

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ORIGINAL

Interconsulta hospitalaria en Dermatología sobre una cohorte prospectiva en un hospital español de tercer nivel

A.I. Lorente-Lavirgen*, J. Bernabeu-Wittel, Á. Pulpillo-Ruiz, J.M. de la Torre-García y J. Conejo-Mir

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología y Venereología, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 7 de febrero de 2012; aceptado el 20 de mayo de 2012
Disponibile en Internet el 27 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Dermatología;
Hospital;
Interconsulta

Resumen

Fundamentos y objetivos: La Dermatología se ha considerado clásicamente una especialidad limitada a las consultas externas. Sin embargo, los pacientes ingresados presentan frecuentemente problemas dermatológicos. El objetivo de este estudio es describir y cuantificar el volumen de la interconsulta hospitalaria del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional sobre una cohorte prospectiva de 429 pacientes durante un año. Se recogieron todas las interconsultas sobre pacientes ingresados desde julio de 2010 a junio de 2011, a través de la utilización de una ficha.

Resultados: Se recogieron un total de 429 interconsultas durante 12 meses; esto supuso el 1,56% de todas las primeras consultas durante este periodo, con una media de 1,75 pacientes nuevos/día. La edad media de los pacientes atendidos fue 52,63 años (± 19). La distribución entre ambos sexos, a razón mujer/hombre, fue de 1,21. Más de un tercio de los pacientes atendidos estaban inmunodeprimidos. Las especialidades médicas más demandantes fueron Medicina Interna ($n = 115$) y Hematología ($n = 66$). El diagnóstico más frecuente correspondió a las dermatosis inflamatorias (36,2%), seguido por las dermatosis infecciosas (26,5%).

Discusión y conclusiones: Hasta el momento el papel de la interconsulta en Dermatología ha sido escasamente valorado. Nuestros resultados nos permiten afirmar que la Dermatología desempeña un papel fundamental dentro del ámbito hospitalario, así como ha posibilitado que conozcamos la dolencia dermatológica más frecuente en pacientes ingresados y la evolución de los mismos.

© 2012 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ariselae84@gmail.com (A.I. Lorente-Lavirgen).

KEYWORDS

Dermatology;
Hospitals;
Consultation

Inpatient Dermatology Consultation in a Spanish Tertiary Care Hospital: A Prospective Cohort Study**Abstract**

Background and objective: Although dermatology has traditionally been practiced through out-patient consultation, hospitalized patients often have dermatologic problems. The aim of this study was to describe and quantify the volume of interdepartmental consultation of the dermatology department of Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Material and methods: In this year-long prospective observational cohort study of 429 patients we used a specific data collection form to record information on consultations for patients admitted between July 2010 and June 2011.

Results: The 429 consultations over the 12 months of study accounted for 1.56% of all first consultations with a dermatologist during the period. A mean of 1.75 new patients were attended each day. The mean (SD) age of the patients was 52.63 (19) years, and the ratio of men to women was 1.21. Immunocompromised patients accounted for more than a third of the cohort. The medical specialties consulting most often were internal medicine (n = 115) and hematology (n = 66). The most frequent diagnoses were inflammatory skin conditions (36.2%) and infectious skin diseases (26.5%).

Discussion and conclusions: To date, the role of interdepartmental consultation in dermatology has been little studied. Our results suggest that dermatology plays a fundamental role within the hospital. We have identified the most common skin problems in hospitalized patients and their clinical course.

© 2012 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

Gran parte de la actividad diaria de un dermatólogo se desarrolla en el ámbito de la consulta, sin embargo nuestra especialidad también tiene un papel fundamental dentro del recinto hospitalario. No es frecuente que los pacientes con problemas exclusivamente dermatológicos requieran ingreso hospitalario, sin embargo los problemas dermatológicos en pacientes ingresados sí son prevalentes y pueden provocar una comorbilidad importante.

El mecanismo por el cual otros especialistas se ponen en contacto con el Servicio de Dermatología para solicitar un asesoramiento especializado es lo que denominamos interconsulta hospitalaria (IC). Esta parcela de la actividad del dermatólogo ha sido escasamente estudiada y, en ocasiones, pobremente valorada en nuestro ámbito.

Los objetivos generales de nuestro trabajo son cuantificar el volumen exacto de la IC y describir las características de esta actividad (servicios más demandantes, características demográficas de los pacientes, enfermedad más prevalente, número de revisiones, etc.).

Pacientes y método

Se trata de un estudio observacional sobre una cohorte prospectiva en la que se recogieron todas las IC solicitadas al Servicio de Dermatología desde el 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011.

El Hospital Virgen del Rocío es un centro público del Servicio Andaluz de Salud, con una población básica asignada de 553.179 habitantes, más 1.306.659 habitantes asignados como hospital provincial de referencia.

