

ACTAS Derma-Sifiliográficas

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



ORIGINAL

Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario

E. Grillo*, S. Vañó-Galván, N. Jiménez-Gómez, A. Ballester, E. Muñoz-Zato y P. Jaén

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 24 de julio de 2012; aceptado el 4 de noviembre de 2012
Disponibile en Internet el 18 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Urgencias dermatológicas;
Emergencia médica;
Epidemiología;
Gestión;
Formación en Dermatología

KEYWORDS

Dermatologic emergencies;
Emergency medicine;

Resumen

Introducción y objetivos: La mayoría de hospitales españoles no dispone de dermatólogo de guardia. El objetivo del estudio fue conocer el perfil de paciente que acude a Urgencias por un proceso dermatológico y de manera secundaria analizar la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó pacientes con afección dermatológica atendidos en Urgencias de un hospital con residente de Dermatología de guardia durante un periodo de 2 meses. Se recogió sexo, edad, diagnóstico, días de evolución, justificación o no de la consulta urgente, procedencia, destino tras la asistencia y motivo principal de la consulta. Para analizar la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia se valoró el porcentaje de altas directas, las pruebas complementarias realizadas y el porcentaje de revisitas.

Resultados: Se atendieron 861 pacientes —58% mujeres y 42% varones— (14,4 pacientes al día). Se realizaron 131 diagnósticos distintos, siendo los más frecuentes celulitis infecciosa, urticaria aguda y herpes zóster. Solo la mitad del total de consultas tenían un motivo urgente justificado (el 95% de los pacientes menores de 30 años acudió sin motivo urgente justificado, frente al 6% de pacientes mayores de 65 años, $p < 0,005$). El dermatólogo de guardia dio el alta directa al 58% de los pacientes y se registró un porcentaje de revisitas $< 1\%$. En 4 de cada 5 urgencias atendidas no se requirió ninguna prueba complementaria.

Conclusiones: El perfil de paciente con enfermedad urgente dermatológica es variable. En la mitad de las consultas no se encontró un motivo justificado de urgencia, especialmente en pacientes jóvenes. El dermatólogo de guardia presentó una alta capacidad resolutoria.

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

Dermatologic Emergencies: Descriptive Analysis of 861 Patients in a Tertiary Care Teaching Hospital

Abstract

Introduction and objectives: Most Spanish hospitals do not have an on-call dermatologist. The primary objective of our study was to determine the profile of patients visiting our hospital's

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doctorgri85@hotmail.com (E. Grillo).

Epidemiology;
Management;
Dermatology training

emergency department for dermatologic conditions; our secondary objective was to analyze the case-resolving capacity of the on-call dermatologist.

Material and methods: Prospective study that included patients with dermatologic conditions treated in the emergency department of a hospital with an on-call dermatology resident during a 2-month period. We collected data on sex, age, diagnosis, days since onset, whether or not the emergency visit was justified, referral (self-referral or other), continued care, and the main reason for the visit. To analyze the case-resolving capacity of the on-call dermatologist we assessed the percentage of direct discharges, the diagnostic tests performed, and the percentage of revisits.

Results: The on-call dermatologist attended 861 patients (14.4 patients per day), of whom 58% were women and 42% men. In total, 131 different diagnoses were made; the most common were infectious cellulitis, acute urticaria, and herpes zoster. Only half of the visits were justifiable as emergencies (95% of patients < 30 years of age had conditions that did not justify emergency care, compared to 6% of patients > 65 years, $P < .005$). The on-call dermatologist discharged 58% of the patients directly and the revisit rate was 1%. In 4 of 5 emergency visits no diagnostic tests were required.

Conclusions: The profile of patients seeking emergency dermatologic care is variable. Half of the emergency visits were not justified, and unjustified visits were especially common in younger patients. The case-resolving capacity of the on-call dermatologist was high.

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

Introducción

La enfermedad dermatológica puede suponer hasta un 8-10% de las urgencias hospitalarias¹. Sin embargo, son escasos los centros hospitalarios que cuentan con dermatólogo de guardia a tiempo completo. El problema radica en la falta de consenso a la hora de definir el concepto de urgencia dermatológica. Para Murr et al.² una urgencia dermatológica estaría conformada por dermatosis agudas o que empeoran con un tiempo de evolución menor a 5 días. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define una 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. Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos como la gravedad y agudeza del proceso, y aspectos subjetivos como la conciencia de una necesidad inminente de atención, que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución. Ello indica, en primer lugar, que todas las urgencias no son iguales; en segundo lugar, que urgencia y gravedad no son sinónimos; y por último, que cualquier intento de clasificación de la urgencia ha de contemplar tanto los aspectos objetivos como los subjetivos de la misma, siendo precisamente estos aspectos subjetivos los que tienen más peso para el usuario y su entorno. En este sentido, la Asociación Médica Americana define urgencia como toda condición que, en opinión del paciente, requiere una asistencia sanitaria inmediata.

