

TRABAJO FIN DE MÁSTER.

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA.

FACULTAD DE MEDICINA. ZARAGOZA.

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA”

Autor: Ruth Solanas Treviño

Director: Mariano Ara Martín

Director del trabajo

Dr. Mariano Ara Martín

Profesor Asociado de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

Facultad de Medicina.

Médico Adjunto de Dermatología.

Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia

Por su cariño, comprensión y apoyo incondicional en la realización de mis sueños

A Jose Carlos

Por haberte encontrado y ser la luz que ilumina mi camino

A mis profesores y ahora compañeros

Por sus clases magistrales y su empatía en mi afán de aprender

“El vigor de una sociedad aumenta con el número de individuos incómodos que la forman”

Jean-Paul Marat

Médico suizo que sufría de dermatitis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III ⁶⁻⁷	13
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	20
OBJETIVOS	21
MATERIAL Y MÉTODOS	22
RESULTADOS	24
CARACTERÍSTICAS TEMPORALES.....	25
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.....	28
CARACTERÍSTICAS MÉDICAS.....	33
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXO 1	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación de los sectores sanitarios	14
Figura 2. Centros de salud urbanos.....	16
Figura 3. Centros de salud rurales.....	18
Figura 4. Muestra del estudio	24
Figura 5. Demora en responder	25
Figura 6. Presencia residente/adjunto	25
Figura 7. Interconsultas desglosadas por días de la semana	26
Figura 8. Interconsultas desglosadas por meses.....	27
Figura 9. Sexo de los pacientes	28
Figura 10. Edad de los pacientes (grupos de edad)	29
Figura 11. Tipos de inmunodepresión.....	30
Figura 12. Momento de aparición de la patología cutánea	31
Figura 13. Motivo de consulta.....	32
Figura 14. Relación camas-interconsultas.....	33
Figura 15. Servicios solicitantes (agregados)	34
Figura 16. Servicios solicitantes (por especialidades)	34
Figura 17. Diagnósticos	35
Figura 18. Pruebas complementarias.....	39
Figura 19. Vía de administración del fármaco requerido.....	40
Figura 20. Tipo de tratamiento	40
Figura 21. Destino del paciente al alta.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de los pacientes (grupos de edad).....	29
Tabla 2. Diagnósticos por grupos (1/3)	36
Tabla 3. Diagnósticos por grupos (2/3)	37
Tabla 4. Diagnósticos por grupos (3/3)	38
Tabla 5. Pruebas complementarias.....	39
Tabla 6. Destino del paciente (desglosado)	42

INTRODUCCIÓN

La **Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología** es una especialidad completa que incluye el estudio, diagnóstico, tratamiento (tanto médico como quirúrgico) y prevención de las enfermedades de la piel, tejido celular subcutáneo, mucosas, anejos cutáneos, las manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, el conocimiento de las manifestaciones sistémicas de las enfermedades cutáneas y la conservación y cuidados de la piel sana. Desde el punto de vista de la venereología esta especialidad incluye el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades infecciosas de transmisión sexual (E.T.S.) y otras alteraciones del tracto génito-anal, así como, la promoción de la salud sexual.

La especialidad de Dermatología implica también la utilización de técnicas terapéuticas especiales, tales como las de tratamiento farmacológico tópico, cirugía dermatológica, electrocirugía, criocirugía, laserterapia, terapia con radiaciones ionizantes y otros tratamientos físico-químicos, incluyendo la fototerapia y la terapia fotodinámica, técnicas de dermocosmética dirigidas a la conservación y cuidado de la piel sana, así como técnicas diagnósticas tales como la dermatoscopia y la epiluminiscencia¹.

La piel es un órgano complejo, que protege al huésped de su ambiente y, al mismo tiempo, permite la interacción del organismo con el ambiente que le rodea. Es mucho más que un escudo estático e impenetrable contra las agresiones externas, es nuestra carta de presentación, efectivamente, las enfermedades cutáneas generan en multitud de ocasiones, la atracción de la mirada de la sociedad, y no precisamente por su belleza, lo que genera más estrés en la persona que la padece, dilatando su proceso de curación. La piel es una estructura dinámica y compleja integrada por células, tejidos y elementos de la matriz extracelular que median una variedad de funciones: la piel constituye una barrera física de permeabilidad, protección contra los agentes infecciosos, termorregulación, sensaciones, protección contra la luz ultravioleta, reparación de las heridas y regeneración, y apariencia física externa².

El Real Decreto (RD) 2015/1978, de 15 de junio, reconoce el sistema de formación de residencia en los servicios hospitalarios (origen del llamado sistema MIR), creándose por primera vez las Comisiones Nacionales de las diferentes especialidades. El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud. Entre estas especialidades se encuentra la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología con una duración de cuatro años. En la ORDEN SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Su programa formativo incluye tanto un contenido teórico el cual está constituido por los conocimientos de introducción a la dermatología, biología y fisiopatología de la piel y mucosas dermopapilares, enfermedades cutáneas infecciosas y parasitarias, procesos de etiología desconocida, grandes síndromes dermatológicos, patología de las mucosas dermopapilares, patología cutáneo-mucosa tumoral, manifestaciones cutáneas en relación con la medicina interna, tratamiento de las enfermedades cutáneo-mucosas y venereología, como por un contenido práctico con la adquisición de diferentes habilidades para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades cutáneas y el aprendizaje de actitudes profesionales y científicas³.

Haciendo un poco de historia las enfermedades cutáneas, siempre muy evidentes, han llamado la atención en todas las épocas, haciendo ya referencia a ellas en el Levítico, libros hipocráticos, obras de Celso. Aunque las clasificaciones dermatológicas más antiguas se remontan a Galeno, no fue hasta 1776, con Plenk, cuando se ordenaron por primera vez las lesiones elementales cutáneas. Más adelante, Willan (1798), realizó otra clasificación con nueve lesiones elementales (pápulas, escamas, exantemas, ampollas, pústulas, vesículas, tubérculos, máculas y excrecencias). Ambos fueron iniciadores de “la Dermatología morfológica”. En el siglo XIX predominó la “preocupación por la etiología de las dermatosis”, apareciendo dos tendencias:

- La francesa, donde destacó la escuela de Bazin, ubicada en el Hospital St. Louis de París, que consideraba las dermatosis como síndromes de sus cinco “diátesis”: artritismo, lepra, sífilis, escrófula, y herpetismo.
- La escuela austriaca de Hebra (fundador de la dermatología experimental), quien defendió la tendencia “localicista” y su célebre frase “la piel es una parte integrante del organismo en su conjunto y sujeta a idénticos procesos metabólicos que los demás órganos” lo que supone una descripción de lo que hoy consideramos “la Dermatología, expresión externa de la Medicina interna”.

En el último tercio del siglo XIX y principios del XX, fue la época en la que se descubrieron el *M.leprae*, *M. tuberculosis*, *N.gonorrhoeae* y otros m.o., lo que se consideró como la época de la era bacteriológica de la Medicina. También a finales del siglo XX se consideró a la célula como “unidad anatómica y fisiológica”.

Ya en el siglo XX, con los trabajos llevados a cabo por Behring en 1890 y Ehrlich en 1896, se descubrieron los anticuerpos, la inmunología, la anafilaxia y términos como la alergia.

El microscopio hizo avanzar en el conocimiento de las genodermatoses, enfermedades ampollosas, nuevas dermatosis metabólicas y numerosos tumores.

La inmunofluorescencia desarrollada por Coons en 1950, supuso un gran desarrollo en el conocimiento de pénfigos, penfigoides, dermatitis herpetiforme, lupus eritematoso, liquen plano, melanoma maligno, sin olvidar su aplicación en virología, bacteriología, y micología dermatológica.

El microscopio electrónico supuso un gran avance en la investigación citológica. Se profundizó en el conocimiento de la micología dermatológica, evolucionando paralelamente, la bacteriología y virología. No olvidar las técnicas bioquímicas de coloración de enzimas, proteínas, ácidos nucleicos, etc. que han permitido conocer lesiones básicas de muchas dermatosis o lo que se reconoce como errores congénitos del metabolismo.

Desde principios del siglo XX se han descrito más de 150 síndromes dermatológicos nuevos. Enfermedades como la viruela han sido erradicadas, pero hay

que recordar, que ya en 1980 se comenzó a hablar de casos de homosexuales con enfermedad de Kaposi (Ackerman), descubriéndose más tarde el virus responsable, hoy conocido como VIH.

El conocimiento de la fotobiología, hoy sabemos que existen diferentes fototipos cutáneos propensos a desarrollar tumores cutáneos con mayor o menor frecuencia. De esto se deriva el gran reto de la dermatología: “profilaxis, control y terapéutica curativa del cáncer de piel”⁴.

La terapéutica también ha avanzado, y así a la introducción de la penicilina para el tratamiento de la sífilis, o las sulfonas para la lepra, las últimas décadas se han caracterizado por la aparición y el desarrollo de los antibióticos, los antifúngicos, los antivíricos, los antihistamínicos, la aparición de nuevos retinoides, los antinflamatorios, los inmunomoduladores, los agentes antiproliferativos y antiangiogénicos. La aparición de la terapia inmunobiológica (citocinas, factores de crecimiento y proteínas de fusión) nos ha ayudado a tratar enfermedades con anomalías inmunitarias de base. En dermatología ello ha contribuido a conseguir un cambio extraordinario en el tratamiento de las piodermatitis, las micosis de las faneras, el herpes simple, el herpes zoster, el eczema, la psoriasis, las dermatosis autoinmunes, los linfomas y los tumores malignos. Las nuevas técnicas de fototerapia, y en especial la PUVA (fotoquimioterapia), terapia fotodinámica, de cirugía (criocirugía, cirugía de Mohs), de crioterapia, los láser (tratamiento de malformaciones vasculares, hiperpigmentaciones, fotoenvejecimiento, cicatrices, etc) han permitido al dermatólogo obtener los medios de los que carecía para afrontar con éxito el reto de solucionar muchos de los problemas que se le plantean⁵.

La cirugía dermatológica (íntimamente ligada a la oncología) se ha convertido rápidamente en la piedra fundamental de la práctica de la dermatología. La epidemia de cáncer de piel y el deseo de mantener un aspecto juvenil han conducido a un incremento de la cantidad de procedimientos quirúrgicos que se realizan en la práctica dermatológica.

La demanda en la dermocosmética es un hecho real, y así la venta de productos cosméticos ha aumentado considerablemente en los últimos 30 años. En

dermatología han aparecido las técnicas de rejuvenecimiento facial (exfoliaciones y dermabrasión), diferentes rellenos para aumentar el tejido blando, reducción de las líneas de expresión y tratamiento de la hiperhidrosis con el uso de la toxina botulínica.

La medicina regenerativa es un campo emergente el cual surgió principalmente para dar cobertura a los grandes quemados y tratamiento de las úlceras crónicas, y en el cual se esperan grandes avances en los próximos años.

SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III⁶⁻⁷

El Mapa Sanitario de Aragón, representa la organización territorial de los centros y establecimientos que conforman el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma. En él se establece la ordenación territorial y funcional en Zonas de Salud, Sectores y Áreas de Salud; diferenciando las Áreas de Salud, como marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y, dentro de ellas, las Zonas de Salud, como marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud. La Comunidad Autónoma se divide en ocho sectores de salud (figura 1) que incluyen todos los centros de Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Sociosanitaria y salud mental.