El servicio de Dermatología atiende 27.395 primeras consultas anuales y una media de 19 ingresos hospitalarios¹. Está

formado por 10 facultativos especialistas de área, entre los cuales un dermatólogo está dedicado de forma exclusiva a la interconsulta hospitalaria durante 2 días a la semana (lunes y jueves), y a tiempo parcial junto a una consulta durante 3 días (martes, miércoles y viernes).

Los sujetos de estudio fueron todos aquellos pacientes ingresados en el Hospital Virgen del Rocío sobre los que se nos realizó una IC por especialistas no dermatólogos. Se excluyeron los niños (menores de 14 años), los pacientes ingresados por indicación de un dermatólogo, así como aquellas IC que se recibieron pero no pudieron ser atendidas por alta precoz u otro motivo.

En cuanto al circuito asistencial, los especialistas del hospital pueden ponerse en contacto con el dermatólogo interconsultor a través de varias vías: un teléfono corporativo (activo de 8:00 h a 15:00 h), formato de hoja de consulta física (a través del correo interno) o formato de hoja de consulta digital, a través del sistema informático del hospital, el sistema integrado de documentación clínica avanzada (SIDCA).

El dermatólogo interconsultor y el residente asignado recogen a diario en una ficha tipo las siguientes variables: datos administrativos y demográficos del paciente, servicio consultor, forma de contacto, día de la semana, motivo de consulta, relación del proceso cutáneo con el ingreso, seguimiento previo en Dermatología, demora en atender la IC, pruebas complementarias solicitadas y procedimientos realizados (biopsia cutánea, Tzanck, cultivo, PCR), diagnóstico dermatológico definitivo, tratamiento previo a la IC a Dermatología, tratamiento prescrito por Dermatología, número de revisiones y destino del paciente al alta. Todas las IC recibidas fueron contestadas en formato digital (SIDCA).

Los motivos de consulta fueron reagrupados en: «lesiones cutáneas» sin otros datos específicos, lesiones elementales o descriptivas (erupción, exantema, pápulas, nódulos, etc.)

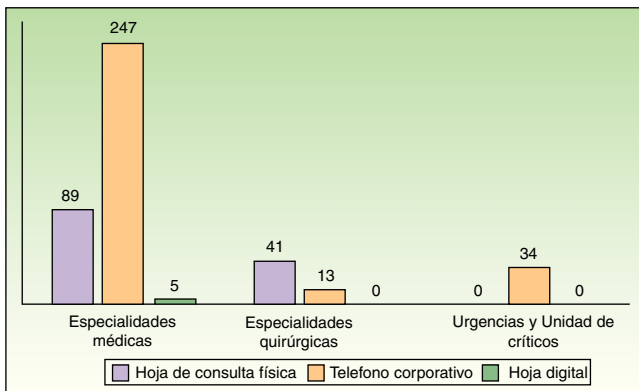


Figura 1 Forma de contacto con el Servicio de Dermatología: hoja de consulta física, teléfono corporativo, hoja de consulta digital.

o sospecha orientada a una entidad dermatológica concreta (acné, psoriasis, intertrigo, etc.). Los diagnósticos emitidos por el dermatólogo se unificaron en 7 grupos: dermatosis inflamatorias, infecciosas, autoinmunes y ampollas, tumorales, dermatosis por fármacos, trastornos tróficos y enfermedad de mucosas. Se admitieron un máximo de 3 diagnósticos por paciente.

Se solicitó el consentimiento informado verbal a todos los pacientes para incluirlos en la base de datos del estudio, así como para tomar iconografía, biopsia cutánea o cultivo cuando fue necesario. Todos los datos fueron codificados antes de ser incluidos en la base de datos para respetar la confidencialidad del paciente.

Antes de analizar los datos fueron revisados y contrastados por otro dermatólogo encargado de cumplimentar la ficha tipo en la base de datos. Posteriormente se introdujeron en una hoja de cálculo Excel, se realizó un análisis de distribución y se calculó la frecuencia de cada una de las variables recogidas. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS 19.0.

Resultados

Durante los 12 meses del estudio (245 días laborables) se recibieron 429 primeras IC. La media fue de 1,75 nuevas consultas diarias, y un 1,56% de todas las primeras consultas recibidas en nuestro servicio durante un año. De estas 429 nuevas consultas 257 se atendieron y resolvieron con una sola visita. El número de revisiones por paciente osciló entre 1 y 25, con un total de 495 revisiones. Se realizaron 752 visitas con una media de 3 pacientes/día.