En todas las anteriores definiciones se expresa la necesidad de una atención inmediata especializada requerida por el paciente, pero en ningún caso se expresa una situación de peligro vital inmediato, concepto que hace referencia a una emergencia médica. Estos términos en muchas ocasiones son entendidos como sinónimos, lo que hace que la figura del dermatólogo de guardia dentro de los centros hospitalarios españoles sea considerada prescindible, por la creencia de que no existen verdaderas urgencias

dermatológicas. De hecho, en la mayoría de hospitales españoles el paciente con alguna afección dermatológica que acude al Servicio de Urgencias (SU) es valorado por el médico de Urgencias, y no por el dermatólogo. Ello supone que en un porcentaje considerable de los casos el paciente no reciba un diagnóstico y un tratamiento concreto y sea derivado posteriormente a las consultas de Dermatología.

El objetivo principal del estudio fue describir el perfil de paciente que acude al SU por un motivo dermatológico. Como objetivo secundario nos planteamos analizar la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia.

Material y método

Se diseñó un estudio prospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva 861 pacientes, durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de agosto y el 1 de octubre de 2011. El lugar del estudio fue un hospital terciario que presta atención especializada a una población aproximada de 608.000 ciudadanos, quienes representan el 9,5% de la población madrileña. Las guardias de 24 h fueron realizadas por un total de 9 residentes de la especialidad de Dermatología médico-quirúrgica y Venereología (3 residentes de segundo año, 3 residentes de tercer año y 3 residentes de cuarto año). Todos los residentes realizaron un número homogéneo de guardias.

Para describir el perfil del paciente que acudió al SU por motivo dermatológico se recogieron diferentes variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, clínicos y de gestión de las urgencias dermatológicas, incluyendo sexo, edad, fecha y hora de la consulta, procedencia (cuenta propia, médico de atención primaria [MAP], otros especialistas), diagnóstico etiológico codificado según la CIE-9³, diagnóstico de grupo (proceso inflamatorio, infeccioso, tumoral o traumático), días de evolución de la dolencia, destino tras la asistencia (alta directa, derivación a consultas externas, observación en el SU, ingreso hospitalario), motivo principal de la consulta (picor, dolor, preocupación, otros), pruebas complementarias realizadas, presencia o ausencia

de cita previa en consultas externas y porcentaje de visitas (porcentaje de pacientes valorados que consultaron nuevamente en el SU por el mismo motivo por el que ya habían acudido) (anexo 1). Se incluyó, asimismo, la valoración del dermatólogo de guardia acerca de si la afección por la que acudía el paciente se consideraba o no urgente. Para ello nos basamos en criterios objetivos como la gravedad y agudeza del proceso y en criterios subjetivos, como la conciencia de necesidad de atención médica que tenía el paciente en el momento de consultar, intentado aproximarnos al concepto de urgencia definido por la OMS (aparición fortuita de un problema de causa diversa y gravedad variable que requiere una atención inminente). Para analizar la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia se valoró el porcentaje de pacientes que fueron dados de alta de forma directa, los derivados a consultas externas y los ingresados, así como las pruebas complementarias realizadas y el porcentaje de visitas al SU. Se compararon estos datos con el destino de los pacientes y el consumo de pruebas por parte de los médicos de Urgencias en pacientes con enfermedad de similar gravedad según el sistema Manchester⁴⁻⁸.

Los datos obtenidos fueron procesados desde la base de datos Dbase III con el programa estadístico SPSS-PC para Windows. Los test estadísticos utilizados para el análisis de los datos fueron la Chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas y la U de Mann-Whitney. Se consideró como valor estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Resultados

Durante el periodo estudiado se atendieron un total de 861 pacientes (14,4 pacientes al día de media), suponiendo el 9,5% del total de las consultas realizadas en el SU en este periodo de tiempo (9.063 urgencias médicas). Del total de pacientes 502 (58,3%) fueron mujeres y 359 (41,7%) varones, siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa ($p=0,001$). La edad media se situó en los 47 años (rango: 2 meses a 97 años) (fig. 1).

