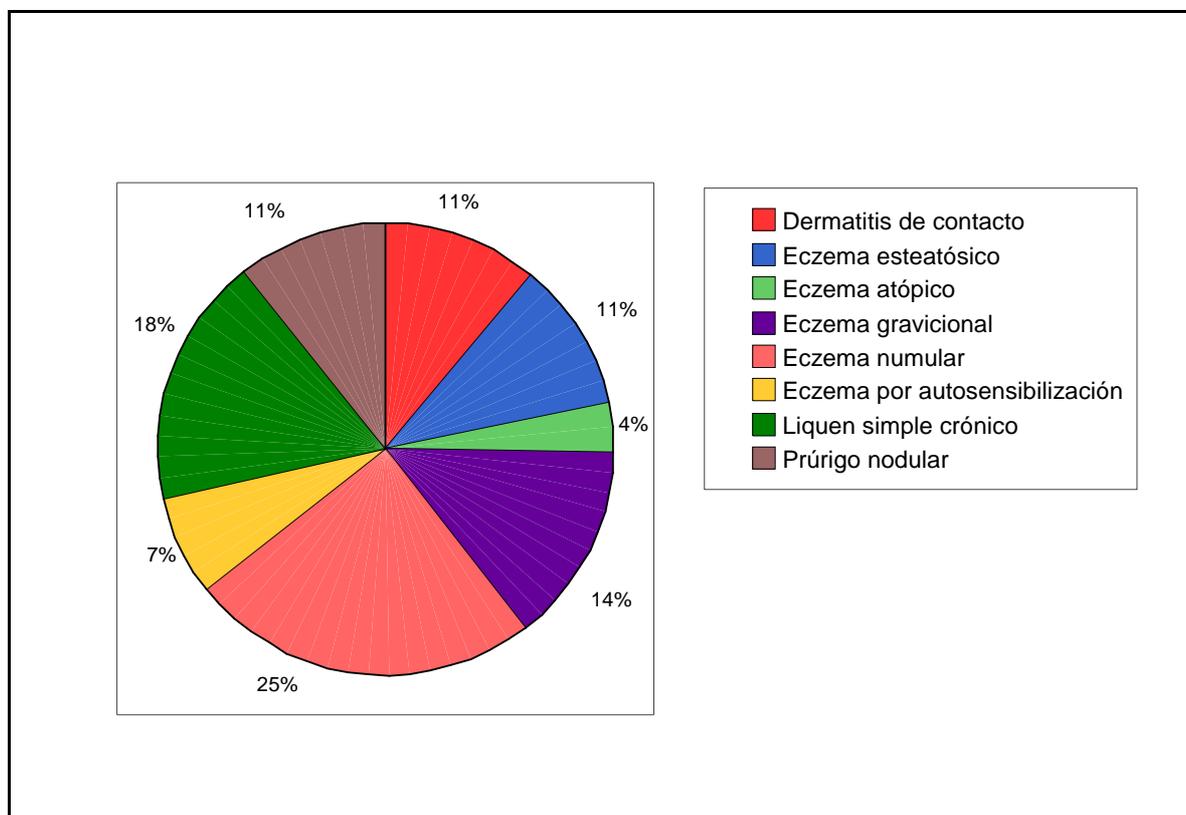


A continuación, vamos a proceder a analizar con detalle cada uno de estos grupos de enfermedades englobados dentro de la patología pruriginosa.

5.3.3.2.1 Dermatitis Eczematosas.

Como se ha visto, el 20% (n=25) de toda la patología pruriginosa correspondieron a dermatitis eczematosas.

La distribución de las lesiones englobadas dentro de las dermatitis eczematosas puede verse en la Figura 23.

Figura 23: Distribución de las diferentes dermatitis eczematosas.

El 52% (n=13) de los pacientes que presentaban algún tipo de dermatitis eczematosa eran mujeres frente al 48% (n=12) que eran varones (NS).

Considerando como se distribuyen las dermatitis eczematosas en los dos grupos de edad no existen diferencias (44% en los pacientes de 60-70 años vs 56% en mayores de 71 años).

El 100% de nuestros pacientes con algún tipo de dermatitis eczematosa decían padecer prurito, y éste era el motivo de consulta de los mismos.

El 88% (n=22) de ellos no hidrataban su piel de manera diaria y en conjunto de todas éstas patologías había una dispersión en cuanto a los patrones de uso de ducha, los porcentajes de los diferentes patrones: 32% (n=8) de manera semanal, 32% (n=8) de manera diaria, 24% (n=6) 2-3 veces a la semana, el 8% (n=2) días alternos y el 4% (n=1) quincenal.

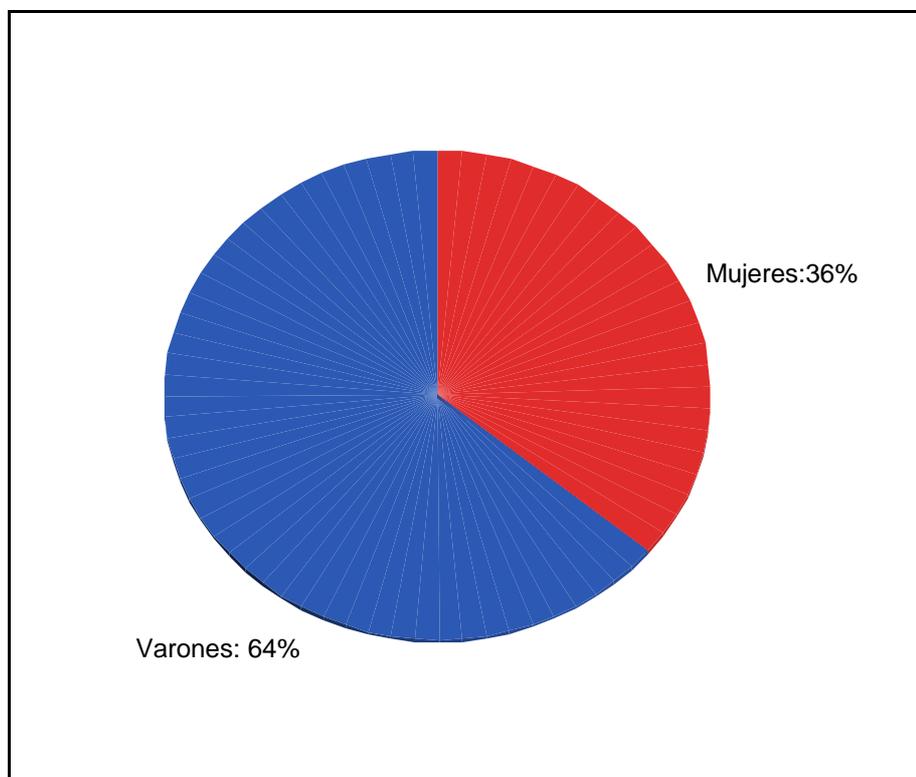
Las localizaciones de las dermatitis eczematosas resultaron heterogéneas, pero en ningún caso se presentaron en la región facial. Las localizaciones más frecuentes fueron las piernas (43%; n=12). El tiempo de evolución de las lesiones fue de 9,11 meses ($\pm 7,32$).

El 32% (n=8) de los pacientes, ya había consultado previamente por su problema y habían realizado tratamientos previos.

Los tratamientos que se usaron para estas dermatitis: en un 39% de casos se usó corticoides tópicos, además el 7% necesitaron corticoide tópico más cura oclusiva, al 34% se les pautó emolientes y/o cremas hidratantes, al 12% de antihistamínicos, en un 5% de los casos hubo que asociar antibióticos tópicos y a un 3% fármacos para mejorar la circulación.

5.3.3.2 Dermatitis seborreicas.

Suponen el 20% (n=25) de todas las dermatosis pruriginosas. Las dermatitis seborreicas se distribuyen por sexos de forma diferente: 64% en varones (n=16) y 36% en mujeres (n=9) (p=0,03) (Figura 24)

Figura 24: Distribución de las dermatitis seborreicas por sexos.

La mayor parte de los caso se vieron en personas de 60 a 70 años vs mayores de 71 años ($p=0,03$).

Todos estos pacientes aquejaban prurito y éste fue el que ocasionó la consulta.

El 76% ($n=19$) de ellos no hidrataban la piel y ningún paciente usaba crema fotoprotectora.

Las localizaciones de la dermatitis seborreica fueron: 48% en la cara, 28% en la cabeza, 12% en el pecho, 8% en las orejas y un 4% de manera más generalizada.

El tiempo medio de evolución desde que el paciente dice comenzar con la patología que presenta es de $8,7 \pm 7,8$ meses.

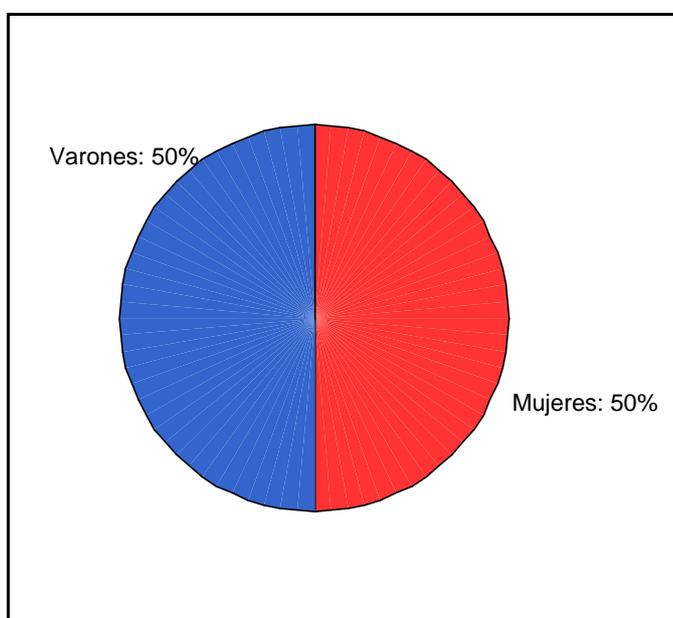
El 48% (n=12) ya habían consultado por este motivo en ocasiones anteriores y el 32% (n=8) habían realizado algún tipo de terapia para ello.

Los tratamientos que se pautaron: 37% de corticoides tópicos, un 14% fueron antifúngicos tópicos, a un 17,39% se les aconsejó hidratación, en un 8,7% se les tuvo que tratar con champú de brea, en un 4,3% hubo que administrar antihistamínicos por la intensidad del prurito y en un caso hubo que pautar antibióticos orales debido a la sobreinfección de la dermatitis.

5.3.3.2.3 Purito *sine materiae*.

El prurito *sine materia* constituyó el 18% (n=22) de toda la patología pruriginosa. La distribución de hombres y mujeres con prurito *sine materia* no fue estadísticamente significativo, dado que el porcentaje de distribución fue idéntico: 50% (Figura 25).

Figura 25: Distribución de los pacientes con prurito *sine materia* por sexos.



Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución de esta patología por grupos de edad: el 45,5% (n=10) se dio en el primer grupo de edad y el 54,5% (n=12) en el segundo grupo.

Sólo el 22,7% (n=5) de éstos pacientes hidrataban de manera diaria la piel. Un porcentaje alto de pacientes: 40,9% (n=9) tenían un patrón de uso de ducha semanal, seguido del un patrón de ducha de 2-3 veces a la semana el 31,8% (n=7).

El 50% (n=11) ya habían consultado por este motivo en otras ocasiones, pero sólo el 36,4% (n=8) habían seguido algún tipo de tratamiento contra el prurito.

Las localizaciones de dichos pruritos: 32% de manera generalizada, 18% en la cara, 14% en las piernas y 14% en la espalda, 9% en la cabeza y 5% en las manos y en las orejas, y un 3% en el cuello.

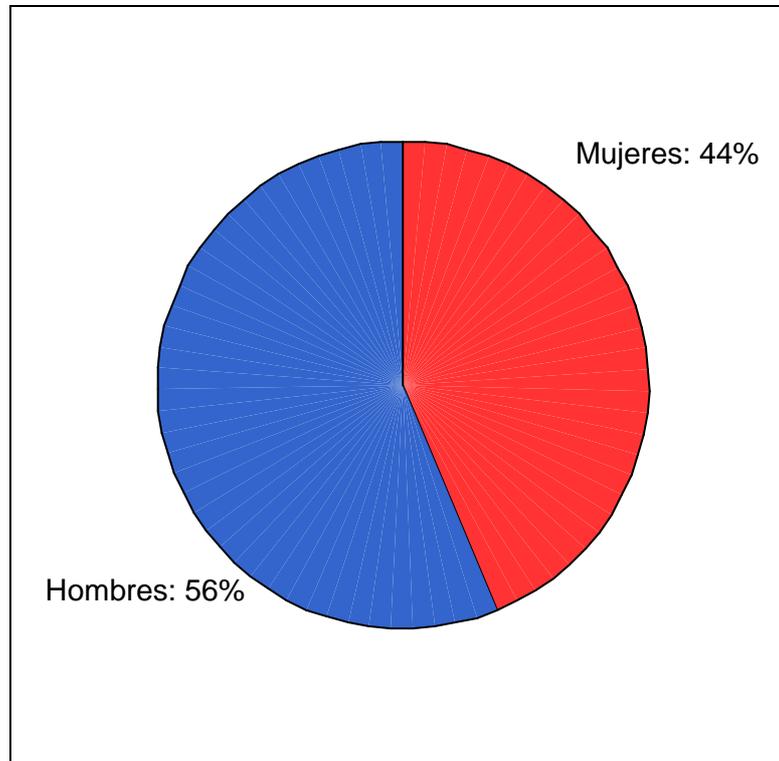
El tiempo medio de evolución del prurito de estos pacientes fue de 10,8 ($\pm 7,9$) meses.

Los tratamientos empleados en estos pacientes: 50% de fármacos antihistamínicos, 29% de cremas hidratantes, 12% de corticoides tópicos, 9% de champús de breva.

5.3.3.2.4 Xerosis.

La xerosis fue la dermatosis pruriginosa más frecuentes (25%; n=32). El 43,8% (n=14) de los pacientes con xerosis eran mujeres y el 56,2% (n=18) eran varones; diferencias no significativas (Figura 26). No existen diferencias en la distribución de esta patología por edad (40,6% en los pacientes de 60-70 años vs 59,4% en mayores de 71 años).

Figura 26: Distribución de la xerosis por sexos.



El 87,5% (n=28) de los pacientes con xerosis presentaban prurito ($p < 0,001$).

En el 34,4% (n=11) de los pacientes con xerosis el patrón de ducha es semanal, en el 31,3% (n=10) 2-3 veces a la semana, en el 15,6% (n=5) quincenal, en el 12,5% (n=4) diaria y en el 6,3% (n=2) días alternos.

El 90,6% (n=29) de los pacientes con xerosis no hidrataban la piel.

El 56,3% (n=18) de los pacientes con xerosis habían consultado previamente por prurito ($p = 0,01$) y el 56,3% (n=18) ya habían realizado algún tipo de tratamiento para su problema ($p = 0,01$).

El 69% de los pacientes presentaban xerosis de manera generalizada, el 16% en las piernas, un 6% en la espalda y brazos respectivamente y un 3% en el cuello.

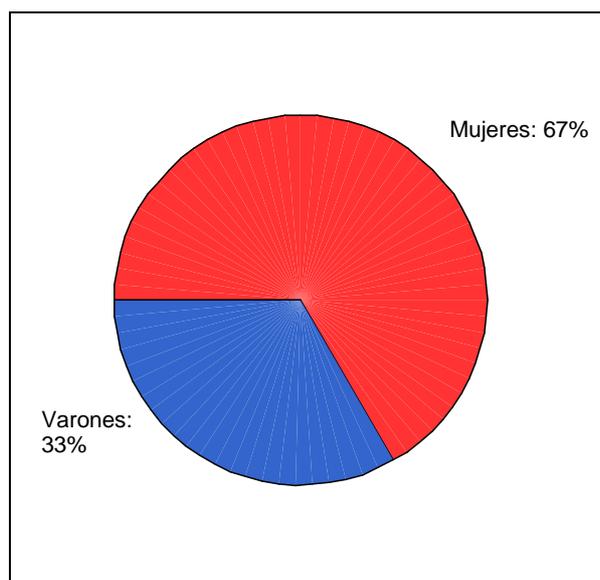
El tiempo medio de evolución de la xerosis según reflejaban los pacientes fue de 17,6 (\pm 16,3) meses.

El tratamiento mayoritariamente pautado fue la hidratación: de dos maneras diferentes según la intensidad de la patología: bien en forma de emolientes (41%) o de cremas hidratantes (26%); un 13% de corticoides tópicos; un 3% de tratamientos con breas, antihistamínicos y vaselina salicílica respectivamente. A un 13% de los pacientes también se les recomendó fotoprotección.

5.3.3.2.5 Urticaria.

Un 7% (n=9) de las dermatosis pruriginosas fueron urticarias. El 67,7% (n=6) fueron mujeres frente al 33,3% (n=3) de varones diferencias no estadísticamente significativas (Figura 27).

Figura 27: Distribución de las urticarias por sexos.



El 77,8% (n=7) de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 65 y 71 años. Todos los pacientes con urticaria presentaban prurito.

El patrón mayoritario de ducha de estos pacientes fue diario (44,4%, n=4) y un 66,7% (n=6) no hidrataban la piel.

El 77,8% (n=7) habían ya consultado por este problema en otras ocasiones ($p=0,01$) y 66,7% (n=6) decía haber realizado tratamiento en otras ocasiones ($p=0,01$).

El tiempo de evolución de las urticarias fue de 14,2 ($\pm 18,5$) meses.

El 56% presentaban las lesiones urticariformes de manera generalizada, el 22% sólo en la región anterior del tórax y un 11% en las piernas y cara respectivamente.

A un 58% de los pacientes se les hubo de recetar antihistamínicos, a un 17% cremas hidratantes, otro 17% corticoides tópicos y a un 8% se les tuvo que recomendar fotoprotección.

5.3.3.2.6 Infestaciones.

La distribución de la escabiosis respecto al sexo fue la misma y también se vió idéntica distribución en los dos grupos de edad.

De los 8 pacientes que presentaron infestaciones: 7 eran personas casadas y en el 50% (n=4) de los casos vivían una media de dos convivientes en el domicilio (el matrimonio). El tiempo medio desde la aparición de su patología hasta que su diagnóstico era de 7,6 ($\pm 4,8$) meses.

Todos los pacientes presentaban prurito generalizado y éste había sido el motivo de consulta.

El patrón de distribución de ducha resultó 2-3 días a la semana (50%, n=4) seguido de ducha semanal en el 25% (n=2).

Sólo el 37,5% (n=3) habían consultado previamente por el prurito que les producía la infestación; pero sólo a un paciente se les había ya pautado tratamiento antes de verlo en consulta por sospecha diagnóstica de escabiosis.

Los tratamientos pautados fueron: antiparasitarios a un 62% y a un 38% hubo que asociar antihistamínicos por el prurito que presentaban.

5.3.3.2.7 Toxicodermias.

Se vieron 5 pacientes con patología cutánea secundaria a fármacos. El motivo de consultas de ellos fue el prurito y se llegó al diagnóstico tras la exploración física y la anamnesis. Como resultado un 30% cambio de medicación, a un 20% hubo que administrar antihistamínicos, a un 20% se les asoció hidratación en forma de crema hidratante o emolientes según la intensidad. A todos se les recomendó fotoprotección.

5.3.3.3 Neoplasias Benignas.

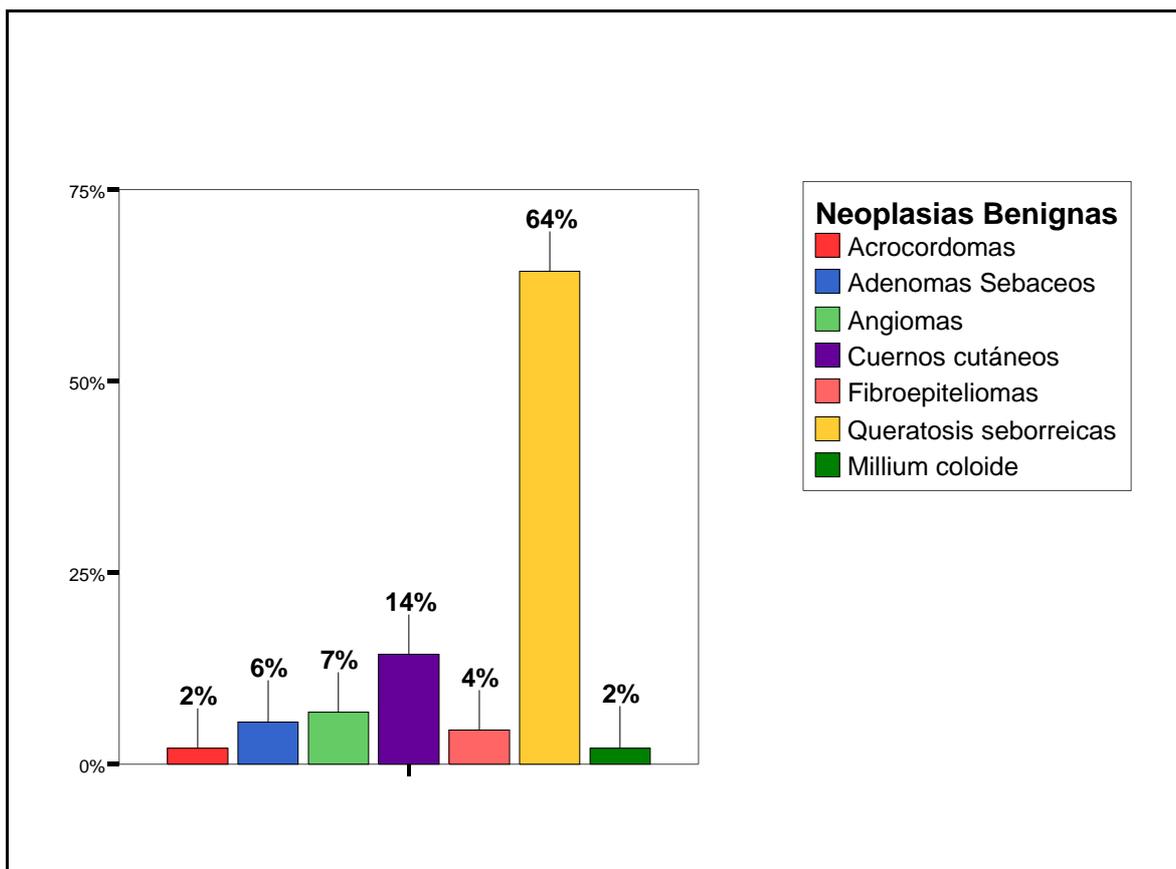
Como ya se ha visto en la tabla 13 el 28% (n=87) de los pacientes presentaban algún tipo de neoplasias benignas. En la tabla 14 y 15 respectivamente, quedan reflejadas el porcentaje de las mismas por sexo y grupo de edad, no habiéndose comprobado ninguna diferencia estadísticamente significativa en dichos grupos.

Las neoplasias benignas incluidas en el estudio han sido: adenomas sebáceos, fibroepiteliomas, acrocordomas, queratosis seborreicas, angiomas, cuernos cutáneos y millium coloide.

La distribución de las mismas dentro de las neoplasias benignas se puede ver en la Figura 28.

Las queratosis seborreicas resultaron las neoplasias benignas más frecuentemente vistas (64%, n= 58), seguidas de los cuernos cutáneos (14%, n=13).

Figura 28: Distribución de las diferentes neoplasias benignas.



No hemos visto ninguna diferencia significativa en la distribución de las diferentes neoplasias benignas por sexos ni tampoco por grupo de edad. Esto queda reflejado en las Figuras 29 y 30 respectivamente.

Figura 29: Distribución de las neoplasias benignas por sexos.

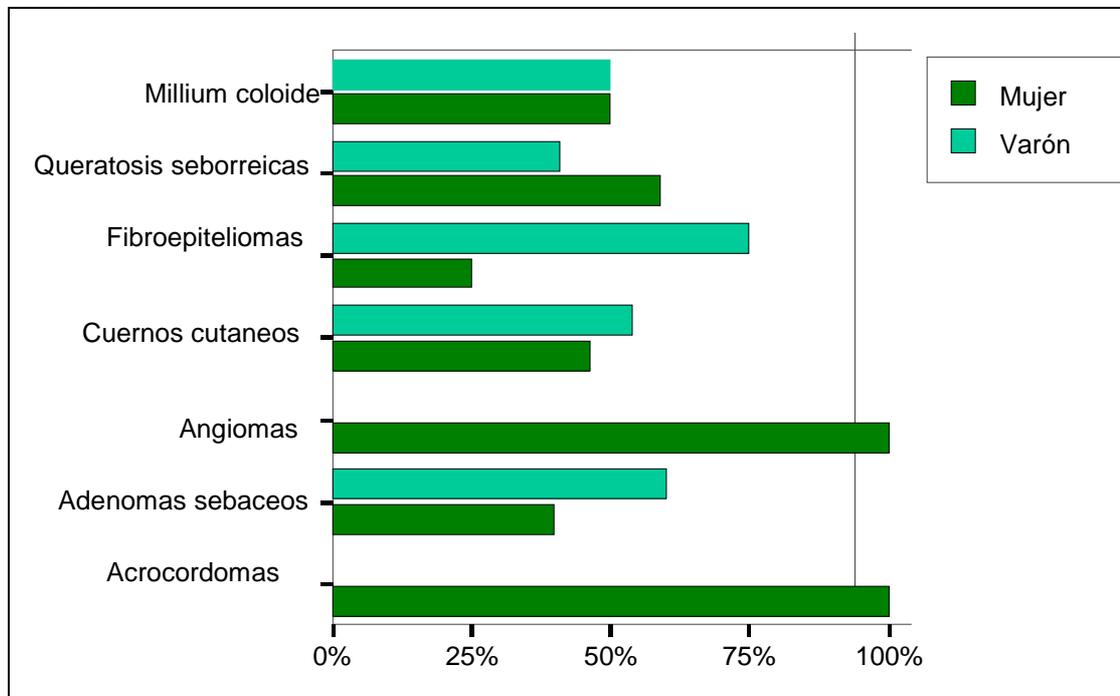
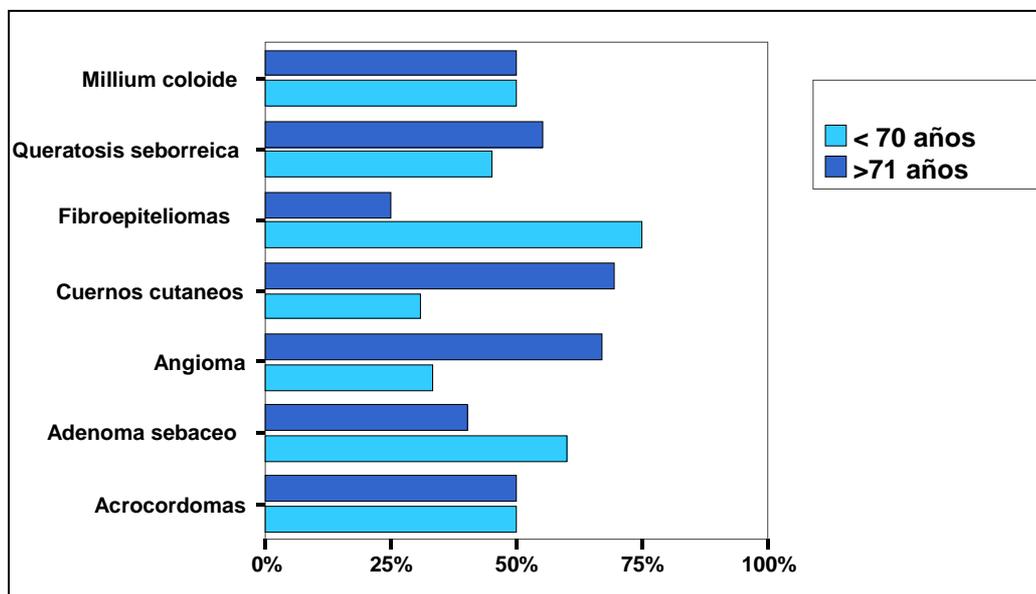


Figura 30: Distribución de las neoplasias benignas por edad.