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ✓ Sector Sanitario Alcañiz | ✓ Sector Sanitario Teruel |
| ✓ Sector Sanitario Barbastro | ✓ Sector Sanitario Zaragoza I |
| ✓ Sector Sanitario Calatayud | ✓ Sector Sanitario Zaragoza II |
| ✓ Sector Sanitario Huesca | ✓ Sector Sanitario Zaragoza III |

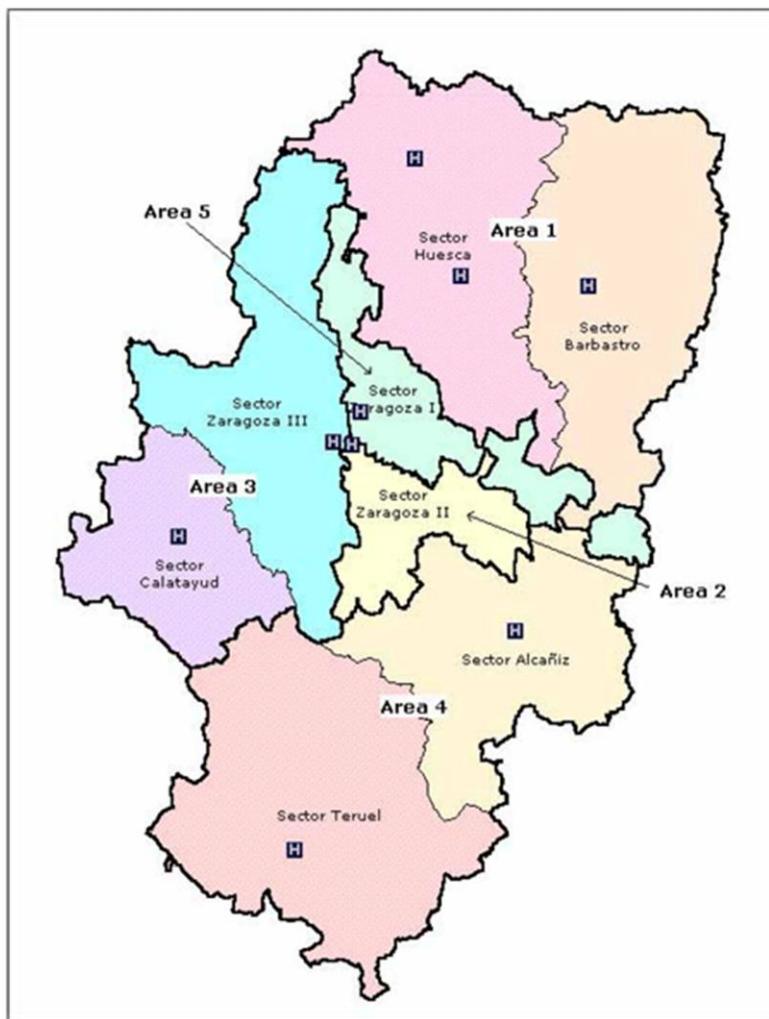


Figura 1. Representación de los sectores sanitarios.

El Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” pertenece al Sector Sanitario Zaragoza III, es el centro de referencia del mismo así como para las comunidades de Soria y La Rioja. El Sector III además incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:

- ATENCIÓN PRIMARIA (CENTROS DE SALUD): Alagón, Bombarda, Borja, Cariñena, Casetas, Delicias Norte, Delicias Sur, Ejea de los Caballeros, Épila, Gallur, Herrera de los Navarros, La Almunia de Doña Godina, María de Huerva, Miralbueno, Oliver, Sádaba, Sos del Rey Católico, Tarazona, Tauste, Uníversitas, Utebo y Valdefierro.

- ATENCIÓN ESPECIALIZADA (CENTROS DE ESPECIALIDADES): C.M.E. Inocencio Jiménez, C.M.E. Ejea y C.M.E. Tarazona.
- ATENCIÓN ESPECIALIZADA (HOSPITALES): Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. del Pilar.
- SALUD MENTAL: Unidad de Salud Mental Cinco Villas (Ejea), Unidad de Salud Mental-Consultas Externas Hospital Clínico Universitario, Unidad de Salud Mental Delicias y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario.

El Sector Sanitario de Zaragoza III forma, junto con el Sector de Calatayud, el Área de Salud III. Este sector alberga una población de 299.819 habitantesⁱ y se divide en 22 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características sociodemográficas de cada zona básica de salud.

En el Decreto 61/2013, de 16 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón (BOA núm. 79, de 24 de abril de 2013), se aprueba la modificación del Mapa Sanitario, en lo que afecta al sector III queda de la siguiente manera: el municipio de Fuendetodos, perteneciente a la ZS de María de Huerva, pasa a pertenecer a la nueva ZS de Belchite (Sector Zaragoza II), el municipio de Luesia, se incorpora a la ZS de Ejea de los Caballeros, la Entidad singular de población Cubel, pasa a pertenecer a la ZS de Daroca (sector Calatayud).

ⁱ Fuente: Base de datos de usuarios 01/01/2013. Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

22 Zonas de salud:

- ✓ 7 centros de Salud urbanos:

Zona de salud	Población	0-14 años	Varones	>15	Mujeres >
			años	15 años	
Zgz Bombarda	16 451	1 650	7 118		7 683
Zgz Delicias Norte	24 505	2 789	10 403		11 313
Zgz Delicias Sur	25 942	3 440	10 606		11 896
Zgz Miralbueno-Garrapinillos	14 553	2 846	5 633		6 074
Zgz Oliver	15 638	2 581	6 339		6 718
Zgz Univérsitas	31 001	3 427	13 206		14 368
Zgz Valdefierro	11 162	2 349	4 382		4 431
Población total	139 252	19 082	57 687		62 483

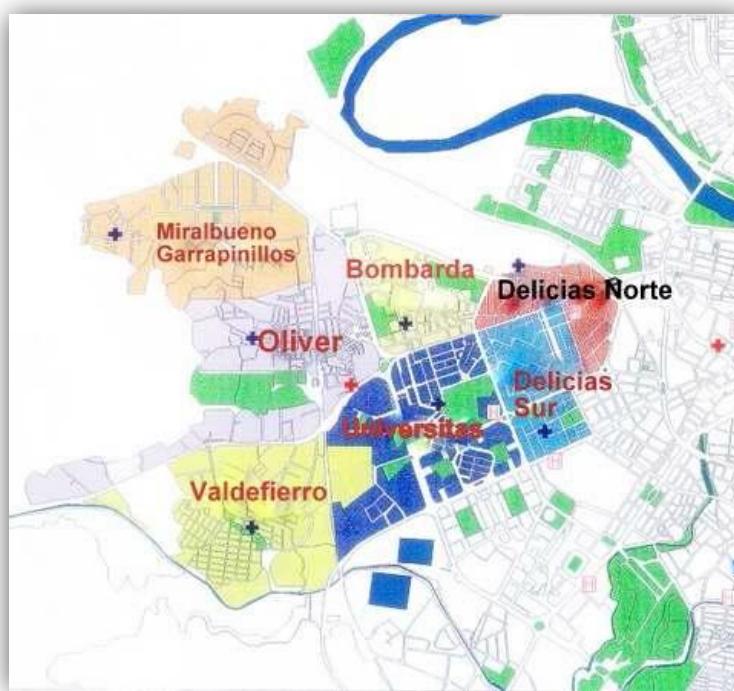


Figura 2. Centros de salud urbanos

- ✓ 15 centros de salud rurales:

Zona de salud	Población	0-14 años	Varones >	Mujeres >
			15 años	15 años
Alagón	15 549	2 233	6 711	6 605
Borja	9 885	1 382	4 294	4 209
Cariñena	7 890	1 022	3 596	3 272
Casetas	15 760	2 486	6 606	6 668
Ejea de los Caballeros	16 716	2 324	7 360	7 032
Épila	9 708	1 719	4 059	3 930
Gallur	7 726	998	3 444	3 284
Herrera de los Navarros	803	32	431	340
La Almunia de Doña Godina	14 929	2 282	6 545	6 095
María de Huerva	17 945	3 948	7 033	6 964
Sádaba	3 528	378	1 609	1 541
Sos del Rey Católico	814	70	400	344
Tarazona	13 530	1 905	5 722	5 903
Tauste	8 229	1 088	3 574	3 567
Utebo	17 555	3 469	6 952	7 134
Población total	160 567	25 336	68 336	66 895



Figura 3. Centros de salud rurales

El Hospital Clínico Universitario cuenta con unos recursos humanos integrados por diferentes categorías profesionales: directores, subdirectores, F.E.A., residentes, enfermería....que aseguran una adecuada calidad asistencial.

El servicio de Dermatología del Hospital Clínico está integrado por seis consultas externas, una planta de hospitalización y cuenta con una cartera de servicios

basada en la siguiente prestación asistencial: atención en consulta médica (consultas externas), atención en hospitalización, docencia de pregrado, docencia de postgrado, diagnóstico y tratamiento de eczemas, diagnóstico y tratamiento de tumores cutáneos, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cutánea por VIH, diagnóstico y tratamiento de genodermatosis, diagnóstico y tratamiento de enfermedades por afectación solar, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico y tratamiento de la psoriasis, realización de biopsia cutánea, realización de pruebas de contacto, toma de muestras para citología, toma de muestras para micología, otras tomas de muestras, crioterapia de lesiones cutáneas, electroterapia de lesiones cutáneas, puvaterapia de lesiones cutáneas, terapia fotodinámica, infiltraciones de lesiones cutáneas, curetaje de lesiones cutáneas, cirugía de lesiones cutáneas en quirófano dermatológico, informes dermopatológicos pues cuenta con su propio laboratorio de anatomía patológica⁸.

La actividad asistencial de un servicio de Dermatología va más allá de la labor que se lleva a cabo en consultas externas atendiendo a pacientes derivados por su médico de familia, y que es la que se ha considerado tradicionalmente. El servicio necesita hospitalización especializada para las enfermedades ampollosas, reacciones medicamentosas graves, linfomas cutáneos, eritrodermias, enfermedades autoinmunes y atención a pacientes intervenidos de neoplasias cutáneas.

La interconsulta médica hospitalaria es un documento, una forma de comunicación escrita entre los diferentes servicios ubicados en un centro hospitalario para solicitar colaboración o asesoramiento médico entre especialistas.

La colaboración del servicio de Dermatología con otras especialidades que solicitan de nuestra ayuda es una labor, en ocasiones, poco valorada y no muy estudiada. Es muy frecuente que los pacientes ingresados por dolencias no dermatológicas presenten alteraciones cutáneas, que aunque mayoritariamente no son mortales, sí que implican importantes morbilidades para el paciente.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed. Las palabras clave fueron “*Dermatology and Consultations*”, encontrando doce artículos que hacen referencia al tema objeto de estudio. Estos artículos quedan resumidos en el anexo 1.

OBJETIVOS

- Establecer la labor que ejerce el dermatólogo en la resolución de interconsultas hospitalarias.

- Presentar el volumen de interconsultas que se han registrado en nuestro servicio durante un año, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2012 y 31 de abril de 2013.

- Describir las características de estas interconsultas: demora en contestar la interconsulta, responsable en contestar la interconsulta, día de la semana y mes que se reciben en nuestro servicio, edad y sexo de los pacientes, si el paciente se encontraba inmunodeprimido o no y en caso afirmativo tipo de inmunodepresión que padecía, cuándo apareció la patología cutánea, motivo de consulta, servicios más solicitantes, diagnósticos emitidos con más frecuencia, si han requerido pruebas complementarias y cuales, tipo de tratamiento y destino del paciente al alta.

- Realizar una revisión bibliográfica de estudios que hacen referencia a la actividad hospitalaria que ejerce el dermatólogo y comparar sus resultados con los obtenidos en este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, llevado a cabo durante 12 meses, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2012 y 30 de abril de 2013, sobre una cohorte de 482 pacientes.

