

Dermatosis frecuentes en dos comunidades rurales de Venezuela*

Valentina Ovalles, Carmen Goudet, Francisco González.

Postgrado de Dermatología y Sifilografía. Hospital Universitario de Caracas. valen180@hotmail.com

*Trabajo Ganador del Premio a la Excelencia Estudiantil Universidad Central de Venezuela, 2010.

Resumen:

Introducción: Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los principales motivos de consulta en los centros hospitalarios, reflejo de su alta prevalencia en la comunidad. En el medio rural, por diversas razones, no se reconoce la importancia de dicha patología y por lo tanto no es asumida e integrada a los programas de salud que se realizan en estas comunidades. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en dos comunidades rurales venezolanas, a través de una consulta de un centro de salud de estas comunidades, realizada por residentes de postgrado, con la finalidad de cuantificar el número de pacientes que requieran consultas por centros especializados de referencia y conocer sus motivos. **Método:** Estudio prospectivo, descriptivo analítico, que consistió en la visita médica de campo a dos comunidades rurales de Venezuela por residentes de dermatología y posterior discusión clínica de los casos evaluados en reunión de servicio del Hospital Universitario de Caracas. **Resultados:** en dos comunidades rurales se evaluaron un total de 135 pacientes siendo las dermatosis más frecuentes encontradas las micosis, la dermatitis de contacto y otros eczemas y las piodermis, así como no se encontró ningún caso de tumores cutáneos. **Conclusiones:** las enfermedades dermatológicas ocupan un lugar relevante en las consultas de los pueblos rurales de nuestro país. El modelo de interconsulta médico de atención primaria/dermatólogo, con el apoyo de medios audiovisuales, es una metodología interesante y satisfactoria a promover en nuestros centros de atención primaria.

Palabras clave: Dermatitis en medios rurales

Abstract:

Introduction: The skin diseases are one of the main reasons for consultation in hospitals, a reflection of its high prevalence in the community in rural areas, for various reasons, do not recognize the importance of this condition and therefore is not assumed and integrated health programs that take place in these communities. **Objective:** To determine the frequency of skin diseases in two rural communities in Venezuela, through a consultation with a health center in these communities by residents graduate with order to quantify the number of patients requiring specialized consultations and reference centers to know their motives. **Methods:** Prospective, descriptive, analytical, which consisted in the medical field visit to two rural communities in Venezuela for residents of clinical dermatology and further discussion of the cases evaluated in meeting of the service of Hospital Universitario de Caracas. **Results:** in two rural communities were assessed a total of 135 patients being the most common dermatoses found mycoses, contact dermatitis and other eczema and pyoderma, and found no case of skin tumors. **Conclusions:** dermatological diseases occupy an important place in the offices of the rural towns of our country. The model of primary care physician-liaison / dermatologist, with the support of media, is an interesting and successful method to promote in our primary care centers.

Key words: skin diseases in rural areas

Introducción

Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los principales motivos de consulta en los centros hospitalarios, reflejo de su alta prevalencia en la comunidad.^(1,2,3) En el medio rural, por diversas razones, no se reconoce la importancia de dicha patología y por lo tanto no es asumida

e integrada a los programas de salud que se realizan en estas comunidades.⁽⁴⁾ En primer lugar hay que considerar que, las enfermedades de la piel son fácilmente accesibles, ya que habitualmente no requieren técnicas diagnósticas complejas; muchas veces una sencilla inspección establece el diagnóstico de certeza;⁽⁵⁾ por otro lado, la escasez actual

de especialistas en dermatología impide atender el masivo número de consultas dermatológicas. Realizar actividades de campo que permitan un primer acercamiento con el paciente de aquellas poblaciones más alejadas, sería importante para diagnosticar las lesiones más relevantes, con criterios claros de referencia al centro especializado, ya sea por necesidad de métodos específicos para el proceso diagnóstico o por necesidad de tratamiento de enfermedades potencialmente curables, y se conozcan bien los fármacos más frecuentemente requeridos en estos pueblos. Finalmente los pacientes con esta patología se beneficiarían de una buena coordinación entre el equipo de atención primaria y el nivel especializado.