En cuanto a la procedencia de los pacientes 489 (56,8%) acudieron por cuenta propia, 229 (26,6%) fueron

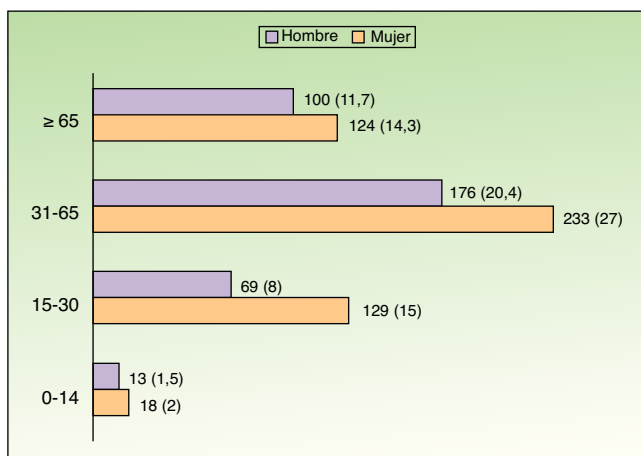


Figura 1 Distribución por edad y sexo de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias dermatológicas. Número y porcentaje de pacientes —expresado como n.º (%)—. Valores porcentuales expresados sobre el total de pacientes asistidos.

remitidos por su MAP y 143 (16,6%) fueron remitidos por otros especialistas. Dentro de este último grupo las especialidades con mayor porcentaje de derivaciones fueron Medicina Interna (51,7%), dermatólogos con práctica privada (14,7%) y Oncología Médica (7,1%). La afección más frecuentemente remitida por el MAP fue la urticaria (45% del total de remisiones), mientras que las más derivadas por otros especialistas fueron las reacciones medicamentosas (65% del total).

La mayor carga asistencial se produjo los lunes y los viernes (23 y 22% del total de consultas). El 73% de las consultas realizadas los viernes correspondieron a derivaciones urgentes realizadas por el MAP, triplicando el porcentaje de derivaciones con respecto al resto de días de la semana ($p < 0,001$). En cuanto al intervalo horario un 86% de los pacientes acudieron en horario de mañana o tarde (8:00-22:00 h), mientras que el restante 14% lo hizo por la noche o de madrugada (22:00-8:00 h). En este último intervalo horario el 92% de los diagnósticos se centraron en 2 afecciones: urticaria aguda y herpes zóster.

Respecto a los diagnósticos realizados, el 68% de los procesos patológicos se agrupó en torno a 18 enfermedades; de estas, la celulitis infecciosa fue el diagnóstico individual más frecuente. El restante 32% lo constituían enfermedades menos frecuentes (representando cada una de ellas $< 1\%$ de las consultas) y muy variadas, realizándose hasta 108 diagnósticos diferentes (tablas 1 y 2).

Por grupos diagnósticos el proceso inflamatorio fue el más frecuente (61,7%), seguido por el infeccioso (32,9%), tumoral (4,1%) y traumático (1,4%). Todos los grupos de enfermedad fueron más prevalentes en mujeres que en hombres, a excepción de los tumores. El motivo principal de consulta en nuestro estudio fue el picor (38,1%), seguido de dolor (27,3%), preocupación (33,2%) y otros motivos (1,4%). En las mujeres el motivo principal fue la preocupación (64%), mientras que en varones fue el picor (53%).

En lo que respecta al tiempo de evolución de la enfermedad por la que acudían los pacientes, el 9,4% presentaba un proceso patológico con menos de un día de evolución, el 24,7% de entre 1 y 3 días de evolución, el 22,1% entre 3 y 7 días, el 24,3% entre 7 y 14 días y un 19,5% presentaba afecciones con tiempo de evolución superior a 2 semanas.

El 51% de las consultas realizadas presentaron un motivo justificado de urgencia según el dermatólogo de guardia, mientras que el 49% restante no tenían un motivo urgente justificado de consulta. De este último grupo el 47% se trataba de pacientes jóvenes menores de 30 años (67% de ellos mujeres), con una evolución de los síntomas superior a 2 semanas. Globalmente, tan solo un 5% de los pacientes menores de 30 años acudió al SU con un motivo justificado de urgencia. La relación entre la consideración de si la consulta urgente estaba justificada según el dermatólogo de guardia y diferentes factores (sexo, edad, procedencia, evolución y grupo diagnóstico) se representa en la tabla 3.

