

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS CLÍNICAS
PROGRAMA DE DOCTORADO MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES
INFECCIOSAS



DERMATOLOGÍA DE RELACIÓN: FUNCIÓN Y DESARROLLO
DE LA DERMATOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR D. YERAY PEÑATE SANTANA

DIRIGIDA POR LOS DOCTORES D. LEOPOLDO BORREGO HERNANDO Y
D. ANTONIO MANUEL MARTÍN SÁNCHEZ

El Director

El Director

El Doctorando

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA 2015

*Para Nadja,
el amor de mi vida.*

Agradecimientos

- A mis padres, por los valores que me han transmitido con su ejemplo de superación y sacrificio, por todo el amor y el apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos, por absolutamente todo.....y más.
- A mi mujer y a mis hijos, auténticos especialistas en administrar dosis infinitas de felicidad y la energía necesaria para realizar trabajos como este.
- Al Dr. D. Leopoldo Borrego Hernando, gracias por aquellas clases del 2002, origen y punto de partida de mi pasión por la Dermatología.
- A Dña. Delia Castellano Falcón, por su inmensa labor en la introducción de datos.
- A D. José Huidobro Ubierna, por los datos facilitados para la elaboración de esta tesis.
- A D. Juan Pablo Jiménez Jiménez, por su labor en la ilustración.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	12
1. Desarrollo de la Dermatología	13
1.1 Perspectiva histórica	13
1.2 Desarrollo de la Dermatología docente	16
1.3 Desarrollo de la Dermatología asistencial.....	17
1.4 Cambios en la Medicina asistencial a partir de la Segunda Guerra Mundial	21
2. Clasificación Internacional de Enfermedades	23
II. HIPÓTESIS	25
III. JUSTIFICACIÓN	27
IV. OBJETIVOS	31
1. Objetivos principales	32
2. Objetivos secundarios	32
V. MATERIAL Y MÉTODO	33
1. Ámbito	34
2. La actividad del Servicio de Dermatología como médico consultor hospitalario se separó en tres estudios.....	37
2.1 Valoración global de la actividad de interconsultas	37

2.2 Valoración de la actividad de interconsultas en la edad pediátrica	39
2.3 Valoración de la calidad del Servicio de partes interconsulta	39
VI. RESULTADOS	43
1. Resultados, estudio general	44
2. Resultados, estudio de Pediatría	56
3. Resultados, estudio de la calidad	65
4. Resultados, estudio del tiempo invertido	72
VII. DISCUSIÓN	73
1. Características del trabajo	74
2. Variabilidad en los diagnósticos	75
2.1 Categorías diagnósticas	75
2.2 Diagnósticos pediátricos.....	79
2.3 Comparación con consultas externas.....	81
2.4 Criterios de clasificación.....	82
3. Actividad del médico consultor	84
4. Estudio económico	88
5. Dermatología de relación.....	91
5.1 Dermatología y Medicina de Relación Hospitalaria	91
5.2 Especialidades que consultan a Dermatología.....	92
5.3 Calidad	93
5.4 Docencia	95
5.5 Proyección de la Dermatología de Relación Hospitalaria.....	97

VIII. CONCLUSIONES	100
IX. APÉNDICES	103
I. Formulario nº29	104
II. CIE-9-MC.....	105
III. Encuesta de calidad de partes interconsultas	107
X. BIBLIOGRAFÍA	108
XI. PUBLICACIONES	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Estudios de partes interconsultas en Dermatología.....	29
Tabla 2.	Número de ingresos por Servicio por año durante el periodo 2009-2014 del Hospital Universitario Insular	35
Tabla 3.	Número de ingresos por Servicio por año durante el periodo 2009-2014 del Hospital Universitario Materno-Infantil	36
Tabla 4.	Actividad consultora disponible de los Servicios del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria durante el periodo 2009-2014.....	41
Tabla 5.	Distribución por año de interconsultas.....	44
Tabla 6.	Número de visitas	45
Tabla 7.	Pacientes más visitados	46
Tabla 8.	Servicios responsables y diagnósticos más frecuentes por Servicio.....	49
Tabla 9.	Diagnósticos del estudios general (CIE-9-MC).....	52
Tabla 10.	Diagnósticos en los casos pediátricos que requirieron más de 5 visitas.....	57
Tabla 11:	Diagnósticos pediátricos más frecuentes por grupo de edad	58
Tabla 12.	Diagnósticos del estudio pediátrico (CIE-9-MC)	62

Tabla 13. Diagnósticos que retrasaron el alta médica.....	68
Tabla 14. Diagnósticos de sospecha erróneos.....	69
Tabla 15. Diagnósticos y sus tratamientos previos a la valoración por Dermatología	71
Tabla 16. Porcentaje de pacientes con lesiones cutáneas y su relación con el motivo de ingreso.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Formulario de la base de datos de partes interconsultas	38
Figura 2. Partes interconsultas contestados por Servicio durante 2014	42
Figura 3. Epidermolisis ampollosa distrófica, (757.352)	47
Figura 4. Pénfigo vulgar, (694.40)	47
Figura 5. Seguimiento al alta	50
Figura 6. Dermatitis de contacto, (692.X)	51
Figura 7. Toxicodermia, (693.0).....	51
Figura 8. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (CIE-9-MC)	56
Figura 9. Dermatitis atópica, (691.8).....	59
Figura 10. Erupción variceliforme de Kaposi, (054.0)	59
Figura 11. Seguimiento al alta	60
Figura 12. Lupus neonatal, (695.4).....	61
Figura 13. Eritrodermia en lactante, (695.900)	61
Figura 14. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (CIE-9-MC)	65
Figura 15. Tiempo de evolución de las lesiones	66
Figura 16. Relación consulta-ingreso	67

Figura 17. Tiempo invertido en realizar una interconsulta72

Figura 18. Ingresos de Dermatología por año99

ABREVIATURAS

CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión.

CIE-9-MC: CIE-9-Modificación Clínica.

CI: Cirugía.

M: Medicina.

U: Unidad.

UC: Unidad de Cuidados.

UEI: Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Ig: Inmunoglobulina.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

fig: Figura.

LAM: Leucemia Aguda Mieloblástica.

ZN: Zinc.

IV: Intravenoso.

Anti-H1: Anti-Histamínico.

AAD: Academia Americana de Dermatología.

DRG: "Diagnostic Related Groups".

P₆₀: Percentil 60.

I. INTRODUCCIÓN

I . INTRODUCCIÓN

1. Desarrollo de la Dermatología.

1.1 Perspectiva histórica.

La dermatología actual empezó a perfilarse como especialidad en la Europa del siglo XIX.

Aunque en los textos bíblicos se citan ya algunas enfermedades cutáneas, es en la Grecia clásica cuando Hipócrates (460 aC-370 aC) hace las primeras descripciones dermatológicas. Durante el imperio romano, Plinio describe el herpes zóster y Celso (25 aC-50 dC), en su libro *Medicinae libri octo*, describe con precisión dermatosis como la alopecia areata, el forúnculo, la lepra, la sarna y la tiña inflamatoria que aún hoy llamamos *kerion de Celso*.

Galeno de Pérgamo (129-200 dC), en sus comentarios de los libros de Hipócrates, atribuye las enfermedades de la piel a alteraciones de los humores. Sus teorías no solo son aceptadas y extendidas en el mundo clásico, sino que permanecen prácticamente inalteradas hasta el siglo XV. Durante la Edad Media y el Renacimiento se conservan los conocimientos médicos de la antigüedad. Los árabes, conocen y transmiten las teorías de Hipócrates y Galeno e introducen algunos tratamientos como los ungüentos mercuriales, los baños de aguas sulfurosas y el arsénico. Destacan las aportaciones de Avicena (980-1037), que describe las elefantiasis y Avenzoar (1113-1162) en España, el ácaro de la sarna¹.

El Renacimiento supone una recuperación de las doctrinas clásicas y un progresivo distanciamiento de la medicina árabe. A finales del siglo XV, Vesalio inicia la anatomía descriptiva y la medicina científica con su obra *De humani corporis fabrica*

(1493). En el siglo XVI surgen los primeros intentos de clasificación de las dermatosis, pero hasta el siglo XVII no se producen los avances que permitirán a la Medicina evolucionar hasta los conceptos actuales, descartando hipótesis no confirmadas y utilizando la racionalidad y el empirismo¹.

Thomas Sydenham (1624-1689) en Londres, asume los postulados del empirismo y formula el modelo médico moderno, abriendo dos líneas fundamentales. La perspectiva del empirismo clínico, con la historia natural o descripción de las enfermedades y clasificación de las mismas en especies; y la perspectiva epidemiológica, proporcionando una nueva clasificación de las enfermedades en agudas-epidémicas, provocadas por fenómenos ambientales- y crónicas- dependientes del estilo de vida individual adoptado (*Observationes medicae circa morborum acutorum historiam et curationem*, 1676)².

En el siglo XVIII con el advenimiento de la Medicina morfológica, la observación clínica motivó el auge de la dermatología y la venereología que surgirán como verdaderas especialidades en el siglo XIX. En la segunda mitad del siglo XVIII aparecen los primeros tratados de Dermatología, se empieza a concebir la piel como un órgano, y Plenck (1735-1807) en su tratado "*Doctrina de morbis cutaneis*" de 1776, clasifica las lesiones cutáneas por primera vez según su morfología externa, en una obra de clara influencia botánica. Estas ideas, favorecieron los estudios clínicos y la descripción y diferenciación de síntomas mediante la observación de las lesiones a la cabecera del enfermo. Esta nueva actitud clínica, permitió la clasificación de las enfermedades por órganos y sistemas, lo que condujo a la división en especialidades médicas.

Con la industrialización y la llegada de una nueva burguesía, aparece la

medicina positivista o científico-natural, con una visión nueva peculiar para la dermatología. Se supera la explicación tradicional de las enfermedades cutáneas como signos y síntomas de afecciones internas y la piel empezó a ser considerada como el lugar donde se desarrollan enfermedades. El descubrimiento de los microorganismos causantes de muchas enfermedades como la gonorrea, la lepra y alguna tiña a finales del siglo XIX y la sífilis a principios del XX, impulsó la interpretación positivista del enfermar, que enfatizará a partir de este momento las causas externas o ambientales, apareciendo la idea de defensa del organismo contra un elemento invasor. Por ejemplo, Jean Alfred Fournier, que obtuvo la Cátedra de Sifiliología (Hopital Saint-Luis, Paris), defendió el vínculo entre ataxia locomotriz y sífilis desde 1875 contra la opinión mayoritaria.

Durante el siglo XX se va ampliando el concepto de enfermedad incorporando nuevas ideas como la del «terreno» o predisposición constitucional, de gran importancia en dermatología. Más tarde, al comprobar que la misma causa externa podía inducir distintas manifestaciones en diferentes pacientes, aparece en 1906 el concepto de alergia, favorecido por el nacimiento de la inmunología. Se describe la reacción de Wassermann-Neisser-Bruck. Wassermann comenzó a trabajar en 1900 en las reacciones de fijación del complemento junto con Albert Neisser, quien había viajado a Java para estudiar la transmisión de la sífilis de algunos primates al hombre, y su ayudante Carl Bruck. Desarrollaron una prueba de detección de anticuerpos en personas infectadas por el *Treponema pallidum*, proporcionando la base para el desarrollo del serodiagnóstico de la infección sifilítica ("*Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis*")³.

En la segunda mitad del siglo XX se recupera la vertiente quirúrgica de la dermatología, destacando España como uno de los países pioneros de esta

subespecialidad, con el profesor F. de Dulanto de la escuela de Granada. Durante este periodo con el desarrollo de la Bioquímica y la Biotecnología, y comienzos del XXI con la Biología molecular y la Genética, se aportan las contribuciones más importantes a las distintas ramas de la Medicina, incluyendo a la Dermatología¹.

1.2 Desarrollo de la Dermatología Docente.

Un hecho fundamental en el desarrollo de la Dermatología lo constituye el establecimiento de una formación docente centrada en el ámbito Hospitalario. El Hospital de Saint Louis en 1807, con Jean Louis Alibert a la cabeza, fue el pionero en esta formación y posteriormente otros médicos franceses, desarrollaron métodos descriptivos, clínicos, epidemiológicos y de investigación. En la segunda mitad del siglo XIX, la institucionalización de la Dermatología y Venereología y el incremento de la comunicación científica, originan la aparición de clínicas de Dermatología y Venereología por toda Europa estableciéndose departamentos y cargos docentes. Se fundaron sociedades y revistas y se organizaron congresos nacionales e internacionales. Las cuatro escuelas más importantes hasta la segunda guerra mundial fueron las de París, en el Hospital Saint-Louis, Viena en el Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Londres en el Saint John's Hospital y Berlín en Charité⁴.

En España, José Eugenio Olavide (1836-1901) introdujo las enseñanzas de los grandes maestros franceses impartidas exclusivamente en ámbito hospitalario, y con él se inicia la historia de la dermatología española moderna. Su trabajo en el hospital de San Juan de Dios en Madrid, con 120 camas dedicadas exclusivamente a enfermos de la piel, será el centro de referencia de la Dermatología española hasta después de la Guerra Civil. A partir de 1902, con la creación de cátedras, se consolida lentamente la formación reglada dermatológica en los Hospitales Clínicos Universitario, haciéndolo

con posterioridad a otros países europeos. En los años 70 se consolida en España el sistema MIR de acceso a la formación médica especializada, estando la Dermatología dentro de las especialidades reconocidas desde un principio como de docencia hospitalaria y siendo actualmente una de las más solicitadas^{5,6}.

1.3 Desarrollo de la Dermatología asistencial

Hasta bien entrado el siglo XIX la asistencia médica se realizaba a nivel particular. El enfermo era tratado en el gabinete del médico, o bien éste se desplazaba al domicilio del enfermo. La asistencia hospitalaria nació ante la necesidad de cuidar y aislar enfermos crónicos. La primera institución que la historia denomina hospital, fue fundada en Roma, en la isla de Tiber. En este lugar, en torno a un templo erigido a Esculapio en el 293 a.C., los romanos sin recursos fueron cuidados en una especie de hospital rudimentario. A partir de entonces, estos hospitales rudimentarios fueron conocidos con el nombre de Xenodochia⁷.

En el año 786, a raíz de un decreto del Califa, toda nueva mezquita tenía que tener anejo un centro hospitalario, pero no es hasta el siglo VIII cuando surgen los hospitales especializados⁷.

En el sentido de centro de acogida, se puede considerar que los primeros “hospitales dermatológicos” fueron las leproserías. La primera leprosería documentada es la que fundó Gregorio de Tours en el siglo VI, en Francia⁸. Posteriormente, muchas leproserías de la Alta Edad Media fueron agrupaciones de cabañas alrededor de una iglesia dedicada a San Lázaro, y protegidas por una muralla que solía incluir, además un huerto y un cementerio.

La primera leprosería de España la fundó, en el siglo IX en Barcelona, el Obispo Guillermo, el hospital de Santa Margarita, o Casa dels Masells, de la que se conserva

el ábside románico de la capilla entre las calles del Carmen y del Hospital. Se tiene conocimiento de otro lazareto en Soria en el siglo X y posteriormente hubo numerosos en Galicia, Asturias y Burgos. El Cid fundó en 1067 un hospital en Palencia. Al final del medioevo se estima que habían unos 200 lazaretos⁸. En la parte cristiana, la administración de los lazaretos recaía en el estamento eclesiástico, siendo los Reyes Católicos quienes crearon los «alcaldes de la lepra» a los que traspasaron las funciones que tenían antes los sacerdotes y los jueces eclesiásticos.

La reconquista de Sevilla por el rey Fernando, el Santo, en 1298, hizo posible que su hijo y sucesor, Alfonso X, el Sabio, ante los numerosos casos de enfermos, iniciara la construcción del hospital de San Lázaro, en el suburbio de La Macarena, que funcionó hasta el siglo XIX, y que durante este período fue el más importante de España y uno de los más conocidos de Europa.

Posteriormente, se fundarían más hospitales en España, como los de San Lázaro de Málaga (1491), Granada (1496) y las Islas Canarias donde no existía la lepra entre los aborígenes, sospechándose que el conquistador Juan de Bethancourt tenía la enfermedad. El primer hospital en Las Islas Canarias fue construido en Gran Canaria en 1527⁸.

Al ser Sevilla el puerto más importante con el continente americano, el hospital de San Lázaro de esta ciudad tuvo influencia en la fundación de lazaretos en el Nuevo Mundo, como los de Santo Domingo, México, Cartagena de Indias, La Habana, Lima y Mérida, construidos y organizados con características similares al de Sevilla⁸.

La Dermatología hospitalaria, entendida como la asistencia específica a enfermos dermatológicos dentro de una estructura asistencial hospitalaria, nació en Francia en 1801, cuando Napoleón Bonaparte creó –dentro del Hospital Saint Louis– el Pabellón Gabrielle, destinado al estudio y al tratamiento de las enfermedades de la piel,

la mayor parte de las cuales se consideraban incurables. En aquel entonces, el objetivo era mantener alejados del resto de la sociedad francesa a los pacientes enfermos de la piel. En España el precursor más importante de la dermatología hospitalaria fue el Hospital de San Juan de Dios, de Madrid. Este centro fue fundado en 1552 por el venerable Antón Martín, discípulo directo del propio San Juan de Dios. El hospital fue uno de los «hospitales de las bubas» que aparecieron como consecuencia de la epidemia de sífilis desencadenada en Europa desde 1495. En este centro además de sifilíticos, se atendían también otras enfermedades de la piel. Ya en época histórica (1898) el hospital pasó a una nueva sede en la calle del Doctor Esquerdo, hasta que en 1965 fue demolido para instalar en su solar el Hospital Provincial, actual Gregorio Marañón^{5,6}.

Históricamente, un hecho peculiar de la asistencia dermatológica se debe a la atención realizada a las enfermedades venéreas. La importancia social que tienen las enfermedades venéreas, supuso la aparición de un cuerpo sanitario público dermatológico mucho antes que en cualquier otra especialidad. Los antecedentes del personal facultativo de la lucha antivenérea, centrándonos en aquellos dependientes de la administración sanitaria central, se encuentran en las primeras organizaciones que se desarrollaron en varias ciudades españolas desde mediados del siglo XIX. Estas organizaciones se estructuraron con diferentes denominaciones. En Madrid en 1854, el marqués de la Vega Armijo estableció en el Gobierno civil una Sección de Higiene encargada de vigilar la prostitución. Aunque esta Sección establecida en 1854 en el Gobierno civil de Madrid ya contaba con un cuerpo facultativo, el primer cuerpo reglado de médicos higienistas del que tenemos noticia se organizó en Madrid en 1859, convocándose las primeras oposiciones en Madrid en 1873 (anteriormente eran designados por los gobernadores). En Barcelona, en 1867 figuraba como Comisión

Médico-Higienista y en 1874 como Sección de Higiene especial. En el resto de ciudades donde se organizó la reglamentación de la prostitución (Vigo, Sevilla, Cádiz, San Sebastián, Alcoy, Santander, ...) los médicos eran denominados de la Higiene especial o Cuerpo de médicos higienistas. Las funciones de estos facultativos consistían en realizar los reconocimientos a las prostitutas oficiales que figuraban en los registros de los gobiernos civiles y a las clandestinas detenidas por la policía. Estos reconocimientos se realizaban en las casas toleradas o en los lugares que designaran las prostitutas con domicilio propio. Una vez reconocidas, los facultativos debían firmar la cartilla o expedir un certificado manifestando la salubridad de la prostituta . Si no era así, debían enviarlas al hospital-prisión para ser tratadas hasta que no fueran contagiosas. Igualmente, debían realizar la inspección higiénica de las casas toleradas.

En 1904, con la “Instrucción General de Sanidad”, se crea la base jurídica para que estos facultativos se integren en la estructura sanitaria estatal que pasa a depender de las Inspecciones provinciales de Sanidad, con el Inspector provincial a la cabeza. Posteriormente, desde la entrada en vigor de la normativa de 13 de marzo de 1918 “Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo sifilíticas”, quedará estructurado un cuerpo de funcionarios médicos en la administración sanitaria estatal con las funciones clásicas de los médicos higienistas de la prostitución: reconocimiento y diagnóstico de las prostitutas, tratamiento o envío al hospital e inspección higiénica de lugares de prostitución (R.O. de 17 de junio de 1918)⁹.

A partir de esta misma normativa los facultativos de la lucha antivenérea quedarían divididos en médicos clínicos y de laboratorio (bacteriólogos). En 1918 se convocaron las primeras oposiciones, centralizándose en Madrid en 1928. La normativa de 27 de mayo de 1930 “Bases de reorganización profiláctica de la Lucha Antivenérea

en España” estrena la nueva denominación de médicos de la Lucha Oficial Antivenérea manteniéndose el sistema de acceso por oposición centralizado en Madrid. Para la década de los treinta, quedó definitivamente consolidado un cuerpo médico especialista dependiente de la administración estatal. El desarrollo teórico y práctico de un área de preocupación para la Salud Pública y la Medicina Social (las enfermedades venéreo-sifilíticas) constituyó un proceso convergente con el desarrollo científico-técnico de una especialidad médica: la dermatovenereología⁹.

El hecho de contar con un hospital dedicado específicamente a enfermedades cutáneas, junto con la creación de una sociedad científica en la capital desde 1909 y el estrecho contacto que mantenía la asistencia antivenérea de Madrid con las autoridades sanitarias, supusieron factores favorecedores para la creación de un importante grupo de presión médico en la primera mitad del siglo XX.

1.4 Cambios en la medicina asistencial a partir de la segunda Guerra Mundial.

Se puede decir que la Medicina asistencial ha presentado una verdadera revolución en la segunda mitad del siglo XX, debido al avance científico, especialmente tecnológico, y la introducción del concepto de derecho a la salud.

El modelo sanitario implantado en España, tiene sus inicios en la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934. Esta ley fue promulgada con el fin de incrementar la inicial intervención estatal en la organización de los servicios sanitarios locales y especialmente con la creación en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad⁹. Este, se creó bajo el Instituto Nacional de Previsión, como sistema de cobertura de los riesgos sanitarios a través de una cuota vinculada al trabajo y, desde entonces, fue asumiendo mayor número de usuarios y patologías. El actual modelo asistencial se basa en La Ley General de Sanidad (25 de abril de 1986)¹⁰ y la creación

de Consejerías de Sanidad en las Comunidades autónomas. Esta ley es la consecuencia de los artículos 43 y 49 de la Constitución española de 1978 que establecen el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y del título VIII, que transfiere las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (preámbulo ley general de sanidad)¹¹. La ley general de Sanidad , así como La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establecen la asistencia sanitaria en dos niveles con un ámbito extrahospitalario y otro hospitalario, con la Atención Primaria y la Atención Especializada¹². En el ámbito público, la dermatología se desarrolla principalmente en consultas externas. El 38% de los servicios de dermatología de España, atienden una franja que va de 300 a 600 pacientes semanales y un 5% deben atender a más de 900 pacientes¹³.

