

Evolución de la demanda banal dermatológica en el área del Baix Llobregat, Barcelona

Trends in banal dermatologic request in the are of Baix Llobregat, Barcelona

J. Graells, RM^a Ojeda, J. Notario, I. Gallego

Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Boi. Parc Sanitari de Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia:

Jordi Graells Estrada
e-mail: jordi.graells@pssjd.org

Recibido: 12/12/2010

Aceptado: 11/12/2012

Resumen

Introducción: En la Especialidad de la Dermatología, un porcentaje de la demanda es banal o cosmética. Aunque existe la percepción de un incremento de dicha demanda, no hay estudios en nuestro medio que examinen su variación a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Se examinaron retrospectivamente todas las primeras visitas atendidas en el Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat entre los años 1996 y 2008. Se etiquetaron como banales las visitas con el diagnóstico de queratosis seborreica, acrocordón, angioma capilar, lentigo solar y quiste miliar. Se relacionó la frecuentación por dicha demanda con diversas variables.

Resultados: Se atendieron un total de 74.994 primeras visitas a lo largo de 13 años, y 11.833 (15,78%) cumplieron los criterios de demanda banal. El porcentaje de primeras visitas que cumplieron los criterios pasó del 3,64% en 1996 hasta el 19,43% en 2008 (prueba Chi cuadrado de Mantel-Haenszel; $p < 0,001$), aunque en los últimos cinco años (2004-2008) se estabilizó ($p = 0,977$). En los pacientes mayores de 40 años, de forma independiente de la prevalencia, el porcentaje de visitas por los motivos descritos aumentó más a lo largo de los años comparado con los más jóvenes.

Comentario: La demanda banal ha aumentado (se ha quintuplicado) en los últimos 13 años. Aunque en los últimos cinco años se ha estabilizado, lo ha hecho en un porcentaje alto de la demanda asistencial total.

Palabras clave: dermatología, estética, tendencia, epidemiología.

(J. Graells, RM^a Ojeda, J. Notario, I. Gallego. Evolución de la demanda banal dermatológica en el área del Baix Llobregat, Barcelona. Med Cutan Iber Lat Am 2013;41(1):7-12)

Summary

Introduction: In the speciality of Dermatology, a percentage of the request is for banal or cosmetic reasons. Although there exist the perception that this request is increasing, there are no studies in our setting that analyze its trend over time.

Material and methods: First visits attended in the Dermatology Department of the Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat between 1996 and 2008 were retrospectively studied. Seborreic keratosis, skin tags, capillary hemangioma, solar lentigo and millia were included as banal diagnoses. This request was compared to other variables.

Results: Along 13 years, 74.994 first appointments were attended, accomplishing criteria for banal 11,833 (15,78%) of them. The percentage of these diagnoses raised from 3.64% in 1996 to 19.43% in 2008 (Chi square of Mantel-Haenszel; $p < 0.001$), although in the last five years (2004-2008) this stabilized ($p = 0.977$). In older patients (more than 40 years), independently of prevalence, the percentage of banal visits grew faster than in younger ones.

Comment: The banal request has increased fivefold in the last 13 years. Although it has stabilized in the last five years, it has done so in a high percentage of dermatological request.

Key words: dermatology, esthetics, trends, epidemiology.

La Dermatología Médico-Quirúrgica se encarga de cubrir la demanda dermatológica de la población. La especialidad de la Dermatología en España forma parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), y los ciudadanos pueden por lo tanto resolver sus problemas dermatológicos a través de la sanidad pública. La demanda cosmética dermatológica no queda

cubierta en teoría por el SNS[1]. Sin embargo, y en una especialidad como la nuestra, una cierta cantidad de consultas, tanto en el SNS como en el ámbito privado, es por motivos cosméticos.

Existe la opinión por parte de los dermatólogos de una gran demanda por motivos cosméticos, y la sensación de un

incremento con el tiempo. Esta demanda y su evolución, sin embargo, han sido escasamente cuantificados[2], por lo que en realidad se emiten muchas opiniones basadas en percepciones subjetivas más que en datos.

Por otro lado, los criterios para definir qué es demanda cosmética pueden ser en ocasiones subjetivos. Algunos estudios han intentado calcular, de forma transversal, el porcentaje de demanda cosmética dermatológica en el SNS[3, 4]. La definición cuidadosa de lo que es demanda cosmética es un factor limitante en este tipo de estudios.