En lo que respecta al consumo de pruebas complementarias un total de 680 consultas (79%) fueron atendidas sin necesidad de ninguna prueba complementaria. En el 17,3% de las consultas se solicitaron analíticas sanguíneas (hemograma y bioquímica básica), en un 6% de los pacientes se realizó biopsia cutánea y en el 7,3% de los casos se efectuaron pruebas de imagen. La prueba de imagen más

Tabla 1 Clasificación por grupos de la enfermedad asistida en el Servicio de Urgencias dermatológicas apareciendo representadas aquellas con una frecuencia superior al 0,3% del total

Grupo de patología	N.º (%)	Subgrupos	N.º (%)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	254 (29,5)	<i>Bacterianas</i>	125 (14,5)
		Celulitis	87 (10,1)
		Piodermitis	13 (1,5)
		Absceso cutáneo, forúnculo y carbunco	10 (1,2)
		Erisipela	5 (0,6)
		Fiebre maculosa (rickettsiosis transmitidas por garrapatas)	4 (0,5)
		<i>Víricas</i>	62 (7,2)
		Herpes zóster	31 (3,6)
		Exantema vírico inespecífico	14 (1,6)
		Verrugas víricas	6 (0,7)
		Infecciones herpéticas (herpes simple)	5 (0,6)
		<i>Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual</i>	25 (2,9)
		Infección anogenital debida a herpes	11 (1,3)
		Condilomas acuminados	7 (0,8)
		Sífilis precoz	6 (0,7)
		<i>Micóticas</i>	24 (2,8)
		Candidiasis	12 (1,4)
		Dermatofitosis	10 (1,2)
		<i>Parasitaciones</i>	10 (1,2)
		Dermatitis y eczemas	177 (20,5)
Pediculosis y pitiriasis	4 (0,5)		
Dermatitis de contacto por irritantes	52 (6)		
Dermatitis atópica	33 (3,8)		
Dermatitis alérgica de contacto	27 (3,1)		
Liquen simple crónico y prurigo	24 (2,8)		
Otras dermatitis	17 (2)		
Prurito	7 (0,8)		
Dermatitis exfoliativa	6 (0,7)		
Dermatitis seborreica	4 (0,5)		
Urticaria y angioedema	104 (12)	Urticaria idiopática	80 (9,3)
		Angioedema	10 (1,2)
		Urticaria alérgica	4 (0,5)
Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	66 (7,6)	Úlceras de origen vascular	16 (1,9)
		Callos y callosidades	8 (0,9)
		Vasculitis limitada a la piel, no clasificada en otra parte	7 (0,8)
		Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, no clasificados en otra parte	7 (0,8)
Picaduras y prurigo simple agudo	36 (4,2)	Picaduras	34 (4)
		Reacciones cutáneas de origen medicamentoso	34 (3,9)
Trastornos papuloescamosos	33 (3,8)	Exantemas morbiliformes	20 (2,3)
		Exantema fijo medicamentoso	2 (0,2)
		Síndrome Stevens-Johnson/NET	6 (0,7)
		DRESS	4 (0,5)
Tumores	23 (2,7)	Psoriasis	16 (1,9)
		Pitiriasis rosada	13 (1,5)
Patología de mucosas	21 (2,4)	Epiteliales	13 (1,5)
		Melanocíticos	4 (0,5)
Trastornos de las faneras	18 (2,1)	Úlceras traumáticas	9 (1)
		Aftas orales	8 (0,9)
Dermatosis por agentes mecánicos	18 (2,1)	Rosácea	5 (0,6)
		Perniosis	4 (0,5)
		Quemadura térmica	4 (0,4)
		Mordeduras	4 (0,4)

Tabla 1 (Continuación)

Grupo de patología	N.º (%)	Subgrupos	N.º (%)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación	17 (2)	Quemadura solar	8 (0,9)
Dermatitis ampollosas	10 (1,2)	Erupción polimorfa a la luz	4 (0,4)
Trastornos sistémicos del tejido conectivo	5 (0,6)	Penfigoide	6 (0,7)
Miscelánea	13 (1,6)	Pénfigo	3 (0,3)
Diagnóstico desconocido	31 (3,6)	Poliarteritis nudosa y afecciones relacionadas	4 (0,4)
		Hemorroides trombosadas	4 (0,5)

DRESS: síndrome de hipersensibilidad a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos; NET: necrólisis epidérmica tóxica.