El 68,53% (n = 294) del total de las IC se recibieron a través de llamadas directas al teléfono corporativo, el 30,30% (n = 130) en formato de hoja de consulta física y solo el 1,17% (n = 5) a través del sistema informático. En la figura 1 se detalla la forma de contacto según las especialidades médicas, quirúrgicas o de cuidados intensivos.

Respecto a la distribución semanal del trabajo, los jueves se recibieron un 38,69% del total de las IC (n = 166), seguido de los lunes con un 25,41% (n = 109). El resto de los días de la semana el número de IC se distribuyó de forma homogénea, recibándose los miércoles un 13,29% (n = 57), los viernes un

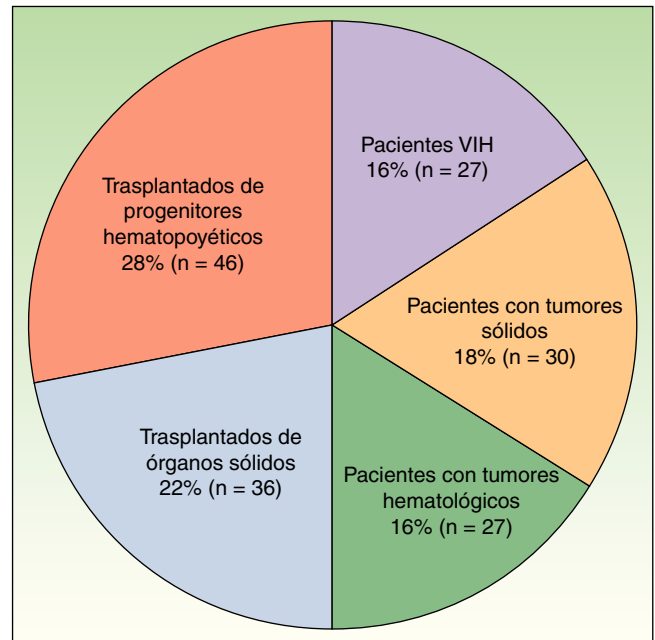


Figura 2 Características de los pacientes inmunodeprimidos atendidos.

12,82% (n = 55) y por último los martes un 9,79% del total de las IC (n = 42).

El 93% de los 429 pacientes fueron atendidos dentro de la misma jornada laboral en la que se solicitó (menos de 7 horas); el 5,6% en las primeras 24 horas y solo el 1,4% de los pacientes esperaron más de 24 horas para ser atendidos por un especialista en Dermatología. El 97,56% del total de las IC fueron atendidas por un facultativo especialista de área en Dermatología y un residente. Solo el 2,43% fueron atendidas por un residente de Dermatología.

Con respecto a las características demográficas de los enfermos incluidos en el estudio la relación mujer/hombre fue 1,21, con una media de edad de 52,63 años y una mediana de 54 años (± 19). El 62% de los enfermos atendidos se encontraban por encima de los 50 años de edad. Un 38,69% de las IC (n = 166) fueron pacientes inmunodeprimidos, como se puede ver detalladamente en la figura 2.

Los servicios que más frecuentemente solicitaron la atención de un dermatólogo se pueden observar detalladamente en las figuras 3 y 4.

Los motivos de consulta más habituales fueron por orden de frecuencia: «lesiones cutáneas» sin otros datos clínicos específicos (223 de las IC), descripción de las lesiones elementales (erupción, exantema, pápulas, nódulos) (184 de las IC), o sospecha dirigida a una enfermedad dermatológica concreta (22 de las IC).

Se hicieron hasta 114 diagnósticos diferentes. Las dermatosis inflamatorias constituyeron el 35,79% (n = 160) de los diagnósticos finales y las dermatosis infecciosas el 25,72% (n = 115). Dentro de los procesos autoinmunes las dermatosis ampollas supusieron el 10,5% (n = 47), las dermatosis tumorales el 9,39% de las consultas (n = 42), las dermatosis por fármacos y toxicodermias el 8,72% (n = 39), los trastornos tróficos el 7,82% (n = 35) y las dermatosis de mucosas el 2,01% (n = 9) (tabla 1).

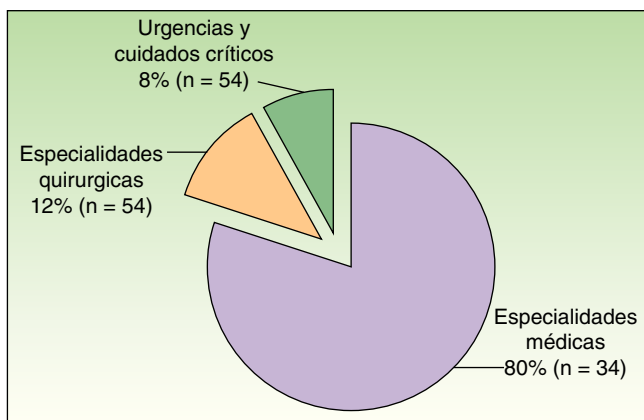


Figura 3 Distribución de la IC por especialidades médicas, quirúrgicas o urgencias y críticos.

