



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Estudio descriptivo de urgencias dermatológicas en un hospital terciario



D. Bancalari-Díaz^{a,*}, L.I. Gimeno-Mateos^a, J. Cañueto^{a,b}, I. Andrés-Ramos^a, E. Fernández-López^{a,b} y C. Román-Curto^{a,b}

^a Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC), Centro de Investigación del Cáncer (CIC), Salamanca, España

Recibido el 2 de noviembre de 2015; aceptado el 3 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 26 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Urgencias;
Guardias de
Dermatología;
Formación en
Dermatología;
Residentes;
Epidemiología

Resumen

Introducción: La existencia de guardias de Dermatología es escasa en nuestro sistema nacional de salud. El objetivo del presente estudio es definir cuáles son los grupos de enfermedades y afecciones dermatológicas más frecuentes que acuden a urgencias y valorar la necesidad de dichas guardias para la formación del médico interno residente (MIR).

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes que acudieron a urgencias de Dermatología durante el periodo de un año (junio de 2013-mayo de 2014), que fueron evaluados por 9 MIR de la especialidad. Las variables a estudio fueron: fecha/día, sexo, edad, diagnóstico, procedimientos quirúrgicos especiales, pruebas complementarias de laboratorio, si requirieron o no hospitalización o revisión. Además, se evaluaron los pacientes nuevos que acudieron a una consulta programada de Dermatología entre los meses de enero y junio del 2014, con el objetivo de comparar las afecciones más frecuentes en ambos grupos.

Resultados: Un total de 3.084 pacientes fueron atendidos en urgencias dermatológicas, que representó el 5,6% de las urgencias vistas en el hospital. Se realizaron 152 diagnósticos diferentes. Los grupos de enfermedades más frecuentes fueron: infecciosas (23%) y eccemas (15,1%). Los diagnósticos individuales fueron: urticaria aguda (7,6%), eccema de contacto (6,1%) y toxicodermias (4,6%). Ello contrasta con los diagnósticos más frecuentes en los 1.288 pacientes estudiados pertenecientes a la consulta programada (queratosis seborreica [11,9%], nevus melanocítico [11,5%] y queratosis actínica [8%]). Un 42% de los pacientes vistos en urgencias requirió revisión; los MIR de 4.º año fueron los que menor número de revisiones generaron.

Conclusiones: En nuestro estudio el grupo de dolencias infecciosas y eccemas representan cerca del 40% del total de las consultas urgentes. Nuestros resultados parecen indicar que la realización de guardias de Dermatología por parte de los MIR de esta especialidad es de gran utilidad para el sistema hospitalario y que son necesarias en la formación integral del especialista en Dermatología.

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielbancalari@hotmail.com (D. Bancalari-Díaz).

KEYWORDS

Emergency department;
Dermatology in-house call;
Dermatology training program;
Residents;
Epidemiology

Dermatologic emergencies in a tertiary hospital: A descriptive study**Abstract**

Background and objective: Dermatology in-house call is uncommon in the Spanish national health system. The objective of the present study was to define the groups of dermatologic diseases and conditions most frequently seen in the emergency department and to evaluate the need for dermatology in-house call in the training of medical residents.

Material and methods: We performed a descriptive study of all patients who attended the emergency department with a skin complaint during a 1-year period (June 2013 to May 2014) and were assessed by 9 dermatology residents. The study variables were date/day, sex, age, diagnosis, special surgical procedures, additional laboratory tests, and need for hospitalization and/or follow-up. We also evaluated patients attending their first scheduled visit to the dermatologist between January and June 2014 in order to compare the most frequent conditions in both groups.

Results: A total of 3084 patients attended the emergency room with a skin complaint (5.6% of all visits to the emergency department), and 152 different diagnoses were made. The most frequent groups of diseases were infectious diseases (23%) and eczema (15.1%). The specific conditions seen were acute urticaria (7.6%), contact dermatitis (6.1%), and drug-induced reactions (4.6%). By contrast, the most frequent conditions seen in the 1288 patients who attended a scheduled dermatology appointment were seborrheic keratosis (11.9%), melanocytic nevus (11.5%), and actinic keratosis (8%). A follow-up visit was required in 42% of patients seen in the emergency department. Fourth-year residents generated the lowest number of follow-up visits.