Tabla 2 Afecciones más frecuentemente atendidas en el Servicio de Urgencias

Patología	N.º (%)
Celulitis infecciosa	87 (10,1)
Urticaria aguda	80 (9,3)
Eczema de contacto	79 (9,1)
Herpes zóster	62 (7,2)
Picaduras	34 (4)
Toxicodermia	34 (4)
Dermatitis atópica	33 (3,8)
Exantema viral	31 (3,6)
Liquen simple crónico y prurigo	24 (2,8)
Infecciones micóticas	24 (2,8)
Úlceras de origen vascular	16 (1,9)
Psoriasis	16 (1,9)
Verrugas víricas	14 (1,6)
Pitiriasis rosada	13 (1,5)
Piodermitis	13 (1,5)
Herpes genital	11 (1,3)
Angioedema	10 (1,2)
Absceso cutáneo, forúnculo y carbunco	10 (1,2)
Total	591 (68)

N.º: número de pacientes; %: porcentaje sobre el total de pacientes asistidos.

solicitada fue la ecografía de partes blandas (69% del total de pruebas de imagen) y se requirió principalmente en el grupo de afección infecciosa (83% de los casos) para descartar complicaciones secundarias. Los residentes de segundo año realizaron el 77% de las biopsias, frente al 8% realizadas por residentes de cuarto año, encontrando diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,0001$).

Los médicos de Urgencias que atendieron afección no dermatológica de una similar gravedad, según el sistema de triaje Manchester⁷, solicitaron analíticas en el 69,2% de los casos y pruebas de imagen en el 25,6%, siendo la prueba más solicitada por ellos la radiografía simple de tórax. Se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de pruebas solicitadas por ambos grupos ($p=0,0001$).

En cuanto al destino tras la asistencia, 510 pacientes (59,2%) fueron dados de alta directa sin necesidad de consultas posteriores. Un total de 262 pacientes (30,4%) fueron remitidos a consultas externas de Dermatología; de estos, 253 (96,4%) acudieron con un diagnóstico y línea

de tratamiento ya iniciada, y tan solo 9 (3,6%) fueron remitidos con diagnóstico no conocido. Tras su consulta en el SU 49 pacientes (5,7%) fueron derivados a otro especialista. Un total de 23 pacientes (2,7%) se mantuvieron un periodo máximo de 24 h en observación en el SU, tras el cual fueron dados de alta o requirieron ingreso. El porcentaje de visitas de los pacientes al SU dermatológicas tras ser dados de alta fue del 0,8% (8 pacientes).

El porcentaje total de ingresos fue del 2% (17 pacientes) (tabla 4). La edad media de los ingresados fue de 73 años, mayor que la media general. El 89% fueron mujeres y el 11% varones. En el 71% de los casos los pacientes que necesitaron ingreso fueron derivados por el MAP, mientras que el resto acudieron por cuenta propia, encontrando diferencias entre ambos grupos ($p=0,0001$). La duración media de los ingresos fue de 3,2 días (rango: 2 a 11 días). Los médicos de Urgencias que se ocuparon de enfermedad no dermatológica de similar gravedad realizaron un 3,4% de ingresos, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Analizando el subgrupo de pacientes que acudieron al SU y que contaban previamente con una cita para las consultas externas de Dermatología (15,3% del total), observamos que el 29% fue dado de alta anulándose inmediatamente dicha cita, y en el 71% de los casos se consideró que la cita debía ser adelantada.

Discusión

La conveniencia de disponer de un dermatólogo de guardia en los hospitales españoles es un tema de discusión recurrente al que pocos han dado respuesta. Para abordar esta cuestión es necesario conocer en primer lugar si existe una demanda asistencial de enfermedad dermatológica con carácter urgente, y en segundo lugar determinar si esta afección es lo suficientemente específica para requerir una atención especializada.

Nuestro estudio describe la mayor serie de urgencias dermatológicas recogidas de manera prospectiva en nuestro país, e intenta responder a algunas de estas cuestiones. Hemos podido observar cómo el dermatólogo de guardia atendió un número considerable de enfermos (14 pacientes/día), que supusieron hasta un 10% del total de los pacientes valorados en el SU en ese periodo de tiempo. Además de los pacientes valorados en el SU, el dermatólogo de guardia atendió los partes interconsulta y las

Tabla 3 Número y porcentaje de pacientes —expresado como n.º (%)— con motivo urgente justificado de consulta

Factores de comparación		Motivo justificado de urgencia		Significación estadística
		Sí	No	
<i>Total</i>	861 (100)	439 (51)	422 (49)	-
<i>Sexo</i>				
Varones	359 (42)	303 (84)	56 (16)	p = ,0,001
Mujeres	502 (58)	166 (33)	336 (67)	
<i>Edad</i>				
< 30 años	229 (27)	11 (5)	218 (95)	p < ,0,005
> 65 años	224 (26)	211 (94)	13 (6)	
<i>Procedencia</i>				
Cuenta propia	489 (57)	83 (17)	406 (83)	p = ,0,0001
Derivado por MAP	228 (26)	210 (92)	18 (8)	
Derivado por otro especialista	144 (17)	140 (97)	4 (3)	
<i>Evolución</i>				
< 3 días	223 (26)	178 (80)	45 (20)	p = ,0,001
> 14 días	168 (20)	13 (8)	155 (92)	
<i>Grupo diagnóstico</i>				
Inflamatorio	531 (62)	210 (40)	321 (60)	p = ,0,001
Infeccioso	283 (33)	200 (71)	83 (29)	
Tumoral	35 (4)	17 (49)	18 (51)	
Traumático	12 (1,4)	12 (100)	0	