La mayor parte de los pacientes que acudieron a la consulta, presentaban las tumoraciones benignas en la cara.

El 64% de los pacientes que vimos con algún tipo de neoplasia benigna decía no haber recibido exposición solar.

5.3.3.4 Alteraciones solares.

Como ya se pudo ver en la Tabla 13 el 9% (n=27) de nuestros pacientes acudían a la consulta por problemas debidos a la exposición solar. La forma de expresión de esta fueron los léntigos solares en su mayoría (92,6%, n=25) y en dos pacientes se pudo ver la Enfermedad de Favre-Raucoch. Las Tablas 14 y 15 muestran el porcentaje de éstos respecto al sexo y a la edad, no encontramos diferencias significativas.

El 45% de estos pacientes habían desempeñado trabajos al sol (en el campo y en la construcción).

El 77,8% (n=21) declaraban realizar ejercicio diario y el 81,5% (n=22) no fotoprotegían su piel así como el 70,4% (n=19) no hidrataban la piel a diario.

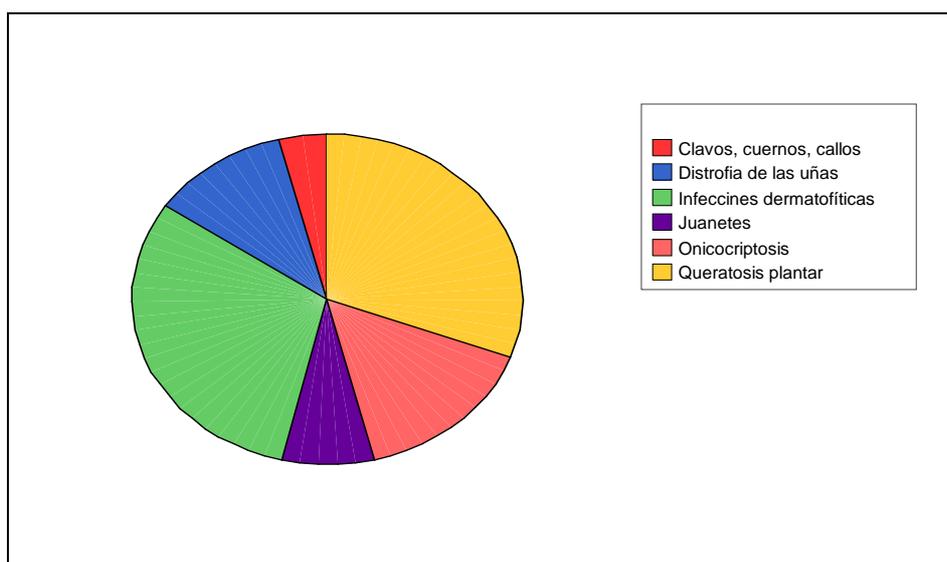
Destacamos que en un 38% de los pacientes las localizaciones de los léntigos fue en la cara y en el 33% los léntigos se situaban en las manos.

5.3.3.5 Alteraciones de los pies y de las uñas.

El 7% (n=22) de la patología valorada correspondieron a este grupo de patologías. En las Tablas 14 y 15 podemos ver que el 77% (n=17) eran mujeres (p=0,02). No se evidenciaron diferencias entre los dos grupos de edad.

El 31%(n=8) de todas las patologías observadas en los pies resultaron ser infecciones dermatofíticas en igual porcentaje queratodermia plantar y el resto se repartía en onicocriptosis (15%, n=4), distrofia de las uñas (12%, n=3), hallux valgus (8%, n=2) y callos-clavos (4%, n=1) (Figura 31).

Figura 31: Distribución de la patología en los pies.



5.3.3.6 Psoriasis.

La patología psoriásica constituyó un 4% (n=12) del total. La distribución respecto al sexo y a grupos de edad se puede ver en las tablas 14 y 15 respectivamente.

El 75% (n=3) de estos pacientes decían padecer prurito y a un 66,7% (n=8) el prurito les había motivado la consulta (p=0,01).

El patrón de ducha: 33,4% (n=4) semanal, el 33,4% (n=4) 2-3 veces a la semana, el 25% (n=3) diario y el 8,2% (n=1) días alternos.

Sólo hidrataban la piel el 33,4% (n=4) de ellos.

La psoriasis valoradas por regiones estaban localizada en: el 42% en los brazos, el 17% en la cabeza, 17% generalizada, el 8% en el pecho, zonas de pliegues y psoriasis ungueal respectivamente.

El tiempo de evolución media que referían nuestros pacientes respecto a su enfermedad en el momento de ser vistos era de 30 años ($\pm 22,1$).

Un 26% de los tratamientos pautados fueron corticoides tópicos, un 26% champús de breas, un 16% de tratamientos hidratantes, un 10% antihistamínicos, otro 10% antipsoriásicos, un 6% vaselina salicilica y un 6% lacas de uñas.

5.3.3.7 Infecciones.

Supone el 4% (n=13) del total de la patología recogida. Las diferencias entre hombres y mujeres y grupos de edad se muestran en las Tablas 14 y 15, en ellas también se puede ver que no ha habido ninguna diferencia significativa. Destacamos que 38% (n=5) eran varones y el 62% (n=8)

mujeres. Se vieron más infecciones en el grupo de edad más avanzado (77%, n=10).

El 71,4% (n=10) de todos los pacientes que padecían algún tipo de infección cutánea reconocía presentar prurito.

La higiene corporal mediante ducha de estos pacientes se repartía de manera predominante: 38% (n=5) semanal y el mismo número 2-3 veces a la semana. El 78,6% (n=11) reconocía no hidratar la piel.

Las infecciones estaban distribuidas de la siguiente manera. El 50% (n=7) eran intertrigos candidiásicos, el 28,6% (n=4) celulitis y dos pacientes consultaron por neuralgias debidas a un herpes zoster previo.

Todas las infecciones fúngicas se dieron en los pliegues, los pacientes con celulitis presentaron las siguientes localizaciones: un paciente en la cara, otro en una oreja, otro en una pierna y el último en la mano. Los pacientes con neuralgia postherpética, habían tenido las lesiones localizadas uno en la cara y otro en la región anterior del tórax.

Cuando vimos a los pacientes, el tiempo medio de evolución en los intertrigos fueron 7,8 (\pm 7,9) meses, de las celulitis fueron 4 (\pm 5,3) meses; para los herpes: 1 de ellos habían presentado las lesiones un mes antes de acudir a consulta y otro pacientes había tenido el herpes 4 años antes, persistiendo las molestias postneurálgicas.

A los pacientes con intertrigo se les pauto: sulfato de cobre, antihistamínicos, antifúngicos tópicos y en 2 casos hubo que añadir corticoides tópicos con cura oclusiva. A todos, además, se les aconsejó hidratación de la piel.

A los pacientes con celulitis hubo que pautar tratamiento antibiótico oral a todos y al 75% además curas con antibiótico tópico.

Por lo que respecta a los pacientes que acudieron con una neuralgia postherpética ninguno necesitó tratamiento antiviral oral, dado que habían realizado dicho tratamiento. Sí que hubo que pautar a todos analgésicos y a uno de ellos también antihistamínicos.

5.3.3.8 Alteraciones en las membranas mucosas.

Representan un 3% (n=8) del total. El 88% (n=7) eran varones y una mujer (p=0,01). El porcentaje de distribución por edades resultó el mismo.

El 55,6% (n=5) queilitis, 22,2% (n=2) boqueras, 11,1% (n=1) leucoplasias y 11,1% (n=1) alteraciones secundarias a problemas dentición.

El 66,7% (n=6) de todos estos pacientes declaraban ser fumadores en el momento actual. El 88,9% (n=7) decían no consumir ni haber consumido alcohol de manera habitual.

El tiempo medio de evolución fue de 10,8 (\pm 6,8) meses.

5.3.3.9 Liquen Escleroso y atrófico.

Detectamos 6 casos (2%) de liquen escleroso. De ellos cinco (83%) en mujeres y cuatro (67%) en pacientes de 60 a 70 años. Todos los pacientes declaraban no hidratar la piel.

Las localizaciones en las que pudimos ver los líquenes fueron: el 50% presentaban las lesiones correspondientes en los genitales (todas mujeres), un 16% en la espalda y el mismo porcentaje en piernas y mucosas respectivamente.

El tiempo medio de evolución fue de 7,8(\pm 4,6) meses.

5.3.3.10 Rosácea.

Se vieron 3 pacientes con dicha patología (1%): 2 mujeres y un varón. El tiempo de evolución de las lesiones fueron de 10,3(\pm 12) meses.

Los tres pacientes declaraban tener prurito, a dos de ellos era lo que les había llevado a consultar. Todos habían recibido tratamientos en meses previos para la rosácea.

5.3.3.11 Alteraciones generales.

Cinco pacientes (2%) presentaron alteraciones dermatológicas secundarias a enfermedades generales: 2 pacientes eran alteraciones secundarias a la circulación en forma de acrocianosis uno y el otro en forma de enfermedad de Osler, una dermatopatía diabética, otro un lupus eritematoso discoide y por último una xantomatosis.

5.4 Calidad de Vida.

Para poder medir la CVRS de nuestros pacientes, hemos usado un cuestionario genérico y otro específico dermatológico.

5.4.1 Calidad de Vida relacionada con la salud, medida con la escala EuroQol-5D.

Como ya hemos descrito, empleamos además de una escala específica para enfermedades dermatológicas, una escala genérica para una mejor valoración de otros procesos no dermatológicos que pudieran influir en la calidad de vida, usamos para tal fin la escala EuroQol-5D. El resultado de su aplicación en enfermos dermatológicos es el objeto de este apartado

5.4.1.1 Resultados generales del EuroQol-5D.

El 62,7% de nuestros pacientes encuestados dicen presentar algún deterioro en su calidad de vida relacionada con la salud, detectable con la escala EuroQol. Solo un 37,3% declara tener una situación de calidad de vida óptima.

La puntuación media de la escala visual analógica o EVA es de 55,87(\pm 25). La puntuación media de la EVA-tarifa, obtenida a través de la recodificación de las cinco dimensiones es de 0,74 (\pm 0,25).

Los valores de la EVA-tarifa del EuroQol-5D comprobamos siguen una distribución normal, por ello empleamos pruebas estadísticas paramétricas.

Al analizar las diferentes dimensiones del EuroQol-5D (Tabla 17), hemos visto que la dimensión en la cual los pacientes plantean más problemas es en la dimensión del dolor/malestar, seguida de la de ansiedad/depresión.

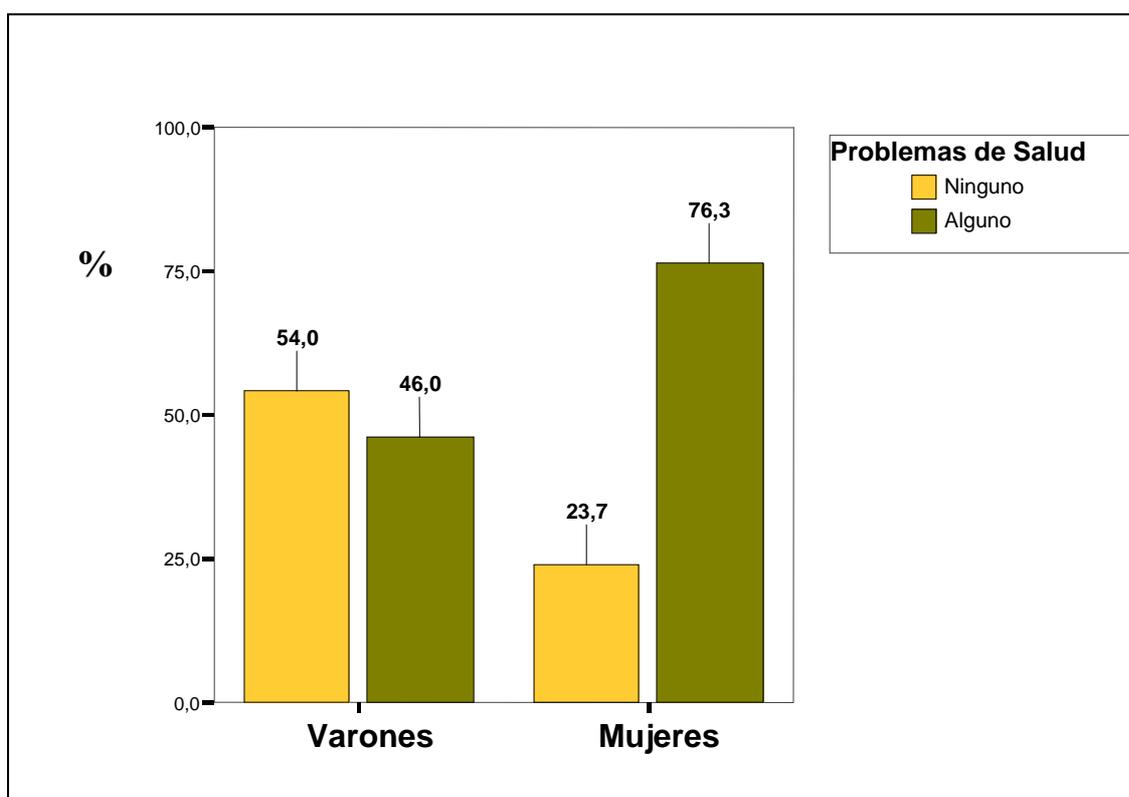
Tabla 17: Grado de deterioro en las diferentes dimensiones del EuroQol-5D.

Dimensión	nº	Total (%)
Movilidad	83	27,1
Cuidado personal	34	11,2
Actividades cotidianas	63	20,6
Dolor/malestar	139	45,5
Ansiedad/Depresión	137	44,8

5.4.1.2 Resultados del EuroQol-5D por sexos.

Al realizar el estudio de los estados de salud, a través de las diferentes dimensiones de las que consta el EuroQol, podemos ver que el 76,3% de las mujeres declara tener algún problema de salud vs al 46% de los varones ($p < 0,05$) (Figura 32).

Figura 32: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, medida mediante EuroQol-5D en enfermos dermatológicos por sexos.



Varones vs mujeres, $p < 0,05$

Analizamos cada una de las dimensiones del EuroQol por sexos como se muestra en la Tabla 18. Destaca que las mujeres relatan problemas en una mayor proporción que los hombres en todos los problemas de salud, excepto en el cuidado personal, en dónde tanto el porcentaje de varones como el de mujeres, que declaran dificultad para este aspecto es bajo.

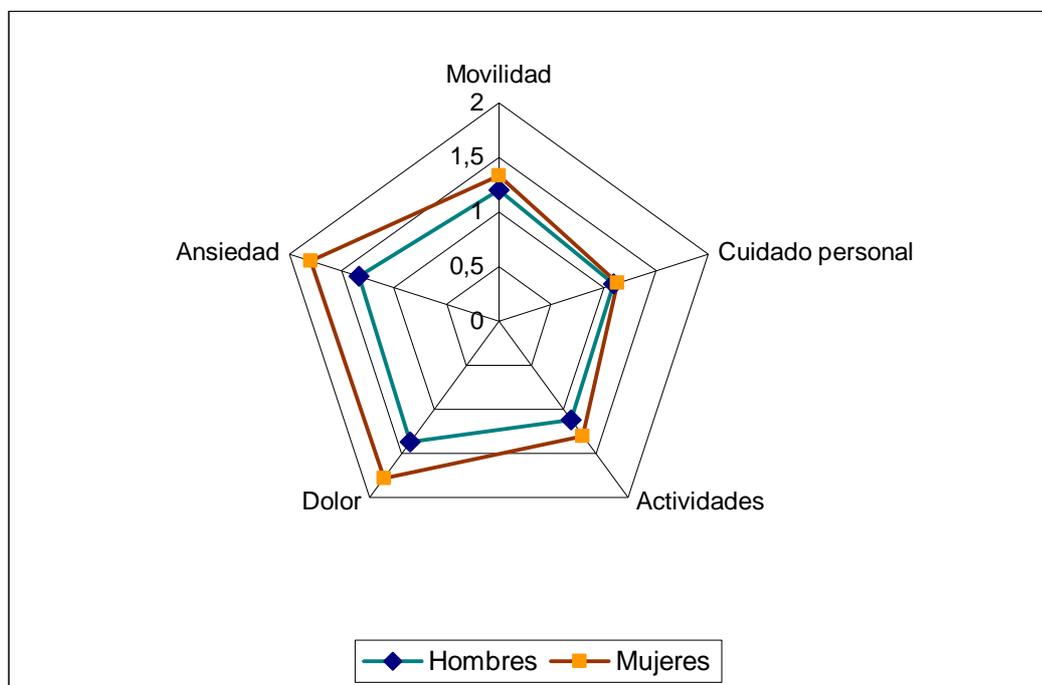
Tabla 18: Calidad de Vida (EuroQol-5D) de los pacientes con enfermedad dermatológica, distribución según el sexo.

Dimensión del EuroQol-5D	Sexo (n)	Porcentaje	P Valor
Movilidad	Varones (27)	19,7	<0,001
	Mujeres (56)	33,1	
Cuidado personal	Varones (14)	10,2	NS
	Mujeres (20)	11,8	
Actividades cotidianas	Varones (15)	10,9	<0,001
	Mujeres (48)	28,4	
Dolor/Malestar	Varones (44)	32,1	<0,001
	Mujeres (95)	56,2	
Ansiedad/Depresión	Varones (35)	25,5	<0,001
	Mujeres (102)	60,4	

Las cifras se expresan en porcentaje de pacientes con la dimensión afectada. NS= No significativo.

En la Figura 33 vemos representados gráficamente los valores medios de las cinco dimensiones del EuroQol-5D, de los pacientes con enfermedad dermatológica según el sexo.

Figura 33: Calidad de Vida (EuroQoI-5D) de los pacientes con enfermedad dermatológica según el sexo, valores medios de las dimensiones.



La puntuación media de EVA de los pacientes con enfermedad dermatológica varones es mayor respecto a las mujeres ($59,14 \pm 26,19$ vs $53,22 \pm 23,73$; $p < 0,01$). Las mujeres perciben su estado de salud como peor que el estado de salud que perciben los hombres.

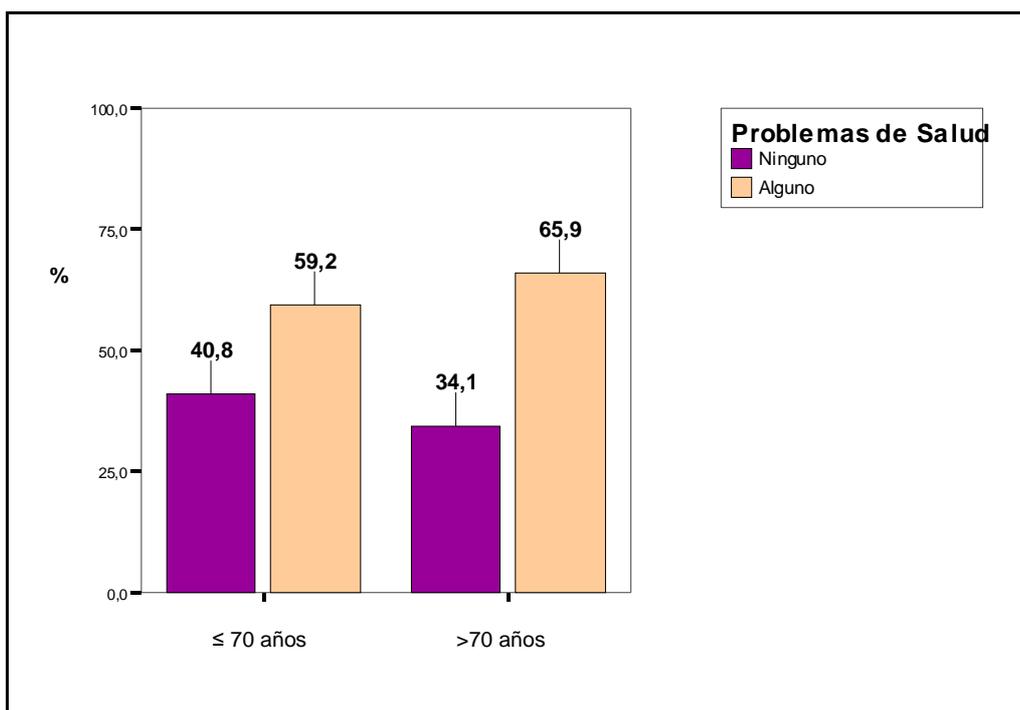
La media de la EVA-tarifa en los hombres fue de $0,83 (\pm 0,22)$ y en mujeres $0,66 (\pm 0,25)$ ($p < 0,001$).

5.4.1.3 Resultados del EuroQoI-5D, por grupos de edad.

A continuación exponemos por grupos de edad (60-70 años y >70 años) los resultados de la escala EuroQoI-5D en pacientes dermatológicos.

El estado de salud de nuestros pacientes dermatológicos, aunque muestra una aparente tendencia a empeorar según aumenta la edad, dicha tendencia no es significativa (Figura 34).

Figura 34: Problemas de salud en enfermos dermatológicos por grupos de edad.



Por grupos de edad el porcentaje de personas que dicen tener algún problema en alguna de las dimensiones del EuroQoL-5D, van aumentando según aumenta la edad, los problemas de movilidad y dependencia. Las dimensiones que más pacientes relatan alterada son las dimensiones de: dolor y ansiedad, aunque sucede en igual medida en todos los grupos de edad estudiados (tabla 19).

Tabla 19: Dimensiones del EuroQol-5D afectadas, distribución por grupos de edad de los pacientes con enfermedad dermatológica.

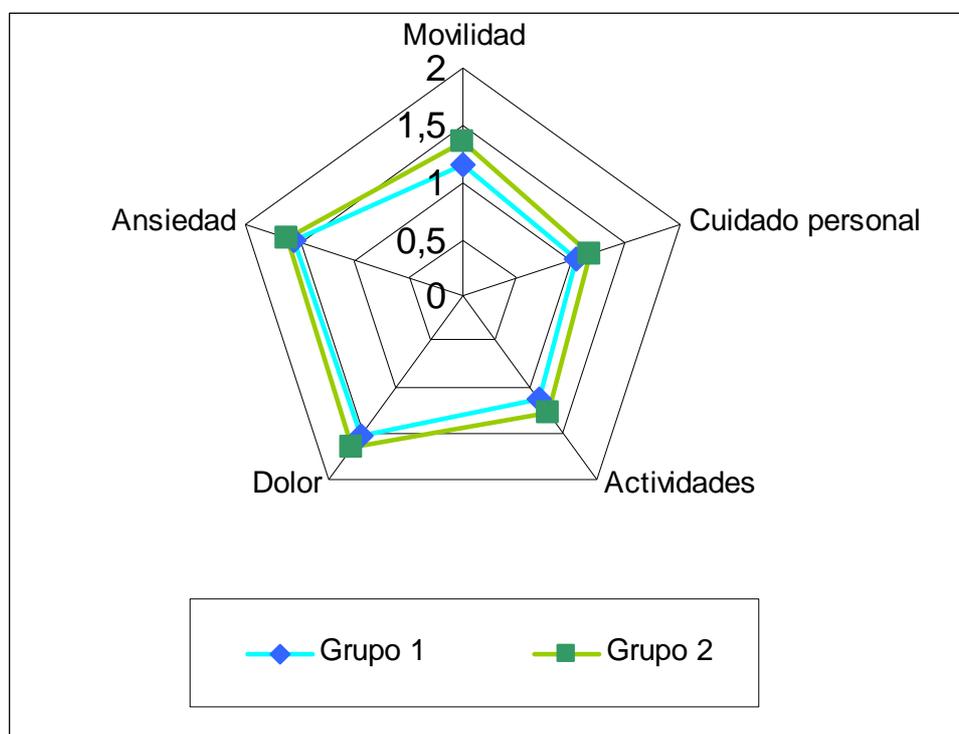
Dimensión EuroQol-5D	Grupo de edad (n)	Porcentaje	P valor
Movilidad	≤ 70 años (24)	16,9	0,01
	> 70 años (59)	36	
Cuidado personal	≤ 70 años (8)	5,6	0,001
	> 70 años (26)	15,9	
Actividades cotidianas	≤ 70 años (19)	13,4	0,001
	> 70 años (44)	26,8	
Dolor/Malestar	≤ 70 años (57)	40,1	NS
	> 70 años (82)	50	
Ansiedad/Depresión	≤ 70 años (59)	41,5	NS
	> 70 años (78)	47,6	

NS= No significativo.

Según avanza la edad de nuestros pacientes aumentan los que declaran tener problemas en actividades cotidianas, movilidad o cuidado personal. No hay diferencias entre los dos grupos de edad respecto a las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión.

En la Figura 35 representamos los valores medios en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D, alcanzados por cada grupo de edad.

Figura 35: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EuroQol-5D) de los enfermos dermatológicos. Valores medios según la edad.



La puntuación en la escala analógica visual (EVA) resultó similar entre los pacientes ≤ 70 años (55,99) y > 70 años (54,91).

La media de EVA-tarifa en los ≤ 70 años fue de 0,77 ($\pm 0,23$) y de 0,71 ($\pm 0,27$) en los mayores de 70 años.

5.4.1.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en enfermos dermatológicos (EuroQol-5D) por grupos de enfermedades dermatológicas.

Describimos los estadísticos de los diferentes grupos de enfermedades dermatológicas que presentan un tamaño muestral adecuado para realizar su descripción. A continuación realizamos un estudio

comparativo entre los mismos, empleando la EVA-tarifa. Los valores medios son similares en los cuatro grupos y no existen diferencias significativas (Tabla 20).

Tabla 20: Comparación del valor medio de EVA-tarifa en los 4 grupos de enfermedades dermatológicas.

Grupo de Enfermedad	Nº de pacientes y valor de EVA-tarifa (X+ DS)		
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	101	0,75	0,27
B: Neoplasias Benignas	87	0,77	0,24
C: Patología pruriginosa	98	0,71	0,26
D: Miscelanea	98	0,75	0,22

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. A vs B= NS. A vs C= NS. A vs D= NS. B vs C =NS. B vs D= NS. C vs D= NS.

5.4.1.5 Calidad de Vida en enfermos dermatológicos (EuroQol-5D), comparación por grupos de enfermedades dermatológicas y sexos.

En las tablas 33 y 34 están reflejados los resultados de comparar la EVA-tarifa de los grupos dermatológicos, entre hombres (tabla 21) y mujeres (tabla 22).

Tabla 21: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EuroQol-5D), en los hombres de los diferentes grupos dermatológicos empleando EVA-tarifa.

Grupo de Enfermedad	Nº de pacientes y valor de EVA-tarifa (X+DS)		
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	50	0,85	0,22
B: Neoplasias Benignas	37	0,86	0,17
C: Patología pruriginosa	47	0,80	0,26
D: Miscelanea	41	0,80	0,21

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. A vs B= NS. A vs C= NS. A vs D= NS. B vs C =NS. B vs D= NS. C vs D= NS.

Tabla 22: Calidad de Vida (EuroQol-5D), en las mujeres de los diferentes grupos de enfermedades dermatológicas, empleando EVA-tarifa.