Los datos para la realización de este trabajo fueron obtenidos por medio de un libro de registro, donde se anotan a diario las hojas de consulta en formato papel que llegan a nuestro servicio, y mediante la consulta de historias clínicas. Las variables recogidas en el estudio son:

- demora en responder la interconsulta: horas o días
- responsable en contestar la interconsulta: adjunto y/o residente
- día de la semana y mes que se reciben las interconsultas
- edad: años
- sexo: hombre o mujer
- paciente inmunodeprimido o no y en caso afirmativo cual es la causa de su inmunodepresión
- momento en el que ha aparecido la patología cutánea: durante el ingreso o previo a él y en este caso si ya era conocida por nuestro servicio o no
- motivo de consulta: lesión inespecífica, lesión elemental, prurito, diagnóstico, afectación de mucosas, anejos, erupción o exantema
- servicios solicitantes: médicos, quirúrgicos, intensivos
- diagnóstico: dividido en categorías diagnósticas
- pruebas complementarias y de qué tipo
- tratamiento: si lo han requerido o no y en su caso tipo de terapéutica y forma de administración
- destino del paciente al alta: alta por parte de nuestro servicio, CCEE de dermatología para seguimiento, CCEE de otros servicios, éxitus

La población de estudio son todos aquellos pacientes ingresados en el Hospital Clínico en sus diferentes servicios médicos-quirúrgicos por causas no dermatológicas, excluido el servicio de dermatología, y que desarrollan patología cutánea durante su ingreso o ya la presentaban previamente a él, pero no ha sido la responsable de su hospitalización, y empeora durante su permanencia hospitalaria, así como recién nacidos que presentan problemas cutáneos.

Por lo tanto los criterios de inclusión son:

- Pacientes, de cualquier edad, ingresados en el Hospital Clínico, en sus diferentes servicios médicos-quirúrgicos que presentan patología cutánea.

Y los criterios de exclusión son:

- Los pacientes ingresados a cargo del servicio de Dermatología.
- Interconsultas provenientes del servicio de urgencias, tanto general como pediátrica.

El Sector de Salud III, al que pertenece el hospital clínico, alberga una población de 299.819 habitantes. De acuerdo a los datos obtenidos de la memoria 2009, el hospital clínico contaba con un número total de 802 camas instaladas, de las cuales 762 eran funcionales y seis de ellas estaban asignadas al servicio de Dermatología.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el programa SPSS v.21. Los gráficos han sido generados con SPSS y con Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

De una cohorte total de 482 interconsultas (IC) recibidas en nuestro servicio durante un año, n=433 fueron resueltas en una primera visita dermatológica, n=35 generaron nuevas interconsultas, por mala evolución del cuadro diagnosticado inicialmente, aparición de nueva patología cutánea o para obtener los resultados de las pruebas realizadas, n=4 pacientes ya no se encontraban hospitalizados en el momento de la visita dermatológica debido al alta hospitalaria por parte del servicio que lo tenía a su cargo, por lo que estos datos no han sido incluidos en el análisis estadístico; una limitación de este trabajo, al tratarse de un estudio retrospectivo, es que al consultar las historias clínicas de las interconsultas que teníamos anotadas en nuestro libro de registro, en algunos casos, no se ha podido hallar la respuesta dermatológica a la interconsulta solicitada, por lo que estos datos, un total de n=10, se han considerado perdidos en el estudio y no se ha llevado a cabo su análisis (figura 4).



Figura 4. Muestra del estudio

CARACTERÍSTICAS TEMPORALES

Las IC se respondieron mayoritariamente dentro de la jornada laboral, en menos de 8 horas desde que se recibió la IC (78.8%), siendo en su mayor parte realizadas y contestadas por un residente (83.6%), seguido con la colaboración de un adjunto (15.9%) (figuras 5 y 6).

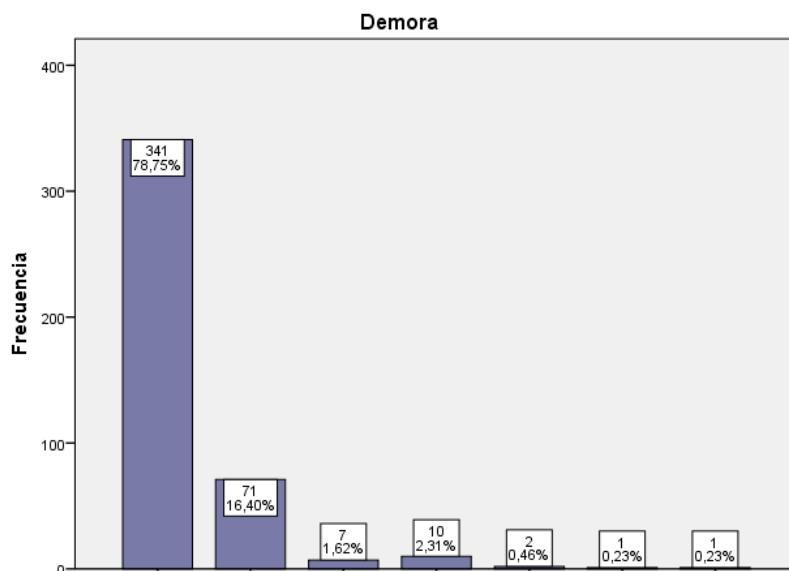


Figura 5. Demora en responder

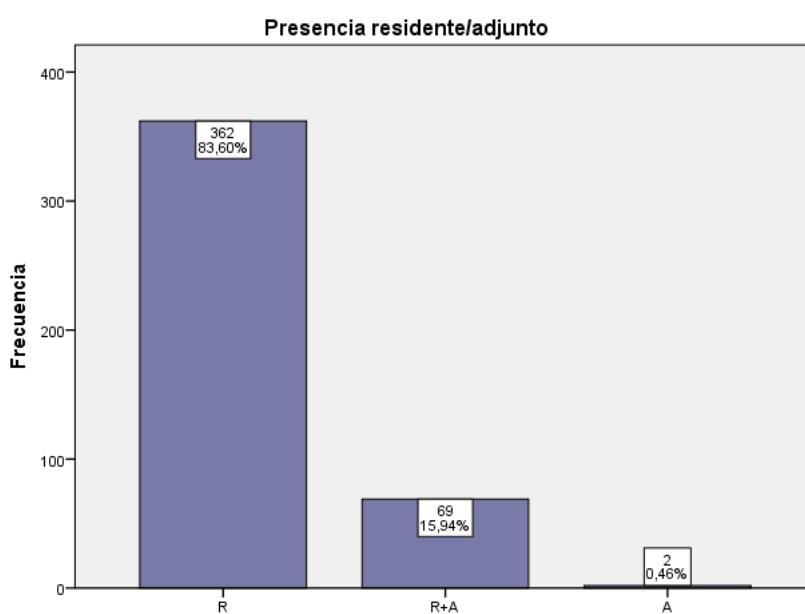


Figura 6. Presencia residente/adjunto

El día de la semana donde más interconsultas se han recibido son los lunes (25.9%). Esto se podría explicar por los ingresos nuevos de fin de semana que son visitados por primera vez en planta este día descubriendo entonces la patología cutánea. El sábado (1.4%) es cuando menos interconsultas se reciben, y ninguna en domingo. Esto puede ser debido, a que la plantilla facultativa en sábado se ve reducida, y la mayoría de estas IC corresponden a patología acaecida en el día; en domingo es de cero porque este día, en nuestro hospital, no hay pase de visita médica (figura 7).

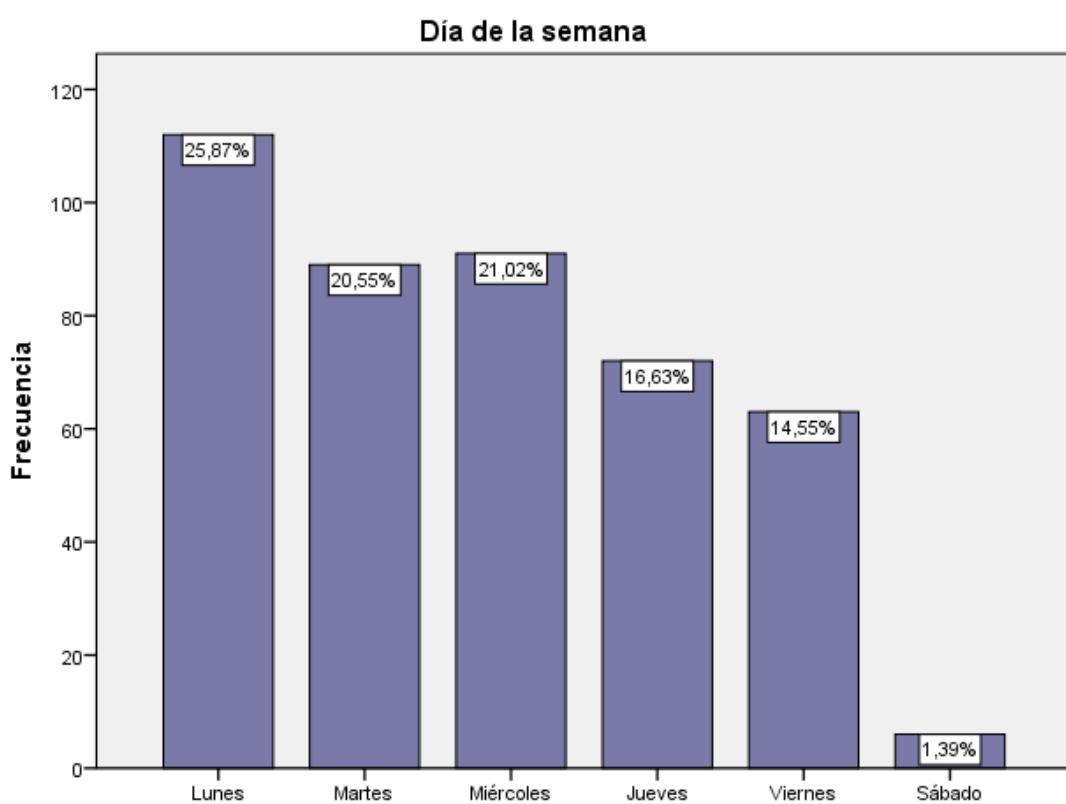


Figura 7. Interconsultas desglosadas por días de la semana

En los meses de marzo, mayo y noviembre se han recibido un 12.7%, 11.5% y 9.7%, respectivamente, de interconsultas, debido posiblemente a que en estos meses es cuando más ingresos se han producido, ya que en los meses de julio (6.9%), agosto (5.1%) y diciembre (4.8%), donde algunas plantas permanecen cerradas, el porcentaje de interconsultas es menor, también puede verse influido por tratarse de periodos festivos (figura 8).