No hemos encontrado trabajos que en nuestro medio cuantifiquen la evolución en el tiempo de la demanda cosmética. Presentamos un estudio sobre la evolución de dicha demanda a lo largo de 13 años. Para superar las discrepancias que puedan surgir en el concepto de cosmética, hemos preferido emplear el término de banal para los diagnósticos estudiados. Nuestro enfoque, al ser longitudinal, permite además eliminar en cierto modo la limitación de la subjetividad en la evaluación de lo que es cosmética.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo en el Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat, perteneciente a la "Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública" de Catalunya, formando parte de la sanidad pública concertada catalana. El Hospital está situado en medio urbano en el área metropolitana de Barcelona, y proporciona asistencia a una población de 115.000 habitantes.

Se ha trabajado sobre una base de datos que incluye todas las visitas desde el año 1996 hasta el año 2008. La base de datos contiene información sobre datos de filiación y diagnóstico (codificado o no). Se incluyeron en el estudio exclusivamente las primeras visitas. La gran mayoría de pacientes son remitidos habitualmente desde las áreas básicas de salud.

Definición de diagnóstico banal: se intentó definir como banal un número limitado de diagnósticos, sencillos en cuanto a su precisión diagnóstica, su facilidad de registro y su objetividad; con una prevalencia relativamente alta, y de acuerdo a los diagnósticos considerados cosméticos en otros trabajos previos[3-7]. Así, se incluyeron como "banales" los siguientes diagnósticos: acrocordón; queratosis seborreica; angioma capilar (punto rubí); lentigo solar; quiste miliar.

En la base de datos se eliminaron todos los casos con datos insuficientes para ser evaluados, y se recodificaron las variables de acuerdo con los criterios descritos.

Se calculó la proporción de visitas banales y no banales para cada año, y su relación con otras variables disponibles: Edad, sexo, Área Básica de Salud (ABS) de origen. Se evaluó la evolución en el tiempo de las consultas consideradas

Tabla 1. Distribución de las visitas totales y patología banal por años.

Año	Total primeras visitas	Patología banal (%)
1996	3.765	137 (3,64)
1997	4.093	104 (2,54)
1998	5.100	435 (8,53)
1999	6.295	824 (13,09)
2000	5.983	861 (14,39)
2001	6.032	1.016 (16,84)
2002	6.135	1.047 (17,07)
2003	6.161	1.183 (19,2)
2004	5.793	1.137 (19,63)
2005	5.733	1.185 (20,67)
2006	6.446	1.285 (19,93)
2007	6.676	1.301 (19,49)
2008	6.782	1.318 (19,43)
Total	74.994	11.833 (15,78)

banales atendiendo a los criterios descritos.

Para el análisis estadístico, se aplicó la prueba de Chi cuadrado de comparación de proporciones, aplicando el modelo de tendencia lineal de Mantel-Haenszel, con el programa SPSS. El trabajo contó con la aprobación del comité científico de la institución.

Resultados

Se atendieron un total de 74.994 primeras visitas a lo largo de 13 años, y 11.833 (15,78%) cumplieron los criterios de demanda banal. La distribución de las visitas totales y banales por años se presenta en la Tabla 1 y la Figura 1.

El porcentaje de primeras visitas que cumplieron los criterios de patología banal aumentó a lo largo de los años, pasando del 3,64% en 1996 hasta el 19,43% en 2008 (prueba Chi cuadrado de Mantel-Haenszel; $p < 0,001$). En la Figura 2 se puede observar la evolución a lo largo de los años del porcentaje de primeras visitas que fueron banales; los resultados se expresan en porcentajes y no en valores absolutos, para evitar la percepción de aumento debido al incremento en valor absoluto del número de visitas con los años. Sin embargo, al examinar la evolución en los últimos cinco años (2004-2008), la demanda banal ya no aumentó significativamente en este período (Figura 2; prueba Chi cuadrado de Mantel-Haenszel; $p = 0,977$).

Los dos diagnósticos con mayor prevalencia fueron la queratosis seborreica y el acrocordón. En el caso de la queratosis seborreica, la demanda no paró de aumentar, mientras que el acrocordón se estabilizó en los últimos años (Tabla 2).

Por sexos, el 14,63% de visitas en hombres fue por uno de los diagnósticos banales, y en el caso de las mujeres un 16,62%. El promedio de edad fue de 53,2 años para las visitas banales, y de 38,2 años para el resto.