Todos estos aspectos hacen que las enfermedades dermatológicas sean una faceta relevante en la práctica de la atención primaria, además en una comunidad en la que necesariamente comparten responsabilidades los dos niveles de atención médica.^(6,7)

Objetivo

Conocer la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en dos comunidades rurales venezolanas, a través de una consulta de un centro de salud de estas comunidades, realizada por residentes de postgrado, con la finalidad de cuantificar el número de pacientes que requieran consultas por centros especializados de referencia y conocer sus motivos.

Materiales y Métodos

Se realizaron visitas a dos comunidades de difícil acceso y poca atención médica, una localizada en el Estado Miranda, a 45 minutos por vía terrestre del pueblo de San José de Barlovento, denominada Cumbo, que tiene una población estimada de 1000 habitantes, con predominio de edades menores de 40 años, con deficiencias importantes demográficas y socioeconómicas. La otra comunidad en el Estado Lara a 2 horas por vía de camino de tierra del pueblo de Sanare, denominada La Guapa, la cual tenía cerca a dos poblados más denominados Guapa Abajo y Guapa Arriba. En total de población de estos tres pueblos se estima en 771 habitantes para el año 2001, en su mayoría menores de 30 años, con características similares en relación lejanía demográfica y deficiencia socioeconómicas. (Foto 1)

El presente es un estudio prospectivo, de cohorte transversal, descriptivo y analítico. Se llevó a cabo en una visita médica de campo realizada por residentes del postgrado de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, a las distintas comunidades. Se incluyeron a todos los individuos que pertenecían a la comunidad y asistieron refiriendo como motivo de consulta alguna afectación en piel, sin importar grupo etario ni valoración previa por medicina general.



Foto 1.- Fotos de las poblaciones de Cumbo (Edo. Miranda) y La Guapa (Edo. Lara)

La hoja de recolección de datos incluía: a) número de orden (reflejaba los casos dermatológicos atendidos); b) número de historia y nombre del paciente (que servían para archivarlas e impedir repetición de registros de casos); c) edad; d) sexo; e) motivo de consulta; f) historia clínica completa; g) foto clínica; h) diagnóstico y tratamiento i) derivación al centro especialista por realización de fotografías, que posteriormente se mostraban junto a la historia clínica al dermatólogo de referencia; j) la hoja de protocolo incluía, finalmente, apartados para los diagnósticos del dermatólogo y para los realizados por estudio anatomopatológico (obtenidos en el hospital de referencia) y, en último lugar, el diagnóstico definitivo del caso considerado. Las dermatosis fueron definidas siguiendo la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria de la WONCA, según los apartados relacionados a piel, el XII y más específicos los I y II. (Tabla 1 y 2).⁽⁸⁻⁹⁾ En la Tabla 1, se muestran aquellas patologías que no se consideraron como diagnósticos dermatológicos de relevancia clínica para el estudio, por lo tanto fueron excluidos, y en la Tabla 2 se definen las patologías consideradas de relevancia clínicas e incluidas en el estudio.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-11, en su versión en español. En la comparación de variables se empleo el test de χ^2 , con la corrección de Yates en los casos en que su uso estaba aconsejado, para variables cualitativas; y el test de la "t" de Student para la comparación de medias.^(10,11) Tomando de referencia un valor de $P \leq$ de 0.05

Tabla 1- Diagnósticos del apartado XII de la Clasificación de la WONCA CIPSAP

Dermatitis del pañal
Callos y callosidades
Onicogriposis
Pitiriasis
Quemaduras de sol
Hiperqueratosis
Estría atrófica
Léntigo simple o nevus
Efélides o pecas

Definidas y excluidas en el estudio

Tabla 2- Diagnósticos de los apartados I y II de la Clasificación de la WONCA CIPSAP