Grupo de Enfermedad	Nº de pacientes y valor de EVA-tarifa (X±DS)		
	Nº	X	+DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	51	0,65	0,28
B: Neoplasias Benignas	50	0,70	0,27
C: Patología pruriginosa	51	0,63	0,24
D: Miscelanea	57	0,72	0,23

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. **A vs B= NS. A vs C= NS. A vs D= NS. B vs C =NS. B vs D= NS. C vs D= p<0,05**

En los hombres, las diferentes patologías dermatológicas analizadas no parecen influir en la calidad de vida relacionada con la salud. En las mujeres, sólo se evidencia diferencia en el grupo de patología pruriginosa frente a un grupo misceláneo.

Las mujeres con enfermedad pruriginosa parecen tener un deterioro de su calidad de vida respecto a un grupo heterogéneo de enfermedades dermatológicas, que no incluyen los tumores benignos ni malignos ni lesiones precancerosas.

5.4.1.6 Análisis comparativo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EuroQol-5D) en los principales grupos de enfermedades dermatológicas por Edad.

En las tablas 35 y 36 están reflejados los resultados de comparar la EVA-tarifa del EuroQol-5D de los grupos de enfermedades dermatológicas, entre los pacientes con edad menor o igual a 70 años (Tabla 23) y los pacientes con edades mayor de 70 años (Tabla 24).

Tabla 23: Descriptivos de la escala EuroQol-5D, empleando EVA-tarifa en pacientes con edades igual o menor a 70 años de los de los diferentes grupos de enfermedades dermatológicas.

Grupo de Enfermedad	Nº de pacientes y valor de EVA-tarifa (X±DS)		
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	29	0,86	0,21
B: Neoplasias Benignas	39	0,80	0,25
C: Patología pruriginosa	51	0,72	0,23
D: Miscelanea	54	0,78	0,20

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. **A vs B= NS. A vs C= p<0,01. A vs D= NS. B vs C =NS. B vs D= NS. C vs D= NS**

Tabla 24: Descriptivos de la escala EuroQol-5D, empleando EVA-tarifa en pacientes con edades mayor de 70 años de los de los diferentes grupos de enfermedades dermatológicas.

Grupo de Enfermedad	Nº de pacientes y valor de EVA-tarifa (X±DS)		
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	51	0,71	0,28
B: Neoplasias Benignas	48	0,74	0,24
C: Patología pruriginosa	47	0,69	0,30
D: Miscelanea	44	0,72	0,25

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. **A vs B= NS. A vs C= NS. A vs D= NS. B vs C =NS. B vs D= NS. C vs D= NS**

5.4.2 Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud específica Dermatológica.

El cuestionario elegido para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud, en los aspectos más específicos dermatológicos ha sido el Índice de Calidad de Vida en Dermatología, que es conocido por las siglas de su nombre en inglés *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* .

5.4.2.1 Resultados de la Escala DLQI en la muestra.

Analizamos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, el resultado de la puntuación total de la escala del DLQI

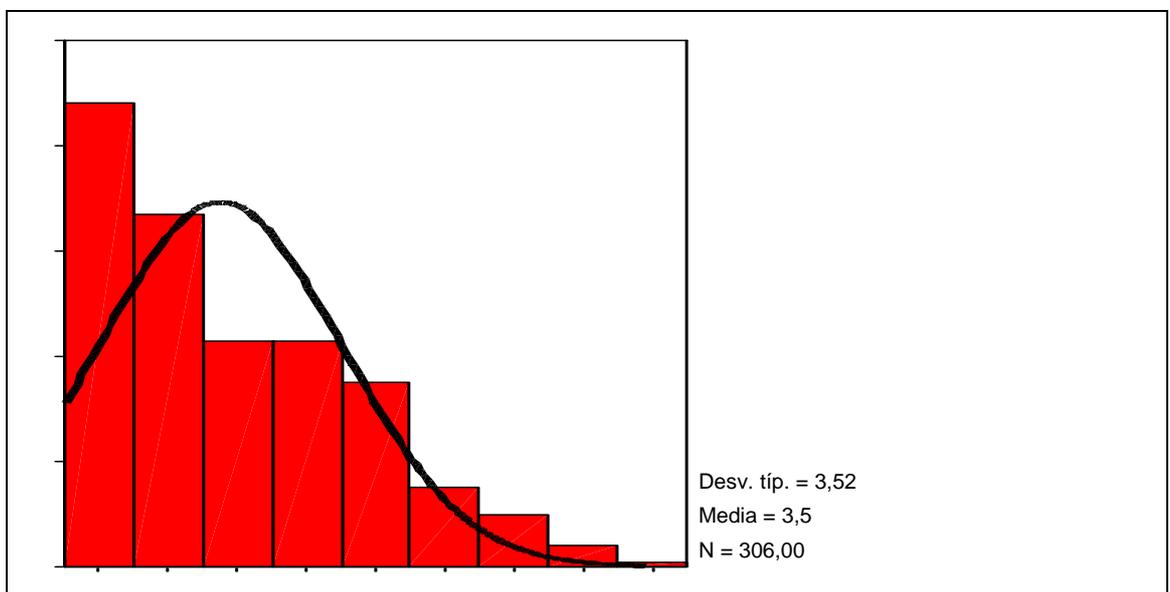
comprobamos que seguía una distribución normal, por ello empleamos pruebas estadísticas paramétricas.

La media de la puntuación total de la escala valor global de DLQI para los 306 pacientes de la muestra fue: $3,51 \pm 3,52$ (mínimo 0, máximo 15) (Tabla 25 y Figura 36).

Tabla 25: Descriptivos de la escala DLQI en la muestra estudiada.

n	306
Media	3,51
Mediana	2,00
Desviación típica	3,52
Mínimo	0
Máximo	15

Figura 36: Distribución de los pacientes según su puntuación en la escala DLQI.



5.4.2.2 Descriptivos de la escala DLQI por sexos.

La puntuación media total de las mujeres en la escala del DLQI en las mujeres fue $3,74 \pm 3,59$ (Fig. 37) y en varones $3,23 \pm 3,41$ (Fig. 38), sin presentar diferencias significativas (Tabla 26).

Tabla 26: Descriptivos de la puntuación alcanzada en la escala DLQI por sexo.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.
DLQI	V	137	3,23	3,41
	M	169	3,74	3,59

$p=0,16$

Figura 37: Distribución de las mujeres estudiadas, según su puntuación media en la escala DLQI.

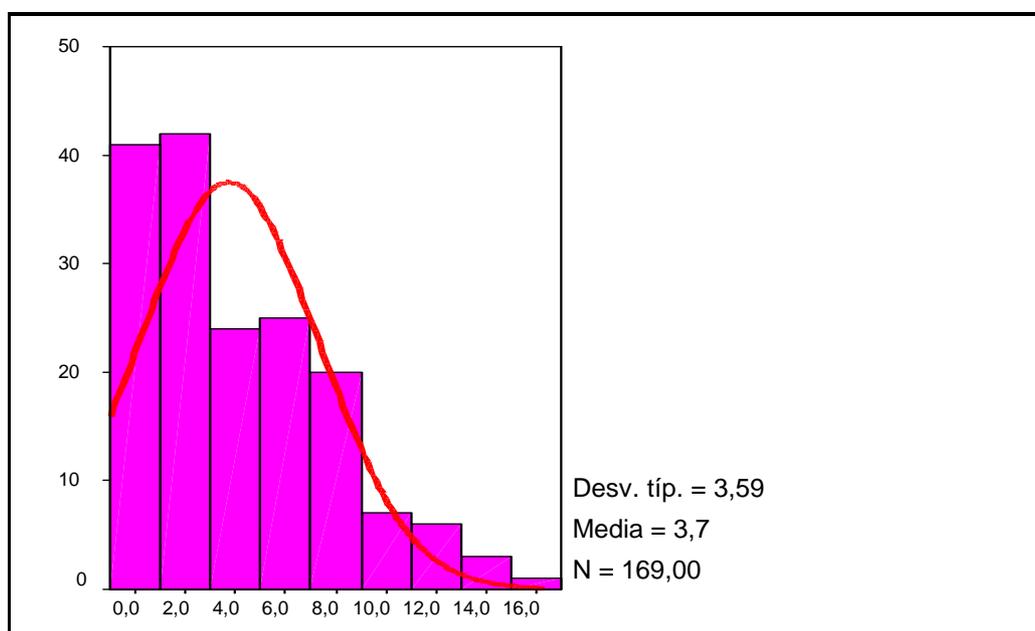
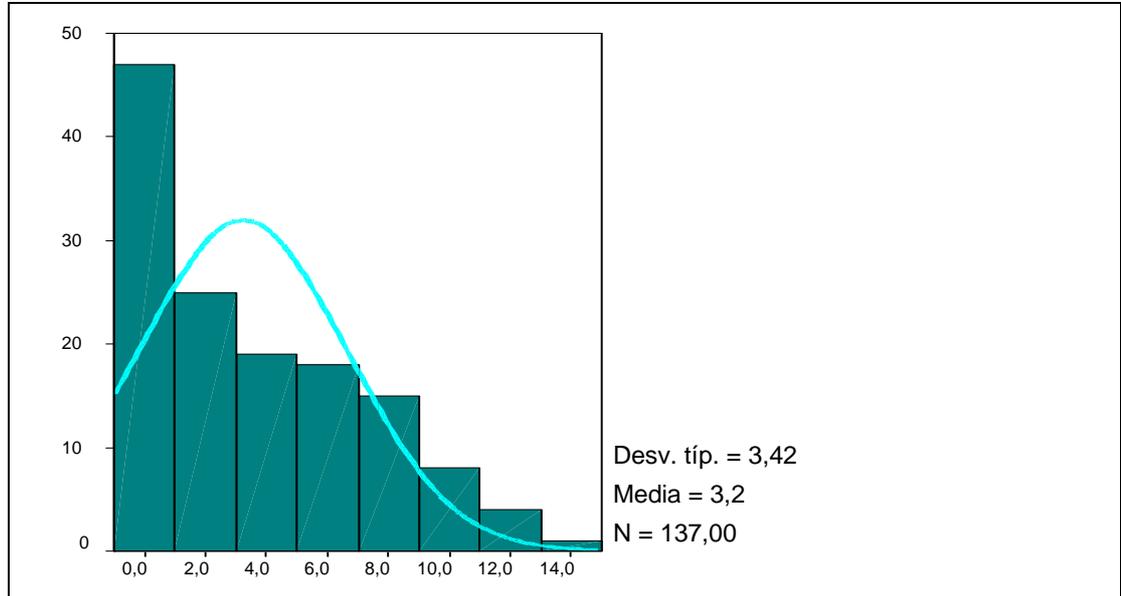


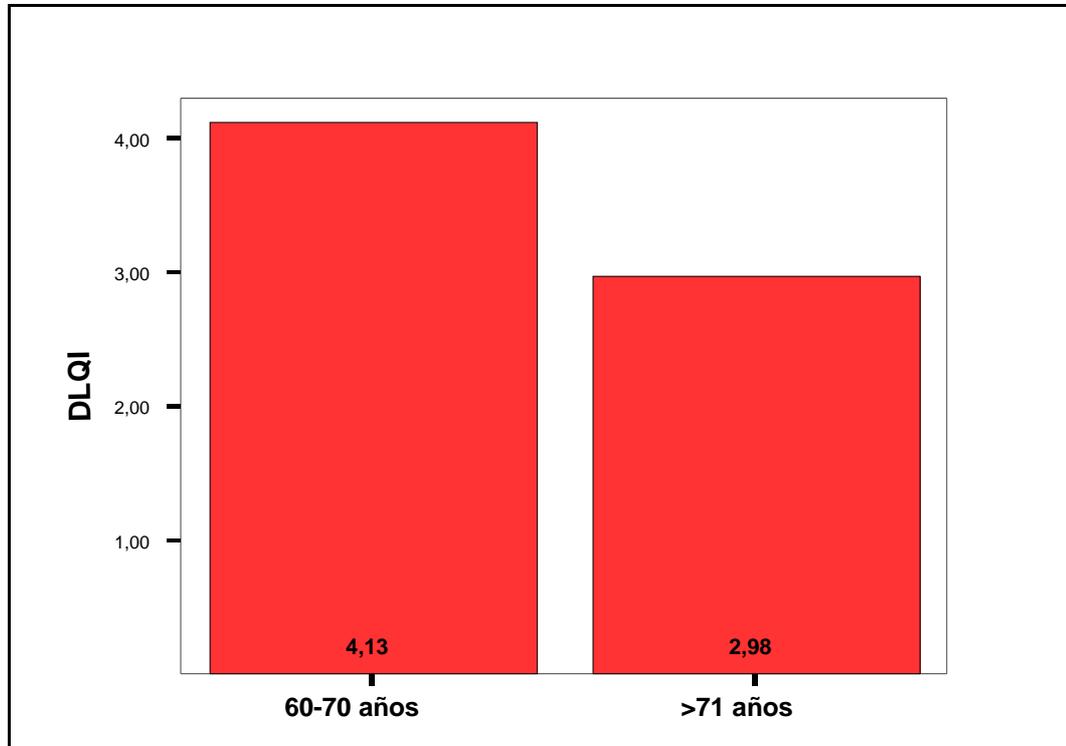
Figura 38: Distribución de los varones estudiados, según su puntuación media en la escala DLQI.



5.4.2.3 Descriptivos de la escala DLQI por edad.

La puntuación total media alcanzada en la escala DLQI para el grupo de edad 60-70 años fue de $4,13 \pm 3,72$ vs $2,98 \pm 3,24$ del grupo de edad mayor de 70 años, siendo el p valor $<0,05$ (Figura 39).

Figura 39: Puntuación media alcanzada en la escala DLQI por grupos de edad.



$p > 0,05$

5.4.2.4 Valores en la escala DLQI en enfermedades dermatológicas.

Los valores descriptivos alcanzados en la escala DLQI, por cada grupo de pacientes con una enfermedad dermatológica se muestran en la Tabla 27.

Tabla 27: Valores medios de la escala DLQI alcanzados según patologías dermatológicas.

Enfermedad	Si			No			P valor
	Nº	X	±DS	Nº	X	±DS	
Precánceres y Neoplasias malignas	101	2,09	2,66	205	4,21	3,67	<0,001
Neoplasias Benignas	87	2,60	2,56	219	3,88	3,77	0,037
Patología pruriginosa	98	5,96	3,25	208	2,36	3,01	<0,001
Alteraciones 2º a exposición solar	27	1,93	2,64	279	3,67	3,55	0,010
Onicomycosis	22	5,32	3,30	284	3,37	3,50	0,006
Otras	15	1,80	2,30	291	3,60	3,55	0,055
Infecciones	13	3,46	3,66	293	3,52	3,51	0,94
Psoriasis	12	6,75	3,04	294	3,38	3,47	0,001
Infestaciones	8	10,13	3,56	298	3,34	3,34	<0,001
Patología mucosas	8	3,75	4,2	298	3,51	3,50	
Liquen Escleroso y atrófico	6	6,67	4,63	300	3,45	3,47	
Alteraciones cutáneas secundarias a patología general	5	2,60	2,60	301	3,53	3,53	
Rosácea	3	5,33	2,08	303	3,50	3,52	
Alteraciones del cabello	3	5,67	4,93	303	3,49	3,50	
Linfoma	1	0	0	305	3,52	3,51	
Pénfigo	1	14	0	305	3,48	3,47	
Melanoma	1	1	0	305	3,52	3,51	

X= media DS= desviación típica

Los grupos de pacientes con las enfermedades dermatológicas más frecuentes, muestran distinta apreciación de su calidad de vida relacionada con la salud, medida con la escala DLQI, respecto a otros grupos de enfermos que no sufren dicha enfermedad, excepto en el caso de las infecciones, que muestran una apreciación similar tengan o no esta enfermedad. La patología pruriginosa, las onicomycosis, psoriasis e infestaciones, muestran un deterioro de la calidad de vida de los pacientes que las padecen. En cambio las lesiones cancerosas, precancerosas, tumores benignos y alteraciones secundarias a exposición solar muestran mejores puntuaciones en la escala DLQI que los grupos con otras

enfermedades dermatológicas. Si bien debemos tener en cuenta, que estamos comparando entre distintas enfermedades dermatológicas no con población sin enfermedad dermatológica; y que en algunos casos los pacientes presentan más de una enfermedad o grupo de enfermedades dermatológicas.

Para poder analizar estadísticamente los diferentes subgrupos hemos tenido que agrupar las patologías dermatológicas compuestas por pocos casos en una nueva categoría miscelánea. Así en adelante distinguimos 4 grandes grupos de pacientes con patología dermatológica con una distribución similar en cuanto a número: precánceres y neoplasias malignas, neoplasias benignas, patología pruriginosa y miscelánea.

En la tabla 28 se describen los valores descriptivos de la escala DLQI (media \pm DS) para los 4 grupos mencionados y su comparación.

Tabla 28: Descriptivos de la escala DLQI en grupos de enfermedades dermatológicas.

Grupo de Enfermedad			
	Nº	X	\pm DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	101	2,09	2,66
B: Neoplasias Benignas	87	2,60	2,56
C: Patología pruriginosa	98	5,96	3,25
D: Miscelánea	98	3,88	3,77

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estandar. A vs B= NS. A vs C= $p<0,001$. A vs D= $p<0,001$. B vs C = $p<0,001$. B vs D= $p<0,001$. C vs D= $p<0,01$.

Los pacientes con enfermedades pruriginosas tienen la puntuación media más alta en la escala DLQI. Estas personas perciben su calidad de vida peor que los pacientes con precánceres, neoplasias malignas, neoplasias benignas o cualquier otra enfermedad cutánea. El padecer una tumoración benigna o bien una lesión precancerosa o cancerosa como tal, no influye en la calidad de vida que presentan nuestros pacientes. El grupo misceláneo es muy heterogéneo e incluye pacientes dermatológicos excepto

de los pertenecientes a los tres grupos analizados, en todo caso muestran peor consideración de su calidad de vida que los pacientes con neoplasias.

5.4.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud medida con la escala DLQI de las patologías dermatológicas por sexos.

No hemos encontrado diferencias en las puntuación media de la escala DLQI entre hombres y mujeres pertenecientes a cada uno de los cuatro grupos de enfermedades dermatológicas.

Tanto los hombres como las mujeres con enfermedades pruriginosas muestran peor calidad de vida, que los hombres o mujeres pertenecientes a los otros grupos estudiados: precánceres y neoplasias malignas, neoplasias benignas y miscelánea. (Tabla 29 y Tabla 30).

Tabla 29: Valores descriptivos de la escala DLQI en hombres con diferentes enfermedades dermatológicas.

Grupo de Enfermedad			
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	50	1,72	2,74
B: Neoplasias Benignas	37	2,84	2,55
C: Patología pruriginosa	47	5,87	3,11
D: Miscelánea	41	3,44	3,66

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. **A vs B= NS. A vs C= p<0,001. A vs D= p<0,05. B vs C = p<0,001. B vs D= NS. C vs D= p<0,01.**

Tabla 30: Valores descriptivos de la escala DLQI en mujeres con diferentes enfermedades dermatológicas.

Grupo de Enfermedad			
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	51	2,45	2,57
B: Neoplasias Benignas	50	2,42	2,58
C: Patología pruriginosa	51	6,04	3,41
D: Miscelánea	57	4,19	3,85

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. A vs B= $p<0,001$. A vs C= $p<0,001$. A vs D= $p<0,01$. B vs C = $p<0,001$. B vs D= $p<0,01$. C vs D= $p<0,01$.

Las mujeres consideran su calidad de vida relacionada con la salud ligeramente peor cuando tiene una patología tumoral maligna que cuando es benigna, esto no sucede en varones.

5.4.2.6 Calidad de vida relacionada con la salud medida con la escala DLQI en grupos de patologías dermatológicas por grupos de edad.

Hemos realizado el mismo estudio comparativo del valor medio de la escala DLQI en los grupos disponibles en grupos de enfermedades dermatológicas por grupos de edad.

Si comparamos el valor medio alcanzado en la escala DLQI de los cuatro principales grupos de enfermedades dermatológicas en los grupos de pacientes menores o igual de 70 años y en los mayores de 70 años, sólo hemos encontrado significativo el que los pacientes del grupo denominado miscelánea y con edades por debajo de los 70 años, consideran peor su calidad de vida.

En las Tablas 31 y 32 comparamos los valores medios del DLQI entre el grupo de (Tabla 31) y el grupo de pacientes con edades superiores a los 70 años, (Tabla 32) en los principales grupos dermatológicos. En ambos

grupos de edad la patología pruriginosa sigue siendo la que más influye de manera más negativa en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 31: Valores descriptivos de la escala DLQI en pacientes con edades de 70 años y menos con diferentes grupos de enfermedades dermatológicas.

Grupos de Enfermedad			
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	29	2,45	3,13
B: Neoplasias Benignas	39	2,54	2,48
C: Patología pruriginosa	51	6,55	3,19
D: Miscelánea	54	4,72	3,77

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. A vs B= NS. A vs C= $p<0,001$. A vs D= $p<0,01$. B vs C = $p<0,001$. B vs D= $p<0,01$. C vs D= $p<0,01$.

Tabla 32: Valores descriptivos de la escala DLQI en pacientes mayores de 70 años con diferentes grupos de enfermedades.

Grupos de Enfermedad			
	Nº	X	±DS
A: Precánceres y Neoplasias malignas	51	1,94	2,46
B: Neoplasias Benignas	48	2,65	2,65
C: Patología pruriginosa	47	5,32	3,23
D: Miscelánea	44	2,84	3,54

Nº= Número de pacientes. X= Media. DS= Desviación estándar. A vs B= NS. A vs C= $p<0,001$. A vs D= NS. B vs C = $p<0,001$. B vs D= NS. C vs D= $p<0,01$.

5.4.2.7 Descriptivos de las diferentes variables de las que se compone el DLQI.

El DLQI se compone de 10 ítems o preguntas que hacen referencia a diferentes aspectos de la vida del paciente. Los valores de cada uno de ellos oscilan de 0 a 3. No todas las preguntas influyen de la misma manera en el valor total del DLQI, esto es importante a fin de ver que aspecto de los que analiza el cuestionario influye más en el empeoramiento e la calidad de vida

relacionada con la salud, que padecen nuestros pacientes. Hemos analizado todos ellos de manera individual (Tabla 33), por sexos (Tabla 34) y grupos de edad (Tabla 35).

Tabla 33: Valores descriptivos de los diferentes ítems que componen el DLQI.

¿Durante los últimos 7 días.....	Media
1: ...ha tenido picor, dolor o escozor en su piel?	1,33
2: ... ¿ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?	0,83
3: ...¿ sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidarse de la casa o la terraza?	0,22
4: ...¿sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?	0,61
5: ... sus problemas de piel han afectado actividad social o de tiempo libre?	0,26
6: ... le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?	0,08
7: ... sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar?	0,00
8: ... sus problemas de piel han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/ o familiar?	0,03
9: ... sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?	0,08
10: ... el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted?	0,05

Como se puede ver en la Tabla 10 el ítems que mayor influencia tuvo en la calidad de vida de nuestros pacientes fue el primero que hace referencia al picor o prurito sentido. Como todos nuestros pacientes estaban jubilados, la pregunta número 7 puntuó 0 en todos ellos.

Tabla 34: Valores descriptivos de los diferentes ítems que componen el DLQI por sexos.

¿Durante los últimos 7 días.....	Sexo	Media	P valor
1:...ha tenido picor, dolor o escozor en su piel?	Varones	1,32	0,93
	Mujeres	1,33	
2:...ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?	Varones	0,70	0,05
	Mujeres	0,93	
3:...sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidarse de la casa o la terraza?	Varones	0,14	0,03
	Mujeres	0,28	
4:...sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?	Varones	0,59	0,51
	Mujeres	0,62	
5:...sus problemas de piel han afectado actividad social o de tiempo libre?	Varones	0,18	0,05
	Mujeres	0,32	
6:...le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?	Varones	0,06	0,74
	Mujeres	0,09	
7:...sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar?	Varones	0	
	Mujeres	0	
8:...sus problemas de piel han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/ o familiar?	Varones	0,04	0,33
	Mujeres	0,02	
9:...sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?	Varones	0,09	0,49
	Mujeres	0,07	
10:...el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted?	Varones	0,08	0,12
	Mujeres	0,03	

No existen grandes diferencias en la puntuación de los diferentes items entre hombres y mujeres. Sólo en los items que valoran relaciones interpersonales (preguntas 3 y 5) o sentimientos de vergüenza (pregunta 2) hay una pequeña diferencia significativa más alta en las mujeres que en varones (tabla 27). De hecho, la puntuación de DLQI entre los hombres y las mujeres no es estadísticamente significativa como ya se mencionó en el apartado anterior.

Si tenemos en cuenta cada item en los dos grupos de edad considerados, el resultado se puede ver en la Tabla 28.

Tabla 35: Valores descriptivos de los diferentes ítems que componen el DLQI en pacientes con edades igual o menor de 70 años y en mayores de 70 años.

¿Durante los últimos 7 días.....	Edad	Media	P valor
1:...ha tenido picor, dolor o escozor en su piel?	Grupo 1	1,42	0,28
	Grupo 2	1,26	
2:...ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?	Grupo 1	0,98	0,04
	Grupo 2	0,71	
3:...sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidarse de la casa o la terraza?	Grupo 1	0,27	0,06
	Grupo 2	0,18	
4:...sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?	Grupo 1	0,77	0,01
	Grupo 2	0,40	
5:...sus problemas de piel han afectado actividad social o de tiempo libre?	Grupo 1	0,32	0,01
	Grupo 2	0,21	
6:...le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?	Grupo 1	0,12	0,03
	Grupo 2	0,04	
7:...sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar?	Grupo 1	0	
	Grupo 2	0	
8:...sus problemas de piel han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/ o familiar?	Grupo 1	0,06	0,03
	Grupo 2	0,01	
9:...sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?	Grupo 1	0,13	0,04
	Grupo 2	0,04	
10:...el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted?	Grupo 1	0,06	0,80
	Grupo 2	0,05	

Grupo 1: pacientes con edades menor o igual de 70 años. Grupo 2: pacientes con edades por encima de los 71 años.

A diferencia de lo que ocurre en las preguntas individuales por sexo, si tenemos en cuenta los diferentes grupos de edad y los distintos items, existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las preguntas: 2, 4, 5, 6, 8 y 9. En todas estas el grupo de edad 1 (de 60 a 70 años) tiene una puntuación más alta, lo que contribuye a una peor puntuación en la calidad de vida global en este grupo respecto a los pacientes mayores de 70 años. Esto, corrobora lo que reflejamos en la figura 35: la CVRS de los pacientes de 60-70 años es peor que en los mayores de 70 años de forma significativa.

5.4.3 Comparación de los resultados obtenidos con la escala genérica EuroQol-5D frente a la escala específica DLQI.

Hemos comparado los resultados obtenidos con las dos escalas de calidad de vida relacionada con la salud, entre la escala genérica EuroQol-5D y la específica dermatológica DLQI, empleando los índices EVA-tarifa del EuroQol-5D y el índice sumario de DLQI.

Este estudio se ha realizado para el conjunto total de pacientes y para cada uno de los grupos de enfermedades dermatológicas, que por su tamaño muestral hemos podido estudiar (precánceres y neoplasias malignas, neoplasias benignas, patología pruriginosa y miscelánea).

Para poder comparar unas escalas con dimensiones diferentes, hemos empleado su puntuación transformada en cuartiles, ello nos permite comparar si la puntuación alcanzada en un cuartil concreto genérico se corresponde con el mismo u otro diferente cuartil de la escala específica dermatológica de calidad de vida.