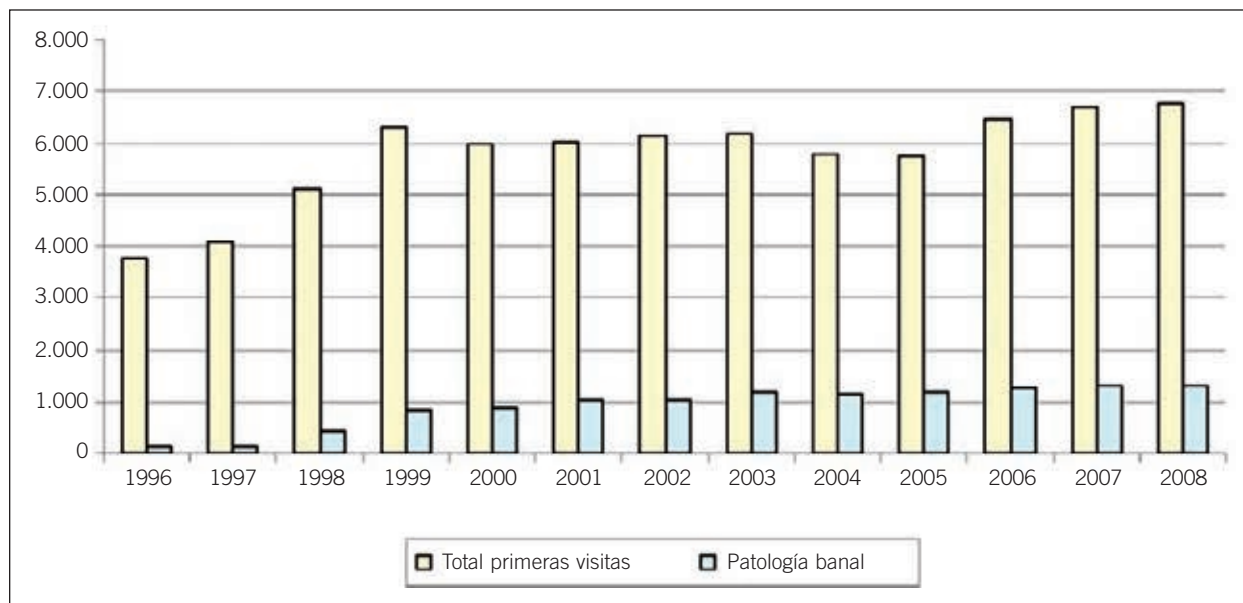


Figura 1. Evolución por años del número de primeras visitas totales y banales ($p < 0,001$).