En 187 pacientes (43,58%) la enfermedad dermatológica ya estaba presente antes del ingreso, en 71 pacientes coincidió o fue motivo concomitante del ingreso (16,55%) y en 171 pacientes el proceso cutáneo apareció durante el ingreso (39,86%).

De todos los enfermos atendidos 63 (14,68%) de ellos ya habían sido valorados por un dermatólogo de nuestro servicio en consultas externas por el mismo proceso.

El 46,39% (n = 199) de los enfermos no necesitaron ninguna prueba complementaria. En la figura 5 se detallan los tipos de pruebas complementarias más solicitadas.

La proporción de pruebas complementarias fue muy variable en función del servicio consultor: 42,42% (28 pacientes de los 66 atendidos) en Hematología; 34,09% (15 de los 44 pacientes atendidos) en Nefrología y el 3,70% (2 de las 54 IC atendidoa) en Cirugía.

En el 42,65% (n = 183) de las IC su médico había iniciado un tratamiento previo para el proceso dermatológico antes de consultarnos. En el resto de pacientes (n = 246) no se había

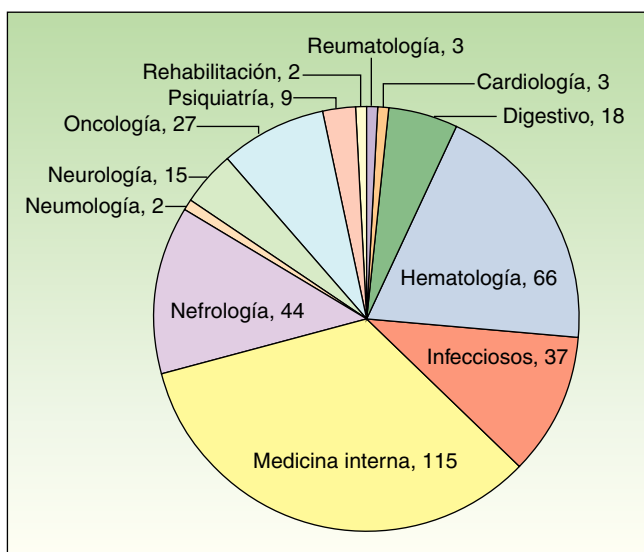


Figura 4 IC procedente de las distintas especialidades médicas (número de casos).

Tabla 1 Diagnósticos más frecuentes

Diagnóstico	Número de pacientes (porcentaje)
<i>Dermatosis inflamatorias</i>	160 (35,79%)
Dermatitis/eczema irritativo	11
Eccemas	13
Enfermedad injerto contra huésped	11
Eritema exudativo multiforme	11
Psoriasis en placas	29
<i>Dermatosis infecciosas</i>	115 (25,72%)
Intertrigo	20
Virus herpes simplex	11
Virus herpes zóster	18
Foliculitis	9
Celulitis	6
<i>Dermatosis ampollosas y autoinmunes</i>	47 (10,51%)
Vasculitis sistémicas	18
Paniculitis autoinmune	8
Vasculitis leucocitoclástica	5
Penfigoide	4
Lupus eritematoso subagudo	3
<i>Dermatosis tumorales</i>	42 (9,39%)
Carcinoma basocelular	7
Infiltración neoplásica por continuidad	7
Metástasis cutánea	6
Linfoma cutáneo T	4
Granuloma piógeno	2
<i>Dermatosis por fármacos</i>	39 (8,72%)
Toxicodermias	32
Necrólisis epidérmica tóxica	4
Erupción liquenoide por fármacos	1
Síndrome de hipersensibilidad a carbamazepina	1
<i>Trastornos tróficos</i>	35 (7,82%)
Excoriaciones por rascado	9
Úlceras venosas	7
Dermatitis de estasis	5
Úlceras por decúbito	3
Calciflaxia	3
<i>Dermatosis mucosa</i>	9 (2,01%)
Aftosis recidivante menor	4
Balanitis irritativa	2
Vulvitis irritativa	3

prescrito ningún tratamiento. Las prescripciones realizadas por el dermatólogo interconsultor se recogen en la tabla 2.