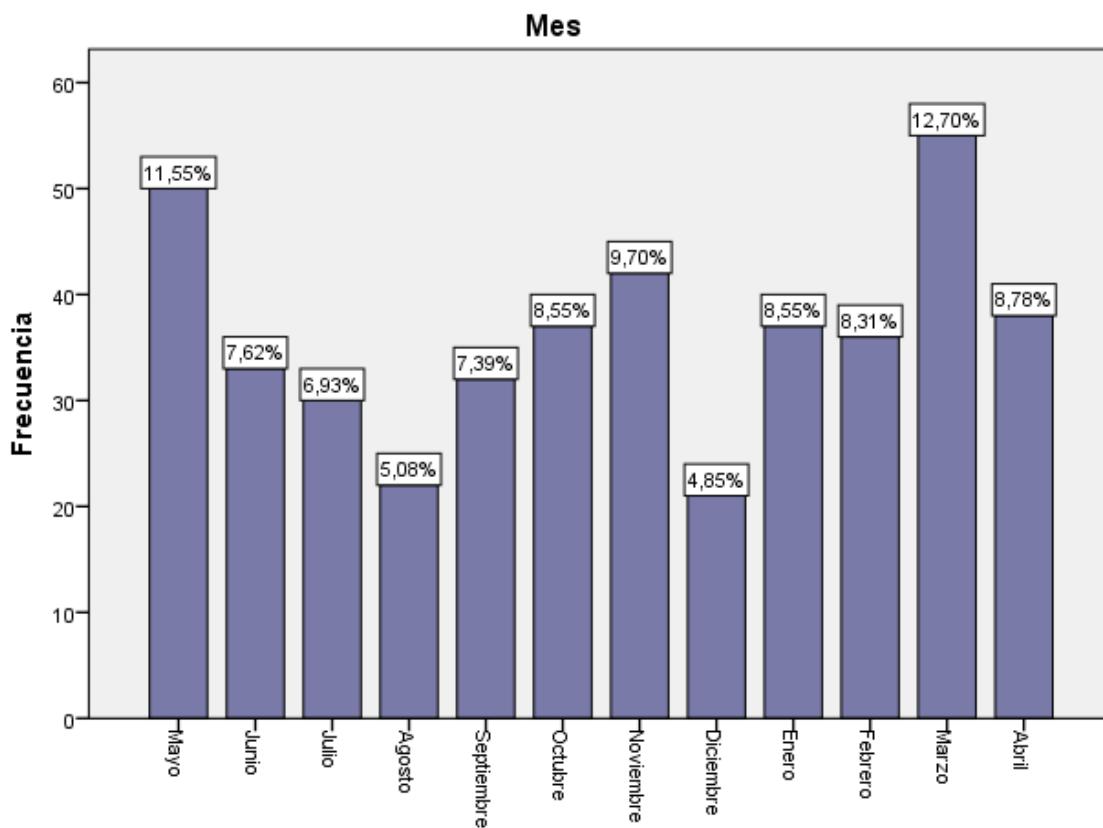


Figura 8. Interconsultas desglosadas por meses

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

En cuanto al sexo de los pacientes, el porcentaje es muy igualado con un 50.6% de hombres y una 49.4% de mujeres (figura 9).

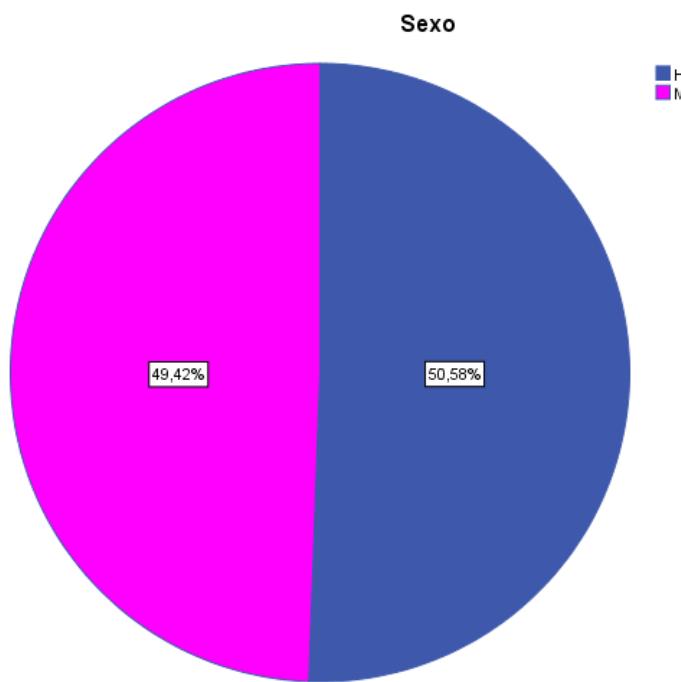


Figura 9. Sexo de los pacientes

La edad, presenta una media 60.55 años, con un mínimo de 0 años (interconsultas de recién nacidos) y un máximo de 95 años, siendo el grupo mayor de 61 años el que más interconsultas generó (59.1%), seguido por el grupo entre 41 y 60 años (21.2%). Un dato se considera perdido pues no constaba en el informe la edad del paciente (figura 10, tabla 1).

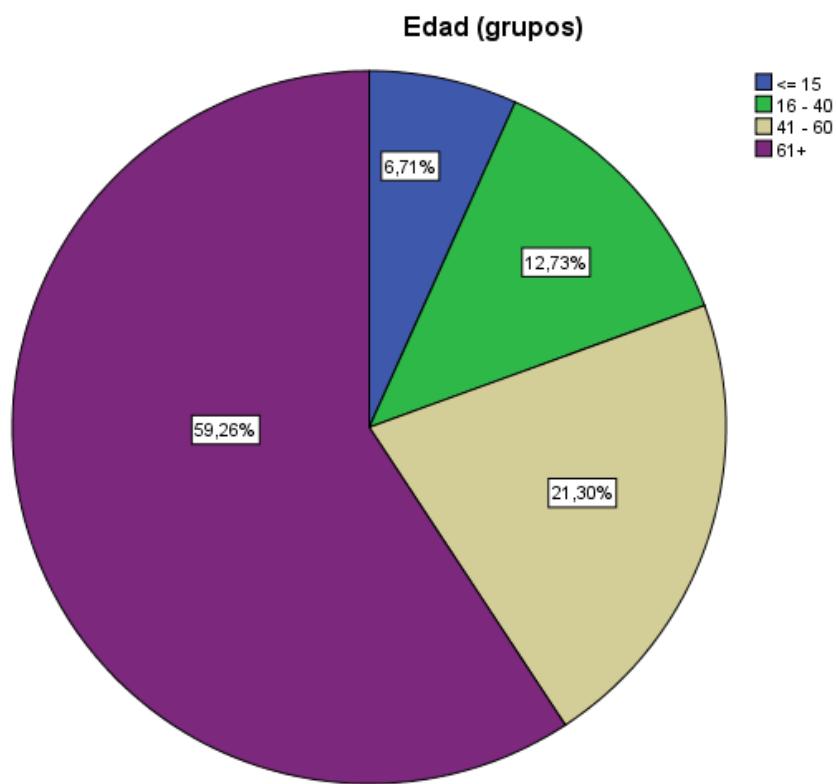


Figura 10. Edad de los pacientes (grupos de edad)

Edad					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	<= 15	29	6,7	6,7	6,7
	16 - 40	55	12,7	12,7	19,4
	41 - 60	92	21,2	21,3	40,7
	61+	256	59,1	59,3	100,0
Perdidos	Total	432	99,8	100,0	
	Sistema	1	,2		
Total		433	100,0		

Tabla 1. Edad de los pacientes (grupos de edad)

La mayoría de los pacientes no se encontraban inmunodeprimidos (83.6%), pero n=71 sí que presentaban algún tipo de inmunodepresión, siendo la causa más frecuente de la misma el presentar neoplasia de órgano sólido (8.1%) (cáncer de pulmón, cáncer de mama, etc), seguido de algún trastorno hematológico (3.9%), (leucemia aguda, leucemia linfática crónica, linfoma, etc), VIH (3.9%) y trasplante de órgano sólido (0.5%)(trasplante hepático) (figura 11).

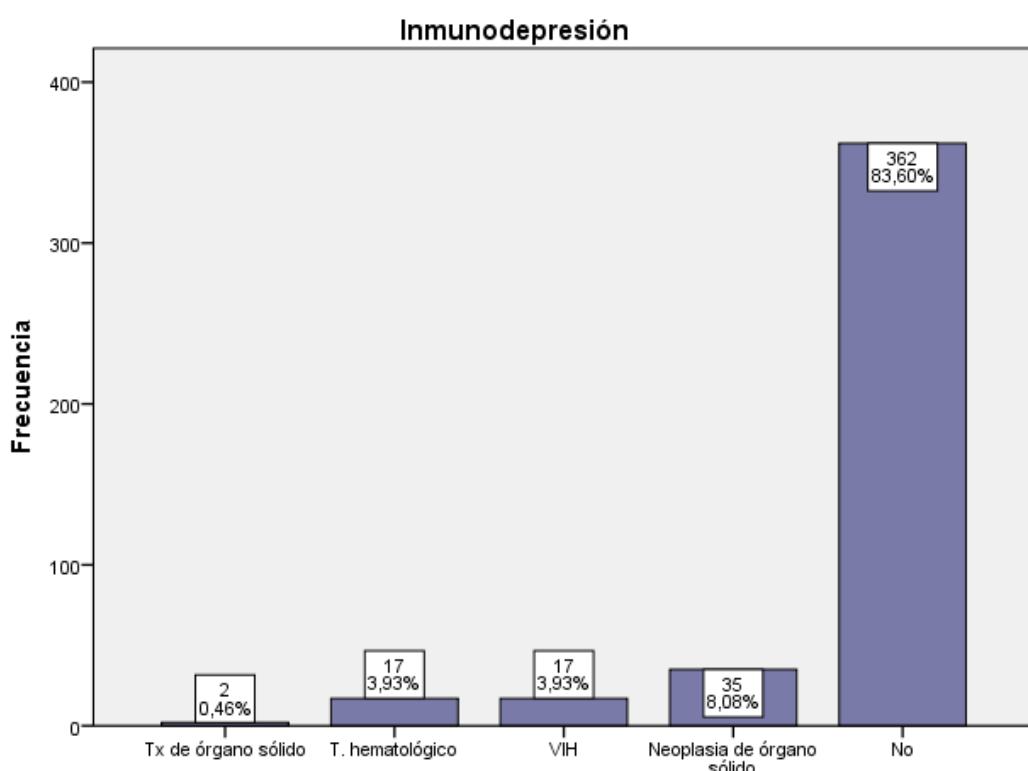


Figura 11. Tipos de inmunodepresión

El momento de aparición de la patología cutánea ocurrió principalmente durante su ingreso (50.8%). En n=161 de las interconsultas la patología ya estaba presente antes de la hospitalización, de las cuales 146 su patología no era conocida por nuestro servicio, mientras que en 15 sí que lo era solicitando ajuste de tratamiento por nuestro parte. En un 10.9% la patología cutánea del paciente motivó su ingreso, pero debido a comorbilidades asociadas se decidió su ingreso en un servicio diferente al de dermatología, realizando por nuestra parte valoración y pauta de tratamiento. Un 1.2% de las interconsultas fueron recién nacidos que al nacimiento presentaron problemas cutáneos (figura 12).

