



Universidad de Valladolid

FACULTAD de MEDICINA

**DEPARTAMENTO de MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y
TOXICOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL:

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE
URGENCIAS DE DERMATOLOGÍA EN EL
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE
VALLADOLID**

Presentada por Alba Sofía Santamarina Albertos
para optar al grado de Doctora por la
Universidad de Valladolid

Dirigida por:

Prof. Dr. Antonio Dueñas Laita

Dr. Alberto Miranda Sivelo

2016

AGRADECIMIENTOS:

Quisiera manifestar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido con su colaboración y estímulo al desarrollo de esta tesis doctoral:

- En primer lugar al Profesor Alberto Miranda Romero, mi maestro en Dermatología a quien debo agradecer el estímulo para el inicio y realización de esta tesis, así como el aprendizaje del buen ejercicio de la especialidad.
- A los Directores Alberto Miranda Sivelo y Antonio Dueñas Laita, por su intensa dedicación en el periodo previo a la presentación de esta tesis, sin cuya participación este proyecto no hubiera sido posible.
- Al Profesor Manuel Garrosa en su figura de tutor, por su atención solícita y su disponibilidad.
- A Dña. M^a Fe Muñoz, que desde el Servicio de Apoyo a la Investigación Biomédica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid ha contribuido de forma decisiva en el análisis estadístico de los datos y en la orientación acerca de lo relativo a este campo.
- A todos los compañeros adjuntos y residentes que colaboraron en la atención de los pacientes cuyos datos forman parte de este estudio; P. Manchado, V. Torrero, MH. Aragonese, T. García Mesa, C. Sanz, JA. Tejerina, R. Muñoz, AJ. García, G. Martín, D. Prades, C De Hoyos y T. Kueder.
- A todos aquellos amigos y conocidos que de una forma u otra han contribuido con ideas, sugerencias, soluciones y siempre apoyo: C García, S Sánchez, M González, J Coullaut.
- Y por supuesto a mi marido Julián por su paciente espera, estímulo, apoyo y comprensión.

DEDICATORIA:

A mis padres, porque sin ellos nada de lo que soy sería posible.

A mi marido, pilar fundamental de sustento en mi vida.

Siempre gracias

ÍNDICE

INDICE:

Agradecimientos	4
Dedicatoria	5
Índice	6
I- INTRODUCCIÓN	12
1- Concepto de Urgencia y Emergencia.....	12
2- Urgencia y emergencia en Dermatología.....	13
3- Rasgos generales de la demanda dermatológica urgente.....	14
4- Estado Actual de las urgencias en dermatología.....	16
4.1- Urgencias dermatológicas en el ámbito nacional.....	16
4.1.1-Papel del dermatólogo en la atención de dermatosis en urgencias.....	18
4.1.1.1- Características diferenciales de la atención por dermatólogos y no dermatólogos.....	18
4.1.1.2- Relevancia para el residente de Dermatología.....	22
4.2- Urgencias dermatológicas en el ámbito internacional.....	24
5- Organización general de la atención sanitaria urgente y no urgente en Castilla y León.....	32
5.1- Organización del sistema sanitario en Castilla y León.....	32
5.2- Organización de la atención sanitaria Urgente en Castilla y León.....	35
5.3- Organización de la asistencia sanitaria urgente en el Área de Salud de Valladolid Este.....	36
6- Utilización adecuada o inadecuada de las urgencias hospitalarias.....	39
6.1- Factores condicionantes de la inadecuación de las urgencias hospitalarias.....	40
6.2- Inadecuación de las urgencias en dermatología.....	42
7- La dermatología en consulta de atención primaria.....	43
8- Dermatología y Calidad de vida.....	45
II- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	49

III: MATERIAL Y MÉTODOS	51
1- Características del estudio.....	51
1.1. Ámbito de realización.....	51
1.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	51
1.2.1. Criterios de inclusión.....	51
1.2.2. Criterios de exclusión.....	52
2. Recogida de datos y variables del estudio.....	53
2.1. Ficha de recogida de datos.....	53
2.2. Variables del estudio.....	54
2.3. Otros aspectos.....	69
3. Aprobación del estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica y la Gerencia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.....	71
4. Análisis estadístico.....	72
IV: RESULTADOS	74
1. Estudio descriptivo	74
1.1. Sexo.....	74
1.2. Edad.....	75
1.2.1. Edad en tres categorías.....	75
1.2.2. Grupos de edad.....	76
1.3. Fecha.....	76
1.4. Hora.....	78
1.5. Día de la semana.....	78
1.6. Procedencia.....	79
1.7. Distancias.....	80
1.8. Origen.....	82
1.9. Destino.....	83
1.10. De la “casa”.....	84
1.11. Citados en consulta de Dermatología.....	84
1.12. Días hasta la cita en consulta.....	85
1.13. Tiempo de evolución del proceso.....	86
1.14. Técnicas.....	87
1.15. Número de técnicas.....	88
1.16. Diagnóstico de origen.....	89
1.17. Diagnóstico de salida.....	89
1.18. Código CIE 9 MC.....	91
1.19. Grupo diagnóstico.....	91
1.20. Concordancia.....	107

1.21.	Justificación de la urgencia.....	107
2.	Tablas de contingencia	109
2.1.	Análisis por sexo y edad.....	109
2.2.	Análisis de los grupos diagnósticos por sexo.....	111
2.3.	Análisis de los grupos diagnósticos por edad.....	114
2.3.1.	Grupo diagnóstico-edad3.....	114
2.3.2.	Grupo diagnóstico-grupos de edad.....	117
2.4.	Estacionalidad de los diagnósticos.....	137
2.5.	Día de la semana y relación con otras variables.....	143
2.5.1.	Día de la semana y procedencia.....	143
2.5.2.	Día de la semana y origen.....	144
2.6.	Relación entre origen y distancias.....	146
2.7.	Justificación de la urgencia y relación con otras variables.....	149
2.7.1.	Justificación de la urgencia y sexo.....	149
2.7.2.	Justificación de la urgencia y procedencia.....	149
2.7.3.	Justificación de la urgencia y origen.....	150
2.7.4.	Justificación de la urgencia y día de la semana.....	152
2.7.5.	Justificación de la urgencia y grupo diagnóstico.....	154
2.7.6.	Justificación de la urgencia y grupos de edad.....	157
2.7.7.	Justificación de la urgencia y tiempo de evolución del proceso.....	159
3.	Comparativa periodos 1998-1999 y 2012-2013.....	161

V: DISCUSIÓN **164**

1.	Variable sexo.....	165
2.	Variable edad.....	166
3.	Análisis por sexo y edad.....	167
4.	Variable fecha.....	168
5.	Variable día de la semana.....	169
6.	Variable procedencia.....	170
7.	Variable origen.....	171
8.	Variable destino.....	172
9.	Variable cita en consulta.....	175
10.	Variable días hasta la cita.....	175
11.	Variable tiempo de evolución.....	176
12.	Variable técnicas.....	177
13.	Clasificación CIE 9MC.....	178
14.	Variable diagnóstico.....	179
15.	Variable grupo diagnóstico.....	187
15.1	Relación entre grupo diagnóstico y sexo.....	201
15.2	Relación entre grupo diagnóstico y edad.....	203

15.3 Grupos diagnósticos en los distintos meses del año.....	213
16. Variable concordancia.....	215
17. Variable justificación de la urgencia.....	216
VI: LIMITACIONES DEL ESTUDIO _____	224
VII: CONCLUSIONES _____	226
VIII: BIBLIOGRAFÍA _____	232
IX: ANEXOS _____	242

I-INTRODUCCIÓN

I-INTRODUCCIÓN:

1- Concepto de urgencia y emergencia

Las urgencias en dermatología han sido motivo de estudio, en particular a lo largo de los últimos veinte años, a la vez que han suscitado controversias que tienen su origen fundamentalmente en el concepto de urgencia aplicado a esta especialidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una **urgencia** como la aparición fortuita, en cualquier lugar y actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que **genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia** [1].

Según la Asociación Médica Americana (AMA), urgencia es toda aquella condición que, **en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata** [1].

A la vista de estas dos definiciones se puede apreciar que en la definición de urgencia existen aspectos subjetivos (aquello que se considera que requiere una atención inminente o inmediata, generando una expectativa de rápida atención y resolución del problema) y aspectos objetivos como son la gravedad y agudeza del proceso, así como una gran heterogeneidad (causa diversa y gravedad variable) [2]. Por tanto podría decirse que no todas las urgencias son iguales entre sí, que urgencia y gravedad clínica no siempre son sinónimos y que un intento de clasificación de la urgencia ha de contemplar tanto los aspectos objetivos como los subjetivos de la misma, siendo a menudo estos

últimos los que tienen más peso para el paciente y su entorno. Como vemos, este último aspecto acerca de cómo es percibida la enfermedad por quien la sufre y quienes le rodean es recogido en ambas definiciones.

Además del concepto de urgencia existe el de **emergencia**, refiriéndose a aquella situación urgente que **pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano** [1].

2- Urgencia y emergencia en Dermatología

En el campo de la dermatología, Murr et al [3] consideran que una urgencia dermatológica está conformada por dermatosis agudas de hasta cinco días de evolución o aquellas dermatosis que empeoran en un plazo menor a cinco días. En esta definición ya se incluye otro factor, el tiempo, que se dejaba entrever en la definición de la OMS cuando se refería a la aparición fortuita de un problema, dando a entender que se trata de sucesos de aparición repentina y con escaso tiempo de evolución.

Drago et al[4] aportan una definición de emergencia en dermatología: dermatosis severa, aguda o que ha sufrido un empeoramiento, que requiere atención médica inmediata y un periodo de observación de al menos 24 h.

En ocasiones los términos de urgencia y emergencia se confunden, o se asimila que todas las urgencias para considerarse como tales deben ser a su vez emergencias, lo cual supondría que muy pocos cuadros dermatológicos podrían considerarse urgentes bajo ese criterio. Esto último ha influido en la falsa creencia de que en la dermatología no hay lugar para actuaciones urgentes.

Existen pocos cuadros dermatológicos que pueden amenazar la vida del individuo en proporción con el conjunto de las patologías cutáneas [5]. Sin embargo en casos de emergencias cutáneas como fracaso cutáneo agudo, formas graves de psoriasis, eritrodermias o algunas reacciones medicamentosas (síndromes de hipersensibilidad a fármacos, síndrome de Steven Johnson, necrólisis epidérmica tóxica) por citar algunos ejemplos, el papel del especialista es particularmente importante [5, 6]. El diagnóstico y manejo adecuados de estos procesos son cruciales, y a menudo son poco conocidos por médicos de urgencia y médicos de otras especialidades, por tanto en ellos la labor del dermatólogo es fundamental. Sin embargo, si consideramos urgencia dermatológica desde el punto de vista del paciente que consulta, la variedad de patología a la que se asiste es muy extensa, más allá de aquellas que podrían suponer emergencias vitales como dijimos anteriormente.

3- Rasgos generales de la demanda dermatológica urgente

La mayoría de pacientes que solicitan atención urgente por un motivo dermatológico no lo hacen por una patología cutánea que suponga riesgo vital sino por la aparición súbita o relativamente rápida del cuadro y la existencia de otros síntomas que preocupen al paciente (picor, dolor, inflamación)[7]. Además las afecciones dermatológicas tienen la particularidad de que aparecen en un órgano visible, pudiendo llegar a afectar una gran superficie. En ocasiones generan una sintomatología visualmente llamativa, con lo cual la alteración del aspecto estético puede constituir una señal de alarma para el sujeto o para su entorno y por tanto contribuir a la búsqueda de una atención rápida; o incluso llegar a suponer una dificultad para el desarrollo de su actividad laboral o social.

Esto último nos recuerda el componente de subjetividad incluido en las definiciones de urgencia nombradas anteriormente, en las que la alteración percibida genera una demanda de pronta atención y solución a la misma.

¿Qué otros motivos pueden llevar a un paciente a buscar atención urgente por patología cutánea? Aparte de las características enumeradas anteriormente, la existencia de listas de espera en atención primaria y en atención especializada y el requisito de ser atendidos en primera instancia por el médico de atención primaria (MAP) hasta acceder al especialista pueden hacer que el paciente busque otra vía para ser atendido más rápidamente y así intentar solucionar la patología cutánea que le genera inquietud.

Esto se puede explicar en parte porque el usuario del servicio de salud no tiene conocimiento de criterios de gravedad, ni de cómo dónde puede ser atendido sin acudir al Servicio de Urgencias de un centro Hospitalario (SUH), añadiéndose una cierta intolerancia psicológica a la espera hasta ser valorado por su patología por el grado de ansiedad o incertidumbre que ésta supone, junto con las condiciones esperadas por el paciente y sus convivientes con respecto a la asistencia que debería recibir. Asimismo se observa en muchos casos la existencia de automedicación y la aplicación de productos suministrados en farmacias sin receta o previa valoración por un médico, como veremos posteriormente.

Contando con todo ello Herrera et al[8] sugirieron el concepto de “urgencia asistencial” para designar para designar aquellas patologías de aparición brusca que habitualmente no constituyen una urgencia vital, pero que requieren una rápida valoración para su correcto enfoque y adecuado tratamiento.

4- Estado actual de las urgencias en dermatología:

4.1- Urgencias dermatológicas en el ámbito nacional:

Desde 1996 hasta 2015 en España se han publicado más de 15 trabajos sobre urgencias en dermatología [5, 7-24] siendo éstos tanto análisis epidemiológicos como diversos artículos sobre el manejo y atención de estas urgencias. También se ha publicado un libro completo [6] sobre este tema y algún capítulo de libro que pretenden facilitar el conocimiento de la dermatología en el ámbito de las urgencias[25]. Además en el año 2013 se leyó una Tesis Doctoral sobre urgencias de Dermatología en Zaragoza [26].

El interés en este tema responde a motivos diversos. Por una parte a cuestiones organizativas: cómo hacer compatible la atención adecuada a los pacientes que solicitan valoración urgente por una causa dermatológica con el resto de la labor programada del dermatólogo o quién debiera atender las urgencias dermatológicas; por otra formativas: como el interés docente para los dermatólogos en formación o la mejora en el manejo de los cuadros atendidos en urgencias, y por supuesto de investigación epidemiológica: conocer el perfil de los pacientes que acuden a la urgencia, los motivos de consulta más frecuentes, etc... entre otros aspectos.

Una de las cuestiones más frecuentemente planteadas es la existencia real de urgencias dermatológicas. Posiblemente el origen de las diferencias de opinión se derive de la confusión entre los conceptos de urgencia y emergencia, como ya se comentó con anterioridad.

Los estudios publicados acerca de esta materia arrojan diversas cifras no desdeñables sobre el porcentaje del total de urgencias de un hospital que constituyen los motivos de

consulta dermatológicos. Estas cifras oscilan entre el 2,59% de urgencias dermatológicas con respecto al total de urgencias hospitalarias que encuentran Martínez et al[18] y el 8 al 10% que suponen las enfermedades dermatológicas del total de las urgencias de Medicina Interna para López et al[9]. Otros autores encuentran cifras en ese rango, como Grillo et al[7], en el que indican que las urgencias dermatológicas son un 9,5% de las consultas realizadas en el servicio de urgencias en el periodo de estudio; o ligeramente inferiores, un 6,5% del total de urgencias hospitalarias según Gil et al[11].

Cuando se analizan los diversos trabajos sobre atención urgente de la patología cutánea en España se encuentra una marcada falta de uniformidad entre ellos.

La primera diferencia radica en el lugar donde son atendidos los pacientes. Dentro de los diferentes sistemas de salud existentes en España se ofrecen distintas posibilidades de atención urgente que podríamos resumir en dos opciones: Servicios de urgencias de Centros de Salud y Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), con diferencias en la franja horaria de atención. En el último caso algunos hospitales ofrecen la posibilidad de que las urgencias dermatológicas sean atendidas por residentes de dermatología o por dermatólogos, dentro de un horario concreto, que también varía en los estudios desde las 24 horas del día a sólo durante unas horas.

Acerca de quién valora estos pacientes existen diversas posibilidades reflejadas en los estudios, según la disponibilidad o el sistema de cada lugar. Algunos casos son atendidos por médicos de familia en sus centros de salud [10], otros por médicos de urgencia en un SUH [16, 18, 20], varios son derivados de forma urgente a consulta de dermatología [12, 14, 17] y la mayoría de ellos atendidos por residentes de dermatología en un medio hospitalario[7, 8, 11, 12, 14, 15, 21] .

En tercer lugar estos trabajos difieren mucho entre sí en cuanto a la metodología elegida para llevarlos a cabo: número de pacientes, periodo de estudio (desde pocos meses a un año), variables recogidas y otros aspectos que hacen difícil poder realizar comparaciones entre ellos.

4.1.1-Papel del dermatólogo en la atención de dermatosis en urgencias:

4.1.1.1- Características diferenciales de la atención por dermatólogos y no dermatólogos

Conociendo la dinámica habitual de los servicios de urgencia del sistema sanitario público español, cuando un paciente acude a un SUH por un motivo dermatológico suele ser atendido inicialmente en una consulta de filtro o triaje, después por un residente de cualquier especialidad, un médico de familia o bien un médico de urgencias y posteriormente puede ser derivado a su MAP o a consulta del especialista, como ocurre con gran parte de patologías en urgencias. Esto no supondría problemas dado que habitualmente no se trata de emergencias médicas; sin embargo, en algunos casos estos pacientes, precisamente por el hecho de que su patología no supone riesgo vital, podrían verse remitidos directamente a su MAP desde el filtro de algún SUH sin ser valorados, arriesgándonos a pasar por alto algunos casos que sí pudieran requerir atención dermatológica urgente. En algunos hospitales existe la posibilidad de que estas urgencias sean atendidas por un residente de Dermatología o un dermatólogo, lo cual evidentemente aporta una serie de ventajas.

La patología dermatológica no suele ser bien conocida por médicos no dermatólogos, lo cual lleva a solicitar pruebas diagnósticas en exceso o a instaurar tratamientos únicamente

sintomáticos, inadecuados o contraproducentes, que van a generar nuevas consultas, bien sea en el SUH o en atención primaria[18-20] e incluso posteriormente en las propias consultas de dermatología[7].

Se ha constatado la presencia de un mayor número de diagnósticos descriptivos o inespecíficos en algunos trabajos [18, 20] cuando las urgencias no son atendidas por dermatólogos.

En cuanto a la petición de pruebas complementarias el reciente estudio de Grillo et al [7] encuentra que un 79% de los pacientes con patología cutánea atendidos de forma urgente por un dermatólogo de guardia no necesitaron ninguna prueba complementaria para llegar al diagnóstico. Dichas pruebas, cuando no son realmente necesarias prolongan el tiempo de estancia del paciente dermatológico en el servicio de urgencias y generan gastos que podrían ser evitados.

Con respecto a los tratamientos inadecuados o incluso iatrogénicos García et al [12] encontraron que un 14% de los pacientes que eran remitidos de forma urgente a las consultas de dermatología habían recibido previamente tratamientos inadecuados o perjudiciales, siendo lo más habitual la administración de corticoides tópicos y en algunos casos por vía oral en procesos infecciosos y en otras dermatosis en la que se consideran contraindicados. En menor porcentaje de casos se prescribían otros tratamientos como antibióticos, antifúngicos o antivirales tópicos o sistémicos en procesos en los que no están indicados, con el consiguiente aumento del gasto y la posibilidad de aparición de efectos adversos derivados de los mismos. Estos autores consideran que el principal factor de riesgo para la aplicación de un tratamiento inadecuado es la falta de diagnóstico o la emisión de un diagnóstico erróneo.

Además observaron un fenómeno que habitualmente ocurre en la práctica dermatológica: la automedicación y la aplicación de un producto adquirido en farmacia sin consultar con un médico. Los resultados obtenidos fueron: un 3,48% de los casos se automedicaron y un 0,49% de los casos emplearon una medicación que fue suministrada tras acudir a su farmacia, siendo en ambos casos tratamientos inadecuados. De estos últimos el 75% de ellos fueron causa de iatrogenia.

Cuando un paciente es atendido en urgencias emitiéndose un diagnóstico e iniciando un tratamiento adecuado es posible que no precise nuevas consultas en dermatología ni en atención primaria, y en caso de que tenga que volver a acudir a consulta lo hará con una orientación diagnóstica y una línea de tratamiento ya instaurada, lo cual supondrá una mejora en la calidad de vida del paciente por experimentar una mejoría más temprana.