Dentro del ámbito hospitalario, la atención dermatológica se realiza atendiendo a enfermos ingresados a cargo del Servicio de Dermatología y a cargo del resto de servicios asistenciales. Durante los últimos 30 años, por el desarrollo tecnológico y terapéutico, así como por la búsqueda de sistemas más eficientes de gestión sanitaria, se ha presentado una menor duración de las estancias hospitalarias de enfermos agudos, lo que ha ocasionado un descenso en el número de camas asignadas a los Servicios de Dermatología. Muchos de los Servicios de Dermatología no tienen camas propias asignadas, sino que hacen uso de ellas según las necesidades y la disponibilidad de cada momento. Se estima que de los servicios que disponen de camas propias, el 68% tienen menos de 6 camas asignadas¹³.

Este mismo desarrollo tecnológico ha propiciado la desaparición de la figura del médico pluripotente, que abarca todos los problemas de los enfermos ingresados, frente a la de médico coordinador, que establece la metodología para llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento del enfermo. En este sentido se desarrolla la

Medicina de relación en la cual, diversos especialistas, actúan en el manejo del enfermo^{14,15}. Un aspecto muy inicial de esta Medicina de relación es la comunicación establecida a nivel hospitalario entre diversos especialistas y más concretamente la asistencia prestada por los dermatólogos hospitalarios a los pacientes ingresados por otras especialidades¹⁴.

2. Clasificación Internacional de Enfermedades.

El estudio estadístico de enfermedades se inició en el siglo XVII por John Graunt, con su tratado sobre las tablas de mortalidad de Londres, en un intento de calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años. A pesar de ser una clasificación elemental y deficitaria, su estimación de que un 36% de la mortalidad infantil ocurría antes de los seis años, se aproxima bastante a los trabajos ulteriores. En 1837 se funda la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, encomendándose a un estadístico médico, William Farr (1807-1883), que tomando como base las clasificaciones previas, se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional. En 1891, en Viena, se encargó a Jacques Bertillon la preparación de una clasificación de causas de defunción. La Lista se basaba en la Clasificación de Farr y representaba a su vez una síntesis de diversas clasificaciones usadas en este tiempo por diversos países¹⁶.

En 1900, en la primera Conferencia Internacional para la revisión de causas de defunción, se estableció que era necesario ir más allá y realizar una clasificación de causas de morbilidad. Durante muchos años y en diferentes países se trabajó en esta idea hasta que en 1948, la Primera Asamblea Mundial de la Salud, aprobó un reglamento específico para la edición del Manual de la Clasificación Internacional de

Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE). A partir de aquí se comenzó a usar esta clasificación para la indización de las historias médicas en los hospitales, haciéndose diferentes revisiones¹⁶.

En 1975, en la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación se debatió sobre la conveniencia de realizar una serie de modificaciones que permitieran una clasificación más flexible y completa que se adaptase a las necesidades que las sociedades científicas planteaban. La propuesta final de la conferencia fue mantener la estructura básica de la CIE con categorías de tres dígitos desarrollando subcategorías de cuatro y algunas subclasificaciones de cinco caracteres.

El CIE-9 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición, publicada en 1976 por la Organización Mundial de la Salud -OMS- y cuyo fin es clasificar las enfermedades, afecciones y causas externas de enfermedades y traumatismos, con objeto de recopilar información sanitaria útil relacionada con defunciones, enfermedades y traumatismos (mortalidad y morbilidad). Aunque la versión vigente es la décima edición, CIE-10, la CIE-9 se sigue usando en algunos países. El Centro nacional para la estadística de la salud de EEUU añadió una sección de códigos del procedimientos, con lo cual se creó la versión denominada "ICD-9-CM" o CIE-9-MC, en la cual CM o MC corresponde a la descripción de "modificación clínica"^{17,18}.

II. HIPÓTESIS

II. HIPÓTESIS

El dermatólogo juega un papel relevante en la asistencia de enfermos ingresados.

III. JUSTIFICACIÓN

III. JUSTIFICACIÓN.

Dermatología de relación.

La dermatología es una especialidad desarrollada principalmente en pacientes de ámbito extrahospitalario. El papel del dermatólogo en el ámbito hospitalario está enfocado a atender a pacientes dermatológicos que requieren hospitalización y a consultas dermatológicas de pacientes ingresados en otras especialidades. Como resultado de los cambios en la medicina actual, el número de pacientes ingresados en las camas de dermatología disminuye cada año, sin estar bien valorado el papel del dermatólogo como médico consultor hospitalario.

Hasta nuestra publicación¹⁹ existían pocos estudios que analizaran el papel asistencial del dermatólogo como consultor hospitalario (tabla 1) . En este trabajo, se recopila la actividad del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil , valorando la actividad global realizada, la actividad en los pacientes pediátricos y la calidad prestada en la prestación asistencial.

Tabla 1. Estudios de partes interconsultas en Dermatología.

Autores (Ref.)	Institución/ Ciudad / País	Total	Periodo del estudio (meses)	Principales servicios demandantes	Diagnósticos más frecuentes
Sherertz EF. ²⁰	Ganesville Hospitals USA	700	12	No disponible	Manifestaciones de enfermedades sistémicas 9,4% Toxicodermias/dermatitis 9,2% Tiñas/Cándida 9,1%
Hardwick N. ²¹	Groote Schuur H. Cape Observatory SurAfrica	500	16	Medicina Interna 45,6% Cirugía General 10,6% Obs & Ginecología 8,4%	Dermatitis 17,1% Toxicodermias 10,5% Infecciones fúngicas superficiales 7,0%
Arora PN. ²²	Base Hospital Delhi India	662		Medicina Interna 49,8% Cirugía 22,7% Pediatria 9,8%	Enfermedades inflamatorias sistémicas 23% Toxicodermias 9,1%
Falanga V. ²³	Jacson Memorial H. Miami USA	591	8	Medicina 39% Urgencias 16% Pediatria 14%	Miscelaneas 48% Toxicodermias 8,8% Dermatitis atópica 5,1%
Itin PH. ²⁴	Kantonsspital Aarau Suiza	594	12	Internal Medicine > 50%	Infecciones 21,7% Toxicodermias 9,8% Infecciones fúngicas 8,9%
Fischer M. ²⁵	University H. Halle, Alemania	2390	24	Medicina Interna 42,8% Pediatria 11,7% Neurología 9,9%	Infecciones 24,4% Candidiasis 23,9% Dermatosis alérgicas 9,2% Eczema 12,4%
Walia NS. ²⁶	158 Base Hospital. Schunderabad India	971	60	Cirugía 29,8% Medicina 29,7% Psiquiatría 16,4%	Reacciones alérgicas/vasculares 30,2% Infecciones 29,8% Papulodescamativas 9,7%
Antic M. ²⁷	Kantonsspital Aarau Suiza	1290	36	Sólo datos Medicina Interna Medicina y subespecialidades	Eczema 12,6% Precancerosis cutánea 6,2 % Toxicodermia 4,2%
Peñate Y.¹⁹	CHUIMI Las Palmas de GC España	3144	96	Medicina Interna 21,5% Pediatria 11,4% Neurología 8,3%	Dermatitis de contacto 8,9% Toxicodermia 7,4% Candidiasis 7,1%
Maza A. ¹⁵	CHU Sainte-Marguerite /HIA Laveran/CHU Nord/CHU Timone Marsella Francia	336	3	Medicina 60,8% Urgencias 11,6% Cirugía 10,5%	No especificados (prurito, exantemas) 56,2% Infecciones 17% Heridas (trastornos tróficos) 13,9%

Autores (Ref.)	Institución/ Ciudad / País	Total	Periodo del estudio (meses)	Principales servicios demandantes	Diagnósticos más frecuentes
Mancusi S. ²⁸	Hospital das Clínicas FMUSP Sao Paulo Brazil	313	4	Medicina Interna 24% Neurología 12% Cardiología 11%	Infecciones 25,8% Eccemas 16,6% Toxicodermias 14%
Bauer I. ²⁹	Geisenger Medical Center USA	196	24	Servicios médicos >50% Pediatria 33%	Dermatitis 36%
Davila M. ³⁰	Private Practice Pasadena USA	271	16	Medicina Interna Cirugía 66% Psiquiatría	Dermatitis 21% Toxicodermias 10%
Fernández IC. ³¹	Hospital de Santo António Portugal	282	12	Medicina Interna 33,7% Cirugía 10,3% Pediatria 8,9%	Infecciones 33,2% Eccemas 9,5% Toxicodermias 7,2%
Peñate Y.³²	CHUIMI Las Palmas de GC España	387	108	Pediatria	Dermatitis atópica 29% Infecciones 17,3%
Lorente- Lavirgen AI. ³³	Virgen del Rocío	429	12	Medicina Interna 27%	Dermatosis inflamatorias 36,2%
Storam ER. ³⁴	Mayo Clinic Minnesota USA	83	24	Pediatria general 47% Hemato-oncología 13%	Toxicodermia 12,1% Infecciones 12,1% Dermatitis 9,6%
McMahon P. ³⁵	Children´s Hospital of Phyladelphia	427	52	Pediatria general	Infecciones 19%
Storam ER. ³⁶	Mayo Clinic Minnesota USA	614	12	Medicina Interna 30,3% Hematología-oncología 13,6% Cirugía 10,1%	Infecciones 18,5% Dermatitis 17,8% Toxicodermias 12,95%
Srinivas SM. ³⁷	Indira Gandhi Institute Bangalore India	486	42	Pediatria general 49%	Infecciones 23,7% Urgencias 12,8% Genodermatosis 11,9%

IV. OBJETIVOS

IV. OBJETIVOS

1. Objetivos principales

- Conocer la actividad anual de partes interconsultas hospitalarios del Servicio de Dermatología.
- Conocer los diagnósticos más prevalentes en los partes interconsultas realizados a Dermatología.
- Conocer los Servicios hospitalarios que realizan con más frecuencia interconsultas a Dermatología.

2. Objetivos secundarios

- Conocer los diagnósticos pediátricos.
- Comparación con otros hospitales.
- Comparación con la actividad del resto de Servicios de nuestro Hospital.
- Estudio económico.
- Establecimiento de pautas de actuación.
- Determinar ámbitos de mejora.

V. MATERIAL Y MÉTODO

V. MATERIAL Y MÉTODO

1. Ámbito

El complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil esta compuesto por un Hospital General (Hospital Universitario Insular) que cubre la población del área Sur de Gran Canaria y un Hospital materno-pediátrico (Hospital Materno Infantil), que cubre todo el área sanitaria de Gran Canaria en Obstetricia-Ginecología y Pediatría. También se atienden enfermos hospitalizados derivados de Fuerteventura y niños de Lanzarote y Fuerteventura. Según los datos del 2014, el Hospital Insular dispone de 429 camas con una población de referencia que cuenta con 343.159 tarjetas sanitarias asignadas y la del Materno Infantil con 350 camas pediátricas y 110 gineco-obstétricas, con 113.643 y 351.032 tarjetas sanitarias, respectivamente³⁸. El Servicio de Dermatología atiende los enfermos ingresados de ambos centros. Los Servicios que ingresan el mayor número de pacientes son, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría general, con 7663, 2302 y 1639 ingresos durante el año 2014, respectivamente (tablas 2 y 3).

Tabla 2. Número de ingresos por Servicio por año durante el periodo 2009-2014 del Hospital Universitario Insular.

SERVICIOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UROLOGÍA	688	717	686	594	639	693
TRAUMATOLOGÍA	1186	1196	1179	1091	1129	1252
DIGESTIVO	706	693	788	775	864	919
CI.MAXILOFACIAL	400	350	307	271	268	314
CI.VASCULAR	274	270	271	226	286	282
UE.INFECCIOSAS	171	149	179	198	176	169
NEUROLOGÍA	889	807	757	705	683	652
NEUMOLOGÍA	929	812	832	895	939	1042
OTORRINO	1051	940	977	906	1295	1144
OFTALMOLOGÍA	179	115	110	100	153	219
NEFROLOGÍA	326	414	384	350	322	317
DERMATOLOGÍA	11	7	8	8	10	6
M. INTENSIVA	666	705	801	754	757	900
CI.TORÁCICA	317	357	345	345	339	408
CARDIOLOGÍA	715	759	857	828	990	1088
PSIQUIATRÍA	511	497	472	476	488	492
HEMATOLOGÍA	231	174	231	166	180	190
U. DOLOR.	23	36	35	26	18	22
CI. GENERAL	1439	1316	1514	1359	1424	1494
ONCOLOGÍA	369	480	593	550	583	632
UL. MEDULARES	40	38	38	37	65	59
UC.PALIATIVOS	283	288	260	260	304	318
CI. PLÁSTICA	259	318	303	276	303	314
ENDOCRINO	153	146	127	130	119	142
RAD.INTERV.	14	8	1	8	14	24
M. INTERNA	1934	1864	2188	2239	2420	2302
NEUROCIRUGÍA	597	532	511	494	611	634
REUMATOLOGÍA	18	11	42	36	23	22

Tabla 3. Número de ingresos por Servicio por año durante el periodo 2009-2014 del Hospital Universitario Materno-Infantil.

SERVICIOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PEDIATRÍA	2346	2108	1667	1581	1427	1639
TRAUMA.	400	478	374	412	439	399
HEMATO.	82	78	93	137	114	82
INFECCIOSAS	357	360	354	443	369	474
CI.CARDIACA	106	133	113	109	90	98
NEONATO.	1131	1017	966	1250	940	907
ONCOLOGÍA	106	92	49	84	112	80
OBSTETRICIA	7502	7151	6815	6573	5849	5592
CI.PEDIATR.	728	624	715	741	621	602
UCI.NEONAT.	168	186	180	212	227	222
UC.PALIATIV.	283	288	260	260	304	318
GINECOLOG.	3566	3367	2862	2739	2236	2071
M. INTERNA	88	100	82	85	60	107

*Resaltado los Servicios con más ingresos.

2. La actividad del Servicio de Dermatología como médico consultor hospitalario se separó en tres estudios.

1.- Valoración global de la actividad de interconsultas.

2.- Valoración de la actividad de interconsultas en la edad pediátrica.

3.- Valoración de la calidad del Servicio de partes interconsultas.

2.1.- Valoración global de la actividad de interconsultas.

Para estudiar la actividad del Servicio de Dermatología como médicos consultores del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, se realizó un estudio retrospectivo de los partes interconsultas realizados en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2007.

La petición de la interconsulta a nuestro Servicio era la estandarizada para todo el Complejo Hospitalario hasta el año 2013, en la que se instauró la petición electrónica. A través de un formulario en papel específico (nº 29) (apéndice I), el servicio peticionario describía los datos más relevantes del paciente y el motivo de la petición. El formulario llegaba al servicio por un celador que depositaba la interconsulta en un buzón. El residente de tercer año era el encargado de valorar en un primer momento la interconsulta, asistido por un adjunto responsable según el día de la semana. Las interconsultas del edificio Materno-Infantil se mandaban por fax y eran responsabilidad del dermatólogo que tenía la consulta "monográfica" de la patología cutánea en los niños. Los datos se recogieron sistemáticamente en una base de datos (Microsoft Acces; Microsoft Corp., Redmond, Wash., USA, Versión 1997-2003 y Versión 2002-2007) donde se definieron los campos "número de historia clínica", "Servicio solicitante", "procedimientos diagnósticos", "fecha de realización", "fecha de primera visita", "número de visitas", "seguimiento al alta" y

"diagnóstico final" (fig. 1). Los datos de los partes fueron volcados en la base de datos por el personal administrativo del Servicio.

Los diagnósticos se catalogaron según la clasificación CIE-9-MC (apéndice II), agrupándose en 13 categorías . La agrupación de registros y analítica descriptiva se realizó mediante las herramientas de análisis de Excel (Versión 1997-2000).

Figura 1. Formulario de la base de datos de partes interconsultas.

PARTES INTERCONSULTAS HOSPITAL INSULAR

FORMATO DE CAMA (H. Insular):
8S65 Cama 65 Planta 8 Sur

FORMATO CAMA H. MATERNO

Nº Hª CLª: PLANTA_CAMA:

NOMBRE: 1er APELLIDO: 2º APELLIDO:

DERIVADO DE: GFH PETICIONARIO: MEDICO PETICIONARIO: F PETICION:

Nº VISITAS: VISTO POR: FECHA 1ª VISITA: TIEMPO DEMORA:

PRUEBAS ESPECIALES: DIAGNOSTICO: SEGUIMIENTO AL ALTA:

PRIORIDAD:

SER DERMATOLOGÍA:

Registros: 14 de 5228 Sin filtro Buscar

2.2.- Valoración de la actividad de interconsultas en la edad pediátrica.

Se realizó con los registros recogidos en la misma base de datos obtenidos entre 2000 y 2009.

Los pacientes se estratificaron según el grupo de edad pediátrica: neonatos (0-28 días), infantiles (29 días-18 meses), preescolares (19 meses-6 años) y escolares (7 años-14 años).

2.3 - Valoración de la calidad del Servicio de partes interconsultas.

Para estudiar el nivel de calidad prestado, se realizó una encuesta validada por la Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario que incluía 7 preguntas y un espacio dedicado a comentarios por parte del médico responsable (apéndice III). Los datos recogidos eran los de filiación del paciente, diagnóstico de sospecha por el Servicio solicitante, si se realizó tratamiento previo a la interconsulta, el tiempo de evolución de las lesiones, la relación de la patología a consultar con el ingreso, si las lesiones retrasaron el alta hospitalaria del paciente, el grado de satisfacción de la consulta dermatológica, sugerencias y comentarios con respecto a la atención prestada. Durante un periodo de 6 meses, en la primera visita, se dejó la encuesta al médico solicitante de la interconsulta, y se recogió al día siguiente.

Para estudiar el tiempo invertido en la realización de la primera visita de las interconsultas, se realizó de manera prospectiva una medición con cronómetro, desde que el facultativo de dermatología llegaba a la planta, hasta que contestaba la interconsulta tras la valoración del paciente. El periodo de estudio abarcó los 6 meses empleados para estudiar el grado de satisfacción de los servicios solicitantes de interconsultas.

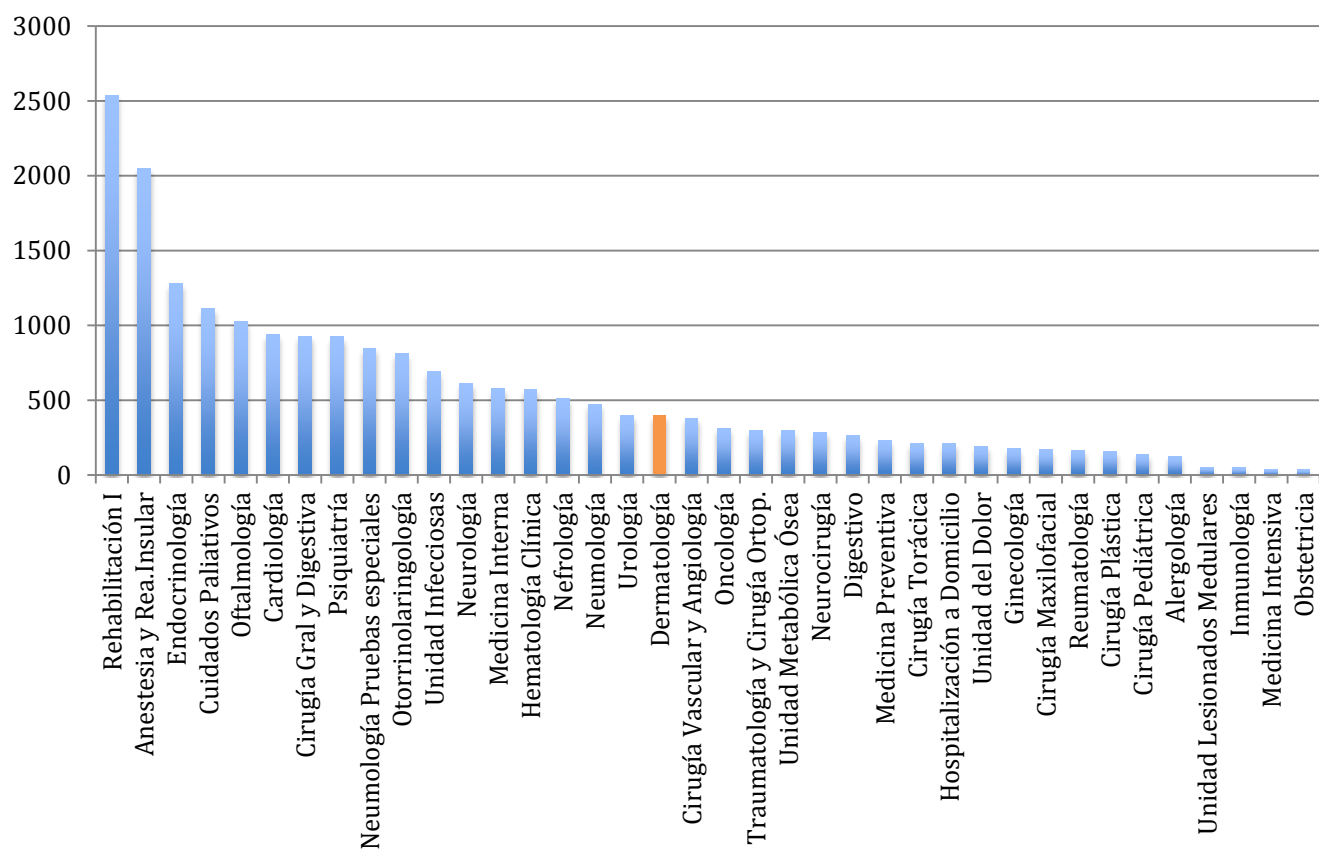
Para comparar la actividad consultora con el resto de especialidades del complejo, se solicitó información disponible en DRAGO sobre la actividad de Interconsultas Hospitalarias de todas las especialidades médicas y quirúrgicas del Complejo adquiridas a través de la Subdirección Médica de Admisión y Archivo desde enero de 2009 hasta diciembre de 2014 (tabla 4)(Fig. 2).

Tabla 4. Actividad consultora disponible de los Servicios del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria durante el periodo 2009-2014.