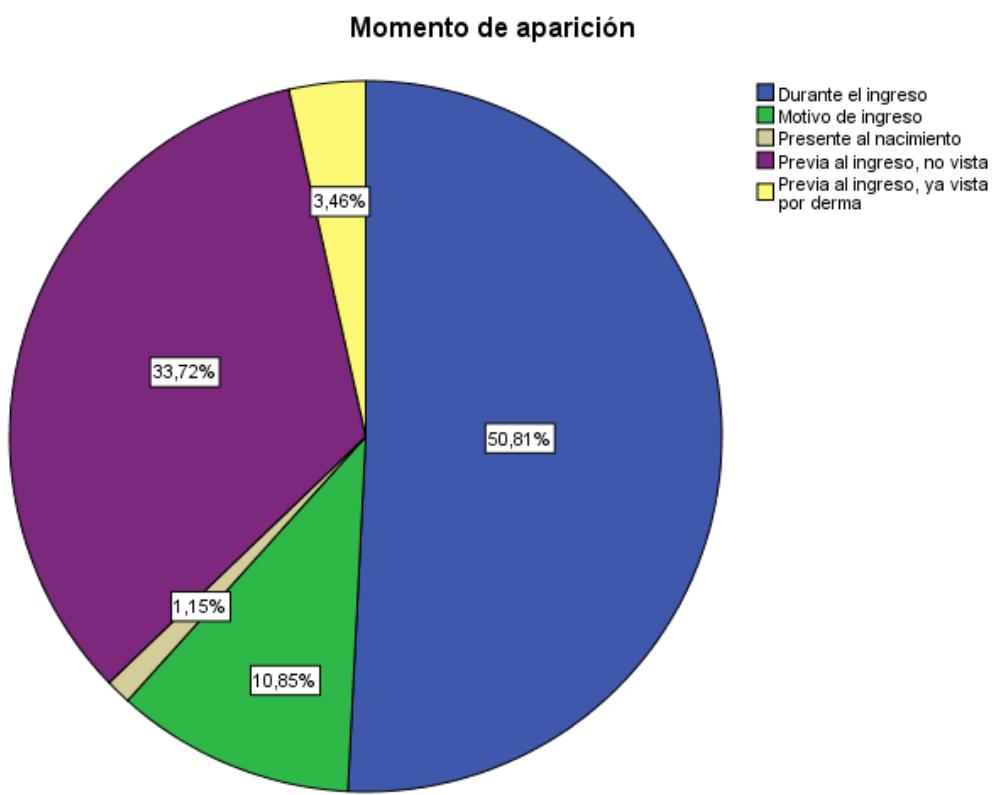


Figura 12. Momento de aparición de la patología cutánea

En cuanto a la descripción de la patología cutánea encontrada como motivo de consulta, en su mayor parte fue inespecífica con un 46.2%. Un 28.4% era descrita como lesión elemental (mácula, pápula, nódulo, habón, úlcera, etc.). La descripción de esta última forma facilita la actividad del dermatólogo pues le orienta acerca de cuál puede ser el diagnóstico. En un 12% la interconsulta recibida planteaba el diagnóstico. En un 7.2% el motivo de consulta fue el prurito; la erupción y el exantema representaron un 3% y un 1.4%, respectivamente y, la patología de mucosas y anejos generó un 0.9% de las interconsultas (figura 13).

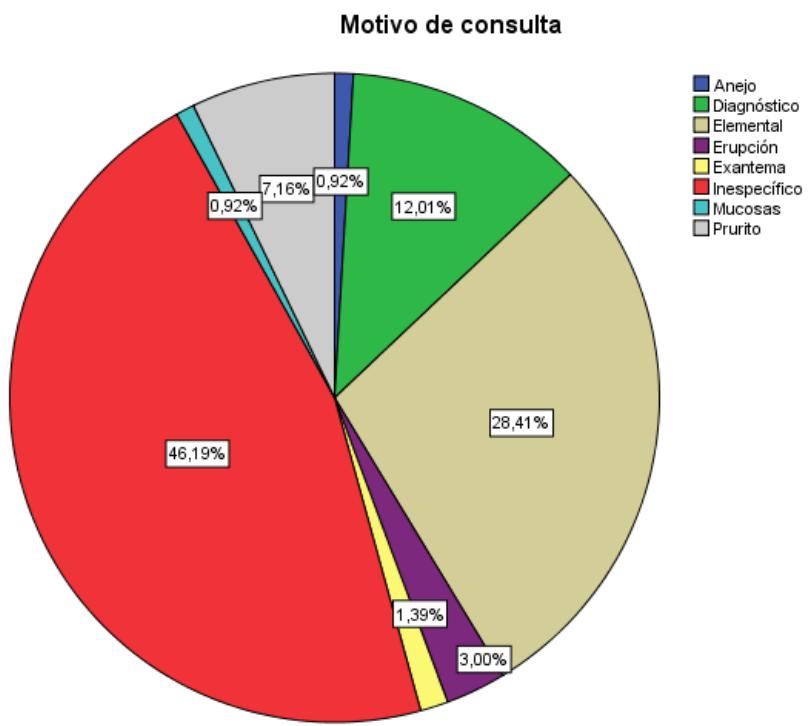


Figura 13. Motivo de consulta

CARACTERÍSTICAS MÉDICAS

Los servicios más solicitantes fueron los servicios médicos (78.5%), y dentro de éstos con mucha diferencia fue el servicio de medicina interna (28.9%). Apuntar que es el servicio con más camas asignadas (n=118 camas, 16.95%) (figura 14). Seguido por los servicios de infecciosos (6.2%), neumología (6.2%) y neurología (5.5%). En cuanto a los servicios quirúrgicos (18.2%), neurocirugía (4.6%) y traumatología (4.2%) fueron los más solicitantes (figuras 15 y 16).

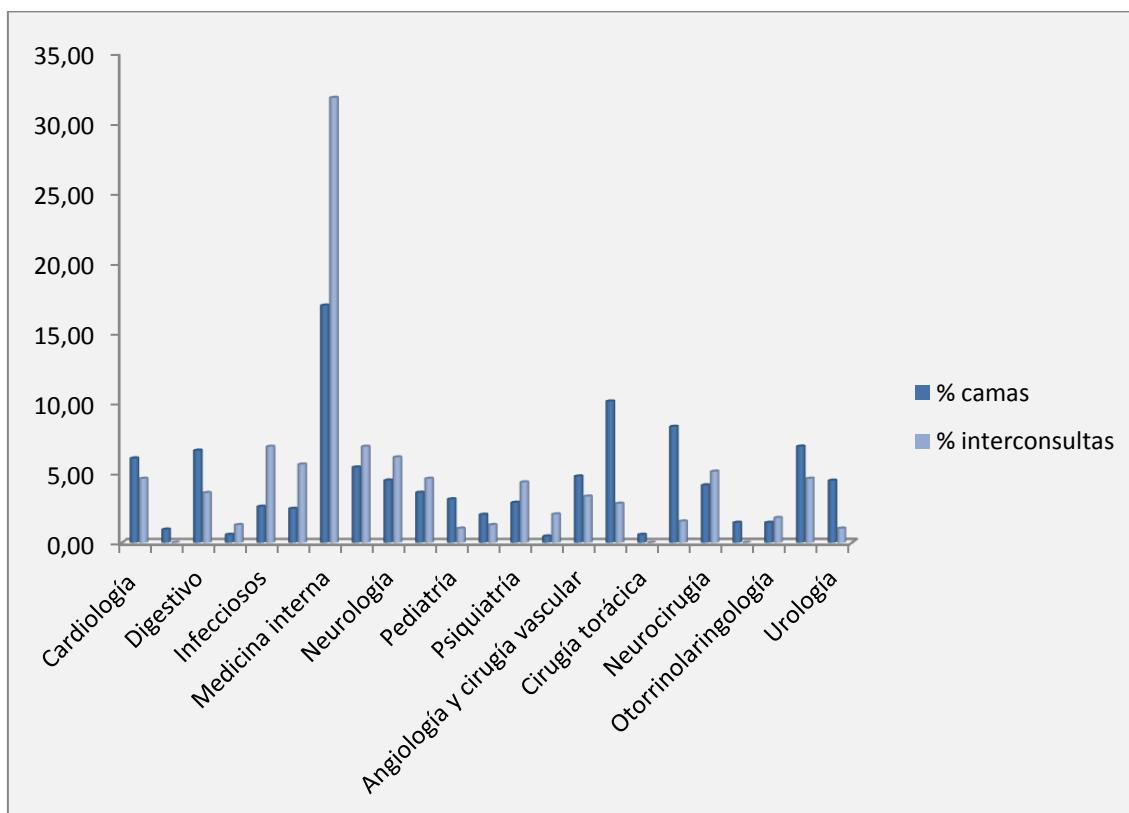


Figura 14. Relación camas-interconsultas

A pesar de que el servicio de infecciosos posee menos camas que los servicios de neumología y neurología, genera más IC debido a las características clínicas del tipo de pacientes que ingresan en este servicio.

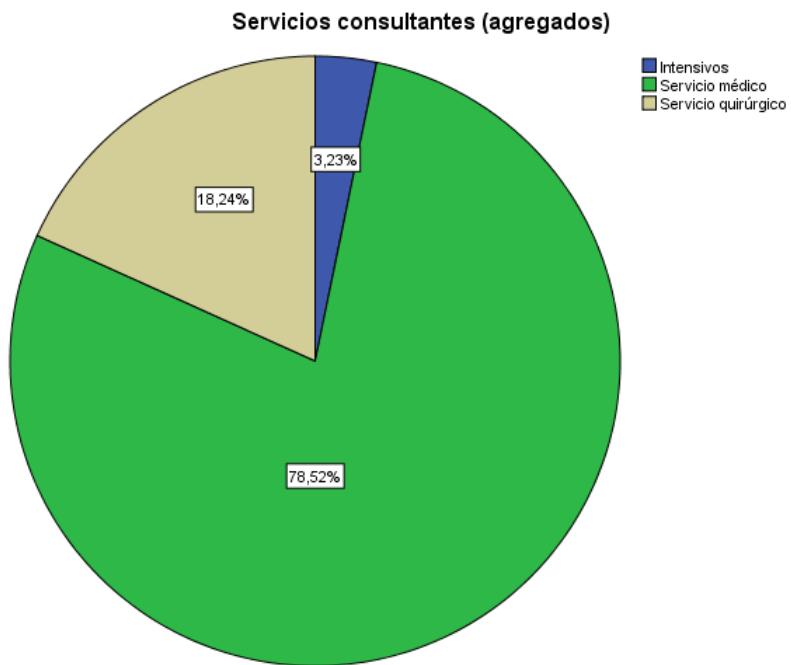


Figura 15. Servicios solicitantes (agregados)

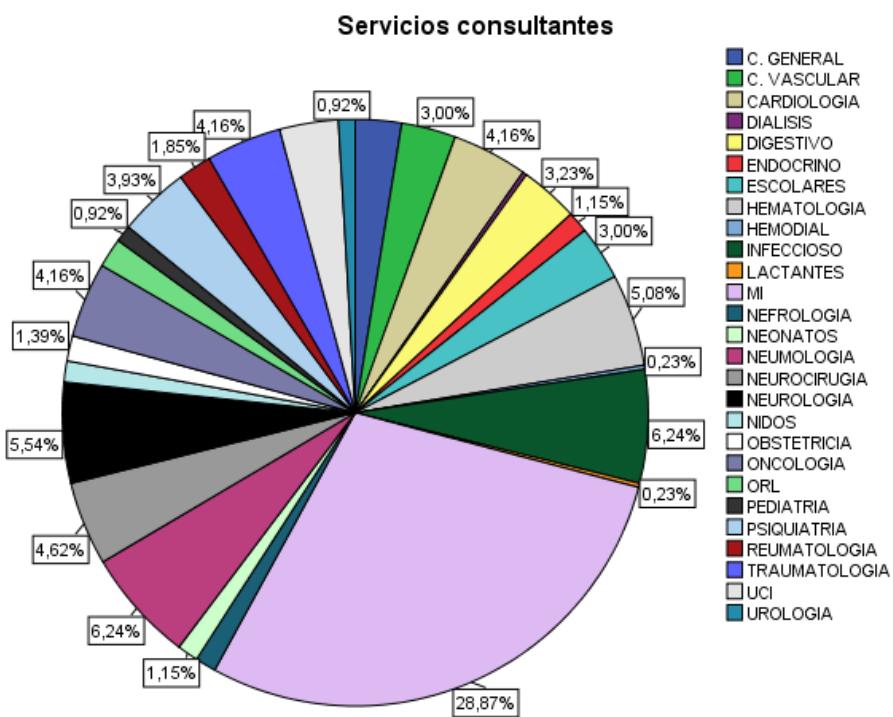


Figura 16. Servicios solicitantes (por especialidades)

Los diagnósticos más frecuentemente emitidos son las dermatosis inflamatorias (26.33%), seguido de las dermatosis infecciosas (17.09%), tumores cutáneos (9.93%). Sin embargo el segundo grupo más amplio es el representado por miscelánea (19.86%), donde se incluyen multitud de patologías no encuadrables en un subgrupo específico. Dentro del grupo de las dermatosis inflamatorias destaca la dermatitis (9.3%), siendo la dermatitis de contacto y la psoriasis (ambas con un 3.93%) las más frecuentes, seguido de las toxicodermias (3.46%). En cuanto a las infecciones destacan el intertrigo candidásico (7.16%), posiblemente debido a la flaccidez de los pliegues cutáneos asociado a la humedad de la región; respecto a los tumores, destaca el carcinoma basocelular (1.85%). El hecho de que la dermatitis de contacto sea la más frecuente se podría explicar por el contacto con la ropa de cama, sábanas del hospital sometidas a lavados con detergentes fuertes, la postración en cama y la inmovilidad, a lo que se suma la fragilidad cutánea de los pacientes de edad avanzada (el grupo de edad de más de 61 años fue el grupo por el que mas IC se solicitó). En n=7 ocasiones en el momento de nuestra visita el paciente no presentaba ninguna lesión y en una ocasión el paciente había fallecido. En un total de n=17 interconsultas se generó más de un diagnóstico dermatológico, y en n=10 el diagnóstico no estuvo claro, 7 de estos casos se derivaron a consultas externas de dermatología para estudio y en 3 casos se planteó alta pues en cualquier caso no requerían seguimiento por nuestra parte (figura 17, tablas 2, 3 y 4).