Hemos analizado el grado de concordancia y el grado de discordancia empleando los índices Kappa y Kappa ponderado, a fin de ver el grado de concordancia y desacuerdo de las dos escalas.

Los resultados entre el índice sumario DLQI frente al índice sumario EVA-tarifa de la escala EuroQol-5D para el conjunto de los pacientes dermatológicos estudiados se pueden ver en la Tabla 36. El grado de coincidencia entre los cuartiles se puede considerar muy bajo.

Tabla 36: Comparación de cuartiles entre los índices sumarios de las escalas DLQI y EuroQol-5D, para el conjunto de enfermos dermatológicos estudiados.

		Cuartiles EVA-Tarifa			
		1	2	3	4
Cuartiles DLQI	1	14	33	61	152
	2	5	11	15	15
	3	0	0	0	0
	4	0	0	0	0

N= 306, P0= 0,08169, K= 0,00791, K_w = -0,00652

Los resultados entre índice sumario DLQI frente a índice sumario EVA-tarifa en pacientes con precánceres y neoplasias malignas, se exponen en la Tabla 37.

Tabla 37: Comparación de cuartiles entre los índices sumarios de las escalas DLQI y EuroQol-5D, para el conjunto de enfermos dermatológicos con precánceres y neoplasias malignas.

		Cuartiles EVA- tarifa			
		1	2	3	4
CuartilesDLQI	1	7	12	22	55
	2	2	2	0	1
	3	0	0	0	0
	4	0	0	0	0

z

Los resultados entre índice sumario DLQI frente a índice sumario EVA-tarifa en pacientes con neoplasias benignas, se exponen en la Tabla 38.

Tabla 38: Comparación de cuartiles entre los índices sumarios de las escalas DLQI y EuroQol-5D, para el conjunto de enfermos dermatológicos con neoplasias benignas.

		Cuartiles EVA- tarifa			
		1	2	3	4
Cuartiles DLQI	1	6	6	23	47
	2	0	0	1	4
	3	0	0	0	0
	4	0	0	0	0

N= 87, P₀= 0,06896, K= 0, K_w= 0,00340

Los resultados entre índice sumario DLQI frente a índice sumario EVA-tarifa en pacientes con patología pruriginosa, se exponen en la Tabla 39.

Tabla 39: Comparación de cuartiles entre los índices sumarios de las escalas DLQI y EuroQol-5D, para el conjunto de enfermos dermatológicos con patología pruriginosa.

		Cuartiles EVA-tarifa			
		1	2	3	4
Cuartiles DLQI	1	5	9	10	44
	2	4	6	9	11
	3	0	0	0	0
	4	0	0	0	0

N= 98, P₀= 0,11224, K= 0,00187, K_w= -0,01286

Los resultados entre índice sumario DLQI frente a índice sumario EVA-tarifa en pacientes con patología miscelánea, se exponen en la Tabla 40.

Tabla 40: Comparación de cuartiles entre los índices sumarios de las escalas DLQI y EuroQol-5D, para el conjunto de enfermos dermatológicos con patología miscelánea.

		Cuartiles EVA-tarifa			
		1	2	3	4
Cuartiles DLQI	1	2	7	19	51
	2	1	7	6	5
	3	0	0	0	0
	4	0	0	0	0

N= 98, P₀= 0,09183, K= 0,04164, K_w= -0,00390

6 DISCUSIÓN

El envejecimiento progresivo de la población como consecuencia de una disminución de la mortalidad produce un aumento de la esperanza de vida, lo que determina un incremento de la prevalencia de determinadas patologías más frecuentes en los ancianos, entre ellas un aumento de los procesos asociados al envejecimiento cutáneo. A excepción de algunos problemas casi exclusivos de la infancia, en el paciente anciano se puede dar cualquier patología cutánea. Sin embargo, las alteraciones provocadas por el envejecimiento biológico a diferentes niveles (alteraciones inmunológicas, vasculares, neurológicas, tróficas, entre otras) hacen que algunas enfermedades sean más prevalentes en personas de edad avanzada y que determinadas dermatosis tengan una expresión diferente en los ancianos, pudiendo ser necesario un manejo especial de las mismas. Por tanto creemos que es importante el conocimiento de las enfermedades cutáneas en este grupo población²⁵⁵ a pesar de que son escasos los trabajos que nos hablan de prevalencia de dermatosis.

Pese a que la muestra está tomada entre los pacientes que acuden a una consulta de dermatología, también hemos comprobado que nuestros pacientes presentan patologías concomitantes importantes sobre todo las relacionadas con enfermedades cardiovasculares como es la hipertensión arterial cuya prevalencia aumenta con el envejecimiento¹.

Llama la atención el hecho de que nuestros pacientes presentan un alto porcentaje de patología que hemos incluido dentro del grupo osteomuscular haciendo referencia a la existencia de artralgias principalmente. Esto es importante porque va a producir un declive en la calidad de vida relacionada con la salud de nuestros pacientes y además este tipo de dolencia va asociada a la ingesta de fármacos sobre todo del grupo de analgésicos y antiinflamatorios, los cuales en ocasiones pueden contribuir a agravar determinadas patologías cutáneas como son las dermatosis pruriginosas o bien a reacciones de fototoxicidad y fotosensibilidad^{201,256}.

Hemos encontrado también un porcentaje relevante de patología ansiosa y depresiva en nuestra muestra, lo cual puede contribuir de manera importante a una peor percepción de la calidad de vida de nuestros pacientes.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas, conlleva que estén implicados diferentes profesionales de la salud en este tipo de enfermos que lleva a un alto grado de medicación en estos sujetos y polifarmacia, definida ésta como el uso de 5 ó más medicaciones, lo cual ocurre de manera genérica en un 20-40% de esta población²⁵⁷.

6.1 Patología dermatológica.

En el género humano, los cambios involutivos que tienen lugar durante la madurez y senectud se manifiestan de forma más evidente en la piel y anejos cutáneos que en el resto del organismo, ya que ésta se ve sometida no sólo al envejecimiento natural de las estructuras corporales, sino también a las permanentes agresiones externas y, sobre todo, a la exposición solar. Se puede decir que la piel es el primer órgano en envejecer y es un buen indicador del envejecimiento^{26,258}.

Los problemas dermatológicos son vistos con frecuencia en los ancianos. De un 40 a un 60% de las personas con edad superior a los 65 años presentan procesos cutáneos que precisan atención médica^{10,44,50}. Aunque cada vez se consulta más en esta etapa de la vida por problemas dermatológicos, en muchas ocasiones se consideran, y especialmente en el medio rural, como un signo propio del envejecimiento¹⁰.

Generalmente, la enfermedad en el individuo anciano tiene una evolución más larga y florida de lo que tiene en un individuo joven, debido en parte a la tendencia de los ancianos a no preocuparse por ellos mismos y a aceptar las incapacidades, dado que el envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo declive de las funciones orgánicas y psicológicas así como como una pérdida de las capacidades

sensoriales y cognitivas. Además, como ya hemos mencionado, los ancianos suelen presentar pluripatologías y polimedicación, lo que hace que los problemas cutáneos no sean los de mayor relevancia en la presentación clínica⁶⁹, y un mismo paciente puede presentar más de una afección dermatológica simultáneamente, como hemos comprobado en nuestra recogida de datos, hecho que coincide con datos ya existentes²⁶ y que subraya la alta prevalencia de lesiones cutáneas en el anciano. Un estudio realizado en el año 1978 sobre un total de 20000 Americanos de todas las edades, mostraba que cerca del 40% de las personas con edades comprendidas entre los 65 y 75 años, tenían algún problema dermatológico significativo^{69,259}. Otro estudio realizado en el año 1987, también en población Norteamericana, mostraba que el 66% de los adultos sobre los que se realizó referían tener problemas dermatológicos²⁷. Sin embargo, la incidencia real de dermatosis en el anciano en la actualidad, es poco conocida. Como se ha mencionado, los estudios de mayor relevancia, están realizados en los años 80 y son estudios realizados sobre poblaciones heterogéneas. La mayor parte de los estudios sobre epidemiología van encaminados a patologías concretas como pueden ser las dermatitis eczematosas, los tumores o las úlceras entre otras. Al igual que en el resto de edades, las patologías variarán dependiendo de varios factores, entre ellos raza, sexo, geografía, climatología y exposición solar, si el paciente está institucionalizado o no, trabajo desempeñado, toma de fármacos, etc.

6.1.1 Incidencia de la patología dermatológica en nuestra muestra.

A medida que la población envejece es necesaria una comprensión más completa de las características clínicas e histológicas exclusivas del paciente geriátrico, caracterizándose por tanto, por la frecuencia de ciertas entidades clínicas. Porque aunque no se disponen de datos acerca del efecto de la edad en la susceptibilidad o en la expresividad de las enfermedades cutáneas, sí que sabemos que determinadas patologías son más frecuentes en el anciano y prácticamente ninguna enfermedad está restringida a este

grupo de edad, a excepción quizás del penfigoide⁴³, en otras ocasiones las patologías encontradas pueden resultar del agravamiento de las ya existentes por las características mencionadas de este grupo etáreo. Todas estas patologías incluyen un conjunto diverso de condiciones degenerativas, autoinmunes, neoplásicas no relacionadas etiológicamente²⁶⁰. Los principales problemas descritos de la piel anciana son: prurito, sequedad cutánea, eczema seborreico, penfigoide, herpes zoster, queratosis seborreica, queratosis actínica, carcinoma basocelular, queratoacantoma y léntigo malignos^{56,261}. A la hora de analizar estas enfermedades, debemos tener en cuenta la gran importancia de la fotoexposición y del fotoenvejecimiento porque nos condiciona la prevalencia de algunas de las patologías encontradas en función del mismo. Según algunos de los estudios más relevantes realizados en población Occidental en este rango de población las patologías más encontradas son las dermatosis inflamatorias²⁷ y los tumores cutáneos^{27,262}, sin embargo en estudios procedentes del Norte de Europa (Dinamarca), los tumores cutáneos malignos apenas son relevantes²⁹. Los estudios anteriormente mencionados datan de hace más de 20 años. Los estudios más cercanos a nuestra época, están hechos en su mayoría en países asiáticos^{24,28}, aunque, en la última década, se ha visto una preocupación por este problema, apareciendo investigaciones con series amplias de pacientes²⁶³⁻²⁶⁶. Debemos señalar un estudio realizado en una muestra de ancianos españoles²⁶, en el que las patologías más encontradas fueron las queratosis seborreicas, seguidas de las actínicas, datos que coinciden con otro estudio realizado en nuestro medio²⁶⁷ y con los datos encontrados en nuestro trabajo de investigación. La serie más extensa publicada²⁶⁸ sobre población española encuentran que el 45% de los pacientes se agrupan en 3 diagnósticos principales: carcinoma basocelular, queratosis actínicas y queratosis seborreicas. Además, debemos reseñar el amplio número de pacientes que presentaban tumoraciones cutáneas, pero también el papel destacado del prurito, a pesar de que en la mayoría de los pacientes no era el principal motivo de consulta como se ha mencionado con anterioridad.

Es posible que tal y como menciona Husein-ElAhmed et al.²⁶⁸ En su trabajo, si los datos fueran motivos de atención dermatológica urgente en ancianos, la patología tumoral quedaría relevada a un segundo plano, pasando a un primer plano las dermatitis agudas y sus reagudizaciones²⁶⁹, al menos en nuestro entorno. Los datos encontrados, pueden también mostrar diferencias con otros cercanos²⁷⁰ en cuanto a incidencia de patologías, dado que nosotros nos hemos cernido a un grupo etáreo determinado.

Queremos resaltar el papel que juega el sexo en la patología dermatológica, de manera que las mujeres consultan más que los hombres de manera habitual²⁷¹. Sin embargo, en nuestra muestra el porcentaje fue muy similar.

6.1.1.1 Patología Pruriginosa.

El prurito generalizado es un problema frecuente en esta población, puede ser producido a consecuencia de diversas patologías dermatológicas (prurito primario) o sistémicas (prurito secundario). El componente subjetivo es fundamental en su valoración, el médico depende en gran parte de la palabra del paciente, a la que da validez la presencia o ausencia de signos de rascado y frotamiento. De esta manera, se han desarrollado escalas validadas de intensidad del pìcor como es el *Cuestionario Itch Severity Scale, ISS*^{272,273}. Incluso escalas²⁷⁴ que intentan analizar el prurito de una manera multidimensional teniendo en cuenta que el prurito que presenta puede ser cambiante en el tiempo. El prurito tiene importancia por dos razones: es un síntoma molesto que en ocasiones puede perturbar la vida del paciente y a veces puede ser el síntoma inicial de una enfermedad sistémica no detectada.

El prurito lo padecen el 50% de las personas mayores de 75 años^{30,31}. Es de destacar, que más de la mitad de nuestros pacientes, declaraban tener prurito independientemente del motivo de consulta. Pero en menos de la mitad, el motivo que le llevó a nuestra consulta resultó ser el prurito, siendo este un síntoma mencionado al preguntar específicamente por él. Creemos

que esto es debido a que nuestros pacientes son derivados desde atención primaria de salud, nivel asistencial que suele estudiar y tratar este síntoma tan importante y además porque en muchas ocasiones, el prurito puede no acompañarse de ninguna lesión visible.

Independientemente de la patología que lo esté produciendo, nuestros resultados son similares a los de otros estudios publicados. En un trabajo llevado a cabo por Beauregard y Gilcrest en el año 1987²⁷, el prurito fue el problema más consultado estando presente en el 29% de los pacientes, cifra que ya comparaba éste estudio en su día con otro realizado en Gran Bretaña en el año 1955²⁷⁵ que da cifras de 29,5% de pacientes con prurito generalizado. En otro trabajo publicado en el año 1993, el prurito alcanza niveles de un 30 a un 40% de los casos²⁷⁶. Este porcentaje aumenta hasta el 41% en el estudio realizado en el año 1998 por Thaipisuttikul²⁴. Estudios más recientes encuentran porcentajes de prurito en sus series de un 20%²⁶⁶ o de un 11,5%²⁶⁴. A pesar de las similitudes halladas los porcentajes varían dependiendo en parte de la procedencia de la muestra estudiada²⁶³, tanto en entorno geográfico, climatológico, etnia como si el paciente está institucionalizado. Creemos que también las variaciones vistas en las consultas de dermatología, puede deberse a si el paciente de procedencia está institucionalizado o no y si previamente había sido tratado por su médico de familia.

Muchas patologías tanto dermatológicas, como sistémicas, así como la toma de fármacos, pueden estar asociadas a la existencia del prurito.

Discutimos a continuación las diferentes patologías pruriginosas que hemos encontrado en nuestra muestra:

6.1.1.1.1 Dermatitis Eczematosas.

Según los autores que consultemos, los eczemas pueden agrupar diferentes patologías. Nosotros hemos decidido reflejar la clasificación

realizada por Fitzpatrick⁴³, hemos incluido : dermatitis de contacto, eczema asteatósico, eczema gravicional, eczema numular, dermatitis atópica, liquen simple crónico.

Una de las principales características que suelen tener es la presencia de prurito como hemos podido comprobar en nuestra serie de pacientes afectos. Sin embargo, la comparación de resultados puede resultar complejo, puesto que cómo refiere Soussi y sus colaboradores²⁶³, al analizar resultados, hay que tener en cuenta factores no puramente dermatológicos y sí en relación con el entorno entre otros.

Las erupciones eczematiformes, constituyen en general un motivo de consulta frecuente^{27,51} pero son pocos los estudios que hablan de la prevalencia de dermatitis eczematosas en el anciano. Las cifras pueden ser dispares, según la procedencia geográfica de la población analizada^{24,28,263-266,277}. Así, según un trabajo realizado por Thaipisultikul²⁴ sobre 149 ancianos el eczema resultó ser el 22,8%. En el estudio llevado a cabo en el año 1990 por Yap²⁷⁷, la dermatosis más frecuente resultó ser el eczema (35,3%), en otros trabajos se dan cifras del 38%²⁷⁸, incluso hay autores que manejan cifras hasta del 58,7%²⁸. Estudios más cercanos en el tiempo aportan datos entre un 21,4%²⁶⁵, 20,4%²⁶⁴, 14,4%²⁶⁶ ó 11,9%²⁶³. En el estudio realizado en el año 1999 en población australiana, el 31,6% del total fueron dermatitis, que incluían patologías como atopia, asteatosis, dermatitis de contacto o eczema gravicionales. En dicho trabajo, se puede ver reflejado como, el eczema esteatósico y la dermatitis gravicional, aumentan considerablemente con la edad, mientras que la dermatitis atópica disminuye de una manera notable.

Si tenemos en cuenta los pacientes que consultan por dermatosis pruriginosas, nuestros resultados son similares a los mencionados, resultando el eczema numular la dermatitis eczematosa mayoritaria entre los nuestros.

El eczema numular puede confundirse con otros tipos de patología (tiñas, psoriasis, dermatitis de contacto entre otros) con los que es necesario hacer un diagnóstico diferencial²⁷⁹. Se caracteriza por ser pruriginoso (en

nuestra serie la mayor parte de los eczemas numulares fueron pruriginosos), y las localizaciones más frecuentes suelen ser las extremidades inferiores, superiores, dorso de las manos y en el tronco. Nosotros hemos visto que la mayor parte de las lesiones se daban en las extremidades superiores e inferiores en igual porcentaje. Hay diversos factores que pueden agravar el eczema numular y desempeña un papel destacado en su desarrollo la xerosis. En un tercio de nuestros pacientes con eczema numular también se evidenció xerosis, contribuyendo por tanto al aumento del prurito que poseía este grupo. Creemos, que la alta incidencia de esta patología en nuestra serie, es debido a cómo señala Perrot²⁶⁵ en su trabajo sobre población anciana francesa, es probable que los médicos de atención primaria deriven al siguiente nivel de especialidad (en este caso al dermatólogo) ante la existencia de un nivel de complejidad diagnóstica o ante resistencia a la terapéutica empleada.

De entre nuestros resultados, la dermatitis atópica, fue la de menor presentación. La dermatitis atópica disminuye con la edad y por encima de 50 años, es excepcional. Para su diagnóstico, se deben descartar previamente otras posibles causas^{280,281} dado que en este grupo etáreo presenta características particulares²⁸². Sin embargo, sí puede aparecer por primera vez en los adultos o bien ser una nueva reaparición después de años. La localización más frecuente de dermatitis atópica en los adultos son las manos, la cabeza y el cuello y las superficies flexoras, pero puede aparecer en cualquier localización, pudiendo contribuir a ello la existencia de una piel seca y pruriginosa²⁷⁹. Hemos tenido escaso número de pacientes con dermatitis atópica y con presentación mayoritaria de las lesiones en tronco, en parte creemos que es por la menor frecuencia de presentación a estas edades y quizás, porque muchas de ellas sean seguidas y tratadas directamente por sus médicos de atención primaria.

En el estudio llevado a cabo por Beauregard y Gilchrest en el año 1987²⁷ las dermatitis de contacto suponen el 11,8% del total, Rubegni²⁶⁶ encuentra el grupo de pacientes con dermatitis de contacto el más numeroso

(20,5%) entre los pacientes con una dermatosis, elevándose esta cifra al 49,9% en la serie de Yalçın²⁶⁴, en cambio en el estudio realizado en Taiwán por Liao et al, supone sólo un 0,3%²⁸. Nosotros sólo hemos visto 3 pacientes con dermatitis de contacto. Como ya se mencionó existen dos tipos de dermatitis de contacto: alérgico e irritativo. En los pacientes ancianos, son habituales las sensibilizaciones a tratamientos tópicos para las úlceras, prótesis dentales, colirios y prendas de vestir. A pesar de que con la edad hay una pérdida de la inmunidad mediada por células, también con los años se adquieren respuestas alérgicas a muchas sustancias, por lo que esta patología puede ser frecuente en los ancianos^{283,284}, pese a que la incidencia del mismo suele ser motivo de controversia. Weisman et al²⁹ encuentran un 3,8% y Gupta et al un 3,1% y posteriormente un 2,8%²⁸⁵. Nosotros tenemos un escaso número de pacientes, pero hay que tener en cuenta que son los que nos derivan desde atención primaria lo cual hace posible el suponer que este tipo de dermatitis por lo aparatosas e invalidantes que pueden llegar a resultar, son vistas con más frecuencia en dichas consultas. Esto lo apoya el hecho de que el tiempo medio de evolución de las dermatitis de contacto que vimos fue de 12 meses. Además la exposición a sustancias irritantes también puede causar dermatitis de contacto. La piel seca, es más fácilmente irritable. De todos los pacientes que presentaban ésta patología ninguno hidrataba la piel.

Pese a que en los trabajos anteriormente mencionados, el eczema gravicional tiene una prevalencia considerable, en nuestra serie constituye un bajo porcentaje. El eczema gravicional en general afecta con mayor frecuencia a mujeres, como hemos podido también evidenciar. Acompaña a la insuficiencia venosa crónica en las extremidades inferiores (esta circunstancia se vió en todos nuestros pacientes afectados) y es muy común en el anciano³¹. Puede llevar a un aumento de la susceptibilidad a ulcerarse la piel o bien a la celulitis¹⁸. La presencia de un eczema en un paciente con trastornos venosos nos debe plantear la posible existencia de una infección secundaria y la posibilidad de una sensibilización a productos tópicos²⁸⁰.

El Eczema asteatósico tampoco ha supuesto un número importante de casos. Todos nuestros pacientes eran varones y todos los casos se localizaron en las piernas. Es más frecuente en el invierno y en aquellos pacientes que hidratan su piel y tiene asociada xerosis, siendo su localización principal la cara anterolateral de las extremidades inferiores²⁷⁹.

El liquen crónico simple se ha dado de manera más frecuente en los varones y de localización diversa. En el estudio llevado a cabo por Thaipisuttikul²⁴ esta patología supuso el 12,1% de las patologías. El roce repetitivo, así como el rascar continuo pueden desarrollar el liquen simple crónico. Factores predisponentes pueden el estrés, la piel seca y la dermatitis atópica entre otros⁸¹. El 100% de nuestros pacientes que presentaban este problema no hidrataban la piel.

6.1.1.1.2 Dermatitis Seborreica.

La dermatitis seborreica se describe como una enfermedad crónica, inflamatoria que afecta al cuero cabelludo y a otras localizaciones ricas en glándulas sebáceas. La prevalencia de la dermatitis seborreica en la población general varía entre el 1-5%^{55,57}. Aunque la prevalencia real en los ancianos es desconocida, algunos trabajos hablan de porcentajes altos en esta edad como se puede ver en la serie de Weismann et al que tienen un 7% de dermatosis seborreicas²⁹, el estudio llevado a cabo por Beauregard y Gilcrest²⁷ encuentra un 8% de dermatitis seborreicas en su población objeto de estudio, Thaipisuttikul²⁴ un 8%, Plunkett et al un 9,7% en población anciana Australiana²⁸⁶, Liao et al un 8% y en trabajos más reciente llevado a cabo por Mastrolonardo et al encuentran un 23,1%²⁸⁷ o un 15,1% en la serie de Yalçin²⁶⁴.

Nosotros hemos encontrado porcentajes similares. La asociación del incremento de dermatitis seborreica con la edad, es mayor entre los hombres⁴³, sin embargo hemos visto un reparto similar de dermatitis seborreica en hombres y mujeres. Las localizaciones más frecuentes suelen

ser la cara, pelo y parte superior del tórax, en nuestro estudio, las localizaciones más frecuentes se corresponden a las descritas en los libros.

6.1.1.1.3 Infestaciones.

La escabiosis en los ancianos puede presentarse con diferentes cuadros clínicos. La escabiosis es altamente pruriginosa y contagiosa. Durante los últimos 20 años el número de pacientes infectados por escabiosis se ha incrementado, sobre todo por el aumento de ancianos que viven institucionalizados, lo cual facilita la parasitación. Los factores predisponentes en estos casos incluyen: el tiempo de institucionalización (más de 30 años), el número de camas de la misma (riesgo: más de 120) y el número de pacientes que atiende cada cuidador (riesgo cuando hay más de 10 camas por cuidador)²⁸⁸. Entre nuestros casos de escabiosis, ninguno era anciano institucionalizado.

El contacto cutáneo casual puede dispersar fácilmente los ácaros entre los familiares y compañeros de residencia. Cuando se hace la historia clínica del paciente, a pesar de la edad, es conveniente preguntar por posibilidades de relaciones sexuales de riesgo. El diagnóstico se basa en la historia clínica, la distribución de las lesiones, la existencia de más miembros de la familia o convivientes y la demostración del parásito^{289,290}. La espalda es un área frecuentemente afectada en los ancianos y no así en los jóvenes. Ante un cuadro de prurito o eczematización crónica hay que descartar una escabiosis⁵¹. Por tanto, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con determinadas patologías como la psoriasis, eczema, dermatitis de contacto, reacciones a fármacos o la dermatitis descamativa entre otras y mantener un alto índice de sospecha, porque puede ocurrir como en nuestra serie en la que el tiempo medio desde que apareció el prurito hasta la consulta fue alto, lo cual retrasa el tratamiento y puede dar a un aumento de la tasa de contagiosidad.

6.1.1.2 Neoplasias.

Son el prototipo de enfermedad cutánea propia del envejecimiento, tanto sean benignas como malignas dado que son fruto del fracaso inmunológico y la acumulación de los efectos de los agentes externos. Debido al incremento de edad de la población, estamos asistiendo también a un aumento de tumores cutáneos. Por tanto, son las patologías cutáneas más frecuentes encontradas en nuestra población.

Por otra parte, el cáncer cutáneo y las lesiones premalignas ven aumentada su frecuencia año tras año, en parte debido al envejecimiento de la población, a las tendencias estéticas que pusieron de moda un bronceado excesivo como ejemplo de buen gusto y a los cambios en las radiaciones solares²⁷⁰.

La mayoría de los estudios acerca del cáncer cutáneo, están realizados en países en los cuales la población objeto de estudio, no es la tipo mediterránea, con costumbres y fenotipos en muchas ocasiones no extrapolables.

6.1.1.2.1 Neoplasias Benignas.

La tumoración benigna más frecuente en esta franja poblacional son las queratosis seborreicas²⁹¹. García Morán²⁶ encontró que el 23,7% de la población que estudió presentaban queratosis seborreicas, lo cual coincide con lo señalado en otros estudios. En la mayoría de las series o estudios llevados a cabo en población anciana, los tumores cutáneos constituyen una de las patologías más prevalentes, así en el estudio llevado a cabo en el año 1987, se encuentran con un 61,2%²⁷ o Liao et al²⁸ encuentran que un 62,5% de las patologías que estudiaron resultaron ser queratosis seborreicas, Rubegni²⁶⁶ también da cifras altas (60,5%) de esta patología.

El aumento de la supervivencia y la mayor importancia que da la población en general a la estética, produce incremento de las personas

ancianas que acuden a las consultas con éste tipo de lesiones. Pero a la hora del tratamiento, debe prevalecer el criterio del clínico que visualiza la lesión; también se tiene en cuenta la existencia de un rápido crecimiento de la misma o bien la aparición rápida y simultánea de varias queratosis seborreicas que previamente no existían (en cuyo caso hay que descartar una alteración interna).

La mayoría de nuestros pacientes presentaban desde hace tiempo este tipo de lesiones, lo cual, nos induce a pensar, que el motivo de consulta es más por motivos estéticos que preocupación por la posible malignidad. Esto lo apoya el hecho de que la mayoría de nuestros pacientes presentaban las lesiones en la cara. Tampoco hemos encontrado lesiones malignas asociadas en estos pacientes.

No hemos encontrado relación entre la existencia de queratosis seborreicas y exposición solar.