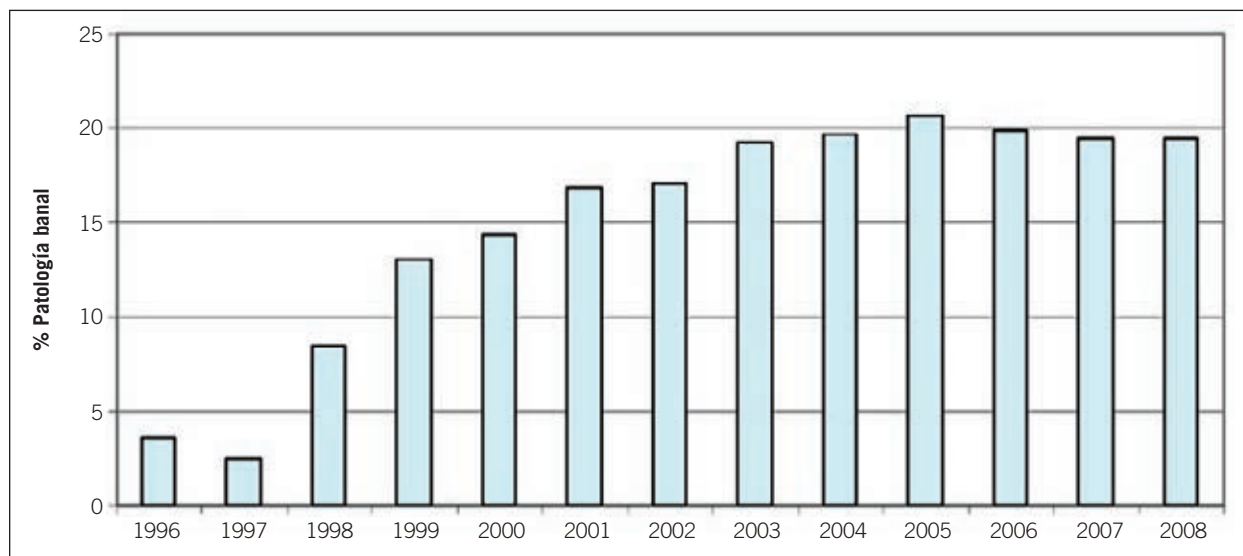


Figura 2. Evolución por años del porcentaje de primeras visitas que son banales: estabilización en los últimos años.

Fue interesante, al evaluar la evolución en distintos grupos de edad, el hallazgo de que a partir de los 40 años, de forma independiente de la prevalencia, el porcentaje de visitas por motivo banal aumentó a lo largo de los años (Tabla 3, Figura 3). En los pacientes mayores de 65 años se evidenció la misma tendencia.

Otras variables analizadas no influyeron en una evolución distinta a lo largo de los años de la demanda banal: Sexo; ABS origen del paciente; proximidad de la ABS al Hos-

pital; dermatólogo; práctica de cirugía menor en una de las ABS (datos no mostrados).

Un total de 9921 pacientes distintos concertaron 11.833 primeras visitas por demanda banal, por lo que muchos de ellos repitieron el motivo de consulta. En concreto, 2 pacientes acudieron 7 veces por motivo banal, 7 pacientes en 6 ocasiones, 9 pacientes 5 veces, 46 pacientes 4, y 230 pacientes 3 visitas. Así, del total de pacientes que consultaron por motivo banal, 294 (2,96%) fueron “multi-consultores” (más de 2 veces).

Tabla 2. Distribución de los diferentes diagnósticos de patología banal por año.

Año	Queratosis seborreica	Acrocordón	Lentigo solar	Quiste miliar	Angioma capilar
	Visitas (%)	Visitas (%)	Visitas (%)	Visitas (%)	Visitas (%)
1996	51 (1,35)	77 (2,05)	0 (0)	6 (0,16)	3 (0,08)
1997	32 (0,78)	39 (0,95)	3 (0,07)	5 (0,12)	25 (0,61)
1998	207 (4,06)	144 (2,82)	25 (0,49)	4 (0,08)	55 (1,08)
1999	414 (6,58)	311 (4,94)	50 (0,79)	1 (0,02)	48 (0,76)
2000	405 (6,77)	351 (5,87)	60 (1)	0 (0)	45 (0,75)
2001	453 (7,51)	430 (7,13)	78 (1,29)	14 (0,23)	41 (0,68)
2002	480 (7,82)	411 (6,7)	104 (1,7)	10 (0,16)	42 (0,68)
2003	589 (9,56)	421 (6,83)	101 (1,64)	12 (0,19)	60 (0,97)
2004	576 (9,94)	406 (7,01)	96 (1,66)	14 (0,24)	45 (0,78)
2005	580 (10,12)	435 (7,59)	113 (1,97)	14 (0,24)	39 (0,68)
2006	622 (9,65)	481 (7,46)	123 (1,91)	12 (0,19)	47 (0,73)
2007	735 (11,01)	376 (5,63)	133 (1,99)	10 (0,15)	47 (0,7)
2008	756 (11,15)	395 (5,82)	112 (1,65)	11 (0,16)	44 (0,65)

Tabla 3. Evolución del porcentaje de visitas por motivo banal por grupos de edad.

Año	Menores de 40 años	De 41 a 65 años	Mayores de 65 años
	Visitas (%)	Visitas (%)	Visitas (%)
1996	50 (2,1)	69 (6,9)	18 (5,5)
1997	35 (1,3)	52 (4,8)	14 (3,5)
1998	106 (3,7)	210 (13,6)	109 (18)
1999	205 (5,8)	450 (23,3)	167 (20,1)
2000	218 (6,9)	457 (23,9)	186 (21,1)
2001	235 (7,5)	560 (28,8)	220 (23,8)
2002	243 (7,7)	569 (28,4)	233 (24,2)
2003	269 (8,8)	613 (30,2)	300 (27,9)
2004	248 (8,9)	586 (29,8)	303 (29,3)
2005	225 (8,4)	645 (32,4)	315 (29,9)
2006	263 (8,8)	666 (30)	354 (28,5)
2007	224 (7,6)	732 (30,2)	345 (26,5)
2008	197 (6,6)	701 (29,2)	420 (30)

Comentario

En los últimos años hemos asistido a un incremento en la demanda de asistencia dermatológica, y no sólo en España[8]. Este incremento puede deberse a necesidades reales, a una mayor sensibilización sobre las enfermedades cutáneas y el cáncer de piel, y también a un incremento del consumismo en general[8, 9]. Parte de este incremento debe ser muy probablemente debido a una mayor demanda cosmética.