Erisipela
Herpes zóster
Herpes simple
Verrugas comunes
Dermatofitosis dermatomycosis
Candidiasis
Pediculosis y otras infestaciones de la piel
Escabiosis y otras enfermedades por ácaros
Moluscum contagioso
Neoplasias de localización cutánea y de tejido subcutáneo

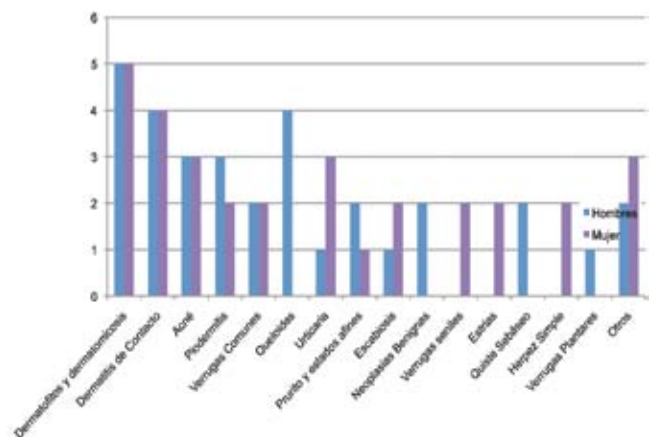
Definida e incluidos en el estudio

Resultados

Durante una visita de campo de 8 horas cada una, se atendieron en total en las dos comunidades 135 pacientes, en Cumbo 65 y en La Guapa 70 dermatológicos sobre un total de 372 consultas, incluidas en las de medicina general, pediatría y ginecología/obstetricia. Los 135 casos considerados suponen el 34,9 % de todas las consultas realizadas. Corresponden a 118 personas, de las cuales el 12,3% presentaron dos dermatosis diferentes y el 87,69% un solo tipo. Referido a la clasificación utilizada, 126 casos pertenecían al Apartado XII (Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo), representaba el 3,19 % de todas las patologías, dermatológicas y no dermatológicas, observadas en el estudio.

La edad media fue de 35,7 años (DE 19,2), con un rango de 4 a 86 años, sin diferencias significativas por

sexos. Los grupos de edad de 35 a 54 años y de 54 a 64 años presentaron un menor y un mayor número de casos dermatológicos, respectivamente en la población de Cumbo, a diferencia de en La Guapa que el grupo etario de menores de 10 años y de 35 a 54, representaron un mayor y menor número de casos, respectivamente ($p \geq 0,05$) del esperado según la distribución etaria de la población general; el resto de las diferencias observadas no fueron significativas (Datos no mostrados). Casi la mitad de los casos dermatológicos (48,9 %) corresponden al intervalo de edad entre los 15 y 34 años, en ambas poblaciones. Fueron discretamente superiores en mujeres, 33 (57,89 %), que en varones, 32 (42,11 %), pero sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,10$), en ambas poblaciones. (Gráfico 1)

Gráfico 1.- Frecuencia de diagnósticos de enfermedades dermatológicas en relación al Sexo

Los diagnósticos dermatológicos observados se recogen en la Tabla 3. Las micosis, la dermatitis de contacto y otros eczemas y las piodermitis son los más frecuentes (Foto 2.). Las micosis se presentaron en edades comprendidas entre los 15 a 24 años y en los mayores de 75 años (Foto 3.); la dermatitis de contacto mantiene una frecuencia mayor en las mujeres entre 25 y 35 años, como podría esperarse. No se encontraron tumores malignos en ninguna de las dos poblaciones evaluadas.