Creemos, que debido a la mayor longevidad de la población y a la importancia que se le da al aspecto físico en la actualidad, éste tipo de patologías serán cada vez más frecuentes en las consultas.

El resto de las tumoraciones benignas que hemos encontrado, suponían un porcentaje pequeño, pero destacamos entre ellas que la lesión más consultada eran los cuernos cutáneos, casi todos en la cara y con un porcentaje similar hombres mujeres. Pese a que se relaciona con las zonas de exposición solar, más de la mitad de nuestros encuestados, declaraba no exposición a los rayos solares ni de manera aguda ni crónica.

6.1.1.2.2 Lesiones premalignas.

a) Queratosis actínicas.

Son comunes en la población anciana, pero también se pueden ver en grupos etáreos más jóvenes por un exceso de exposición solar²⁶⁰.

La epidemiología de la queratosis actínica está poco estudiada, las cifras varían mucho dependiendo de dónde tenga lugar el estudio y la población estudiada, la mayoría de los datos de que se disponen son de Australia y Estados Unidos. La incidencia es máxima en Australia²⁹²: en Queensland, el 44% de los hombres y el 35% de las mujeres entre 20 y 69 años, tiene al menos una queratosis actínica. En Japón, en cambio la prevalencia es mucho menor, y en función de la latitud varía entre un 0,2 - 1%²⁹³. En los países del hemisferio norte la queratosis actínica afecta entre el 10 y el 25% de la población. Algunos autores sitúan la incidencia de las queratosis solares a las edades que estamos estudiando entre un 20-25%^{26,267}.

Tienen una gran importancia las queratosis actínicas como lesiones premalignas y en clara relación casual con los rayos UVB, que predisponen al carcinoma de células escamosas, de hecho, las queratosis actínicas son globalmente la tercera razón dermatológica para consultar a un dermatólogo⁹³. La trascendencia de estas lesiones es su progresión hacia el carcinoma de células escamosas, aunque este hecho no está bien establecido y varía de forma radical de unas series a otras, de modo que algunos consideran que esta tendencia es mínima (0,1%)^{77,294} y otros lo elevan hasta el 10%. Es posible que esta desproporción pueda explicarse por las diferencias de las poblaciones estudiadas (edad, fototipo, profesión, tiempo de evolución, etc.)^{295,296}. Dejadas a su evolución, pueden transformarse en un carcinoma de células escamosas: 1 de cada 5 pacientes con queratosis actínicas múltiples desarrollan dicho tipo de tumores¹⁸.

Las queratosis solares son una presentación común del fotoenvejecimiento, inducido por exposición repetida a las radiaciones ultravioleta más que al envejecimiento intrínseco²⁶⁰. Aparte de la exposición solar por motivos laborales o lugar de nacimiento, estamos asistiendo a un aumento de las horas que pasamos sometidos a las radiaciones de manera voluntaria sometidos a cánones estéticos. La severidad de las lesiones dependerá en parte de la duración y de la intensidad de la exposición solar²⁶⁰

,por lo tanto, existen diferencias geográficas importantes, siendo más comunes en determinadas latitudes: las personas que viven en latitudes cercanas al ecuador tiene una mayor exposición solar y por lo tanto una mayor predisposición a las queratosis actínicas^{93,95}.

Además de la variabilidad individual dependiente del fenotipo de la persona, otros factores influyen en el desarrollo de las mismas como son la edad: todos los estudios epidemiológicos indican que las queratosis actínicas se incrementan conforme se envejece⁹³, de hecho en los trabajos publicados se puede ver como la prevalencia aumenta con: la edad (en una publicación realizada en población portuguesa la prevalencia en 1000 personas estudiadas era de un 9,6%, aumentando dicho porcentaje a un 30,6% en mayores de 60 años²⁹⁷), la exposición solar, el sexo (las queratosis solares son más prevalentes entre los hombres, sobre todos en aquellos que en su infancia-juventud trabajaron expuestos al sol), y los antecedentes de quemaduras solares importantes⁹⁵. Es más frecuente en aquellas personas que han pasado gran parte de su tiempo al aire libre o han nacido en sitios en los cuales la exposición solar es más alta en lo que respecta a tiempo y duración⁹⁵. Nosotros hemos encontrado en nuestros pacientes con queratosis actínicas, un número importante de pacientes que habían desempeñado trabajos que dependían de las inclemencias del tiempo, siendo la exposición crónica el tipo más frecuente de exposición solar en nuestra serie.

No siempre resulta fácil establecer si una lesión es un precáncer o un carcinoma *in situ*, lo que crea grandes controversias. Actualmente, una gran mayoría de autores consideran la queratosis actínica, no un precancer, sino un tipo de carcinoma espinocelular, para ello se basan en la presencia de cambios semejantes en la estructura citológica de ambas lesiones²⁹⁶. De esta manera, Guenther et al²⁹⁸ demostraron que en el 90-100% de los bordes de los carcinomas espinocelulares que seriaron, existían queratosis actínicas. Se podría decir que los carcinomas espinocelulares, suponen un espectro evolutivo que va desde las formas *in situ* a las formas invasores y terminan en la producción de metástasis²⁹⁶.

La distribución que hemos obtenido por sexos de queratosis actínica es similar en ambos sexos. La distribución anatómica de las lesiones corresponden con áreas que tiene una exposición solar más intensa y durante más tiempo^{93,299}. Hemos comprobado en nuestra serie que más de la mitad presentaban las lesiones en la cara y la cabeza. Anotamos, que pese a la relación mencionada de las queratosis actínicas con la exposición solar, un tercio de nuestros pacientes declaraban no tener ningún tipo de exposición solar.

b) Enfermedad de Bowen.

Como ya hemos mencionado la enfermedad de Bowen es una forma de carcinoma espinocelular in situ. El 80% ocurre en mayores de 60 años^{80,91,106}. Kosar et al¹¹² en un estudio que realizaron sobre 10001 casos observaron que la mayoría aparecían a partir de los 60 años con un pico de incidencia entre los 70 y 79 años. La incidencia es similar en ambos sexos pero con un ligero predominio femenino^{106,113}. A pesar de que no hemos visto un número importante de casos de Enfermedad de Bowen la mayoría eran mujeres. La distribución de las lesiones predominan en las zonas expuestas al sol: cabeza, cuello y manos, aunque hay un número importante de pacientes que presentan lesiones en el tronco y las extremidades. También se pueden ver las lesiones en las palmas, las zonas subungueales y la región perianal. Nosotros hemos visto encontrado de la mitad de las lesiones en las piernas, en zonas de no exposición solar según referían los pacientes.

La posibilidad de que la enfermedad de Bowen pueda ser un marcador cutáneo de neoplasia interna maligna ha sido ampliamente debatida, de hecho, el porcentaje de dicha asociación oscila entre el 4 y el 80%¹¹³, aunque los estudios más recientes no encuentran dicha asociación^{300,301}. Por otra parte, se ha estimado que entre el 30-50% de los individuos con EB que tuvieron con anterioridad o posteriormente otra tumoración cutánea, sobre todo carcinomas basocelulares.

No hay tendencia a la regresión espontánea y en la mayor parte de los casos permanece muchos años como carcinoma in situ⁸⁰. El riesgo de desarrollo de un carcinoma invasivo en una lesión de Bowen ha sido estimado entre el 3 y el 5% en las lesiones no tratadas. De estos un tercio puede metastatizar y en caso de invasión se observa una diferenciación sebácea o ecrina. En el caso de la eritroplasia de Queyrat o de lesiones localizadas en la región genital femenina, el riesgo es mayor, en torno a un 10-30%^{106,302}.

La enfermedad de Bowen es una patología en la que debemos pensar en el anciano, sobre todo por el relativo buen pronóstico con el tratamiento.

6.1.1.2.3 Neoplasias Malignas.

Los tumores malignos cutáneos (excluyendo el grupo de melanoma y precursores) especialmente los carcinomas de células basales y los de células escamosas, son en conjunto, el grupo más numeroso de neoplasias entre la población caucasiana y en la edad geriátrica^{125,131,303,126}.

La incidencia de los mismos ha sido ampliamente estudiada en algunos países tales como Australia y Estados Unidos³⁰⁴. La incidencia ha aumentado de forma global y estable en los últimos 30 años³⁰⁵. En los Estados Unidos se diagnostican cada año entre 0,9 a 1,2 millones de casos, lo cual supone un tercio de todos los cánceres diagnosticados anualmente. En Australia, la incidencia continua en aumento y en la actualidad afecta entre 1 a un 2% de la población anualmente^{122,306}.

Los datos registrados en Europa, señalan una incidencia menor. Según los datos disponibles, la incidencia más alta en Europa se sitúa en Ginebra (Suiza) y las tasas más elevadas en España se corresponden al registro de cáncer en Mallorca (donde ocupa el quinto lugar a escala mundial) y las más bajas en el registro de Zaragoza¹²⁸.

La incidencia está en clara relación con la exposición a la luz ultravioleta y también influyen factores tales como el estilo de vida o factores

ambientales¹⁴⁵. Por tanto, éstos cánceres cutáneos no tienen una expresión diferente que en otros rangos de edad, pero sí una incidencia mayor debido a la exposición crónica a carcinógenos. Varios estudios llevados a cabo en Estados Unidos y en Europa sugieren que los patrones de exposición solar que predisponen a los dos tipos más comunes de tumores malignos no melanomas son diferentes^{132,133,135,136}.

En nuestro medio, debido a las características climáticas y los hábitos de exposición solar extendidos entre la población general, las horas de exposición solar son altas, lo cuál contribuye a una elevada incidencia de este tipo de tumores¹³¹.

Excluyendo los melanomas, aproximadamente el 80% de los cánceres cutáneos, se corresponden a carcinoma de células basales y el 16% a carcinoma de células escamosas. Como ya se hemos comentado, las queratosis actínicas son un tipo de lesiones precancerosas que pueden convertirse en un carcinoma de células escamosas^{122,306}.

En un estudio llevado a cabo en Granada, el cáncer de piel no melanoma, representó el 20% de todos los tipos de cáncer. El carcinoma basocelular fue el más frecuente, y vieron por tasas de edad, que existe una línea ascendente a partir de los 45 años en los varones y de los 60 años en las mujeres^{128,307}, este tipo de cáncer es también el más encontrado en el estudio realizado por Pérez-Suárez y Guerra-Tapia²⁷⁰. En un trabajo reciente en la población de Soria, se confirma que la incidencia de ambos tipos de neoplasias es más frecuente en las personas mayores y que la incidencia de ambos tumores aumenta con la edad. Ambos tumores aparecen más frecuentemente en zonas fotoexpuestas³⁰³.

Sabemos que el registro de este tipo de tumores no es fácil, en primer lugar porque muchos registros no incluyen el cáncer cutáneo no melanoma, en segundo lugar porque, como hemos mencionado y comprobado en nuestra muestra, es una patología que aparece en personas de edad avanzada, no suelen producir sintomatología y en muchas ocasiones se quedan sin

diagnosticar, bien porque el enfermo nunca consulta, bien porque por el aspecto, tamaño o situación de la lesión puede pasar desapercibido.

Nosotros también hemos encontrado como grupo patológico más numeroso las lesiones premalignas y neoplasias malignas. Dentro de éste último grupo el carcinoma basocelular ha sido el más frecuente, seguido del espinocelular.

a) Carcinoma Basocelular.

Es el tumor de piel más común, pero con menos efectos malignos²⁹¹. La incidencia anual estimada por Pérez-Suarez y Guerra-Tapia a raíz del estudio que realizaron²⁷⁰, es de 42,6 casos/100.000 habitantes.

Nosotros hemos encontrado que el tumor maligno más frecuente que tienen nuestros pacientes es el carcinoma basocelular. Los hallazgos de nuestro trabajo, son los esperables si tenemos en cuenta los factores favorecedores de este tipo de tumores. El porcentaje en hombres y mujeres es muy similar y las localizaciones más frecuentes coinciden con las descritas. Cabe destacar que la mayoría de nuestros pacientes declaraban tener una exposición solar crónica, y haber desempeñado trabajos al aire libre. Pero también se ha visto un alto porcentaje de pacientes que declaraban no tener exposición solar crónica y que presentaban estos tumores, aunque la mayoría de ellos habían nacido en zonas rurales, por lo tanto expuestos al sol en la infancia. Nuestros resultados son similares a los publicados en la provincia de Soria³⁰³ y en la provincia de Alicante³⁰⁸, en ambos casos, estudian cáncer cutáneo encontrando como más frecuencia el carcinoma de células basales, lo mismo ocurre con los trabajos basados en la población granadina²⁶⁸ o murciana²⁷⁰.

Sin embargo, otros estudios publicados en razas asiáticas discrepan de nuestros resultados, encontrando con porcentaje más alto de carcinoma de células escamosas entre la población que estudian, lo cual confirma la

importancia de los factores étnicos en la contribución al desarrollo de dicho tipo de tumor³⁰⁹.

b) Carcinoma espinocelular.

Como ya se ha mencionado, la frecuencia del carcinoma espinocelular es más baja que la del carcinoma basocelular^{122,306}. Sin embargo, para aquellos autores que consideran la queratosis actínica como una lesión precursora del carcinoma espinocelular sería, incluso más frecuente que el basocelular^{139,310}.

A pesar de que tradicionalmente, el carcinoma espinocelular, se da con prioridad en el sexo masculino, por lo ya comentado, nosotros hemos encontrado un porcentaje idéntico de mujeres y hombres con carcinoma espinocelular creemos que esto es debido, porque la mayoría de nuestras mujeres nacieron y se criaron en el ámbito rural, de hecho, una tercera parte de todos estos pacientes (tanto hombres como mujeres) han reconocido tener una exposición solar crónica, cifra más alta que para los carcinomas basocelulares. Sí que hemos visto un alto porcentaje de trabajadores al aire libre (sobre todo trabajadores del campo). Destacamos, que las localizaciones de los espinocelulares han sido en la cara (principalmente la región malar) y curiosamente no hemos encontrado ninguna localización en manos o brazos y sí en las piernas.

En la actualidad, se está dando una mayor importancia a la fotoprotección, por conocer mejor los efectos deletéreos de las radiaciones solares. La eficacia de los fotoprotectores en la prevención de la quemadura solar está claramente constatada, pero esto no implica que protejan en igual medida frente a efectos a largo plazo como el fotoenvejecimiento y la fotocarcinogénesis.

El uso de una adecuada fotoprotección y la reducción de la excesiva exposición solar son medidas que reducen el desarrollo de nuevas queratosis actínicas y favorecen la remisión de las existentes, sobre todo en personas de

piel clara y en las que inicialmente ya había presencia de queratosis actínicas. Teniendo en cuenta que la queratosis actínica es una de las lesiones precursoras de carcinoma espinocelular, la reducción de queratosis actínicas implicaría que el uso de fotoprotección podría reducir también la incidencia del cáncer cutáneo.

En nuestra población el uso de protectores solares es aún más escasa que en los trabajos publicados quizás en parte debida a la franja de edad que abarca, esta preocupación por los efectos deletéreos del sol, es mayor entre los jóvenes, a pesar de la existencia de unos hábitos sociales y de la cultura del “bronceado”.

Pese a que la influencia que el sol ha ejercido a lo largo de la vida sobre la piel de nuestro grupo, tal y como se refleja en los resultados de las patologías descritas, debemos tener en cuenta el elevado porcentaje que ancianos que realizan ejercicio a diario, con la finalidad, de que ejerciendo una buena educación sanitaria, éstos podrían beneficiarse de los efectos de una adecuada fotoprotección, evitando, en la manera de lo posible, el desarrollo de estas patologías.

6.1.1.3 Melanoma

Como ya se pudo ver en los resultados hemos tenido el caso de un paciente con un melanoma. Lo mencionamos, dado la importancia que tiene el poder diagnosticarlo de manera precoz debido a la alta mortalidad que conlleva a diferencia de los otros tipos de cáncer no melanoma.

Como factores predictivos negativos de melanoma, se ha especulado el sexo masculino, la edad avanzada, el vivir sólo en el medio rural, la condición de ser fumador, un bajo nivel educacional¹⁶⁰. Podemos decir que en nuestro caso de melanoma se daban todas estas condiciones.

La aparición del melanoma está relacionada con una exposición solar intensa e intermitente, en especial durante la infancia. Aunque tan sólo

representa alrededor del 3% de todas las neoplasias malignas de la piel, es responsable del 65% de las muertes debidas a cáncer cutáneo.

Nuestro paciente que presentaba la lesión en el cuello y tenía una exposición continua al sol, si bien es cierto, que debido a su trabajo (agricultor) podía haber estado sometido a quemaduras solares en muchos momentos de su labor profesional.

La protección solar adecuada, es fundamental para no evitar el desarrollo de éste tipo de cánceres. Consideramos que es necesario seguir insistiendo en campañas de prevención y detección precoz, especialmente dirigidas a la población mayor.

6.1.1.4 Alteraciones de los pies y de las uñas.

Las enfermedades de los pies es uno de los problemas crecientes en geriatría. La reiteración de agresiones externas (roce, fricción, presión, cambios de temperatura) afectan a la anatomía del pie del paciente anciano exagerando y distorsionando los procesos normales del envejecimiento.

A pesar de ser un importante problema por las repercusiones futuras que pudiera tener, nuestro grupo de ancianos con patología en los pies no ha resultado muy numeroso.). Esto concuerda, con la frecuencia de ejercicio físico: la mayoría de nuestros pacientes declaran caminar de manera regular, por lo tanto, si existieran alteraciones anatómicas importantes no podrían deambular de manera correcta. En nuestra serie con patologías podológicas y ungueales, en su mayoría eran mujeres, esto supone más años de desgaste y un mayor trauma, en parte por el uso de tacones³¹¹

Creemos que las alteraciones podológicas, son orientadas desde la atención primaria hacia otro tipo de consultas o soluciones (desde el propio médico de familia fomentando el autocuidado y el ejercicio físico, al podólogo o traumatólogo cuando la patología supone una afección importante. Consideramos que la patología que hemos podido ver en los pies de nuestros

pacientes emerge de situaciones dolorosas que lleva al paciente a consultar, pero que en parte, estas alteraciones son infravaloradas por las personas que lo experimentan³¹², y muchas veces, el clínico no valora el dolor asociado de estos pacientes, el dolor unido a las alteraciones, les puede llevar a una dificultad para la marcha y secundariamente a un aumento de caídas con lo que conllevan las mismas y a un aumento del consumo de fármacos. Por otra parte, es posible, que a pesar de la alta prevalencia existente, este tipo de patología es infravalorada por las personas que las experimentan.

La onicomicosis es una infección que puede tener una importante morbilidad. El estado de las uñas es importante en nuestra sociedad y las uñas distróficas pueden llegar a ser, en ocasiones, un impedimento social. Además, la patología de las uñas, puede producir dolor o dificultad para caminar ocasionalmente. La prevalencia de la onicomicosis, se incrementa con la edad¹⁷⁴. La falta de la capacidad de autocuidado, dificulta la higiene y favorece los pies húmedos con la aparición de micosis en los mismos.

Estos datos coinciden con los hallados en nuestra serie. Creemos que no hemos encontrado más patología de este tipo, porque no era el motivo de consulta de nuestros pacientes, en parte, por la poca importancia que muchas veces confieren los ancianos al poder verlo como un mero hecho estético y por otra parte, por el tratamiento que pueden recibir, como ya hemos mencionado, por parte de otros especialistas o desde las consultas de primaria.

Algunos estudios sobre onicomicosis y tinea pedis muestran que aproximadamente el 25% de la población geriátrica presenta este tipo de infección y se constata un claro efecto negativo de la edad sobre las prevalencias de estas infecciones^{60,173,174,313}.

Los estudios existentes ofrecen datos globales, focalizados principalmente en pacientes geriátricos con factores de riesgo asociados, sobre todo diabéticos y en la mayoría de los casos en un contexto clínico determinado.

Nosotros, no hemos analizado los pies de cada paciente que acudía a la consulta, dado que no era el objetivo de este estudio. Es probable, que si hubiéramos realizado un análisis más exhaustivo de esto, hubiéramos encontrado un porcentaje muy alto de este tipo de patología a la vista de los resultados que hemos obtenido y de los resultados existentes en la literatura^{173-175,313}. Así mismo, pensamos que el porcentaje encontrado de este tipo de patología, sería más alto si entre nuestra muestra hubiera habido ancianos institucionalizados.

6.1.1.5 Psoriasis.

No hemos encontrado un porcentaje elevado de pacientes que acudieran a la consulta por psoriasis, lo cual creemos que atiende más a la edad de nuestros pacientes que a otro tipo de razones.

La incidencia de psoriasis en mujeres adultas y en varones adultos es similar¹⁷¹ la única diferencia que se encuentran entre varones y mujeres es el inicio más precoz de estas últimas¹⁷². Nosotros hemos encontrado un mayor porcentaje de psoriasis entre los varones, quizás achacable al comienzo más precoz mencionado entre las mujeres. Es posible que si se hubieran analizado las patologías en las consultas sucesivas, se hubieran visto más casos. La mayor parte de dicha patología se vieron en los grupos más tempranos tal y como está descrito en la literatura y la forma de psoriasis más frecuente que hemos visto es la denominada en palcas o vulgar que es la más típica.

Nosotros la mayor parte de las localizaciones las hemos visto en las extremidades superiores y en la cabeza esta última localización es más frecuente en niños y adultos jóvenes, aunque también hemos encontrado dos casos de psoriasis generalizado, lo cual es importante si tenemos en cuenta el pequeño grupo de estos pacientes, pero no eran forma pustulosas, sino placas de psoriasis vulgar con extensión por toda la superficie corporal. Destacamos esto dado que el psoriasis generalizado es menos prevalente en

el psoriasis de comienzo tardío. Tampoco hemos encontrado casos de artropatía psoriásica, ni formas clínicas graves.

Nuestros pacientes, presentaban prurito, y en ninguno hemos visto factores desencadenantes como pueden traumatismos o infecciones. Si bien es cierto que casi todos tomaban diferentes fármacos que quedaron registrados con la finalidad de indagar en consultas sucesivas si pudieran haber contribuido al desarrollo de la enfermedad.

6.1.1.6 Infecciones.

Las infecciones bacterianas de la piel se puede observar a cualquier edad, pero en los adultos hay un aumento exponencial con relación a la edad, como hemos podido comprobar en nuestro pequeño grupo de pacientes que padecían alguna patología infecciosa.

A pesar de ser una patología común por los factores predisponentes en la población anciana, la serie encontrada no es muy amplia y eso creemos que es en parte, como ya se ha comentado para otras patologías, porque el médico de atención primaria es quién deriva al paciente, por tanto, es posible que éste sea el que trate las infecciones cutáneas, siendo las infecciones que vemos las que son rebeldes al tratamiento o presentar alguna dificultad diagnóstica.

En un estudio realizado en circunstancias diferentes a las nuestras: sobre pacientes que acudían a un servicio de Urgencias externa dermatológica en nuestro País, se puede ver como la patología infecciosa es la tercera causa de consulta urgente, quizás por las molestias que pueden producir²⁶⁹.

Como se ha visto en los resultados, la patología infecciosa que se ha visto con más frecuencia ha sido las infecciones fúngicas dado que se ven favorecidas por circunstancias sociales, limitación de la actividad cotidiana, cambios en los hábitos higiénicos, mayor patología asociada como puede ser

la diabetes) y la polimedicación. Una de las patologías infecciosas más importantes de la población geriátrica es la infección vírica por Herpes Zoster, sin embargo, debido al prurito, quemazón y dolor que producen, son sospechadas y tratadas por el médico de Atención Primaria, de hecho, nosotros sólo hemos visto la principal complicación: neuralgia postherpética y además en un número muy limitado de casos.

En los trabajos publicados sobre patología dermatológica geriátrica en países asiáticos, la patología infecciosa ocupa un lugar importante, quizás en parte debido a las condiciones higiénicas y climáticas entre otros^{28,263}.

6.2 Calidad de Vida relacionada con la Salud.

La mejoría de la CVRS del paciente en sus aspectos físico, social y mental, es el objetivo último en todas las intervenciones en materia de salud.

A pesar de un mejor conocimiento de la salud y de la medicina, hay muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida

Nosotros hemos partido de una población supuestamente enferma, dado que todos habían acudido a la consulta por algún problema en su piel, por lo tanto puede existir un sesgo a la hora de valorar la calidad de vida de nuestra población.

6.2.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en nuestra muestra.

Como hemos podido ver en los resultados, la mayor parte de nuestros pacientes presentaban alguna afectación o enfermedad concomitante como puede ser la hipertensión o la diabetes, lo cuál supone una peor apreciación de su estado de salud. Además, pese a que en la actualidad toda nuestra muestra se componía de personas jubiladas, había una heterogeneidad en

cuanto a trabajo desempeñado, lugar de nacimiento, etc, que puede inducir una modificación de la calidad de vida de unos sujetos a otros.

Uno de los aspectos más estudiados en los últimos años es ver cómo afecta el envejecimiento a la calidad de vida de las personas. Existe poca bibliografía que explore que factores se asocian a una mala calidad de vida en el EuroQol en población anciana³¹⁴. En los trabajos existentes, se ha podido comprobar, al igual que hemos podido ver en nuestros pacientes, que la calidad de vida no se ve influenciada en los pacientes mayores de 65 años, aunque si que está afectada determinadas dimensiones que integran la CVRS como son la ansiedad que presenta el paciente; sin embargo, como ya se ha mencionado en otras ocasiones a lo largo de la discusión, nuestros pacientes padecen otras patologías que quizás sea difícil de discernir si la afectación de estos parámetros es por la patología dermatológica que padecen o por el resto.

La salud parece ser una dimensión destacada de la Calidad de Vida de la población mayor, considerada tanto desde una perspectiva positiva (la buena salud añade calidad a la vida) como negativa (la mala salud deteriora la calidad de la vida). Hay que tener en cuenta en la población mayor que es característica una mayor complejidad de los problemas de salud: comorbilidad.

Se puede considerar que la EVA del EuroQol-5D y el perfil formado por las cinco dimensiones del mismo son dos instrumentos de medida que pretenden medir el estado de salud percibido subjetivamente por el sujeto. El estado de salud global el día de la entrevista de nuestra muestra, medido por la escala EVA es ligeramente inferior a la obtenida por otros trabajos³¹⁵⁻³¹⁷. Creemos que esto es debido a que los pacientes seleccionados, han demandado asistencia médica por un problema concreto y en la escala EVA pregunta por el estado de salud del sujeto en el día de hoy. Hay diferencias entre varones y mujeres, estas perciben su calidad de vida de forma menos favorable que los varones. De manera general, menos varones llegan a las etapas más avanzadas de la vida, la distribución de nuestra muestra por sexo

es similar, con lo cual podemos afirmar que los varones que llegan estas edades lo hacen en mejores condiciones que las mujeres. No hemos encontrado empeoramiento en la valoración de la calidad de vida entre los menores de 70 años y los mayores de 70 años, quizás, como refleja el trabajo de *Aspiazu et al*³¹⁵ puede que los cambios que acontecen durante el propio envejecimiento, sean ya asumidos como algo natural y por ello esos colectivos de edad más avanzada, no consideren que empeora su salud.