El destino al alta fue variable: el 25% (n = 107) fueron derivados a las consultas externas de Dermatología, el 14,92% (n = 64) a su médico de Atención Primaria, el 58,2% (n = 250)

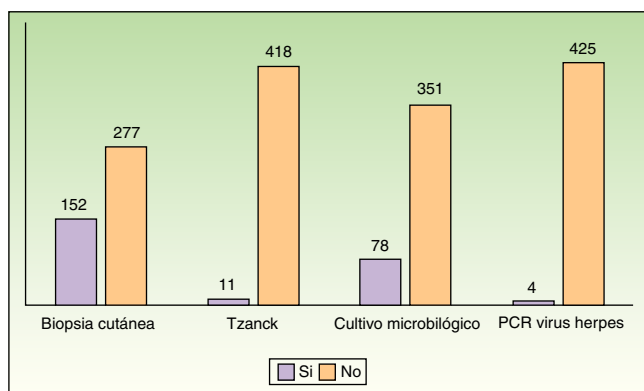


Figura 5 Proporción de pacientes a los que se le realizaron pruebas complementarias (número de casos).

al servicio consultor y 8 pacientes fueron exitus durante el ingreso (1,9%).

Discusión

La actividad del dermatólogo actual y la ampliación de nuestro campo de trabajo (Dermatología quirúrgica, pediátrica, cosmética, fototerapia, etc.) ha sido una revolución en nuestra especialidad. Sin embargo, el dermatólogo hospitalario sigue siendo una figura escasamente extendida en nuestro ámbito. Su valor como interconsultor ya es fundamental en otros países donde existen varios estudios publicados al respecto²⁻¹⁴, pero solo hemos encontrado un estudio notable en un hospital español¹⁵.

Hemos encontrado 11 artículos relevantes^{2-5,7,9-11,13-15} en la literatura sobre el papel de la interconsulta hospitalaria en Dermatología, cuyos datos comparamos detalladamente en la [tabla 3](#).

La duración de cada uno de los trabajos ha sido muy variable, abarcando desde 3 meses¹³ hasta 96 meses en el trabajo de Peñate et al.¹⁵. La duración de nuestro trabajo ha sido de 12 meses. Algunos estudios incluyen un solo hospital, mientras que otros como el de Maza et al.¹³ incluyen hasta 4 hospitales.

Asimismo, las características de los centros son muy variadas entre sí. Es complicado, por tanto, compararlos al ser muy dispar el tamaño muestral, las características de

la población, el tiempo de inclusión y el número de centros implicados en el mismo.

También es variable el tipo de pacientes incluidos en cada estudio. Cabe destacar que en nuestro caso solo se han incluido las IC realizadas por otros especialistas y no los pacientes ingresados por procesos exclusivamente dermatológicos. Creemos importante diferenciarlos, ya que aquellos que necesitan la atención de un dermatólogo durante su ingreso hospitalario, por otra enfermedad de base, representan la verdadera IC dermatológica.

En ninguno de los estudios revisados se especifica de forma concreta cómo se organiza la interconsulta dentro de los Servicios de Dermatología. El hecho de que el volumen de IC sea muy variable y poco previsible hace que sea especialmente complicado organizar esta actividad, sobre todo si se compagina con una consulta. Este trabajo nos ha permitido detectar cuáles son los días de la semana en los que se recibe mayor número de IC (por orden de frecuencia jueves y lunes) y dedicar de forma exclusiva a un dermatólogo esos 2 días. Creemos que el hecho de que sean lunes y jueves los días con mayor volumen de trabajo no es algo casual. Probablemente se debe a la planificación de las altas de cara al fin de semana, en el caso de los jueves, y a los pacientes nuevos ingresados a lo largo del fin de semana, en el caso de los lunes.

A pesar de la dificultad para compaginar IC y consulta externa queremos resaltar que más del 90% del total se atendieron durante la misma jornada laboral en la que se nos consultó. Estos resultados son similares a los recogidos por otros trabajos^{13,14}. En nuestro caso se priorizaron además las IC procedentes de servicios como Hematología, Nefrología, Urgencias y Cuidados Intensivos, las de pacientes inmunodeprimidos y cuando su médico responsable sugería la posible gravedad del cuadro cutáneo. Para conseguir una atención precoz de estos enfermos es esencial una buena organización del trabajo, la dedicación de un dermatólogo de forma prioritaria a esta actividad, así como un número de teléfono corporativo disponible.

Solo 3 de los 11 estudios analizados recogen el número de visitas por paciente. En el estudio de Fischer et al.⁹ el 85% de las IC se resolvieron en una sola visita, en el trabajo de Peñate et al.¹⁵ el 71,8% y en el de Mancusi et al.¹⁴ en el 58% de los casos también una sola visita fue suficiente. Nuestro estudio coincide con estos trabajos, deduciéndose por tanto que la mayoría de las IC se deben a enfermedad común no grave y de fácil manejo. Esta conclusión se puede reafirmar si observamos los tratamientos prescritos, siendo en su mayoría fármacos tópicos, y que solo una cuarta parte de los enfermos continuaron un seguimiento en consultas externas tras el alta hospitalaria.