Conclusions: We found that infectious diseases and eczema accounted for almost 40% of all emergency dermatology visits. Our results seem to indicate that the system of in-house call for dermatology residents is very useful for the hospital system and an essential component of the dermatology resident's training program.

© 2016 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La utilidad de las urgencias dermatológicas desde su instauración hasta el momento actual ha sido controvertida. La existencia de médicos de guardia de Dermatología es escasa en nuestro sistema nacional de salud: son muy pocos los centros asistenciales de España que cuentan con guardias presenciales de Dermatología durante 24 h. Ello puede atribuirse, al menos en parte, a que la mayoría de las urgencias dermatológicas no son de carácter grave ni conllevan riesgo vital.

La Organización Mundial de la Salud entiende como urgencia aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Asimismo, define la urgencia como la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Aplicando la definición de urgencia en nuestra práctica diaria, la aparición de lesiones cutáneas de formas variadas y frecuentemente sintomáticas genera en el paciente o en su familia conciencia de una necesidad inmediata de asistencia y, en algunos casos, gran alarma. Esto conlleva que la afección dermatológica sea una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias¹. Distintos estudios han estimado que la enfermedad dermatológica supone hasta un 8-10% de

las urgencias hospitalarias en nuestro país¹⁻⁴. Esto traduce la discordancia entre el concepto de urgencia y gravedad vital por parte de la población. Junto a ello, existe una demanda creciente de asistencia en los servicios generales de urgencias⁵. Dichos servicios en España han aumentado de forma exponencial la demanda asistencial: han pasado de unos 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 millones en 2008⁵, lo que lleva en determinados momentos del año a la saturación y el colapso.

Junto a lo anterior, el Programa Formativo de la Especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (B.O.E. de 25 de septiembre de 2007. Orden SCO/2754/2007) en el apartado 6.4 considera «imprescindible para una completa formación del médico la realización de guardias hospitalarias, adscrito al servicio de Medicina Interna o de Cirugía exclusivamente durante el periodo rotatorio, y en la unidad de Dermatología el resto de su periodo formativo».

El Hospital Universitario de Salamanca (HUS) es un hospital terciario, que tiene a su cargo la formación de médicos internos residentes (MIR) y cuenta con guardias presenciales de Dermatología las 24 h, los 7 días de la semana, desde hace 15 años. Decidimos evaluar las urgencias dermatológicas atendidas en nuestro servicio durante el periodo de un año.

Nos propusimos analizar los diferentes tipos de afección dermatológica que requieren ser vistos con carácter urgente. Además, pretendimos evaluar la conveniencia de

las guardias presenciales de Dermatología en la formación de los MIR. En este sentido, por un lado comparamos la dolencia urgente con la que acude a una consulta programada de la especialidad y, por otro, el porcentaje de revisiones y altas directas del residente, según el año de residencia.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo de las características clínico-evolutivas de los pacientes que acudieron a urgencias de Dermatología del HUS, durante un periodo de 12 meses (entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de mayo de 2014). Nuestro hospital presta atención especializada a una población aproximada de 230.000 habitantes del área metropolitana de Salamanca.

Los pacientes fueron evaluados por 9 médicos internos residentes de Dermatología de 2.º, 3.º y 4.º año. Cada MIR está tutelado por un adjunto y la tutela se realiza de forma directa los días laborables en horario de 8-15 h y demorada, al día siguiente o a las 48 h si el paciente acude el fin de semana, en los casos en los que existen dudas diagnósticas.

Las variables a estudio fueron: fecha/día de la prestación de asistencia, sexo, edad, diagnóstico, procedimientos quirúrgicos especiales (biopsia, sutura de heridas y extirpaciones), pruebas complementarias de laboratorio (analítica, serología, cultivo), si requirieron o no hospitalización y si requirieron o no revisión.

Además, se evaluó a los pacientes de una consulta programada de Dermatología durante un periodo de 6 meses (entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2014) para valorar si había diferencias en las dolencias asistidas.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS-IBM versión 21. Las variables cualitativas se compararon utilizando el test Chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando fue preciso, es decir, cuando en las tablas de contingencia el tamaño de alguna de las casillas era menor de $n = 5$. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando el valor de $p < 0,05$.