SERVICIO CONSULTOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total general
Alergología			3	25	60	122	210
Anestesia y Rea. Materno-Inf					256	381	637
Anestesia y Rea. Insular			7	9	461	2050	2527
Cardiología		1		287	454	942	1684
Cirugía Gral y Digestiva		12	151	524	623	926	2236
Cirugía Maxilofacial			8	24	80	168	280
Cirugía Pediátrica				1	74	136	211
Cirugía Plástica		6	53	115	124	157	455
Cirugía Torácica		4	44	120	201	211	580
Cirugía Vascul y Angiología			36	147	236	380	799
Cuidados Paliativos		19	174	405	798	1113	2509
Dermatología			137	283	352	399	1171
Digestivo		2	15	61	114	264	456
Dirección de Enfermería						2	2
Endocrinología	2	80	720	1105	1203	1282	4392
Ginecología					52	177	229
Hematología Clínica				33	319	575	927
Hematología Clínica Pediátrica				4	192	550	746
Hospitalización a Domicilio			31	57	81	211	380
Inmunología						49	49
Laboratorio Hematología Ins					404	2253	2657
Laboratorio Hematología MI					103	310	413
Medicina Intensiva				8	36	40	84
Medicina Intensiva Pediatría					10	29	39
Medicina Interna			293	423	515	582	1813
Medicina Preventiva			9	20	79	232	340
Nefrología		19	199	253	414	510	1395
Neonatología						1	1
Neumología		83	310	643	1084	474	2594
Neumología Pruebas especiales			326	422	1450	849	3047
Neurocirugía		2	24	58	178	288	550
Neurofisiología					152	409	561
Neurología		24	98	242	408	613	1385
Neurología Pruebas especiales			12	7	78	545	642
Obstetricia					4	36	40
Oftalmología		1	92	172	628	1029	1922
Oncología		1	147	224	248	312	932
Otorrinolaringología		3	313	458	692	811	2277
Pediatría General				5	47	33	85
Pediatría-Alergología					53	28	81
Pediatría-Cardiología				26	899	1145	2070
Pediatría-Digestivo				10	325	268	603
Pediatría-Endocrinología				1	32	81	114
Pediatría-Infecciosas				5	42	51	98
Pediatría-Nefrología				3	85	80	168
Pediatría-Neumología					19	23	42
Pediatría-Neurología				16	322	439	777
Pediatría-Oncología					22	25	47

SERVICIO CONSULTOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total general
Psiquiatría		21	279	439	630	924	2293
Rehabilitación I		448	1768	2075	2233	2538	9062
Rehabilitación M		3	3	14	293	419	732
Rehabilitación MATERNO (REHMI)					3		3
Reumatología			21	69	144	165	399
Traumatología Pediatría				2	217	264	483
Traumatología y Cirugía Ortop.viv		17	89	127	238	300	771
Unidad de Reproducción Humana					13	63	76
Unidad del Dolor			111	187	183	190	671
Unidad Infecciosas	7	24	152	559	683	692	2117
Unidad Lesionados Medulares			12	27	43	54	136
Unidad Metabólica Ósea					59	299	358
Urología		7	62	290	424	400	1183
Total general	9	777	5699	9985	19172	27899	63541

Figura 2. Partes interconsultas contestados por Servicio durante 2014.



VI. RESULTADOS

VI. RESULTADOS

1. Resultados, estudio general.

Analizamos 3144 partes interconsultas, que requirieron 4824 visitas, 200 biopsias, 107 cultivos, y 38 procedimientos (estudio de microscopía directa, terapia intralesional y crioterapia). Como media, se recibieron 393 interconsultas por año que se distribuyeron de manera homogénea durante el periodo del estudio (2000-2007) (tabla 5). Durante ese periodo, la media anual de primeras visitas en consultas externas de Dermatología del hospital fue de 2500 visitas. En 2257 casos (72%), la consulta se resolvió con una sola visita, mientras que 8 pacientes requirieron más de 10 visitas (tabla 6 y 7).

Tabla 5. Distribución por año de interconsultas.

Año	Nº de interconsultas
2000	328
2001	407
2002	416
2003	380
2004	367
2005	391
2006	457
2007	398
	3144

Tabla 6. Número de visitas.

Total de Pacientes	Visitas/ paciente	Total de visitas
2257	1	2257
486	2	972
232	3	696
78	4	312
48	5	240
22	6	132
7	7	49
5	8	40
1	9	9
4	10	40
1	12	12
2	15	30
1	35	35

Tabla 7. Pacientes más visitados.

Paciente	Visitas totales	Servicio responsable	Diagnóstico dermatológico	Motivo de ingreso
1 (fig. 3)	35	Pediatría	Epidermolisis ampollosa distrófica	Epidermolisis ampollosa distrófica
2 (fig.4)	15	Digestivo	Pénfigo vulgar	Cirrosis, hemorragia por varices esofágicas
3	15	Neumología	Úlceras venosas	Asma, insuficiencia cardíaca
4	10	UEI	Toxicodermia	VIH
5	12	Medicina Interna	Dermatosis ampollosa IgA lineal	Insuficiencia cardíaca
6	10	Pediatría	Dermatitis atópica	Dermatitis atópica
7	10	Pediatría	Dermatitis atópica	Dermatitis atópica
8	10	Reumatología	Acrocianosis inducida por drogas	Acrocianosis inducida por drogas



Figura 3. Epidermolisis ampollosa distrófica, (757.352).



Figura 4. Pénfigo vulgar, (694.40).

El tiempo de demora media en contestar los partes interconsultas fue 0.75 días.

Los servicios solicitantes de interconsultas, se recogieron en 3097 casos (98.5%), donde el 21.5% correspondieron a Medicina Interna, 11.4% a Servicios Pediátricos, 8.3% a Neurología y 6.2% a la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Los servicios quirúrgicos tuvieron un bajo porcentaje de solicitudes (tabla 8).

Al alta, el 12.4 % de los pacientes fueron citados para seguimiento en consultas externas del Servicio de Dermatología del hospital y el 8% para el dermatólogo de zona. En el momento de realizarse la consulta, 15 pacientes habían sido dados de alta del hospital, 5 habían fallecido y 41 (1.42%) no tuvieron lesiones cutáneas evaluables. En 251 casos (8 %) el diagnóstico no fue correctamente registrado o no se pudo registrar (fig. 5).

Los diagnósticos fueron recogidos en 2832 interconsultas (90.1%) (tabla 9). Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron: enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (CIE-9: 680-709), 58%; enfermedades infecciosas y parasitarias (CIE-9: 001-139), 20% y tumores (CIE-9: 140-239), 5.7% . Los diagnósticos específicos más frecuentes fueron dermatitis de contacto (CIE-9: 692.X) (fig. 6), 8.9%; toxicodermias (CIE-9: 693.0) (fig. 7), 7.4%, candidiasis (CIE-9: 112.X), 7.1% y dermatitis seborreica (CIE-9: 690), 5.3% (fig. 8).

Tabla 8. Servicios responsables y diagnósticos más frecuentes por servicio.

SERVICIO	TOTAL	%	1er DIAGNÓSTICO SERVICIO / N° / %		
MEDICINA INTERNA	676	21,50%	Candidiasis	59	8,73%
UEI	196	6,23%	Herpes simple	16	8,16%
SERV. MÉDICOS	1068	33,97%			
Neurología	261	8,30%	Candidiasis	23	8,81%
Psiquiatría	190	6,04%	D. Seborreica	18	9,47%
Hematología	152	4,83%	Toxicodermia	23	12,23%
CIRUGÍA GENERAL	188	5,98%	TOXICODERMIA	26	13,83%
SERV. QUIRÚRGICOS	406	12,91%			
Traumatología	145	4,58%	Candidiasis	27	18,62%
Neurocirugía	97	3,09%	Candidiasis	18	18,56%
PEDIATRÍA	347	11,04%	D. Atópica	35	10,09%
UCI	81	2,58%	H. simple / Candidiasis	9/9	11,11%
GINECOLOGÍA Y OBST.	51	1,62%	EPE	14	27,45%
REHABILITACIÓN Y ULM	60	1,91%	Foliculitis	8	13,33%
URGENCIAS	24	0,76%	Impétigo/ Urticaria/ Eritrodermia	2/2/2	8,33%
	3097	98,51%			
No disponible	47	1,49%			

Figura 5.

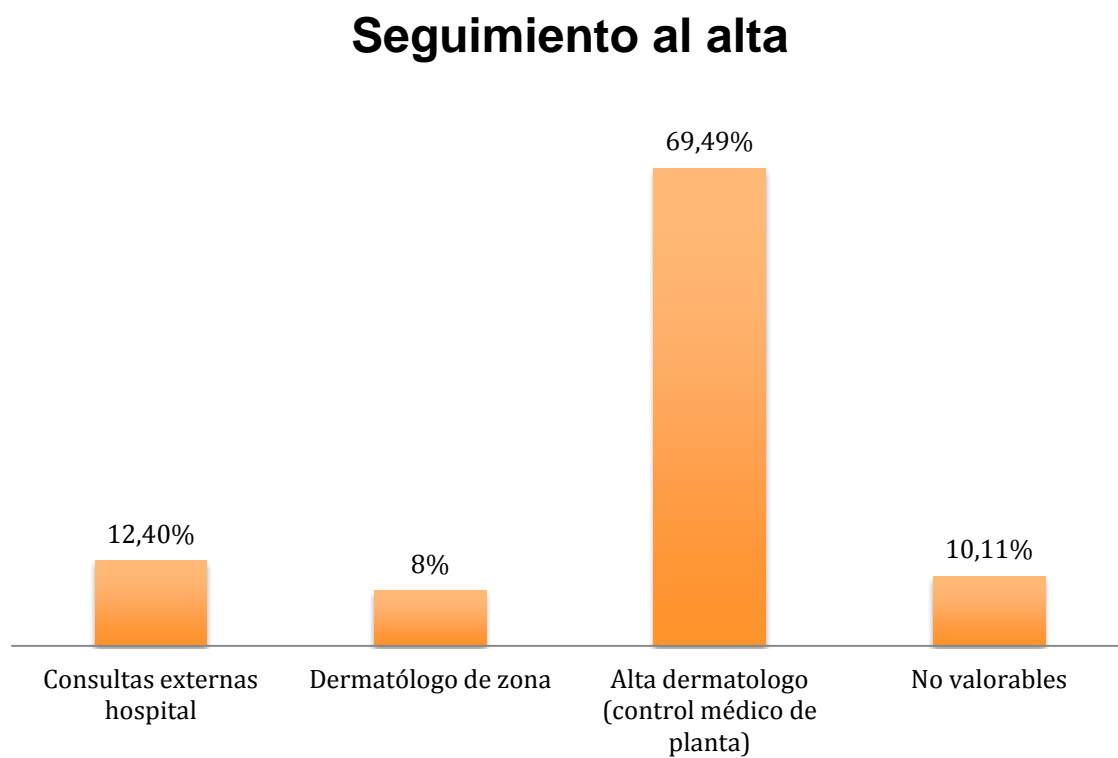




Figura 6. Dermatitis de contacto, (692.X).



Figura 7. Toxicodermia, (693.0).

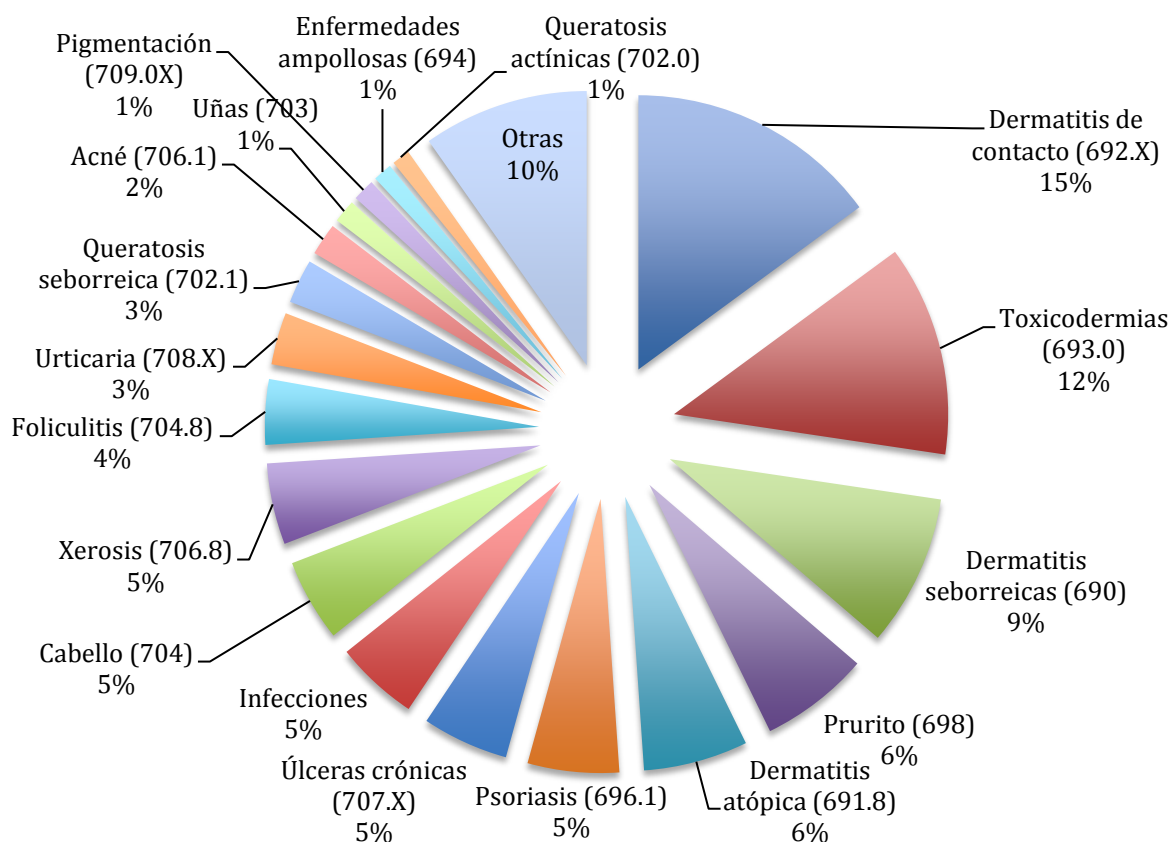
Tabla 9. Diagnósticos del estudio general (CIE-9-MC).

ENFERMEDAD		TOTAL	%
ENFERMEDADES	INFECCIOSAS	Y	
PARASITARIAS		583	20.15%
ENFERMEDADES	BACTERIANAS	INCLUIDO	SÍFILIS
RICKETSIOSIS		25	0.86%
ENFERMEDADES VÍRICAS		238	8.23%
Herpes Simple (053.X)		89	
Herpes Zóster (054.X)		86	
MICOSIS		277	9.57%
Candidiasis (112.X)		201	
PARASITOSIS		43	1.49%
Escabiosis (133.0)		24	
NEOPLASIAS		166	5.74%
NEOPLASIAS MALIGNAS INCLUIDOS LINFOMAS		90	3.11%
Melanoma maligno (172.X)		6	
Tumores malignos de piel (173.X)		47	
Metástasis cutáneas (199)		12	
Sarcoma de Kaposi (176.0)		10	
NEOPLASIAS BENIGNAS		65	2.25%
NEOPLASIAS DE SIGNIFICADO INCIERTO		7	0.24%
CARCINOMA IN SITU		4	0.14%

ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	143	5.02%
METABOLOPATÍAS	35	1.21%
ENFERMEDADES DE LA SANGRE	108	3.81%
Vasculitis / Púrpura alérgica (287.0)	50	
Púrpura (287.2)	56	
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	58	2.05%
ENFERMEDADES DE ARTERIAS Y CAPILARES	18	2.35%
ENFERMEDADES DE LAS VENAS Y SISTEMA LINFÁTICO	40	1.38%
Úlceras venosas (454.0)	11	
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	15	0.52%
ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL	15	0.52%
COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN	18	0.62%
COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	18	0.62%

ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO		
SUBCUTÁNEO	1689	58.38%
INFECCIONES	83	2.87%
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	1039	35.91%
Dermatitis seborreica (690)	151	
Dermatitis atópica (691.8)	104	
Dermatitis exógena (692.X)	252	
Toxicodermia (693.0)	210	
Dermatosis ampollosa (694)	19	
Psoriasis (696.1)	91	
Prurito y enfermedades relacionadas (698)	109	
OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL	567	19.60%
Queratosis actínicas (702.0)	18	
Queratosis seborreicas ((702.1)	44	
Enfermedades de las uñas (703)	23	
Enfermedades del folículo piloso (704)	82	
Foliculitis (704.8)	65	
Acné (706.1)	32	
Xerosis (706.8)	81	
Úlceras crónicas de la piel (707.X)	86	
Urticaria (708.X)	52	
Pigmentación (709.0X)	22	

ENF. DEL TEJIDO MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
Y TEJIDO CONECTIVO	17	0.59%
Lupus eritematoso sistémico (710.0)	2	
Dermatomiositis (710.3)	7	
Paniculitis no eritema nodosum (729.30)	6	
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	29	1.00%
ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL TEGUMENTO	29	1.00%
Nevus Flammeus (757.32)	10	
SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL		
DEFINIDOS	21	0.73%
HERIDAS, QUEMADURAS Y TRAUMATISMO	74	2.56%
MISCELÁNEAS	19	0.66%
DIAGNÓSTICOS TOTALES		
<i>NO HOSPITALIZADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA</i>	15	0.52%
<i>SIN LESIONES CUTÁNEAS</i>	41	1.42%
<i>FALLECIDOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA</i>	5	0.17%
3144	2893	100.00%

Figura 8 . Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (CIE-9-MC).

2. Resultados, estudio de pediatría.

Analizamos 387 partes interconsultas, que requirieron 606 visitas, 24 biopsias, 22 cultivos, y 8 procedimientos (estudios de microscopía directa). Como media, se recibieron 34 interconsultas pediátricas por año que se distribuyeron de manera homogénea durante el periodo del estudio (2000-2009). Durante ese periodo, la media anual de primeras visitas pediátricas en consultas externas del hospital fue 1288. En 288 casos (74%), la consulta se resolvió con una sola visita, mientras que 10 pacientes requirieron 5 o más visitas. Ingresamos 3 pacientes por enfermedades dermatológicas a cargo de Pediatría que requirieron más de 10 visitas (tabla 10).

El tiempo de demora media en contestar los partes interconsultas fue menos de 24 horas. Los rangos de edad pediátrica de los pacientes atendidos fueron los siguientes: 28.4%, neonatos; 33.5% infantiles; 19.8% preescolares; y 18% escolares (tabla 11).

Tabla 10. Diagnósticos en los casos pediátricos que requirieron más de 5 visitas.

VISITAS	EDAD	DIAGNÓSTICO
35	Neonato	EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA
10	Neonato	Eritrodermia, probable DERMATITIS ATÓPICA (fig. 9)
10	Escolar	HERPES SIMPLE (erupción variceliforme de Kaposi) (fig. 10)
8	Escolar	DERMATOSIS AMPOLLOSA CRÓNICA DE LA INFANCIA
6	Neonato	DERMATITIS PAÑAL (síndrome malabsortivo)
6	Preescolar	DERMATITIS PAÑAL (síndrome malabsortivo)
6	Preescolar	EDEMA AGUDO HERMORRÁGICO DEL LACTANTE
5	Preescolar	CANDIDIASIS (sistémica en paciente oncológico)
5	Preescolar	CELULITIS
5	Escolar	DERMATITIS ATÓPICA
5	Preescolar	ERITEMA MULTIFORME
5	Escolar	TOXICODERMIA
5	Preescolar	TOXICODERMIA
5	Preescolar	VASCULITIS

Neonatos, 0-28 días; infantiles, 29 días-18 meses; preescolares, 19 meses-6 años; escolares, 7-14 años.

Tabla 11: Diagnósticos pediátricos más frecuentes por grupo de edad.

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%	3 DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES	Nº	%
NEONATOS	110	28,4	Estados eritematosos Dermatitis Nevus melanocítico incluyendo mancha mongólica	14 12 9	12,7 10,9 8,1
INFANTILES	130	33,5	Dermatitis atópica Dermatitis irritativa Estados eritematosos /Dermatitis seborreica	33 7 6/6	25,3 5,3 4,6
PREESCOLARES	77	19,8	Dermatitis atópica Toxicodermia Estados eritematosos	10 7 6	12,9 9 7,7
ESCOLARES	70	18	Dermatitis atópica Estados eritematosos Toxicodermia	13 4 4	18,5 5,7 5,7
TOTAL	387	100			

Neonatos, 0-28 días; infantiles, 29 días-18 meses; preescolares, 19 meses-6 años; escolares, 7-14 años.



Figura 9. Dermatitis atópica, (691.8).



Figura 10. Erupción variceliforme de Kaposi, (054.0).

Al alta, el 11.6% de los pacientes fueron citados para seguimiento en consultas externas del Servicio de Dermatología del hospital. En el momento de la consulta, 4 pacientes habían sido dados de alta del hospital y 7 (1.8%) no tuvieron lesiones cutáneas evaluables. En 34 casos (8.7%) el diagnóstico no fue documentado debido a datos incompletos o porque los servicios responsables dieron el alta a los pacientes antes de obtener resultados de las pruebas complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico (fig. 11).

Los diagnósticos fueron recogidos en 340 casos (87.8%) (tabla 12). Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron: enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (CIE-9: 680-709), 49%; enfermedades infecciosas y parasitarias (CIE-9: 001-139), 14.7%; anomalías congénitas (CIE-9: 740-759), 6.9%; y tumores (CIE-9: 140-239), 6.4%. Los diagnósticos específicos más frecuentes por grupos de edad pediátrica fueron estados eritematosos (CIE-9: 695.X) (fig. 12 y 13) en neonatos, y dermatitis atópica (CIE-9: 691.8) en todos los demás grupos (tabla 11) (fig. 14).

Figura 11.

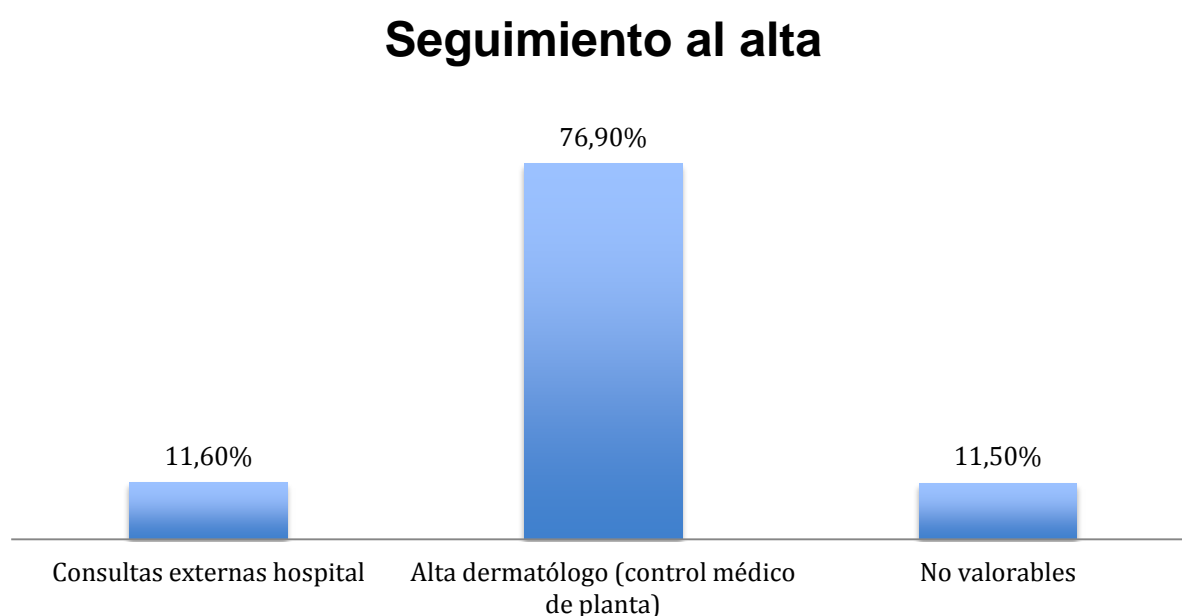




Figura 12. Lupus neonatal, (695.4).