En ninguno de los trabajos revisados se especifica la forma de contacto con el dermatólogo interconsultor. Como se puede ver en la [figura 1](#) la mayoría de las IC llegó a través del número de teléfono corporativo, especialmente en el caso de las especialidades médicas y de la Unidad de Urgencias y Cuidados Intensivos. No fue así en el caso de las especialidades quirúrgicas, exceptuando el Servicio de Cirugía Plástica. Esta diferencia podría ser atribuible al estrecho contacto entre nuestro servicio y el de Cirugía Plástica en la práctica clínica habitual. El hecho de poner a disposición del hospital un número de teléfono, operativo durante toda

Tabla 2 Tratamientos prescritos por Dermatología

Tratamiento prescrito por Dermatología	Número de pacientes (porcentaje)
Medidas generales	30 (7%)
Tratamiento tópico	224 (52,21%)
Tratamiento sistémico	99 (23,08%)
Antibioterapia sistémica	26 (6%)
Antivirales sistémicos	23 (5,3%)
Antifúngicos sistémicos	16 (3,73%)
Indicación quirúrgica	16 (3,73%)
Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)	7 (1,63%)

Tabla 3 Comparativa con estudios similares

Autor y referencia	Año	Hospital/país	N.º pacientes	Duración del estudio (meses)	Servicios consultores	Diagnóstico final
Sherertz et al. ²	1984	Gainesville Hospital EE.UU.	700	12	No recogido	Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas 9,4% Reacciones a fármacos 9,2% Micosis superficiales 9,1%
Hardwick et al. ³	1986	Groote Schuur Hospital Sudáfrica	500	16	Medicina Interna 45,6% Cirugía General 10,6% Obstetricia y Ginecología 8,4%	Dermatitis 17,1% Reacciones a fármacos 10,5% Micosis superficiales 7,0%
Arora et al. ⁴	1989	Base Hospital India	662	No especificada	Medicina Interna 49,8% Cirugía 22,7% Pediatria 9,8%	Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas 23% Reacciones a fármacos 9,1% Miscelaneas 48%
Falanga et al. ⁵	1994	Jackson Memorial Hospital EE.UU.	591	8	Medicina 39% Urgencias 16% Pediatria 14%	Reacciones a fármacos 8,8% Dermatitis atópica 5,1%
Itin et al. ⁷	1999	Kantonsspital Suiza	594	12	Medicina Interna > 50%	Dermatosis infecciosas 21,7% Reacciones a fármacos 9,8%
Fischer et al. ⁹	2004	University Hospital Alemania	2.390	24	Medicina Interna 42,8% Pediatria 11,7% Neurología 9,9%	Infecciones 24,4% Candidiasis 23,9% Eccemas 12,4%
Walia et al. ¹⁰	2004	158 Base Hospital India	971	60	Cirugía 29,8% Medicina 29,7% Psiquiatría 16,4%	Dermatitis alérgica 30,2% Infecciones 29,8%
Antic et al. ¹¹	2004	Kantonsspital Suiza	1.290	36	Solo se incluye Medicina Interna	Lesiones cutáneas precancerosas 6,2% Reacciones a fármacos 4,2%
Maza et al. ¹²	2009	CHU Timone, CHU Sainte-Marguerite CHU Nord Hospital Militair Laveran Francia	352	3	Medicina 60,8% Urgencias 11,6% Cirugía 10,5%	Dermatosis infecciosas 34,8% Miscelánea 26,4% Dermatosis inflamatorias 21,7%
Mancusi et al. ¹⁴	2010	Hospital das Clinicas FMUSP Brasil	313	4	Medicina Interna 24% Neurología 12% Cardiología 11%	Dermatosis infecciosa 25,8% Eccemas 16,6% Reacciones a fármacos 14%
Peñate et al. ¹⁵	2009	Hospital Insular de Las Palmas España	3.144	96	Medicina Interna 21,5% Pediatria 11,4% Neurología 8,3%	Dermatitis de contacto 8,9% Reacciones a fármacos 7,4% Candidiasis 7,1%
Estudio actual Lorente et al.	2010-2011	Hospital Universitario Virgen del Rocío España	429	12	Medicina Interna 27% Hematología 15% Cirugía 12%	Dermatosis inflamatorias 36,2% Dermatosis infecciosas 26,5% Procesos autoinmunes 10,10%

la jornada laboral, facilita la accesibilidad del dermatólogo al resto de especialistas, la atención temprana a los pacientes graves, así como favorece el intercambio de ideas entre el médico responsable del enfermo y el dermatólogo interconsultor. Creemos que la implantación de un «busca» es fundamental para realizar una buena labor de IC.