Los casos enviados al dermatólogo de referencia fueron 25 (18,51 %) del total de casos incluidos. Las causas más frecuentes de referencia fueron los queloides, neoplasias benignas y verrugas. Estos casos se refirieron debido a que requerían la realización de procedimientos de cirugía menor, que no se podían realizar en la comunidad. Un solo caso de la comunidad de Cumbo, se discutió en la reunión de Servicio por tratarse de un nevus melanocítico gigante para acordar seguimiento, estudios complementarios y opciones terapéuticas (Foto 4). El 80% (108 pacientes)

Tabla 3- Frecuencia de Diagnósticos Dermatológicos encontrados en ambas comunidades rurales

Diagnósticos Dermatológicos	Casos N=135	Porcentaje %	Intervalo de Confianza 95%	Cumbo Casos: 65 Pacientes: 57 (%)	La Guapa Casos: 70 Pacientes: 61 (%)	P ≤ 0.05
Dermatofitosis y dermatomicosis	28	20,7	18,97 – 27,90	10 (15,38)	18 (25,71)	0,229
Dermatitis de contacto	17	11,8	8,26 – 14,53	9 (13,8)	8 (13,34)	0,550
Acné	16	11,8	8,26 – 14,53	6 (9,23)	10 (14,28)	0,249
Piodermitis	9	6,6	5,56 – 9,62	5 (7,69)	4 (4,71)	0,563
Escabiosis	7	5,1	4,35 – 7,73	3 (4,61)	4 (4,71)	0,423
Verrugas comunes	6	4,4	3,31 – 6,83	4 (6,15)	2 (2,85)	0,256
Psoriasis	6	4,4	3,31 – 6,83	0 (0)	6 (8,57)	-
Prurito y estados afines	5	3,7	2,35 – 4,73	3 (4,61)	2 (2,85)	0,589
Queloides	4	2,9	1,31 – 3,83	4 (6,15)	0 (0)	-
Urticaria	4	2,9	1,31 – 3,83	2 (3,07)	2 (2,85)	0,239
Vitiligo	4	2,9	1,31 – 3,83	0 (0)	4 (4,71)	-
Melasma	4	2,9	1,31 – 3,83	0 (0)	4 (4,71)	-
Herpes Simple	4	2,9	1,31 – 3,83	3 (4,61)	1 (1,43)	0,531
Neoplasias benignas	3	2,2	2,35 – 4,73	3 (4,61)	0 (0)	-
Verrugas seniles	3	2,2	2,35 – 4,73	3 (4,61)	0 (0)	-
Estrias	3	2,2	2,35 – 4,73	3 (4,61)	0 (0)	-
Quiste sebáceo	2	1,48	0,81 – 3,75	2 (3,07)	0 (0)	-
Verrugas Plantares	1	0,74	0,41 – 2,75	1 (1,53)	0 (0)	0,142
Otros	9	6,6	5,56 – 9,62	5 (7,69)	4 (5,71)	0,563



Foto 2.- A) Dermatitis de Contacto B) Acné C) Queloides D) Urticaria E) Piodermatitis F) Verrugas vulgares



Foto 3.- Dermatofitos y dermatomicosis



Foto 4.- Nevus Melanocítico Congénito Gigante

fueron tratados en base al diagnóstico clínico con tratamiento tópico y/o sistémico en su mayoría disponible en la comunidad o en las comunidades cercanas. De estos 108 pacientes un 59,25% (64 casos) requerían tratamiento un poco más especializado del cual no se disponía en la zona y se llevo en una visita posterior desde Caracas.

Discusión

La frecuencia de enfermedades dermatológicas observada en las comunidades rurales presenta amplias variaciones según diversos estudios, la cual oscila entre un 5,5 y un 22,5 %.^(4,12-14) En nuestro estudio el porcentaje es mayor (34,9 %), lo cual podría deberse a varios motivos: inclusión de diagnósticos tan frecuentes como por ejemplo dermatitis seborreica o pitiriasis; tipo de exploración realizada; desigual impresión diagnóstico; experiencia de cada médico, en algunos trabajos era médicos generales⁽¹²⁾ y, en algunos casos, apoyo de centros especializados en su misma área sanitaria.⁽¹³⁾ Además hemos de recordar que nuestras cifras de prevalencia son referidas a comunidades muy lejanas de las zonas urbanas, que pocas veces cuentan con asistencia médica, que difícilmente tiene los servicios básicos y con un nivel de educación bastante bajo, lo

cual hace más frecuente la aparición y desinformación de lesiones en piel que no son valoradas ni tratadas por el personal adecuado. Por ello podríamos considerar un sesgo en la estimación de la prevalencia en cuanto a que se refiere a población consultante muy particular y no a población total.