Por otra parte, la natural mayor pericia del dermatólogo en el conocimiento de las afecciones cutáneas con respecto a médicos de otras especialidades pasa de la mera suposición a la demostración en algunos trabajos[27-32]. En concreto el de Maza et al [28], que encuentra que el dermatólogo aporta un diagnóstico no sospechado por el especialista solicitante de la valoración en un 56% de casos y confirma al menos un diagnóstico sugerido en un 42% de casos.

Ramsay et al[29] determinan que diversos especialistas (incluyendo médicos de familia, internistas y otros) reconocen en torno a un 54% de los hallazgos cutáneos propuestos frente al 91% que fueron capaces de reconocer los residentes de dermatología a los que se presentaron las mismas imágenes. Falanga et al [32] indican que tras la intervención del dermatólogo en la atención del paciente (ingresado o atendido en urgencias por un motivo

dermatológico) el diagnóstico inicial aportado por un médico no dermatólogo fue modificado en un 62% de los casos y el tratamiento instaurado en un 61% de casos.

El estudio realizado por Nahass et al[30] intenta determinar la capacidad de detección de lesiones cutáneas en pacientes ingresados, tanto aquellas que pueden acompañar a una enfermedad sistémica causante de ingreso como otras lesiones de piel sin relación con el motivo de ingreso. Se encontró que entre todos los pacientes en los que un dermatólogo había detectado lesiones relacionadas con el motivo de ingreso éstas fueron localizadas por médicos no dermatólogos solo en un 54,8% de casos. Con respecto a otras lesiones cutáneas sin relación con el motivo de ingreso éstas no fueron reconocidas en un 93,5% de casos. Entre ellas se encontraban 7 casos de carcinoma basocelular, 3 casos de carcinoma epidermoide y 5 lesiones pigmentadas atípicas, aunque ninguna de ellas fue un melanoma.

Ya en España, Porta et al[31] llevaron a cabo un estudio sobre la concordancia entre el diagnóstico emitido por el MAP y el diagnóstico final del paciente emitido en la consulta de dermatología, hallando una concordancia global de un 65,52% entre los diagnósticos emitidos por ambos especialistas. Sin embargo Alcántara et al. [32] encuentran una concordancia en los diagnósticos de sólo un 27,3%.

Habría que añadir a todo lo anterior que el dermatólogo tiene una alta capacidad resolutive en el ámbito de la urgencia dermatológica. Ya se ha comentado previamente que el dermatólogo solicita exploraciones complementarias en un bajo porcentaje de casos, con lo cual se podría decir que el diagnóstico dermatológico en las urgencias es fundamentalmente clínico. Aparte de esto, en gran número de casos el paciente atendido por dermatólogo no precisa consultas posteriores en dermatología ya que es diagnosticado

y tratado en una sola visita. Estos datos son confirmados por Grillo et al [7] , que encuentran que de los pacientes atendidos en su estudio (pacientes atendidos únicamente por dermatólogos) un 59,2% fueron dados de alta directamente sin precisar consultas posteriores. Una cifra algo menor es aportada por Gil et al[11]; en su estudio el 48% de los pacientes valorados son remitidos a su domicilio o a su MAP sin precisar valoración posterior por un dermatólogo.

Prácticamente todos los estudios están de acuerdo en que sería de gran interés mejorar la formación de los MAP y pediatras en las patologías cutáneas más habituales, ya que se ha constatado que existe un reducido número de patologías que supone una gran parte de atenciones en urgencias, como por ejemplo las urticarias, los herpes zóster...y mejorando su conocimiento y manejo terapéutico en atención primaria se podría reducir el número de pacientes con estas patologías que acuden a urgencias para valoración de clínica cutánea que puede ser tratada por su MAP.

4.1.1.2: Relevancia para el residente de Dermatología

El hecho de que las urgencias de Dermatología puedan ser atendidas por residentes supone aspectos interesantes para la formación de éstos, como por ejemplo, poder visualizar cuadros que no se atienden habitualmente en consulta, ya que los tiempos de espera hasta la cita reglada con el especialista hacen que no sea posible ver las manifestaciones iniciales de la enfermedad, además de que la patología urgente difiere en cierta medida de la que se presenta en consulta[8, 20]. Tienen también interés porque permiten aprender a diagnosticar y tratar agudizaciones de procesos crónicos, ya que algunos de ellos cursan en brotes y pueden precisar valoración urgente en esa fase aguda.

Sin la existencia de la posibilidad de aprender a manejar esas enfermedades de aparición aguda la formación del residente quedaría incompleta[6]. Además, pueden seguir la evolución del paciente cuyo proceso inició con una atención en urgencias y se continúa en las consultas del servicio de Dermatología.

La realización de guardias en los servicios de Dermatología está recogida en el programa formativo de la especialidad, marcado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que considera imprescindible para la formación del residente dichas guardias[33]. La atención de las urgencias corre a cargo de los residentes de dermatología bajo supervisión de un adjunto de la plantilla y supone una parte no desdeñable de la actividad global de un servicio de dermatología junto con la consulta programada, la cirugía y las interconsultas de pacientes ingresados, entre otras posibles actividades.

En la mayor parte de servicios de Dermatología con Docencia MIR los residentes tienen posibilidad de realizar guardias de Dermatología, durante las 24 horas del día o bien cubriendo un número más reducido de horas, habitualmente hasta las 22h, sin prestar servicio nocturno. En algunas ocasiones se ha cuestionado la posibilidad de prescindir de estas guardias por criterios económicos sin embargo consideramos que son necesarias por los motivos formativos y de calidad de asistencia prestada previamente expuestos.

No hemos de olvidar que la atención de urgencias por parte de los residentes implica también una responsabilidad importante en las decisiones sobre diagnósticos y tratamientos (aunque se encuentren bajo supervisión) además de que en horarios de tarde o de noche no van a estar tutelados directamente por un dermatólogo sino por un internista o un especialista de medicina de urgencias.

En otros servicios con docencia MIR en Dermatología en los que no existen guardias de dermatología los residentes de dermatología realizan guardias de Medicina Interna, en las que atienden a todo tipo de pacientes que precisan valoración urgente por medicina Interna, no sólo pacientes dermatológicos.

4.2 Urgencias dermatológicas en el ámbito internacional.

En otros países del mundo la atención de las urgencias en dermatología también han sido motivo de estudio, como exponemos a continuación.

En Europa la mayoría de trabajos han sido publicados en Francia. El primero de ellos publicado en 2003 por Murr et al [3], examina los motivos de consulta en urgencias dermatológicas y en consulta programada, observando diferencias entre ellos como ya se había visto en algún otro trabajo español [20], así como con los motivos de consulta en dermatología privada.

En el trabajo francés[3] los eccemas suponían hasta un 11,7% de consultas en la consulta programada, mientras que en urgencias podían llegar a suponer un 23,8% de los pacientes atendidos, sin embargo en consulta privada sólo constituían un 8,9% de las atenciones. Otra patología como el acné suponía un 7,1% de la actividad de las consultas programadas, frente a un 0,8% de las atenciones en urgencias, mientras que en la práctica privada llegaba a ser el motivo del 14,2% de las consultas.

Además este grupo francés aporta una definición de urgencia dermatológica, considerando una urgencia dermatológica verdadera aquella dermatosis aguda de menos de 5 días de evolución o dermatosis crónica que se ha agravado en los últimos 5 días.

También en 2003 Crickx [34] defiende las peculiaridades de las urgencias dermatológicas y el interés formativo que pueden tener para el residente a la vez que interés epidemiológico.

Posteriormente, en 2004, el grupo de Blaise et al [35] realizan un estudio, valorando también la concordancia entre el diagnóstico inicial emitido por el médico que remite al paciente (no dermatólogo) y el diagnóstico final del dermatólogo, encontrando concordancia en un 44% de los casos. Además proponen como urgencias verdaderas aquellas que tienen que ser diagnosticadas y tratadas en menos de 48 horas, como algunas enfermedades ampollosas o infecciones agudas, y otras que podrían ser valoradas hasta 5 días después de su inicio, lo que constituiría una urgencia relativa.

En 2005 Legoupil et al [36] también desarrollan un estudio de las urgencias atendidas en su servicio, valorando los motivos de consulta. En su caso dedican 1 hora al día (de 8 a 9 de la mañana) a atender a esos pacientes con una afección cutánea urgente enviados con un volante escrito de derivación por parte de un médico (desde urgencias, otra especialidad...), observando que en muchos casos se remiten patologías no tan urgentes y sugieren que se elabore un cuestionario a fin de discriminar qué características ha de tener una patología antes de ser enviada para valoración urgente.

Resulta llamativo el interés por este tema en Francia ya que se analizan incluso las consultas urgentes en dermatología privada. La primera voz de alarma fue dada por Lulin[37] en 2003 indicando la sobrecarga que supone en las consultas privadas una lista de espera de hasta seis meses en consultas de dermatología pública, viéndose la necesidad de priorizar esas consultas urgentes, seleccionando qué pacientes debían ser vistos en el día o como máximo en tres días (pacientes hospitalizados, niños menores de seis meses,

pacientes con patología grave dermatológica conocida con riesgo de desestabilización o erupciones en embarazadas, entre otros).

Posteriormente Penso-Assathiany et al [38] llevan a cabo un estudio con la colaboración de cuarenta dermatólogos privados y encuentran que los dos diagnósticos más frecuentes emitidos por los dermatólogos en consultas urgentes en dermatología privada son el eccema y las infecciones cutáneas víricas y bacterianas, coincidiendo con la mayoría de trabajos previos, realizados en atención sanitaria pública.

Dentro de ese deseo de conocer y valorar el papel del dermatólogo en otros ámbitos distintos a la consulta programada aparece también un estudio sobre las interconsultas hospitalarias realizado por Maza et al [28]. Estos autores encuentran que en más del 50% de los casos el dermatólogo aporta un diagnóstico no sospechado por otros especialistas. Además observan que muchas de las peticiones de interconsulta contienen escasa información o bien únicamente una descripción de síntomas y signos pero no un diagnóstico de sospecha. Esto último también se observó en otros trabajos españoles[9, 19].

También Estéve et al[39] valoran qué patologías dermatológicas agudas son motivo de ingreso, excluyendo ingresos programados, dermatosis crónicas y pacientes derivados desde otros centros hospitalarios.

En 2010 Ingen-Housz-Oro et al publican en el país galo un trabajo acerca de una consulta de evaluación de pacientes valorados previamente como urgencia dermatológica[40] . Durante el año que comprende el periodo de estudio se aconsejó revisión en esta consulta de reevaluación rápida (en menos de 15 días) a un 5% de los pacientes vistos en urgencias, de los que acudieron sólo un 3% de todos los vistos en urgencias. La mayoría

de los pacientes a los que se citaba a revisión próxima estaban afectados de una erupción o exantema de origen etiológico no aclarado o presentaban una enfermedad ampollosa y requerían revaloración.

Más recientemente, en 2013, varios autores del mismo grupo[41] realizan un estudio comparativo entre las patologías y número de pacientes atendidos con respecto al mismo periodo del año en 2000 y en 2010, observando un aumento de un 21% en el número de urgencias atendidas en 2010 con respecto al año 2000. Por otra parte se mantienen los grupos de patología más frecuentemente atendida, siendo el primero la patología infecciosa cutánea y el segundo los eccemas; como se observa en la mayoría de trabajos españoles y muchos de los europeos.

También en ese mismo año varios autores del hospital de Orleans [42] valoraron la actividad de una consulta de urgencia dermatológica, abierta de lunes a viernes de 9 a 12 h sin cita previa, durante su primer año de funcionamiento. Observaron que esta forma de atención es rápidamente conocida y frecuentada, además de encontrar más población infantil y juvenil que acude a ella en comparación con su consulta habitual.

En Dinamarca Kiellberg Larsen et al [43] evalúan de forma retrospectiva el patrón de derivación de los pacientes a las urgencias de Dermatología durante 3 meses, pudiendo ser estos derivados por un médico general tanto como por dermatólogos privados o médicos de otros servicios. El grupo diagnóstico con mayor número de casos es el eccema seguido de las reacciones medicamentosas y en tercer lugar la psoriasis.

En el año 2014 se han publicado dos trabajos sobre urgencias en Dermatología, ambos realizados en Italia. Drago et al[4] estudian aquellos pacientes que acuden a urgencias con una enfermedad cutánea y tras su paso por el sistema de clasificación pasan a la

observación del SU del hospital. La patología más frecuentemente encontrada entre los pacientes estudiados son las infecciones bacterianas. Además aportan una definición de emergencia dermatológica, como ya se indicó previamente.

Rubegni et al[44] realizan un estudio retrospectivo valorando las urgencias con motivo dermatológico atendidas en una unidad de urgencias dermatológicas desde Enero de 2006 a Diciembre de 2011. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de las infecciones cutáneas, seguido del de los diagnósticos descriptivos o inespecíficos y las enfermedades causadas por agentes físicos o mecánicos.

En América, ya en 1993 Shivaram et al [45] publicaron en Estados Unidos un estudio de urgencias con motivo dermatológico en un servicio de urgencias pediátrico y encontraron que en este grupo de edad la patología cutánea traumática era el motivo de consulta más frecuente, las infecciones cutáneas se situaban en segundo lugar y la dermatitis de contacto en el tercero. El hecho de recoger las quemaduras, cortes, mordeduras y otras heridas (tan frecuentes en la edad pediátrica) como urgencias dermatológicas hace que este grupo sea muy numeroso, sin embargo el resto de grupos de patología son similares a los encontrados más frecuentemente en la mayoría de trabajos sobre urgencias de dermatología.

Poco más tarde Falanga et al[32] publican en 1994 un estudio acerca de los pacientes por los que se solicita valoración dermatológica, tanto ingresados como atendidos en urgencias. Estos eran valorados por un residente de tercer año supervisado por un dermatólogo. La patología por la que fueron consultados con mayor frecuencia fueron erupciones medicamentosas, seguido de erupciones eritematodescamativas y en tercer lugar infecciones cutáneas. La diferencia entre estas patologías y las encontradas más

frecuentemente en otros estudios puede situarse en que incluyen pacientes de interconsulta y no sólo urgencias dermatológicas.

Además valoraron la capacidad para diagnosticar la patología por el médico que les refería el paciente, de manera que encontraron una concordancia en los diagnósticos de entre un 22-52%, siendo la especialidad de neurología aquella en la que los médicos emitían más diagnósticos concordantes con el dermatólogo (52% de los casos), sin embargo los pediatras y los médicos de urgencias de adultos diagnosticaron correctamente a un 29 y 36% de los casos respectivamente.

En 2011 un grupo de Los Ángeles[46] analizó aquellas urgencias que precisaron valoración por dermatólogo de guardia y observó las diferencias entre patologías que causan ingreso y las que no. Dentro de las que no precisaron ingreso las más frecuente fue la dermatitis eccematosa, seguida de las dermatosis no especificadas y en tercer lugar la sarna. Dentro de las que precisaron ingreso, la patología más frecuente es el Eritema multiforme mayor/Síndrome de Steven Johnson, la segunda el pénfigo vulgar y la tercera las erupciones por medicamentos. Llama la atención la alta frecuencia de escabiosis en el estudio, lo cual podría tener relación con el gran número de pacientes indigentes y sin seguro médico dentro de la población incluida.

En ese mismo año Baibergenova [47] publicó un estudio acerca de las enfermedades cutáneas que llevan a consultar en urgencias en un hospital canadiense, todas ellas atendidas por médicos de urgencias. La patología infecciosa es la de mayor frecuencia en el estudio (>50% del total de diagnósticos, con un 30% de diagnósticos de celulitis) seguido del eccema y en tercer lugar de las urticarias y eritemas. Este trabajo recoge pacientes entre Abril de 2002 y Marzo de 2007, observando siempre mayor número de

urgencias en los meses comprendidos entre Junio y Agosto de los años registrados, con un pico máximo de urgencias en julio todos los años. Atribuyen este hecho a factores estacionales como aumento de actividades al aire libre, picaduras de insectos etc.

En el continente asiático también hay publicaciones sobre urgencias de Dermatología. En India Gupta et al [48] valoran los motivos de consulta por patología dermatológica urgente a partir de cien llamadas telefónicas realizadas por otros médicos del hospital, y previa valoración del paciente obtienen que el grupo de patología cutánea más frecuente es el de las infecciones. De todas estas llamadas consideran que solo veintiuna podrían considerarse verdaderas urgencias que precisan atención por un dermatólogo. Clasifican las llamadas recibidas en cuatro grupos:

1. Alteraciones cutáneas primarias sin componente o repercusión sistémica
2. Alteraciones cutáneas con componente o repercusión sistémica
3. Enfermedades sistémicas con lesiones cutáneas asociadas
4. Enfermedades sistémicas con hallazgos cutáneos incidentales asociados.

También en India en 2004 Walia [49] estudiaron los motivos por los que es requerida valoración dermatológica en pacientes ingresados y de urgencia. De nuevo los eccemas y la patología infecciosa fueron los motivos de consulta más frecuente. En este trabajo se resalta que en muchos de los casos de infecciones cutáneas éstas no fueron detectadas por los médicos que solicitaban la valoración.

En Nueva Zelanda Stanway et al [50] analizaron si las urgencias que son remitidas para valoración dermatológica urgente se adecúan a los criterios marcados en las guías de la National Access Criteria for first Specialist Assessment (ACA), que determinan con qué

nivel de urgencia debe ser valorado un paciente en un servicio hospitalario, con un criterio temporal. Observaron que hasta tres cuartos de los pacientes remitidos por un médico general tiene sobreestimada la patología con respecto a los criterios marcados por la ACA. Por otra parte, en cuanto a los pacientes ingresados, en muchos casos se solicitó la valoración dermatológica urgente porque el paciente va a ser dado de alta y procede de una zona lejana; aunque no cumpliera los criterios arriba citados .

En 2009 un trabajo llevado a cabo en Singapur [51] estudió los casos que acuden al servicio de Urgencias por un motivo dermatológico. Curiosamente el motivo de consulta más frecuente fueron las afecciones producidas por el virus varicela-zóster (tanto varicela como herpes zóster), seguido del eccema y las infecciones cutáneas. Curiosamente el porcentaje de hombres atendidos (65,3% del total de pacientes) fue mucho mayor que el de mujeres, contrario a lo que ocurre en la mayoría de trabajos sobre urgencias de Dermatología.

En 2012 se publicó un trabajo llevado a cabo en Korea[52] incluyendo ocho años de análisis retrospectivo de las urgencias por patología cutánea atendidas en un servicio de urgencias. La patología más frecuente era la urticaria y angioedema seguido de las infecciones y en tercer lugar de los diagnósticos no específicos. El principal motivo de ingreso fueron las celulitis. También es llamativo en este estudio que las épocas del año con mayor número de pacientes son los meses comprendidos entre Mayo y Septiembre.

5- Organización general de la atención sanitaria urgente y no urgente en Castilla y León.

5.1 - Organización del sistema sanitario en Castilla y León.

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, y reformado mediante Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, es la norma básica que regula el autogobierno de la Comunidad. La Junta de Castilla y León es la institución de Gobierno y Administración de la Comunidad Autónoma (artículo 28.1 del Estatuto de Autonomía), y se organiza departamentalmente en Consejerías.

En el ejercicio de su derecho al autogobierno, la Comunidad Autónoma asume competencias en materia de sanidad y salud pública de acuerdo con los principios de atención integral a la salud, de igualdad efectiva, calidad y de coordinación y cooperación. El art. 74 del Estatuto recoge las competencias sobre sanidad de la Comunidad Autónoma.[53]

La ejecución de la política sanitaria le corresponde a la Consejería de Sanidad y a la Gerencia Regional de Salud, organismo autónomo dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar. La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León establece la regulación general de las actividades sanitarias en la Comunidad de Castilla y León, la constitución del Sistema de Salud de Castilla y León y la definición de la Gerencia Regional de Salud, como instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos que se le encomienden. [54]

Los servicios sanitarios en Castilla y León se ordenan en los siguientes niveles:

— Atención Primaria.

— Atención Especializada, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

La comunidad de Castilla y León es la más extensa de España con 93.814 Km² de superficie, con una población muy dispersa y un importante carácter rural. La densidad de población es de 27,2 habitantes por km², de modo que el 43,9% de la población vive en municipios de menos de 10.000 habitantes y el 87,9% de los municipios tiene menos de 1.000 habitantes. Además se une otra característica: el envejecimiento de dicha población, con lo que a menudo se incrementan las necesidades de atención unido a las particularidades antes mencionadas. [54]

El Sistema Sanitario de Castilla y León se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, donde se presta la atención primaria, especializada y sociosanitaria. Hay 11 Áreas de Salud, una por cada una de las 9 provincias de la Comunidad, salvo en el caso de Valladolid y León que tienen dos Áreas.