Las características demográficas de los enfermos en cuanto a sexo y edad coinciden con las de la población ingresada en nuestro hospital durante ese periodo¹. Coincidimos con otros trabajos en que las especialidades médicas, y en concreto Medicina Interna, ocupan el mayor peso de la IC dermatológica^{3,7,9,10,13-15}. En general, en todos los trabajos revisados las especialidades médicas consultan más que las quirúrgicas, probablemente debido a que los ingresos son más prolongados y que con mayor frecuencia son pacientes pluripatológicos y polimedcados. En el resto de los estudios y en líneas generales los servicios que siguieron a Medicina Interna fueron Pediatría, Urgencias y Neurología^{3,7,9,10,14,15}.

En nuestro caso se excluyeron los pacientes pediátricos, porque existe un dermatólogo pediátrico que se encarga de atender específicamente tanto la consulta como la IC pediátrica, además la población infantil presenta unas características específicas que creemos se deben valorar en otro tipo de estudio. También queremos destacar que la demanda de servicios como Hematología, Nefrología o Enfermedades Infecciosas no ha sido tan numerosa como Medicina Interna; sin embargo, sus pacientes tienen más revisiones y un mayor número de pruebas complementarias en comparación con el resto de especialidades. Esto se debe sin duda a la mayor complejidad de estos enfermos, siendo la mayoría de ellos pacientes trasplantados o inmunodeprimidos. El porcentaje de enfermos inmunodeprimidos atendidos en la IC fue muy importante, suponiendo más de un tercio del total.

Los motivos de consulta más habituales coinciden con los recogidos en otros trabajos¹³, siendo en la mayoría de las ocasiones consultas por síntomas o lesiones cutáneas inespecíficas como «erupción cutánea pruriginosa». Revisando la literatura, de forma global los diagnósticos más frecuentes fueron por orden: las dermatosis infecciosas, las dermatosis inflamatorias y las reacciones por fármacos^{3,7,9,13-15}. En nuestro estudio los procesos más frecuentes fueron las dermatosis inflamatorias y en segundo lugar los procesos infecciosos, ocupando las reacciones secundarias a fármacos el quinto lugar, por detrás de las dermatosis autoinmunes y los procesos cutáneos tumorales. Sin embargo, si valoramos los diagnósticos concretos de forma individual y no agrupados el diagnóstico más frecuente fue el de toxicodermia.

La alta frecuencia de procesos autoinmunes recogidos en nuestro estudio, a diferencia de otros trabajos, se debe por un lado, a que no se han contabilizado de forma específica en ningún otro, incluyéndose generalmente dentro de las dermatosis inflamatorias, y por otro, al hecho de que la unidad de Colagenosis/Medicina Interna en nuestro centro es de referencia para muchos hospitales. En general, es difícil comparar las frecuencias de las distintas enfermedades en los trabajos revisados, dado que no se ha seguido un criterio común para clasificarlas y cuantificarlas. En términos generales, el intertrigo en las dermatosis infecciosas y los eccemas en las dermatosis inflamatorias fueron los diagnósticos más frecuentes^{3,7,9,13-15}. En nuestro caso, dentro

de las dermatosis inflamatorias los eccemas y la psoriasis vulgar fueron los procesos más frecuentes. En los procesos infecciosos fue el intertrigo candidiásico, seguido de las reactivaciones del virus herpes zóster.

Nos pareció importante valorar también la relación entre el comienzo de la enfermedad cutánea y el motivo de ingreso hospitalario. En ocasiones las lesiones cutáneas han sido la primera manifestación de procesos sistémicos graves, como ocurrió en los 5 casos recogidos de herpes zóster generalizado en pacientes trasplantados renales, 7 casos de infiltración cutánea tumoral o 2 casos de vasculitis séptica por hongos, que indicaron el ingreso del paciente.

El porcentaje de pruebas complementarias solicitadas es muy variable según los estudios, y oscila entre el 6,4% en el estudio de Peñate et al.¹⁵ y el 48% en el trabajo de Mancusi et al.¹⁴. En nuestro trabajo coincidimos con este último. La proporción de pruebas complementarias fue muy inconstante en función del servicio consultor, siendo mucho más numerosas las pruebas solicitadas en Hematología y Nefrología a diferencia de las especialidades quirúrgicas. Como ya hemos comentado antes, creemos que esto se debe a que se trata de pacientes complejos con enfermedad de base grave (trasplantados, inmunodeprimidos, etc.).

Asimismo, es interesante conocer si los pacientes habían o no iniciado tratamiento antes de contactar con nosotros. El hecho de que estuvieran previamente tratados fue, en general, una desventaja, pues en ocasiones artefactaba las lesiones dificultando el diagnóstico final.