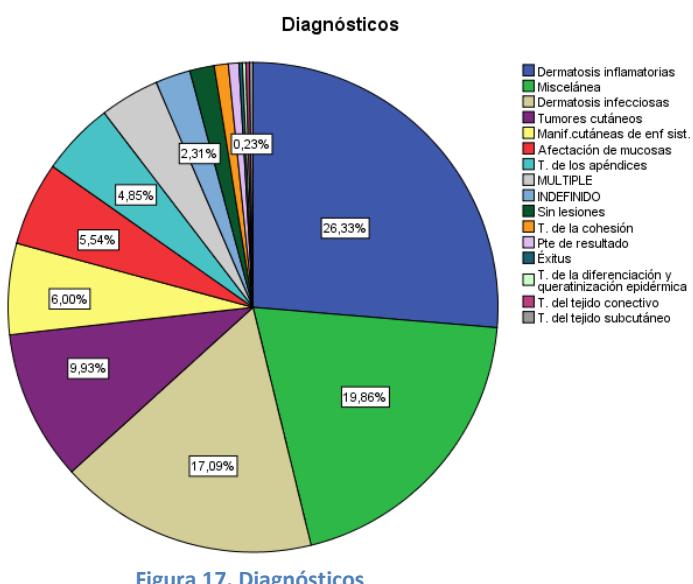


Figura 17. Diagnósticos

Diagnósticos realizados	Recuento	Porcentaje
Dermatosis inflamatorias	114	26,33%
Dermatitis de contacto	17	3,93%
Psoriasis	17	3,93%
Toxicodermia	15	3,46%
Dermatitis seborreica	12	2,77%
Eczema	10	2,31%
Urticaria	6	1,39%
Dermatitis de éxtasis	5	1,15%
Dermatitis atópica	4	0,92%
Eczema dishidrótico	4	0,92%
Dermatitis crónica liquenoide	4	0,92%
Eritema multiforme	2	0,46%
Pitiriasis rosada de Gíbert	2	0,46%
Reacción urticarial	2	0,46%
Dermatitis craquelé	2	0,46%
Pioderma gangrenoso	2	0,46%
Líquen simple	1	0,23%
Erupción liquenoide	1	0,23%
Psebororasis	1	0,23%
Pustulosis palmoplantar	1	0,23%
Dermatitis del pañal	1	0,23%
Dermatitis perioral	1	0,23%
Queratosis liquenoide	1	0,23%
Gr.anular	1	0,23%
G.anular residual	1	0,23%
Probable urticaria aguda	1	0,23%
Miscelánea	86	19,86%
Dermatosis infecciosas	74	17,09%
Intértrigo candidiásico	31	7,16%
Herpes simple	7	1,62%
Herpes zóster	7	1,62%
Celulitis	7	1,62%
Absceso	3	0,69%
Paroniquia	2	0,46%
Verruga viral	2	0,46%
Condilomas	1	0,23%
Dermatofitosis	1	0,23%
Enteroviriasis	1	0,23%
Escabiosis	1	0,23%
Escara necrótica por Pseudomonas	1	0,23%
Exant morbiliforme	1	0,23%
Impétigo	1	0,23%
Intértrigo químico	1	0,23%
Micobacterias	1	0,23%
Candidiasis axilar	1	0,23%
Pitiriasis versicolor	1	0,23%
Sarna noruega	1	0,23%
Úlcera inf por Pseudomonas	1	0,23%
Úlcera varicosa sobreinfectada	1	0,23%
Varicela	1	0,23%

Tabla 2. Diagnósticos por grupos (1/3)

Tumores cutáneos	43	9,93%
Carcinoma basocelular	8	1,85%
Nevus melanocítico	6	1,39%
Queratosis actínica	6	1,39%
Carcinoma espinocelular	4	0,92%
Queratosis seborreica	4	0,92%
Fibroma	4	0,92%
Lipoma	3	0,69%
Enf de Bowen	2	0,46%
Leiomiosarcoma	1	0,23%
Lesión tumoral a estudio	1	0,23%
Lipoma vascularizado	1	0,23%
Mtx subepidérmica	1	0,23%
Nevus de Becker	1	0,23%
Quiste epidérmico	1	0,23%
Manif.cutáneas de enf sist.	26	6,00%
Schonlein-Henoch	4	0,92%
Vasculitis infecciosa	3	0,69%
Vasculitis leucocitoclástica	2	0,46%
Eritema nodoso	2	0,46%
Autoinmune	1	0,23%
Dermatomiositis paraneopl	1	0,23%
Dermatopolimiositis	1	0,23%
Esclerodermia	1	0,23%
LES	1	0,23%
Linfoma T cutáneo	1	0,23%
PAN	1	0,23%
Rendur-Osler-Weber	1	0,23%
Sarcoidosis	1	0,23%
Urticaria vasculitis	1	0,23%
Vasculitis farmacológ.	1	0,23%
Vasculitis linfocitaria	1	0,23%
Vasculitis livedoide	1	0,23%
Vasculitis/crioglob VHC	1	0,23%
Vasculopatía de orig inmolog	1	0,23%

Tabla 3. Diagnósticos por grupos (2/3)

Afectación de mucosas	24	5,54%
Herpes simple genital	3	0,69%
Afta oral	2	0,46%
Candidiasis oral	2	0,46%
Lengua geográfica	2	0,46%
Lengua saburral	2	0,46%
Aftas vulvares	1	0,23%
Angina de Vincent	1	0,23%
Balanitis infecciosa	1	0,23%
Comisuritis	1	0,23%
Épulis	1	0,23%
G.herpética	1	0,23%
Herpes labial	1	0,23%
Hipertrofia lingual	1	0,23%
Lengua negra vellosa	1	0,23%
Mucositis	1	0,23%
Muguet	1	0,23%
Pénfigo orofaringeo	1	0,23%
Primoenf VHS oral	1	0,23%
T. de los apéndices	21	4,85%
Acné corticoideo	4	0,92%
Foliculitis	3	0,69%
Rosácea	3	0,69%
Erupción acneiforme	2	0,46%
Acné vulgar	1	0,23%
Alopecia cicatricial	1	0,23%
Forúnculo	1	0,23%
Hidrosadenitis	1	0,23%
Hiperhidrosis	1	0,23%
Onicomicosis	1	0,23%
Pediculosis capitis	1	0,23%
Psoriasis ungueal	1	0,23%
Uña encarnada	1	0,23%
Sin lesiones	7	1,62%
T. de la cohesión	4	0,92%
Penfigoide ampolloso	2	0,46%
Enf ampollosa	1	0,23%
Pénfigo seborreico	1	0,23%
Pte de resultado	3	0,69%
Éxitus	1	0,23%
T. de la diferenciación y queratinización epidérmica	1	0,23%
Enf de Darier	1	0,23%
T. del tejido conectivo	1	0,23%
Morfea generalizada	1	0,23%
T. del tejido subcutáneo	1	0,23%
Paniculitis aguda	1	0,23%
MULTIPLE	17	3,93%
INDEFINIDO	10	2,31%

Tabla 4. Diagnósticos por grupos (3/3)

En cuanto a las pruebas complementarias realizadas para llegar a una aproximación al diagnóstico, n=360 no requirieron ninguna prueba, siendo suficiente el diagnóstico clínico. Cuando hubo que solicitar algún examen complementario el más frecuente fue la biopsia cutánea (n=48), seguido del cultivo de lesiones (n=20) (figura 18, tabla 5). Algunos pacientes requirieron más de una prueba complementaria.

Pruebas complementarias	Recuento
Biopsia	48
Cultivo	20
Drenaje	1
Frotis	2
PCR	8
Serología	2
No precisó	360

Tabla 5. Pruebas complementarias

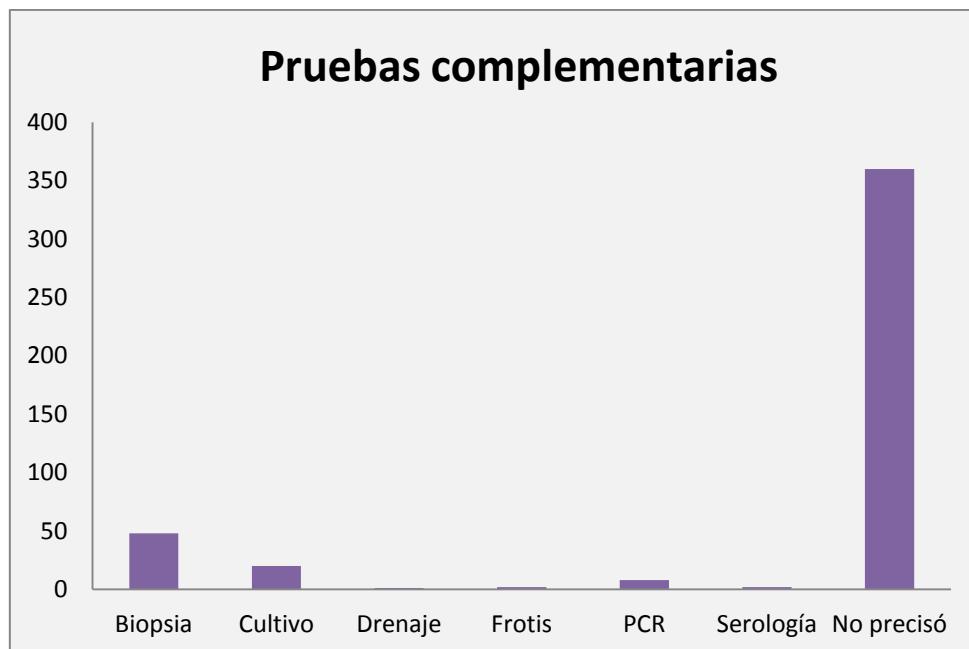


Figura 18. Pruebas complementarias

Respecto al tratamiento, n=112 no precisó de ningún tratamiento para su curación, y cuando se tuvo que prescribir algún fármaco el más frecuente fue el corticoide, antibiótico y antifúngico tópico, lo cual se corresponde con que los diagnósticos más frecuentes fueron la dermatitis y el intertrigo candidásico, ambas patologías que requieren de este tipo de terapéutica (figuras 19 y 20). Indicar que en

algún paciente se requirió más de un tratamiento, por ejemplo tópico y sistémico. En el apartado “otros” se incluyen tratamientos como desbridamiento, extirpación, retirada de fármaco, fotoprotección, antisépticos, etc.