Resultados

Fueron vistos 3.084 pacientes (8,45 pacientes/día) que representan el 5,6% de las urgencias vistas en el HUS en ese periodo de tiempo. El porcentaje de pacientes valorados fue significativamente mayor en los meses de verano (8%) que en los meses de invierno (4%) ($p = 0,0003$). Agosto fue el mes con más consultas (11,6%), seguido de junio y julio (fig. 1). Los días de la semana en que acudieron en mayor número fueron lunes (17,8%) y viernes (16,3%).

En cuanto al sexo, un 54,1% fueron mujeres y un 45,9% fueron hombres. La edad promedio fue de 44 años (rango de un mes a 101 años). El rango de edad pediátrica representó el 13,4%, el rango comprendido entre 14 y 69 años ocupó el 68,3% y el rango de mayores de 69 el restante 18,4%. Las mujeres consultaron significativamente más en todos los rangos de edad, salvo en la edad pediátrica en la que las consultas de pacientes varones fueron más comunes ($p = 0,0003$) (fig. 2).

Se realizaron 152 diagnósticos diferentes. Las afecciones más frecuentes fueron: urticaria aguda (7,6%), eccema

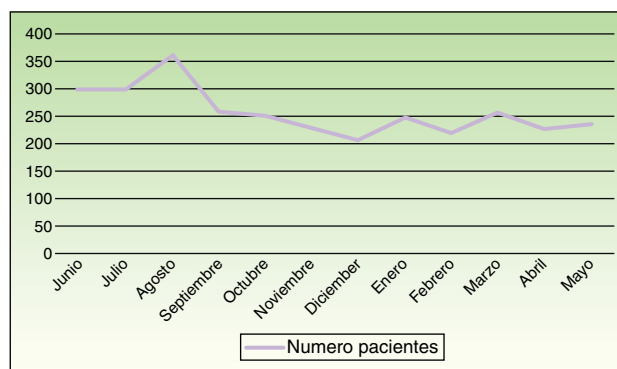


Figura 1 Distribución de las urgencias dermatológicas por meses.

de contacto (6,1%), toxicodermias (4,6%), celulitis (3,8%) y herpes zóster (3,7%). En el rango pediátrico los motivos más frecuentes fueron: sutura de herida inciso-contusa (29%), dermatitis atópica (7,5%), exantemas virales (7,2%), quemaduras (5,5%), prurigos y picaduras (4,8%) y urticaria (4,5%) (tabla 1).

Debido al gran número de diagnósticos diferentes, para poder analizarlos mejor se clasificaron en 14 grupos de afecciones similares, incluyendo uno de afección no clasificable. Entre estos, en adultos, las afecciones más frecuentes fueron: infecciosas (23%), eccemas (15,1%) y procedimientos y complicaciones de la cirugía dermatológica (9,5%) (tabla 2); en el grupo pediátrico fueron: infecciosas (21%) y eccemas (13%).

Se realizaron 290 procedimientos quirúrgicos especiales (9,4%). Los más frecuentes fueron: a) la biopsia cutánea en pacientes adultos (140 biopsias) y b) la sutura de herida inciso-contusa en pacientes de edad pediátrica (120 suturas). Dentro de las biopsias, fue la enfermedad injerto contra huésped cutánea (EICH) la afección más prevalente (20%), seguida de las toxicodermias (10,4%) y las vasculitis (8%) (tabla 3). El porcentaje de pacientes que requirió analítica general (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) fue un 11,3%, serologías un 5,9% y cultivos un 3,9%. Necesitaron ingreso hospitalario 60 pacientes (1,9%

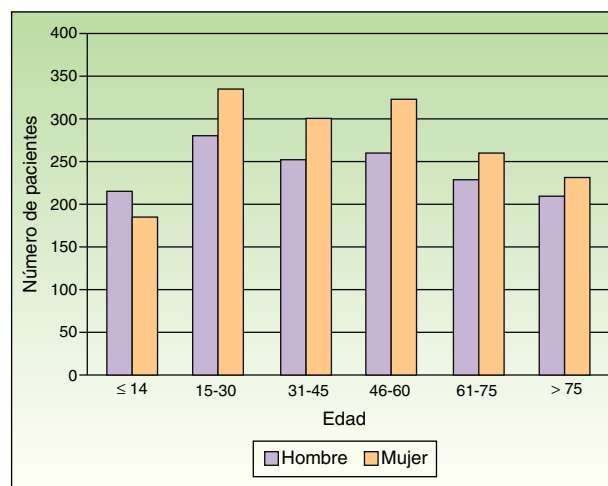


Figura 2 Distribución por edad y sexo.