Entre los dominios del EuroQol-5D, la dimensión *dolor/malestar* es en la que un mayor porcentaje de personas tienen problemas³¹⁵⁻³¹⁷, sin embargo, al igual que en la población madrileña³¹⁵ y a diferencia de la población catalana³¹⁶ o Navarra, encontramos un porcentaje alto de paciente con alteración en la dimensión *ansiedad/depresión* y una menor proporción de personas con problemas de la *movilidad*, pero debemos tener en cuenta que la mayoría de nuestros pacientes no estaban institucionalizados, además, creemos que la mayor afectación de la dimensión *ansiedad/depresión*, es debida a la peculiaridad de la población que estamos estudiando. El porcentaje de problemas aumenta de manera gradual con la edad, excepto la *ansiedad/depresión* y el *dolor /malestar*, los datos obtenidos son semejantes a los realizados en la población madrileña. Comprobamos que las mujeres puntúan peor que los varones en todas las dimensiones excepto en el *cuidado personal* que los valores son semejantes³¹⁵. Esta misma semejanza con dicha población se puede ver entre hombres y mujeres presentado éstas últimas mayor porcentaje de problemas. En el Reino Unido encuentran que las mujeres de 60 a 69 años presentan problemas en menor proporción que los varones de las mismas edades (exceptuando la dimensión *ansiedad/depresión*) pero esta proporción de problemas se invierte a partir de los 70 años³¹⁸.

6.2.2 Calidad de vida y patología dermatológica.

La aplicación de los estudios de Calidad de Vida a la Dermatología es reciente. Sin embargo, tiene particular interés en este campo puesto que las

enfermedades de la piel generalmente ejercen un impacto fuerte sobre las relaciones sociales, el estado psicológico y las actividades de la vida diaria^{222,226,319}. A pesar de que en la actualidad, se está ya trabajando ampliamente en este campo, creemos que en los pacientes ancianos, debido en parte a que padecen diversas patologías que pueden deteriorar de una manera acusada su calidad de vida, el impacto de las patologías dermatológicas, ha sido muy poco estudiado. Reflejo de esto es la escasa bibliografía al respecto publicada en castellano^{219,247,320}.

Dermatosis como la psoriasis, el acné o la dermatitis atópica son procesos de notable prevalencia en los que se ha demostrado un alto impacto subjetivo³²¹⁻³²³. Existen algunas dermatosis que pese a ser consideradas benignas, repercuten de forma muy negativa en la calidad de vida del paciente³²⁴. Con el nacimiento del DLQI se empezaron a estudiar las enfermedades que suponían un alto impacto en la Calidad de Vida de los pacientes como es el caso de los eczemas y la psoriasis. En España el DLQI se ha usado principalmente para estas dos tipos de patologías mencionadas³²⁰. No hay sin embargo, ningún trabajo realizado en nuestro medio, que recoja las puntuaciones del DLQI en un grupo de pacientes con patologías dermatológicas heterogéneas que es lo que hemos estudiado en nuestro trabajo.

Creemos que las enfermedades dermatológicas tienen un impacto significativo sobre la calidad de vida del paciente, sin embargo en vista de la puntuación media que hemos obtenido en la escala de DLQI, la CVRS dermatológica de nuestros pacientes no está muy deteriorada. La puntuación alcanzada por nuestra población es menor, aunque no son comparables dado que la muestra es diferente y contiene un abanico más amplio de edades.

Nuestra población por el hecho de ser anciana puede tener una la visión de la imagen corporal diferente que en otros grupos de edades. Esto está apoyado por el hecho de haber encontrado diferencias en la calidad de vida entre los dos grupos de edad analizados: los menores de 70 años y los

de por encima de 71 años obteniendo una peor valoración de la calidad de vida en el primer grupo. Además nuestro grupo presenta patologías concomitantes que pueden llevar a una consideración diferente de las enfermedades dermatológicas que padecen.

A medida que envejecemos, la CVRS empeora debido a que se produce un aumento de las patologías existentes en una misma persona, sin embargo, parece ser que el impacto que supone las patologías dermatológicas es menor, quizás en parte debido a este mismo motivo: hay un aumento de otras patologías que hace que la preocupación que presenta la persona respecto a su enfermedad de la piel sea menor. Creemos que este mismo resultado lo observaríamos si hubiéramos comparado de manera global nuestro grupo de pacientes con personas más jóvenes.

Como en otros trabajos^{325,326}, la puntuación que hemos obtenido en el DLQI no se correlacionan con la severidad de la enfermedad, sino con la sintomatología que causa al paciente dado que además numerosos factores pueden influir. Nosotros hemos visto que el grupo de enfermedades que conlleva una mayor gravedad (neoplasias) no supone para el paciente un impacto tan evidente sobre su calidad de vida. Esto apoya lo que viene siendo un hecho notable y cada vez más extendido con los estudios de calidad de vida en dermatología, la interpretación de la misma ha puesto en relieve lo distinto que puede resultar la visión de los pacientes respecto a los facultativos²¹⁷. De hecho, apoyando nuestros resultados (a pesar de que las poblaciones son diferentes) hay estudios que demuestran que determinadas condiciones como puede ser el carcinoma basocelular apenas altera los parámetros de calidad de vida determinados por el DLQI³²⁷, o que el eczema influye más en la calidad de vida de los pacientes que condiciones como el cáncer de piel pese a la mayor severidad de este último³²⁵.

La manera en como una determinada patología dermatológica afecta a la calidad de vida de una persona es variable y puede producirse en forma de malestar físico, imposibilidad de relacionarse socialmente o de desempeñar

sus tareas habituales de una manera adecuada entre otros³²⁵. Las patologías dermatológicas contribuyen de manera diferente en las dimensiones que forman parte de la CVRS²⁵⁴, así se puede ver que la afectación de la dimensión social es importante en los pacientes afectados de psoriasis o que el picor y el dolor se ve afectado en los pacientes con patología eczematosa³²⁶. Al analizar las diferentes dimensiones de salud que evalúa el DLQI en nuestros pacientes, hemos visto que lo que más influye en una peor calidad de vida son las dos primeras preguntas del cuestionario que hacen relación a síntomas y percepciones, es decir, cómo viven ellos su patología, pero pese a este sentimiento que puedan tener, no se ven afectadas sus actividades diarias o el tiempo que dedican al ocio, sus relaciones interpersonales y sexuales y tampoco el tipo de tratamiento que estén recibiendo parece que les influya en empeorar la calidad de vida percibida. Creemos que dado que nuestros pacientes en su mayor parte, presentaban patologías tumorales (benignas y malignas) de tiempo de evolución y dado que son pacientes ancianos, el aspecto físico era a lo que menos importancia daban, de manera que en general y salvo determinadas patologías, la lesión que padecen no les influye en sus relaciones interpersonales. Respecto a la escasa influencia de la realización de un tratamiento concreto, debemos de tener en cuenta que salvo excepciones, nuestros pacientes no recibían tratamientos crónicos dermatológicos ni hemos entrevistado a estos pacientes antes y después de una determinada terapia dermatológica.

No hemos obtenido resultados significativos en el valor global del DLQI en los hombres y en las mujeres de nuestra muestra. Sin embargo, cuando hemos analizado las diferentes dimensiones por sexos, las mujeres sí dicen haberse sentido cohibidas a causa de las lesiones presentadas y en ocasiones las dificultaban las relaciones interpersonales. Creemos que esto es debido a la mayor importancia que da el sexo femenino a la imagen y al aspecto físico. Es por tanto importante, no sólo analizar el valor global, sino cada una de las dimensiones con la finalidad de poder llegar a un análisis más exhaustivo de las patologías.

6.2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud y patologías dermatológicas.

A la vista de los resultados obtenidos, creemos que las patologías que producen prurito suponen un mayor impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes. Nuestros resultados coinciden con un trabajo publicado sobre 200 pacientes, la puntuación más alta del DLQI lo obtuvieron aquellos pacientes que presentaban alguna patología eczematosa (principalmente dermatitis atópica) o pruriginosa frente a los pacientes que presentaban alguna patología neoplásica²²¹. Otro trabajo realizado sobre población anciana que incluye 100 pacientes, también apoya nuestros resultados³²⁶.

Las patologías pruriginosas, han sido ampliamente descritas en la literatura por la afectación que producen en la calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de estas enfermedades. Los pacientes afectados de dermatosis pruriginosas, son en los que hemos obtenido una puntuación peor de la calidad de vida en comparación con los otros grupos. Hay numerosos trabajos encaminados a comparar distintas patologías pruriginosas como son las dermatitis atópicas, de contacto o la urticaria crónica entre otras; de esta manera, se pueden realizar estudios comparativos para ver cual afecta más a la calidad de vida y cómo se pueden mejorar con diferentes tratamientos. Podemos afirmar que aquellas patologías consideradas como pruriginosas producen un efecto negativo en la calidad de vida de nuestros pacientes. Hay trabajos que demuestran, además, que la calidad de vida está aún más deteriorada si la extensión de la patología es amplia; esto debería ser tenido en cuenta dado que se podría intentar tratar de manera precoz para evitar que la enfermedad afecte de manera acusada la calidad de vida. Los trabajos de los últimos años, han ido encaminados a medir la calidad de vida en estas patologías pero mediante cuestionarios específicos, por la información que pueden aportar los mismos en cuanto a terapias específicas. Incluso, se están desarrollando y validando, instrumentos que tratan de evaluar la intensidad del prurito en determinadas patologías^{272,273}

Como ya se ha mencionado, la calidad de vida en los pacientes oncológicos ha adquirido una gran importancia, el cáncer se ha asociado con una amplia variedad de patologías psicológicas negativas tales como la depresión, ansiedad o vulnerabilidad^{328,329}. Aunque el cáncer cutáneo no melanoma no suele ser mortal, puede producir un impacto importante en la auto percepción de la imagen y en la visualización corporal del resto. La edad, el tamaño y sobre todo la localización de las lesiones pueden producir una afectación de la calidad de vida.

Diferentes estudios han comparado la calidad de vida de pacientes con un tipo de cáncer cutáneo antes y después de realizar un determinado tratamiento mediante la utilización de cuestionarios genéricos, pero en ellos se demostró que existe poca correlación, concluyendo que para la valoración de esta patología, es necesario el uso de cuestionarios más específicos para patología dermatológica como puede ser el DLQI³³⁰. A diferencia de otras patologías malignas, el cáncer de piel no melanoma no ha sido bien investigado en términos de valoración de la calidad de vida. Casi todos los trabajos que hay sobre el cáncer cutáneo no melanoma van dirigidos a intervenciones: es decir comparan calidad de vida antes y después de un determinado tratamiento no sólo quirúrgico, sino también con el uso de fotoprotección o abandono de determinados hábitos como la exposición solar o el dejar de fumar³³¹. *Blackford et al.*³²⁷ hicieron un estudio prospectivo en una población con cáncer cutáneo no melanoma, en ambos casos se puede ver que esta patología que afecta muy poco a la calidad de vida de los pacientes que lo padecen sobre todo en los pacientes que tiene más de 65 años. *Rhee et al.*³³⁰ realizaron un estudio en pacientes con neoplasias cutáneas no melanoma de localización facial, usaron un cuestionario genérico como es el SF36 y el DLQI como cuestionario específico. Estos mismos autores, crean posteriormente otro instrumento de medición de la Calidad de Vida para los pacientes con Cáncer cutáneo no melanoma de localización específica cervico-facial: *Facial Skin Cancer Index (FSCI)*³³². La calidad de vida de nuestros pacientes con CCNM se vé afectada respecto a los que no lo tienen, sin embargo, esta aseveración se ve afectada, por el hecho de que

nuestros pacientes pueden poseer otro tipo de patología cutánea que sea la que merme realmente su calidad de vida. Sin embargo, si comparamos por grupos, la calidad de vida de los pacientes con este tipo de patología es mejor que la de los pacientes con patologías que producen prurito. Shah et al³²⁶, obtienen resultados similares en un grupo de pacientes por encima de los 65 años. Creemos, que aunque hubiéramos aplicado otro cuestionario más específico como el mencionado (FSCI), hubiéramos obtenido resultados similares en lo que a la valoración de la calidad de vida se refiere. Debemos hacer mención al desarrollo que se ha producido en los últimos años, de cuestionarios específicos para los cánceres cutáneos no melanomas y para las lesiones premalignas como son las queratosis actínicas.

Nos llama la atención, que los pocos pacientes que tenemos afectos de psoriasis, onicomycosis, liquen escleroso o penfigoide ampolloso, éstos han sido los que encuentran su calidad de vida más deteriorada. Este hecho concuerda con lo publicado de dichas patologías en la literatura médica.

La psoriasis, a pesar de ser un proceso benigno, es probablemente una de las enfermedades cutáneas que genera más incomodidades. Ello es debido, tanto por su carácter crónico como al hecho de ser una enfermedad visible y por tanto con una repercusión estética importante. Varios estudios realizados en diversos países americanos y europeos han puesto de manifiesto que la psoriasis, como otras enfermedades crónicas, dificultan las actividades diarias del sujeto y dificulta su participación en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad³³³⁻³³⁶. Se ha visto que los pacientes afectos de psoriasis presenta una calidad de vida similar o peor que algunos pacientes con otras enfermedades crónicas tales como asma, patología isquémica cardíaca o la diabetes mellitus^{323,336-338}.

En un trabajo realizado sobre población española, se pone de manifiesto que la psoriasis repercute de manera importante en la esfera psicoemotiva, social y laboral de los pacientes ya que les limita considerablemente en ciertas actividades físicas y sociales³³⁶.

Las onicomycosis es más un problema estético que un problema de salud con consecuencias funcionales o psicosociales³³⁹. La patología de los pies puede causar dolor y malestar y a veces, no se considera un problema importante. Nosotros hemos visto que los pacientes que tenemos afectos de algún tipo de patología en los pies, también experimentan un descenso importante de su calidad de vida quizás en parte por las molestias que pueden suponer determinadas patologías para la deambulación sobre todo considerando la edad que tienen nuestros pacientes y los consiguientes problemas derivados de problemas osteoarticulares. Las funciones más afectadas son aquellas que causan dolor o molestias al caminar. Un amplio trabajo³⁴⁰ realizado para medir la calidad de vida en pacientes afectos de patología en los pies confirma la disminución de la calidad de vida en este tipo de pacientes. Dicho estudio, además demuestra que la calidad de vida de los pacientes con alteraciones en sus pies puede verse disminuida tanto por el aspecto de afectación de las actividades de la vida diaria en el caso de tratarse de trastornos podológicos, como por el sentimiento que producen en el paciente en el caso de trastornos infecciosos.

Debemos resaltar que, en la mayoría de trabajos existentes sobre estudio de CVRS en pacientes que padecen algún problema dermatológico, la población diana es población general y población infanto-juvenil. Creemos, que debido al envejecimiento poblacional y a que, tal como hemos analizado en nuestro estudio, deberíamos tener en cuenta el estudio de la CVRS en nuestros pacientes ancianos, por todas las implicaciones que conlleva una mala percepción de la salud en general o de algunas de sus dimensiones en particular, de manera que estos pacientes pudieran tener un seguimiento clínico especializado y conocer, si estamos llevando a cabo un correcto manejo terapéutico.

6.3 Limitaciones del estudio y anotaciones del proyecto.

Somos conscientes de la muestra que hemos escogido y de la posibilidad de existencia de sesgo de selección en nuestra población. También creemos que el estudio hubiera sido más completo si hubiéramos aplicado una escala de valoración funcional de manera concomitante.

A pesar de ello con este trabajo hemos realizado una primera aproximación a la situación actual de la patología dermatológica en los pacientes ancianos, que como hemos comentado a lo largo del trabajo descrito, no existen muchos estudios similares en nuestro entorno. Así mismo, creemos que nuestro proyecto aporta datos de interés clínico e introduce una nueva dimensión en las consultas diarias como es la medición de la CVRS.

Para finalizar, este trabajo abre un campo de investigación dónde poder profundizar con la finalidad última y primordial de aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes.

7 CONCLUSIONES

1. Las lesiones premalignas y las neoplasias malignas son las patologías más prevalentes diagnosticadas entre los pacientes atendidas en una consulta especializada de dermatología. Dentro del primer grupo, en el de las lesiones premalignas destaca como primer diagnóstico la queratosis actínica y respecto al segundo, la principal neoplasia maligna encontrada es el carcinoma basocelular.

2. El prurito cutáneo es un síntoma casi constante en la mayoría de los pacientes pese a que éste no es el motivo de generación de la consulta.

3. Las dermatosis pruriginosas y de ellas, la dermatitis eczematosa, siguen en frecuencia al grupo de las lesiones premalignas y malignas.

4. La comorbilidad que padecen nuestros pacientes y la edad avanzada afectan en mayor medida la Calidad de Vida relacionada con la Salud, que las enfermedades dermatológicas en general.

5. Las mujeres ven afectada de manera genérica, su Calidad de Vida relacionada con la salud más que los varones.

6. La Calidad de Vida relacionada con la salud, puede no verse afectada de una manera global por la patología dermatológica que se padece pero sí puede hacerlo en alguna de sus dimensiones. La dimensión más alterada es la dolor/malestar seguida por la dimensión ansiedad/depresión.

7. El impacto de las diferentes enfermedades dermatológicas sobre la Calidad de Vida relacionada con la salud es muy variable.

- No existe correlación entre severidad de la enfermedad dermatológica y deterioro de la Calidad de Vida relacionada con la salud. Los cánceres dermatológicos apenas deterioran la Calidad de Vida relacionada con la salud.
- Las enfermedades dermatológicas pruriginosas o las visibles y extensas las que más deterioran la Calidad de Vida

relacionada con la salud, especialmente repercutiendo en aspectos psico-sociales.

- No existe diferencia entre hombre y mujeres y afectación de la Calidad de Vida Específica dermatológica.

8 BIBLIOGRAFÍA

- (1) Caruso L, Silliman R. Medicina Geriátrica. In: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jamenson, et al., editors. Harrison, Principios de Medicina Interna. 17ª ed. Mexico: McGrawHill; 2011. p. 53-62.
- (2) Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1994;18(109):120.
- (3) Béland F, Zunzunegui MV. El perfil de las incapacidades en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;5:232-44.
- (4) Informe de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid; España 2002.
- (5) Yaar M. Mechanisms of aging. *Arch Dermatol* 2002;138:1429-32.
- (6) Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin. Cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol* 2009;10:73-86.
- (7) Kaminer MS, Gilchrest BA. Aging of the skin. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 3ª ed. New York: McGraw-Hill, Inc; 1994. p. 411-29.
- (8) Farage MA, Elsner P, Maibach HI. Structural characteristics of the aging skin: a review. *Cutaneous and Ocular Toxicology* 2007;26:343-57.
- (9) Gilchrest BA. Age-associated Changes in the Skin. *Journal Of The American Geriatrics Society* 1982;30(2):139-43.
- (10) Ribera M, Fernández C. Las dermatosis seniles. *Medicina Integral* 1988;11(247):259.

- (11) Giménez Arnau AM, Giménez Camarasa JM. Envejecimiento cutáneo. *Piel* 1990;5:305-10.
- (12) Torras Enríquez H. Envejecimiento y fotoenvejecimiento cutáneos. Cuidados de la piel y terapéutica tópica. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 1-14.
- (13) Bergón M, Casado M. Fotoenvejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(Supl 2):41-50.
- (14) Kang S, Fisher GJ, Voorhees JJ. Photoaging: pathogenesis, prevention and treatment. *Clinic in Geriatric Medicine* 2001;17(4):643-59.
- (15) Fisher GJ, Kang S, Varani J, Bata-Csorgo Z, Wan Y, Datta S, et al. Mechanisms of photoaging and chronological skin aging. *Arch Dermatol* 2002;138:1462-70.
- (16) Valdivieso-Ramos M. Generalidades sobre la piel del anciano. *Dermatología Práctica* 2009;17(3):5-10.
- (17) Bleiker TO, Graham-Brown RA. Diagnosing skin disease in the elderly. *Practitioner* 2000;244(1616):974-81.
- (18) Norman R.A. Geriatric dermatology. *Dermatologic Therapy* 2003;16:260-8.
- (19) Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A chronic Cutaneous Insufficiency/Fragility Syndrome. *Dermatology* 2007;215:284-94.
- (20) Saurat JH. Dermatoporosis. *Dermatology* 2007;215:271-2.
- (21) Mengeaud V, Dautzac-Vieu C, Josse G, Vellas B, Schmitt A-M. Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital patients: a

- cross-sectional study. *British Journal of Dermatology* 2012;166(2):442-3.
- (22) Gamo R, Vicente J, Calzado L, Sanz H, López-Estebanz JL. Hematoma profundo disecante o estadio IV de dermatoporosis. *Actas Dermosifilograficas* 2010;101(1):89-106.
- (23) Marks R. Skin disease in the elderly. *Eur J Dermatol* 2006;16(4):460-1.
- (24) Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *The Journal of Dermatology* 1998;25:153-7.
- (25) de la Cueva Dobao P. Tumores cutáneos malignos en la población geriátrica. *Dermatología Práctica* 2009;17(5):10-9.
- (26) García Morán J.I. Lesiones cutáneas en 80 pacientes geriátricos. Un estudio en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27(2):83-8.
- (27) Beauregard S, Gilchrest BA. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol* 1987 Dec;123(12):1638-43.
- (28) Liao YH, Chen KH, Tseng MP, Sun CC. Pattern of skin diseases in a geriatric patient group in Taiwan: A 7-year survey from the outpatient clinic of a university medical center. *Dermatology* 2001;203:308-13.
- (29) Weismann K, Krakauer R, Wanscher B. Prevalence of skin diseases in old age. *Acta Dermo Veneorol* 1980;60:352-3.
- (30) Greaves MW. Pathophysiology and clinical aspects of pruritus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4^a ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 413-21.

- (31) Quintanilla Gutiérrez E. Prurito en la vejez. In: Iglesias Díez L y cols, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula médica S.A.; 1999. p. 169-85.
- (32) Porras Luque JI, Abajo Blanco P, Aragües Montañes M. Prurito, ¿Un mal menor? *Piel* 1999;14:255-60.
- (33) Giménez Arnau AM. Patofisiología del prurito (I). Definición y Neurofisiología. *Act Dermatológ* 1999;6:473-84.
- (34) Sarrasqueta Sáenz, Biurrun Rodríguez MJ, Valcayo Peñalba AM, Vives Nadal R. Actitud ante un prurito generalizado en la consulta de atención primaria. *Atención Primaria* 1996;17(9):590-4.
- (35) Denman ST. A review of pruritus. *J Am Acad Dermatol* 1986;14:375-92.
- (36) Greaves MW. Pruritus. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 4ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publication; 1998. p. 617-28.
- (37) Morató Agustí ML. El prurito sin lesiones cutaneas. *FMC* 1998;5(3):148-60.
- (38) Giménez Arnau AM. Patofisiología del prurito (II). Mediadores del prurito y clasificación etiológica. *Act Dermatológ* 1999;7:569-80.
- (39) Artazcoz MJ, Ledesma Castelltort A, Vilatimó Pujalt R. *Curso Autoformativo en Atención Primaria de Salud: Prurito*. 1 ed. Barcelona: 1995.
- (40) Giménez Arnau AM. Patofisiología del Prurito (III). Manejo clínico y terapéutico del Prurito. *Act Dermatológ* 1999;10:733-44.

- (41) Aoiz Linares JI, Pérez del Molino Cucurny AM, Luelmo Aguilar J. Consulta diaria. ¿ Qué haría usted ante un paciente con prurito? *Medicina Integral* 2000;35(4):149-59.
- (42) Gilchrest BA. Pruritus in the elderly. *Seminars in Dermatology* 1995;14(4):317-9.
- (43) Lyon NB, Fitzpatrick TB, Kligman AM, Kligman LH. Geriatric Dermatology. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4ª ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 2961-79.
- (44) Kurban RS, Kurban AK. Common skin disorders of aging: Diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1993;48(4):30-42.
- (45) Serra-Baldrich E. Dermatitis de contacto en geriatría. *Act Dermatológ* 2003;1:25-8.
- (46) Orkin M, Maibach H. Scabies and pediculosis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4ª ed. New York: Mc Graw- Hill; 1993. p. 2961-79.
- (47) Kantor GR, Bernhard JD. Investigation of the Pruritic Patient in Daily Practice. *Seminars in Dermatology* 1995;14(4):290-6.
- (48) Stanley J. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid and chronic bullous disease of childhood. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Freedberg IM, Austen KI, editors. *Dermatology in General Medicine* . 4 ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 615-25.
- (49) Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: recognition and management. *Dermatol Ther* 2003;16:254-9.

- (50) Giménez Camarasa JM, Giménez Arnau AM. El eccema en Geriátria. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 47-61.
- (51) C.Morin, P.Joly, P.Courville, P.Young, C.Richard, X.Balguerie, et al. Eruptions eczématiformes chroniques du sujet âgé. *Ann Dermatol Venerol* 2002;129:19-22.
- (52) Holden CA, Parish WE. Atopic dermatitis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 6^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 681-708.
- (53) Weisshaar E, Kucenic MJ, Fleischer JR. Pruritus: A review. *Acta Dermo Venerol* 2003;83(suppl 213):5-32.
- (54) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermo Venerol* 1980;59(suppl 2):44-7.
- (55) Plewig G. Seborrheic dermatitis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Freedberg IM, Austen KI, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4^a ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 1569-74.
- (56) Shelley WB, Shelley D. The then mayor problems of aging skin. *Geriatrics* 1982;37(9):107-13.
- (57) Burton JL, Holden CA. Eczema, lichenification and prurigo. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. *Rook/ Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 6^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 629-80.
- (58) Soter NA. Nummular eczematous dermatitis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4^a ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 1564-5.

- (59) Laube S. Skin infections and ageing. *Ageing Res Rev* 2004;3:69-89.
- (60) Martin ES, Elewski BE. Cutaneous fungal infections in the elderly. *Clinic in Geriatric Medicine* 2002;18(1):59-75.
- (61) Sánchez de Paz F. Dermatomicosis. In: Aula Médica Ediciones, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2ª ed. Madrid: 1999. p. 15-25.
- (62) Hainer B. Dermatophyte Infections. *American Family Phisician* 2003;67(101):108.
- (63) Laube S, Farrell AM. Bacterial skin infections in the elderly: diagnosis and treatment. *Drugs Aging* 2002;19:331-42.
- (64) Gallardo Hernández F, Peyrí Rey J. Dermatosis bacterianas en el anciano. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 27-35.
- (65) Oxman MN, Alani R. Varicella and Herpes Zoster. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4ª ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 2543-67.
- (66) Rodríguez Morales D, Pérez Talavera AE, Roldán Martín D. Manejo del Herpes Zoster en Atención Primaria. *FMC* 1999;6(6):355-9.
- (67) Gnann JW, Whitley RJ. Herpes Zoster. *The New England Journal of Medicine* 2002;347(5):340-6.
- (68) García-Díez A. Herpes Zoster. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 37-46.

- (69) Graham-Brown RA. The ages of man and their dermatoses. In: ChampionRH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. 4 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 3275-87.
- (70) Wilson DC, Leyva WH, King LE. Arthropod bites and sting. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. Dermatology in General Medicine. 4^a ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 2810-28.
- (71) Carretero Ares JL, Giménez García R, Robles García M. Escabiosis. Revisión y actualización terapéutica. FMC 2000;7(7):483-90.
- (72) Burns DA. Diseases caused by arthropods and others noxious animals. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. 6^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 1423-83.
- (73) García López C, Luelmo J, Travería FJ. Sarna Humana. Atención Primaria 1996;17(5):358-60.
- (74) Argila Fernández Durán D. Tumores cutáneos no melánicos (I). Tumores benignos. JANO 1999;58(1308):44-55.
- (75) MacKie RM. Epidermal skin tumours. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. 6^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 1651-94.
- (76) Ho VCY, McLean DI. Benig epithelial tumors. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. Dermatology in General Medicine. 4^o ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 855-72.