En nuestro análisis hemos encontrado un aumento significativo en la demanda banal en los últimos 13 años, lo que confirma la percepción subjetiva de que esta demanda está aumentando. A pesar de todo, después de unos años en que aumentó de forma importante, ésta se ha estabilizado, aunque lo ha hecho ocupando un porcentaje alto de la demanda dermatológica total (cerca de un 20%), hecho que puede limitar la llegada de otros pacientes con enfermedades importantes.

Habitualmente en nuestro servicio, dentro de unos límites, aceptamos tratar este tipo de demanda. En opinión de

los dermatólogos participantes en este estudio, no se ha producido un cambio de actitud con el tiempo por parte de los facultativos en la atención o tratamiento de los problemas cosméticos que haya podido influir de forma importante en la evolución de la demanda banal, ni de forma positiva ni negativa. Tampoco la accesibilidad que pueden tener los pacientes a nuestro hospital ha cambiado.

¿Qué es demanda cosmética?

Las enfermedades cutáneas, al ser visibles en su mayoría, pueden tener una gran implicación social. Muchas tienen una morbilidad importante debido al aspecto que confieren a la piel del paciente. Es por ello que se puede asumir que la mayoría de los pacientes dermatológicos, cuando consultan, tienen motivaciones cosméticas añadidas a la consulta básica por su dermatosis. Así, por ejemplo, un adolescente que consulta por acné puede estar más motivado por su aspecto exterior que por la sintomatología real; sin embargo, difícilmente un derma-

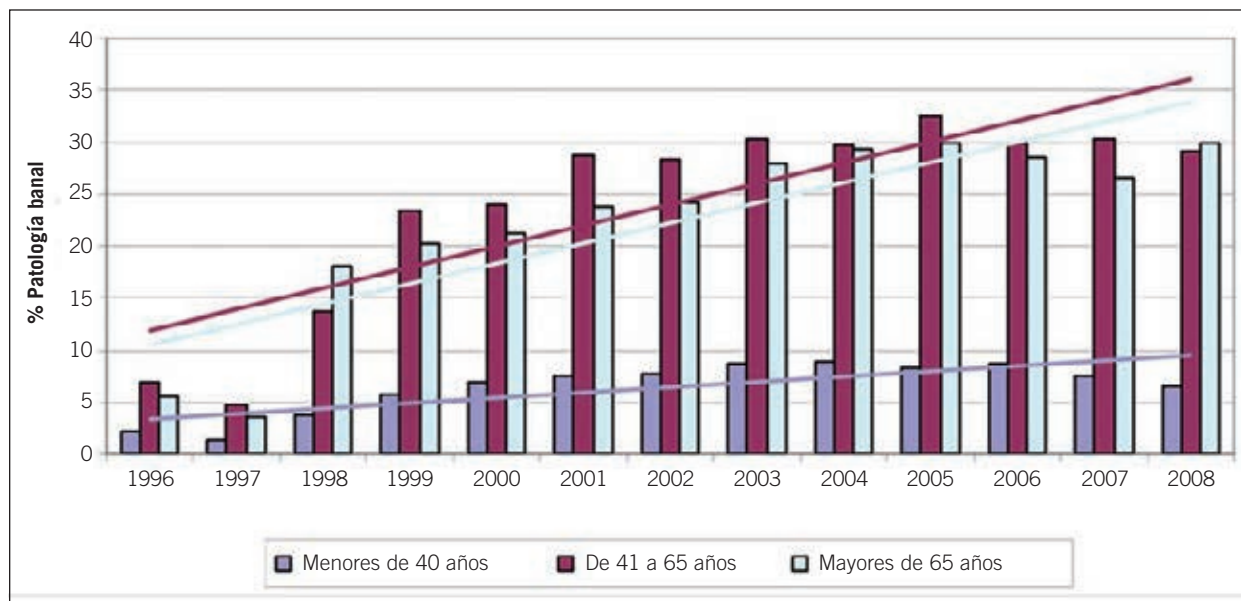


Figura 3. Evolución por años del porcentaje de primeras visitas banales por grupo de edad: mayor incremento en los pacientes mayores de 40 años.

tólogo aceptará considerar una visita por acné como cosmética, cuando reconoce que existen muchos casos asociados a morbilidad psicosocial, llegando incluso a trastorno dismórfico.