Cada Área de Salud tiene asignado, como mínimo, un complejo asistencial u hospital. En Castilla y León hay 14 complejos asistenciales/hospitales.

Los Centros de Especialidades surgen con la finalidad de acercar a los ciudadanos la atención especializada, de manera que ésta no se preste exclusivamente en hospitales. En varios Centros de Salud se dispone de consultas de especialistas, lo que es particularmente importante en las zonas rurales.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud donde

desarrolla su actividad el Equipo de Atención Primaria. Así, en 2012 existían 249 Zonas Básicas de Salud (ZBS), cifra que se mantenía a finales de 2014. [55]

Además, cada ZBS tiene estructuras periféricas: los Consultorios Locales, dispositivos situados en todas las localidades mayores de 50 habitantes donde se desplazan, periódicamente, los profesionales sanitarios, para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria ordinaria de la población que reside en el medio rural. En Castilla y León existen más de 3.600 Consultorios Locales. [55]

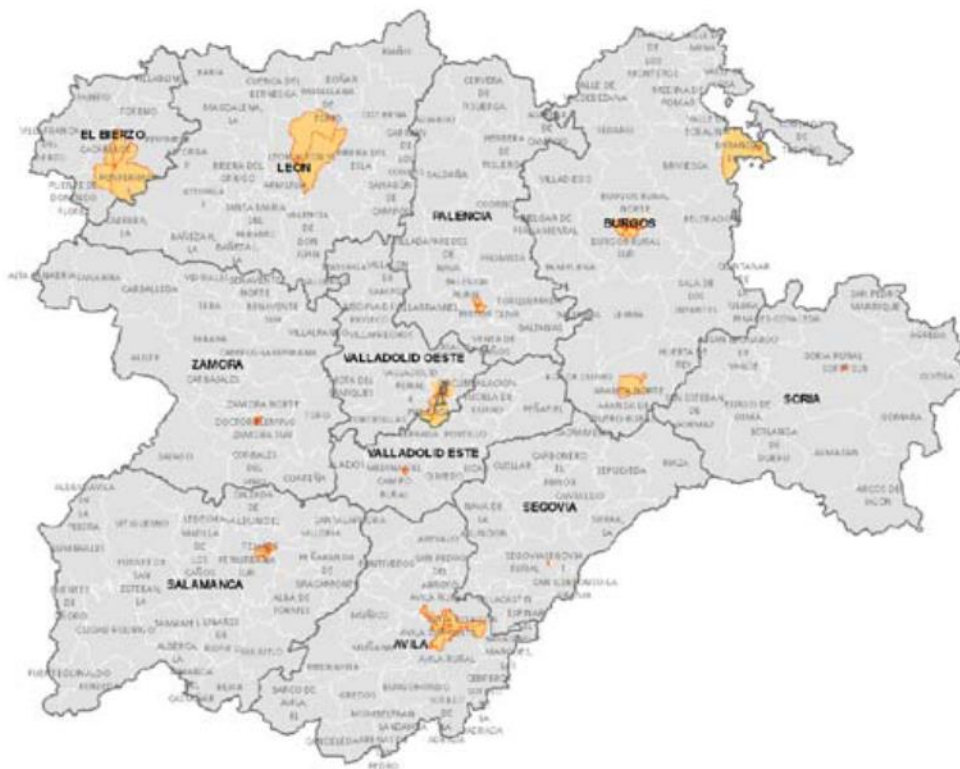


Fig. 1- Mapa sanitario de Castilla y León, detalladas las áreas de salud. [54]

5.2 - Organización de la atención sanitaria Urgente en Castilla y León

A continuación se recoge de forma breve las posibilidades de atención urgente que se prestan desde esta comunidad autónoma.

- Asistencia sanitaria urgente en Atención Primaria (AP): la atención está configurada para poder ofrecer una atención cercana y accesible. Se realiza a través de los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), situados habitualmente en los Centros de Salud. La Comunidad Autónoma tiene 259 Puntos de Atención Continuada, de los cuales 152 se encuentran en el ámbito rural y 47 en el urbano o semiurbano[54].

En el caso de precisar atención sanitaria que no pueda esperar a una próxima cita con su MAP, el paciente puede acceder a los SUAP o a los PAC. En su Centro de Salud tiene información sobre el SUAP o PAC que le corresponde y los horarios correspondientes, o puede llamar al teléfono para urgencias que figura en la parte posterior de su tarjeta sanitaria en el que se le informará de cómo puede ser atendido

- Asistencia sanitaria urgente en Atención Especializada: se lleva a cabo a través de los Servicios de Urgencia de los centros Hospitalarios (SUH). Éstos prestan asistencia durante las 24 horas al día. El acceso a los mismos debería realizarse cuando así lo decida el médico del centro de salud o PAC, o cuando una situación clínica repentina precise una atención inmediata, por razones de riesgo vital, con medidas terapéuticas que sólo pueden prestarse en el medio hospitalario.
- Emergencias: implican la prestación de asistencia en los momentos en que el peligro para la vida es inminente. Actualmente en Castilla y León hay un Centro

Coordinador de Urgencias y Emergencias, desde el que se organiza la actividad de Unidades Móviles, Unidades de Soporte Vital Básico, helicópteros sanitarios, Ambulancias Convencionales de Urgencia (ACU) y otros Vehículos de Apoyo Logístico para prestar la atención adecuada ante esas emergencias.

En líneas generales la organización de la prestación de asistencia sanitaria urgente en Castilla y León no difiere de la prestada en otras comunidades autónomas, aunque sí quizás en número y distribución de los recursos, atendiendo a motivos de población, dispersión geográfica...etc.

5.3 – Organización de la asistencia sanitaria urgente en el Área de Salud de Valladolid Este

El Área de Salud Valladolid Este comprende una población aproximada de 265.571 según cifras de población por tarjeta Sanitaria a 1 de Diciembre de 2014. En el año 2012 esta cifra era ligeramente superior, 269.066 habitantes, así como en el 2013 (267.408 habitantes) [56].

Dentro de esta área se presta atención sanitaria en dos hospitales; Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) con 777 camas y Hospital de Medina del Campo, con 111 camas [57], aparte de diversos centros de Salud distribuidos en más de 20 zonas básicas de salud, incluyendo medio rural y urbano.

Nuestro trabajo tiene lugar en este Área de Salud, que cuenta con dos tipos de servicios de urgencias permanentes: los SUH (del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Hospital de Medina del Campo) y los Puntos de Atención Continuada (PAC).

El HCUV cuenta con un Servicio de Urgencias General, atendido por la plantilla del Servicio de Urgencias y por residentes de Medicina de Familia y Comunitaria que realizan guardias durante todos los años que dura su especialización y residentes de primer año de todas las especialidades. También existe un Servicio de Urgencias Pediátricas integrado dentro del Servicio de Urgencias general, donde presta atención la plantilla del Servicio de Pediatría y sus residentes. También el Hospital de Medina del Campo presta atención las 24 horas del día a través de su Servicio de Urgencias.

En cuanto a los Puntos de Atención Continuada, “Pilarica” es el único PAC del Área Este que ofrece servicio las 24 horas del día. Todas las tardes y las mañanas de los días festivos está atendido por médicos de familia. La mañana de los días laborables, cuando los centros de salud están en su horario habitual, en el PAC presta sus servicios sólo un médico de familia. Las tardes de los días laborables, y los festivos de 8 a 23 h también hay un pediatra de guardia. Existe otro PAC en Rondilla que desde el 1 de Agosto de 2012 sólo presta atención desde las 8:00 hasta las 22:00h.

Con respecto a las urgencias de Dermatología, éstas se atienden en el HCUV. Esta atención se presta todos los días laborables, desde las 8 h hasta las 15 h por un residente de 2º, 3º o 4º año supervisado por un adjunto. A partir de las tres de la tarde no todos los días laborables hay guardia. Aquellos días que sí la hay, el residente de guardia atiende las urgencias de Dermatología remitidas a través de llamadas al busca desde las 15h hasta las 22 h. También se presta atención de urgencias de Dermatología algunos sábados,

domingos o días festivos desde las 9 a las 21 h, en los cuales también el residente de guardia valora a los pacientes tras recibir llamada al busca. En estos casos de guardia en horario de tarde, sábados, domingos o festivos si precisa realizar algún ingreso se pone en contacto con el adjunto de Medicina Interna y el ingreso se realiza a cargo de Medicina Interna. Posteriormente se realiza un pase de servicio a Dermatología, con lo cual es ésta especialidad la que realiza posteriormente el seguimiento y tratamiento del paciente.

El hecho de que no se cubran con guardia todos los días del año procede del acuerdo de cobertura de guardias de Dermatología consensuada con la Dirección Médica del HCUV en el año 2012, por el cual sólo se remuneran 4 guardias al mes por residente. Contando con esto, habitualmente cada residente cubre tres guardias de día laborable (de 15 a 22 h) y una en festivo, manteniendo la asistencia a urgencias en el servicio de Dermatología por la mañana durante los días laborables.

Dentro de nuestra comunidad sólo hay atención de guardias de dermatología para atención de urgencias dermatológicas en los hospitales Clínico Universitario de Salamanca (las 24 h del día los 365 días del año), el Complejo Asistencial Universitario de León (de 15 a 22 h de lunes a viernes) y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (en el horario previamente comentado). En otros hospitales existen diversos acuerdos para la atención de estas urgencias por parte de los dermatólogos, normalmente en horario de mañana y previa llamada de un facultativo (MAP del paciente o médicos de urgencias).

6- Utilización adecuada o inadecuada de las urgencias hospitalarias

Desde hace años se viene animando a todos los ciudadanos a colaborar en una utilización correcta de los servicios de urgencias de acuerdo a las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema, tratando de evitar situaciones de uso poco adecuadas que entorpecen el funcionamiento de los dispositivos de urgencias, restándoles eficacia ante la excesiva e injustificada demanda.

En múltiples ocasiones se ha intentado conocer qué factores llevan a hacer un mal uso de las urgencias, de manera que la urgencia hospitalaria en algunos casos se haya convertido en un servicio de consulta 24 horas a total disposición en que existe la posibilidad de ser atendidos por cualquier situación en el momento en que la población lo demande, independientemente de la gravedad[58].

Se ha tratado de definir la adecuación o inadecuación de una urgencia y para hacerlo se tienen en cuenta tres factores[59]:

-Criterios subjetivos: implícitos, basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en Atención Primaria.

-Criterios explícitos: Señalan una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales

-Protocolos de triaje: filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades, de manera que permitan redistribuir las consultas, rechazando la atención a los pacientes que no plantean ninguna situación de urgencias.

También se han probado diversos protocolos de adecuación de urgencias hospitalarias con intención de valorar de forma sistemática cuando la urgencia es o no adecuada[60].

6.1-Factores condicionantes de la inadecuación de las urgencias hospitalarias

Para Sánchez López et al [59] existe una serie de factores predisponentes (predisposición para utilizar los servicios), como son:

-la edad, a mayor edad mayor adecuación del uso del servicio de urgencias y a menor edad, mayor inadecuación, siendo esta elevada en edades infantiles.

-el sexo mujer se ha asociado con mayor frecuencia de uso inadecuado, pero de forma débil e inconsistente.

-la educación: La utilización inadecuada aumenta cuando lo hace el grado académico alcanzado. Esta asociación desaparece o incluso se invierte cuando se ajusta por edad y patología.

-otras variables demográficas: Se ha señalado mayor frecuencia de uso inadecuado asociado a determinadas razas y minorías no étnicas, vagabundos y marginados. A los SUH se les considera la red de seguridad que amortigua los peligros inherentes a la falta de recursos para obtener asistencia sanitaria.

Una serie de factores facilitadores (capacidad para obtenerlos) que condicionan también la inadecuación como son:

- la accesibilidad geográfica,
- la distancia al hospital: hace que la frecuentación, el porcentaje de visitas voluntarias y la inadecuación sean inversamente proporcionales a la distancia al mismo.
- temporal: la posibilidad de ser atendido en cualquier momento.
- cultural: el alarmismo potenciado por los medios de comunicación y la pérdida del sentimiento de aceptación y resignación tradicional ante la enfermedad genera un aumento de exigencia de servicios, muchas veces inadecuados.

También se añaden unos factores de necesidad (nivel de enfermedad y estado de salud percibido). La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia de uso de los SUH, pero con menor porcentaje de uso inadecuado. En el caso de los ancianos son estas variables de necesidad las principales determinantes de la utilización de urgencias.

Y por último, también pesan factores relacionados con la atención sanitaria: gran parte del uso inadecuado de los SUH se atribuye a la falta de accesibilidad económica a otro tipo de servicios sanitarios y a la obligatoriedad de prestar asistencia urgente en los SUH.

En ocasiones se ha señalado la existencia de déficits en la asistencia primaria como una de las causas más importantes de la utilización inadecuada del servicio de urgencias; sin embargo esto no siempre se cumple. Alberola et al [61] encuentran una asociación

significativa con el tipo de AP en el medio rural y la utilización inadecuada del SUH, pero no en el medio urbano, donde a igual accesibilidad existe una atracción preferente por la asistencia hospitalaria. Se ha visto que la creación de servicios de Urgencia extra hospitalarios logra una reducción del uso inadecuado de los SUH, aunque en general se considera que aumentan la utilización sin reducir el número de urgencias hospitalarias [59].

6.2- Inadecuación de las urgencias en dermatología

En el caso de las urgencias de dermatología existen unas peculiaridades que hacen buscar esa asistencia sanitaria urgente. Anteriormente se hizo mención a la aparatosidad de los cuadros, su aparición a menudo de manera súbita o rápida y las molestias de la sintomatología acompañante a los signos cutáneos, aunque seguramente desde la perspectiva del paciente su percepción de gravedad y adecuación de una urgencia es distinta de la que podría tener el facultativo.

A menudo el paciente que acude al SUH por un motivo dermatológico lo hace por un proceso de corto tiempo de evolución que causa preocupación en el paciente o sus acompañantes, aunque también deberíamos tener en cuenta los factores antes expuestos (edad, nivel cultural, accesibilidad...etc) a la hora de valorar la adecuación de la urgencia. De hecho, según Grillo et al [7] el principal motivo que indicaban los pacientes que acudían al SUH para ser valorados por patología cutánea era la preocupación. Ésta será muy probablemente debida a la aparición de lesiones desde hace poco tiempo y en una zona visible o que interfiera sus actividades habituales.

También este autor encuentra un mayor uso del SUH por parte de sujetos jóvenes en los horarios de tarde y de noche, que coinciden con los que están fuera de la jornada laboral habitual y también del horario habitual de consulta de los MAP. En este caso se busca una atención rápida sin cita; lo cual también podría considerarse un uso incorrecto e inadecuado del sistema sanitario, al que el paciente acude cuando le va bien, no tanto en función de la gravedad, como indicaba Sánchez Perales [58].

7- La dermatología en consulta de Atención Primaria.

Se estima que las enfermedades dermatológicas en una consulta de atención primaria alcanzan entre un 4,85 y un 22,5% de la actividad[6, 62] aunque la mayoría de trabajos presentan cifras en torno al 8% [63, 64]. Se calcula que las afecciones cutáneas pueden suponer en torno al sexto o séptimo motivo de consulta más frecuente en Atención primaria(AP) [63].

A su vez, este interés por la piel supone que la Dermatología se encuentre entre las especialidades más demandadas por la población en España, con una tasa de derivación desde AP al especialista en torno al 10 % [62]. De forma paralela al aumento de problemas dermatológicos en consulta se ha experimentado un aumento del número de consultas por patología banal[62] o incluso por motivos estéticos[65].

Con todo lo anterior unido a que las patologías cutáneas son en general fácilmente visibles y no suelen precisar técnicas diagnósticas complejas el médico de AP debería conocer su importancia y no relegarlas dentro de su formación médica. Tendría que ser

capaz de diagnosticar las dermatosis más habituales en su medio y el tratamiento adecuado para éstas, así como conocer los criterios de derivación a consulta con el especialista.

Dentro de la patología que el MAP puede atender en su práctica habitual pueden aparecer cuadros cutáneos que considere que precisen una atención especializada de forma urgente, y en el caso concreto del Hospital Clínico Universitario de Valladolid existe la posibilidad de que los MAP envíen a esos pacientes para valoración dermatológica urgente en el SUH, con un volante de derivación en el que se explica motivo de derivación, síntomas....etc.

En ocasiones las listas de espera para atención especializada o la presión ejercida sobre estos MAP para reducir los porcentajes de derivación a ésta pueden suponer que haya un aumento de derivaciones vía urgente al Servicio de Urgencias para valoración por Dermatología o simplemente que el paciente por cuenta propia decida acudir, aun a pesar de que su patología no haya sido considerada para valoración urgente, sino para asistencia en consulta de Dermatología habitual. Este recurso a las urgencias por parte del paciente puede verse incrementado en aquellos casos en que el tiempo de espera hasta una primera consulta en Dermatología sea elevado, y en general cuando el enfermo o su entorno no lo consideran adecuado.

Se solicitaron a la Unidad de Estadística del HCUV los datos del número de urgencias atendidas en los años 2012 y 2013 completos con intención de conocer cuántas urgencias fueron atendidas, cuáles causaron ingreso desde urgencias etc.... Encontramos que:

En todo el año 2012 se atendieron un total de 1716 urgencias de Dermatología, que suponen un 3,76% del total de urgencias atendidas en ese año; sin embargo en el 2013 se

atendieron 1901 urgencias de Dermatología, de forma que supusieron un 4,15% del total de urgencias atendidas en el HCUV. Se observa un incremento del 10,8% en el número de urgencias atendidas en el 2012 con respecto al 2013.

Este aumento en el número de pacientes que recurren a la utilización de las Urgencias de Dermatología se constató desde Mayo de 2013 a Diciembre de 2013, así como a lo largo de 2014, coincidiendo con el aumento de la lista de espera para una primera consulta que tuvo su inicio en Abril de 2013 debido a jubilaciones sucesivas en la plantilla del servicio de Dermatología.

Además, en 2012 se realizaron 5 ingresos de pacientes valorados en urgencias por Dermatología mientras que en 2013 se realizaron 9 ingresos, comprobándose también un aumento del número de ingresos desde las urgencias de dermatología.

8- Dermatología y Calidad de vida:

La patología cutánea es el problema de salud más común a nivel mundial [66]. Afecta a individuos de todas las razas y todas las edades, de manera que se calcula que entre un 30 y un 70% de la población mundial padecerá alguna enfermedad cutánea a lo largo de su vida[67]. Según este último estudio la patología cutánea se encuentra en el puesto 18 dentro de las 20 enfermedades que suponen pérdida de un mayor número de años de vida ajustados por discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud en 1948 definió el concepto de salud como «un estado de completo bienestar físico, emocional y social» y no sólo como la ausencia de

enfermedad, lo cual supone una de las primeras consideraciones sobre la repercusión en la calidad de vida y su influencia en la salud[68]. Por tanto no entra en juego únicamente la afectación física que supone la enfermedad sino también la percepción por parte del enfermo, las limitaciones a su actividad diaria, relaciones sociales etcétera.

Además de ser el órgano más extenso de nuestro organismo la piel es nuestra carta de presentación. Su cuidado y atención ocupa parte del tiempo y los recursos económicos de nuestra población, no solo en el sexo femenino sino también en los últimos años en el sexo masculino. Es el órgano considerado más importante para los humanos en términos de imagen corporal y autopercepción[69]. Su cuidado va dirigido a mejorar la sensación de bienestar cutáneo, por tanto, una enfermedad que afecte a la piel puede hacerlo también a la calidad de vida. [70]

Las enfermedades de la piel se han relacionado con una percepción de peor salud general por parte del paciente, así como de estado de ánimo más bajo [71, 72]. Algunos estudios reflejan la repercusión en la calidad de vida de diversas patologías cutáneas como hidrosadenitis supurativa o psoriasis[73] o por ejemplo acné, psoriasis, eccema, eccema de manos o urticaria[69, 74] .