Figura 13. Eritrodermia en lactante, (695.900).

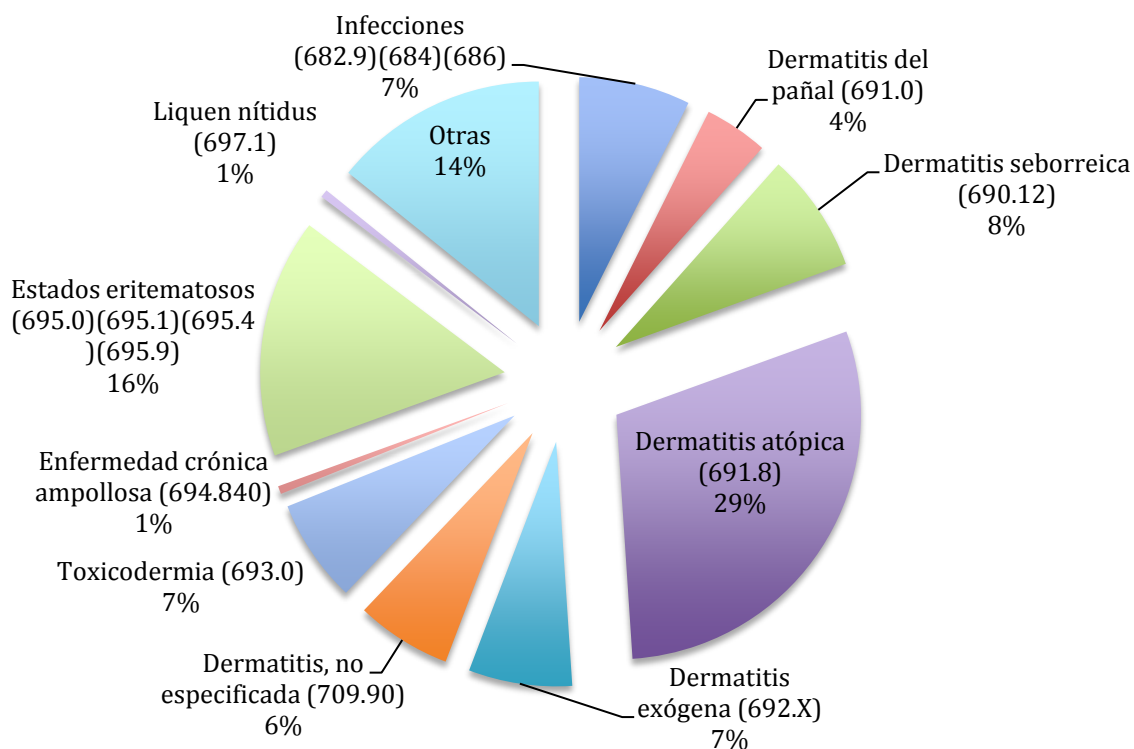
Tabla 12. Diagnósticos del estudio pediátrico (CIE-9-MC).

ENFERMEDAD		TOTAL	%
ENFERMEDADES PARASITARIAS	INFECCIOSAS Y	57	14.7
ENFERMEDADES VÍRICAS		32	8.2
Síndrome de Gianotti Crosti (057.80)	1		
Exantema vírico (057.9)	5		
Herpes simple (054.9)	8		
Varicela/Herpes zóster (052.9/053.9)	9		
Verrugas (078.X)	3		
Molluscum contagiosum (078.0)	6		
MICOSIS		18	4.6
Candidiasis (112.X)	10		
Tiña (110.X)	7		
Pitiriasis versicolor (111.0)	1		
ENFERMEDADES PARASITARIAS		6	1.5
Pediculosis (132.X)	1		
Escabiosis (133.0)	5		
Otras y enfermedades infecciosas no especificadas (136.1)		1	0.2
TUMORES		25	6.4
TUMORES MALIGNOS INCLUIDO LINFOMA		1	0.2
TUMORES BENIGNOS		20	5.1
Nevus melanocítico incluido congénito y mancha mongólica (216.X)	10		
Otras lesiones névicas no melanocíticas y hamartomas (216.X) (229.90), tumor de Koenen (216.9732)	10		
TUMORES DE COMPORTAMIENTO INCIERTO		4	1
Neurofibromatosis (237.7)	2		
Mastocitosis (238.X)	2		

ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	13	3.2
(270.2) (272.60) (279.90)	10	2.5
ENFERMEDADES DE LA SANGRE		
Vasculitis, púrpura (287.0)	9	
Anemia de Fanconi (284)	1	
ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	9	2.3
ENFERMEDADES DE ARTERIAS Y CAPILARES	9	2.3
Enfermedad de Kawasaki (446.1)	3	
Vasculitis nodular (446.80@)	1	
Lesiones de Janeway (446.851@)	1	
Edema agudo hemorrágico de la infancia (446.86@)	3	
Telangiectasia (448.90)	1	
ENFERMEDADES DE PIEL Y SUBCUTÁNEO	190	49
INFECCIONES (682.9) (684) (686)	14	3.6
PROCESOS INFLAMATORIOS	149	38.5
Dermatitis del pañal (691.0)	8	
Dermatitis seborreica infantil (690.12)	15	
Dermatitis atópica (691.8)	56	
Dermatitis exógena (692.X)	13	
Dermatitis, no especificada (709.90)	12	
Toxicodermia (693.0)	13	
Enfermedad crónica ampollosa de la infancia (694.840)	1	
Estados eritematosos (695.0) (695.1) (695.2) (695.4) (695.9)	30	
Liquen nítido (697.1)	1	
OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL (703) (704) (705) (706.12) (707.X) (708.X) (709.018) (709.2) (709.3)	27	6.9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	2	0.5
Dermatomiositis (710.3)	2	

ANOMALÍAS CONGÉNITAS	27	6.9
ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL TEGUMENTO	23	5.9
Ictiosis congénita (757.1)	5	
Displasia ectodérmica (757.31)	1	
Manchas café con leche (757.32)	4	
Mancha en vino de Oporto (757.32)	7	
Hemangiomas (757.32)	4	
Hipomelanosis (mosaicismos) (757.331)	1	
Epidermolisis ampollosa distrófica (757.352)	1	
OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS (756.591) (759.5) (759.66)	4	1
SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS (782.70) (785.4)	3	0.7
HERIDAS, QUEMADURAS Y TRAUMATISMOS (919.4) (999.5) (949.X)	14	3.6
LESIONES RESIDUALES	2	0.5
DIAGNÓSTICOS TOTALES		
NO HOSPITALIZADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA	4	1
NO LESIONES APARENTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA	7	1.8
ALTAS ANTES DE LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	34	8.7
	387	100.00

@: El número de rúbricas de cuatro dígitos se ha ampliado por la necesidad de alcanzar todo el detalle necesario en las patologías. Todos los códigos añadidos se encuentran incluidos en rúbricas de 3 dígitos ya existentes. Las nuevas rúbricas de 4 dígitos van indicadas con el símbolo @ para su localización¹⁷.

Figura 14. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (CIE-9-MC).

3. Resultados estudio de la calidad

En 6 meses entregamos 118 encuestas, de las cuales se completaron 83 (70%), el resto a pesar de hablar con el médico o enfermera responsable del paciente, no se rellenaron. Un tercio de las encuestas no valorables correspondieron a Servicios quirúrgicos (Neurocirugía, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Cirugía General y Digestiva). En 49 ocasiones (41%) se consideró la consulta como muy buena y sólo una consulta fue regular, el resto fueron consideradas buenas. En cuanto a la pregunta si ¿mejoraría algo a la atención prestada? o comentarios, se valoró positivamente en varias ocasiones la rapidez de actuación y disponibilidad. Se recomendó hablar en varias ocasiones directamente con el facultativo que solicitó la interconsulta. Otros comentarios fueron indicaciones terapéuticas en el control del

paciente por consultas externas o que el diagnóstico emitido fue de presunción, no confirmado histológicamente.

El análisis del tiempo de evolución de las lesiones, mostró que en 9 casos (10,8%) las lesiones tuvieron menos de 24 horas de evolución, la mayor parte de las interconsultas, 42 (50,6%) se refirieron a lesiones de entre 24 horas y una semana de evolución, en 10 casos (12%) más de una semana de evolución y 4 (4,8%) más de 1 mes de evolución (fig. 15).

En cuanto a la relación de las lesiones cutáneas consultadas con el ingreso, 21 (25,3%), formaron parte del ingreso, la mayor parte de las interconsultas, 45 (54,2%), no estuvieron relacionadas con el ingreso, 10 (12%), fueron consecuencia del ingreso y 6 (7,2%), fueron lesiones crónicas agravadas durante la estancia hospitalaria (fig. 16).

Figura 15

Tiempo de evolución de las lesiones

■ <24 HORAS ■ 1D-1SEM ■ >1 SEM ■ >1 MES ■ VACIAS

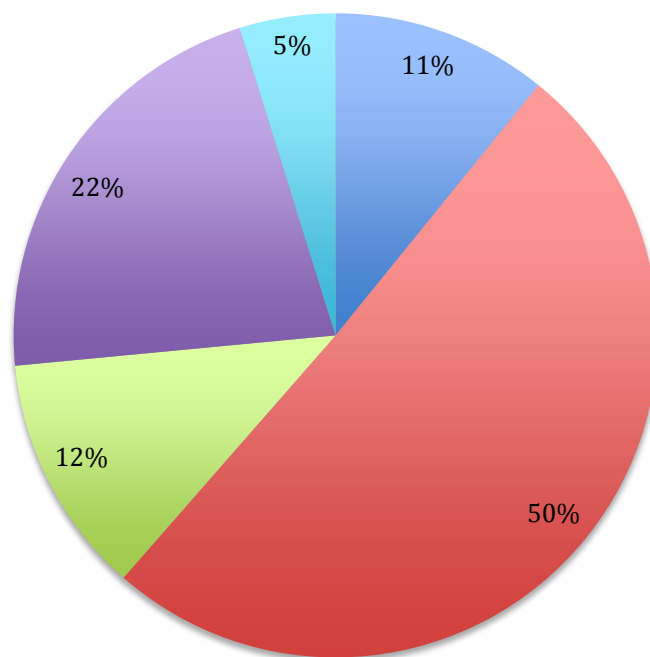
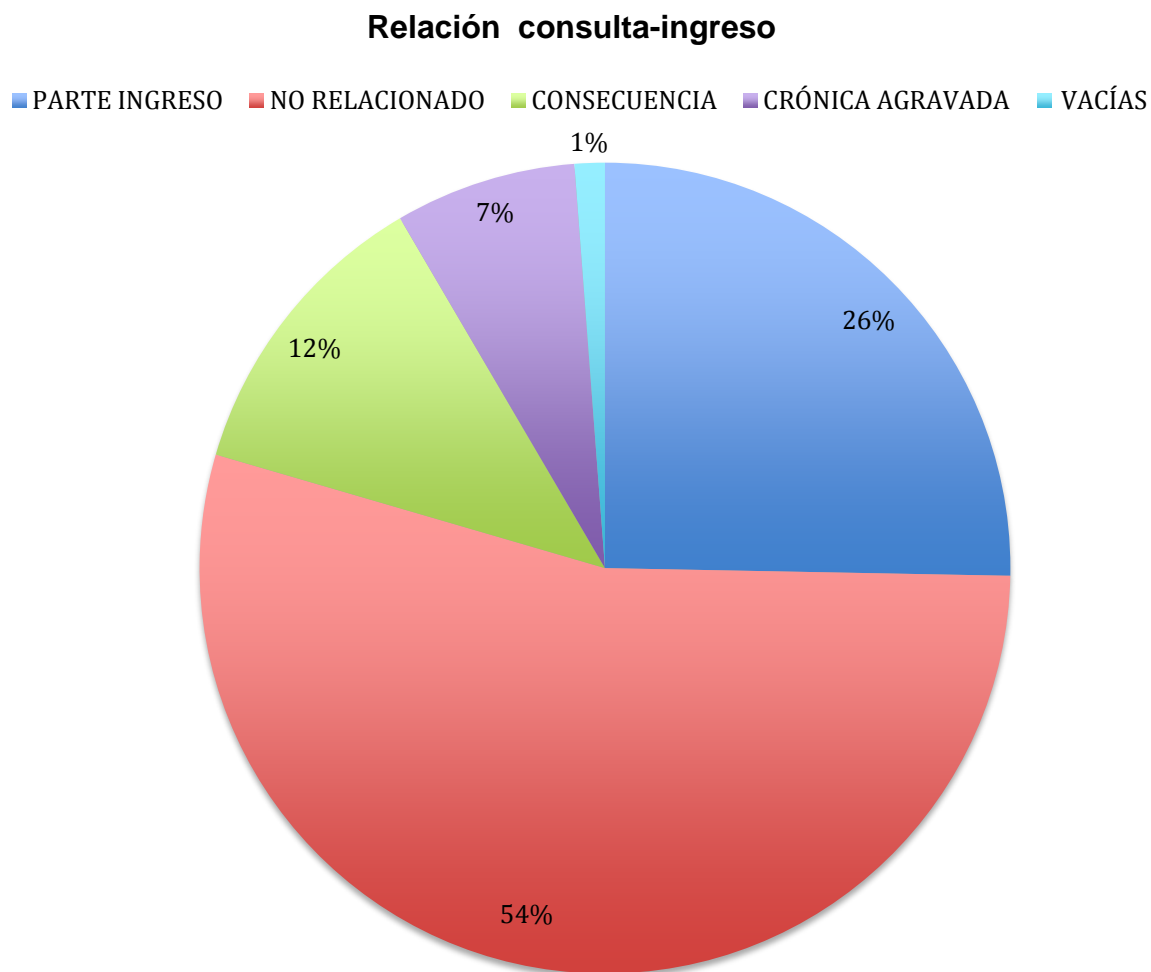


Figura 16



En 11 pacientes (13,20%), las lesiones cutáneas retrasaron el alta médica (tabla 13). En 36 casos (43,3%), los diagnósticos de sospecha de los servicios responsables fueron correctos (tabla 14). 24 casos (28,9%), tuvieron tratamiento dermatológico previo a la interconsulta, los más frecuentes fueron tratamientos tópicos con antibióticos y antifúngicos, corticoides tópicos y antihistamínicos (tabla 15).

Tabla 13. Diagnósticos que retrasaron el alta médica.

DIAGNÓSTICO FINAL	DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA
HERPES ZÓSTER (054.X)	ECCEMA DE CONTACTO POR ESPARADRAPO
PÚRPURA (287.2)	PÚRPURA
VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA (287.0)	TOXICODERMIA
ÉMBOLO DE COLESTEROL	EMBOLISMO POR COLESTEROL
HERPES SIMPLEX (053.X)	VASCULITIS/INFECCIÓN
HERPES ZÓSTER (054.X)	NO DIAGNÓSTICO
REACCIÓN POR DROGAS (693.0)	TOXICODERMIA
CARCINOMA EPIDERMOIDE (173.X)	CA. EPIDERMOIDE
QUEMADURA (949.0)	QUEMADURA
REACCIÓN POR DROGAS (693.0)	CANDIDIASIS
ALOPECIA AREATA (704)	ALOPECIA TRAUMÁTICA vs TIÑA

Tabla 14. Diagnósticos de sospecha erróneos.

DIAGNÓSTICO FINAL	DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA
PÚRPURA DE ESTASIS (287.22)	RASH
CARCINOMA BASOCELULAR (173.X)	LESIÓN PIGMENTADA
HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA (709.0X)	MICOSIS CANDIDIASIS
SIN LESIONES	TOXICODERMIA
ECCEMA DE CONTACTO (692.X)	INFECCIÓN CUTANEA
FIBROMA TRAUMÁTICO (216.971)	LESIÓN POR ROCE
INFILTRACIÓN LEUCÉMICA (208.800)	ERITEMA NUDOSO/SWEET
HIPOPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA (709.018)	DERMATITIS SEBORREICA
ÚLCERA TRAUMÁTICA (707.80)	ECCEMA
EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DE LA INFANCIA (446.86@)	ERITEMA MULTIFORME
QUISTE SINOVIAL (216.98)	LESIONES TRAUMÁTICAS
PRÚRIGO NODULAR (698.21)	ECCEMA
FOLICULITIS (704.8)	LESIONES RASCADO INESPECÍFICO
HERPES ZÓSTER (054.X)	ECCEMA DE CONTACTO POR ESPARADRAPO
DERMATITIS SEBORREICA (690)	CANDIDIASIS TOXICODERMIA INFILTRACIÓN POR LAM LESIONES SEBORREICAS
VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA (287.0)	TOXICODERMIA
LESIÓN CICATRICIAL (709.2)	PIGMENTOSIS AGUDA
EDEMA (782.3)	CELULITIS
HERPES SIMPLE (053.X)	VASCULITIS/INFECCIÓN
ONICAUXIS (703.90)	ONICOMICOSIS

DIAGNÓSTICO FINAL	DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA
ECCEMA ATÓPICO (691.8)	REACCIÓN ALÉRGICA
LIQUENIFICACIÓN (698.30)	RASH
AMPOLLA HEMORRÁGICA (919.20)	MELANOMA/VASCULAR
ABSCESO (682.91)	FORÚNCULO
PÚRPURA PIGMENTOSA CRONICA (709.110)	MICOSIS PETEQUIAS
INTERTRIGO (112.X)	CANDIDIASIS ORAL LESIONES ERITEMATOSAS
DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL (709.4)	EXANTEMA GENERALIZADO
KAPOSI, SARCOMA (176.0)	ESCABIOSIS
CALLO (700.1@)	PAPILOMA
LENGUA SABURRAL (529.31)	CANDIDIASIS BUCAL
GRANULOMA A CUERPO EXTRAÑO (709.40)	VASCULITIS
MICOBACTERIOSIS ATÍPICA CUTÁNEA (031.1)	ARTRITIS MIGRATORIA+LESIONES CUTÁNEAS
SEZARY, SÍNDROME (202.2)	MICOSIS FUNGOIDE
QUEMADURA (949.0)	FLEBITIS
METÁSTASIS CUTÁNEA (199)	LESIÓN
SWEET, SÍNDROME (695.840)	INFILTRACIÓN LAM
INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA (998.51)	INFILTRACIÓN LAM
REACCIÓN NEOM POR DROGAS (693.0)	CANDIDIASIS REACCIÓN ALÉRGICA
ALOPECIA AREATA (704)	ALOPECIA TRAUMÁTICA vs TIÑA

Tabla 15. Diagnósticos y sus tratamientos previos a la valoración por Dermatología.

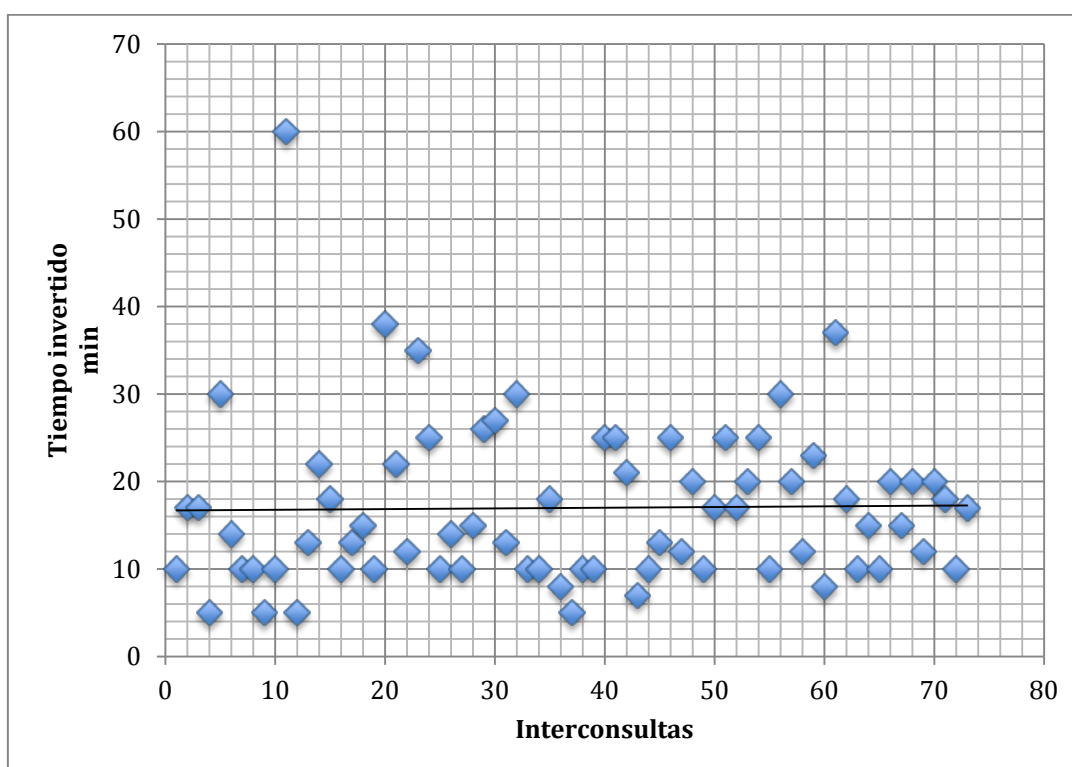
DIAGNÓSTICO FINAL	TRATAMIENTOS PREVIOS
QUISTE SINOVIAL (216.98)	BETADINE®+LINITUL®
HERPES ZÓSTER (054.X)	SULFATO ZN+ACICLOVIR TÓPICO+POLARAMINE® IV
DERMATITIS ATÓPICA (691.8)	ÁCIDO FUSÍDICO+VASELINA+CORTICOIDES (INDIC. DERM. PREVIA). ANTI-H1+METILPRESNISOLONA IV
VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA (287.0)	ANTI-H1
URTICARIA (708.X)	ANTI-H1
HERPES SIMPLE (053.X)	CURAS INESPECÍFICAS
PSORIASIS (696.1)	CORTICOIDE TÓPICO. TÓPICO INESPECÍFICO.
CALLO (700.1@)	CURETAJE
INTERTRIGO CANDIDIASICO (112.X)	SULFATO ZN+IMIDAZOL TOP. NISTATINA PASTA AL AGUA
GRANULOMA CUERPO EXTRAÑO (709.40)	CORTICOIDES SISTÉMICOS
REACCIÓN MEDICAMENTOSA (693.0)	ANTI-H1 DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO+CLINDAMICINA CAMBIO DE ANTIBIÓTICO
CARCINOMA EPIDERMOIDE (173.X)	ANTIBIÓTICO ORAL
PIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA (709.0X)	SULFATO ZN+IMIDAZOL TOP.
METÁSTASIS CUTANEA (199)	MUPIROCINA
DERMATITIS SEBORREICA (690)	CORTICOIDE TOP. ANTI-H1
QUEMADURA (949.0)	ANTIBIÓTICOS/NITROFURANTOINA

4. Resultados del tiempo invertido

Se midió el tiempo invertido en 72 interconsultas desde que se llegaba a la planta donde estaba ingresado el paciente hasta que se finalizaba la interconsulta. El tiempo medio por interconsulta fue de 16,97 minutos en un intervalo que iba desde 5 minutos hasta 1 hora por interconsulta (fig. 17), sin tener en cuenta el desplazamiento desde consultas externas, localizadas en la segunda planta del edificio del antiguo Hospital Insular, hasta la planta correspondiente o el edificio del Materno-Infantil del Complejo Hospitalario.