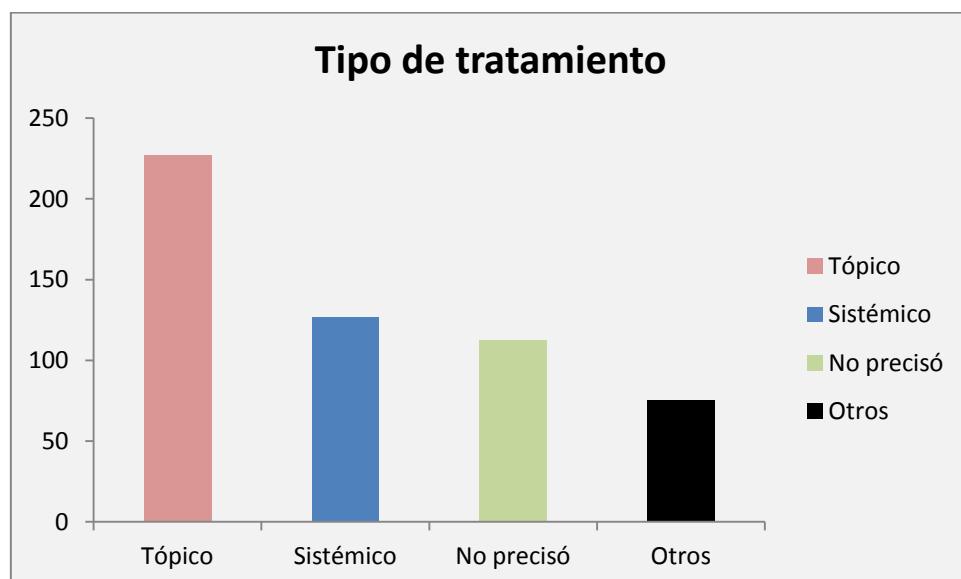


Figura 19. Vía de administración del fármaco requerido

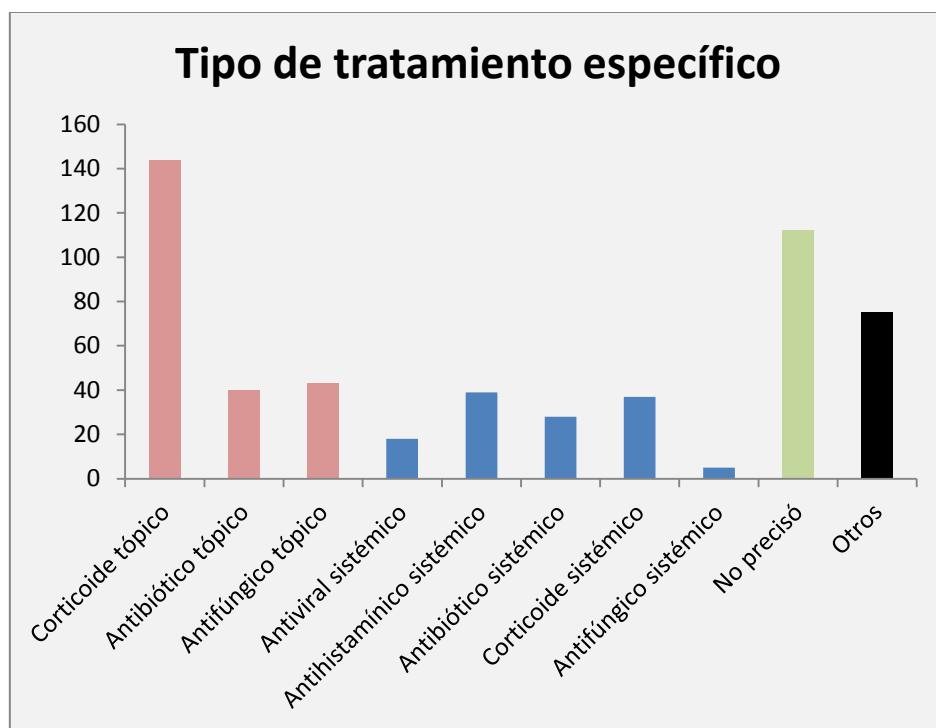


Figura 20. Tipo de tratamiento

El destino del paciente fue mayoritariamente el alta dermatológica por nuestra parte (74.8%), independientemente de que el paciente tuviera que permanecer hospitalizado por la patología que le generó el ingreso. En un 4.6% de las ocasiones el paciente falleció en el hospital por causa no dermatológica. En un 12.9% se derivó a nuestras consultas para seguimiento y cuando se recomendó derivar a otras consultas para estudio fueron las consultas de infecciosos y medicina interna las más frecuentes, con un 1.8% y 1.6% respectivamente (figura 21 y tabla 6).

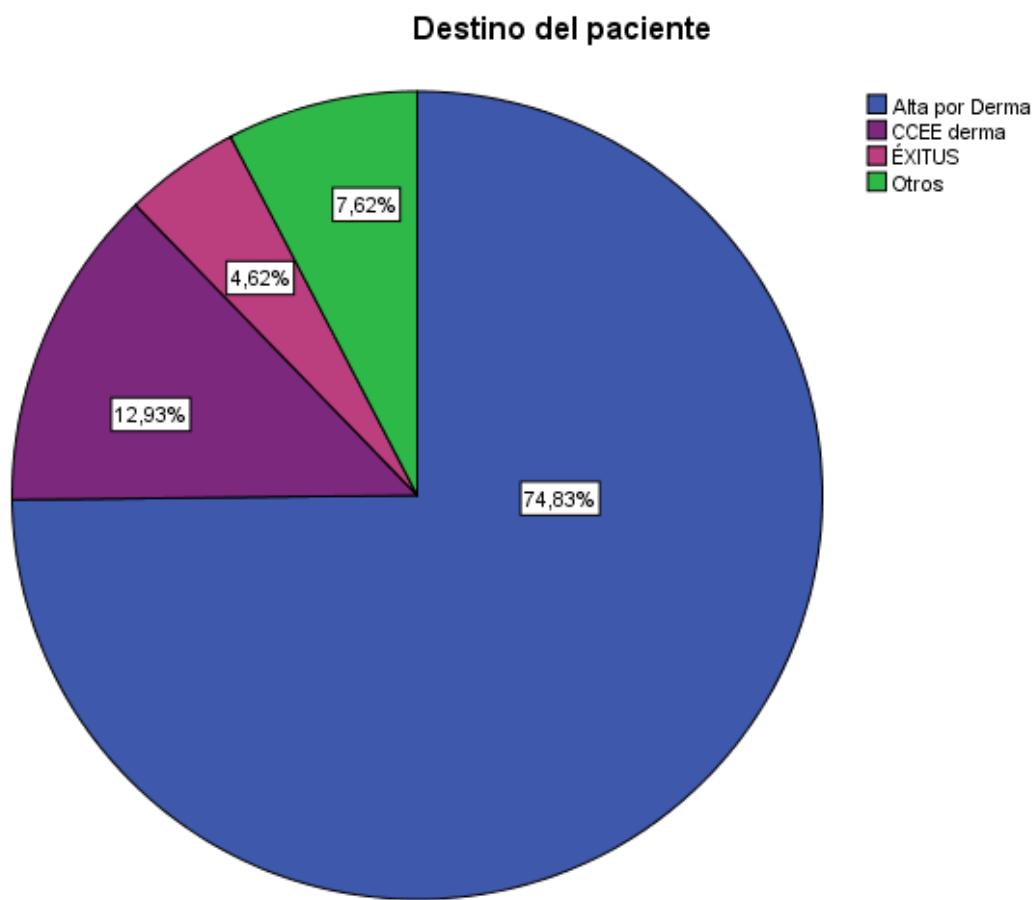


Figura 21. Destino del paciente al alta

Destino del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alta por Derma	324	74,8	74,8	74,8
CCEE alerg	1	,2	,2	75,1
CCEE ciru y of	1	,2	,2	75,3
CCEE derma	56	12,9	12,9	88,2
CCEE gine	1	,2	,2	88,5
CCEE hema	3	,7	,7	89,1
CCEE inf	8	1,8	1,8	91,0
CCEE MI	7	1,6	1,6	92,6
CCEE onco	2	,5	,5	93,1
CCEE ORL	1	,2	,2	93,3
CCEE psiq	1	,2	,2	93,5
CCEE reuma	2	,5	,5	94,0
CCEE vasc	3	,7	,7	94,7
Cirugía	2	,5	,5	95,2
ÉXITUS	20	4,6	4,6	99,8
Infecciosas	1	,2	,2	100,0
Total	433	100,0	100,0	

Tabla 6. Destino del paciente (desglosado)

DISCUSIÓN

Este estudio se ha realizado sobre una muestra de 482 pacientes durante un periodo de seguimiento de 12 meses. La población de los estudios revisados en la literatura oscila de los 3144 pacientes en el estudio español llevado a cabo por Peñate et al¹⁵, a la muestra de Davila et al¹⁷ de 271 pacientes.

En cuatro⁹⁻¹⁰⁻¹⁹⁻²⁰ de los doce estudios revisados su duración ha sido igual a la del presente estudio. El estudio de Wallia et al¹³ fue el más largo con un seguimiento de 5 años. Resaltar que estudios cuya duración es inferior a los 5 años¹²⁻¹⁴⁻¹⁵, presentan una muestra superior al estudio de Wallia et al¹³. Se desconoce la estructura de los distintos hospitales.

En cuanto a las características demográficas de los pacientes, este estudio coincide con la mayoría, pues las interconsultas de pacientes masculinos es ligeramente superior a las que genera el sexo femenino, salvo el trabajo de Fernandes et al²⁰ en donde el porcentaje de mujeres es superior al de hombres con un 60% de IC. En el resto¹⁴⁻¹⁸⁻¹⁹ el porcentaje es ligeramente superior. En cuanto a las edades, los grupos de edad más frecuentes son los comprendidos a partir de los 60 años, y entre los 40 y 60 años, coincidiendo con nuestro estudio. En tres trabajos¹⁰⁻¹¹⁻¹⁷ el grupo mayoritario fue entre los 20 y los 40 años. En otros tres trabajos⁹⁻¹³⁻¹⁵, estas variables no fueron recogidas.

Ninguno de los estudios revisados habla acerca del estado inmunológico de los pacientes.

En cuanto a los servicios solicitantes, los trabajos¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰ coinciden con este estudio, estableciendo que el servicio médico de medicina interna es con diferencia el que más interconsultas genera, salvo el trabajo de Maza et al¹⁶ donde destaca neumología. Podría ser por poseer un mayor número de camas respecto a medicina interna y por lo tanto generar más ingresos o no poseer su hospital dicho servicio. Los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna presentan con

frecuencia pluripatología. Como consecuencia de su ingreso se les introduce nueva medicación a la que ya de base tomaban ellos, por lo tanto resultan polimedicados. Es población, por lo general, de avanzada edad, con un sistema inmune más débil, más tendencia al encamamiento y más proclives por lo tanto a desarrollar patologías, entre ellas la aparición de patología cutánea.

Los diagnósticos más representativos coinciden con los de esta serie: dermatitis, infecciones cutáneas y toxicodermias. En el trabajo de Arora et al¹⁰ prevalecen las manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas y las infecciones representan un 27.3% debido a que este trabajo fue realizado en 1989 en la India, un país en vías de desarrollo.

En cuatro trabajos¹²⁻¹⁵⁻¹⁸⁻²⁰se recoge la cuantía de visitas dermatológicas para solucionar el cuadro del paciente, con unos porcentajes que se aproximan al encontrado en esta serie, lo que quiere decir que la mayoría de patologías se trata de cuadros banales, no graves, pero sí invalidantes por la sintomatología que generan y que se solucionan en una primera visita sin requerir seguimiento.