En el caso del eccema de manos Moberg et al. [75] encuentran, a partir de los datos obtenidos mediante cuestionarios realizados a población con y sin eccema de manos, que aquellos pacientes que presentan eccema de manos refieren dificultad para desarrollar distintas actividades de cuidado personal, movilidad y actividades habituales así como ansiedad/ depresión o dolor/ disconfort en mayor proporción que aquellos sin eccema de manos. También encuentran que dentro de los pacientes con eccema de manos las mujeres obtienen puntuaciones que reflejan una calidad de vida menor a la de los

hombres en las cuestiones sobre dificultad para las actividades habituales y ansiedad/depresión. En este caso los autores lo atribuyeron a una mayor dedicación de la mujer a labores en el hogar, preferentemente manuales.

La diferencia en la afectación del estado emocional entre hombres y mujeres que presentan la misma enfermedad cutánea ha sido observada también por el grupo de Finzi [76], que encontró que las mujeres con psoriasis son más sensibles al estrés psicológico que los varones con psoriasis. Estos autores explican este hecho por una mayor predisposición de las mujeres a padecer alteraciones psicológicas, y en concreto en su estudio observan que las mujeres desarrollan estrategias de afrontamiento de la enfermedad con menos frecuencia que los hombres. Schmid-Ott et al [77] también encontraron que las experiencias de estigmatización se daban con mayor frecuencia en mujeres que en hombres; sin embargo en el caso de los varones existía una correlación directa entre la mejoría del PASI (Psoriasis Assesment Severity Index) y la mejoría de los sentimientos de estigmatización. En el caso de las mujeres encuentran más cursos discordantes, es decir, sin relación directa entre mejorías o empeoramientos del PASI y los sentimientos de estigmatización, ansiedad o depresión.

II-JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

II-JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

Tras la revisión efectuada de la literatura existente nos planteamos realizar un estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con pacientes que acuden por un problema cutáneo y que fueran atendidos por dermatólogos en formación (residentes) o dermatólogos de plantilla, con los siguientes objetivos:

1. Conocer las características principales de las urgencias atendidas en nuestro servicio durante un periodo de tiempo (patologías principales, distribución por sexo y edad, situación del paciente antes de acudir a urgencias de Dermatología así como después de la atención, etc...)
2. Realizar una comparativa con el estudio previo realizado en este mismo hospital durante trece meses entre los años 1998 y 1999.
3. Realizar asimismo comparaciones con otros estudios sobre urgencias de dermatología realizados en el ámbito nacional e internacional.
4. Analizar los factores que contribuyen a la consideración de la justificación de las urgencias dermatológicas.
5. Obtener información suficiente para valorar el actual sistema de atención de urgencias por dermatología, de forma que pueda proponerse a la Dirección del hospital una mejor organización de la atención sanitaria urgente.

III-MATERIAL Y METODOS

III-MATERIAL Y METODOS:

1. Características del estudio

1.1: Ámbito de realización

Se llevó a cabo un estudio prospectivo sobre urgencias de Dermatología en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2012 y el 30 de Abril de 2013.

Los pacientes fueron valorados por Residentes de Dermatología, entre el año segundo y cuarto de la especialidad, supervisados por un dermatólogo de plantilla. Al finalizar dicha atención se entregó a los pacientes un documento informativo sobre la realización del estudio y aquellos pacientes que estuvieron de acuerdo en participar firmaron el consentimiento informado. Dicho documento se entregó al final de la atención con la intención de evitar posibles diferencias entre la atención de los pacientes que decidieran colaborar y los que no.

Se recopilaron las hojas de Atención de Urgencias de todos los pacientes que aceptaron participar y posteriormente de ellas se extrajeron los datos motivo de estudio.

1.2: Criterios de inclusión y exclusión

1.2.1: Criterios de inclusión:

Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes que solicitaron asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid que tras valoración inicial

de su patología por médicos de dicho SU o bien por médicos de urgencia de otras especialidades, fueron remitidos por éstos para valoración en Urgencias de Dermatología. También se recogen casos de pacientes que tras ser vistos en consultas externas de otras especialidades presentaron patología dermatológica considerada urgente por el facultativo y fueron remitidos para valoración urgente en nuestra especialidad previo paso por el SU y obtención del documento de atención correspondiente.

En todos los casos se trató de pacientes que manifestaron su conformidad con la inclusión de los datos de su atención mediante la firma del consentimiento informado.

Era requisito indispensable tener historia abierta en el SU y contar con una hoja de atención de urgencias en la que figurara su nombre y número de historia clínica.

Cada hoja de atención de urgencias se contabilizó como caso para el estudio. Durante el periodo de estudio un mismo paciente podía ser atendido en Urgencias de Dermatología en varias ocasiones sin impedir que en todas ellas su caso fuera incluido en el estudio, teniendo el mismo motivo de consulta o distinto de los previos. De esta manera un mismo paciente puede generar uno o más casos.

1.2.2: Criterios de exclusión:

Fueron excluidos del estudio todos aquellos pacientes que fueron atendidos sin hoja de atención de urgencias: consultas de pasillo de personal del hospital, interconsultas de pacientes ingresados así como las llamadas telefónicas recibidas al busca en referencia a

dudas de otros facultativos o llamadas telefónicas externas de pacientes que llamaron al hospital.

No hubo ningún paciente que se negara a la inclusión de sus datos en el estudio, todos manifestaron su consentimiento.

Los modelos de hoja de información al paciente y consentimiento informado pueden consultarse en anexos.(ANEXO 1 Y ANEXO2)

2. Recogida de datos y variables del estudio.

2.1: Recogida de Datos

A partir de las hojas de atención de urgencias fueron recopilándose los datos necesarios en fichas escritas en soporte papel (ANEXO 3). Los médicos participantes anotaban en esta ficha el número de historia clínica y su valoración de si la urgencia era o no justificada y el resto de datos se cumplimentaron después a partir de los documentos de atención a los pacientes.

Cada caso fue ordenado cronológicamente, según la fecha y la hora de atención, de manera que a cada caso se le asignó un número de ficha.

2.2: Variables del estudio

Las variables del estudio se definieron a partir de la ficha que recoge la atención en urgencias.

A continuación se detallan las variables del estudio y los posibles valores que podrían tomar las mismas:

1. Número de ficha: indica el número de orden del caso recogido.
2. Número de Historia Clínica: esta variable no se utiliza para ningún resultado del estudio, únicamente para contribuir a la identificación de la ficha.
3. Sexo: V correspondiente a Varón y M correspondiente a Mujer.
4. Edad: Se recoge el valor en años. En menores de un año el servicio de Admisión del Hospital lo refleja en meses. Si la edad es inferior a un mes en la identificación del paciente por defecto se indica 0 meses, con lo que se realizó el cálculo en días correspondiente.
5. Fecha: en formato dd/mm/aaaa. De ella posteriormente se pudo analizar la muestra por meses, conocer la media de urgencias en el periodo de estudio y el número de urgencias por mes.
6. Hora: en formato hh:mm
7. Día de la semana. Se recogió especificando concretamente el día de la semana.
8. Procedencia:
 - Valladolid capital
 - Valladolid provincia
 - Resto de Castilla y León

- Resto de España
- Extranjero

9. Localidad de origen. Nombre completo de la población. A partir de estos datos se obtuvo la distancia existente desde cada una de las poblaciones desde las que acudieron los pacientes hasta Valladolid capital. [78]

Se clasificaron así en las siguientes categorías:

- Valladolid capital
- ≤ 10 km: pacientes procedentes de localidades a una distancia menor o igual de 10 km con respecto a la capital.
- (10, 20]: pacientes procedentes de localidades entre 11 y 20 km
- (20, 30]: pacientes procedentes de localidades entre 21 y 30 km
- (30, 40]: pacientes procedentes de localidades entre 31 y 40 km
- (40, 50]: pacientes procedentes de localidades entre 41 y 50 km
- (50, 60]: pacientes procedentes de localidades entre 51 y 60 km
- (60, 70]: pacientes procedentes de localidades entre 61 y 70 km
- >70 : pacientes procedentes de localidades mayor de 70 km.
- Otra provincia: pacientes procedentes de provincias diferentes a Valladolid.

10. Origen: se refiere a las circunstancias que motivaron que el paciente acudiera a las urgencias de dermatología:

- Por cuenta propia. El propio paciente o su entorno decidieron acudir a urgencias para valoración de su patología.

- Derivado por un médico. El paciente fue valorado por un médico de urgencias de un SUAP o PAC, o bien su MAP y fue remitido para valoración en urgencias de dermatología. Este valor se tuvo en cuenta únicamente si existía volante de derivación, en caso de no contar con el dicho volante se consideró que acudía por cuenta propia.

Para simplificar, en los resultados nos referiremos a este valor como “Médico”.

- Hospital de Medina del Campo: con su correspondiente documento de derivación.
- Remitido desde consulta de otra especialidad para valoración urgente.
- Remitido desde urgencias de otra especialidad.
- Otros: se recogen pacientes derivados desde observación del hospital u otros Hospitales (Hospital Universitario Río Hortega). Dado que la mayoría de pacientes acuden por cuenta propia o derivados por un médico y la mayoría de opciones suponen un número muy reducido de casos, a la hora de expresar los resultados el resto de opciones se aglutinaron denominándose “otros”.

11. Destino: Esta variable hacía referencia a dónde sería valorado o se realizaría seguimiento tras la atención en urgencias de dermatología. Los posibles valores de esta variable fueron:

- Domicilio: Se consideró que el paciente puede volver a su domicilio tras la atención de urgencias y el tratamiento instaurado.

Se trata de pacientes que no requieren un particular control por su MAP aunque a todos los pacientes se aconseja que pongan en conocimiento de su MAP la atención en urgencias.

- Control por su MAP: se solicitó específicamente en la hoja de urgencias que el MAP realizara un seguimiento o control de la evolución, lo cual se explicaba igualmente al paciente.
- Derivación por su MAP a consulta de dermatología (MAP→Der). Se indica en aquellos casos que se consideró habían de ser remitidos a consulta ordinaria de dermatología a través de su MAP porque la patología lo requiera.
- Cita en consulta de dermatología. En el caso de que el adjunto a cargo de la supervisión de la urgencia así lo decidiese podía indicarse una fecha concreta para valoración en consulta de dermatología, habitualmente porque la patología precisase esa valoración antes del tiempo de demora habitual existente si se derivaba desde Atención Primaria.
- Ingreso en Dermatología. Si se consideró que la patología requería ingreso a cargo del Servicio de Dermatología.
- Ingreso en otra especialidad. Si el paciente fue valorado por otra especialidad y finalmente resultó ingresado.
- Urgencias generales o urgencias de otra especialidad. En caso de haber otra patología urgente no subsidiaria de nuestra especialidad el paciente fue remitido a las urgencias generales o a las urgencias de otra especialidad tras comentar la sintomatología o la

exploración al médico de guardia de la especialidad correspondiente.

12. De la “casa”. Paciente que trabajaba en el hospital y se identificaba como tal, recogiendo su categoría profesional. También se incluyeron aquellos casos que acuden como familiares o amigos de alguien de la casa.
13. Citado ya en Dermatología. El hecho de que los pacientes tuvieran ya una cita en consulta fue preguntado en el momento de hacer la historia clínica.
14. Días hasta la cita. En el caso de que existiera ya una cita en el servicio de Dermatología (en el momento de ser atendido en las urgencias) se contabilizó el número de días hasta la fecha de dicha cita. Si el paciente no conocía la fecha concreta el dato era obtenido a través del programa de información del hospital (denominado “Informes clínicos”).

Se recogieron los valores de esta variable tanto en el caso de citas de primera consulta como en el de citas de revisión.

15. Tiempo de evolución del proceso: Se indicó el dato numérico en días, salvo en aquellos casos en que se trataba de horas de evolución.
16. Técnicas: Sí / No. Se indicaba si se había solicitado algún tipo de técnica diagnóstica o realizado algún procedimiento de carácter terapéutico, diferente de la prescripción de medicación tópica, oral o parenteral. En caso de sí realizarse alguno de estos procedimientos, a continuación se indicaba cual.

- Cura local
- Biopsia

- Exéresis: Extirpación de la lesión.
- Analítica no urgente
- Analítica urgente
- Serología
- Inmunología
- Cultivo
- Radiografía urgente
- TAC urgente
- Ecografía urgente
- Otras técnicas: se recogió el nombre de la técnica realizada si no se incluía en las anteriores.

17. Número de técnicas: Se indicó el dato con su valor numérico.

18. Diagnóstico de origen: Se recogió el nombre del diagnóstico emitido por el médico que remitía al paciente y recogido en la hoja de derivación. En muchos casos se encontró un diagnóstico descriptivo únicamente, lo cual también fue recogido.

19. Diagnóstico de salida: Se recogió el nombre del diagnóstico emitido tras la valoración en Urgencias de Dermatología. Se trata por tanto de la impresión clínica tras la atención del paciente.

20. Código CIE 9MC: Dada la gran variabilidad de los diagnósticos de salida éstos se codificaron según la clasificación CIE 9 MC [71], recogéndose el código y nombre del diagnóstico; teniendo también en cuenta las últimas modificaciones introducidas en la clasificación [72]. Se realizó la búsqueda del diagnóstico

concreto o de la forma más aproximada posible si esta codificación no recogía el diagnóstico exacto.

Además de apuntar el código se anotaba el nombre dado por la codificación debido a que en ocasiones una misma patología presenta varios nombres y en la clasificación CIE 9 MC no siempre se codifica con todos los nombres posibles.

21. Grupo Diagnóstico: Se trata de una variable no indicada en las Hojas de Atención en Urgencias, que se consignaba en la ficha de recogida de datos al incluir cada caso atendido.

Con esta variable se intentó realizar una distribución de los diagnósticos de salida en 18 grupos de patologías afines, similar a la que se recoge en otros trabajos previos sobre Urgencias de Dermatología [15, 18] con intención de facilitar el estudio y la agrupación de los datos de los pacientes recogidos.

Dichos grupos de diagnósticos se detallan a continuación:

- 1) **Eccema**: Incluyó dermatitis atópicas, dermatitis seborreicas, eccemas de contacto, eccemas numulares o dishidróticos, entre otros.
- 2) **Enfermedades (enf.) producidas por agentes físicos**. Recogió erosiones cutáneas, lesiones debidas a traumatismos, frío o calor.
- 3) **Tumores**: incluyó tumores cutáneos tanto benignos como malignos. Se han subdividido según su origen histopatológico para facilitar su cómputo:

— **Melanocíticos**: nevus melanocíticos y melanomas.

- Epiteliales: carcinoma basocelular, espinocelular, queratoacantomas, queratosis actínicas, queratosis seborreicas.
- Linfomas T cutáneos: micosis fungoide y otros linfomas cutáneos
- Vasculares: hemangiomas infantiles y malformaciones vasculares cutáneas
- Otros: fibromas blandos, quistes epidérmicos, lipomas, angiomas rubí...entre otros.

- 4) Toxicodermias: Recogió todas las reacciones cutáneas atribuibles al uso de fármacos por vía oral o parenteral, a menudo con afectación cutánea extensa en forma de exantemas[19]. No se incluyen aquí los potenciales efectos secundarios de medicaciones tópicas dermatológicas ni manifestaciones cutáneas en las que se sospeche fotosensibilidad. Este grupo de patologías puede presentar manifestaciones clínicas variadas: máculas, pápulas, ampollas, pústulas...etc. Algunas de ellas tienen un potencial riesgo vital por sus síntomas sistémicos como en el síndrome DRESS (alteraciones hepáticas, eosinofilia u otros) o por la pérdida de la función de barrera cutánea con aparición de ampollas, como ocurre en el Síndrome de Steven Johnson (SSJ) o en la Necrólisis epidérmica tóxica (NET).
- 5) Enfermedades eritematodescamativas: este grupo incluía pitiriasis rosada, psoriasis y pitiriasis rubra pilaris.

6) Erupciones fotoinducidas: incluyeron todos aquellos casos de lesiones cutáneas producidas o agravadas por la luz solar en todo su espectro: luz visible, radiación ultravioleta o infrarroja[79]. Estas engloban fotodermatosis idiopáticas adquiridas (erupciones polimorfas lumínicas, prurigo actínico, hidroa vacciniforme, dermatitis actínica crónica) y otras en las que existe fotosensibilidad (dermatitis fotoalérgicas o fototóxicas) a menudo con implicación de fármacos [80].

A menudo se trata de patologías poco conocidas por otros especialistas no dermatólogos y erróneamente diagnosticadas en muchos casos; quizás debido a su baja frecuencia y a su etiología compleja, en la que influyen factores individuales y a menudo los fármacos o agentes químicos a los que pueda exponerse el paciente.

Aunque en este grupo algunos autores incluyen también aquellas enfermedades agravadas por la luz solar, como el lupus cutáneo agudo o subagudo, hemos preferido que los casos de esta enfermedad pertenecieran al grupo de enfermedades autoinmunes.

7) Patología de boca y labios. Incluyó patologías que afectan a esta área anatómica: orodinis, aftas orales, queilitis, dermatitis periorales, liquen plano oral... entre otros. Se consideró otro grupo aparte por la peculiaridad de implicar mucosa y por las diferencias que supone a nivel de diagnóstico y opciones terapéuticas. En los manuales Fitzpatrick y Rook [80, 81] existe

un capítulo completo el dedicado a la biología y las enfermedades de la cavidad oral.

- 8) Patología de folículo y uñas: Incluyó trastornos de los anejos cutáneos que llevaron a consultar en Dermatología como son las paroniquias y otras enfermedades de las uñas, acné, rosácea, hidradenitis supurativas, alopecias...etc
- 9) Enfermedades ampollas. Recogió distintos casos de enfermedades ampollas como el pénfigo o el penfigoide.
- 10) Picaduras y prurigo. Se incluyeron aquellos casos de picaduras de artrópodo o de garrapata, así como los casos de prurigo tanto en forma de prurigo simple o senil como casos de prurigo atópico. A pesar de tratarse de un grupo con patologías de distinto origen y manifestaciones clínicas (salvo el prurito que acompaña a todos ellos) decidimos mantener este grupo ya considerado en la clasificación de patologías del trabajo previo del HCUV[15].
- 11) Patología infecciosa (vírica, bacteriana, hongo, parasitaria).
 - Infecciones víricas: herpes simple, herpes zoster, varicela, molluscum contagiosum, verrugas víricas, exantemas víricos. Fitzpatrick[80] recoge como afecciones víricas exantemáticas las siguientes: sarampión, rubeola, eritema infeccioso o quinta enfermedad (Parvovirus B19), mononucleosis infecciosa (VEB), síndrome de Gianotti Crosti, infección por Citomegalovirus, exantema súbito (VHS6 y VHS7), Enfermedad mano-pie-boca(por enterovirus), la pseudo angiomatosis eruptiva o

herpangina, el exantema laterotorácico unilateral e incluso los rotavirus.

-Infecciones bacterianas: celulitis, erisipela, fascitis necrotizante, impétigo, forúnculos...

-Infecciones fúngicas: Tiñas, candidiasis y pitiriasis versicolor.

-Infecciones parasitarias: sarna y pediculosis capitis

12) Urticaria y angioedema: recogió casos de estas dos patologías.

13) Patología vascular cutánea: incluyó casos de dermatitis de estasis, púrpuras y vasculitis.

14) Úlceras: recogió aquellos casos que acudieron a urgencias con clínica de úlceras cutáneas.

15) Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Incluyó los diagnósticos de condilomas acuminados, sífilis en sus distintos estadios, uretritis (gonocócica y no gonocócica) o herpes simple genital, entre otros.

16) Enfermedades Autoinmunes: Agrupó diagnósticos de lupus eritematoso, morfea y sospecha de otras enfermedades autoinmunes.

17) Dermatitis reactivas: Englobó patologías como eritema nodoso, síndrome de Sweet o eritema multiforme entre otros.

El manual de Dermatología para Residentes de los Dres. Molina Ruiz y colaboradores [25] incluye estos tres últimos dentro de las patologías reactivas que habitualmente pueden ser vistas en urgencias de Dermatología. Suárez-Fernández y cols.[6] recoge

estas patologías dentro del grupo de enfermedades inflamatorias cutáneas que incluyen paniculitis, vasculitis, urticaria/angioedema, enfermedades ampollosas autoinmunes, dermatosis neutrofilicas, aftas orales y fotodermatitis.