Con una media de 2 interconsultas al día y teniendo en cuenta los desplazamientos y las revisiones de interconsultas previas, se invierte aproximadamente una hora diaria en atención a pacientes dermatológicos de otros Servicios.

Figura 17. Tiempo invertido en realizar una interconsulta.



VII. DISCUSIÓN

VII. DISCUSIÓN.

1. Características del trabajo.

Actualmente la actividad del dermatólogo está cambiando, con áreas en retroceso (como los ingresos hospitalarios), y otras en desarrollo, como la cirugía o la cosmética. La actividad como consultor hospitalario es prácticamente desconocida y quizá, como consecuencia de esto, poco valorada (Tabla 1)^{15,19,20-37}

En la actualidad existen 19 trabajos originales publicados en la literatura sobre interconsultas hospitalarias a Dermatología. Nueve de los cuales han sido publicados posteriormente a nuestra primera comunicación¹⁹. Nuestro trabajo es el primero que cataloga los diagnósticos con un sistema internacional reconocido CIE-9-MC. La duración de los estudios oscila de los 3 meses hasta los 96 meses. El nuestro con 96 meses es el de mayor duración. Nuestro trabajo incluye un complejo hospitalario con dos centros, Maza y colaboradores¹⁵ incluye 4 hospitales y el resto corresponden a un solo centro hospitalario. Las características de los centros estudiados y tipos de pacientes son muy variadas entre sí (tabla 1). Nuestro estudio en pacientes pediátricos³² es el primer trabajo de la literatura para esta población, publicándose posteriormente sólo tres estudios específicos para la población pediátrica^{34,35,37}. Los trabajos de Falanga²³, Fischer²⁵, Arora²² y Fernández³¹ incluyen población pediátrica dentro de la población analizada, pero no desglosan los resultados.

2. Variabilidad en los diagnósticos.

2.1 Categorías diagnósticas.

Los diagnósticos más frecuentes en nuestro estudio de acorde a la codificación del CIE-9-MC, son procesos relacionados con la piel y el tejido subcutáneo (CIE-9:680-709), (58.3% de los diagnósticos). Este hecho se refleja también en otros Hospitales como Groote Schur Hospital en Sudáfrica²¹ donde de 500 consultas, el 17.1% corresponden a dermatitis o Kantonsspital en Suiza²⁴ con un 12.6% de eccemas en 1290 consultas. Dentro de las enfermedades cutáneas, la más frecuente en nuestro estudio es la dermatitis de contacto, probablemente irritativa. La sudoración, decúbitos prolongados, el uso de detergentes para el lavado de la ropa, antisépticos para la higiene en general o específicamente para la antisepsia quirúrgica, pueden ser causantes de dermatitis³⁹. Es curioso que las dermatitis de contacto sea tan poco frecuente en el resto de estudios publicados, probablemente por no estar correctamente codificada o estar englobada dentro de los términos generales de “dermatitis”, “eccema” u “otros”. La etiología puede ser multifactorial y requiere de una minuciosa historia clínica con la colaboración de las enfermeras y auxiliares responsables del cuidado del paciente ingresado. En consultas externas, la “dermatitis” inespecífica es el segundo diagnóstico más frecuente después del acné,⁴⁰ y su alta prevalencia en el ámbito hospitalario no nos debe extrañar. En nuestra serie, las toxicodermias son la segunda causa de consulta al igual que la mitad de las series publicadas (tabla 1), ocupando el 7.4% de los diagnósticos (9-10% en la literatura)^{19-24,30}.

Al igual que en otros estudios, la candidiasis está entre las causas más frecuentes de consulta (7,1%) y es la enfermedad infecciosa más frecuente. Los pacientes consultados eran principalmente de Neurología, Neurocirugía y Medicina Interna, pacientes donde la incapacidad motriz, asociada a la maceración y sudoración, favorece la aparición de esta patología. La dermatitis seborreica también fue un motivo de consulta frecuente. Si bien la incidencia o severidad de esta condición podría ser mayor entre los pacientes ingresados, la alta prevalencia en la población general puede explicar su frecuencia como consulta. Factores como el estrés de la propia patología, del propio ingreso o la asociación con algunos fármacos como los neurolépticos, pueden contribuir a que sea una causa frecuente de consulta.

En nuestro análisis prospectivo, sólo el 43.3% de los diagnósticos de sospecha fueron correctos, coincidiendo con otros trabajos publicados en la literatura. Falanga y colaboradores²³, por ejemplo, observaron cambios en el diagnóstico en el 60% de los casos revisados por dermatólogos en 591 pacientes ingresados por Medicina Interna.

Nahass y colaboradores⁴¹ observaron que el 77% de los hallazgos cutáneos no eran detectados por el Servicio responsable. En el trabajo de Mancusi²⁸, el 55% de los médicos que solicitaron interconsulta, presentaron hipótesis diagnósticas, de los cuales el 33% presentó hipótesis correctas. Sus hipótesis diagnósticas más frecuentes fueron reacciones a fármacos (16%), 81% de los cuales eran correctas. En el estudio de Davila³⁰, los datos son aun más bajos con un diagnóstico de sospecha en sólo el 23,9% de los casos. Esto es extremadamente bajo en comparación con el 48% de precisión media de diagnóstico de médicos no dermatólogos reflejados en el estudio de

Falanga y colaboradores²³. En este estudio, Medicina Interna, Psiquiatría y Pediatría tuvieron el mayor porcentaje de respuestas correctas, al contrario que Neurología y Obstetricia y Ginecología.

Aunque nuestro estudio prospectivo de calidad no compara los distintos Servicios (por existir un claro sesgo en las encuestas contestadas por el Servicio de Medicina Interna), Falanga²³, observó que los departamentos que menos acertaban en los diagnósticos eran la Unidad de Cuidados Intensivos y los Servicios de Urgencia tanto adultos como pediátricos.

Si analizamos la relación de la consulta dermatológica con el motivo de ingreso de los pacientes, observamos que el 25,3% de las manifestaciones cutáneas fueron interpretadas por el médico responsable del ingreso del paciente como directamente relacionadas con el mismo, es decir que implicaban directamente al dermatólogo a pesar de no ser el responsable del paciente. En el estudio de Bauer²⁹ este número llegó al 36%, con casos de Enfermedad de Kawasaki, celulitis, lesiones cutáneas con fiebre o tumores. En el estudio de Nahass y colaboradores⁴¹, encontraron signos cutáneos asociados a enfermedades sistémicas o con el motivo de la hospitalización en 31 pacientes (13,4%) y sólo fueron observados por el equipo médico de admisión en 17 (54,8%).

En el trabajo de Mancusi²⁸ para evaluar el impacto de las consultas, se hicieron varias preguntas sobre cada consulta. Para la pregunta "¿cuál fue la importancia de la consulta para el paciente ingresado", la respuesta más frecuente fue "importante, que ayuda en el diagnóstico y / o al tratamiento de una enfermedad dermatológica que no estaba relacionada con el motivo del

ingreso" en el 58% de los casos, y en 31% de los casos, la consulta se consideró muy relevante, ya que ayudó a lograr un diagnóstico y en ocasiones a modificar el tratamiento de la enfermedad que motivó el ingreso. Cuando se le preguntó si el tratamiento del paciente se vería afectado negativamente si no hubiera consulta dermatológica disponible, la respuesta más frecuente fue "un poco, el paciente habría sufrido hasta tener disponible una consulta dermatológica ambulatoria" en el 48% de los casos, seguida de "sí, una enfermedad sistémica no habría sido diagnosticadas o una enfermedad dermatológica potencialmente grave no habría sido tratada" en el 31% de los casos.

Las manifestaciones cutáneas relacionadas directamente con el ingreso se encuentran en alrededor del 30% de los casos, casi un tercio de los pacientes donde el dermatólogo juega un papel primordial en el manejo adecuado del paciente.

Las interconsultas analizadas de manera prospectiva en nuestro estudio con la encuesta de calidad, mostró que en el 54% de los pacientes, el motivo de consulta dermatológico no estaba relacionado con el ingreso, que el 7% eran procesos crónicos agravados durante el ingreso, el 26% formaba parte del ingreso y el 12% eran consecuencia del ingreso. Estos datos son semejantes a los de Mancusi²⁸, Lorente-Lavirgen³³, y Nahass⁴¹ (tabla 16), en cuanto a que la mayoría de los pacientes ya tienen lesiones cutáneas antes del ingreso, lo que lleva a la conclusión de que se aprovecha el ingreso para consultar procesos dermatológicos de manejo ambulatorio por la fácil disponibilidad de dermatólogo.

Tabla 16. Porcentaje de pacientes con lesiones cutáneas y su relación con el motivo de ingreso.

Autor	Previas al ingreso	Durante/ consecuencia del ingreso	Parte del motivo del ingreso
Mancusi ²⁸	64	36	17
LorenteLavirgen ³³	43,58	-	16,55
Nahass ⁴¹	-	39,86	13,4
Trabajo actual.	54	19,20*	26

*La suma de procesos crónicos agravados durante el ingreso y las que fueron consecuencia del ingreso.

2.2 Diagnósticos pediátricos.

Según nuestro conocimiento, este estudio con 387 interconsultas registradas, es el primer trabajo en evaluar la actividad del dermatólogo como médico consultor de patología pediátrica en pacientes ingresados. El grupo de edad con mayor número de interconsultas son los infantiles (29 días-18 meses) abarcando un 33.5% del total. Esto puede ser debido a que la patología consultada más frecuentemente, es la dermatitis atópica, cuyas manifestaciones clínicas comienzan de manera más intensa a partir de los 3 meses de edad. Los diagnósticos más frecuentes varían con respecto al grupo de edad. En los neonatos (0-28 días) predominan los estados eritematosos (695.X) que abarcan el eritema tóxico neonatal, lupus neonatal, eritema multiforme, síndrome de la piel escaldada o la melanosis pustulosa

neonatal transitoria. En el resto de grupos de edad predomina la dermatitis atópica (691.8) constituyendo un 17.5% de la patología consultada. Sabemos que la dermatitis atópica tiene una alta prevalencia. Muchos casos son pacientes atópicos que ingresan por otros motivos y el pediatra aprovecha el ingreso para hacer una actualización del tratamiento. En otros casos, se trata de pacientes con brote concomitante o exacerbado por la patología causante del ingreso.

Si comparamos nuestros datos con los de la Clínica Mayo³⁴ (único estudio que también codifica los diagnósticos con el CIE-9) observamos que tienen una frecuencia más baja de dermatitis atópica (6%) y de infecciones (12.1%), y una tasa más alta de dermatitis de contacto (9.6%). Probablemente su baja frecuencia de dermatitis atópica se deba a que las dermatitis atópicas graves las ingresan a cargo del Servicio de Dermatología y no de Pediatría, como en nuestro Hospital.

Otra diferencia es la consultas por toxicodermia, contrastando el 12.1% de sus interconsultas (y principal diagnóstico) con sólo el 3.3% de nuestra serie. Esto puede ser debido a que en nuestro medio, sólo nos avisen para las reacciones medicamentosas atípicas o graves. Otra explicación para las diferencias diagnósticas, son los grupos de edad de cada serie, ya que en la Clínica Mayo la media de edad de los pacientes es de 6.9 años y en nuestra serie, predominan los niños menores de 18 meses. Al igual que otras series^{34,35,37} las infecciones son, después de la dermatitis atópica, los grupos diagnósticos más prevalentes.

Si observamos por grupo de diagnóstico (tabla 2), la mayor parte de los mismos pertenecen a enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (49%) seguidos de enfermedades infecciosas (14.7%) y anomalías congénitas (6.9%). Un alto porcentaje de pacientes (11.8%) se quedaron sin diagnosticar debido principalmente a que los pacientes eran dados de alta antes de llegar pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y no fueron registrados o bien porque no presentaban lesiones en el momento de la visita. Nuestro estudio, junto con los de la literatura, refleja que la mayoría de los diagnósticos en pacientes pediátricos ingresados son patología exclusivamente cutánea, de fácil diagnóstico para el dermatólogo, sin grandes pruebas complementarias. Para un correcto diagnóstico de las manifestaciones cutáneas en pacientes pediátricos es necesario una evaluación lo antes posible (<24 horas) y motivar a los pediatras para realizar las interconsultas.

2.3 Comparación con consultas externas.

Aproximadamente el 20 % de la población general tiene afecciones cutáneas⁴², por lo tanto es de esperar que un alto porcentaje de pacientes ingresados consulten por estos mismos procesos.

Para comparar los diagnósticos de pacientes ingresados con los de consulta ambulatoria, hay que separar dos poblaciones por edad, los pacientes adultos y los niños.

En adultos, los motivos más frecuentes de consulta ambulatoria son el acné y los procesos infecciosos víricos^{43,44} sin embargo el Acné (706.1), sólo supuso 32 consultas de 3144 (1%) y las infecciones víricas, el 8.2%. En otro sentido, eccemas de contacto (692.X) y las toxicodermias (630.0), claramente relacionados con el ingreso, son mucho menos prevalentes en la población general.

En la población pediátrica, la dermatitis atópica es el motivo de consulta más frecuente de los pacientes ambulatorios en nuestra población de referencia⁴⁵ y en otros países desarrollados^{46,47} representando de un 25 a un 33 % del total de las consultas recibidas, seguida de los nevus melanocíticos, entre el 3 y el 20 %. La frecuencia de consulta de pacientes atópicos es semejante en las consultas externas y en los pacientes ingresados, sin embargo el nevus melanocítico representó un porcentaje mucho menor de consulta en nuestro estudio. Este hecho se debe claramente a que no es una enfermedad hospitalaria. En oposición a nuestros hallazgos, las infecciones y las infestaciones son los motivos más frecuentes, tanto en consulta hospitalaria como ambulatoria, en los países subdesarrollados^{48,49,50}.

2.4 Criterios de clasificación.

Nuestro estudio es el primero que tiene una base de datos basada en la CIE-9. Esta clasificación tiene limitaciones con respecto al diagnóstico de las enfermedades dermatológicas, incluyendo la versión "MC". Aun así, estos diagnósticos son comparables a las de otros generadas en diferentes especialidades médicas o idiomas.

Al comparar nuestra serie con las de la literatura, nos encontramos con diferentes criterios de clasificación diagnóstica. Así encontramos diagnósticos no específicos como “prurito”, “exantemas”, “enfermedades pápulo-descamativas”, “enfermedades inflamatorias sistémicas”, “precancerosis”^{15,23,27,42} en los que la clasificación de un mismo enfermo puede variar según el criterio de cada médico, y lesiones más específicas pero poco comparables por la falta de precisión en la definición de las mismas. Así en los eccemas, encontramos los diagnósticos de eccema, dermatitis, dermatitis atópica, dermatosis alérgicas, que están incluidos de distinta manera en cada trabajo.

A pesar de que el CIE-9-MC mejora la clasificación diagnóstica para todos los estudios epidemiológicos, sigue siendo incompleta en la patología cutánea.

Nos encontramos las siguientes situaciones:

1. Enfermedades donde la clasificación es poco específica, como es el caso de dermatitis exógena (692.X) donde no se distingue si es alérgica o irritativa.
2. Patologías de etiología diversa que se engloban dentro de una misma categoría. Así dentro de la categoría “estados eritematosos” se engloban procesos tan dispares como como: Eritema tóxico neonatal (695.0), Necrolisis epidérmica tóxica (695.1), Eritema nodoso (695.2), Rosácea (695.3), Lupus eritematoso (695.4), Síndrome de la piel escaldada estafilocócica (695.8).
3. Distintas enfermedades codificadas en un mismo número. Así, la categoría Psoriasis y otros trastornos similares (696.X), engloba Psoriasis, Pitiriasis

rubra pilar o Pitiriasis rosada.

Aun considerando que la CIE debe ser mejorada claramente en los procesos dermatológicos, debiera implementarse su uso para poder hacer estudios epidemiológicos comparables en distintos tipos de población, como es el caso de interconsultas pediátricas de la Clínica Mayo³⁴.

3. Actividad del médico consultor.

El número de pruebas diagnósticas solicitadas por Dermatología en pacientes derivados varía mucho en las diferentes series, que van desde el 64% en el estudio de Mancusi²⁸, 48% en el estudio de Davila³⁰, 34,6% en Falanga²³ al 8% en Arora y colaboradores²² y el 6,4% en nuestro estudio.

Hay que destacar que el número de biopsias fue mayor en los estudios prospectivos²³ que en los retrospectivos²².

Las pruebas complementarias realizadas incluyen, biopsias de piel, frotis de Tzanck, tinción de Gram, cultivos de heridas, KOH, raspado de lesiones para escabiosis, pruebas epicutáneas o dermatoscopia.

En nuestro estudio aunque no se recogieron los tipos de técnicas, las más empleadas fueron los cultivos de heridas e intertrigos y las biopsias. Un aspecto que se debe tener en cuenta es que en nuestro medio, muchas de las técnicas diagnósticas, pueden ser demoradas al alta del paciente y realizarse en consultas externas con el personal habitualmente entrenado para su realización.

En los pacientes pediátricos, el número de pruebas complementarias y biopsias fue pequeño (14%). Este hecho se debe a que en su mayoría se trataron de diagnósticos clínicos y, en los casos en los que el motivo del ingreso no era cutáneo, se pudo demorar la prueba para ser realizada en consultas externas.

De los estudios disponibles, Fischer²⁵, Mancusi²⁸ y Lorente-Lavirgen y colaboradores³³ son los únicos autores que registran el número de visitas a cada paciente. Se informó de que el 85,7%, 58% y 60% de los pacientes fueron manejados con una sola visita, en consonancia con nuestros resultados (71,8%), lo que sugiere que estas consultas correspondieron a procesos comunes de fácil manejo en los que el diagnóstico clínico es suficiente para que el médico solicitante realice un seguimiento adecuado. Este hecho se confirma con los enfermos pediátricos, en los que al igual que el estudio de Srinivas³⁷, bastó una visita en el 64,2% de los casos para resolver la consulta.

Aunque la mayoría de las consultas dermatológicas estaban relacionadas con procesos agudos con una evolución de menos de una semana (61%), un 21,6% de las consultas estaban presentes en el paciente desde hacía más de 1 mes, esto, unido a que la mayoría de los pacientes (54,2%) tenían lesiones cutáneas no relacionadas con el ingreso, convierte al ingreso en posible mecanismo de evaluación dermatológica de procesos crónicos. Esto mismo está reflejado en el trabajo de Lorente-Lavirgen³³ del Hospital Virgen del Rocío en Sevilla donde la enfermedad dermatológica ya estaba presente antes del ingreso en 187 pacientes (43,58%).

En nuestro estudio el tiempo medio desde que se solicitó la interconsulta hasta que se valoró al paciente fue de 0,75 días. En el estudio de Mancusi²⁸ fue de 0,45 días. Lorente –Lavirgen³³ refieren que el 93% de los pacientes fueron atendidos dentro de la misma jornada laboral en la que se solicitó (menos de 7 horas). El hecho reflejado en todos los estudios de atender las solicitudes en menos de 24 horas pone de manifiesto la efectividad clínica de la Dermatología. Además, la valoración temprana contribuye a no perder diagnósticos cuyos signos pueden desaparecer como exantemas infecciosos, cuadros urticariformes o toxicodermias. Asimismo, el diagnóstico de dermatosis con riesgo vital (Necrolisis epidérmica tóxica, Púrpura fulminans, Síndrome del shock tóxico...) requieren un diagnóstico y tratamiento precoz. En nuestro estudio, a pesar de la rapidez de actuación, no llegamos al diagnóstico en el 2% de los casos por altas de pacientes antes de nuestra valoración, porque ya no tenían lesiones cutáneas o por exitus.

Con el uso de un cronómetro y aprovechando el periodo de estudio de las encuestas de calidad, se midió el tiempo desde que se llegaba a la planta hasta que se finalizaba la consulta. Sin tener en cuenta el desplazamiento, el tiempo medio por interconsulta fue de 16,97 minutos que depende obviamente de la patología y de los requerimientos para llegar al diagnóstico, como el uso de pruebas complementarias (cultivos, biopsias, revisión de los tratamientos del paciente...). Con una media de 2 interconsultas al día y considerando los desplazamientos y revisiones, invertimos al menos una hora diaria en atención a pacientes ingresados en otros servicios.

En algunos hospitales la función de consultor se desarrolla por un dermatólogo del hospital que dedica un periodo de tiempo determinado

exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de pacientes hospitalizados³³. En nuestro servicio, la interconsulta se realiza al final de la jornada de mañana contando con el apoyo del residente. La labor de consultor es una parte de la dermatología que necesita un tiempo y una dedicación importante como demuestra nuestro estudio y se hace necesaria la figura institucionalizada de médico consultor dentro de un Servicio de calidad.

El hallazgo de que la mayoría de las interconsultas se resuelven con una sola visita, concuerda con la observación de que sólo el 20,8% de los pacientes requirió seguimiento dermatológico después de alta hospitalaria, 12,4% de los pacientes fueron citados en consultas externas de Dermatología hospitalaria y el 8% con un dermatólogo en un centro de especialidades (11,4% a nivel pediátrico). Estos datos concuerdan con los publicados en la literatura como el 25% de los pacientes valorados por Lorente-Lavirgen³³ y Mancusi²⁸ donde se recomendó asistir a una visita de seguimiento con el servicio de dermatología del hospital en el 30% de los casos , y con dermatólogo de una zona básica de salud el 9% de los casos. Como ya se ha comentado, el motivo de seguimiento dermatológico hospitalario suele ser debido a la realización de pruebas complementarias o en menos casos porque la patología requiere un seguimiento más estrecho o multidisciplinar. La mayoría de las patologías derivadas al dermatólogo de zona son enfermedades cutáneas crónicas, como dermatitis atópica o psoriasis, que requieren un control rutinario dermatológico hasta su estabilización y alta al médico de cabecera.