Cuando es necesario realizar exámenes complementarios, el más realizado, como en este estudio, es la biopsia cutánea como queda reflejado en la literatura¹¹⁻¹⁴⁻¹⁷⁻¹⁸⁻²⁰. Esta prueba se lleva a cabo como apoyo al diagnóstico clínico, comenzando una terapéutica empírica hasta obtener resultados. Prueba sencilla de practicar, poco cruenta, y que aporta amplios resultados.

De los seis trabajos que recogen el tipo de tratamiento que se pautó, el de aplicación tópica es en líneas generales el más frecuente¹¹⁻¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁷⁻²⁰. Si a esto se le añaden los diagnósticos que con más frecuencia son emitidos, estos resultados son comprensibles, pues las dermatitis e intertrigos necesitan de este tipo de terapéutica.

El trabajo de Maza et al¹⁶ recoge que el motivo de consulta fue descrito en el 56.2% como lesión elemental, prurito o lesión inespecífica y un 7% como dermatosis inflamatoria; en nuestro hospital estas descripciones han sido separadas, resaltando que lo más frecuente fueron las lesiones inespecíficas; en la serie de Davila et al¹⁷ el 52% de las descripciones son específicas y el 48% son descripciones vagas.

En cinco trabajos¹³⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁹, se recoge la demora en contestar, siendo ésta inferior a las 24 horas. En uno de ellos¹² la demora alcanzaba el día. En nuestro hospital el 78.8% se realizan en el mismo día que se recibe la solicitud. Ningún trabajo establece quien es el responsable en responder, si residente y/o adjunto; no se conoce la estructura y organización de los diferentes hospitales, se desconoce si en ellos existe la figura del residente o si se organizan de tal manera que hay ciertos días de la semana que se dedican a responder la solicitud. En nuestro caso esta posibilidad de respuesta se contempla los siete días de la semana.

Las limitaciones de este estudio son, como se ha comentado anteriormente, que es un estudio retrospectivo y en ocasiones aunque disponíamos de algunos datos en nuestro libro de registro, no se encontró la interconsulta a nuestro servicio al revisar la historia clínica, por lo que faltaron algunos datos para completar las variables. Por otro lado, no se tuvo en cuenta si el paciente había recibido tratamiento previo a nuestra intervención para la patología cutánea que generó la interconsulta, lo que pudo ser el responsable de los siete casos que no presentaron lesiones en el momento de la visita dermatológica.

CONCLUSIONES

- Queda reflejado el papel fundamental que ejerce el dermatólogo fuera de su actividad habitual (consultas externas), en el diagnóstico y tratamiento de la patología cutánea que se presenta en pacientes hospitalizados, tratándose en ocasiones patologías graves o que requieren seguimiento.

- El trabajo del dermatólogo a nivel hospitalario se realiza, fundamentalmente, en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna; servicio que alberga pacientes de edad avanzada (en su mayor parte pluripatológicos y polimedificados), lo que hace que haya sido la toxicodermia uno de los diagnósticos más frecuentes, precedido por otros cuadros más banales. Esta labor ha ayudado en el manejo de estos pacientes.

- La presencia mayoritaria de dermatitis e intértrigos como diagnósticos emitidos con más frecuencia implica el bajo reconocimiento o infradiagnóstico de estas patologías. Su tratamiento por un especialista en piel contribuye a disminuir la morbilidad de los pacientes e incluso una reducción en el coste hospitalario, al aplicar un tratamiento específico al problema.

- La biopsia cutánea ha sido el examen más practicado, lo que enfatiza la necesidad de un dermatólogo a nivel hospitalario que ayude en la obtención de un diagnóstico preciso.

- El que no haya prácticamente demora en la resolución de la interconsulta debe motivar a los diferentes especialistas a solicitar el asesoramiento dermatológico para su pacientes.

- Destacar el papel que ejerce el residente en dermatología en este hospital, puesto que la mayor parte de las interconsultas han sido realizadas por él, lo que le da la oportunidad de diagnosticar y tratar patologías agudas (en ocasiones presentes en pacientes críticos) que de forma habitual no se ven en consulta. Este último punto fomenta la formación del residente.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.mspsi.es/profesionales/formacion/docs/dermatologiaMedicoQuirurVenerologia.pdf>
2. Wolff K et al. Dermatología en Medicina General. 7^aEd. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
3. ORDEN SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (BOE núm. 230, de 25 de septiembre de 2007).
4. Dulanto F, Armijo M, Camacho F. Evolución histórica de la Dermatología. Concepto actual. Futuro. En dulanto F, Armijo M, Camacho F, Narajo R (eds), Dermatología Médico-Quirúrgica. Granada, Anel Ed., 1981.
5. Mascaró JM. El futuro de la dermatología. Conjeturas sobre el horizonte tecnológico. Actas Dermosifiliográficas. 2009; 91: 239-43
6. Mapa Sanitario de la Comunidad de Aragón 2007.
7. Memoria Hospital Clínico Universitario 2009.
8. <http://www.hcuz.es/web/hospital-clinico/dermatologia>.
9. Sherertz EF. Inpatient dermatology consultations at a medical center. Arch Dermatol. 1984; 120:1137.
10. 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.
11. Falanga V, Schachner LA, Rae V et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. Arch Dermatol 1994; 130:1022-5.
12. Fischer M, Bergert H, Marsch WC. The dermatologic consultation. Hautarzt. 2004; 55: 543-8.
13. Walia NS, Deb S. Dermatology referrals in the hospital setting. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2004; 70:285-7.

14. 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.
15. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P et al. Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology* 2009; 219:225-31.
16. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand JJ, Berbis P, Grob JJ, Richard MA. Evaluation of dermatology consultations in a prospective multicenter study involving a French teaching hospital. *Ann Dermatol Venereol*. 2009 Mar; 136(3):241-8.
17. Davila M, Christenson LJ, Sontheimer RD. Epidemiology and outcomes of dermatology in-patient consultations in a Midwestern U.S. university hospital. *Dermatol Online J*. 2010 Feb 15; 16(2):12.
18. Mancusi S, Neto CF. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. *Clinics* 2010; 65(9):851-855
19. Tay LK, Lee HY, Thirumoorthy T, Pang SM. Dermatology referrals in an East Asian tertiary hospital: a need for inpatient medical dermatology. *Clin Exp Dermatol*. 2011 Mar; 36(2):129-34.
20. Fernandes IC, Velho G, Selores M. Dermatology inpatient consultation in a Portuguese university hospital. *Dermatol Online J*. 2012 Jun 15; 18(6):16.

ANEXO 1

Autor	Año	Hospital	Muestra	Duración del estudio	Sexo y edad	Servicios solicitantes	Diagnósticos	Demora en contestar	Pruebas complementari as	Tratamiento	Otros
Sherertz et al⁹	1984	Gainsville Hospital EEUU	700 pacs	12 meses	No recogido		Manif cut de enf sist 9.4% Toxicodermias 9.2% Micosis superf 9.1%				
Arora el al¹⁰	1989	Base Hospital India	662 pacs	12 meses	H:M; 73.3%:26.7% 21-40 años: 50.3%	Med interna 49.8% Cirugía general 22.7% Pediatría 9.8%	Manif cut de enf sist 23% Toxicodermias 9.1% Complic del trat. 4.2%		Biopsia 8.28%		
Falanga et al¹¹	1994	Jackson Memorial Hospital EEUU	591 pacs	8 meses	H:M; 53.13%:46.86% 19-45 años: 38% >60: 18%	Med interna 39% Pediatría 14% Cirugía 12% Psiquiatría 6% Neurología 3%	Misceláneas 48% Toxicodermia 8.8% D.atópica 5.1% H.simple 5.1%	Biopsia 34.6% K OH 18.44% Tzanck 15.2%	Corticoide tópico 17.7% Atb sist 17.7% Antihist 13% Antiviral sist 9.9%		

Máster Universitario en Iniciación a la investigación en Medicina

Fischer et al¹²	2004	University Hospital Alemania	2390 pacs	24 meses	H:M; 51.7%:48.3% 40-64 años	Med interna 42.8% Pediatría 11.7% Neurología 9% Cirugía cardiotorácica 5.7%	Infecciones 24.4% Candidiasis 23.9% Eczemas 12.4% Toxicodermia 10.2%	1.1 días	Frotis 12.8% Biopsia 12%	1ª visita 85.7%
Wallia et al¹³	2004	Base Hospital India	971 pacs	5 años	No recogido	Cirugía 29.8% Med interna 29.7% Psiquiatría 16.4%	D.alérgica 30.2% Infecciones 29.8%	<24H		
Antic et al¹⁴	2004	Kantossopital Suiza	1290 pacs	36 meses	H:M; 48.9%:51.1% 61-80 años: 28.8%	Sólo recoge Medicina interna	Eczemas 12.6% Les precancerosas 6.2% Toxicodermias 4.2%	Biopsia 11.3% Prick test 6.3% Patch test 2.9%	Tópico 64.2% Sistémico 22.6% Ninguno 15.9%	
Peñate et al¹⁵	2009	Hospital Insular Las Palmas	3144 pacs	4 años	No recogido	Med interna 21.5% Pediatría 11.4% Neurología 8.3% Infecciosas 6.2%	D.de contacto 8.9% Toxicodermias 7.4% Candidiasis 7.4% D.seborreica 7.1%	<24H	Biopsia 6.3%	1ª visita 71.8%
Maza et al¹⁶	2009	CHU Timone, CHU Sainte-Marguerite, CHU Nord, hospital militar Laveran Francia	352 pacs	3 meses	H/M: 1.07 > 60 años: 51% > 75 años: 29%	Neumología 56.26% Med interna 17% Endocrino 12%	Dermatosis infecciosas 34.8% Dermatosis inflamatorias 21.7% Tumores 12%	< 24H 5.7 ctas/día	Tópico 80% Sistémico 26%	Lesión elemental, prurito, inespecífico 56.2% D. inflamatoria 7%

Máster Universitario en Iniciación a la investigación en Medicina

Davila et al¹⁷	2010	Midwesstern US	271 pacs	16 meses	H:M; 54%:46% 19-45 años: 33%	Med interna 39% Cirugía 12% Psiquiatría 9%	Dermatitis 21% Toxicodermias 16% Dermatofitosis superf 5% Inf virales 4.6% Foliculitis 3.5%	Biopsia 54% Otros 64% (no especifica)	Corticoide tópico Emoliente 14,2% Cuidados de enfermería 13% Atb tópicos 12,5% Antih sist 11,3%	Descripción específica 52% Descripción vagas 48%
Mancusi et al¹⁸	2010	Brasil	313 pacs	4 meses	H:M; 49%:51% >45 años	Med interna 24% Neurología 12% Cardiología 11% Infecciosas 8% Pediatría 8%	Dermatosis infecciosas 25% Eczemas 15% Toxicodermias 14%	Biopsia 27.4% Otros (no especifica)	Sistémico 45% Tópico 27% Sin tratamiento	1ª visita 54% 2ª visita 28% 3ª visita 17%
Tay LK et al¹⁹	2011	Hospital Gral Singapur Este de Asia	731 pacs	12 meses	H:M; 46%:53.2% 61-75 años: 35%	Med interna 36% Nefrología 10.4% Hematología 6.6%	Dermatitis 33.1% Infecciones de piel 23.4% Toxicodermias 51%	<24H		
Fernandes et al²⁰	2012	Hospital Universitario Portugal	274 pacs	12 meses	H:M; 40%:60% >60 años: 35%	Med interna 33.7% Cirugía 10.3% Pediatría 8.9% Neurología 8.2% Endocrino 6%	Infecciones de piel 33.2% Eczemas 9.5% Toxicodermias 7.3% Úlceras 5.5%	24 interconsultas/mes	Biopsia 34.8% Otros (no especifica)	Corticoide tópico y sist Antihist Antivirales