En Rook Textbook of Dermatology[81] se reconoce el término de patologías reactivas, en el que incluyen el eritema multiforme, el eritema nodoso, el granuloma anular o el síndrome de Sweet entre otros; aunque se especifique en cada capítulo que se trata de lesiones reactivas a determinadas infecciones víricas, a enfermedad inflamatoria intestinal u otros posibles procesos asociados en cada caso. Fitzpatrick[80] no menciona la patología reactiva sino que incluye el granuloma anular y el síndrome de Sweet (junto con otras dermatosis neutrofilicas) dentro de las patologías inflamatorias cutáneas.

18) Efectos secundarios de tratamientos dermatológicos (ESTD): recopiló los casos atendidos en urgencias por lesiones cutáneas tras la aplicación tópica de productos pautados por el dermatólogo así como tras realizarse algún procedimiento terapéutico en el servicio de Dermatología. Algunos de ellos son lesiones por imiquimod tópico, diclofenaco, 5-fluorouracilo, lesiones tras crioterapia o terapia fotodinámica entre otros.

Anteriormente mencionamos un grupo en el que la administración de fármacos era la causa de la aparición de la clínica cutánea (grupo

4, toxicodermias). Consideramos que es necesario diferenciar el grupo de toxicodermias y la patología recogida en este último grupo, que consiste en una iatrogenia específicamente dermatológica y suele manifestarse de forma local en el territorio de aplicación del medicamento o de realización del procedimiento, además de no suponer riesgo vital importante para el paciente en la mayoría de los casos.

19) Liquen escleroatrófico genital. Este grupo no aparece reflejado en otros trabajos sobre urgencias de dermatología y quisimos diferenciarlo ya que consideramos que esta patología no se recogía adecuadamente en otras categorías diagnósticas. Algunos textos de dermatología como el Rook [81] la incluyen dentro de los trastornos del tejido conectivo, aunque reconocen que su etiología es aún desconocida y puede ir asociada a otros trastornos autoinmunes como la morfea, la anemia perniciosa o el lupus eritematoso sistémico.

20) Exantemas sin otra especificación: recogió todos aquellos diagnósticos de exantema en los que no se pudo identificar un agente etiológico medicamentoso, vírico o de otra causa. Los exantemas son una patología muy frecuente en urgencias, por su expresividad clínica a menudo de muy rápida evolución, generando alarma en el paciente y su entorno, además de que algunos de ellos precisan un seguimiento evolutivo estrecho y

realización de pruebas para un diagnóstico y tratamiento más precisos.

21) Dermatitis en el embarazo: Existen algunas afecciones dermatológicas que pueden acontecer con más frecuencia durante el embarazo (eritema nodoso, estrías), sin embargo hay algunas que se consideran específicas del embarazo y del postparto inmediato y que conviene conocer, sobre todo por el potencial riesgo para el feto que algunas de ellas pueden suponer[6]. La colestasis del embarazo, el penfigoide gestacional o la psoriasis pustulosa del embarazo pueden asociarse a riesgo fetal, mientras que la erupción polimorfa del embarazo, también llamada pápulas y placas urticariformes del embarazo no suele llevar asociado riesgo fetal. Tampoco el prurigo del embarazo suele asociarse a riesgo fetal[6, 81]. Por otra parte tanto Rook como Fitzpatrick consideran que el penfigoide gestacional puede incluirse dentro de las enfermedades ampollosas autoinmunes[80, 81].

22) Lesiones inespecíficas: incluye aquellos casos en que se consignó este carácter inespecífico de las lesiones en las hojas de urgencias.

23) Sin patología cutánea/sin lesiones en el momento de acudir a urgencias. Se incluyeron dentro de este grupo todos aquellos casos en los que no se encontraron lesiones cutáneas en el momento de la exploración o que a pesar de tener alguna sintomatología cutánea se consideró que su seguimiento o tratamiento no correspondía a la especialidad de dermatología. Dentro de estos últimos se

atendieron casos de neuralgia postherpética, artritis y edema articular.

24) Otros: se trata de un grupo que recoge diagnósticos de patologías que no pudieron englobarse en las categorías previas.

22. Concordancia: Esta variable hace referencia a la existencia de congruencia entre el diagnóstico de origen emitido por el médico que deriva al paciente con el diagnóstico de salida. Resultó difícil indicar la existencia o no de concordancia dada la alta frecuencia de diagnósticos descriptivos en los volantes. (En muchos casos se aportan pocos datos, por ejemplo “ampollas” “erupción en cara”, etc.).

Se consideró que existía concordancia en el caso de que el diagnóstico aportado o las lesiones descritas correspondieran al mismo grupo diagnóstico al que se asigna finalmente el diagnóstico de salida (ver variable anterior). Por ejemplo, no se consideró que hubiera concordancia si el diagnóstico de origen era urticaria y el diagnóstico de salida eccema, sin embargo sí se consideró concordante un volante con diagnóstico de origen “ampollas traumáticas” y diagnóstico de salida “enfermedades producidas por agentes físicos”.

23. Justificación de la urgencia. Sí/ No. El hecho de que una urgencia se considerara justificada o no justificada en nuestro estudio corresponde a criterios subjetivos del observador, además de tener en cuenta las características habituales de las urgencias dermatológicas, en la que tienen peso los aspectos de preocupación del paciente, aparatosidad de los signos y síntomas, extensión de la afectación cutánea y repercusión en su vida diaria. Contando con esto se

consideraron justificadas aquellas dermatosis capaces de afectar el pronóstico vital (emergencias, como vimos al inicio) y aquellas que por su curso en brotes o su clínica de escasos días hasta la resolución requerían su visualización para permitir un diagnóstico.

Sin embargo se consideraron no justificadas todas aquellas atenciones que por sus manifestaciones clínicas no requerirían recibir atención en urgencias sino que podrían haber sido atendidas por su MAP o en consulta de dermatología previa cita.

2.3: Otros aspectos

El periodo elegido para llevar a cabo el estudio comprende 395 días naturales (365 días del 1 Abril 2012 a 31 Marzo 2012 junto a los 30 días del mes de Abril de 2013).

Algunas variables se categorizaron con intención de facilitar su análisis, lo cual comentamos más detalladamente a continuación:

En el caso de la variable cuantitativa **edad** se decidió agrupar los valores de manera que obtenemos dos variables diferentes:

- **Grupos de edad:** Se corresponden con una división separando la edad pediátrica y resto de edades por decenas, expresadas todas ellas en años.
 - ≤ 14 (menores o iguales de 14 años: edad pediátrica)
 - 15 -24
 - 25-34

- 35-44
 - 45-54
 - 55-64
 - 65-74
 - 75-84
 - 85-94
 - ≥ 95
- **Edad en tres categorías**, a la que de forma abreviada nos referiremos como **edad3**. Las categorías se detallan a continuación:
 - ≤ 14
 - 15-64 años
 - ≥ 65

También otras variables cuantitativas, como por ejemplo la variable tiempo de evolución del proceso o días hasta la cita.

- **Tiempo de evolución del proceso:**
 - < 24 horas
 - 1-7 días
 - 8-14 días
 - 15-30 días
 - 31-60 días
 - 61 días-1 año
 - > 1 año

- **Días hasta la cita:**

- 1-7 días
- 8-14 días
- 15-30 días
- 31-60 días
- >60 días

3. Aprobación del estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica y la Gerencia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El procedimiento realizado para la obtención y el tratamiento de los datos que son objeto de estudio ha sido aprobado tanto por el Comité Ético de Investigación Clínica como por la Gerencia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Los documentos certificativos se recogen en los ANEXOS 4 y 5.

4. Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron incorporados desde cada ficha al programa Excel para el estudio y tratamiento estadístico de las variables. Posteriormente se analizaron con el programa IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de cada variable. Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias, tanto frecuencias absolutas como relativas (porcentajes). Los datos se recogieron en tablas y se representaron con los gráficos más adecuados para cada variable.

Posteriormente se analizó la relación entre diversas variables y la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre ellas mediante tablas de contingencia.

Aplicando el test Chi-cuadrado de Pearson se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 fuera mayor de un 20%, se utilizó el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Todas las variables han sido tratadas analíticamente como cualitativas, tras la categorización de las variables cuantitativas existentes.

Para las comparaciones de medias de los dos periodos de estudio se empleó la prueba T de Student para muestras independientes y el test Chi-cuadrado.

Se consideró la existencia de una asociación estadísticamente significativa para resultados con valores de $p < 0,05$.

IV- RESULTADOS

IV-RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2012 y el 30 de Abril de 2013 se atendieron 1776 urgencias en el servicio de Dermatología.

Mediante la recogida de los datos procedentes de las Hojas de Atención de dichas Urgencias de Dermatología se obtuvieron los resultados referidos a continuación.

1. Análisis descriptivo de las variables.

1.1. Sexo.

Del total de urgencias atendidas hubo 1064 mujeres (59,9%) y 712 hombres (40,1%).

Fig. 2

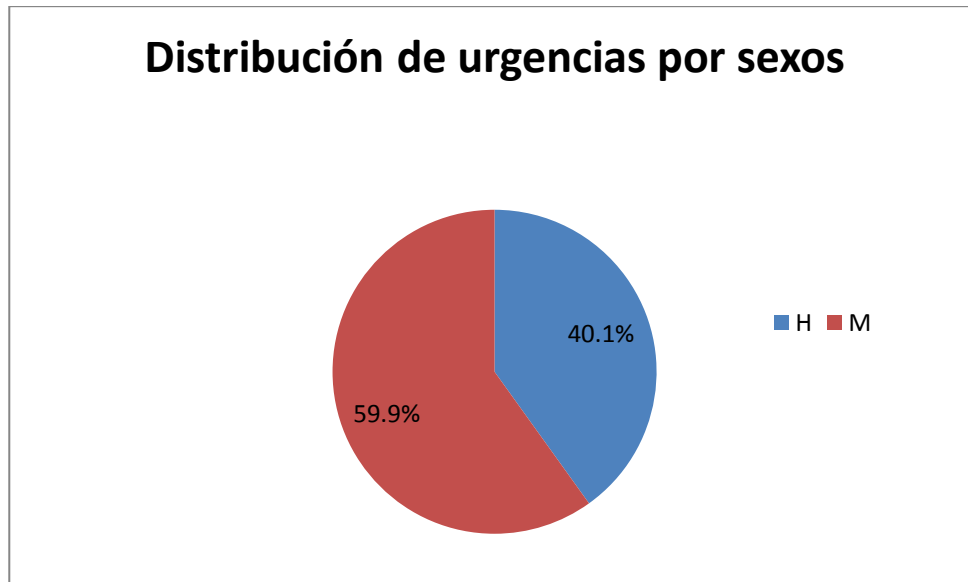


Fig. 2: Distribución de las urgencias por sexos

1.2. Edad

Las edades de los pacientes (pac.) estaban comprendidas entre los 12 días de vida y los 98 años de edad. La media de edad resultó ser de 46,48 ($\pm 23,22$) años.

Analizando por separado el grupo de hombres y de mujeres se encuentran datos similares; en las mujeres la media de edad fue de 46,12 ($\pm 22,78$) años y en el caso de los hombres fue de 47,02 ($\pm 23,88$).

1.2.1. Edad en tres categorías (edad3)

Con respecto a la distribución por las tres principales categorías de edad, el 10,8% de los pacientes del estudio fueron de edad menor o igual a 14 años (192 pac.), etapa correspondiente a la edad pediátrica. Un 64,8% de pacientes eran de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (1150 pac.), mientras que los de edad mayor o igual a 65 años supusieron un 24,4 % (432 pac.). *Fig.3*

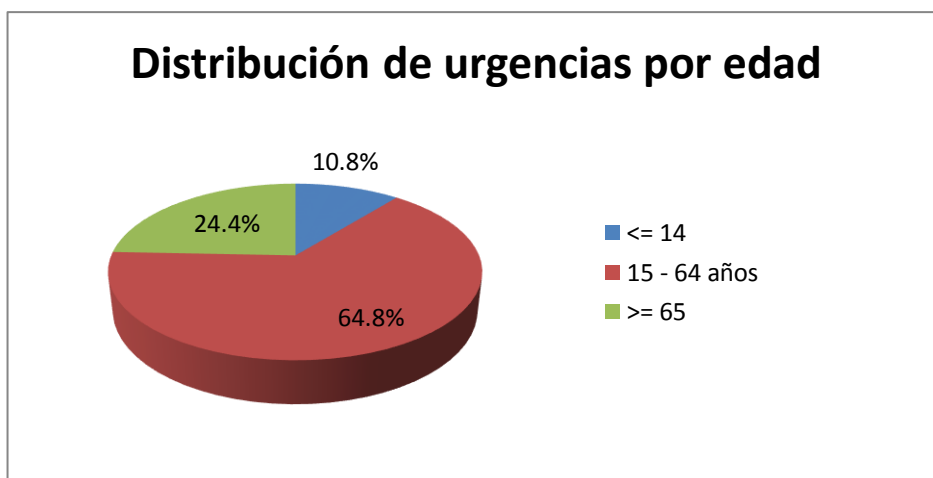


Figura 3: Distribución de urgencias por grupos de edad: pediátrica, adultos y >65 años

1.2.2. Grupos de edad

Al analizar los grupos de edad encontramos que el grupo más numeroso resultó ser el de 55-64 años (14,4% de las urgencias), seguido del de 35-44 años (14,2% de las urgencias), 25-34 años (13,3% de las urgencias) y el de 45-54 (12,7% de las urgencias). Más de la mitad (54,6%) de las urgencias atendidas se originaron en pacientes entre 25 y 64 años.

Véase Fig.4

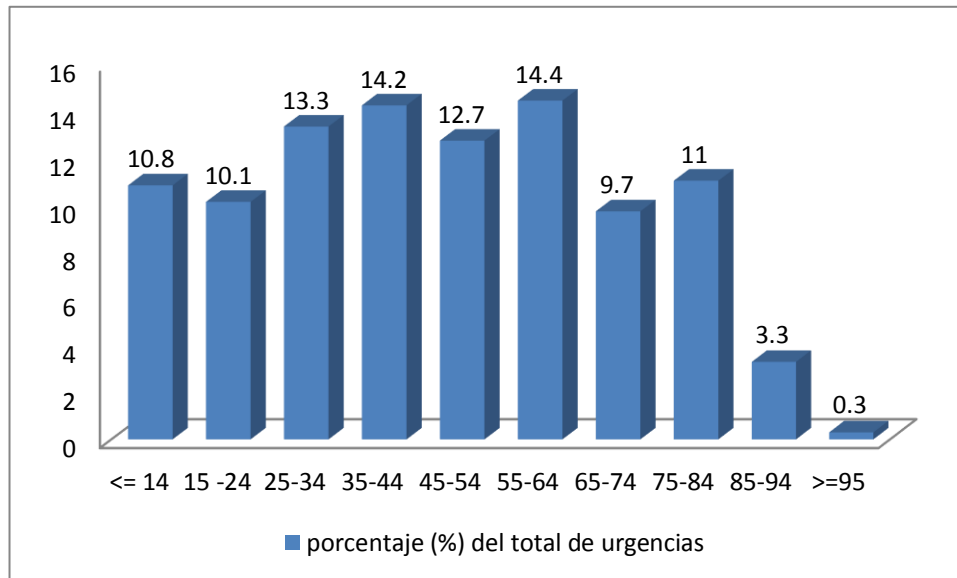


Figura 4: Porcentaje del total de las urgencias en edad pediátrica y por décadas.

1.3. Fecha

Por meses, la media de urgencias al mes es de 136,62 ($\pm 17,2$); el número mínimo de urgencias al mes obtenido fue de 110 (Febrero de 2013) y el máximo de 176 urgencias al mes (Abril de 2013). En marzo y abril de 2013 se observa el inicio de una tendencia

ascendente en el número de urgencias que constatamos después cuando se solicitaron los datos a estadística del HCUV.

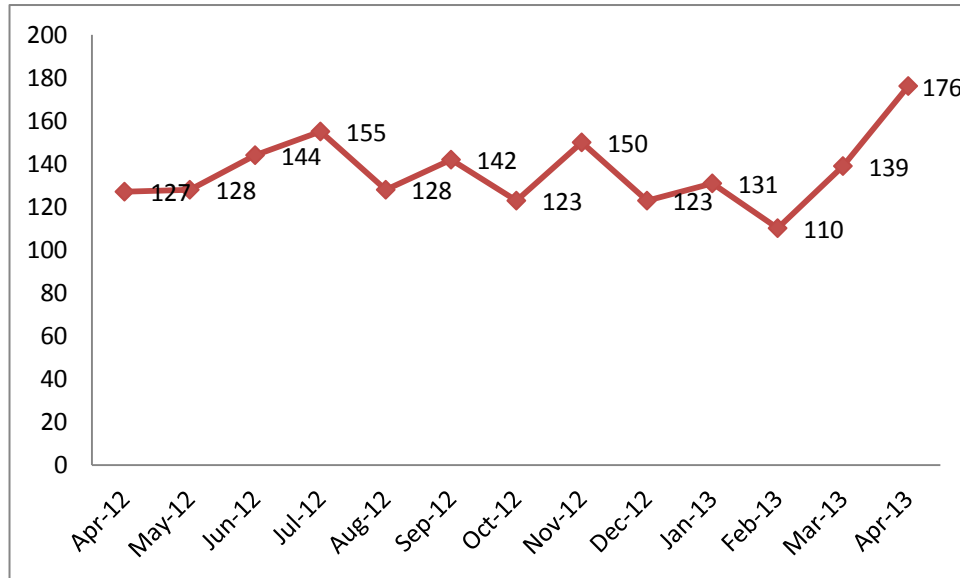


Fig. 6: Número de urgencias vistas al mes durante el periodo de estudio.

Han llegado a registrarse hasta un máximo de 15 urgencias por día; lo cual ocurrió en dos ocasiones. La media de urgencias/ día es de 5,7 ($\pm 2,88$).

El número de días en los que se atendieron urgencias fue un total de 300. La media de días atendidos por mes es de 23 días (mínimo 18 días, en Diciembre de 2012 y máximo de 25 días cubiertos tanto en Julio como en Agosto 2012). En el mes de febrero de 2013 se cubrieron 23 días, no es el mes en que menos días de urgencia se cubrieron, sin embargo registró un menor número de urgencias.

1.4. Hora

El mayor número de pacientes fue atendido en horario de mañana (de 8:00 a 14:59h) en comparación con el horario de tarde (de 15:00 a 22: 00h). El 80,5% de los casos (1429 casos) acudieron en horario de mañana y el 19,5% en horario de tarde (347casos).

1.5. Día de la semana

Con respecto a los días de la semana, el día en que más urgencias se atendieron fue en lunes, seguido de martes y posteriormente cifras descendentes en el número de urgencias durante el resto de días de la semana, aunque existe un repunte de urgencias los domingos.

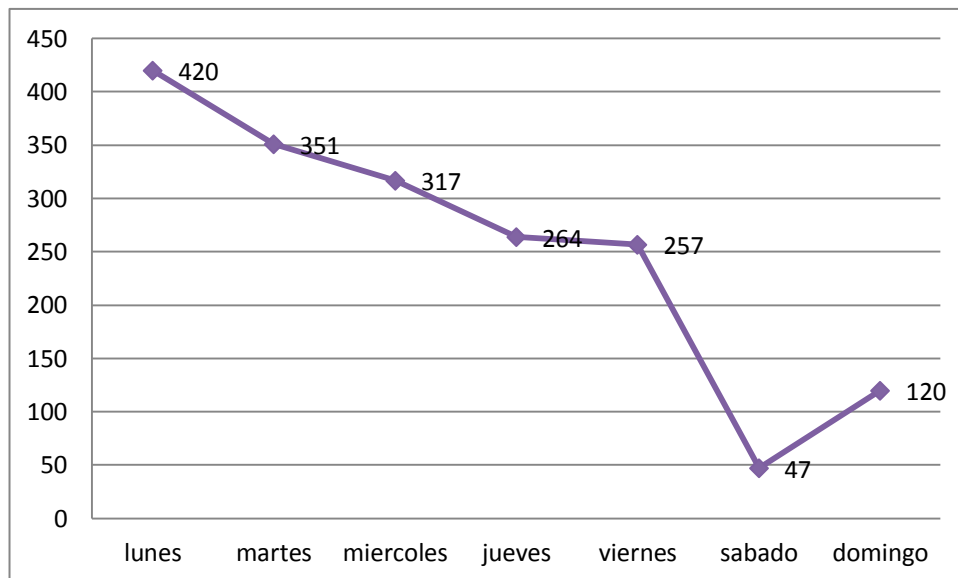


Fig.7: Número de urgencias atendidas en cada día de la semana

1.6. Procedencia

La distribución de las urgencias atendidas según su procedencia sería ésta: el 75,9% de los pacientes acudían desde Valladolid capital (1346 atenciones), un 21,4% de diversos municipios de la provincia de Valladolid (379 atenciones), un 1,6% de otras zonas de Castilla y León y un 1,1% de otras zonas de España. Sólo en un caso se atendió un paciente con domicilio extranjero (0,1%) Véase Fig. 9. Se prestó atención a personas procedentes de 105 localidades diferentes, no sólo de la provincia de Valladolid sino de otros puntos de España.