4. Estudio económico.

Los trabajos que valoran el coste ocasionado en la realización de partes interconsulta provienen de Estados Unidos, con un sistema privado de salud. Gran parte de los centros académicos estadounidenses tienen médicos de guardia para cubrir los pacientes hospitalizados y algunos, tienen un "médico dermatólogo hospitalario" dedicado a cubrir las plantas. Sin embargo, algunas comunidades no tienen dermatólogo dispuesto a ver a los pacientes en el hospital.

En el trabajo de Helms⁵¹, en Ohio, mediante el envío de una encuesta a la Academia de Dermatología de Ohio (miembros de la AAD), observaron que los dermatólogos alegaban que las compañías de seguros privadas reembolsaban en un nivel relativamente bajo la interconsulta, teniendo en cuenta el tiempo necesario para ir y volver al hospital y el cuidado del paciente. (En 2007, las cantidades permitidas de "Medicare" para los códigos de consulta más utilizados en USA, fueron: 99.253 [Nivel 3 pacientes hospitalizados consulta-\$ 106,80], 99.252 [Nivel 2 para pacientes de consulta-\$ 72,13] y 99.251 [Nivel 1 en - Paciente consulta-\$ 35,35]). Además, 33 de 63 (52%) de los dermatólogos que no realizaban interconsultas informaron que no eran los más idóneos para realizar dicha tarea, ya que no estaban en el hospital todos los días durante la jornada de trabajo o no vivían cerca de un hospital, 24 (38%) consideraron que las consultas de dermatología no eran emergencias y que estos pacientes podían ser atendidos como pacientes ambulatorios y seis (9%) no recibieron solicitudes de consultas de otros médicos. Algunos dermatólogos informaron de su temor a que la realización de interconsultas abriera las puertas a muchas consultas hospitalarias en

vista del hecho de que otros dermatólogos en su área no ofrecían este servicio⁵¹.

En la encuesta "Dermatology Practice Profile Survey 2007" de la Academia Americana de Dermatología de USA⁵² acerca de si algún dermatólogo realizaba consultas para pacientes hospitalizados, de los que sí atendían interconsultas, sólo una pequeña fracción pasó más de 1 hora por semana en el hospital. Se observó que algunos de los casos de dermatología más complejos se derivaban a médicos no dermatólogos en el ámbito hospitalario.

No hay estudios de coste-eficiencia a nivel hospitalario pero en el trabajo de Feldman⁵³, estudiaron el tiempo dedicado a todas las consultas dermatológicas ambulatorias comparando dermatólogos con médicos de atención primaria y observaron que, las visitas a pacientes de 18 años o menos fueron de 1,5 minutos (12%) más cortas que las visitas a no dermatólogos y que las visitas para pacientes mayores de 18 años fueron 3,1 minutos (20%) más cortas que las visitas a médicos no dermatólogos. En comparación con los médicos no dermatólogos, los dermatólogos tienen una duración promedio de visita más corta para nuevas citas con pacientes de primera vez y para las sucesivas consultas. Ellos concluyen que una visita a un médico de atención primaria para el tratamiento de un problema de la piel no es un uso más eficiente de los recursos médicos que una visita a un dermatólogo.

En nuestro estudio hemos observado como patologías dermatológicas retrasaban el alta de los pacientes, en algunos casos sin justificación.

Valorando que el coste medio de un ingreso en Medicina Interna en nuestro hospital, oscila en 437,81 euros*, la prolongación del ingreso, encarece el coste global del ingreso.

El coste global de una primera consulta dermatológica ambulatoria es de 81,63 euros*, habría que valorar si la consulta intrahospitalaria supone un ahorro respecto a la consulta ambulatoria, o bien se produce un “efecto llamada” con disminución de la eficiencia. En nuestro hospital no hay un coste asignado a la interconsulta. Las compañías aseguradoras españolas remuneran estas visitas con cifras que oscilan entre los 25 y 45 euros⁵⁴.

Algunos hospitales trabajan con DRGs, del anglosajón “Diagnostic Related Groups”^{55,56} y reembolsan de acuerdo con la asignación de un coste a un determinado grupo diagnóstico, así por ejemplo, en 2009 se pagaba por las aseguradoras en EEUU por un DRG 595 con complicaciones mayores como puede ser el caso de un Síndrome de Stevens-Johnson, 11,476 dólares en contraste con un DRG 595 sin complicaciones mayores como un herpes zóster con 4,321 dólares⁵⁷.

Se necesitan estudios para ver el coste de los cuidados de la patología dermatológica y si los dermatólogos influyen en los costes en cuanto a disminución de estancia hospitalaria o tasas de reingreso.

La asignación de grupos DRGs podría ser de utilidad a la hora de realizar un estudio económico en la labor de consultor.

**Datos facilitados por la Subdirección Médica de Admisión y Archivo.*

5. Dermatología de relación.

5.1 Dermatología y Medicina de Relación Hospitalaria.

Si analizamos el peso de las interconsultas dermatológicas a nivel hospitalario con el resto de servicios (fig. 2), observamos que una media de 393 interconsultas al año superan a la mediana de interconsultas que se realizan por servicios al año en el hospital (P_{60} en 2014)(fig. 2), superando a especialidades como Alergología, Digestivo, Traumatología, Oncología o Reumatología. El alto número de interconsultas solicitadas al Servicio de Endocrinología se debe al gran número de pacientes diabéticos de la población canaria que precisan control de insulina durante los ingresos. El alto número de interconsultas solicitadas a Anestesia se debe al protocolo de valoración pre-quirúrgico por parte de este Servicio, al igual que Rehabilitación para el seguimiento y tratamiento de los pacientes al alta hospitalaria. No hay estudios que comparen la actividad de consultor de las distintas especialidades dentro de un hospital. Esta actividad dependerá del tipo de población, de los servicios médicos que oferte el centro sanitario y de si el hospital ofrece el servicio de médico consultor.

La prevalencia de los trastornos cutáneos varía y depende de la población estudiada. La Encuesta de Salud y Nutrición de más de 20,000 estadounidenses no institucionalizados entre 1 y 74 años encontró que casi un tercio de las personas tenían una o más lesiones cutáneas significativas⁵⁷. Lookingbill⁵⁸ en 1988 examinó 1.106 pacientes dermatológicos y encontró hallazgos incidentales importantes en el 15%, incluyendo tumores malignos en el 2%, por lo que es de suponer que solamente por el hecho del fácil

acceso al dermatólogo, al menos un 2% de los pacientes ingresados tienen patología cutánea susceptible de ser valorada por un especialista. Arora y colaboradores²² encontraron manifestaciones cutáneas de una enfermedad subyacente en el 23% de los pacientes remitidos desde otras especialidades tanto hospitalarias como ambulatorias. Nahass y colaboradores⁴¹ en su estudio, reflejan que hasta el 77% de los hallazgos cutáneos, no fueron identificados por los médicos responsables del ingreso del paciente. La accesibilidad al dermatólogo y sagacidad clínica del médico responsable son los dos factores fundamentales para realizar en estos casos la solicitud de interconsulta.

5.2 Especialidades que consultan a Dermatología

En nuestra serie, al igual que en otras series publicadas^{21-25,28,30,31,33,36} Medicina Interna fue con el 21,5% de las consultas, la especialidad que más interconsultas demandó al Servicio de Dermatología, seguido de los Servicios de Pediatría, Neurología y Psiquiatría¹⁹. Este porcentaje de solicitudes de Medicina Interna es inferior a la de otras series publicadas que giran entorno al 50% en Kntonssopital en Suiza , Base Hospital en India o entorno al 45% en Groote Schuur Hospital en Sudáfrica o University Hospital en Alemania^{21,22,24,25}. El hecho de que sea la especialidad que más demanda interconsultas, se debe al número de pacientes ingresados en su cuidado y por las características de los pacientes con pluripatología y polimedicados, de ahí que los eccemas y las reacciones medicamentosas sean los motivos de consulta más frecuentes. El hecho de que en otras series Medicina Interna

ocupe aproximadamente la mitad de las interconsultas, creemos, se debe, a la organización de los hospitales donde probablemente el término Medicina Interna englobe otras especialidades. Las consultas de Neurología se deben al hecho de que la mayoría de los pacientes están postrados en cama, y notablemente, en nuestra serie¹⁹, así como en otras series^{26,30} los pacientes psiquiátricos son otro grupo que demanda muchas consultas de dermatología.

En el caso de pediatría con 11,4% de las consultas, coincide con el resto de series (8,9%-14%)^{22,23,25,31}. Esta especialidad engloba a toda la población infantil (menos de 14 años en nuestra serie) y los factores implicados en la solicitud de interconsultas son similares al Servicio de Medicina Interna en la edad pediátrica.

Un hecho destacable en nuestra serie es la baja consulta de los servicios quirúrgicos con respecto a otras series publicadas^{15,22,30,31} donde llegan a ocupar incluso el segundo servicio consultor por detrás de Medicina Interna (10,5%-29,7%), este hecho puede ser debido a la mentalidad quirúrgica, los breves periodos de ingreso tras las cirugías, o el manejo propio de heridas o úlceras por especialidades como Cirugía Plástica y Reparadora.

5.3 Calidad.

La labor de consultor requiere una relación entre el médico que solicita la consulta y el médico consultor. Una forma de evaluar esta relación es mediante encuestas de calidad. En la encuesta realizada, de 118 entregadas, sólo se completaron 83 (70%). Un tercio de las encuestas no valorables

correspondieron a servicios quirúrgicos (Neurocirugía, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Cirugía General y Digestiva). Tampoco se completaron encuestas en Pediatría. El hecho de que sólo hubiera una “regular” y ninguna “mala” sugiere que ofrecemos un buen servicio de consultor y que tenemos buen prestigio dentro del hospital. En cuanto a las sugerencias de mejora, se valoró positivamente, en varias ocasiones, la rapidez de actuación y disponibilidad y se recomendó hablar directamente con el facultativo que solicitó la interconsulta. Sabemos la importancia de la relación con el médico responsable del paciente. Debido a la organización del servicio de dermatología, en algunos casos, en la primera valoración, fue imposible hablar con el responsable. Recordemos que normalmente se ven las interconsultas al final de la mañana, una vez finalizada la consulta ambulatoria, cuando el médico de planta ya ha pasado visita o cuando coincide un cambio de turno con enfermería. Otra sugerencia era un especialista exclusivamente para ver interconsultas.

Aunque un 70% de participación es muy bueno y valorable, entendemos la dificultad en el quehacer diario hospitalario para buscar tiempo en completar una encuesta. En muchas ocasiones puede ser atribuible al no contacto directo con el responsable del paciente sino a través del enfermero de planta. Somos conscientes del sesgo de selección que supone una encuesta de este tipo, aun así estamos satisfechos con los resultados. No hemos encontrado ningún estudio que valore mediante encuesta de calidad el grado de satisfacción del médico solicitante.

5.4 Docencia.

La relación entre una especialidad médica y la Dermatología contribuye a mejorar la visión de nuestra especialidad y a ejercer docencia a nuestros colegas. En ocasiones los hallazgos cutáneos son sobrestimados por médicos no dermatólogos debido a la falta de formación en el examen cutáneo y al desconocimiento del comportamiento cutáneo en diferentes patologías. La contestación adecuada de la solicitud de interconsulta supone una verdadera educación continuada para el solicitante.

Las interconsultas hospitalarias obligan al dermatólogo a mantener el contacto con otras especialidades médicas, que es el entorno ideal para capturar las diferentes percepciones que otros médicos tienen de los pacientes y los dermatólogos^{27,59,60}. Esta relación ofrece una oportunidad para enseñar y una oportunidad para aprender. Uno de los aspectos más estimulantes de ver las consultas de pacientes hospitalizados es la interacción con nuestros colegas de otras especialidades. Existe una gran oportunidad para enseñar a nuestros colegas sobre las enfermedades dermatológicas interesantes y sobre la pistas que dan una correcta exploración cutánea. Un interesante trabajo es el de Antic y colaboradores en 2004 abordando este tema²⁷. Se revisaron 1.290 consultas de pacientes hospitalizados y compararon los diagnósticos en 1998 (el primer año que se estableció el Servicio de Dermatología) y varios años más tarde. Les interesó ver si sus colegas estaban aprendiendo dermatología. Observaron que las consultas por reacciones farmacológicas se redujeron de 10% a 4,2%. Del mismo modo, el intertrigo representó el 3,4% de consultas en 1998 y sólo el 1,2% en los últimos años. Relacionaron la disminución de esta consultas a su "efecto de

enseñanza". Sin embargo, no debemos infravalorar el conocimiento dermatológico de nuestros colegas. La consulta se realiza porque el médico solicitante no puede gestionar el problema dermatológico, que es la responsabilidad de nuestra especialidad⁶¹.

La organización de las interconsultas en nuestro ámbito hospitalario se basa en la valoración de las mismas por el médico residente de tercer año supervisado por un facultativo responsable del proceso. Se ha demostrado que existe un aprendizaje a partir de las consultas dermatológicas sobre los médicos que solicitan la consulta y sobre los residentes de dermatología^{27,60}, haciéndose imprescindible en el periodo de formación, una rotación en el campo de las interconsultas que capaciten para desarrollar unas actitudes y aptitudes¹⁹:

Actitudes:

- Estar disponible.
- Humildad: *Pensar primero en el diagnóstico más simple.*
- Enseñar con "tacto": *Está enseñando a otro médico o enfermera.*
- "Comentar" es gratis: *Hay aspectos que deben ser verbalizados en la medida de los posible.*
- Investigar por sí mismo: *La respuesta la puede encontrar hablando con el paciente, con la familia o en las notas de enfermería.*
- Hacer las pruebas que sean necesarias.

Aptitudes:

- Centrarse en el problema que se consulta.
- Establecer la urgencia: *debe ser establecida por el consultor y no por el peticionario.*

-Establecer un plan de acción.

-Anticiparse a la evolución o posibles problemas: *programar visitas sucesivas, escribir recomendaciones en la historia clínica.*

-Respuestas: Ser breve y específico. *Evitar el “copiar y pegar” en la historia clínica electrónica. La respuesta del consultor se copiará literalmente.*

También estamos en una posición única para aprender y obtener conocimiento acerca de enfermedades de nuestros compañeros de otras especialidades. Este conocimiento nos ayuda a entender la compleja interacción entre la piel y enfermedades sistémicas y nos permite cuidar a nuestros futuros pacientes con mayor eficacia.

5.5 Proyección de la Dermatología de Relación Hospitalaria.

La acción de consultor implica una relación entre varias especialidades médicas y el paciente que padece la patología por la que se consulta. Esta actividad no sólo implica la relación médico-paciente, también implica la relación médico-médico, médico-enfermería de planta y demás personal hospitalario que interviene en el ciclo de hospitalización. La palabra interconsulta viene del Latín “*consulere*”, cuyo significado es reunirse para deliberar con alguien por una transacción o interés. Médicamente es la reunión de dos partes para el cuidado del enfermo. De forma peculiar, esta relación es asimétrica en cuanto pericia y en cuanto estructura orgánica. Por un lado está el experto al que se le consulta, con un grado de pericia superior, y por otro lado el solicitante, que verdaderamente es el responsable del enfermo y de acatar, o no, las indicaciones del consultor.

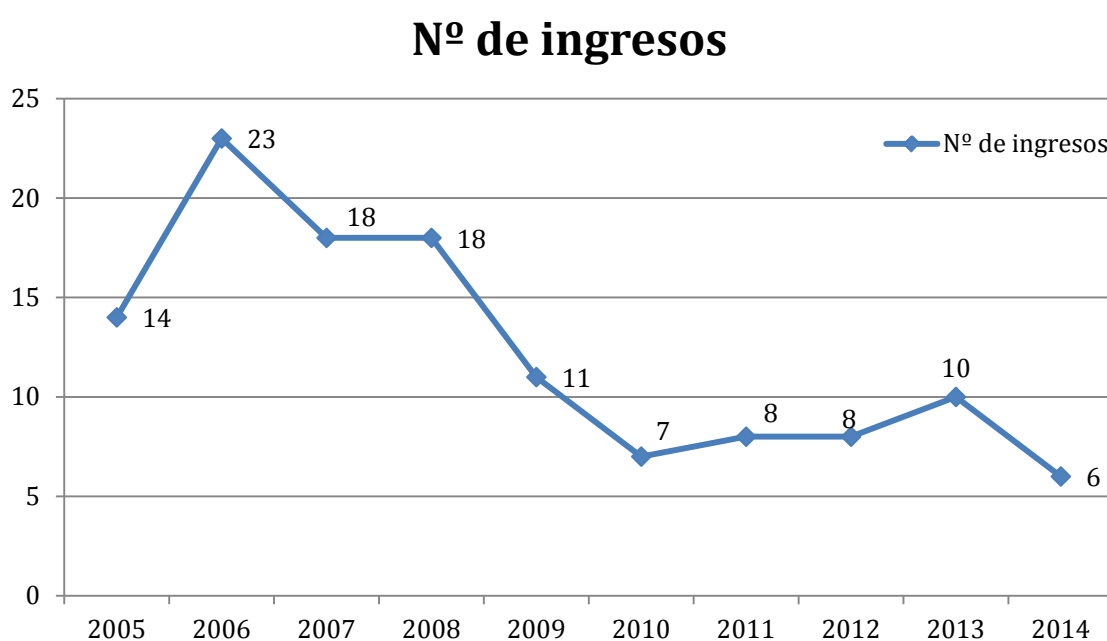
Con el avance de la medicina, los ingresos hospitalarios a cargo de

Dermatología están disminuyendo⁶² (fig. 18), surgiendo la necesidad de conocer el papel que en el futuro más inmediato deben jugar los dermatólogos en la medicina Hospitalaria. Tal como muestra nuestra casuística, los pacientes hospitalizados pueden sufrir afecciones dermatológicas raras o atípicas, en las que la importancia educativa del caso clínico excepcional es obvia, pero lo habitual es que la mayoría de los diagnósticos se correspondan con patología dermatológica común. Los dermatólogos consultores deben ser conscientes que los eccemas, reacciones medicamentosas y procesos infecciosos fúngicos o bacterianos serán los diagnósticos más frecuentes. En otro sentido, el dermatólogo consultor también juega un papel importante en el cuidado de pacientes ingresados que sufren patología dermatológica de riesgo vital. El manejo de reacciones adversas medicamentosas graves o procesos reactivos como eritrodermias psoriásicas o de origen atópico, requieren condiciones y cuidados especializados realizados por personal hospitalario entrenado en el manejo del proceso.

El tipo y número de interconsultas hospitalarias varía de acuerdo con el tipo de sistema sanitario, público o privado, la presencia de Servicios pediátricos u obstétricos en un hospital, el número de camas asignadas a Medicina Interna y obviamente, si el Servicio de Dermatología ofrece el servicio de consultor. Dado que solamente podemos jugar con la prestación de interconsultas por el Servicio de Dermatología, debiera ser nuestra responsabilidad como médicos garantizar en nuestro ámbito los mejores estándares en esta prestación. En las consultas de hospitalización, se debe recordar que se está publicitando la especialidad y que, por lo general, cuanto más eficaz sea, mayor será la demanda^{27, 63}.

Si bien sería muy valorable conocer en cada hospital los diagnósticos y características peculiares de los partes interconsulta, es obvio que es necesario mejorar la calidad prestada mediante la realización de encuestas de calidad a los facultativos de los Servicios solicitantes. Otro marco de actuación necesario es el conocimiento del valor económico real del parte interconsulta hospitalarios dermatológico, para valorar no solo científicamente y docentemente esta actividad, sino su valor en el mundo real.

Figura 18



***Datos facilitados por el Servicio de Admisión del CHUIMI**

VIII. CONCLUSIONES

VIII. CONCLUSIONES

- El Servicio de Dermatología atiende una media de 400 partes interconsultas al año.
- La actividad consultora del Servicio de Dermatología está por encima de la mediana de los Servicios consultores del Complejo.
- La mayoría de los diagnósticos corresponden a patología dermatológica común.
- Los grupos diagnósticos más prevalentes son Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (CIE-9: 680-709) y Enfermedades infecciosas y parasitarias (CIE-9: 001-139).
- Los diagnósticos específicos más frecuentes en la población ingresada general son consecuencia del ingreso: dermatitis de contacto (692.X) y toxicodermias (693.0).
- El diagnóstico específico más frecuente en la edad pediátrica es la dermatitis atópica (691.8).
- El tiempo medio de realización de un parte interconsulta hospitalario al Servicio de Dermatología es de 16,97 minutos.
- Las manifestaciones cutáneas relacionadas directamente con el ingreso se encuentran en el 26% de los casos.
- Las manifestaciones cutáneas ocasionadas por el ingreso se encuentran en el 20 % de los casos.

- La mitad de las consultas están solicitadas por manifestaciones cutáneas independientes del ingreso.
- En nuestro medio, el grado de satisfacción de los médicos solicitantes de interconsulta hospitalaria a Dermatología es alto.
- La valoración temprana contribuye a no perder diagnósticos cuyos signos pueden desaparecer en pocos días.
- El CIE-9-MC mejora la clasificación diagnóstica aunque sigue siendo incompleta en la patología cutánea.
- Se hace necesaria la figura institucional de médico consultor dentro de un Servicio de Dermatología de calidad.
- Se necesitan estudios de coste y eficiencia para plantear estrategias de ahorro en la prestación de partes interconsulta hospitalarios a Dermatología.
- Se necesitan estudios que profundicen en la labor pedagógica de los partes interconsulta hospitalarios en los médicos solicitantes.
- Se necesitan estudios que profundicen en la labor pedagógica de los partes interconsulta hospitalarios en el dermatólogo consultor.

IX. APÉNDICES

Apéndice II. Codificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC)⁶⁴.