Tabla 1 Comparación entre los 10 motivos más frecuentes de consulta habitual programada, consulta urgente en adultos y consulta urgente en edad pediátrica

Consulta habitual en %	Consulta urgente de adultos en %	Consulta urgente pediátrica en %
1. Queratosis seborreica 11,9	1. Urticaria aguda 7,6	1. Suturas de heridas 29
2. Nevus melanocíticos 11,5	2. Eccema de contacto 6,1	2. Dermatitis atópica 7,5
3. Queratosis actínicas 8,0	3. Toxicodermias 4,6	3. Exantema viral 7,2
4. Verrugas víricas 4,5	4. Celulitis 3,8	4. Quemaduras 5,5
5. Carcinoma basocelular 4,1	5. Herpes zóster 3,7	5. Prurigo y picaduras 4,8
6. Acné 3,8	6. Exantema viral 2,8	6. Urticaria aguda 4,5
7. Fibroma blando 3,5	7. Pitiriasis rosada 2,6	7. Pitiriasis rosada 4,2
8. Lentigo solar 3,3	8. Prurigo 2,3	8. Eccemas irritativos 4,2
9. Alopecias 2,3	9. Herpes simple 2,0	9. Exantema multiforme 3,6
10. Quistes epidérmicos 2,3	10. Picaduras 2,0	10. Impétigo 3,0

del total), en este grupo los diagnósticos más frecuentes en adultos fueron: celulitis (38%), toxicodermias (8%) y vasculitis leucocitoclástica (8%). De los pacientes pediátricos, 7 necesitaron ingreso hospitalario. Las causas más frecuentes de hospitalización se observan en la [tabla 4](#). Un 42% de los pacientes requirió revisión en consulta de Dermatología y el 58% restante fueron altas directas. El número de revisiones fue inversamente proporcional al año de residencia: los residentes de 2.º año fueron los que mayor cantidad de revisiones generaron (50%), seguidos por los residentes de 3.º año con un 37%; los residentes de 4.º año fueron los que menor número de pacientes revisaron (24%).

Además, se evaluó a 1.288 pacientes nuevos que acudieron a una consulta programada de Dermatología. La proporción de mujeres fue del 60,8%. La edad promedio fue de 45 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron queratosis seborreica (11,9%), nevus melanocítico (11,5%), queratosis actínica (8%), verrugas víricas (4,5%) y carcinoma basocelular (4,1%) ([tabla 1](#)). La proporción de revisiones en la consulta programada durante el periodo de tiempo estudiado fue del 21%.

Discusión

En nuestro estudio las urgencias dermatológicas representan el 5,6% del total de urgencias vistas en nuestro hospital (8-9 pacientes/día), y cerca del 8% en los meses de verano. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros centros, en los que se atendieron entre 5 y 9 pacientes al día por este motivo^{3,4}, e inferiores a los de Grillo et al.¹, debido posiblemente a que el área de población que atienden casi triplica a la nuestra. Ello demuestra que la afección urgente dermatológica supone una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias, con una incidencia similar en varias provincias.

Las consultas fueron significativamente más frecuentes en los meses de verano, especialmente en agosto. Este fenómeno puede explicarse, en parte, por el aumento de dolencias propias del verano (picaduras, erupción solar polimorfa...), por el agravamiento de cuadros fotosensibles (lupus eritematoso sistémico, porfiria cutánea tarda...) y por la disminución del número de consultas programadas en el periodo vacacional, con el consiguiente incremento en la lista de espera. Los días de la semana con mayor atención

de urgencias fueron los lunes y los viernes, resultados similares a los obtenidos por Grillo et al.¹ y que se explica por la proximidad al fin de semana, en el que no existen consultas normalizadas ni en Atención Primaria ni en especializada, con la incertidumbre que ello conlleva para los pacientes, en relación con la evolución de su enfermedad.