Finalmente, solo un 25% necesitaron revisiones, resolviéndose la mayoría de los procesos de forma satisfactoria durante el ingreso.

Por último, creemos que es importante señalar las limitaciones de nuestro trabajo:

1. Hemos tenido que unificar los motivos de consulta por ser muy variados y poco específicos en la mayoría de las ocasiones. Esto dificulta la comparación con los datos de otros trabajos al no existir criterios comunes para todos.
2. Los diagnósticos han sido realizados por un solo dermatólogo o un dermatólogo y un residente, sin ser contrastados *a posteriori*, a excepción de los casos en los que se ha tomado biopsia o cultivo.
3. Nuestro hospital tiene la peculiaridad de estar compuesto por varios edificios separados físicamente, por lo que la relación entre especialistas de distintos campos es, en ocasiones, escasa. Esto hace que algunos servicios desconozcan que existe una actividad de interconsulta dermatológica y no la soliciten; lo que podría explicar que no haya ninguna IC de servicios como ORL o que haya sido mínima en Cardiología o Urología.

Independientemente de los datos analizados y los resultados, creemos que es importante resaltar el aspecto formativo para los médicos residentes al desarrollar una actividad hospitalaria integrada y organizada dentro del Servicio, que les permite tener acceso a los pacientes ingresados, ver enfermedad aguda y grave en pacientes que no es posible atender en consulta, como son los trasplantados o los ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Creemos que nuestros resultados podrían ser extrapolables a otros hospitales de tercer nivel del territorio nacional que cubran una población de características

similares a la nuestra. La afección dermatológica en enfermos hospitalizados es muy prevalente, con lo que independientemente de las características del hospital su incorporación a la actividad diaria de un Servicio de Dermatología supone una mejora en la asistencia del paciente hospitalizado.

Como conclusión, queremos señalar que los resultados de nuestro trabajo demuestran que el dermatólogo hospitalario, en el papel interconsultor, es una figura que se debe fomentar. Nuestra especialidad desempeña un papel integrador en la evaluación de los procesos cutáneos agudos que coincidan o aparezcan durante el ingreso, mejorando la atención a los pacientes ingresados y disminuyendo las comorbilidades durante su ingreso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todo el Servicio de Dermatología de Virgen del Rocío por colaborar en la recogida de datos.

Bibliografía

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío Unidad de Gestión de Dermatología y Venereología [consultado: 20 Abril 2012]. Disponible en: <<http://www.huvr.es/>>.
2. Sherertz EF. Inpatient dermatology consultations at a medical center. *Arch Dermatol.* 1984;120:1137.
3. Hardwick N, Saxe N. Patterns of dermatology referrals in a general hospital. *Br J Dermatol.* 1986;115:167-76.
4. Arora PN, Aggarwal SK, Ramakrishnan SK. Analysis of dermatological referrals (a series of 662 cases from Base and Army Hospital complex). *Indian J Dermatol.* 1989;34:1-8.
5. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, González A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol.* 1994;130:1022-5.
6. Nahass GT, Meyer AJ, Campbell SF, Heaney RM. Prevalence of cutaneous findings in hospitalized medical patients. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:207-11.
7. Itin PH. Impact of a department of dermatology within the global concept of a large hospital setting - analysis of 594 consultations requested by non-dermatologists. *Dermatology.* 1999;199:76-9.
8. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. The changing status of inpatient dermatology at American academic dermatology programs. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40:755-7.
9. Fischer M, Bergert H, Marsch WC. The dermatologic consultation. *Hautarzt.* 2004;55:543-8.
10. Walia NS, Deb S. Dermatological referrals in the hospital setting. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;70:285-7.
11. Antic M, Conen D, Itin PH. Teaching effects of dermatological consultations on non-dermatologists in the field of internal medicine. A study of 1,290 inpatients. *Dermatology.* 2004;208:32-7.
12. Lambert A, Delaporte E, Lok C, Froment L, Bailly L, Denoeux JP, et al. Skin diseases observed in the dermatology departments of three French university teaching hospitals. *Ann Dermatol Venereol.* 2006;133:657-62.
13. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand JJ, Berbis P, Grob JJ, et al. Evaluation of dermatology consultations in a prospective multicenter study involving a French teaching hospital. *Ann Dermatol Venereol.* 2009;136:241-8.
14. Mancusi S, Cyro Festa N. Inpatient dermatological consultation in university hospital. *Clinics.* 2010;65:851-5.
15. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L. Dermatologists in Hospital Wards: An 8-year Study of Dermatology Consultation. *Dermatology.* 2009;219:225-31.