<p>Enfermedades infecciosas y parasitarias</p> <p>Enfermedades infecciosas intestinales (001-009) Tuberculosis (010-018) Enfermedades bacterianas zoonóticas (020-027) Otras enfermedades bacterianas (030-041) SIDA e infección VIH (042) Poliomielitis y enfermedades víricas del SNC no mediadas por artrópodos (045-049) Víricas exantemáticas (050-057) Víricas mediadas por artrópodos (060-066) Otras por virus y <i>Chlamidias</i> (070-079) Rickettsiosis y otras enfermedades mediadas por artrópodos (080-088) Sífilis y otras venéreas (090-099) Otras enfermedades por espiroquetas (100-104) Micosis (110-118) Helmintiasis (120-129) Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (130-136) Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias (137-139)</p>
<p>Tumores</p> <p>Labio, cavidad oral y faringe (140-149) Digestivo y peritoneo (150-159) Respiratorio e intratorácico (160-165) Hueso, tejido conectivo, piel y mama (170-175) Sarcoma de Kaposi (176) Genitourinario (179-189) Otros y localización inespecífica (190-199) Linfático y hematopoyético (200-208) Benignos (210-229) In situ (230-234) Neoplasia de comportamiento incierto (235-238) Naturaleza inespecífica (239)</p>
<p>Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad</p> <p>Enfermedades del tiroides (240-246) Enfermedades de glándula endocrina (250-259) Deficiencias nutricionales (260-269) Otras metabólicas e inmunitarias (270-279) Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (280-289)</p>
<p>Enfermedades mentales</p> <p>Psicosis orgánicas (290-294) Otras psicosis (295-299) Neuróticas, alteraciones de la personalidad y otras no psicóticas (300-316) Retraso mental (317-319)</p>
<p>Enfermedades del sistema nervioso y sensorial</p> <p>Sistema nervioso central (inflamatoria) (320-326) Degenerativas y hereditarias del SNC (330-337) Otras del SNC (340-349) Sistema nervioso periférico (350-359) Enfermedades de los ojos y anejos (360-379) Enfermedades del oído y mastoide (380-389)</p>
<p>Enfermedades del sistema circulatorio</p> <p>Fiebre reumática aguda (390-392) Enfermedad reumática crónica del corazón (393-398) Enfermedad hipertensiva (401-405) Enfermedad isquémica del corazón (410-414)</p>

<p>Enfermedades de la circulación pulmonar (415-417) Otras formas de enfermedad cardiaca (420-429) Enfermedad cerebrovascular (430-438) Enfermedad de arterias, arteriolas y capilares (440-448) Enfermedad de las venas, linfáticos y otras (451-459)</p>
<p>Enfermedades del sistema respiratorio</p> <p>Infecciones respiratorias agudas (460-466) Otras del tracto respiratorio alto (470-478) Neumonía y gripe (480-487) EPOC y relacionadas (490-496) Pneumoconiosis y otras por agentes externos (500-508) Otras (510-519)</p>
<p>Enfermedades del aparato digestivo</p> <p>Cavidad oral, glándulas salivares y mandíbula (520-529) Esófago, duodeno y estómago (530-537) Apendicitis (540-543) Hernia de cavidad abdominal (550-553) Enteritis y colitis no infecciosas (555-558) Otras intestinales y peritoneo (560-569) Otras del aparato digestivo (570-579)</p>
<p>Enfermedades del sistema genitourinario</p> <p>Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (580-589) Otras del sistema urinario (590-599) Órganos genitales masculinos (600-608) Enfermedades de la mama (610-611) Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos (614-616) Otras genitales femeninas (617-629)</p>
<p>Complicaciones de la gestación, parto y puerperio</p> <p>Embarazo ectópico, molar y otros con desenlace abortivo (630-639) Complicaciones relacionadas con el embarazo (640-648) Parto normal y otras indicaciones para el cuidado del embarazo y parto (650-659) Complicaciones del parto (660-669) Complicaciones del puerperio (670-676)</p>
<p>Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo</p> <p>Infecciones de la piel y tejido subcutáneo (680-686) Otras enfermedades inflamatorias de la piel y tejido subcutáneo (690-698) Otras (700-709)</p>
<p>Enfermedades del sistema músculo esquelético y tejido conectivo</p> <p>Artropatías y relacionadas (710-719) Dorsopatías (720-724) Reumatismo, excluyendo la espalda (725-729) Osteopatías, condropatías y deformidades músculoesqueléticas adquiridas (730-739)</p>
<p>Anomalías congénitas (740-759)</p>
<p>Ciertas enfermedades originadas en el periodo neonatal (760-779)</p>
<p>Síntomas, signos y estados mal definidos (780-799)</p>
<p>Heridas e intoxicaciones (800-999)</p>



APÉNDICE III. ENCUESTA DE CALIDAD DE PARTES INTERCONSULTAS REMITIDOS AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

Estimado compañero:

Dentro del programa de calidad del Servicio de Dermatología estamos realizando una encuesta sobre los partes interconsultas hospitalarios solicitados. Por favor, sería de gran ayuda si pudiera contestar la encuesta adjunta sobre el paciente:

Deje la encuesta en la HC, que será recogida por el Servicio de Dermatología.
Gracias por su colaboración.

1. Diagnóstico de sospecha antes de emitir parte al Servicio de Dermatología:

2. Con respecto a la/las lesiones cutáneas ¿Se realizó tratamiento previo a la interconsulta?

- NO
 SI

¿cuál? _____

2. Tiempo de evolución de las lesiones:

- < 24 horas > 1 semana
 24 horas-1 semana > 1 mes

3. Relación de la patología a consultar con el ingreso:

- Forma parte del motivo del ingreso
 Proceso no relacionado con el motivo del ingreso
 Es consecuencia del ingreso
 Proceso crónico agravado en el ingreso

4. ¿En el momento actual, las lesiones cutáneas retrasan el alta hospitalaria del paciente?

- NO SI

5. Califique del 1 al 5 el grado de satisfacción de la consulta dermatológica

(1) Muy Mala (2) Mala (3) Regular (4) Buena (5) Muy Buena

6. ¿Qué mejoraría con respecto a la atención prestada?

7. Comentarios: _____

X. BIBLIOGRAFÍA

X. BIBLIOGRAFÍA.

1. <http://salud.laverdad.es/piel-y-estetica/dermatologia/1077-la-dermatologia-cumple-100-anos>
2. <http://www.historiadelamedicina.org/sydenham.html>
3. Sánchez Pérez M. (1997). *Introducción a la inmunología humana*. Madrid, España: Ed. Síntesis.
4. García Barrero PR. (1991). *Evolución del hospital*. Madrid, España: Ed. Informatizadas, S.A.
5. García Pérez A., Del Río de la Torre E. Los orígenes de la enseñanza de la Dermatología en España. *Actas Dermosifiliogr* 1997;88:421-433.
6. García Pérez A. Breve historia de la dermatología en España. *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:47-51.
7. Haggard HW. (1951). *El Médico en la Historia*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Suadamericana.
8. Terencio de las Aguas J. Historia de la lepra en España. *Piel* 2005;20:485-497.
9. Castejón Bolea R. La aparición de la Dermatología y Venereología como disciplina médica en España. *Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética Clínica* 2000;3:444-449.
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de Abril de 1986, Madrid.
11. Constitución Española. Título VIII. De la Organización Territorial del Estado. Capítulo Tercero. De las Comunidades Autónomas. Art. 148.
12. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003, Madrid.
13. Ginarte Val M. (2008). *Libro Blanco de la Dermatología Española*. Madrid, España: AEDV. Loki & Dimas.

14. Michel C. About liaison dermatology. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:641-642.
15. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, et al. Évaluation de l'activité hospitalière de consultation liaison en dermatologie á partir d'une enquête prospective multicentrique au sein d'un CHU français. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136:241-248.
16. Martín-Vegue AJ, Barquero-Vázquez JL, Herrera Castanedo. CIE-10(I): introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos* 2002;11:24-35.
17. Peñas PF, Jones Caballero M. (1996). Codificación de las Enfermedades Dermatológicas. Madrid, España: Drug farma.
18. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica. (2014). Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
19. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L. Dermatologist in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology* 2009;219:225-231.
20. Sherertz EF. Inpatient dermatology consultations at a medical center. *Arch Dermatol* 1984;120:1137.
21. Hardwick N, Saxe N: Patterns of dermatology referrals in a general hospital. *Br J Dermatol* 1986;115:167-176.
22. Arora PN, Aggarwal SK, Ramakrishnan SK. Analysis of dermatatological referrals (a series of 662 cases from Base and Army Hospital complex). *Indian J Dermatol* 1989;34:1-8.
23. Falanga V, Schachner LA, Rae V, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol* 1994;130:1022-1025.
24. Itin PH. Impact of a department of dermatology within the global concept of a large hospital setting-analysis of 594 consultations requested by non-dermatologists. *Dermatology* 1999;199:79.

25. Fischer M, Bergert H, Marsch WC. The dermatologic consultation. *Hautarzt* 2004;55:543-548.
26. Walia NS, Deb S. Dermatology referrals in the hospital setting. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70:285-287.
27. Antic M, Conen D, Itin PH. Theaching effects of dermatological consultations in the field of internal medicine. A study of 1290 inpatients. *Dermatology* 2004;208:32-37.
28. Mancusi S, Festa Neto C. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)* 2010;65:851-855.
29. Bauer J, Maroon M. Dermatology inpatient consultations: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:518-519.
30. 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;16:12.
31. Fernandez IC, Velho G, Selores M. Dermatology inpatients consultation in a Portuguese university hospital. *Dermatol Online J* 2012;18:16
32. Peñate Y, Borrego L, Hernández N, Diana I. Pediatric dermatology consultations: a retrospective analysis of inpatient consultations referred to the dermatology service. *Pediatr Dermatol* 2012;29:115-118.
33. Lorente-Lavirgen AI, Bernabeu-Wittel J, Pulpillo-Ruiz Á, de la Torre-García JM, Conejo-Mir J. Interconsulta hospitalaria en dermatología sobre una cohorte prospectiva en un hospital español de tercer nivel. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:148-155.
34. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA et al. Pediatric hospital dermatology: experience with inpatient and consult services at the Mayo Clinic. *Pediatr Dermatol* 2013;30:433-437.

35. McMahon P, Goddard D, Frieden IJ. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study of 427 cases. *J Am Acad Dermatol* 2013;68:926-931.
36. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA et al. Experience of a year of adult hospital dermatology consultations. *Int J Dermatol* 2014 Nov 10. Doi:10.1111/ijd.12555.
37. Srinivas SM, Hiremagalore R, Venkataramalah LD, Premalatha R. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study. *Indian J Pediatr* 2015;82:541-544.
38. <http://www.chuimi.es/Memoria/2014/asistencial.html>
39. Borrego L, Hernández N, Hernández Z, Peñate Y. Povidone-iodine induced post-surgical irritant contact dermatitis localized outside of the surgical incisión área. Report of 27 cases and a literatura review. *Int J Dermatol* 2015. En prensa.
40. Feldman SR, Fleischer AB, McConnell RC. Most Common Dermatologic 270 Problems Identified by Internists, 1990-1994. *Arch Inter Med*. 1998;158:726-730.
41. Nahass GT. Inpatient dermatology consultation. *Dermatol Clin* 2000;18:533-542.
42. Itin PH. Dermatologic consultations in the hospital Ward: the skin, an interdisciplinary organ. *Dermatology* 2009;219:193-194.
43. Benton EC, Kerr OA, Fisher A et al. The changing face of dermatological practice: 25 year´s experience. *Br J Dermatol* 2008;159:413-418.
44. Martínez-Morán C, Cordoba S, Navalon R, Borbujo J. Resultados de un estudio durante 2 años en consultas de dermatología de un hospital universitario. *Actas Dermosifiliogr* 2014;105:426-427.
45. Torrelo-Fernández A, Zambrano-Zambrano A. Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de dermatología pediátrica (1990-1999). *Actas Dermosifiliogr* 2002;93:369-378.

46. Casanova JM, Sanmartín V, Sorias X et al. Dermatosis infantiles en la consulta de dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:111-118.
47. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the región of Aargau, Switzerland. *Pediatric Dermatol* 2003;20:482-487.
48. Goh CL, Akarapanth R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. *Pediatr Dermatol* 1994;11:125-128.
49. Figueroa JI, Fuller LC, Abraha A, Hay RJ. The prevalence of skin disease among school children in rural Ethiopia. A preliminary assessment of dermatology needs. *Pediatr Dermatol* 1996;13:378-381.
50. Porter MJ, Mack RW, Chaudhary MA. Pediatric skin disease in Pakistan. A study of three Punjab villages. *Int J Dermatol* 1984;23:613-616.
51. Helms AE, Helms SE, Brodell RT. Hospital consultations: time to address an unmet need?. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:308-311.
52. KostECKI J. (2007). *Dermatology Practice Profile Survey 2007*. USA: American Academy of Dermatology Association.
53. Feldman SR, Fleischer AB Jr, Williford PM, White R, Byington R. Increasing utilization of dermatologist by managed care: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey, 1990-1994. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:784-788.
54. Martel R. Hospital Clínica Roca. San Fernando de Maspalomas. 4 de Junio de 2015. Comunicación Personal.
55. Hensen P, Fürstenberg T, Luger TA, Steinhoff M, Roeder N. Case mix measures and diagnosis-related groups: opportunities and threats for inpatient dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:582-588.

-
56. Hensen P, Beissert S, Bruckner-Tuderman L et al. Introduction of diagnosis-related groups in Germany: evaluation of impact on inpatient care in a dermatological setting. *Eur J Public Health* 2008;18:85-91.
57. Hu L, Haynes H, Ferrazza D, Kupper T, Qureshi A. Impact of specialist consultations on inpatient admissions for dermatology-specific and related DRGs. *J Gen Intern Med* 2013;28:1477-1482.
58. Lookingbill DP. Yield from a complete skin examination. Finding in 1157 new dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:31-37.
59. Fox LP, Cotliar J, Hughey L, Kroshinsky D, Shinkai K. Hospitalist dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:153-154.
60. Webb JM, Rye B, Fox L, Smith SD, Cash J. State of dermatology training: the residents' perspective. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:1067-1071.
61. Perry HO. Why a dermatology consultation?. *Cutis* 1999;63:316.
62. Kisner RS, Yang DG, Kerdel FA. The changing status of inpatient dermatology at American academic dermatology programs. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:755-757.
63. Remlinger KA. Cutaneous reactions to chemotherapy drugs: the art of consultation. *Arch Dermatol* 2003;139:77-81.
64. Tanaka PK. (1996). *Easy Coder. ICD-9 CM*. Montgomery, AL: Unicor Medical, Inc.

XI. PUBLICACIONES

Dermatologists in Hospital Wards: An 8-Year Study of Dermatology Consultations

Yeray Peñate Noemi Guillermo Priti Melwani Rosa Martel Leopoldo Borrego

Department of Dermatology, Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

Key Words

Dermatological consultation · Dermatology Service · Inpatient dermatology consultations · Consultations, retrospective study

Abstract

Background: The value of dermatologists as consultants is increasing. **Objective:** To evaluate the activity of dermatologists as inpatient consultants. **Methods:** Retrospective study of consultations to Dermatology of inpatients, visits per consultation, referral service, procedures performed, delay until visit and diagnoses based on ICD-9. **Results:** 3,144 requests generated 4,824 visits, 200 biopsies, 107 cultures and other procedures. The mean delay between request and visit was 0.75 days. The requesting service was recorded in 3,097 cases: 21.5% by Internal Medicine, 11.4% by Pediatrics, 8.3% by Neurology and 6.2% by the Infectious Diseases Unit. Follow-up was recommended in 12.4% by the Dermatology Service and in 8% by a dermatologist. Reliable diagnoses were recorded for 2,832 consultations. The most frequent diagnostic groups were diseases of the skin and subcutaneous tissue (ICD-9: 680–709) in 58%, infectious and parasitic diseases (ICD-9: 001–139) in 20%, and neoplasm (ICD-9: 140–239) in 5.7%. The most frequent diagnoses were contact dermatitis (ICD-9: 692.X) in 8.9%, drug reactions (ICD-9: 693.0) in 7.4%,

candidiasis (ICD-9: 112.X) in 7.1% and seborrheic dermatitis (ICD-9: 690) in 5.3%. **Conclusions:** Most diagnoses were of a specific cutaneous disease and the dermatologist would be in the best position to evaluate those that inpatients acquire.

Copyright © 2009 S. Karger AG, Basel

Introduction

Dermatology is an outpatient-based specialty that provides dermatological care to patients admitted to dermatology beds and to inpatients of other services [1]. As a result of the changing conditions in medical care, the number of patients admitted to dermatology services is decreasing, while the value of dermatologists as consultants within the hospital is increasing [2]. About 20% of the general population have skin diseases which are treated by local or systemic therapies so, clearly, inpatients will suffer numerous skin complaints regardless of the disease leading to hospitalization. The type and number of referrals from other services varies according to many factors such as the country's healthcare system, whether the center is a teaching hospital or private hospital, the presence of pediatrics and obstetrics services in a hospital, the proportion of beds allocated to internal medicine

Table 1. Referral services and most frequent diagnosis by service

Service	Referral	Total	%	First diagnosis by service	n	%
Internal medicine		676	21.5	Candidiasis	59	8.7
Infectious unit		196	6.2	Herpes simplex	16	8.1
<i>Medical service</i>		1,068	33.9			
Neurology	261		8.3	Candidiasis	23	8.8
Psychiatry	190		6.0	Seborrheic dermatitis	18	9.4
Hematology	152		4.8	Drug eruption	23	12.2
General surgery		188	5.9	Drug eruption	26	13.8
<i>Surgical service</i>		406	12.9			
Traumatology	145		4.5	Candidiasis	27	18.6
Neurosurgery	97		3.0	Candidiasis	18	18.5
Pediatrics		347	11.0	Atopic dermatitis	35	10.0
Intensive care unit		81	2.5	Herpes simplex/candidiasis	9/9	11.1
Gynecology and obstetrics		51	1.6	Polymorphic eruption of pregnancy	14	27.4
Rehabilitation and spinal cord paralysis unit		60	1.9	Folliculitis	8	13.3
Emergency		24	0.7	Impetigo/urticaria/erythroderma	2/2/2	8.3
Total		3,097	98.5			
Not available		47	1.4			

and medical specialties, and whether the dermatology service offers consultations [3, 4]. Few studies with comparable data are available regarding the role that our specialty plays in a hospital setting. In this study, we retrospectively analyzed the consultation caseload of the Dermatology Service for hospitalized patients over an 8-year period.

Patients and Methods

All consultations with hospitalized patients referred to the Dermatology Service of the Hospital Universitario Insular of Gran Canaria, between 1 January, 2000 and 31 December, 2007. This service offers consultations with patients admitted to the general hospital – with 370 beds and a reference population of 350,000 inhabitants – and to the Mother and Child Hospital (inpatients younger than 14 years and patients from the Gynecology and Obstetrics Services) – with a reference population of 210,000 inhabitants. Inpatients aged over 14 years allocated to dermatology beds and patients attending the day-care hospital were excluded from the study. Dermatology inpatients under 14 years of age were admitted to the Pediatric Service; these patients were included in the study. Patients from the Accident and Emergency Department were only included if the dermatologist made bedside visits in the department.

Since 1 January, 2000, the data from hospital dermatology consultation request forms have been systematically entered into a database (Microsoft Access; Microsoft Corp., Redmond, Wash.,

USA, Version 1997 up to 2003 and Version 2002 up to 2007). These data include clinical record number, requesting service, diagnostic tests performed, date of application, date of first visit, number of visits, need for follow-up by dermatology, and final diagnosis. Final diagnoses were classified according to the Spanish version of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-9) [5], which exactly matches the English version [6, 7]. Only the dermatologic complaint responsible for the consultation was recorded. On weekdays, each request was allocated to one of 5 different dermatology consultants, assisted by a third-year dermatology resident.

Results

We evaluated 3,144 requests for consultation, leading to 4,824 visits, 200 biopsies, 107 cultures and 38 other procedures (direct microscopic studies, cryotherapy, intralesional therapy and others). On average, 393 requests were made per year, and these were evenly distributed throughout the study period. In this same period, the annual average number of first visits to the outpatient clinic of the Hospital Dermatology Service was 2,500. For 2,257 (72%) consultations, complaints were resolved with a single visit, while 8 patients needed 10 or more visits. The average delay between request and visit was 0.75 days. The requesting service was recorded in 3,097 cases

Table 2. Diagnoses (ICD-9 code)

Disease	Total	%	Disease	Total	%
<i>Infectious and parasitic diseases</i>	583	20.1	<i>Diseases of skin and subcutaneous tissue</i>	1,689	58.3
Bacterial diseases including rickettsioses and syphilis	25	0.8	Infections	83	2.8
Viral diseases	238	8.2	Inflammatory disorders	1,039	35.9
Herpes simplex (053.X)	89		Seborrheic dermatitis (690)	151	
Herpes zoster (054.X)	86		Atopic dermatitis (691.8)	104	
Mycoses	277	9.5	Exogenous dermatitis (692.X)	252	
Candidiasis (112.X)	201		Drug reaction (693.0)	210	
Parasitic diseases	43	1.4	Bullous dermatosis (694)	19	
Scabies (133.0)	24		Psoriasis (696.1)	91	
<i>Neoplasms</i>	166	5.7	Pruritus and related conditions (698)	109	
Malignant neoplasm including lymphoid	90	3.1	Other skin conditions	567	19.6
Malignant melanoma of skin (172.X)	6		Actinic keratosis (702.0)	18	
Malignant skin neoplasm (173.X)	47		Seborrheic keratosis (702.1)	44	
Metastases to skin (199)	12		Nail diseases (703)	23	
Kaposi sarcoma (176.0)	10		Hair follicle diseases (704)	82	
Benign neoplasm	65	2.2	Folliculitis (704.8)	65	
Neoplasm uncertain behavior	7	0.2	Acne (706.1)	32	
Carcinoma in situ	4	0.1	Xerosis (706.8)	81	
<i>Endocrine metabolic immunity diseases</i>	35	1.2	Chronic skin ulcers (707.X)	86	
Metabolic diseases	35	1.2	Urticaria (708.X)	52	
<i>Diseases of the blood</i>	108	3.8	Pigmentation (709.0X)	22	
Vasculitis/allergic purpura (287.0)	50		<i>Diseases of musculoskeletal and connective tissue</i>	17	0.5
Purpura (287.2)	56		Systemic erythematous lupus (710.0)	2	
<i>Diseases of the circulatory system</i>	58	2	Dermatomyositis (710.3)	7	
Diseases of arteries and capillaries	18	0.6	Panniculitis not erythema nodosum (729.30)	6	
Diseases of veins and lymphatic vessels	40	1.4	<i>Congenital anomalies</i>	29	1
Venous ulcer (454.0)	11		Congenital anomalies of the integument	29	1
<i>Diseases of the digestive system</i>	15	0.5	Nevus flammeus (757.32)	10	
Diseases of the oral soft tissue of the mouth	15	0.5	<i>Symptoms, signs and ill defined conditions</i>	21	0.7
<i>Complications of pregnancy</i>	18	0.6	<i>Injury, burns and trauma</i>	74	2.5
Complications related to pregnancy	18	0.6	<i>Miscellaneous</i>	19	0.6
			Total diagnoses		
			Not hospitalized at time of visit	15	0.5
			Without cutaneous lesions	41	1.4
			Exitus at visit	5	0.1
			Total (of 3,144 requests)	2,893	100.00

(98.5%), with 21.5% corresponding to Internal Medicine, 11.4% to Pediatrics, 8.3% to Neurology and 6.2% to the Infectious Diseases Unit. Surgical Services had a lower percentage of requests (table 1). On discharge, 12.4% of the patients were advised to attend a follow-up visit with the Dermatology Service of the hospital, and 8% with a dermatologist. At the time of the visit, 15 patients had been discharged from hospital, 5 had died, and 41 patients had no valuable clinical lesion or complaint. In 251

cases (8.0%), the diagnosis was not available because it was erroneously recorded in the database or was not sufficiently well documented because the results of complementary tests only became available after the patient had been discharged. Reliable diagnoses were recorded for 2,832 consultations (90.1%). The most frequent diagnostic groups were diseases of the skin and subcutaneous tissue (ICD-9: 680–709) in 58%, infectious and parasitic diseases (ICD-9: 001–139) in 20% and neoplasms (ICD-9:

Table 3. Literature review

Author [ref.]	Institution/city/country	Total	Study period months	Services with highest demand	Most frequent diagnoses
Sherertz [8]	Gainesville Hospitals USA	700	12	Not available	Systemic disease manifestations 9.4% Drug reaction/dermatitis 9.2% Superficial dermatophyte/candida 9.1%
Hardwick [9]	Groote Schuur Hospital Cape Observatory South Africa	500	16	Internal medicine 45.6% General surgery 10.6% Obs & Gyn 8.4%	Dermatitis 17.1% Drug reaction 10.5% Superficial fungal infections 7.0%
Falanga [10]	Jackson Memorial Hospital Miami USA	591	8	Medicine 39% Emergency 16% Pediatrics 14%	Miscellaneous 48% Drug eruption 8.8% Atopic dermatitis 5.1%
Itin [11]	Kantonsspital Aarau Switzerland	594	12	Internal medicine > 50%	Infections 21.7% Drug reactions 9.8% Fungal Infections 8.9%
Fischer [12]	University Hospital Halle Germany	2,390	24	Internal medicine 42.8% Pediatrics 11.7% Neurology 9.9%	Infections 24.4% Candidiasis 23.9% Allergic dermatosis 9.2% Eczema 12.4%
Walia [13]	158 Base Hospital Secunderabad India	971	60	Surgery 29.8% Medicine 29.7% Psychiatry 16.4%	Allergic/vascular reactions 30.2% Infections 29.8% Papulosquamous 9.7%
Present	Hospital Insular Las Palmas Spain	3,144 ¹	96	Internal medicine 21.5% Pediatrics 11.4% Neurology 8.3%	Contact dermatitis 8.9% Drug eruption 7.4% Candidiasis 7.1%
Arora ² [14]	Base Hospital Delhi India	662		Internal medicine 49.8% Surgery 22.7% Pediatrics 9.8%	Systemic disease manifestations 23% Drug eruption 9.1%
Antic [15]	Kantonsspital Aarau Switzerland	1,290	36	Only data from internal medicine and subspecialties	Eczema 12.6% Cutaneous precancerosis 6.2% Drug eruption 4.2%

¹ 2,832 cases with diagnosis and 3,097 cases with referral service.