En general, las mujeres consultaron más frecuentemente que los varones, resultados que son similares a otros estudios^{1,3-5} y que se explican, en la mayoría de los estudios y en el nuestro, por la mayor preocupación de las mujeres por la enfermedad cutánea^{1,3,4,6}. Se observó una diferencia significativa entre los distintos rangos de edad y el sexo, de manera que en todos los grupos de edad, con excepción del grupo pediátrico, las mujeres consultaron con más frecuencia. Pensamos que el elevado porcentaje de consultas por heridas inciso-contusas (29%) en la población pediátrica en nuestro estudio, a las que por sus juegos son más proclives los niños, puede justificar en parte la mayor incidencia de varones en este grupo.

El promedio de edad de consulta fue de 44 años, resultados concordantes con otros estudios^{7,8}, aunque el rango fue muy amplio y abarcó desde neonatos hasta pacientes ancianos.

Aunque los diagnósticos fueron muy variados (más de 150), lo que demuestra la cantidad de matices diferenciales que tiene la afección dermatológica, el 65% de ellos estuvieron representados por un grupo de 30 enfermedades. Estos resultados son similares a los recogidos por González et al.³, que comprobaron que en 27 enfermedades se concentraban el 70% de sus diagnósticos. Cuando la afección dermatológica es evaluada por médicos no especialistas, la diversidad de diagnósticos es considerablemente inferior (96), agrupándose el 84% en 21 entidades diagnósticas⁹. El grupo de enfermedades infecciosas y eccemas representan casi el 40% del total de las consultas y el diagnóstico aislado más frecuente fue el de urticaria aguda, similar a lo observado en otras series^{3,8,9}. En el rango de edad pediátrica, si exceptuamos las heridas inciso-contusas, también se observó que los grupos de infecciones (exantemas virales) y eccemas fueron los principales motivos de consulta y el diagnóstico aislado más frecuente fue dermatitis atópica, como otros ya han observado^{8,10}.

Nuestra serie presenta un elevado número de pacientes con EICH, debido al gran número de trasplantes de

Tabla 2 Diagnóstico por grupo de enfermedades, número y porcentaje con respecto al total

Diagnóstico	Número y porcentaje
Dermatosis infecciosas	709 (23)
<i>Virales</i>	321 (10,4)
Herpes zóster y varicela	127 (4,12)
Exantema viral	89 (2,9)
Herpes simple	46 (1,49)
Verrugas vulgares	22 (0,72)
Otras	31 (1,18)
<i>Bacterianas</i>	237 (7,7)
Celulitis y erisipela	130 (4,23)
Foliculitis, furúnculos y abscesos	60 (1,94)
Impétigo	29 (0,95)
Otras	18 (0,57)
<i>Micóticas</i>	89 (2,9)
Candidiasis	59 (1,9)
Dermatofitosis	25 (0,8)
Otras	4 (0,2)
<i>Infecciones de transmisión sexual</i>	43 (1,4)
Uretritis infecciosa	17 (0,55)
Herpes genital	14 (0,45)
Otras	12 (0,41)
<i>Parásitos</i>	19 (0,6)
Escabiosis	17 (0,55)
Eccemas y dermatitis	466 (15,1)
<i>Eccema de contacto irritativo</i>	188 (6,1)
<i>Eccema atópico y numular</i>	75 (2,44)
<i>Eccema de contacto alérgico</i>	54 (1,75)
<i>Eccema seborreico</i>	38 (1,22)
<i>Eccema dishidrótico</i>	32 (1,03)
Otras	79 (2,56)
Procedimientos y complicaciones quirúrgicas	294 (9,5)
<i>Biopsias</i>	140 (4,54)
<i>Suturas de heridas inciso-contusas</i>	120 (3,89)
<i>Extirpaciones</i>	17 (0,55)
Otras	17 (0,55)
Urticaria y angioedema	289 (9,4)
<i>Urticaria aguda</i>	234 (7,6)
<i>Urticaria aguda + angioedema</i>	29 (0,95)
<i>Urticaria crónica</i>	26 (0,83)
Dermatosis reactivas y por agentes mecánicos	232 (7,5)
<i>Enfermedad injerto contra huésped cutánea</i>	49 (1,6)
<i>Eritema multiforme</i>	45 (1,45)
<i>Quemaduras térmicas</i>	36 (1,18)
<i>Erupción lumínica polimorfa</i>	28 (0,91)
Otras	74 (2,38)
Enfermedades eritematoescamosas	182 (5,9)
<i>Pitiriasis rosada</i>	82 (2,67)
<i>Psoriasis</i>	41 (1,33)
<i>Liquen ruber plano</i>	38 (1,22)
Otras	21 (0,69)
Toxicodermias	154 (5)
<i>Exantema medicamentoso</i>	122 (3,95)
Otras	32 (1,03)