Un paciente que consulta por una queratosis seborreica pigmentada, tradicionalmente etiquetado como consulta cosmética, quizá sólo tiene interés en que se le descarte cáncer de piel. Por otro lado, un acrocordón en el cuello puede no ser considerado como problema cosmético cuando produce molestias o dolor a criterio del paciente.

Definir demanda cosmética puede ser, por lo tanto, muy complejo, interpretable, discutible, e incluso variable según el entorno socio-cultural[9]. Por dicho motivo hemos preferido en este trabajo referirnos a patología banal para superar las discrepancias que puedan surgir al emplear el término “cosmética”, a pesar de que otros trabajos publicados etiquetan directamente de cosmética la patología incluida [3, 4].

La prevalencia de demanda banal puede ser estudiada de forma retrospectiva, o bien mediante un estudio transversal o prospectivo, mediante la categorización *in situ* en el momento de cada visita como banal o no[3, 4, 6]. Ambos métodos tienen limitaciones.

En un estudio como el nuestro, la naturaleza retrospectiva no permite saber si el paciente consultaba realmente por motivo cosmético o no. Es por ello que probablemente un estudio retrospectivo no sea el adecuado para valorar la prevalencia real de demanda cosmética de forma transversal. No obstante, si el estudio es longitudinal, como es el caso del presente trabajo, sí que es capaz de detectar la tendencia en el tiempo de

este tipo de demanda; esta capacidad de análisis de tendencia en el tiempo se ve reforzada por el hecho de que hemos incluido un número de diagnósticos reducido, que pueden ser emitidos y registrados con precisión, y menos sometidos a la subjetividad de quien evalúa al paciente. Por todo ello, nuestro estudio no se planteó evaluar prevalencia, sino únicamente tendencia a lo largo del tiempo.

El análisis de la demanda cosmética de forma transversal y prospectiva podría superar algunas de las limitaciones de nuestro trabajo, ya que mediría la prevalencia real de demanda cosmética en un momento determinado, y su evolución en el tiempo si se realizase de forma longitudinal. Un diseño así tendría, sin embargo, otras limitaciones: la evaluación de una visita como cosmética o no, podría ser interpretable, sometida a la subjetividad del evaluador. Nuestro diseño, al contemplar diagnósticos muy concretos, supera el sesgo de la subjetividad del evaluador.

Otro aspecto que no hemos podido evaluar es la demanda cosmética oportunista (“ya que estoy aquí”) por parte de los pacientes que son visitados por enfermedades más o menos importantes, puesto que se registra únicamente un diagnóstico por cada visita, quedando muy probablemente un grupo de demanda cosmética “oculta”, de la cual tampoco podemos conocer si ha cambiado con el tiempo[6].

Hay algunos trabajos en nuestro medio que analizan la demanda cosmética mediante estudios transversales[3, 4, 6]. En ellos se concluye que la demanda cosmética supone entre el 18 y el 25% del total de la demanda dermatológica.

En nuestro trabajo, aunque no es directamente comparable por metodología distinta, en los últimos 6 años encontramos que un 20% de la demanda es banal; teniendo en cuenta que nuestros criterios de inclusión son más restringidos, probablemente la cifra real podría parecerse a la encontrada en estos otros trabajos. No hemos encontrado estudios con qué compararnos que evalúen de forma longitudinal la evolución de la demanda banal a lo largo de los años.

En las áreas básicas de salud de nuestra zona no se practica habitualmente cirugía menor dermatológica, excepto en una de ellas desde hace cuatro años (básicamente crioterapia), lo que no pareció influir en la derivación al dermatólogo. Tampoco hubo diferencias en cuanto a sexos en la evolución de la demanda banal (discretamente mayor por parte de las mujeres).