El procedimiento empleado para la validación de los diagnósticos ha sido utilizado en otros estudios,⁽⁹⁾ con el fin de seleccionar las patologías más prevalentes en una población determinada, y se ha empleado tanto en estudios nacionales^(15,16) como internacionales.^(9,14) En otro sentido, el diagnóstico por fotografía plantea dificultades por cuestiones técnicas (calidad de la imagen, evolución temporal); existen estudios^(9, 14-18) en donde se propone el uso de la fotografía como sistema complementario de la historia clínica y no como diagnóstico "per se", así como es nuestro caso en el que el médico especialista en formación acudió a una evaluación inicial la cual fue complementada con una sesión conjunta con el dermatólogo para solventar las dificultades más arriba expresadas.⁽¹⁷⁾ En la literatura que proponen el uso del vídeo, no disponible en nuestro centro, que puede ser en estos aspectos un buen medio complementario para la historia clínica.

Al revisar la bibliografía hemos encontrado estudios referentes a nuestro país, dirigidos específicamente a conocer la patología dermatológica en las grandes ciudades^(4, 13, 15, 16, 18) y no en el campo; la mayor parte recogen datos en estudios globales de morbilidad⁽⁴⁾ y en ellos no se consideran las enfermedades de la piel y tejido subcutáneo exclusivamente clasificadas dentro de un sistema de tabulación para enfermedades. Nuestros resultados en este apartado son concordantes con la literatura nacional.^(3,19) Las dermatosis ocupan el sexto-séptimo lugar en cuanto a patología más frecuente observada en Venezuela, situación reportada en el trabajo de Kerdel-Vegas y col.⁽⁴⁾ publicado en el año 1976 así como los reportes epidemiológicos del Ministerio de Salud, del año 2005.⁽¹⁹⁾ Aunque no se dispongan de datos más actualizados, por ausencia de registros adecuados de morbilidad, las enfermedades dermatológicas mantienen la misma tendencia y ocupan por tanto un lugar relevante de la consulta diaria, aun sin considerar que un gran número de pacientes, (hasta un 79% en algunos estudios),⁽¹⁷⁾ con enfermedades cutáneas que justifican atención médica no acuden al médico generalmente (patología crónica asintomática, tendencia a la automedicación, influencias culturales, accesibilidad, entre otras).

El Apartado XII de la clasificación utilizada no recoge todos los diagnósticos dermatológicos, motivo por el cual varios autores^(13,15,16,18) elaboran su propia clasificación que dificulta posteriormente establecer comparaciones. Sería interesante unificar una clasificación internacional de enfermedades dermatológicas orientada para su uso en atención médica diaria o, en su defecto, usar y especificar claramente los diagnósticos incluidos por la Clasificación de la WONCA para la Atención Primaria CIPSAP-2 Definida.⁽⁸⁾ Otros motivos que dificultan la comparación entre los estudios son: época del año en que se realizan, entorno geográfico y cultural, y las características de la población estudiada, que deberían ser siempre referidos. Otro aspecto de la clasificación utilizada es que ésta fue diseñada para adaptarse a las dificultades del diagnóstico en atención primaria, esto implica cierto grado de imprecisión en los diagnósticos; a pesar de ello se ha demostrado válida con fines epidemiológicos.^(6,7) El número de consultas fue mayor en el grupo de edad entre los 15 y 24 años, siendo casi un 60 % de todas las consultas dermatológicas por debajo de los 34 años, lo cual coincide con otros autores.⁽⁴⁾ Esto puede deberse, por una parte, a la distribución poblacional de nuestro medio rural y, por otra, a la frecuencia de enfermedades como micosis y acné a esas edades. Los datos del estudio sugieren una variación en la distribución de las dermatosis con la edad, como variable independiente, en el sentido de disminuir en el grupo de 35 a 54 años y aumentar en el intervalo de edad de 55 a 64 años. Mendenhall et al,⁽⁹⁾ presentan esta misma tendencia con significación estadística, pero se precisa verificación

por estudios futuros.