² Study of inpatients and outpatients referred to dermatology by other medical services.

140–239) in 5.7%. The most frequent specific diagnosis were contact dermatitis (ICD-9: 692.X) in 8.9%, drug reactions (ICD-9: 693.0) in 7.4%, candidiasis (ICD-9: 112.X) in 7.1% and seborrheic dermatitis (ICD-9: 690) in 5.3% (table 2).

A literature search yielded 8 relevant articles (table 3) [8–15], of which one included inpatients and outpatients [14] and another was about patients referred from Internal Medicine [15].

Discussion

The word *consultation* comes from the Latin ‘*consultare*’, to take advice or counsel, and represents the action of two parties at different hierarchical levels reaching a decision. Interestingly, two types of hierarchy are implicated in a medical consultation; the consultant doctor has greater knowledge but the referring physician is the one who makes the final decision. Although dermatologists in hospital wards are increasingly tending to act as consultants rather than treating physicians of inpa-

Table 4. Recommendations to perform a valuable consultation [based on references 2, 3, 23 and 24]

Attitude	<p>Be available</p> <p><i>Humility:</i> Think first in the simplest diagnosis.</p> <p><i>Teach tactfully:</i> You are teaching to another doctor or to a nurse.</p> <p><i>'Comment' is cheap:</i> There are aspects that must be spoken and not in writing. Verbalize the consultation as much as possible.</p> <p><i>Investigate by yourself:</i> The answer may be found in the patient's talk, in his family or in the nurses' notes. Make the necessary tests by yourself.</p>
Aptitude	<p>Focus on the problem of consultation</p> <p><i>Establish the urgency:</i> Urgency should be established by the consultant, not the petitioner.</p> <p>Establish plans of action</p> <p><i>Anticipate possible evolution and potential problems:</i> Program periodic follow-ups, make recommendations on clinical notes.</p> <p><i>Answers:</i> Be brief and specific. Beware of 'copy and paste' effects in electronic clinical records. Your description and your misspellings will be copied literally.</p>

tients [3, 16], this activity as consultants has been little studied. This is also true of other specialties, such as Neurology [17], but contrasts with certain services, such as Internal Medicine [4, 18]. Inpatients may suffer from rare and atypical dermatological complaints, which may be overemphasized in the medical literature. However, while the educational importance of case reports of exception situations is obvious, the consulting dermatologist must be aware that most diagnoses will correspond to common [3] although not unimportant processes [8, 13]. Moreover, it is surprising that there are so few published series about hospital dermatological consultation, especially in view of the intense workload created by demand [4, 12].

Of the studies available, Fischer et al. [12] are the only authors who recorded the number of visits to each patient. They reported that 85.7% of their patients were managed with a single visit, in line with our results (71.8%). One visit was enough for the vast majority of patients, suggesting that most of complaints corresponded to common processes in which clinical diagnosis was sufficient to enable the referring physician to treat the patient. This finding is consistent with the observation that only 20% of the patients required dermatologic follow-up after discharge from the hospital, also suggesting that most diagnosed processes resolved with appropriate

treatment. Although few patients required more than 10 visits during their hospital stay, this should nevertheless be highlighted.

In our series, as well as in other published series [9, 11–13], Internal Medicine placed the heaviest demand on dermatological services. Internal Medicine was followed in terms of demand by Pediatrics, Neurology and Psychiatry [10, 12]. The substantial number of requests by Internal Medicine and Pediatrics correlates with the number of patients admitted to their care; consultations from Neurology are due to the fact that patients are bed-ridden, and noticeably, in our series as well as in other series [10, 13], psychiatric patients are another group who demand many dermatology consults.

To our knowledge, this study – with 2,832 dermatological diagnoses recorded – is the largest series reported. While some studies report a greater number of annual consultations, their duration was shorter (table 3). The weakness of our study is that some final diagnoses and diagnostic tests results, which were delivered after hospital discharge, might have not been recorded. The number of diagnostic tests requested by Dermatology in referred patients varies widely in the different series, ranging from 34.6% in Falanga et al. [10] to 8% in Arora et al. [14] and 6.4% in our study. Of note is that the number of biopsies is higher in prospective studies [10] than in retrospective ones [14, 15]. On comparison of our series with those in the literature, we find different criteria for classifying the diagnoses [7, 8, 10, 12, 15]. While it is clear that in some series, eczema and infections predominate [8, 13], it is not clear that the diagnostic classification criteria are homogeneous (table 3). Our study is the only one with a database based on the universally accepted ICD-9 classification to record diagnoses. Thus, even though this classification has limitations regarding diagnosis of dermatological diseases, these diagnoses are comparable to those of other ones generated in different medical specialties or languages [7, 19].

The most frequent diagnoses according to this classification were related to diseases of the skin and subcutaneous tissue (ICD-9:680–709), reflecting the fact that most of the complaints were strictly dermatological and that the dermatologist was the best trained member of staff to treat them. The next most frequent group was infectious diseases and parasites (ICD 9: 001–139), followed, a long way behind, by the other groups of the ICD-9. Within the groups, contact dermatitis – probably irritative in most cases – was the most frequent complaint; however, allergy during hospital stay cannot be ruled out. Sweating, detergents used to clean bedclothes, soaps used

in vigorous washing of patients, antiseptics in general and specifically in surgical washing preparations, dressing occlusion, bed confinement, and monitoring with catheters or pressure tubes are factors that together can cause contact dermatitis. Contact dermatitis is rarely suggested as a diagnosis in the studies reviewed, perhaps because it is hidden by the broad general terms of 'dermatitis,' 'eczema' or 'others' [1, 12, 15]. The etiological importance of this diagnosis would therefore be underestimated. The etiology is sometimes multifactorial, and often requires study of nursing care reports to be resolved. 'Dermatitis', not specified, is the second most frequent diagnosis in outpatient dermatology and its high prevalence among admitted patients should not be a surprise [7]. In our series, drug reaction is the second most frequent cause for consultation, and is also found among the leading causes in the literature (table 3) [8–11]. In our series, we did not specify how many patients had an initial diagnosis of drug reaction that was later changed to any type of inflammatory dermatitis [10], but we reasoned that diagnosis of any dermatitis ruling out a drug reaction is equally relevant to the patient for the reason that it excludes a change in the prescribed treatment [10]. As in other studies, candidiasis was among the most frequent causes for consultation and the most frequent infectious disease [8, 12]. Seborrheic dermatitis was also a frequent complaint [8]. While the incidence or severity of this condition might be higher among admitted patients, factors such as the high prevalence in the general population may also explain why this was a common cause of consultation.

Our system of assigning a third-year resident (programs last 4 years) and distributing the consultations among the medical staff of the service has proven useful

and enriching, as it ensures the dermatologist is kept in contact with everyday hospital life [2, 4, 15, 20]. This system allows for advanced dermatology residents to be in charge of patient follow-up, thereby helping to achieve the controlled transfer of responsibility necessary for their training [1]. Hospital ward visits require the dermatologist to remain within all medical specialties [3, 16], which is the ideal environment to capture the different perceptions that other physicians have of patients and dermatologists. We should not underestimate the dermatological knowledge of our colleagues because they request a consultation. The consultation is made because the requesting doctor cannot manage the dermatological issue, which is the responsibility of our specialty [2, 10, 21]. In inpatient consultations, we must remember that we are publicizing our specialty and that, normally, the more effective we are, the higher the demand will be [15, 22] (table 4). Another important conclusion of our study is that performing consultations for hospitalized patients is a considerable workload that has to be taken into account in the schedule of any Dermatology Service. As our series shows, most of these diagnoses are directly related to dermatological processes (ICD-9: 680–709), confirming that dermatologists are the best qualified physicians to resolve a great number of conditions affecting inpatients (table 4) [1].

Acknowledgments

We are indebted to Delia Falcon-Castellano, Secretary at the Dermatology Service, who was in charge of data entry. All authors had full access to all the data in the study and take responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

References

- 1 Kerdel FA: Hospital dermatology: are dermatologists spectators or players? *Arch Dermatol* 2000;136:65–66.
- 2 Chren MM: Dermatologic consultations – how can we know if we are effective? Initial methodologic considerations for the critical assessment of medical interventions performed by physicians. *Arch Dermatol* 1994; 130:1052–1054.
- 3 Nahass GT: Inpatient dermatology consultation. *Dermatol Clin* 2000;18:533–542.
- 4 Montero Ruiz E, López Álvarez J, Hernández Ahijado C: A study of interconsultations requested to an internal medicine department. *Rev Clin Esp* 2004;204:507–510.
- 5 <http://www.msc.es/estadEstudios/ecie9mc/webcie9mc/webcie9mc.htm>. Accessed June 16, 2008.
- 6 <http://www.dmi.columbia.edu/hripcsak/icd9/>. Accessed June 16, 2008.
- 7 Feldman SR, Fleischer AB, McConnell RC: Most common dermatologic problems identified by internists, 1990–1994. *Arch Intern Med* 1998;158:726–730.
- 8 Sherertz EF: Inpatient dermatology consultations at a medical center. *Arch Dermatol* 1984;120:1137.
- 9 Hardwick N, Saxe N: Patterns of dermatology referrals in a general hospital. *Br J Dermatol* 1986;115:167–176.
- 10 Falanga V, Schachner LA, Rae V, et al: Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol* 1994;130:1022–1025.
- 11 Itin PH: Impact of a department of dermatology within the global concept of a large hospital setting – analysis of 594 consultations requested by non-dermatologists. *Dermatology* 1999;199:79.
- 12 Fischer M, Bergert H, Marsch WC: The dermatologic consultation. *Hautarzt* 2004;55: 543–548.

- 13 Walia NS, Deb S: Dermatology referrals in the hospital setting. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70:285–287.
- 14 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.
- 15 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;208:32–37.
- 16 Fox LP: Inpatient dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2007;26:131–132.
- 17 Más Sesé G, Hernández Hortelano E, González Caballero G, et al: A descriptive study of intrahospital consultation to a neurological department. *Neurologia* 2006;21:400–404.
- 18 Gross RJ, Caputo GM (eds): Kammerer and Gross' *Medical Consultation: The Internist on Surgical, Obstetric, and Psychiatric Services*, ed 3. Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.
- 19 Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, et al: Childhood dermatosis in a dermatology clinic of a general university hospital in Spain. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:111–118.
- 20 Feldman SR: Looking beyond the borders of our specialty: The 2006 Clarence S. Livingston MD Lecture. *Dermatol Online J* 2007;13:20.
- 21 Perry HO: Why a dermatologic consultation? *Cutis* 1999;63:316.
- 22 Remlinger KA: Cutaneous reactions to chemotherapy drugs: the art of consultation. *Arch Dermatol* 2003;139:77–81.
- 23 Goldman L, Lee T, Rudd P: Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med* 1983;143:1753–1755.
- 24 Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL: Principles of effective consultation: an update for the 21st-century consultant. *Arch Intern Med* 2007;167:271–275.

BRIEF REPORT

Pediatric Dermatology 1–3, 2011

PEDIATRIC DERMATOLOGY CONSULTATIONS: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF INPATIENT CONSULTATIONS REFERRED TO THE DERMATOLOGY SERVICE

Abstract: To analyze the care provided by consultant dermatologists to hospitalized pediatric patients, we retrospectively studied the records of inpatient pediatric consultation requests received by a hospital dermatology department between 2000 and 2009. The diagnoses were recorded according to the *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)*. In a high percentage of cases, the problem was addressed in a single visit, and few additional tests were ordered. The most common diagnostic groups were diseases of the skin and subcutaneous tissue (ICD-9: 680–709). The most frequent specific diagnosis was atopic dermatitis (ICD-9: 691.8). Our series shows that the role of dermatologists as consultants for pediatric inpatients is similar to their role in outpatient consultations.

Although 12% of general dermatology consultations are pediatric cases (1), the role of consultant dermatologists in pediatric wards has not been analyzed. This is a retrospective study of pediatric inpatient consultations handled by a dermatology service over a 9-year period.

All consultations for inpatients younger than 14 were analyzed. With administrative data, we included tests performed, number of visits, need for follow-up, and definitive diagnosis. Diagnoses were classified according to the Spanish version of the *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)* (2) (Table 1).

We evaluated 387 requests, which gave rise to 606 visits, 24 biopsies, 22 cultures, and eight other procedures. In 288 (74%) cases, the complaint was resolved with a single visit. On discharge, 11.6% of patients were advised to attend follow-up in the hospital's dermatology service. Reliable diagnoses were recorded for 340 cases (87.8%). The most common diagnostic groups were diseases of the skin and subcutaneous tissue (ICD-9:

680–709; 49%) and infectious and parasitic diseases (ICD-9: 001–; 14.7%) (Table 1). The most common specific diagnoses according to age group were erythematous conditions (ICD-9:695.X) in neonates and atopic dermatitis (ICD-9: 691.8) in the other groups (Table 2).

Our Pediatric Department is second in consultation volume to Internal Medicine at our hospital, accounting for 11% of all inpatient consultations requested (3). Comparison of the data for children and adults shows that eczema and infectious processes are the most common diagnoses (3). Nonspecific dermatitis was the second-most-common diagnosis in neonates (Table 2). These processes are ambiguous at this time and may be due to different causes.

Although ICD-9 coding is limited for dermatology, the classification provides a standard system that facilitates comparison between studies undertaken in different settings. Atopic dermatitis was also the most common presenting complaint in epidemiological case series of pediatric outpatients in our reference population (4) and in other developed countries (1,5). The second presenting complaint in outpatients (melanocytic nevus) accounted for a much lower percentage of consultations, most probably because it is not a condition addressed in hospitals. In line with our study, a high percentage of outpatients (1) required only one visit, suggesting that the clinical management is similar in both settings, with pediatricians being responsible for follow-up of the process.

After hospitalization, the pediatric department may request a consultation for a skin-related disease, when a dermatologic complication arises, when an existing condition is exacerbated, or when a pediatrician asks the dermatologist to assess an existing condition. We have previously published a series of recommendations for ensuring effective consultations (3). In our experience, there is an additional consideration in pediatric consultations, namely, the need for the consultant to talk to the child's parents. This communication is necessary for appropriate clinical investigation, and, at the same time, can reduce the anxiety of the parents.

The quality of our consultations is one of the ways our nondermatologist colleagues most closely assess us dermatologists. Our consultation reports provide opportunities for teaching and learning as well as for treating young patients worthy of all our care and attention.

DOI: 10.1111/j.1525-1470.2011.01406.x

TABLE 1. Diagnoses

Disease (<i>International Classification of Diseases, Ninth Revision</i> code)	Total	%
Infectious and parasitic diseases	57	14.7
Viral diseases	32	8.2
Gianotti Crosti syndrome (057.80)	1	
Viral exanthem (057.9)	5	
Herpes simplex (054.9)	8	
Chicken pox or herpes zoster (052.9, 053.9)	9	
Warts (078.X)	3	
Molluscum contagiosum (078.0)	6	
Mycoses	18	4.6
Candidiasis (112.X)	10	
Tinea (110.X)	7	
Pityriasis versicolor (111.0)	1	
Parasitic diseases	6	1.5
Pediculosis (132.X)	1	
Scabies (133.0)	5	
Other and unspecified infectious diseases (136.1)	1	0.2
Neoplasms	25	6.4
Malignant neoplasms including lymphoid	1	0.2
Benign neoplasm	20	5.1
Melanocytic nevus including congenital nevi and Mongolian spot (216.X)	10	
Other nonmelanocytic neval lesions and hamartomas (216.X) (229.90), Koenen's tumor (216.9732)	10	
Neoplasms of uncertain behavior	4	1
Neurofibromatosis (237.7)	2	
Mastocytosis (238.X)	2	
Endocrine, metabolic, and immunity disorders (270.2) (272.60) (279.90)	3	0.7
Diseases of the blood	10	2.5
Vasculitis, purpura (287.0)	9	
Fanconi's anemia (284)	1	
Diseases of the circulatory system	9	2.3
Diseases of arteries and capillaries	9	2.3
Kawasaki disease (446.1)	3	
Nodular vasculitis (446.80@)	1	
Janeway lesions (446.851@)	1	
Acute hemorrhagic edema of infancy (446.86@)	3	
Telangiectasia (448.90)	1	
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	190	49
Infections (682.9) (684) (686)	14	3.6
Inflammatory conditions	149	38.5
Diaper dermatitis (691.0)	8	
Seborrheic infantile dermatitis (690.12)	15	
Atopic dermatitis (691.8)	56	
Exogenous dermatitis (692.X)	13	
Dermatitis, not otherwise specified (709.90)	12	
Drug reaction (693.0)	13	
Chronic bullous disease of childhood (694.840)	1	
Erythematous conditions (695.0) (695.1) (695.2) (695.4) (695.9)	30	
Lichen nitidus (697.1)	1	
Other diseases of the skin (703, 704, 705, 706.12, 707.X, 708.X, 709.018, 709.2, 709.3)	27	6.9
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	2	0.5
Dermatomyositis (710.3)	2	
Congenital anomalies	27	6.9
Congenital anomalies of the integument	23	5.9
Ichthyosis congenita (757.1)	5	
Ectodermal dysplasia (757.31)	1	
Café-au-lait spots (757.32)	4	
Port wine stain (757.32)	7	
Hemangiomas (757.32)	4	
Hypomelanosis (mosaicism) (757.331)	1	
Dystrophic epidermolysis bullosa (757.39)	1	
Other congenital anomalies (756.591, 759.5, 759.66)	4	1
Symptoms, signs and ill-defined conditions (782.70, 785.4)	3	0.7
Injury, burns, and trauma (919.4, 999.5, 949.X)	14	3.6
Residual lesions	2	0.5

TABLE 1. (Continued)

Disease (<i>International Classification of Diseases, Ninth Revision</i> code)	Total	%
Total diagnoses		
Not hospitalized at time of visit	4	1
No apparent lesion at time of visit	7	1.8
Discharged prior to diagnostic test results	34	8.7
	387	100.00

@: The number of four digits codes has been extended by the need to reach the whole necessary detail in the pathologies. The new codes of four digits are written by the symbol "@" for its location.

TABLE 2. Most Common Diagnoses According to Age Group

Age group	Total	%	Three most common diagnoses	n	%
Neonates	110	28.4	Erythematous conditions	14	12.7
			Dermatitis	12	10.9
			Melanocytic nevus including Mongolian spot	9	8.1
Infants	130	33.5	Atopic dermatitis	33	25.3
			Irritant dermatitis	7	5.3
			Seborrheic dermatitis/erythematous conditions	6/6	4.6
Preschool children	77	19.8	Atopic dermatitis	10	12.9
			Drug reaction	7	9
			Erythematous conditions	6	7.7
School-aged children	70	18	Atopic dermatitis	13	18.5
			Erythematous conditions	4	5.7
			Drug reaction	4	5.7
Total	387	100			

Neonates (0–28 days); infants (29 days to 18 mos); preschool children (19 mos to 6 yrs); school-aged children (7–14 yrs).

REFERENCES

- Casanova JM, Sanmartín V, Soria X et al. Childhood dermatosis in a dermatology clinic of a general university hospital in Spain. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:11–118.
- Available at <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>, Accessed 2010.
- Peñate Y, Guillermo N, Melwani P et al. Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology* 2009;219:225–231.
- Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Incidence of cutaneous diseases in a pediatric dermatology clinic (1990–1999). *Actas Dermosifiliogr* 2002;93:369–378.
- Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol* 2003;20:482–487.

YERAY PEÑATE, M.D.
LEOPOLDO BORREGO, M.D.
NOELIA HERNÁNDEZ, M.D.
DIANA ISLAS, M.D.
Dermatology Department, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

Address correspondence to Yeray Peñate, M.D., Dermatology Department, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Avda Marítima s/n, CP 35016, Las Palmas de Gran Canaria, Spain, or e-mail: ypenate@aedv.es.