Fue interesante encontrar que, por encima de los 40 años de edad, aparte de la mayor frecuentación por demanda banal (lógicamente explicada por la mayor prevalencia de los diagnósticos incluidos), el porcentaje de dicha demanda aumentó más que en los menores de 40 años. En los pacientes mayores de 65 años, también. No podemos afirmar que los pacientes menores de 40 años sean los menos demandantes de atención banal, porque no analizamos prevalencia; sí podemos entrever, sin embargo, que este tipo de demanda en este grupo de edad no ha aumentado tanto como en las personas mayores.

La gran mayoría de diagnósticos banales fueron queratosis seborreica y acrocordón. La formación de los médicos de familia de forma específica en esta área podría descargar en parte la presión asistencial de los dermatólogos. Ello no resolvería el profundo debate –que no abordamos en este trabajo– sobre si se debe atender o no la demanda banal en el SNS; únicamente traspasaría el problema a otra especialidad. Por otro lado, la conocida dificultad ocasional en el

diagnóstico diferencial entre queratosis seborreica y melanoma, para la cual estamos sin duda más entrenados los dermatólogos, podría poner en riesgo a algunos pacientes si la derivación se viera restringida[10].

Probablemente son múltiples los factores que puedan influir en el aumento la demanda banal: El temor al cáncer de piel aumenta la remisión de lesiones benignas[8]. La satisfacción del paciente con el tratamiento[2], aunque en nuestro estudio los pacientes repetidores fueron sólo el 2,96% del total. La facilidad de acceso, la sensibilización respecto a las enfermedades cutáneas, la presión social sobre la necesidad de mejorar el aspecto de la piel, la campaña por parte de la Dermatología promocionando su papel en los trastornos cosméticos de la piel, las expectativas de la población, el deseo o “codicia” de mejorar estéticamente, el nivel cultural y el contexto psicosocial[2, 9, 11], todos ellos motivo de análisis más complejos. No menos importante, la sumisión y complacencia con los deseos del usuario por parte del dermatólogo[2].

No queda claro por qué en los últimos seis años la demanda banal se ha estabilizado. Quizá el porcentaje de 20 a 30% sea su dintel natural, o quizá se está devaluando el “modelo comercial o consumista” de la pasada década[12]. De todos modos, parece poco probable que esta demanda tenga que disminuir significativamente si no es, entre otros, a través de un cambio socio-cultural[9, 11].

Como conclusión, hemos encontrado, confirmando la percepción subjetiva de muchos dermatólogos, un incremento real de la demanda banal a lo largo de los últimos 13 años, analizando la tendencia en ciertos diagnósticos “centinela”. Es difícil precisar las causas reales de este aumento, así como de la estabilización en los últimos años. Sería interesante conocer estudios similares en contextos parecidos, o distintos del nuestro. Consideramos por otro lado un reto definir con precisión qué es demanda cosmética.

Bibliografía

1. Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, BOE 10 febrero 1995.
2. Carrascosa JM. ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98: 236-9.
3. Macaya-Pascual A, López-Canos R, Lopez-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 569-72.
4. Carrascosa JM, Fuente MJ, Mangas C. Evaluación de la implementación de una cartera de servicios de Dermatología para Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98: 506-12.
5. Betloch-Mas I. Patología cutánea benigna banal y sistema público. Experiencia en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 233-4.
6. Tejera-Vaquero A, Huertas-Aguayo MC, Perez I, Illescas-Estévez M. Estudio de los motivos de consulta adicionales en una consulta ambulatoria de dermatología: “Doctor, pues ya que estoy aquí...”. *Piel* 2008; 23: 540-3.
7. Tan E, Levell NJ, Garioch JJ. The effect of a dermatology restricted-referral list upon the volume of referrals. *Clin Exp Dermatol* 2006; 32: 114-5.
8. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SKA, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *Br J Dermatol* 2008; 159: 413-8.
9. Dalgard F, Finlay AY. Need and Greed in Dermatology: Disease and outcome measures in Dermatological Healthcare Planning. *Dermatology* 2006; 213: 279-83.
10. Izikson L, Sober AJ, Mihm MC Jr, Zembowicz A. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1562-6.
11. Tuneu A, Piera C. Tratamientos estéticos. ¿Por qué y hasta cuándo? *Piel* 2007; 22: 317-9.
12. Carrascosa JM. Réplica: “Patología cutánea benigna banal y sistema público. Experiencia en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana”. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 234-5.