La patología micótica (dermatofitosis y dermatomicosis) ocupa una alta frecuencia, lo cual coincide con varios autores,^(4, 13, 15, 16,18, 20) podría explicarse por los hábitos socioculturales y la zona geográfica en que se encontraban los pacientes evaluados, dada su correlación, entre otros factores, con el calor y la humedad, las condiciones sanitarias de la zona, etc.

Entre las restantes patologías cutáneas, destacamos el hallazgo de no haber encontrado tumores cutáneos malignos. Se sabe que existe una relación estrecha con la radiación ultravioleta y la pérdida de capa de ozono, que dan lugar a un incremento de la incidencia de cánceres cutáneos no-melanomas; la incidencia de los melanomas también está aumentando alarmantemente,⁽²¹⁾ aunque se plantea una relación mayor con los cambios de hábitos de la exposición al sol que con la simple exposición, de tal manera que períodos cortos de intensa exposición al sol serían más importantes que la dosis acumulativa a lo largo de la vida.⁽²²⁾ Debido a la ubicación geográfica de las comunidades del estudio sabemos que existe una alta tasa de exposición al sol, pero este hallazgo se puede explicar debido a los fototipos de piel de las personas evaluadas que correspondían a IV – VI según Fitzpatrick, el cual es el que tiene menor incidencia de cáncer de piel según la literatura reportada.^(21,22)

El porcentaje del 18,46% de casos referidos pertenecientes al Apartado XII, es superior a otros estudios⁽⁴⁾ de morbilidad de nuestro país. Probablemente se deba, en gran medida, al modelo de interconsulta, utilizado por nosotros, que permite más consultas con el dermatólogo y menos tratamientos empíricos. Este modelo, es un interesante y satisfactorio método de formación continuada, mejora la relación con el dermatólogo y ahorra consultas para el paciente. Una tercera parte de los casos derivados la constituyen los tumores benignos, la dermatitis de contacto y otros eczemas, cifras que coinciden con otros estudios.⁽¹⁷⁾

Conseguir disminuir el número de pacientes referidos al especialista es un tema controvertido. Algunos autores⁽⁹⁾ refieren una disminución importante con la disponibilidad de medios sencillos (punch cutáneo, nitrógeno líquido, electrocauterización) a nivel extrahospitalario; sin embargo, en nuestro caso, debido a la infraestructura médica con la cual se contaba, esto no se pudo realizar. De otro lado, coincidimos con otros autores⁽³⁾ que la enseñanza dermatológica mejoraría el diagnóstico y tratamiento de la mayoría de las patologías, pero no necesariamente disminuirá el número de derivados al especialista, aunque por nuestro estudio no disponemos de datos que comprueben este aspecto.

Conclusiones

Las enfermedades dermatológicas ocupan un lugar relevante en las consultas de los pueblos rurales de nuestro país. Las micosis, el acné y las dermatitis de contacto y otros eczemas son los problemas más frecuentemente atendidos, siendo esta última la primera causa de referencia. La edad, como variable independiente, podría condicionar la frecuencia de casos dermatológicos en ciertos grupos de edad. La existencia de patología grave entre las lesiones no demandadas aconseja una búsqueda más activa por parte del médico especializado. El modelo de interconsulta médico de atención primaria/dermatólogo, con el apoyo de medios audiovisuales, es una metodología interesante y satisfactoria a promover en nuestros centros de atención primaria.