Tabla 2 (continuación)

Diagnóstico	Número y porcentaje
Tumores	143 (4,6)
<i>Malignos:</i>	
Carcinoma espinocelular	21 (0,69)
Otros	22 (0,72)
<i>Premalignos</i>	20 (0,65)
<i>Benignos:</i>	
Quistes epidérmicos y tricolemales	36 (1,18)
Granuloma piogénico	20 (0,65)
Otros	42 (1,4)
Prurito y picaduras	134 (4,3)
<i>Prurigo</i>	73 (2,36)
<i>Picaduras</i>	61 (2,0)
Enfermedad de los anejos cutáneos	74 (2,4)
<i>Acné y rosácea</i>	42 (1,35)
<i>Paroniquias infecciosas</i>	16 (0,53)
Otras	16 (0,51)
Vasculitis y púrpuras	59 (1,9)
<i>Vasculitis leucocitoclástica</i>	41 (1,34)
<i>Púrpura no palpable</i>	18 (0,56)
Afección de cavidad oral	43 (1,4)
<i>Aftas</i>	16 (0,53)
Otras	27 (0,88)
Dermatosis ampollosas	40 (1,3)
<i>Penfigoide ampolloso</i>	27 (0,88)
Otras	13 (0,42)
Miscelánea	185 (8,4)
<i>Dermatosis a estudio</i>	108 (3,51)
<i>Sin lesiones</i>	28 (0,91)
<i>Conectivopatías, sarcoidosis</i>	18 (0,57)
<i>Dermatosis del embarazo</i>	13 (0,41)
Otras	92 (3)

progenitores hematopoyéticos que se realizan en nuestro centro. Es sabido que hasta casi un 50% de los pacientes que reciben un trasplante de progenitor hematopoyético alogénico pueden desarrollar una EICH y que en un porcentaje importante ello condiciona el pronóstico. Además, las manifestaciones cutáneas pueden ser el primer signo de una EICH y el diagnóstico precoz en estos casos es fundamental para poder instaurar rápidamente el tratamiento, antes de que otros órganos puedan afectarse gravemente o la enfermedad cutánea sea incontrolable¹¹.

Aunque la mayoría de las urgencias dermatológicas no constituyen enfermedades que comprometan la vida del paciente, también hay casos de enfermedades graves, con una elevada morbimortalidad como el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica¹², y enfermedades tumorales en las que un diagnóstico y abordaje terapéutico rápido pueden mejorar la supervivencia de los pacientes (el melanoma, el carcinoma de células de Merkel o el carcinoma epidermoide cutáneo^{13,14}).

La biopsia cutánea fue el procedimiento quirúrgico más frecuente en adultos (50%), seguido de la sutura de heridas inciso-contusas, sobre todo en pacientes pediátricos, que

Tabla 3 Diagnóstico clínico y anatomopatológico más frecuente de biopsias realizadas de urgencia, número y porcentaje de pacientes, sobre el total de pacientes biopsiados

Diagnóstico clínico	N	(%)	Diagnóstico anatomopatológico	N	(%)
EICH	25	20	EICH	19	15,2
Toxicodermia	13	10,4	Toxicodermia	11	8,8
Vasculitis	10	8	Vasculitis	8	6,4
CEC	6	4,8	CEC	3	2,4
S. de Sweet	5	4	S. de Sweet	5	4
Paniculitis	5	4	Paniculitis	4	3,2
Liquen	5	4	Liquen	2	1,6
Proceso LP	4	3,2	Proceso LP	4	3,2
Varicela	4	3,2	Varicela	3	2,4
Sarcoidosis	4	3,2	Sarcoidosis	1	0,8
CBC	3	2,4	CBC	4	3,2
Eccemas	3	2,4	Eccemas	3	2,4
Eritema multiforme	3	2,4	Eritema multiforme	3	2,4

CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma epidermoide cutáneo; EICH: enfermedad injerto contra huésped; LP: proceso linfoproliferativo; N: número de pacientes.