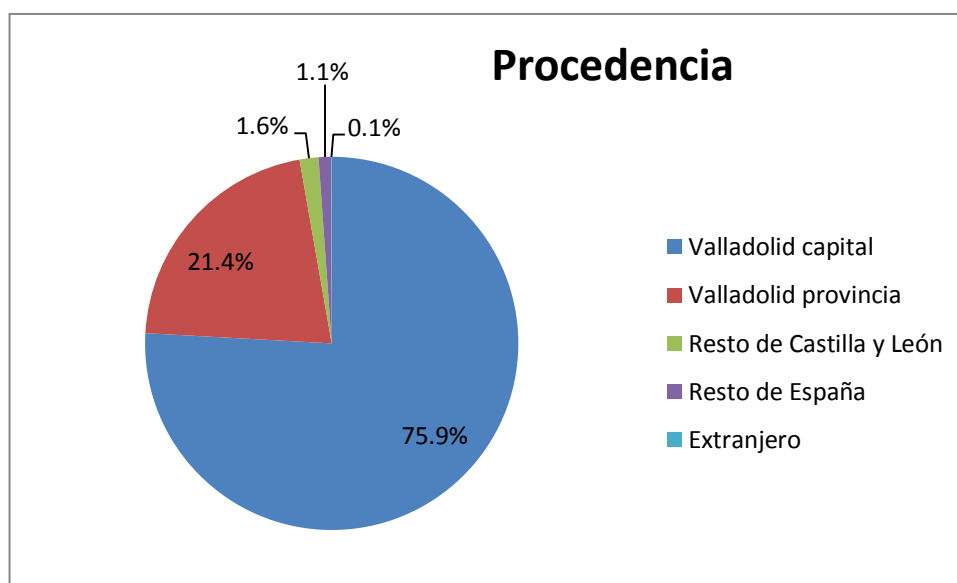


Fig. 8: Distribución de los pacientes según su lugar de procedencia.

1.7. Distancias

En la siguiente tabla se recoge el número de casos y porcentaje de pacientes que acudieron desde Valladolid capital, localidades a distintas distancias de la capital y desde otras provincias.

Tabla 3: Distribución del número de urgencias según la distancia al centro hospitalario.

Distancia (Km)	n (%)
Valladolid	1346 (75,8%)
<=10	42 (2,4%)
(10, 20]	88 (5%)
(20, 30]	66 (3,7%)
(30, 40]	16 (0,9%)
(40, 50]	55 (3,1%)
(50, 60]	100 (5,6%)
(60, 70]	13 (0,7%)
>70	3 (0,2%)
Otra provincia	46 (2,6%)
Total	1775 (100%)

Se aprecia una disminución en el número de casos a medida que aumenta la distancia con respecto a Valladolid capital, sin embargo este descenso no es directamente proporcional a la lejanía con el HCUV sino que hay algunos tramos de distancia con mayor número de casos, como los que acuden desde localidades situadas entre 41 y 60 km, cuyo número superior al de otros tramos más cercanos.

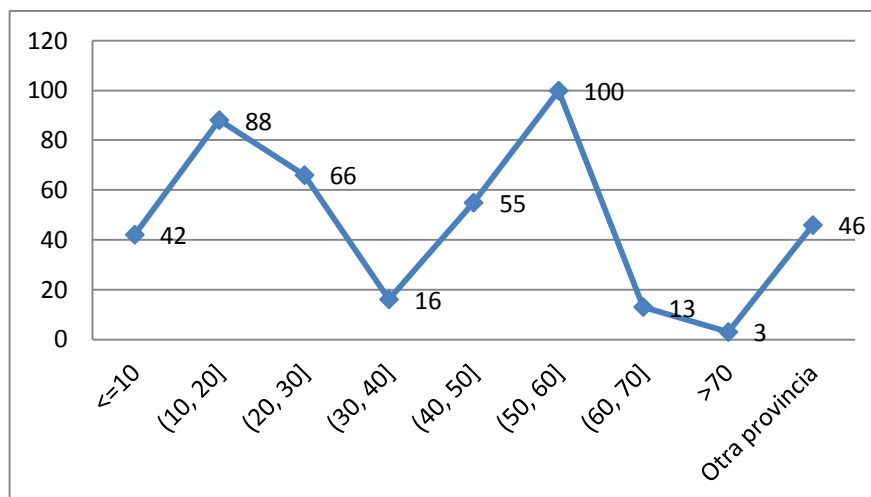


Fig 9: Representación del número de casos que acuden desde cada tramo de distancia a la capital.

Indicamos a continuación en la Tabla 4 los datos de aquellas poblaciones de las que proceden un mayor número de casos del estudio, sin contar con Valladolid capital. Podemos observar que existen varias localidades situadas a distancia entre 41 y 60 km que aportan un número elevado de casos, como son Medina del Campo, Peñafiel e Iscar.

Tabla 4: Relación de localidades con 9 o más casos incluidos en el estudio, distancia a la capital y número de habitantes en el año 2011[78].

Localidad	n	Distancia a la capital (km) y tramo de distancia	Número de Habitantes
Medina del Campo	46	53 (50, 60]	21607
Peñafiel	43	56 (50, 60]	5616
Tudela de Duero	28	16 (10, 20]	8746
Mojados	24	25 (20, 30]	3354
Cigales	21	11 (10, 20]	4743
Iscar	19	42 (40, 50]	6871
Cabezón de Pisuerga	14	11 (10, 20]	3520
Santovenia de Pisuerga	13	6 <=10	3965
Aldeamayor de Sanmartín	11	17 (10, 20]	4322
Portillo	11	25 (20, 30]	2556
Renedo de Esgueva	10	8 <=10	3113
Traspinedo	10	25 (20, 30]	1036
Villanueva de Duero	9	18(10, 20]	1209
Pedrajas de San Esteban	9	44(40, 50]	3652

1.8. Origen

En cuanto al origen de los pacientes, la mayoría de ellos acudían por cuenta propia (78,8% del total de urgencias), mientras que un 18,4% lo hicieron enviados por un médico con un volante de derivación.

El resto estaba constituido por un 1,1% urgencias derivadas desde el Hospital de Medina del Campo y un 1,2 % acudían derivados por Interconsulta de otras especialidades solicitando valoración urgente (Medicina Interna, Oncología, Hematología y Digestivo). El 0,5% restante estaba formado por aquellos casos remitidos desde urgencias de otras especialidades y observación de urgencias. Véase Fig. 9

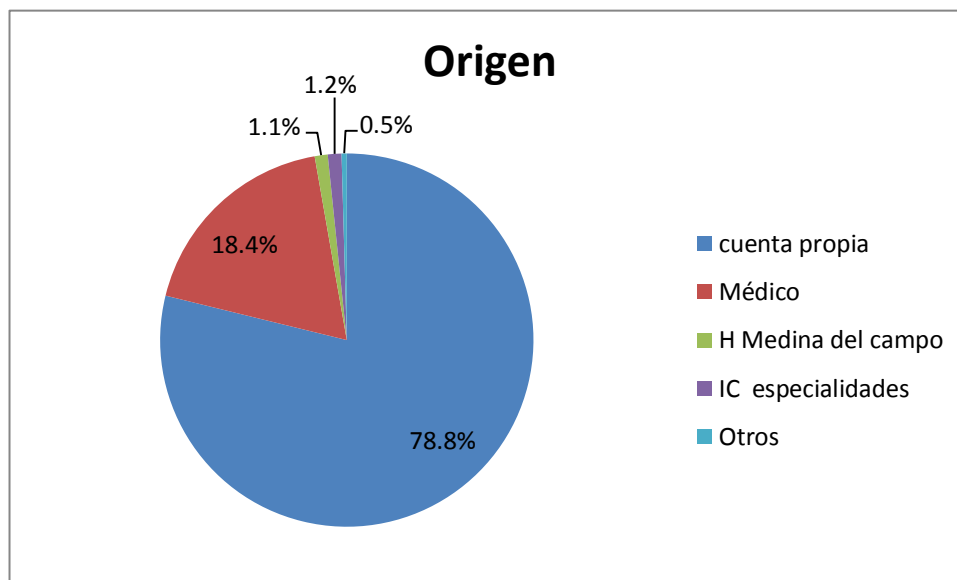


Fig. 9: Origen de las urgencias de Dermatología

1.9. Destino

El destino final de estos casos fue en un 32,1% su domicilio, un 25,2% fue valorado con indicación de especial seguimiento por su MAP, a un 22,2% se le aconsejó que pidiera una primera consulta en Dermatología a través de su MAP y un 18% fue directamente citado en consulta de Dermatología.

El porcentaje restante de urgencias (2,6%) correspondían a aquellos casos derivados para valoración en las urgencias generales del hospital o en las urgencias de otras especialidades (ORL, oftalmología, cirugía vascular, entre otras) por presentar otras patologías aparte de la cutánea que requerían valoración por las mismas, además de todas aquellas situaciones que requirieron ingreso.

Se realizaron cinco ingresos por parte de Dermatología a través de las urgencias (0,3% del total de pacientes). Además otros 5 pacientes valorados en urgencias de Dermatología resultaron ingresados por otras especialidades (1 infecciosas, 2 medicina Interna, 1 oncología, 1 neurología) debido a patología diferente de la cutánea (0,3% del total). Fig. 10

Los ingresos en Dermatología se realizaron con los siguientes diagnósticos: lupus eritematoso, eritema multiforme, micosis fungoide, celulitis y exantema medicamentoso febril.

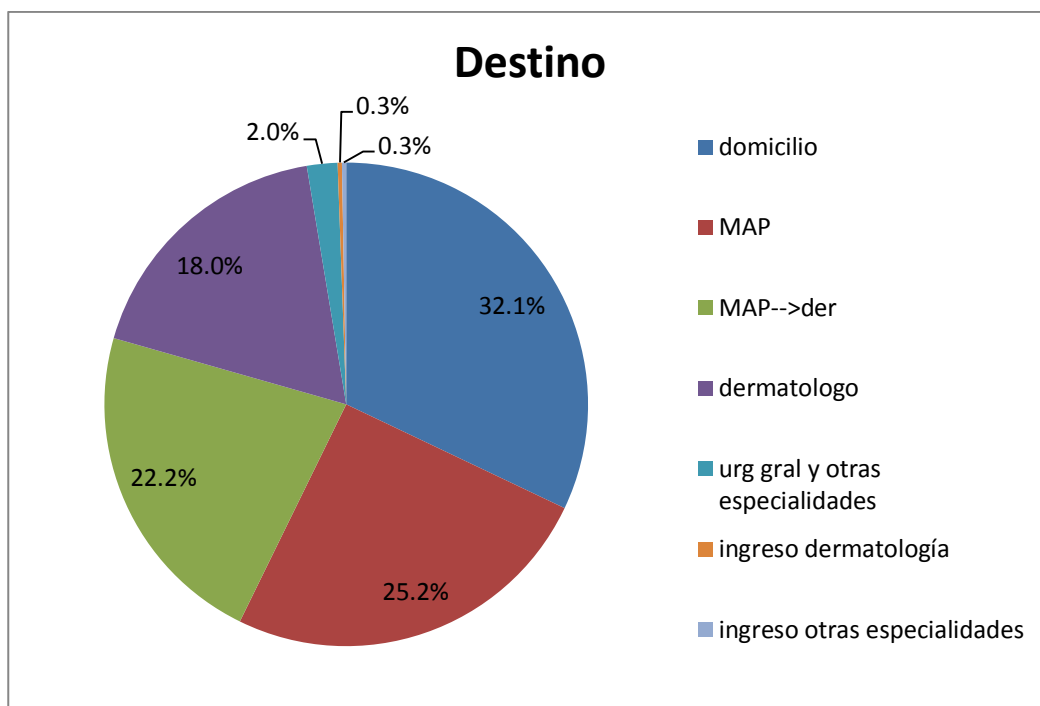


Fig. 10: Destino de los pacientes atendidos en urgencias de Dermatología

1.10. De la casa

Un 11,2% de los casos atendidos (158 casos) se identificaba a sí mismos como “de la casa” o familiar “de la casa”. Dentro de las profesiones recogidas los administrativos constituyen el grupo que más ha frecuentado las urgencias de Dermatología suponiendo el 1,2% del total de casos asistidos, seguido del personal de enfermería (0,8% del total de casos asistidos). Aparte de estos, se recogieron datos de pacientes de la casa de 15 profesiones diferentes (médico, celador, auxiliar, cocina, etc...)

1.11. Citados en consulta de dermatología

Solamente un 12,3% (218 pacientes) estaban ya citados en consulta de dermatología en el momento de acudir a urgencias, frente a un 87,7% que no tenían cita.

1.12. Días hasta la cita en consulta

Con respecto al número de días hasta la cita en consulta se encontró un valor mínimo de dos días, hasta un máximo de 150 días, con una media de 27,66 (\pm 22,86) días.

De aquellos que ya tenían cita en el servicio de Dermatología casi la mitad (48,6 %) tenía una cita entre 15 y 30 días después; un 19,8% de 8 a 14 días y un 7,5% de 1 a 7 días.

Superando el mes de espera hasta la cita un 18,4% y solo un 5,7% de pacientes tenían cita más allá de los 60 días. Véase Fig. 11



Fig. 11: Porcentaje de casos en cada fracción de días hasta la cita en consulta.

1.13. Tiempo de evolución del proceso

Existe gran variedad en los tiempos de evolución de las urgencias atendidas; casi la mitad de pacientes (45,1%) acuden por un proceso de entre 1 y 7 días de evolución. Un 13,6% de casos acudieron por una patología que presentaban desde hacía 8 a 14 días y un 19,4% por dermatosis iniciada de 15 a 30 días antes.

Aquellos casos con tiempos de duración de la afección dermatológica de menos de 24 h hasta el momento de ir a urgencias son solo un 3,1%, mientras que aquellos de más de 30 días de evolución suponen sólo un 14,5% del total Véase *Fig. 12*

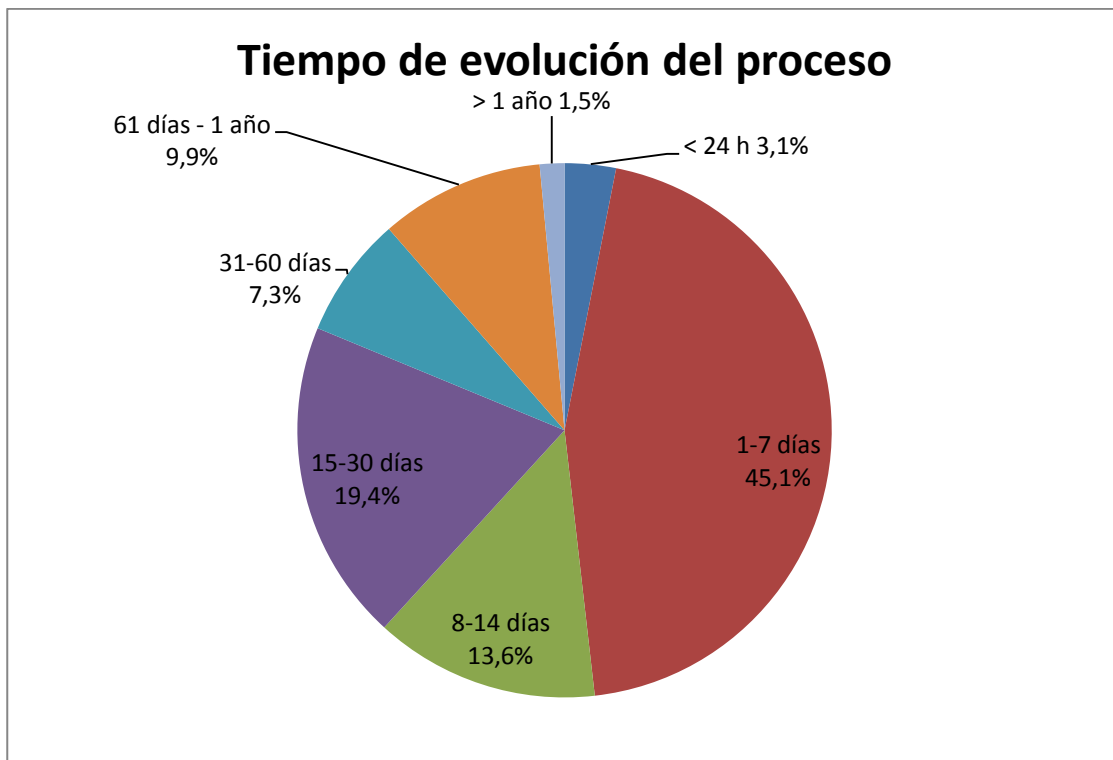


Fig. 12: Porcentaje de casos según tiempo de evolución del proceso.

1.14. Técnicas

El 83,2% de las urgencias (1478 casos) fueron atendidas sin precisar ninguna técnica diagnóstica adicional o realizarse ningún procedimiento terapéutico, frente a un 16,8% (298 casos) en los que sí se solicitó alguna prueba diagnóstica o realizó algún procedimiento.

Considerando por separado los procedimientos diagnósticos, la técnica realizada en mayor número de ocasiones fue el cultivo, seguido de la biopsia. Dentro de los considerados procedimientos terapéuticos se realizaron curas en 33 ocasiones (1,9% del total de urgencias). Se llevó a cabo la exéresis de alguna lesión en un 1,1% de todas las urgencias (20 casos) y en 7 casos (0,4% de las urgencias) se realizó crioterapia. Véase Tabla 5.

Tabla 5: Frecuencia de técnicas realizadas en la atención de urgencias.

Técnica	n	%
Cultivo	60	3,4%
Biopsia	42	2,4%
Cura	33	1,9%
Exéresis	20	1,1%
Serología	17	1%
Analítica no urgente	14	0,8%
Analítica urgente	13	0,7%

Aparte de los arriba indicados, se realizaron otros procedimientos diagnósticos, incluyendo radiografías urgentes (8 casos), un caso precisó TAC urgente y otro una ecografía urgente.

1.15. Número de técnicas realizadas

Considerando que sólo el 16,8% de los atendidos precisaron alguna técnica, vimos que dentro de éstos se realizó únicamente un procedimiento diagnóstico o terapéutico en un 69,1% de casos, dos procedimientos en sólo el 20%, tres procedimientos en el 6,7% y cuatro procedimientos únicamente en el 3,7 % de las atenciones. Fig. 14

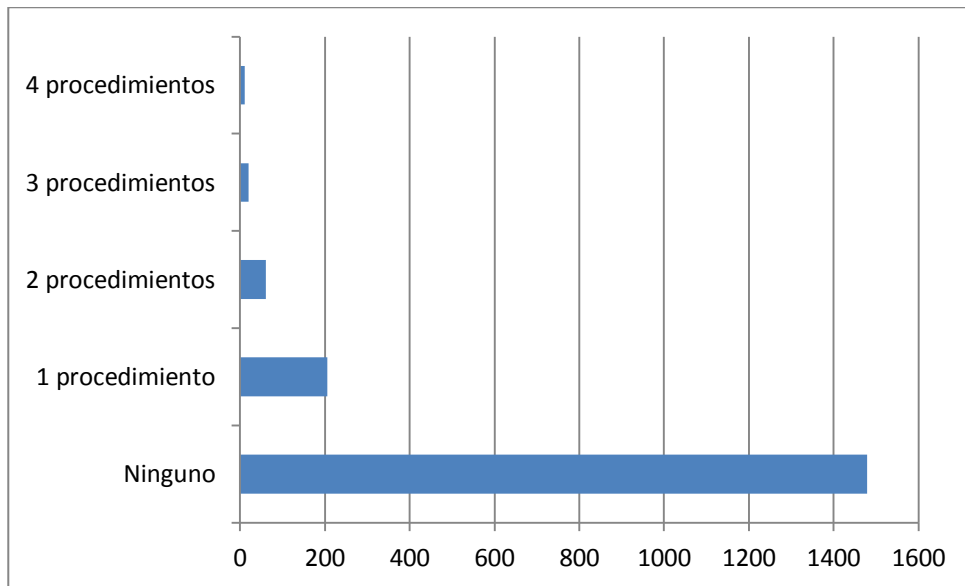


Fig. 13: Representación del número de casos por cada procedimiento realizado.