Referencias bibliográficas

- Alonso E, Manzanera R, Varela J, Pices JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Atenc Prim* 1987; 4: 148-154.
- Rea JN, Newhouse ML, Halil T. Skin disease in Lambeth. A community study of prevalence and use of medical care. *Brit J Prev Soc Med* 1976; 30: 107-114.
- Stern RS. The epidemiology of cutaneous disease. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Frudberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*. 3.a ed. Nueva York: Mc Graw-Hill Book Co, 1987: 6-10.
- Kerdel-Vegas F, Castellano BJ, Barroso C. Dermatitis más frecuente en Venezuela. *Derm Venez* 1967; 6: 137-43.
- Foz G, Prieto A, Fabrega S. Historia Clínica y sistema de registro. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Manual de atención primaria*. 2.a ed. Barcelona: Ediciones Doyma, 1989: 211-242.
- The editors. *Dermatology in the perspective of general medicine*. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*. 7.a ed. Nueva York: Mc Graw-Hill Book Co, 2008: 3-6.
- Ferrando J. *Dermatología y asistencia primaria*. *Med Clíin (Barc)* 1988; 90: 661-663.
- WONCA-CIPSAP-2 Definida. Clasificación Internacional de Problemas de salud en Atención Primaria. 1.a Ed. En castellano. Buenos Aires: Centro Internacional para la Medicina Familiar, 1986.
- Mendenhall RC, Ramsay DL, Girard RA, DeFlorio GP, Weary PE, Lloyd JS. A study of the Practice of dermatology in the United States: initial findings. *Arch Dermatol* 1978; 114: 1456-1462.
- Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2.a ed. New York: John Wiley, 1977: 212-236.
- Zar JH. *Bioestadistic analysis*. 2.a ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, 1984.
- Steele K. Primary dermatological care in general practice. *J R Col1 Gen Pract* 1984; 34: 22-23.
- Rondón Lugo AJ, Weiss E, Amaro JJ, González B, et al. Enfermedades dermatológicas más frecuentes en Caracas en 1991. *Derm Venez* 1993; 31(1): 23-31.
- Lucas R. Estudio de los motivos de consulta en un medio rural. *Atenc Prim* 1986; 3: 113-120.
- Jiménez Rivero M. Un año de práctica dermatológica en Caracas. *Dermosifilografía*. Caracas. Editorial Elite, 1936.
- Vegas M, Convit J, Alarcón CJ. Diagnósticos más frecuentes de algunas consultas dermatológicas. *Memorias de las II Jornadas Venezolanas de Venereología, Dermatología y Leprología*, páginas 423-428 (Jornada celebrada en 1951 y Memoria respectiva publicada en 1955).
- Branch WT Jr, Collins M, Wintroub BU. Dermatologic practice: implications for a primary care residency curriculum. *J Med Educ* 1983; 58: 136-142.
- Piquero Martín J, Amini Koves S. Primeras causas de enfermedades de la piel en Caracas (hospitalario y privado). *Derm Ven* 1986; 24: 21-4.
- República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2005. Anuario de Mortalidad del año 2003. Caracas: MSDS. (versión electrónica).
- Goslen JB, Kobayashi GS. Mycologic infections. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*, 7.a ed. New York: Mc Graw-Hill Book Co, 12008: 2193-2248.
- Lee JAH. Melanoma and exposure to sunlight. *Epidemiol Rev* 1982; 4: 110-136.
- Lee JAM, Strickland D. Malignant melanoma: social status and outdoor work. *Br J Cancer* 1980; 41: 757-763.

Colega Dermatólogo:

La Revista *Dermatología Venezolana* representa el medio donde podemos compartir nuestras experiencias profesionales con el resto de la comunidad científica.

Por ello, te invitamos a participar a participar enviándonos tus trabajos, libres o de revisión, comunicaciones breves o cualquier material que consideres útil para la comunidad dermatológica... **¡contamos con tu apoyo!**

Más información en la página 2, también puedes entrar en

www.svdcd.org.ve

o envíanos tus trabajos o comentarios a la dirección de correo electrónico editor.revista@gmail.com