Tabla 4 Diagnósticos más frecuentes de hospitalización en pacientes adultos y pediátricos

Adultos		Pediátricos	
Diagnóstico	N.º de casos-%	Diagnóstico	N.º de casos-%
1. Celulitis	23 (38,3)	1. Quemaduras	2 (28,6)
2. Toxicodermias	5 (8,3)	2. E. de Kawasaki	1 (14,28)
3. Vasculitis leucocitoclástica	5 (8,3)	3. Eritrodermias	1 (14,28)
4. Eritrodermias	4 (6,6)	4. Pioderma gangrenoso	1 (14,28)
5. Herpes zóster	4 (6,6)	5. Epidermolisis ampollosa	1 (14,28)
6. Penfigoide ampollosa	3 (5)	6. Síndrome de Stevens- Johnson	1 (14,28)

Los otros procesos que requirieron ingreso en adultos fueron: úlcera de pie diabético (3 casos, 5%), exantema multiforme (2 casos, 3,2%) y gangrena de pene, síndrome de Sweet, pioderma gangrenoso y urticaria con angioedema (un caso cada uno, 1,6% cada uno).

representaron el 40% del total. La elevada proporción de suturas en niños es debida a que en nuestro hospital estos casos se derivan directamente al dermatólogo de guardia y solo los graves o catastróficos son atendidos por Cirugía Plástica: son asistidos en la mayoría de estas ocasiones, además, por el residente de Dermatología. La enfermedad EICH, seguida de las toxicodermias y las vasculitis, fue la enfermedad más biopsiada. No podemos comparar estos datos con los de otros autores porque no se especifican en los trabajos publicados¹⁻⁴.

Menos del 2% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario, porcentaje similar al obtenido en otros estudios^{1,3}. Su edad promedio fue de 65 años, superior a la media que acude a urgencias, con un predominio de hombres sobre mujeres, lo que contrasta con el claro predominio de ingresos de mujeres en otras publicaciones¹. La enfermedad más frecuente que necesitó hospitalización fue la celulitis/erisipela, en consonancia con lo ya publicado⁹. Un 11,3% de los pacientes vistos requirió un análisis sanguíneo urgente, serologías un 5,9% y cultivo el 3,9%: la mayoría de los casos por procesos infecciosos, de manera similar a lo visto en otros estudios¹. En general, los pacientes atendidos por enfermedad dermatológica por médicos no especialistas suelen hacerse más pruebas complementarias que cuando son atendidos por dermatólogos,

como lo demuestra el estudio realizado por Maza et al.¹⁵. Existe, además, una escasa correlación entre el diagnóstico de presunción de la dermatosis por los médicos no especialistas con el diagnóstico real, lo que condiciona la realización de un mayor número de exploraciones complementarias¹⁶. Todo lo anterior da una idea, presumiblemente, a falta de estudios prospectivos que lo confirmen, de una mejoría de la relación coste-efectividad de las urgencias dermatológicas cuando son atendidas por sus especialistas.

El porcentaje de pacientes que requirieron revisiones fue de un 42%, similar al 48% obtenido por Gil et al.⁶ y considerablemente diferente del 13,4% obtenido por Valcuende et al.⁴, donde los pacientes dermatológicos fueron atendidos por médicos de urgencias.

Por otro lado, teniendo en cuenta la formación del MIR, observamos que el porcentaje de altas directas fue más elevado a medida que era mayor el año de residencia, situación que traduce un mejor manejo de la enfermedad aguda y una adquisición de conocimientos progresiva. Los casos urgentes de mayor interés se seleccionaron por los tutores y se presentaron semanalmente por los residentes en sesión clínica, para comentar su diagnóstico, tratamiento y evolución, lo que permite potenciar su formación docente en este tipo de enfermedad.

En el presente estudio, en la muestra de consulta programada de Dermatología, la edad, el sexo y los motivos de consulta son similares a los descritos en estudios previos^{17,18}. Al compararlos con las urgencias dermatológicas más frecuentes, podemos comprobar que las enfermedades por las que el paciente acude a una consulta programada de Dermatología son generalmente diferentes (tabla 1). Esto refleja que lo observado en consulta no es suficiente para un aprendizaje completo de la enfermedad dermatológica del especialista en formación.