1.16. Diagnóstico de origen

El 18,4% de los casos fueron derivados por un médico para valoración en urgencias de dermatología (327 casos). A partir del volante de derivación se obtuvo el diagnóstico de origen de todos estos casos.

1.17. Diagnóstico de salida

Se recogieron uno por uno los **diagnósticos individuales** emitidos por los dermatólogos participantes en el estudio, obteniéndose 191 diagnósticos diferentes. Los más frecuentes se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 6: Recopilación de los 20 diagnósticos individuales más frecuentes.

	Diagnóstico individual	n	%	% acumulado
1	Eccema sin más especificación	162	9,1	9,1
2	Urticaria	154	8,7	17,8
3	Herpes Zóster	77	4,3	22,1
4	Picaduras	54	3,1	25,2
5	Pitiriasis rosada	50	2,8	28
6	Dermatitis atópica	42	2,4	30,4
7	Celulitis	41	2,3	32,7
8	Púrpura	41	2,3	35
9	Dermatitis de Contacto	41	2,3	37,3
10	Psoriasis en placas	39	2,2	39,5
11	Exantema no especificado	36	2,0	41,5
12	Exantema medicamentoso	35	1,9	43,4
13	Impétigo	34	1,9	45,3
14	Herpes simple	26	1,5	46,8
15	Prurito	24	1,4	48,2
16	Condilomas acuminados	20	1,1	49,3
17	Rosácea	19	1,1	50,4
18	Psoriasis en gotas	18	1,01	51,4
19	Eritema Nodoso	17	0,96	52,4
20	Prúrigo	17	0,96	53,3

Dentro de estos diagnósticos individuales más frecuentes el primero es el eccema, con 162 diagnósticos, 9,1% de los diagnósticos del estudio.

El segundo diagnóstico individual más frecuente es la urticaria, con 154 casos diagnosticados, los cuales suponen un 8,7% del total de los diagnósticos del estudio.

El tercero en frecuencia es el herpes zóster. Se trata de un exantema vírico con presentación clínica y sintomatología muy características, por lo que se diferencia fácilmente de otros exantemas. Hay 67 diagnósticos de herpes zóster en total (3,7% del total de diagnósticos).

En cuarto lugar encontramos las picaduras, con 54 diagnósticos (3,1% del total de diagnósticos).

El quinto lugar lo ocupa la pitiriasis rosada, con 50 diagnósticos en total (2,8% del total de diagnósticos).

Solamente los 10 diagnósticos individuales más frecuentes (701 de 1776 casos) constituyen el 39,5% del total de casos atendidos.

Más de la mitad de los casos atendidos (53,3%; 947 de los 1776 recogidos en el estudio) correspondían a los veinte diagnósticos individuales más frecuentes.

1.18. Código CIE 9MC

Al agrupar los diagnósticos finales según los códigos CIE 9MC se obtienen 152 diagnósticos distintos. Sin embargo hay otras 39 patologías diagnosticadas que no se encuentran en la clasificación CIE

1.19. Grupo diagnóstico

Valorando por grupos diagnósticos nos encontramos que el grupo de los eccemas es el más frecuente, suponiendo un 21% del total de las urgencias, el segundo grupo en frecuencia es el de las infecciones cutáneas (18,2%), y el tercero el grupo de urticaria-angioedema (9,3%). En cuarto lugar el de enfermedades eritematodescamativas (6,5%) y en quinto lugar los tumores cutáneos (6,4%). El resto de grupos suponían porcentajes menores en número de pacientes. Véase Tabla 7.

Tabla 7: Frecuencia de cada uno de los grupos diagnósticos

Grupo diagnóstico	n	(%)
Eccema	372	21.0
Patología infecciosa	323	18.2
Vírica	169	9.5
Bacteriana	100	5.6
Fúngica	46	2.6
Parasitaria	8	0,5
Urticaria-Angioedema	165	9.3
Enf. eritematodescamativas	115	6.5
Tumores	113	6.4
Otros/miscelánea	108	6.1
Picaduras/prurigo	71	4
ETS	56	3.2
Patología vascular cutánea	56	3.2
Patología de folículo y uñas	54	3
Toxicodermias	48	2.7
Dermatosis reactivas	38	2.1
Exantemas sin otra especificación	36	2
Enf. por agentes físicos	35	2
Patología de boca y labios	35	2
ESTD	29	1.6
Erupciones fotoinducidas	23	1.3
Enf Ampollosas	16	0.9
Úlceras	16	0.9
Lesiones inespecíficas	16	0.9
Enf. Autoinmunes	14	0.8
Sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias	12	0.7
Liquen escleroatrófico	12	0.7
Dermatosis propias del embarazo	9	0.5

A continuación se detallan qué diagnósticos individuales corresponden a cada grupo diagnóstico.

Se incluye el código (Cód.) utilizado por la clasificación CIE 9 MC para designar la patología así como el nombre completo empleado. En algunos se indica en *cursiva* el diagnóstico original consignado en la hoja de urgencias cuando dicho código no está consignado en la clasificación CIE 9 MC.

1. Eccema:

Es el grupo con mayor número de diagnósticos y que engloba diversas patologías, de las cuales veremos a continuación qué porcentaje supusieron en el estudio. En total recoge 372 casos.

- Cód. 692: Eccemas sin más especificación (162 casos)
- Cód. 692: Eccemas sospechados como de contacto (41 casos)
- Cód.691: Dermatitis atópica (42 casos),
- Cód. 690.1: Dermatitis seborreica (34 casos)
- Cód. 705.81:Eccemas dishidróticos (18 casos)
- Cód. 692: Eccemas irritativos (30 casos)
- Cód. 373.31: Eccemas de párpados (17 casos)
- Cód. 692.9: Eccemas numulares (15 casos),
- Cód. 692: Eccemas de manos (11 casos)
- Cód. 692: Eccemas asteatósicos (2 casos).

2. Patología infecciosa: (323 casos)

Dentro de las infecciones las más frecuentes son las víricas (52,4% del total de las infecciones, 170 casos), las bacterianas (30,8% de las infecciones, 100 casos), los hongos (14,2% de las infecciones, 46 casos) y los parásitos (2,5% de las infecciones, 8 casos).

Vírica: (169 casos)

- Cód. 053: Herpes zoster (77 casos)
- Cód. 052: Varicela (10 casos)
- Cód. 054: Herpes simple (26 casos), uno de ellos panadizo herpético.
- Cód.057.8: Síndrome de Gianotti Crosti (10 casos)
- Cód. 075: Mononucleosis infecciosa (3 casos)
- Cód. 057.0: Eritema infeccioso o 5ª enfermedad (1 caso)
- Cód. 057.9: Otro exantema viral no especificado. (24 casos). Entre ellos algunos con clínica específica:
 - *boca-mano pie* (3 casos)
 - *exantema laterotorácico unilateral* (1 caso)
- Cód. 078.0: Molluscum contagiosum (4 casos)
- Cód. 078.1: Verrugas víricas (10 casos)

Bacterianas: (100 casos)

- Cód. 682.9 : Celulitis (41 casos)
- Cód. 684: Impétigo (34 casos)
- Cód. 680.9: Forúnculos (6 casos)

- Cód. 035: Erisipela (6 casos)
- Cód. 782.86: Fascitis necrotizante (2 casos)
- Cód.457.2: Linfangitis (2 casos)
- Cód. 704.8: Foliculitis bacterianas (7 casos), de los cuales:
 - *Foliculitis por pseudomona* (1 caso)
- Sobreinfección bacteriana sin especificar (2 casos)

Fúngica: (46 casos)

- Dermatofitosis (28 casos)
 - Cód. 110.5 : Dermatofitosis cuerpo (12 casos)
 - Cód. 110.0: dermatofitosis cuero cabelludo y barba (5 casos)
 - Cód. 110.1: dermatofitosis uña (6 casos)
 - Cód. 110.3: dermatofitosis inguinal y perianal (1 caso)
 - Cód. 110.4: dermatofitosis pie (2 casos)
 - Cód. 110.8: dermatofitosis sin especificar (2 casos)
- Candidiasis: (13 casos)
 - Cód.112.0: candidiasis oral (2 casos)
 - Cód. 112.1: candidiasis vulvar y vaginal (4 casos)
 - Cód. 112.0: candidiasis de otros órganos urogenitales: balanitis candidiásica (2 casos)
 - Cód. 112.3: candidiasis piel y uña (4 casos)
 - Cód. 112.9: candidiasis sin especificar (1 caso)

- Cód. 111.0: Pitiriasis versicolor (4 casos)

Parasitaria: (8 casos)

- Cód. 132.0: Infestación por piojos cabeza (2 casos)
- Cód.133.0: Infestación ácaros. *Sarna* (6 casos)

3. Urticaria-Angioedema (165 casos)

- Cód. 708.9: Urticaria (154 casos)
- Cód. 995.1: Edema angioneurótico (7 casos)
- Cód. 708.5: Urticaria colinérgica (1 caso)
- Cód. 708.9+ 995.1: Urticaria+angioedema (1 caso)

4. Enfermedades eritemato descamativas (115 casos)

- Cód. 696.3: Pitiriasis rosada (50 casos)
- Cód. 696.1: Psoriasis en placas (39 casos)
- Cód. 696.1: Psoriasis palmoplantar. *Pustulosis palmoplantar* (7 casos).
- Cód. 696.1: Psoriasis en gotas (18 casos)
- Cód. 696.4: Pitiriasis rubra pilaris (1 caso)

5. Tumores (113 casos)

Tumores melanocíticos:

- Cód. M8720/0 nevus melanocítico (14 casos)
- Cód.M8720/3 melanoma maligno de piel (4 casos)

Epiteliales

- Cód. 238.2 : queratoacantoma (4 casos)
- Cód. 238.2 + M8090/1: queratoacantoma y carcinoma basocelular (1 caso)
- Cód. M8070/3: carcinoma epidermoide (6 casos)
- Cód. M8090/1: carcinoma basocelular (8 casos)
- Cód.M8090/1+M8070/3: carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide (1 caso)
- Cód 702.0 :queratosis actínica [solar] (10 casos)
- Cód 702.0+ 702.1: queratosis actínica+ queratosis seborreica (1 caso)
- Cód 702.1: queratosis seborreica (11 casos)

Vasculares

- Cód. M9120/0: hemangioma infantil (diagnosticado en 7 ocasiones).
En 6 de los 7 se trataba de hemangioma ulcerado, como complicación.
(infantiles, 1 paciente vino 3 veces a urgencias, supone 3 de los 6 diagnósticos)
- Cód 686.1: granuloma piogénico (15 casos)

Linfomas T cutáneos

- Cód.M9700/3: micosis fungoide (2 casos)
- Cód 202.8: Otros linfomas. *Sospecha de linfoma cutáneo* (1 caso)

Otros:

- Cód. 214: lipoma (2 casos)
- Cód. M8851/0: fibroma blando (5 casos)
- Cód. 448.1: angioma rubí (2 casos)
- Cód. 706.2: quiste epidérmico (10 casos)
- *quiste mixoide dedo* (2 casos)
- *tumoración sin especificar* (5 casos)

6. Otros/miscelánea (108 casos)

- Cód. 136.1: Síndrome de Behçet (1 caso)
- Cód. 695.89: Intertrigo/ irritación de pliegues (15 casos)
- Cód. 782.3: Edema localizado:
 - Edema de párpado (3 casos)
 - Edema de extremidades superiores o inferiores (3 casos)
- Cód. 453,4: Trombosis venosa profunda (3 casos)
- Cód. 701.1: Hiperqueratosis NEOM/queratosis (5 casos)
- Cód. 701.1: Dermatitis perforantes (2 casos)
- Cód. 706.8: Xerosis piel (6 casos)
- Cód. 691.0: Dermatitis del pañal (3 casos)
- Cód. 697.0: Liquen plano (6 casos)
- Cód. 698: Prurito (24 casos)
- Cód. 698,4: Dermatitis artefacta (1 caso)
- Cód. 782.7: Petequias (excluye púrpura) (2 casos)
- Cód. 709.01: Vitiligo (2 casos)
- Cód. 709.2 Cicatriz NEOM (3 casos)

- Cód. 757.1 Ictiosis congénita (1 caso)
- Cód. 698.3: Liquefacción y liquen simple crónico (5 casos)
- Cód. 616.50: Úlcera de Lipschultz (1 caso)
- Cód. 906.2: Efecto tardío de lesión superficial. Lesiones en resolución (4 casos)
- *Descamación neonato postérmino* (1 caso)
- *Lesiones de pene en estudio (no sugerentes de ETS)* (6 casos)
- *Balanitis plasmocitaria/Balanitis de Zoon* (1 caso)
- *Agudización de lesiones vistas en consulta* (3 casos)
- *Lesiones pustulosas en estudio* (4 casos)
- *Placas pendientes de estudio* (1 caso)
- *Queratosis pilar* (2 casos)

7. Picaduras/prurigo: (71 casos)

- Cód. 919.4: Picaduras (54 casos)
- Cód. 691.8: prurigo atópico (4 casos)
- Cód. 698.2: prurigo nodular (13 casos).

8. Enfermedades de transmisión sexual (56 casos)

- Cód. 078.11: Condilomas acuminados (19 casos)
- Cód. 054.1: Herpes genital (9 casos)
- Cód. 091: Sífilis:
 - Cód. 091.0 sífilis genital primaria (chancro genital) (4 casos)

- Cód. 091.3: sífilis secundaria de piel o de membranas mucosas (4 casos)
- Cód. 091.62: sífilis secundaria junto con afectación visceral (hepática) (1 caso)
- Uretritis
 - Cód. 098.0 uretritis aguda gonocócica (2 casos)
 - Cód. 099.4: Otras uretritis no gonocócicas (4 casos)
 - Uretritis en estudio (2 casos)
- Cód. 054.1+ Cód. 099.4: Herpes genital y uretritis no gonocócica (1 caso)
- Cód. 078.11+ 078.0 Condilomas acuminados y molluscum (1 caso)
- Otros:
 - *Úlcera genital en estudio* (6 casos)
 - *Lesión en pene con sospecha de ETS* (3 casos)

9. Patología vascular cutánea (56 casos)

- Cód. 454.1: Dermatitis por estasis (13 casos)
- Cód. 447.6: Vasculitis (2 casos)
- Cód. 287: Púrpura (41 casos)

10. Patología de Folículo y uñas (54 casos)

- Cód. 681.02: Paroniquia dedo mano (6 casos)
- Cód. 681.01: Paroniquia + absceso (2 casos)
- Cód. 695.3: Rosácea (19 casos)

- Grado I: 5
- Grado I-II:6
- Grado II:6
- Perinasal (1 caso), perioral (1 caso)
- Cód. 704.00: Alopecia no especificada. *Alopecia de larga evolución* (2 casos)
- Cód. 704.1: Alopecia areata (3 casos)
- Cód. 704.09: Foliculitis decalvante cuero cabelludo (1 caso)
- Cód. 705.1: Sudaminas (4 casos)
- Cód. 705.83 Hidradenitis supurativa (3 casos)
- Cód.706.1: Otros acnés. *Acné* (9 casos)
- Cód. 703.9 Enfermedad de la uña no especificada:
 - *Hematoma subungueal* (2 casos)
 - *Masa subungueal* (1 caso)
 - *Fragilidad ungueal* (1 caso)
 - *Dolor uña dedo* (1 caso)

11. Toxicodermias (48 casos)

- Cód. 693.0: exantemas de origen medicamentoso (35 casos).
Se trata fundamentalmente de formas maculares, papulares, maculo-papulares o vesiculosas. Dos de ellos asociados a tratamiento con Telaprevir.
- Cód. 692.3: Reacciones acneiformes atribuidas a fármacos (6 casos). Cuatro atribuidas a Erlotinib, otra a panitumumab, otra con dos posibles agentes medicamentosos.
- *Exantema fijo medicamentoso* (6 casos)

- Cód. 695.10: Eritema multiforme atribuido a fármaco (1 caso).

12. Dermatosis reactivas: (38 casos)

- Cód. 695.2: *Eritema nodoso*. Eritema nudoso (17 casos)
- Cód. 729.3: Paniculitis (3 casos)
- Cód. 695.1: Eritema multiforme (8 casos)
- Cód. 695.89: Síndrome de Sweet (1 caso)
- *Granuloma anular* (9 casos)

13. Exantema sin otra especificación: (36 casos).

- Cód. 782.1 Exantema y otra erupción cutánea no especificada.

14. Patología de boca y labios (35 casos)

- Cód: 527.5: Sialolitiasis (1 caso)
- Cód. 528.5: Estomatitis y mucositis ulcerativa. *Estomatitis/mucositis con úlceras orales* (2 casos).
- Cód. 528.0: Afta boca (9 casos)
- Cód. 529.6: Orodinia-glosodinia (8 casos)
- Cód. 686.1: Granuloma piogénico en labio (1 caso)
- Cód. 697.0: Liquen plano oral (1 caso)
- Cód. 529.3 Lengua saburral (1 caso)
- Cód. 528.5: Queilitis (7 casos) y Dermatitis perioral (por chupeteo/succión) (3 casos)

- Cód. 528.9 Otras enfermedades de tejidos blandos orales: (2 casos)
(*tumoración mucosa yugal en estudio, lesión cicatricial en lengua*)

15. Enf. Por agentes físicos (35 casos)

Lesiones por radiación:

- Cód. 692.71: quemaduras solares de primer grado (4 casos)
- Cód. 692.76: quemaduras solares de segundo grado (1 caso)
- Cód. 692.82: Radiodermatitis. *Radiodermatitis profesional en radiólogo* (1 caso)

Lesiones traumáticas:

- Cód.919.0. Traumatismo superficial. Abrasión por fricción no infectada. *Lesiones erosivas* (10 casos), *herida traumática* (1 caso)
- Cód. 919.2: Traumatismo superficial. Ampolla no infectada. *Ampollas traumáticas* (2 casos)
- *hematomas* (4 casos)

Lesiones por calor:

- Cód. 944.1 y 944.2 Quemaduras primer y segundo grado mano (4 casos)
- Cód. 692.82: Dermatitis ab igne. *Eritema ab igne* (1 caso)
- Cód. 782.7: Petequias (tras aplicación de calor) (1 caso)

Lesiones por frío

- Cód. 991.5: Sabañones/perniosis (7 casos)

16. Efectos secundarios de tratamientos dermatológicos (29 casos): No aparecen en la clasificación CIE.

- Lesiones post Imiquimod (9 casos)
- Lesiones post crioterapia (8 casos)
- Irritación por Solaraze® (Diclofenaco+Acido Hialurónico) (2 casos)
- Alteración de herida quirúrgica de cirugía realizada en el servicio (3 casos)
- Dehiscencia herida operatoria (1 caso)
- Irritación por 5fluorouracilo (2 casos)
- Alteración post terapia fotodinámica (3 casos)
- Lesiones post fototerapia (1 caso)

17. Erupciones fotoinducidas (23 casos). Todas tienen el mismo código en la clasificación CIE: Cód. 692.72

- Erupción polimorfa lumínica (11 casos)
- Reacción fotoalérgica (4 casos)
- Reacción fototóxica (1 caso)
- Lesiones fotoinducidas o fotoagravadas en estudio (5 casos)
- Fotosensibilidad por doxiciclina (1 caso)
- Fotosensibilidad por isotretinoína (1 caso)

18. Úlceras (16 casos)

- Cód. 707.1: Úlceras en extremidad inferior (14 casos)

- Úlceras en tronco: (2 casos)

19. Enfermedades Ampollosas (16 casos)

- Cód. 694.5: Penfigoide (9 casos)
- Cód. 694.4: Pénfigo vulgar. (2 casos)
- Cód. 757.39: Enfermedad de Hailey Hailey (1 caso)
- Cód. 694.9: Otra enfermedad ampollosa. (Enfermedad ampollosa en estudio)(4 casos)

20. Lesiones inespecíficas: (16 casos). Se recogieron en este grupo aquellos casos en que la patología se diagnosticó como lesiones inespecíficas y así se consignó en la hoja de urgencias.