- (77) Zaballos DIEGO P, Garrido Calvo AM, Rodero Garrido J, Ara Martín M. Los tumores cutaneos faciales. *Medicina Integral* 2001;37(6):270-8.
- (78) Gill D, Dorevitch A, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in people aged 15 to 30 years. *Arch Dermatol* 2000;136(6):759-64.
- (79) Luba M, Bangs S, Mohler A, Stulberg D. Common benign skin tumors. *American Family Phisician* 2003;15:1-10.
- (80) Argila Fernández Durán D, Ortiz Romero PL, Guerra Tapia A, Iglesias Díez L. Tumores epidérmicos y metástasis cutáneas. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 267-301.
- (81) Kleinsmith DM, Perricone NV. Common skin problems in the elderly. *Dermatologic Clinics* 1986;4(3):485-99.
- (82) Rigopoulos D, Rallis E, Toumbis-Ioannou E, Christophidou E, Limas C, Katsambas A. Seborrheic keratosis or occult malignant neoplasm of the skin? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:168-70.
- (83) Schwartz R. Sign of Leter-Trelat. *J Am Acad Dermatol* 1996;35(1):88-95.
- (84) Inamadar AC, Palit A. Eruptive seborrheic keratosis in human inmunodeficiency virus infection: a coincidence or ' the sign of Leser-Trélat'? *British Journal of Dermatology* 2003;148:435-6.
- (85) Lafuente RF, Rodero J, Morales AL, Zaballos P, Charro L, Grasa MP, et al. Epitelioma espinocelular sobre Queratosis Seborreica. A propósito de un caso. *Actas Dermosifilográficas* 2001;92(Número Ext.Congr):66-9.

- (86) Zhu WY, Leonardi C, Penneys NS. Detection of human papiloma virus DNA in seborrheic keratosis by polymerase chain reaction. *J Dermatol Sci* 1992;4(166):171.
- (87) Garavis González JL. Precáncer y cáncer cutáneo (I). *Semergen* 2003;29(7):360-7.
- (88) Schwartz R, Stoll HL. Epithelial Precancerous Lesions. In: Fitzpatrick TB EAFIAKe, editor. *Dermatology in General Medicine* . 4 ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 804-20.
- (89) Serrano Ortega S. Precáncer cutáneomucoso. Marcadores de melanomas. *Melanomas. Medicine* 1995;6:4213-20.
- (90) Fu W, Cockerell CJ. The Actinic (Solar) Keratosis: A 21st-Century Perspective. *Arch Dermatol* 2003 Jan 1;139(1):66-70.
- (91) Argila Fernández Durán D. Tumores cutáneos no melánicos (II): Precancerosis y tumores malignos. *JANO* 1999;57(1313):39-50.
- (92) Moy RL. Clinical presentation of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(1. part. 2):S8-S10.
- (93) Salasche S.J. Epidemiology of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:S4-S7.
- (94) Roewert-Huber J, Stockfeth E, Kerl H. Pathology and pathobiology of actinic (solar) keratoses: and update. *British Journal of Dermatology* 2007;157:18-20.
- (95) Lebwohl M. Actinic Keratosis: epidemiology and progression to squamous cell carcinoma. *British Journal of Dermatology* 2003;149(suppl. 66):31-3.
- (96) Callen JP, Bickers DR, Moy RL. Actinic Keratoses. *J Am Acad Dermatol* 1997;36(4).

- (97) Billano RA, little WP. Hypertrophic actinic keratoses. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:484-9.
- (98) Jeffes EW 3rd, Tang EH. Actinic keratosis. Current treatment options. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:167-9.
- (99) Pérez Gil A, Sánchez Conejo-Mir J. Imiquimod. Un medicamento del siglo XXI. *Piel* 2002;17:285-91.
- (100) Eedy DJ. Topical Review. Imiquimod a potential role in dermatology? *British Journal of Dermatology* 2002;147:1-6.
- (101) Gold NH, Nestor NS. Current treatment of actinic keratoses. *J Drugs Dermatol* 2006;5(2 suppl):17-25.
- (102) Dinehart SM. The treatment of actinic keratoses. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(1 pt 2):25-8.
- (103) McIntyre WJ, Downs MR, Bedwell SA. Treatment options for actinic keratoses. *American Family Phisician* 2007;76(5):667-71.
- (104) Hadley G, Derry S, Moore RA. Imiquimod for actinic keratosis: systematic review and meta-analysis. *J Investig Dermatol* 2006;126(6):1251-5.
- (105) Copcu E, Sivrioglu N, Culhaci N. Cutaneous horns: are these lesions as innocent as they seem to be? *World J Surg Oncol* 2004;3(2):18-21.
- (106) Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines of management of Bowen's disease. *British Journal of Dermatology* 1999;141(4):633-41.
- (107) renaud-Vilmer C, Dehen L. Lésion vulvaire érythroplasique unique chez une femme de 70 ans: maladie de Bowen. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:1361-2.

- (108) Sigüenza Sanz, MM, Pérez Alonso P. Pápula pigmentada en el dorso nasal. *Piel* 2002;17(4):187-9.
- (109) Garavis González JL. Precáncer y cáncer cutáneo(II). *Semergen* 2003;29(10):532-41.
- (110) Argila Fernández Durán D, Rodríguez Nevado I, Chaves Álvarez A, Beare-Winter A. Tratamiento de la enfermedad de Bowen con imiquimod 5% crema. *Actas Dermosifilográficas* 2003;94(2):80-3.
- (111) Puente García NM, Voces García D. Enfermedad de Bowen. *FMC* 2001;8(5):445-6.
- (112) Kossard A, Rosen R. Cutaneous Bowen's disease. An analysis of 1,001 cases according to age, sex and site. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:406-10.
- (113) Kovacs A, Yonemoto K, Katsuoka K, Nishiyama S, Harhai I. Bowen's disease: statistical study of a 10 year period. *J Dermatol Sci* 1996;23:267-74.
- (114) Nishimoto S, Inagi R, Yamanishi K, Hosokawa K, Kakibuchi M, Yoshikawa K. Prevalence of human herpesvirus-8 in skin lesions. *British Journal of Dermatology* 1997;137(2):179-84.
- (115) Cook-Bolden F, Weinberg JM. Topical imiquimod 5% cream in the treatment of Bowen's disease of the penis. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(146):147.
- (116) Mackenzie-Wood A, Kossard S, Launey J, Wilkinson B, Owens ML. Imiquimod 5% cream in the treatment of Bowen's disease. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:462-70.
- (117) Morton CA, Whitehurst C, Moore JV, MacKie RM. Comparasion of red and green light in the treatment of Bowen's disease by

- photodynamic therapy. *British Journal of Dermatology* 2000;143:767-72.
- (118) Thai KE, Sinclair RD. Treatment of Bowen's disease of the penis with imiquimod. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:470-1.
- (119) Molgó M, Sáenz ML, Lubiano A. Epidemiología del cáncer cutáneo. *Piel* 2006;1:9-13.
- (120) Ojeda RM, Graells J. Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en un mismo área geográfica. *Actas Dermosifilográficas* 2011;102(1):48-52.
- (121) Marcoval J, Moreno J, Torres A, Baumann E, Graells J, Gallego MI. Evolución del melanoma maligno cutáneo en los últimos 19 años en un hospital terciario de la cuenca mediterránea. *Actas Dermosifilográficas* 2008;99:464-8.
- (122) Halpern AC, Hanson LJ. Awareness of, knowledge of and attitudes to nonmelanoma skin cancer (NMSC) and actinic keratosis (AK) among physicians. *International Journal of Dermatology* 2004;43(638):642.
- (123) Preston DS, Stern R. Nonmelanoma cancers of the skin. *The New England Journal of Medicine* 1992;327(23):1649-62.
- (124) Villarubia VG, Costa LA, Pérez M, Vidal S, Jaén P. Epidemiología e inmunopatogenia del cáncer cutáneo no melanoma. el papel iniciador y promotor del VPH. *Piel* 2001;16(9):428-38.
- (125) Weinstock MD. Death From Skin Cancer Among the Elderly. *Arch Dermatol* 1997;133:1207-9.
- (126) Marks R. An overview of skin cancer. Incidence and causation. *Cancer* 1995;75((Supl.)):607-12.

- (127) Goldberg LH. Basal cell carcinoma. *Lancet* 1996;347:663-7.
- (128) Buendía-Eisman A, Muñoz Negro JE, Serrano Ortega S. Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma. *Piel* 2002;17(1):3-6.
- (129) Buendía-Eisman A, Martínez García C. Registros de cáncer y cáncer de piel. *Piel* 1996;10:507-10.
- (130) Derrick EK, Smith R, Melcher DH, Morrison EA, Kirkham N, Darley CR. The use of cytology in the diagnosis of basal cell carcinoma. *British Journal of Dermatology* 1994;130:561-3.
- (131) Burón Álvarez I, Mayor Arenal M. Carcinomas de piel no melanomas. Carcinoma Basocelular. Carcinoma espinocelular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S5):48-56.
- (132) Rosso S, Zanetti R, Martínez C, Torno MJ, Schraud S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south European study "Helios" II: different sun exposure patterns in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer* 1996;73:1447-54.
- (133) Zanetti R, Rosso S, Martínez C, Navarro C, Schraud S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south European study "Helios" I: skin characteristics and sunburns in basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer* 1996;73:1440-6.
- (134) English DR, Armstrong BK, Kriker A, Fleming C. Sunlight and cancer. *Cancer causes control* 1997;8:271-83.
- (135) Gallagher RP, Hill GB, Bajdic CD, Fincham S, Coldman AJ, McLean DI, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk nonmelanocytic skin cancer I. basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1995;131:157-63.

- (136) Gallagher RP, Hill GB, Bajdic CD, Fincham S, Coldman AJ, McLean DI, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk nonmelanocytic skin cancer II. squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1995;131:164-9.
- (137) Marks R, Gebauer K, Shumack S, et al. imiquimod 5% cream in the treatment of superficial basal cell carcinoma: Results of multicenter 6-week dose- response trial. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:807-13.
- (138) Beutner KR, Geisse JK, Helman D, Fox TL, Ginkel A, Owens M. Therapeutic response of basal cell carcinoma to the immune response modifier imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:1002-7.
- (139) Hernández Martín A, Echevarría Iturbe C. Carcinoma espinocelular. *Piel* 2003;18(7):364-76.
- (140) Sáez Rodríguez M, García Bustínduy M, Noda Cabrera A, Guimerá Martín-Neda F, Dorta Adom S, Escoda García M, et al. Queratosis seborreicas irritadas simétricas en paciente con trasplante renal. *Med Cutan Iber Lat Am* 2002;30(2):79-80.
- (141) Vitalino PP, Urbach T. The relative importance of risk factors in non-melanoma skin cancer. *Arch Dermatol* 1980;116:454-6.
- (142) Glass AG, Hoover RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA* 1989;262:2097-100.
- (143) Lewis-Jones MS, Finlay A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): Initial validation and practical use. *British Journal of Dermatology* 1995;132:942-9.
- (144) Falmer KC, Naylor MF. Sun exposure, sunscreen and skin prevention: a year-round concern. *Ann Pharmacother* 1996;30(662):673.

- (145) MacKie RM. Awareness, knowledge and attitude to basal cell carcinoma and actinic keratoses among the general public within Europe. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:552-5.
- (146) Stern RS, Weisntein MC, Baker SG. Risk reduction for nonmelanoma skin cancer with childhood sunscreen use. *Arch Dermatol* 1986;122(5):537-45.
- (147) Green AC, Williams G, Neale R, Hart V, Leslie D, Parsons P, et al. Daily sunscreen application and betacarotene supplementation in prevention of basal-cell and squamous-cell carcinomas of skin: a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;354(9180):723-9.
- (148) Naylor MF, Boyd A, Smith DW, Cameron GS, Hubbard D, Nelder KH. High sun protection factor sunscreens in the suppression of actinic neoplasia. *Arch Dermatol* 1995;131(2):170-5.
- (149) Naylor MF, Farmer KC. The case for sunscreens. A review of the use in preventing actinic damage and neoplasia. *Arch Dermatol* 1997;133(1146):1154.
- (150) Thompson SC, Jolley D, Marks R. Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. *N Engl J Med* 1993;329:1147.
- (151) Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clinics in Dermatology* 2009;27:3-9.
- (152) Vries E, Willem Coebergh J. Cutaneous malignant melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2004;40(16):2355-66.
- (153) Bevona C, Sober AJ. Melanoma incidence trends. *Dermatol Clin North Am* 2002;20:589-95.
- (154) Casanova Seuma JM, Ribera Pibernat M. Melanoma. *Atención Primaria* 2004;33(6):335-46.

- (155) Marks R. Epidemiology of melanoma. *Clinical and Experimental Dermatology* 2000;24(459):463.
- (156) Chang CK, Jacobs IA, Vizgirda VM, Salti GI. Melanoma in the Elderly Patient . *Arch Surg* 2003;138:1135-8.
- (157) López Estebanz JL. Melanoma maligno. In: Iglesias Díez L y cols, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula médica S.A.; 1999. p. 303-21.
- (158) Gilchrest BA, Eller MS, Geller AC, Yaar M. The pathogenesis of melanoma induced by ultraviolet radiation. *N Engl J Med* 1999;340(17):1341-8.
- (159) Sunderkrotter C, Kalden H, Luger T. Aging and the skin immune system. *Arch Dermatol* 1997;133:1256-62.
- (160) Van Durme DJ, Ferrante JM, Pal N, Wathington D, Roetzheim RG, González EG. Demographic predictors of melanoma stage at diagnosis. *Arch Fam Med* 2000;9:606-11.
- (161) McKie RM. Risk factors for the development of primary cutaneous malignant melanoma. *Dermatol Clin North Am* 2002;20(4):597-600.
- (162) de Troya Martín M, Blazquez Sánchez N, Fernández Canedo I, Frieyro EliceGUI M, Fúnez Liébana R, Rivas Ruiz F. Estudio dermoscópico del melanoma maligno cutáneo: análisis descriptivo de 45 casos. *Actas Dermosifilográficas* 2008;99:44-53.
- (163) Martorell Calatayud A, Echerarría García B, Sanmartín Jiménez O. Actualización sobre lesiones precancerosas y cáncer de piel no melanocítico en atención primaria. *JANO* 2009;1740:41-7.

- (164) Hernández-Gil Sánchez J, Buendía-Eisman A, Serrano Ortega S. Patrones de exposición solar y tipos de cáncer de piel. *Piel* 2006;21(10):472-6.
- (165) Baños Madrid R, Sánchez Sierra B. Psoriasis generalizada. *FMC* 2001;8(1):61.
- (166) Christophers E, Sterry W. Psoriasis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4ª ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. p. 489-614.
- (167) Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos Briones V, Puig S, Pujol R, Smandia JA. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:20-3.
- (168) Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-6.
- (169) Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Wahlstrom J, Enerbäck C, Enlund F, et al. Age at onset and different types of psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1995;133:768-73.
- (170) Bernhard JD. Clinical differences in juvenile vs adult-onset psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1996;135:501-2.
- (171) Camp RDR. Psoriasis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 6ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 1589-650.
- (172) Ortiz Romero PB, Iglesias Díez L, Ortiz de Frutos FJ, Guerra Tapia A. Psoriasis. In: Iglesias Díez L e, editor. *Dermatología geriátrica*. 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 105-27.

- (173) Lázaro Ochaita P, Guillén LLera F, Novel Martí V, Alonso Megías A, Balañá Vilanova M, Díaz Castella JM. Transtornos dermatológicos y podológicos en los pies de las personas mayores de 60 años: resultados del estudio descriptivo de la campaña "Pensando en los pies". *Piel* 2004;19(4):184-90.
- (174) Piérard G. Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly: A Pan-European Survey. *Dermatology* 2001;202:220-4.
- (175) Roseeuw D. Achilles foot screening projet: preliminary results of patients creened by dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999;1999(12 (Suppl 1)):S6-S9.
- (176) Burzykowki T, Molenberghs G, Abeck D, Haneke E, Hay R, Katsambas A, et al. High prevalence of foot diseases in Europe: results of the Achilles Project. *Mycoses* 2003;46(11-13):496-505.
- (177) Helfand AE, Cooke HL, Walinsky MD, Demp PH. Foot problems associated with older patients. *J Am Podiatr Med Assoc* 1998;88(5):237-41.
- (178) Zwart Milego JJ, Zwart Salmerón M. Deformidades adquiridas de los dedos de los pies (II). Restantes dedos excepto primer radio. *JANO* 2005;71:26-31.
- (179) Alegre de Miguel V, Aliaga Boniche A. Manifestaciones cutáneas de las alteraciones nutricionales, metabólicas y endocrinas en geriatría. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 129-49.
- (180) Zwart Milego JJ, Zwart Salmerón M. Deformidades adquiridas de los dedos de los pies (I). Deformidades del primer radio. *JANO* 2001;61:36-42.

- (181) Real JT, Valls M, Ascaso P, Basanta ML, Viguer A, Ascaso JF, et al. Factores asociados con el ingreso hospitalario de pacientes diabéticos con ulceración en el pie. *Medicina Clínica(Barc)* 2001;117:641-4.
- (182) Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Pinós Laborda PJ. Consulta diaria. Qué haría usted ante...el pie diabético. *Medicina Integral* 2001;41:8-17.
- (183) Tórtola Graner D, Navarro Adam A. Pie Diabético. *FMC* 2001;8(supl 9):62-81.
- (184) Mascaró JM. Las uñas en el viejo. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 367-77.
- (185) Ribera Pibernat M, Casanova Seuma JM. Patología Ungueal. *FMC* 2000;7(6):362-77.
- (186) de Palacio A, Pazos C, Cuétara S. Onicomycosis por hongos filamentosos no dermatofitos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:439-42.
- (187) Weinberg JM, Vafaie J, Scheinfeld NS. Skin infections in the elderly. *Dermatol Clin North Am* 2004;22(1):51-61.
- (188) Palacio A, Pazos C, Cuétara S. Onicomycosis por hongos filamentosos no dermatofitos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:439-42.
- (189) Plewig G. Rosacea. In: Fitzpatrick T.B, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4ª ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 727-34.
- (190) Arroyo Romo C, Alonso Pacheco ML, Zambrano Centeno B, Marcos Alonso-Martínez A. Rosácea. *Semergen* 2003;29:264-7.

- (191) Wilkin JK. Rosacea. Pathophysiology and treatment. Arch Dermatol 1994;130:359-62.
- (192) Zamora Martínez E, de Castro Torres A. Acné Rosácea. Piel 1988;3(3):138-41.
- (193) Barnadas MA, González MJ, Moragas J. Enfermedades ampollosas autoinmunes. In: Iglesias Díez L, editor. Dermatología Geriátrica. 2 ed. Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 85-103.
- (194) Hidalgo Sánchez S, Borbujo Martínez J. Diagnóstico del pénfigo y penfigoide. JANO 2000;58:60-70.
- (195) Stanley J. Pemphigus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. Dermatology in General Medicine. 4ª ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 600-14.
- (196) Wojnarowska F, Eady RAJ, Burge SM. Bullous eruptions. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/Wilkinson/ Textbook of Dermatology. 6ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 1817-98.
- (197) Carapeto FJ. Estrategia para el diagnóstico de las toxicodermias. Piel 1997;12(9):443-6.
- (198) Burbujo J, Olmos O. Piel y fármacos. FMC 2003;10(1):42-58.
- (199) García Díez A. Reacciones cutáneas adversas a medicamentos. In: Iglesias Díez L, editor. Dermatología Geriátrica. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999. p. 227-52.
- (200) Meseguer Yebra C, Román Curto C, Unamuno Pérez P. Toxicodermias inducidas por fármacos. FMC 2008;15(9):563-72.
- (201) Sullivan JR, Shear NH. Drug eruptions and other adverse drug effects in aged skin. Clinic in Geriatric Medicine 2002;18(1):21-42.

- (202) Bel Pla S, García Fernández D, García-Patos Briones V. Toxicodermias: etiología, patogenia y patrones clínicos (I). JANO 2001;61(1399):35-41.
- (203) Fernández Figueras MT, Puig L. Toxicodermias. Piel 2002;17(2):74-80.
- (204) World Health Organization. World Health Organization. Basic Documents. Ginebra: WHO: 1948.
- (205) Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. In: Sacristán JA BXRJe, editor. Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Madrid: 1995. p. 51-76.
- (206) Lizán Tudela L. Enfoque genérico de la Calidad de Vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de Calidad de Vida y sus dimensiones. Atención Primaria 1995;16 (suplem 1):131-2.
- (207) Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: McLeod CM ed., editor. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. New York: Columbia University Press; 1949. p. 191-205.
- (208) Burchenal JH. Obituary: David A. Karnofsky. Cancer Res 1970;30:549-50.
- (209) Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA 1997;(278):47-50.
- (210) Prieto L, Prieto L, Badía X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. Atención Primaria 2001 Jul 30;28(3):201-9.
- (211) Spitzer WO, Dobson A, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a

- concise QL-index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981;34:285-597.
- (212) Dracup K, Raffin T. Withholding and withdrawing mechanical ventilation: assessing quality of life. *Am Respir Dis* 1989;140 (supl):44-6.
- (213) Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: 1999.
- (214) Fletcher A, Dickinson EJ, Philip I. Review: audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age Ageing* 1992;21:142-50.
- (215) Fernández López JA, Siegrist J, Hernández Mejía R, Broer M, Cueto Espinar A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC). *Medicina Clínica(Barc)* 1997;109(7):245-50.
- (216) Finlay A.Y. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *British Journal of Dermatology* 1997;136:305-14.
- (217) Carrascosa JM. Calidad de Vida en Dermatología. *Piel* 2001;16:169-71.
- (218) Jones- Caballero M, Peñas P. Calidad de Vida(II): Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifilográficas* 2002;93(8):481-9.
- (219) Tiedra AG, Mercadal J, Badía X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI):El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifilográficas* 1998;89(12):692-700.
- (220) Wolkenstein P, Chosidow O. Instruments d' évaluation de la qualité de vie en dermatologie. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:176-80.

- (221) Finlay A.Y, Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)- a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology* 1994;19:210-6.
- (222) Halioua B, Beaumont M, Lunel F. Calidad de vida en Dermatología. *International Journal of Dermatology* 2000;39:801-6.
- (223) Finlay A.Y. Quality of life assessments in dermatology. *Seminars in cutaneous Medicine and Surgery* 1998;17(4):291-6.
- (224) Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria* 2000;14:163-7.
- (225) Jones- Caballero M, Peñas P. Calidad de vida (I): Generalidades. *Actas Dermosifilográficas* 2002;93(7):421-31.
- (226) Finlay A.Y, Ryan T.J. Disability and Handicap in Dermatology. *International Journal of Dermatology* 1996;35(5):305-11.
- (227) Finlay AY, Khan GK, Lyon NB. Validation of skinness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1990;123:751-6.
- (228) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Med Care* 1992;30:473-83.
- (229) Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión Española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica(Barc)* 1995;104(20):771-6.
- (230) Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de la salud SF-36. *Medicina Clínica(Barc)* 1998;111:410-6.

- (231) EuroQol Group. A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Police* 1900;16:199-208.
- (232) Brooks R, with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. *Health Police* 1996;(37):53-72.
- (233) Badía X, Fernández E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a spanish population. *European Journal of Public Health* 1995;5:82-93.
- (234) Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del euroqol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica* 1999;112(suppl 1):79-86.
- (235) Siegrist J, Broer M, Junge A. Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Manual. Oviedo: servicio de Publicaciones, Universidad de Oviedo. ed. 1997.
- (236) Siegrist J, Broer M, Junge A. A Profil der Lebensqualität Chronischkranker. 1996.
- (237) Badía X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sckiness Impact Profile. *Medicina Clínica(Barc)* 1994;102:90-5.
- (238) Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire" ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess* 1993;9:19-32.
- (239) Pfeiffer E. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. A manual. Durham, North Carolina: Duke University, Center for study of Aging and Human Development ed. 1975.

- (240) Grau Fibla G, Eiroa P, Cayuela A. Versión española del OARS multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medidas de validez. *Atención Primaria* 1996;17:486-95.
- (241) Hunt S, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papps E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981;15A:221-9.
- (242) Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994;3:385-93.
- (243) Nelson EC, Wasson JH, Kirk JW. Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 1987;40:55S-60S.
- (244) Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria* 1999;24(2):75-82.
- (245) WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993;2:153-9.
- (246) Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument of cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:41-50.
- (247) Jones- Caballero M, Peñas P, García-Díez A, Chren MM, Badía X. La versión Española de Skindex-29. Un instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutaneas. *Medicina Clínica* 2002;118(1):5-9.

- (248) Holme SA, Mann I, Sharpe JI, Dykes PJ, Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Childrens' Dermatology Life Quality Index: Validation of the cartoon version. *British Journal of Dermatology* 2003;148:285-90.
- (249) Lewis V, Finlay A.Y. 10 Years Experience of Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol* 2004;9:169-80.
- (250) Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay A.Y. The Dermatology Life Quality Index 1994–2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *British Journal of Dermatology* 2008;159:997-1035.
- (251) Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Nostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity and responsiveness. *J Investig Dermatol* 1996;107:703-13.
- (252) Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined versions of Skindex, a quality-of -life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997;133:1433-40.
- (253) Chren MM, Lasek RJ, Sahay AP, Sands LP. Measurement properties of Skindex-16: a brief quality of life measure for patients with skin diseases. *J Cutan Med Surg* 2001;5:105-10.
- (254) Morgan M, McCreedy M, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales-a measure of the impact of skin diseases. *British Journal of Dermatology* 1997;136:202-6.
- (255) Iglesias Díez L. Prólogo. In: Iglesias Díez L, editor. *Dermatología Geriátrica*. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999.

- (256) Carneiro SC, Azevedo-e-Silva MC, Ramos-e-Silva M. Drug eruptions in the elderly. *Clinics in Dermatology* 2011;29:43-8.
- (257) Mc Lean AJ, Couter DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Ther* 2004;56:163-84.
- (258) Gómez EC, Berman B. The aging skin. *Clinic in Geriatric Medicine* 1985;1:285-305.
- (259) Jognon MLT. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years U.S. 1971-1974. US Dept of Health, Education and Welfare, Hyattsville, MD ed. DHEW Publ. (PHS) 79-1660; 1978.
- (260) Keehn CA, Morgan MM. Clinicopathologic attributes of common geriatric dermatologic entities. *Dermatol Clin North Am* 2004;22:115-23.
- (261) Beacham BE. Common dermatoses in the elderly. *American Family Phisician* 1993;47:1445-50.
- (262) Verbov J. Skin problems in the older patient. *Practitioner* 1975;215:296-305.
- (263) Souissi A, Zeglaoui F, El Fekih N, Fazaa B, Zouari B, kamoun MR. Skin diseases in the elderly: a muticentre Tunisian study. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133(3):231-4.
- (264) Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Öztas P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases i n the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *International Journal of Dermatology* 2006;45:672-6.
- (265) Perrot JL, Labeille B, Denis Thely L, Maitre S, Cambazard F. Pattern of skin diseases in the elderly. *Ann Dermatol Venereol* 2008;135(5):410-2.