MAP: médico de atención primaria.

llamadas intrahospitalarias urgentes de pacientes con enfermedad dermatológica a cargo de otras especialidades. Según estos datos podemos afirmar que sí existe una demanda de asistencia dermatológica urgente, por lo que sería aconsejable disponer de dermatólogo de guardia en los hospitales. En nuestro estudio el dermatólogo de guardia presentó una actividad considerable, atendiendo un volumen muy importante de pacientes durante sus guardias. Nuestros datos son ligeramente superiores a los encontrados en otros estudios en centros con dermatólogo de guardia, en los que se describen cifras de entre 5 y 9 pacientes atendidos al día⁹⁻¹¹, quizá debido a que nuestro hospital atiende una población mayor respecto a estos.

El perfil de pacientes que acudió al SU en nuestro estudio fue variable. Presentaron una gran dispersión de edad, aunque la media observada se asemejó a la encontrada por Gil et al.¹⁰ que fue de 49 años. Sin embargo, fue ostensiblemente superior a otros estudios como el de González-Ruiz et al.¹¹ Estas diferencias probablemente se deban a que la población infantil menor de 14 años atendida en nuestro hospital fue muy baja (1,7% de las consultas), en contraste con la encontrada en este último trabajo (23,3%). Esto se debe, en nuestra opinión, a la ausencia de una Unidad Materno-Infantil en nuestro hospital, y la disponibilidad de esta en un centro hospitalario localizado geográficamente muy cerca del nuestro, también con dermatólogo de guardia, que absorbe gran parte de esta población. En cuanto al sexo, encontramos un predominio de mujeres con respecto a varones; además observamos que dentro del grupo de las mujeres la mayoría no tenía un motivo urgente justificado de consulta. Esto puede ser debido, en parte, a una mayor sensibilidad de la mujer por las

Tabla 4 Diagnósticos de los pacientes ingresados en Dermatología tras su consulta en el Servicio de Urgencias

Diagnóstico	N.º de pacientes
<i>Celulitis infecciosa</i>	7
<i>Toxicodermias</i>	5
Stevens-Johnson/NET	(2)
DRESS	(2)
PEGA	(1)
<i>Psoriasis generalizada</i>	2
<i>Dermatitis atópica</i>	2
<i>Vasculitis necrotizante</i>	1

DRESS: síndrome de hipersensibilidad a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos; NET: necrólisis epidérmica tóxica; PEGA: pustulosis exantemática generalizada aguda.

afecciones cutáneas con respecto a los hombres, como lo demuestra el hecho de que su principal motivo de consulta fue «preocupación». Nuestros datos están en consonancia con los obtenidos por otros autores⁹⁻¹² que también coinciden en destacar esa percepción más alarmante de la afección dermatológica por parte de la mujer.

Analizando la procedencia de los pacientes, un 57% acudió por cuenta propia, datos ligeramente inferiores a los encontrados por Gils et al.¹⁰ y González-Ruiz et al.¹¹ en sus respectivos estudios (86 y 75%). Como refiere Ribera¹², estos pacientes perciben como necesaria la atención urgente en un proceso patológico que clínicamente no lo es, lo que supone una mala utilización de los recursos sanitarios. En este sentido, encontramos un curioso fenómeno, y es que los viernes el MAP incrementó su porcentaje de

derivaciones al SU desde un 26 hasta un 73%. Esto probablemente se deba a la imposibilidad de realizar por su parte un seguimiento estrecho de sus pacientes en las siguientes 48 h. El principal motivo de derivación fue la duda diagnóstica, y la principal afección la urticaria.