Nuestro estudio presenta limitaciones claras al ser de carácter descriptivo y, si bien creemos que las guardias son de utilidad para la formación del residente, pensamos que serían necesarios estudios prospectivos de coste-efectividad para demostrar la necesidad de un dermatólogo de guardia en un hospital terciario. Otra limitación de nuestro estudio fue incluir las suturas de herida inciso-contusas en niños, dado que no representan una urgencia real de Dermatología, sino más bien de cirugía infantil: estos resultados son poco representativos de otros centros con guardias de Dermatología.

Conclusiones

Los tipos más frecuentes de afección urgente dermatológica atendidos en nuestro hospital son las infecciones, los eccemas y las urticarias, lo que coincide con lo publicado en otros estudios en nuestro país.

Las guardias de Dermatología son de utilidad para el hospital, ya que asumen un porcentaje importante de los pacientes que llegan al servicio de urgencias, que son evaluados de forma rápida y sin la necesidad, en la mayor parte de las ocasiones, de pruebas complementarias. Por otra parte, el residente va asumiendo destrezas clínico-quirúrgicas, responsabilidades crecientes y aprendiendo el manejo agudo de las enfermedades dermatológicas, muchas de las cuales no se observan frecuentemente en la consulta habitual, lo que supone un aspecto fundamental para la completa formación del MIR de Dermatología.

Por todo ello, estamos de acuerdo con otros autores en que las urgencias dermatológicas constituyen un recurso sanitario útil para la red hospitalaria nacional y defendemos que sería necesario ampliarlo, más aún si el centro tiene MIR en formación, tal y como se contempla en el Programa Oficial Formativo de la Especialidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:316–24.
2. González-Ruiz A, Bernal-Ruiz AI, García-Muñoz M, Miranda-Romero A, Castrodeza-Sanz J. Urgencias dermatológicas en un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:342–8.
3. Valcuende F, Ferraz C, Tomás G, Pitarch A, Almela T, Bertoméu F. Análisis de las urgencias dermatológicas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;87:305–9.
4. Herrera M, Calvente MJ, del Cerro M, Rueda M, Fernández C, Robledo A. Urgencias en dermatología. Estudio descriptivo. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;76:675–80.
5. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado, 2008. Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. [consultado 31 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI2008.pdf>
6. Gil Mateo MP, Velasco Pastor M, Miquel Miquel JB, Quecedo Estébanez E, Martínez Escribano JA, Nagore Enguidanos E, et al. Análisis de las urgencias dermatológicas de un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;87:681–6.
7. Mirkamali A, Ingen-Housz-Oro S, Valeyrie-Allanore L, Bouvresse S, Duong TA, Chosidow O, et al. Dermatological emergencies: A comparative study of activity in 2000 and 2010. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:916–8.
8. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Lopez-Villaescusa MT, Faura-Berruga C, Gómez-Sanchez M, Azaña-Defez JM. Impacto de las guardias de dermatología en un hospital terciario: situación postimplementación. *Piel.* 2015;30:81–90.
9. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Consultas dermatológicas en el Servicio de Urgencias: situación previa a la instauración de guardias de la especialidad. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:39–47.
10. Roca Saurina C, Lázaro Tremul AC, Vicente Molinero A, Larrumbe Irurzum A, Grasa Jordán MP, Carapeto FJ. Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital terciario. *Piel.* 2004;19:124–30.
11. Hillen U, Häusermann P, Massi D, Janin A, Wolff D, Lawitschka A, et al. Consensus on performing skin biopsies, laboratory workup, evaluation of tissue samples and reporting of the results in patients with suspected cutaneous graft-versus-host disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:948–54.
12. Laguna C, Martín B, Torrijos A, García-Melgares M, Febrer I. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: experiencia clínica y revisión de la literatura especializada. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:177–85.
13. Marcoval J, Moreno A, Torras 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 Dermosifiliogr.* 2008;99:464–8.
14. Pérez-Suárez B, Guerra-Tapia A. Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:119–26.
15. Maza A, Berbis J, Gaudy 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.
16. Fleicher A, Herbert CR, Feldman S. Diagnosis of skin disease by non dermatologist. *Am J Manag Care.* 2000;6:1149-56.
 17. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. *Análisis de la demanda derivada. Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:271-5.
 18. Macaya-Pascual A, López Canós R, López 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.