- (266) Rubegni P, Poggiali S, Nami N, Rubegni M, Fimiani M. Skin diseases in geriatric patients: our experience from a public skin outpatient clinic in Siena. *G Ital Dermatol Venereol* 2012;147(6):631-6.
- (267) Alonso Molina M.A., Sánchez Ruiz M.D., Carrau Giner M., Navarro Pelena M.C. Patología cutánea en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1989;24:17-20.
- (268) Husein-ElAhmed H, Arias Santiago S, Burkhardt Pérez P, Naranjo Sintés R. Análisis descriptivo de los motivos de consulta dermatológica en pacientes mayores de 65 años en el hospital clínico de San Cecilio de Granada. *Piel* 2010;25(2):65-8.
- (269) Ruíz Villaverde R, Martín Sánchez MC, Blasco Melguizo J, Carrasco Sánchez S, Fernández Ángel L, Menéndez García-Estrada AC, et al. Análisis descriptivo de asistencia dermatológica a mayores de 65 años durante un periodo de seis meses en el Servicio de Urgencia Externa. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(4):228-33.
- (270) Pérez-Suárez B, Guerra-Tapia A. Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España. *Actas Dermosifilográficas* 2008;99:119-26.
- (271) Roberts WE. Dermatologic problems of Older Women. *Dermatologic Clinics* 2006;24:271-80.
- (272) Majeski CJ, Johnson JA, Davison SN, Lauzon JA. Itch Severity Scale: a self-report instrument for the measurement of pruritus severity. *British Journal of Dermatology* 2007;156:667-73.
- (273) Daudén E, Sánchez Pérez J, Prieto M, Roset M. Validación de la versión española de la escala de intensidad del picor (Cuestionario

- Itch Severity Scale, ISS): Estudio PSEDA. *Actas Dermosifilográficas* 2011;102(7):527-36.
- (274) Elman S, Hynan LS, Gabriel V, Mayo MJ. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *British Journal of Dermatology* 2010;162(3):587-93.
- (275) Droller H. Dermatologic findings in a random sample of old persons. *Geriatrics* 1955;10:421-4.
- (276) Hara M, Kikuchi K, Watanabe M, et al. Senile xerosis, functional, morphological and biochemical studies. *J Geriatr Dermatol* 1993;1:111-29.
- (277) Yap KB, Siew MG, Goh GL. Pattern of skin diseases in the elderly seen at the National Skin Center (Singapore) 1990. *Singapore Med J* 1994;35:147-50.
- (278) Young AW. Dermatologic complaints presented by 330 geriatric patients. *Geriatrics* 1958;13:428-34.
- (279) Dewberry C, Norman R.A., Bock M. Eczematous diseases of the geriatric population. *Dermatol Clin North Am* 2004;22:1-5.
- (280) Vidaurrazaga Díaz de Arcaya C, Hervella Garcés M. Eccema en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S(5)):27-33.
- (281) Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS, Simpson EL, Eichenfield LF. Understanding and managing atopic dermatitis. *Seminars in cutaneous Medicine and Surgery* 2012;13((3 Suppl)):S18-S22.
- (282) Katsarou A, Armenaka M. Atopic dermatitis in older patients: particular points. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25(1):12-8.
- (283) Hernández Cano N, López de Ayala Casado E. Prurito senil. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S(5)):9-18.

- (284) Praskash AV, Davis MD. Contact dermatitis in older adults: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol* 2011;11(6):373-81.
- (285) Gupta G, Dawn G, Forsyth A. The trend of allergic contact dermatitis in the elderly population over a 15-year period. *British Journal of Dermatology* 1999;41:48-50.
- (286) Plunkett A, Merlin K, Gill D, Zuo Y, Jolley D, Marks R. The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia. *International Journal of Dermatology* 1999;38:901-8.
- (287) Mastrolonardo M, Diaferio A, Vendemiale G, Lopalco P. Seborrheic dermatitis in the elderly: inferences on the possible role of disability and loss of self-sufficiency. *Acta Dermo Veneorol* 2004;84:285-7.
- (288) Huynh DO, Norman R.A. Scabies and pediculosis. *Dermatol Clin North Am* 2004;22:7-11.
- (289) Giménez García R, de la Lama López-Areal J, Avellaneda Martínez C. Scabies in the elderly: three cases report. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18(11):105-7.
- (290) Lim SP, Abdullah A. Managing skin disease in elderly patients. *Practitioner* 2004;248(1655):100-9.
- (291) Jafferany M, Huynh TV, Silverman MA, Zaidi Z. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in aging population. *International Journal of Dermatology* 2012;51:509-22.
- (292) National Health and medical research council. Clinical practice guidelines. Non Melanoma skin cancer: guidelines for treatment and management in Australia. 2002.

- (293) Nagano T, Ueda M, Suzuki T, Naruse K, Nakamura K, Nagai H, et al. Skin cancer screening in Okinawa, Japan. *J Dermatol Sci* 1999;19(3):161-5.
- (294) Marks R, Rennie G, Selwood TS. Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. *Lancet* 1988;1:795-7.
- (295) Dobson JM, DeSpain J, Hewewtt Je, Clark DP. Malignant transformation of actinic keratosis and the controversy over treatment: a patient oriented perspective. *Arch Dermatol* 1991;1991(127):-1029.
- (296) Moreno JC. ¿Son las queratosis actínicas un carcinoma espinocelular? *Piel* 2004;19(5):236-8.
- (297) Massa A, Alves R, Amado J, Matos E, Sanches M, Selores M, et al. Prevalence of cutaneous lesions in Freixo de Espada a Cinta. *Acta Med Port* 2000;13(5-6):247-54.
- (298) Guenther ST, Hurwitz RM, Buckel LJ, Gray HR. Cutaneous squamous cell carcinomas consistently show histologic evidence of in situ changes: a clinicopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:443-8.
- (299) Frost CA, Green AC. Epidemiology of solar keratoses. *British Journal of Dermatology* 1994;151:455-64.
- (300) Lycka BAS. Bowen's disease and internal malignancy. A meta-analysis. *International Journal of Dermatology* 1989;28:531-3.
- (301) Jaeger AB, Gramkoe A, Hjalgrim H, Melbye M, Frisch M. Bowen's disease and risk of subsequent malignant neoplasms. *Arch Dermatol* 1999;135:790-3.

- (302) Giménez García R, Hernández Herrero MO, Sánchez Ramón S. Enfermedad de Bowen: a propósito de un caso. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39(5):346-8.
- (303) Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF, Vázquez Salvado MM, del Villar Sordo V. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:137-41.
- (304) Stern R. The mysteries of geographic variability in nonmelanoma skin incidence. *Arch Dermatol* 1999;135:843-4.
- (305) Stulberg D, Crandell B, Fawcett R. Diagnosis and treatment of Basal Cell and Squamous cell carcinomas. *American Family Physician* 2004;70:1481-8.
- (306) Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *British Journal of Dermatology* 2002;146:1-6.
- (307) Buendía-Eisman A, Rodríguez M, Sánchez MJ, Ortega R, Serrano S, Martínez C. El cáncer de piel en la provincia de Granada. *Actas Dermosifilográficas* 2000;91:435-41.
- (308) Pascual JC, Belinchón I, Ramos MR, Blanes M, Betlloch I. Skin Tumors in Patient Aged 90 Years and Older. *Dermatol Surg* 2004;30:1017-20.
- (309) Taniguchi Y, Simizu Y, Inachi S, et al. Skin surgery in patients 90 years of age and over. *International Journal of Dermatology* 1998;37:547-50.
- (310) Heaphy MR, Ackerman AB. The nature of solar keratosis: a critical review in historical perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:138-50.

- (311) Martínez -Gallardo Prieto L, Hermida Galindo LF, D'hyver de las Deses C. Prevalencia de patología del pie en una población geriátrica y su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012;47(1):19-32.
- (312) Munro BJ, Steele JR. Foot-care awareness. A survey of persons aged 65 years and older. *J Am Podiatr Med Assoc* 1998;88:242-8.
- (313) Perea S, Ramos MJ, Garau M, González A, Noriega AR, del Palacio A. Prevalence and risk factors of tinea unguium and tinea pedis in the general population in Spain. *J Clin Microbiol* 2000;38:3226-30.
- (314) Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Publica* 2002;76:683-99.
- (315) Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Calidad de Vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria* 2003;31(5):285-94.
- (316) Badía X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the Euroqol 5D in the catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998;7:311-22.
- (317) Fernández-Mayoralas Fernández G, et al. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid: 2007.
- (318) Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ* 1998;316:736-41.

- (319) Ferrándiz Foraster C, García-Díez A, Lizán Tudela L, Bermúdez Rey L, Badía Llach X. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina Clínica(Barc)* 2007;128(9):325-9.
- (320) Badia X, Mascaró JM, Lozano R. Measuring health-related quality of life in patient with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. *British Journal of Dermatology* 1999;141:698-702.
- (321) Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1998;39:846-50.
- (322) Mallon E, Newton JN, Klassen A, Sterwart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical condition using generic questionnaires. *British Journal of Dermatology* 1999;149:672-6.
- (323) Finlay A.Y, Coles EC. The effects of sever psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology* 1995;132(236):244.
- (324) O' Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British Journal of Dermatology* 1997;136:197-201.
- (325) Jayaprakasam A, Darvay A, Osborne G, McGibbon D. Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous diseases. *Clinical and Experimental Dermatology* 2002;27:306-8.
- (326) Shah M, Coates M. An assessment of the quality of life in older patients with skin disease. *British Journal of Dermatology* 2006;154:150-3.

- (327) Blackford S, Roberts D, Salek MS, Finalya A. Basal cell carcinomas cause little handicap. *Qual Life Res* 1996;5:191-4.
- (328) Zabora J, BrintzenchofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19-28.
- (329) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7.
- (330) Rhee JS, Matthews A, Neuburg M, Smith TL, Burzynski M, Nattinger B. Skin Cancer and Quality of life: Assessment With the Dermatology Life Quality Index. *Dermatol Surg* 2004;30:525-9.
- (331) Rhee JS, Matthews A, Neuburg M, Smith TL, Burzynski M, Nattinger B. Quality of Life and Sun-Protective Behavior in Patients with Skin Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:141-6.
- (332) Rhee JS, Matthews A, Neuburg M, Burzynski M, Nattinger B. Creation of a Quality of Life Instrument for Nonmelanoma Skin Cancer Patients. *Laryngoscope* 2005;115:1178-85.
- (333) Fortune DG, Main CJ, O' Sullivan TM, Griffiths CEM. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *British Journal of Dermatology* 1997;137:755-60.
- (334) Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology* 1995;34:700-3.

- (335) Krueger GG, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
- (336) Ribera Pibernat M, Caballé G, Fernández-Chico G, Fuentes MJ, Ferrándiz Foraster C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel* 2004;19:242-9.
- (337) Finlay A.Y, Kelly SE. Psoriasis-an index of disability. *Clinical and Experimental Dermatology* 1987;12:8-11.
- (338) Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005;64((Suppl II)):18-ii23.
- (339) Fouilloux B. Onychomycoses et qualité de vie. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130:1275-8.
- (340) Katsambas A, Abeck D, Haneke E, Van de Kerkhof P, Burzykowki T, Molenberghs G, et al. The effects of foot disease on quality of life: results of the Achilles Project. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:191-5.

9 ANEXOS

9.1 Anexo I: Cuestionario de recogida de datos.

9.1.1 Datos del paciente.

Código	
Sexo Edad Lugar de nacimiento Estudios Estado civil Medio Domicilio Actual nº personas con las que convive Estudios realizados Profesión	
Tabaco Alcohol	
Ejercicio regular	
Frecuencia ducha Hidratación Exposición solar Fotoprotección Prurito En caso de prurito: aumenta por la noche En caso de prurito: aumenta con calor	

9.1.2 Enfermedades del paciente no dermatológicas.

Hipertensión arterial	Sí	No
Diabetes Mellitus	Sí	No
Dislipemia	Sí	No
Patología tiroidea	Sí	No
Patología cardiovascular	Sí	No
Patología nefrourológica	Sí	No
Patología osteomuscular	Sí	No
Patología digestiva	Sí	No
Patología psiquiátrica	Sí	No
Enfermedades neurológicas	Sí	No
Enfermedades pulmonares	Sí	No
Sentidos (vista, oído)	Sí	No
Neoplasias	Sí	No
Alergias	Sí	No

9.1.3 Patología dermatológica.

Motivo de consulta
Diagnóstico
Grupo dermatológico
Localización de las lesiones
Tiempo de evolución de las lesiones

9.1.4 Grupos dermatológicos.

Precánceres y neoplasias malignas	
Dermatosis pruriginosas	
Neoplasias benignas	
Alteraciones cutáneas secundarias a la exposición solar	
Patología de los pies y las uñas	
Infecciones	
Psoriasis	
Alteraciones membranas mucosas	
Liquen Escleroso y atrófico	
Alteraciones cutáneas secundarias a patología general orgánica	
Rosacea	
Alteraciones del cabello	
Linfomas cutáneos	
Melanomas	
Enfermedades vesiculosas	
Otras	

9.1.5 Tratamientos del paciente.

Antiagregantes	
Antibióticos	
Anticoagulantes	
Antidiabéticos orales	
Antifúngicos tópicos	
Analgésicos	
Antihistamínicos	
Antiinflamatorios	
Alopurinol	
Antiparasitarios	
Antiarrítmicos	
Ansiolíticos	
Antihipertensivos	

Anticonvulsivantes	
Breas	
Aparato circulatorio	
Cirugía	
Colirios	
Cambio de medicación	
Corticoides orales	
Corticoides topicos	
Crioterapia	
Cura oclusiva	
Derivación cirugía plástica	
Antidepresivos	
Diuréticos	
Electroterapia	
Extirpación	
Hierro	
Fotoprotección	
Hidratación (crema y/o emolientes)	
Tratamientos hormonales	
Hipolipemiantes	
Hipnóticos	
Inmunomoduladores	
Inhibidores enzima conversor angiotensina	
Inhaladores	
Inmunosupresores	
Insulina	
Laca de uñas	
No precisa dermatológicamente	
Observación de la lesión	
Parches transdermicos	
Protectores gástricos	
Antipsoriásicos	
Tratamiento para la próstata	
Retinoicos tópicos	
Retrovirales	
Sulfato de cobre	
Sedantes vestibulares	
Antibióticos tópicos	

Tirosina	
Antiverrugas	
Vaselina salicílica	

9.2 Anexo II: Grupos dermatológicos.

9.2.1 Grupos dermatológicos (tabla original).

Tabla original: Books@Ovid. Copyright © 1999 McGraw-Hill. Irwin M. Freedberg, Arthur Z. Eisen, Klaus Wolff, K. Frank Austen, Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, and Thomas B. Fitzpatrick. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*

	CHAPTER CROSS REFERENCE		CHAPTER CROSS REFERENCE
Pruritus in aging	145	Cellulitis, including post coronary artery bypass	197
Connective tissue changes in aging		Pyoderma	195
Wrinkling and sagging skin and fragility (not from sun exposure)	145	Herpes simplex: chronic herpetic ulcers, disseminated	215
Wound healing	9,145,266	Herpes zoster: postzoster neuralgia, disseminated	216
Disorders of altered epidermal kinetics	9	Diphtheria: cutaneous, pharyngeal, and ocular	195
Psoriasis vulgaris	43	Lyme borreliosis and acrodermatitis chronica obliterans	204
Xerosis	52,145	Infestations	
Vesicular and bullous diseases	61	Scabies, including Norwegian	239
Bullous pemphigoid	61,145	Pediculosis pubis	239
Acneform disorders	73	Pediculosis capitis	239
Rosacea	74	Pediculosis corporis	239
Benign neoplasia	83, 145	Disorders of the feet	
Cherry angioma	83	Clavi, corns, calluses	
Skin tags (acrochordons)	83	Bursitis	
Colloid milium	79	Bunions	
Cutaneous horns	79	Intractable plantar keratoses	
Fibroepithelioma	82	Neoplasia	
Keratocanthoma	82	Subungual exostosis	72
Seborrheic keratoses	83	Onychocryptosis	72
Sebaceous adenoma (hyperplasia)	83	Onychia	72
Clear cell acanthoma	83	Onycholysis	72
Disorders of nails	72	Onychogryphosis	72
Nail growth	72	Onychophosis	
General aging-related nail changes	72	Cutaneous melanoma and its precursors	90, 92
Nail dystrophies	72	Lentigo maligna	92
Disorders of mucous membranes	114	Lentigo maligna melanoma	92
Problems of edentulous mouth	114	Superficial spreading melanoma	92
Cheilitis	114	Desmoplastic melanoma	92
Perleche	114	Nodular melanoma	92
Leukoplakia	114	Precancerous and malignant nonmelanoma cutaneous neoplasia	79-81
Oral cancer	114	Angiosarcoma	102
Eczematous dermatitis		Solar keratoses	79
Nummular eczema	125	Bowen's disease	79
Gravitational eczema	167	Paget's disease of the breast	86
Astatoic eczema	125	Extramammary Paget's disease	86
Lichen simplex chronicus	125		
Atopic eczema	124		
Autosensitization eczema	123		
Prurigo nodularis	123		
	CHAPTER CROSS REFERENCE		CHAPTER CROSS REFERENCE
Disorders due to sun exposure	134-138	Basal cell carcinoma, including morpheic	81
Photoaging	146	basal cell carcinoma	
Cutis rhomboidalis nuchae	138	Squamous cell carcinoma, including the lip	80
Solar lentigo	138	Cutaneous neuroendocrine carcinoma (Merkel cell carcinoma)	85
Favre-Racouchot disease	138	Cutaneous metastasis to the skin	185
Solar purpura (Bateman's senile purpura)	138	Cutaneous manifestations of systemic malignancy: paraneoplastic syndromes	185
Venous lakes	102	Cowden's disease	185
Stellate scars of the hands and forearms	138	Paraneoplastic syndromes: dermatomyositis, paraneoplastic pemphigus, acanthosis nigricans, Basex syndrome	185
Radiodermatitis, acute and chronic	130	Glucagonoma and migratory necrolytic erythema	185
Photosensitivity disorders	136	Disorders of hair	71
Actinic reticuloid	110, 136	Age-related changes	71
Drug eruptions, phototoxic	137	Androgenetic alopecia	71
Drug eruptions, photoallergic	137	Craying	89
Adverse cutaneous drug reactions	140	Hair loss	71
Exanthematous	140	Disorders of heat and cold	
Fixed eruptions	140	Erythema ab igne	13
Warfarin necrosis	140	Chilblains	128
Infections		Metabolic, endocrine	
Dermatophyte infections	206	Diabetes mellitus: diabetic dermopathy	170
Candidiasis: cutaneous, mucosal, and invasive	207	Hypothyroidism: myxedema	170
Cutaneous lymphomas/leukemias	108	Hyperthyroidism	170
Parapsoriasis en plaque	48, 108	Addison's disease	170
Cutaneous T cell lymphoma (CTCL)	108	Cushing's disease	170
Sézary's syndrome	108	Gout	179
Cutaneous B cell lymphoma (CBCL)	109	Alkaptonuria	149
Leukemia cutis	109	Xanthomatosis	152
Multiple myeloma		Disorders of nutrition	
Macroglobulinemia		Calorie deficiency	147
Disorders of the anogenitalia		Zinc deficiency	148
Pruritus ani and vulvae	115,116	Scurvy	147
Atrophic vulvitis	116	Pellagra	147
Leukoplakic vulvitis	116		
Balanitis xerotica obliterans	115		
Intraepithelial neoplasia	115,116		
Erythroplasia of Queyrat	115, 116		
Squamous cell carcinoma of the penis	115		
Squamous cell carcinoma of the vulva	116		
	CHAPTER CROSS REFERENCE		CHAPTER CROSS REFERENCE
Complications of the immunocompromised host: organ transplantation, bone marrow transplantation, chemotherapy-induced		Circulatory disorders	
Graft-versus-host disease	120	Oster's disease	102
Chronic herpetic ulcers	121, 215	Livedo reticularis	167
Candidemia	121, 207	Purpura, cortisone-induced	252
Neoplasia in the chronically immunosuppressed host	121	Ischemia and gangrene	167
Immune, rheumatic disorders		Chronic venous insufficiency	167
Amyloidosis	150	Varicose ulcers	167
Lupus erythematosus syndromes	172	Dependent rubor	167
Progressive systemic sclerosis	174	Acrocyanosis	
Morphea	174	Sexually transmitted diseases	
Cryoglobulinemia	177	Syphilis	229
Sarcoidosis, lupus pemio	184	Gonorrhea	234
Dermatomyositis	173	Herpes simplex	215
Rheumatoid arthritis	179	Condylomata acuminata	224
Rheumatoid nodules	179	Intraepithelial neoplasia	224
Psoriatic arthritis	44	Cutaneous ulcers	
Pemphigus vulgaris	60	Leg ulcerations	167
Livedo reticularis	167	Pressure sores	133
Giant cell arteritis temporal arteritis, Takayasu's arteritis	175	Miscellaneous	
Hypersensitivity vasculitis, drug-induced	176	Lichen sclerosus et atrophicus	115, 116
Wegener's granulomatosis	175	Skin atrophy	204, 245
Erythroderma		Seborrheic dermatitis	126
Psoriatic, pityriasis rubra pilaris, Sézary's syndrome, drug	45	Intertrigo	116

9.2.2 Grupos dermatológicos (tabla traducida).

Tabla traducida: Books@Ovid. Copyright © 1999 McGraw-Hill/Irwin M. Freedberg, Arthur Z. Eisen, Klaus Wolff, K. Frank Austen, Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, and Thomas B. Fitzpatrick. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*

Prurito en el envejecimiento
Cambios en el tejido conectivo con el envejecimiento
Alteraciones epidérmicas
Psoriasis vulgar
Xerosis
Alteraciones vesiculares y bullosas
Pénfigo Bulloso
Alteraciones acneiformes
Rosácea
Neoplasias Benignas
Angiomas Cherry
Acrocordones
Millium coloidal
Cuernos cutáneos
Fibroepiteliomas
Queratoacantomas
Queratosis seborreicas
Adenomas sebáceos
Alteraciones de las uñas
Crecimiento de la uña
Cambios generales de las uñas debidas al envejecimiento
Distrofias de las uñas
Alteraciones en las membranas mucosas
Problemas debidos a la dentadura
Queilitis
Boqueras
Leucoplasia
Cáncer oral
Dermatitis Eczematosas
Eczema Numular
Eczema gravicional
Eczema Ateatóxico
Liquen simple crónico
Eczema atópico
Eczema por autosensibilización
Prúrigo nodular
Alteraciones debidas a la exposición solar
Fotoenvejecimiento
Cutis romboidal nugal
Léntigo solar
Enfermedad de Favre-Racouchot
Púrpura solar (Púrpura senil de Bateman)
Lagos venosos
Cicatrices estrelladas en manos y antebrazos
Radiodermatitis aguda o crónica
Alteraciones de fotosensibilidad

Reticulosis actínicas
Erupciones secundarias a fármacos, fototoxicidad
Erupciones secundarias a fármacos, fotoalergia
Reacciones cutáneas adversas de fármacos
Exantemáticas
Erupciones fijas
Necrosis Warfarínica
Infecciones
Dermatofíticas
Candidiasis: cutánea, mucosa e invasiva
Celulitis (incluyendo la postcirugía de bypass coronario)
Hypoderma
Herpes simple: crónico, úlcera herpética o diseminado.
Herpes zoster: neuralgia postherpética, diseminación.
Difteria: cutánea, faríngea y ocular.
Borreliosis y acrodermitis crónica obliterante
Infestaciones
Sarna (incluyendo la noruega)
Pediculosis púbica
Pediculosis del cuero cabelludo
Pediculosis corporal
Alteraciones en los pies
Clavos, cuernos y callos
Bursitis
Juanetes
Queratosis plantar
Neoplasias
Exostosis subungueales
Onicocriptosis
Onichausis
Onicolisis
Onicogrifosis
Onicochophosis
Melanoma cutáneo y sus precursores
Léntigo maligno
Melanoma léntigo maligno
Melanoma superficial
Melanoma desmoplásico
Melanoma nodular
Precánceres y Neoplasias malignas cutáneas no melanomas
Angiosarcomas
Queratosis actínicas
Enfermedad de Bowen
Enfermedad de Paget mamario
Enfermedad de Paget extramamario
Carcinoma de células basales
Carcinoma de células escamosas (incluyendo el de labios)
Carcinoma neuroendocrino cutáneo (Carcinoma de células de Merkel)
Metástasis cutáneas
Síndromes paraneoplásicos, manifestaciones cutáneas de procesos malignos
Enfermedad de Cowden
Síndromes paraneoplásicos. Dermatomiositis, pénfigo paraneoplásico, acantosis nigrans)

Glucagonoma y eritema migratorio necrolítico
Alteraciones del cabello
Cambios relacionados con la edad
Alopecia androgénica
Encanecimiento
Pérdida del cabello
Linfomas cutáneos, linfomas
Parapsoriasis en placas
Linfoma cutáneo de células T
Síndrome de Sezary
Linfoma cutáneo de células B
Leucemia cutánea
Mieloma múltiple
Macroglobulinemia
Alteraciones anogenitales
Prurito anal y vulvar
Vulvitis atrófica
Vulvitis leucoplásica
Balanitis xerótica obliterante
Neoplasia intraepitelial
Eritroplasia de Queyrat
Carcinoma del pene de células escamosas
Carcinoma de vulva de células escamosas
Complicaciones en inmunodeprimido
Rechazo
Úlcera herpética crónica
Candidiasis
Neoplasia en inmunodeprimido crónico
Alteraciones reumáticas e inmunes
Amiloidosis
Lupus eritematoso
Esclerosis sistémica
Morfea
Crioglobulinemia
Sarcoidosis, lupus pernio
Dermatomiositis
Artritis reumatoide
Nódulos reumático
Pénfigo vulgar
Livedo reticularis
Arteritis de células gigantes: arteritis de la temporal, arteritis de Takayasu
Vasculitis por hipersensibilidad a fármacos
Granulomatosis de Wegener
Eritrodermia
Psoriásica, pitiriasis rubra, síndrome de Sezary, secundaria a fármacos
Alteraciones por calor y frío
Eritema ab igne
Chilblains
Alteraciones endocrinas, metabólicas
Diabetes Mellitus: diabetes dermopática
Hipotiroidismo: mixedema
Hipertiroidismo
Enfermedad de Addison

Enfermedad de Cushing
Gota
Alcaptonuria
Xantomatosis
Alteraciones de la nutrición
Déficit calórico
Déficit de Zinc
Escorbuto
Pelagra
Alteraciones de la circulación
Enfermedad de Osler
Livedo reticularis
Púrpura inducida por cortisona
Isquemia y gangrena
Insuficiencia venosa crónica
Úlcera varicosa
Rubor dependencia
Acrocianosis
Enfermedades de transmisión sexual
Sífilis
Gonorrea
Herpes simple
Condiloma acuminado
Neoplasia intraepitelial
Úlcera cutánea
Ulceraciones en las piernas
Presión dolorosa
Miscelanea
Liquen escleroso y atrófico
Piel atrófica
Dermatitis seborreica
Intértrigo

9.3 Anexo III: Cuestionario de calidad de vida.

9.3.1 EuroQol-5D.

Marque con una señal como ésta (X) las afirmaciones que describan mejor su estado de salud.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

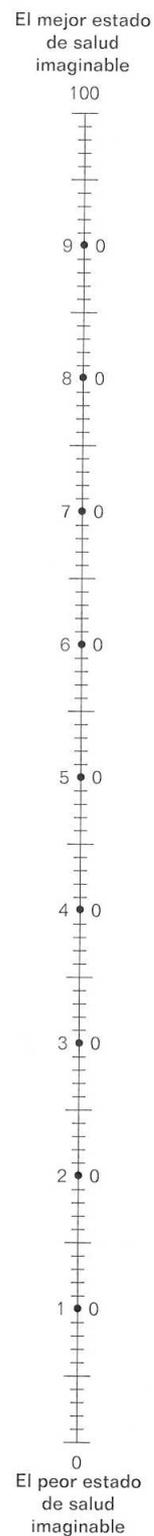
- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es (por favor, marque un cuadro):

- | Mejor | Igual | Peor |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse. Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado
de salud
HOY



	tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
7.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios ?	Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
9.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
10.	Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>

**Compruebe, por favor, que ha contestado a CADA pregunta.
Muchas gracias.**

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, Abril de 1992. Este documento no debe ser copiado sin el permiso de los autores.

* Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19:210-16.