Los 126 diagnósticos diferentes realizados indican una gran diversidad de procesos atendidos (por cada 7 pacientes se realizó un diagnóstico distinto), lo que hace que la dificultad en la aproximación diagnóstica sea elevada, hecho que apoya la necesidad de la figura del dermatólogo de guardia. No obstante, existe un grupo de 18 enfermedades que destacaron por una mayor frecuencia que las demás (tabla 3), ya que agruparon hasta el 68% de todas las consultas. En este sentido, estudios anteriores presentan datos similares. Herrera et al.¹³ encontraron 27 enfermedades prevalentes, al igual que González-Ruiz et al.¹¹ Las coincidencias en el orden de distribución de los diferentes diagnósticos son sorprendentes al comparar ambos trabajos con el nuestro. En nuestra opinión, una formación específica de los MAP sobre este proceso patológico de mayor frecuencia, mediante la realización de cursos de formación continuada, mejoraría la calidad de la asistencia dermatológica en los centros de salud y optimizaría las derivaciones a los centros hospitalarios, con el consiguiente ahorro de recursos sanitarios.

La afección infecciosa y parasitaria, junto con los eczemas, constituyeron un tercio del proceso patológico asistido, datos similares a los encontrados por García et al.¹⁴ y González-Ruiz et al.¹¹. Sin embargo, nos sorprende el alto porcentaje de celulitis infecciosas que obtuvimos en comparación con estos trabajos. Probablemente esta diferencia sea debida a que el manejo de las infecciones de piel y partes blandas en otros centros se lleve a cabo por el servicio de Medicina Interna. Considerando cada proceso patológico individualmente, la celulitis infecciosa fue el más atendido en nuestro centro, a diferencia de otros estudios en los que el más diagnosticado fue la urticaria aguda^{1,9-11,14}. Las picaduras constituyeron una afección frecuente en comparación con otros trabajos; esto muy probablemente esté originado porque los casos fueron recogidos durante los meses de verano, en los que la incidencia de picaduras aumenta ostensiblemente.

En la mitad de las consultas realizadas en nuestro estudio el dermatólogo de guardia no consideró que el paciente presentara realmente un motivo de consulta urgente. Estos datos son similares a los encontrados por González-Ruiz et al.¹¹ y ostensiblemente inferiores a los hallados por García et al.¹⁴. En la mayoría de los casos este perfil de consulta no urgente correspondía a un tipo muy determinado de paciente. Se trataba de personas jóvenes, en su mayoría mujeres, que acudían por afección no aguda (> 14 días de evolución). Resulta llamativo, ya que hasta la fecha no había sido referido en la literatura científica, cómo la gran mayoría de pacientes jóvenes acudió por un motivo no urgente al SU. Esto nos hace pensar que existe un déficit en educación sanitaria, principalmente en este grupo de pacientes jóvenes, sobre la correcta utilización de los SU. Por ello, sería conveniente promover campañas de educación sanitaria que eviten conductas que puedan saturar los SU y ocasionar un gasto de recursos importante. Otra posible justificación de la mala utilización de los servicios sanitarios de urgencias por parte de los jóvenes podría ser la precariedad en muchos

casos de su situación laboral, que impediría la disposición de días para asistir al médico en horario de mañana. En cuanto a la procedencia de los pacientes y su relación con la justificación de la consulta urgente, en nuestro estudio observamos cómo tan solo una minoría que acudieron por cuenta propia tenía un motivo de consulta urgente justificable, mientras que casi todos aquellos que habían sido derivados por el MAP u otros especialistas tenían un motivo urgente real de consulta. A la vista de los resultados obtenidos, la figura del MAP se erige como pieza fundamental a la hora de canalizar y filtrar este proceso patológico a los centros hospitalarios.

En lo que respecta a la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia, observamos cómo en nuestro estudio el consumo de pruebas complementarias fue bajo. La prueba de imagen más solicitada fue la ecografía de partes blandas. En nuestra opinión sería interesante incorporar su aprendizaje entre los residentes en formación. El porcentaje de biopsias, analíticas y pruebas de imagen solicitado disminuyó según era mayor el año de residencia del dermatólogo en formación, lo que podría ser un signo indirecto del gran valor formativo de las guardias de especialidad. Un porcentaje considerable de los pacientes fue dado de alta de forma directa sin necesidad de ninguna prueba complementaria o más consultas, datos comparables con los obtenidos en otros estudios^{11,15,16}. La mayoría de casos derivados a consultas externas de Dermatología se realizaron con un diagnóstico y una línea de tratamiento ya iniciados. Los datos encontrados en otros estudios^{9,11} fueron ligeramente superiores en cuanto a porcentajes de derivación, quizá debido a que muchos pacientes en nuestro estudio fueron advertidos de que acudieran de nuevo al SU si la enfermedad no evolucionaba correctamente, en lugar de revisarlos en consultas externas, hecho que evita derivaciones innecesarias a consultas, especialmente en afecciones con una evolución favorable, como picaduras, herpes simple o impétigo. El número de ingresos fue bajo (2%) y similar al obtenido por otros autores como González-Ruiz et al.¹¹. El porcentaje de ingresos fue muy superior en las mujeres que en los varones (89% de mujeres frente al 11% de varones); esto podría deberse a que la mayoría de pacientes mayores de 65 años atendidos fueron mujeres. En este grupo también fue más prevalente el proceso infeccioso que, a la postre, fue el que requirió mayor número de ingresos. La tasa de visitas al SU fue muy baja, indicando con ello la buena capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia. En resumen, el bajo consumo de pruebas complementarias y el elevado porcentaje de altas directas, unido a la baja tasa de visitas, evidencian la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia y hacen que, en nuestra opinión, sea un recurso sanitario eficiente para los hospitales españoles. No obstante, para verificar esta hipótesis serían necesarios estudios prospectivos de coste-efectividad.

Una posible limitación de nuestro estudio fue el corto periodo de tiempo recogido (2 meses), lo que puede haber introducido sesgos en la distribución de determinados procesos patológicos (mayor incidencia de afecciones típicas del verano, como las picaduras, y menor incidencia de dolencias típicas del invierno, como la perniosis). No obstante, no consideramos esta limitación como relevante a la hora de interpretar los resultados del estudio.

Conclusiones

Los procesos patológicos dermatológicos generaron una demanda asistencial elevada en los SU. El perfil de paciente fue variable; la mayoría acudió por cuenta propia y un porcentaje considerable presentaba síntomas de más de 2 semanas de evolución. En la mitad de las consultas no se encontró un motivo justificado de urgencia, especialmente en pacientes jóvenes. El dermatólogo de guardia presentó una alta capacidad resolutoria, ya que solicitó pocas pruebas complementarias y pudo dar el alta directa a un elevado porcentaje de pacientes.

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 y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

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 que no tienen ningún conflicto de intereses.

Anexo 1.

Protocolo de recogida de datos acerca del paciente y su asistencia rellena en el Servicio de Urgencias de Dermatología.

N.º historia clínica	Fecha y hora de admisión
Edad	
Sexo: -Mujer -Varón	
Primera visita por este motivo: -Sí -No	
Procedencia: -Cuenta propia -Médico de atención primaria -Otros especialistas (especificar cuál)	
Días de evolución	
Diagnóstico de grupo: -Infeccioso -Inflamatorio -Tumoral -Otros	
Diagnóstico etiológico codificado según la CIE-10-MC	
Destino tras su asistencia: -Alta a domicilio -Revisión en Consultas Externas de Dermatología -Observación en el Servicio de Urgencias -Ingreso hospitalario	
Motivo principal de la consulta (Picor; Dolor; Preocupación; Otros)	
Consulta urgente justificada según el criterio del dermatólogo de guardia: -Sí -No	
Realización de pruebas complementaria: -Sí (Biopsia; Analítica; Serología; Prueba de Imagen) -No	
Cita previa en consultas -Sí (nº de días que faltan para dicha cita) -No	

Bibliografía

1. López JL, Argila D. Urgencias en dermatología. Arch Dermatol (ed esp). 1996;7:54-64.
2. Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau JC. Medical activity in an emergency outpatient dermatology department. Ann Dermatol Venereol. 2003;130:167-70.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9.ª revisión. Modificación clínica (CIE-9-MC) 1.ª y 2.ª vol. Madrid: Agisa; 1994.
4. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema español de triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
5. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuals i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J, Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.
6. Parrilla Herranz P, Burillo Putze G, Equipo de Trabajo de SEMES-EASP. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuesta de mejora. En: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública Editores; 2003.
7. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2003;15:165-74.
8. Mackway-Jones K, editor. Emergency triage: Manchester Triage Group. London: BMJ Publishing Group; 1997.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Ribera M. Urgencias en dermatología. Actas Dermosifiliogr. 1997;88:353-7.
13. Herrera M, Calvente MJ, del Cerro M, Rueda M, Fernández C, Robledo A. Urgencias en dermatología. Estudio descriptivo. Actas Dermosifiliogr. 1996;76:675-80.
14. García JM, Cageao C, del Pozo J, Almagro M, Martínez W, Fonseca E. Estudio de las consultas dermatológicas ambulatorias urgentes en el área sanitaria de La Coruña. Piel. 1997;12:233-40.
15. Fleischer A, Herbert CR, Feldman S. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. Am J Manag Care. 2000;6:1149-56.
16. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Dermatology consultations in an emergency department prior to establishment of emergency dermatology cover. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:39-47.