21. Enfermedades Autoinmunes (14 casos)

- Cód. 710.0: Lupus eritematoso (7 casos)
- Sospecha de enfermedad autoinmune (4 casos)
- Cód. 443. 0: Síndrome de Raynaud (1 caso)
- Cód. 701.0: Morfea (2 casos)

22. Liquen escleroatrófico genital: 12 casos

- Cód. 701.0: liquen escleroso y atrófico. (12 casos)

23. Sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias: 12 casos. Se incluía dentro de este grupo todos aquellos casos en los que no se encontraron lesiones cutáneas en el momento de la exploración o que a pesar de tener alguna sintomatología cutánea se consideró que su seguimiento o tratamiento no correspondía a la especialidad de dermatología. Detallamos los casos incluidos en este grupo:

- *Sin lesiones cutáneas en el momento de la exploración* (6 casos)
- Cód. 784.92: Dolor en la mandíbula. (1 caso)
- Cód. 716.9: Artropatía no especificada. *Artritis y edema articular* (3 casos)
- Cód. 053.10: *Neuralgia postherpética sin lesiones cutáneas herpéticas.*
Herpes Zoster con complicación del sistema nervioso no especificada. (2 casos)

24. Dermatosis propias del embarazo: (9 casos). No aparecen codificadas en la clasificación CIE9MC. Únicamente reconoce el herpes gestationis con código propio por lo cual hemos incluido en este grupo las siguientes patologías:

- *Pápulas y placas urticariformes del embarazo* (5 casos)
- *Erupción polimorfa del embarazo* (4 casos)

1.20. Concordancia

Comparando el diagnóstico de origen indicado por un médico en el volante con el diagnóstico emitido en las urgencias de Dermatología (diagnóstico de salida) consideramos que hubo concordancia en un 44,6% de los casos y falta de concordancia en un 55,4% de los casos. Fig. 14

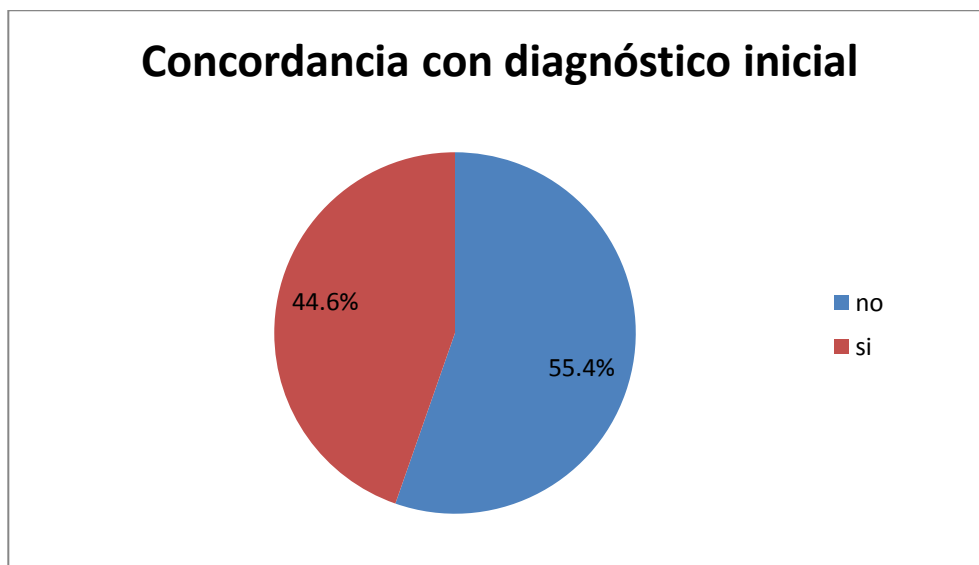


Fig. 14: Concordancia del diagnóstico inicial con el diagnóstico final.

1.21. Justificación de la urgencia

Un 84,2% de las atenciones fueron consideradas una urgencia justificada, correspondiendo a 1496 urgencias, frente a un 15,8% que se consideraron urgencia no justificada.

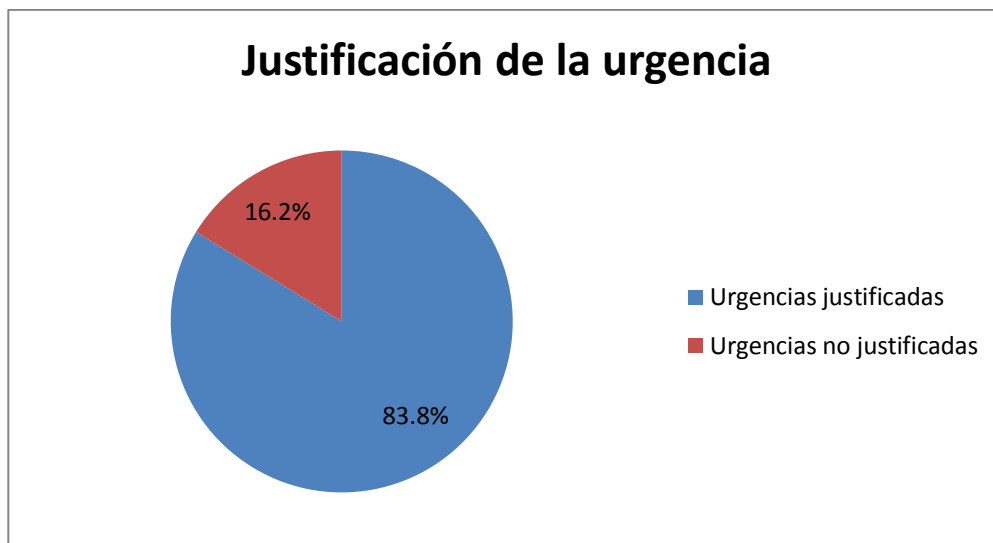


Fig. 15: Porcentajes de urgencias según justificación

2-Tablas de contingencia

Tras el estudio descriptivo pasamos a analizar la correlación existente entre las variables a estudio mediante tablas de contingencia. Aunque anteriormente hemos incluido el análisis por sexo y edad

2.1 Análisis de la muestra por sexo y edad

En primer lugar decidimos analizar si existía asociación entre ambas. Se analizó la variable edad según las dos categorizaciones, en tres grupos y en decenas, hallando significación estadística entre las dos variables tanto para la edad analizada en tres categorías ($p < 0,001$) como para edad dividida en edad pediátrica y decenas ($p < 0,001$).

Tabla 1: Distribución del número de urgencias entre sexos y edad.

			edad3			Total
			<= 14	15 - 64	>= 65	
SEXO	H	n	90	422	200	712
		% dentro de SEXO	12,6%	59,3%	28,1%	100,0%
	M	n	102	728	232	1062
		% dentro de SEXO	9,6%	68,5%	21,8%	100,0%
Total		n	192	1150	432	1774
		% dentro de SEXO	10,8%	64,8%	24,4%	100,0%

Al dividir la edad en tres categorías: menores de 14 años, 15-64 años y mayores de 65 años; encontramos que en todos los grupos hay mayor número de atenciones en urgencias por pacientes de sexo femenino. Si consideramos la distribución de cada categoría de edad según sexos vemos que los casos atendidos dentro del sexo femenino están más concentrados en las edades centrales de la vida que en el sexo masculino. (Fig. 5)

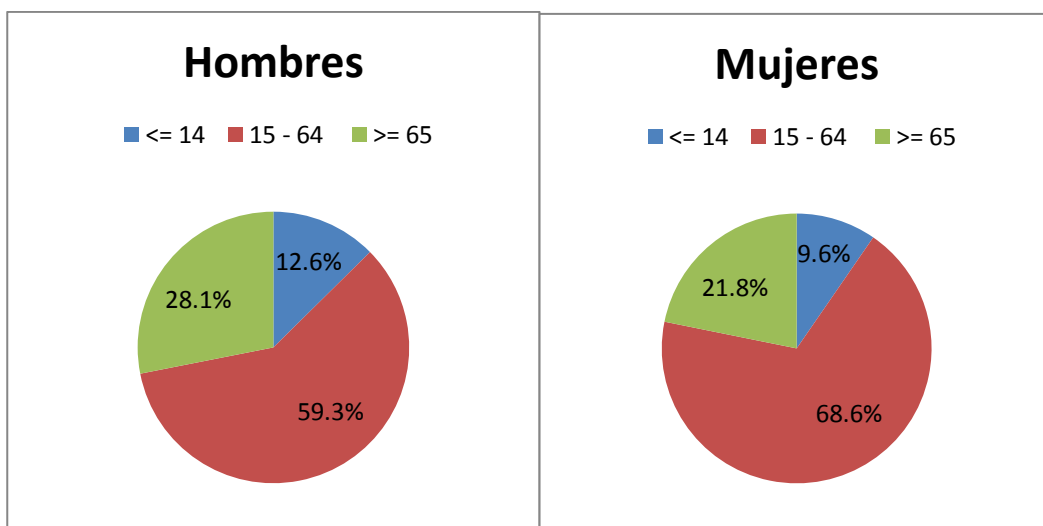


Fig. 5: Distribución del número de urgencias entre hombres y mujeres por grupos de edad; pediátrica, 15-64 años y mayores de 65 años. (Sexo- edad3)

Además se pueden apreciar otras diferencias analizando la distribución por sexos en los distintos grupos de edad, como puede verse en la tabla 2.

Tabla 2: Distribución del número de urgencias entre hombres y mujeres por grupos de edad (pediátrica y por décadas).

		Grupos de Edad										Total	
		<= 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	>= 95		
Sexo	H	n	90	56	90	117	78	81	89	84	24	3	712
		%	12,6	7,9	12,6	16,4	11,0	11,4	12,5	11,8	3,4	0,4	100,0
	M	n	102	124	146	136	148	174	83	112	35	2	1062
		%	9,6	11,7	13,7	12,8	13,9	16,4	7,8	10,5	3,3	0,2	100,0
Total	n	192	180	236	253	226	255	172	196	59	5	1774	
	%	10,8	10,1	13,3	14,3	12,7	14,4	9,7	11,0	3,3	0,3	100,0	

En todos los grupos se atienden más urgencias en sujetos de sexo femenino a excepción del grupo de 65 a 74 años y el de mayores de 95 años, en los que hay más urgencias en sujetos de sexo masculino.

En algunos el número de mujeres llega a duplicar al de los hombres, como sucede en la franja entre los 55-64 años o los 15-24 años.

2.2 Análisis de los grupos diagnósticos por sexo

Posteriormente estudiamos la asociación entre los diversos grupos diagnósticos y el sexo de los casos atendidos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Observamos que en la mayoría de grupos diagnósticos se encontraron más casos en pacientes de sexo femenino que masculino, salvo en el grupo de las ETS, en que el número de urgencias diagnosticadas en hombres (38 casos, que constituyen el 67,9% de los diagnósticos de ETS) duplica al de mujeres (18 casos, 32,1% de los diagnósticos de ETS). Véase Tabla 8.

También existe mayor número de casos diagnosticados en hombres en el de patología miscelánea (56 casos en hombres y 52 en mujeres) y en el de patología por agentes físicos (19 casos en hombres, 16 casos en mujeres), sin embargo esta diferencia entre sexos no es tan llamativa como en el caso de las ETS.

En el grupo de urticaria-angioedema el número de diagnósticos en mujeres (118 casos, 71,5% de los diagnósticos del grupo) duplica al de hombres (47 casos, 28,5% de los diagnósticos de este grupo). También en el grupo de patología de boca y labios, y el de

enfermedades reactivas existe el doble de casos diagnosticados en mujeres que en hombres.

En el grupo de Enf. Autoinmunes la diferencia es mucho más notable, con solamente dos casos diagnosticados en este grupo en varones (14,3% de los diagnósticos del grupo) y 12 diagnosticados en mujeres (85,7% de los diagnósticos del grupo).

Asimismo en la patología de folículo y uñas el número de diagnósticos en pacientes de sexo femenino es mucho mayor al del sexo masculino, llegando a ser esta diferencia el cuádruplo. (43 en mujeres, 81,1% de los casos de ese grupo de patología frente a 10 en varones, constituyendo el 18.9% de los casos).

También en el grupo de liquen escleroatrófico genital encontramos un número mayor de diagnósticos en mujeres (10 casos, 83,3% de los diagnósticos de este grupo de patología) frente a 2 casos en varones (16,7% de los casos).

Tabla 8: *Número de casos diagnosticados en cada grupo de patologías en hombres (H) y mujeres (M). ESTD: efectos secundarios de tratamientos dermatológicos.*

		SEXO				Total	
		H		M			
		n	%	n	%	n	%
Grupo Diagnóstico	Eccema	165	23,2%	207	19,5%	372	21.0%
	Patología infecciosa	125	17,6%	198	18,7%	323	18.2%
	Vírica	66	9,3%	103	9,7%	169	9.5%
	Bacteriana	39	5,5%	61	5,7%	100	5.6%
	Fúngica	17	2,4%	29	2,7%	46	2.6%
	Parasitaria	3	,4%	5	,5%	8	0,5%
	Urticaria-Angioedema	47	6,6%	118	11,1%	165	9.3%

Enf. eritematodescamativas	47	6,6%	68	6,4%	115	6.5%
Tumores	49	6,9%	64	6,0%	113	6.4%
Otros/miscelánea	56	7,9%	52	4,9%	108	6.1 %
Picaduras/prurigo	23	3,2%	48	4,5%	71	4%
ETS	38	5,3%	18	1,7%	56	3.2%
Patología vascular cutánea	27	3,8%	29	2,7%	56	3.2%
Patología de folículo y uñas	10	1,4%	44	4,1%	54	3%
Toxicodermias	19	2,7%	29	2,7%	48	2.7%
Dermatosis reactivas	11	1,5%	27	2,5%	38	2.1%
Exantemas sin otra especificación	16	2,3%	20	1,9%	36	2%
Enf. por agentes físicos	19	2,7%	16	1,5%	35	2%
Patología de boca y labios	11	1,5%	24	2,3%	35	2%
ESTD	9	1,3%	20	1,9%	29	1.6%
Erupciones fotoinducidas	10	1,4%	13	1,2%	23	1.3%
Enf. Ampollosas	7	1,0%	9	,8%	16	0.9%
Úlceras	4	,6%	12	1,1%	16	0.9%
Lesiones inespecíficas	8	1,1%	8	,8%	16	0.9%
Enf. Autoinmunes	2	,3%	12	1,1%	14	0.8%
Sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias	6	,8%	6	,6%	12	0.7%
Liquen escleroatrófico	2	,3%	10	,9%	12	0.7%
Dermatosis propias del embarazo			9	,8%	9	0.5%
Total	711	100,00 %	1061	100,00 %	1772	100,00 %

2.3-Análisis de los grupos diagnósticos por edad

También nos interesaba conocer si existían variaciones en los diagnósticos realizados según la edad de los sujetos atendidos, incluimos los resultados a continuación.

2.3.1: Grupo diagnóstico- edad3

- En la edad pediátrica encontramos que el grupo diagnóstico principal es el de las infecciones (75 casos, 39,1% de los diagnósticos en ese grupo de edad), tratándose mayoritariamente de patología vírica (44 casos, más del 50% de los diagnósticos de patología infecciosa). El segundo más frecuente es el eccema, con 45 casos, seguido del de tumores (14 casos), enfermedades eritemato-descamativas (13 casos) y picaduras-prurigo (13 casos). Este último grupo supone el 6,8% de los diagnósticos en edad pediátrica, porcentaje mayor al que supone en otros grupos de edad.

En este grupo de edad no se diagnosticó ningún caso de enfermedades autoinmunes, ETS, iatrogénicas, erupciones fotoinducidas ni liquen escleroatrófico.

- El grupo de edad comprendido entre los 15 y los 64 años tiene mayor número total de casos y por tanto de diagnósticos en cada grupo. El primer grupo diagnóstico en frecuencia es el de los eccemas en segundo lugar la patología infecciosa, con 173 casos (la mayoría de patología vírica). En tercer lugar el grupo de urticaria y angioedema (131 casos) y en cuarto lugar el de enfermedades

eritematodescamativas (85 casos), siguiendo la misma distribución que el global del estudio.

- En el grupo de edad de 65 años o superior los grupos diagnósticos con mayor número de casos son el eccema y la patología infecciosa, con 76 y 74 casos respectivamente. Dentro de la patología infecciosa, las infecciones víricas son las mayoritarias, constituyendo más del 50% de los diagnósticos de enfermedades infecciosas.

El tercer grupo con mayor número de casos diagnosticados es el de patología tumoral (45 casos), seguido en cuarto lugar del de otros/ miscelánea (33 casos).

También observamos que en los sujetos de 65 años o mayores existe un aumento en el número de casos diagnosticados en los grupos de enfermedades ampollas y ESTD con respecto a la franja de edad intermedia. En concreto en las enfermedades ampollas se diagnosticaron el triple de casos en mayores de 65 años que en pacientes de edad entre 15 y 64 años. En el grupo de ESTD se diagnosticaron también más casos en mayores de 65 años que en sujetos de edad entre 15 y 64 años.

Todas estas diferencias halladas al relacionar grupo diagnóstico con edad en tres categorías resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabla 9: Distribución de los grupos diagnósticos en la edad pediátrica, edades entre los 15 y los 64 años y los 65 años o mayores.

		Edad 3						Total	
		<= 14		15 - 64 años		>= 65		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Grupo Diagnóstico	Eccema	45	23,4%	251	21,8%	76	17,6%	372	21.0%
	Patología infecciosa	75	39,1%	173	15,1%	75	17,4%	323	18.2%
	Vírica	44	22,9%	84	7,3%	41	9,5%	169	9.5%
	Bacteriana	17	8,9%	59	5,1%	24	5,6%	100	5.6%
	Fúngica	14	7,3%	24	2,1%	8	1,9%	46	2.6%
	Parasitaria	0	0,0%	6	,5%	2	,5%	8	0,5%
	Urticaria-Angioedema	9	4,7%	131	11,4%	25	5,8%	165	9.3%
	Enf. eritematodescamativas	13	6,8%	85	7,4%	17	3,9%	115	6.5%
	Tumores	14	7,3%	54	4,7%	45	10,4%	113	6.4%
	Otros/miscelánea	7	3,6%	68	5,9%	33	7,7%	108	6.1 %
	Picaduras/prurigo	13	6,8%	49	4,3%	9	2,1%	71	4%
	ETS	0	0,0%	54	4,7%	2	,5%	56	3.2%
	Patología vascular cutánea	1	,5%	28	2,4%	27	6,3%	56	3.2%
	Patología de folículo y uñas	7	3,6%	41	3,6%	6	1,4%	54	3%
	Toxicodermias	2	1,0%	26	2,3%	20	4,6%	48	2.7%
	Dermatosis reactivas	1	,5%	29	2,5%	8	1,9%	38	2.1%
	Exantemas sin otra especificación	1	,5%	28	2,4%	7	1,6%	36	2%
	Enf. por agentes físicos	1	,5%	21	1,8%	13	3,0%	35	2%
	Patología de boca y labios	1	,5%	23	2,0%	11	2,6%	35	2%
	ESTD	0	0,0%	10	,9%	19	4,4%	29	1.6%

Erupciones fotoinducidas	0	0,0%	17	1,5%	6	1,4%	23	1.3%
Enf. Ampollosas	0	0,0%	4	,3%	12	2,8%	16	0.9%
Úlceras	1	,5%	10	,9%	5	1,2%	16	0.9%
Lesiones inespecíficas	0	0,0%	13	1,1%	3	,7%	16	0.9%
Enf. Autoinmunes	0	0,0%	13	1,1%	1	,2%	14	0.8%
Sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias	1	,5%	5	,4%	6	1,4%	12	0.7%
Liquen escleroatrófico	0	0,0%	7	,6%	5	1,2%	12	0.7%
Dermatosis propias del embarazo	0	0,0%	9	,8%	0	0,0%	9	0.5%
Total	192	100,0 %	1149	100,0%	431	100,0%	1772	100%

3.2: Grupo diagnóstico - grupos de edad

La tabla que recoge la asociación entre grupo diagnóstico y grupos de edad se encuentra en el ANEXO 6. Al comparar los diferentes grupos diagnósticos y la edad en bloques de edad pediátrica y decenas ($p < 0,001$).

A continuación se comenta esta distribución por cada grupo diagnóstico y se incluye el gráfico ilustrativo.

- Dentro del grupo de los eccemas, los rangos de edad con mayor número de casos son las edades de 55-64 años, seguidas de los de 45-54 años y los de 35-44 años.

Entre estos tres grupos suponen el 45,4% de los diagnósticos de eccema.

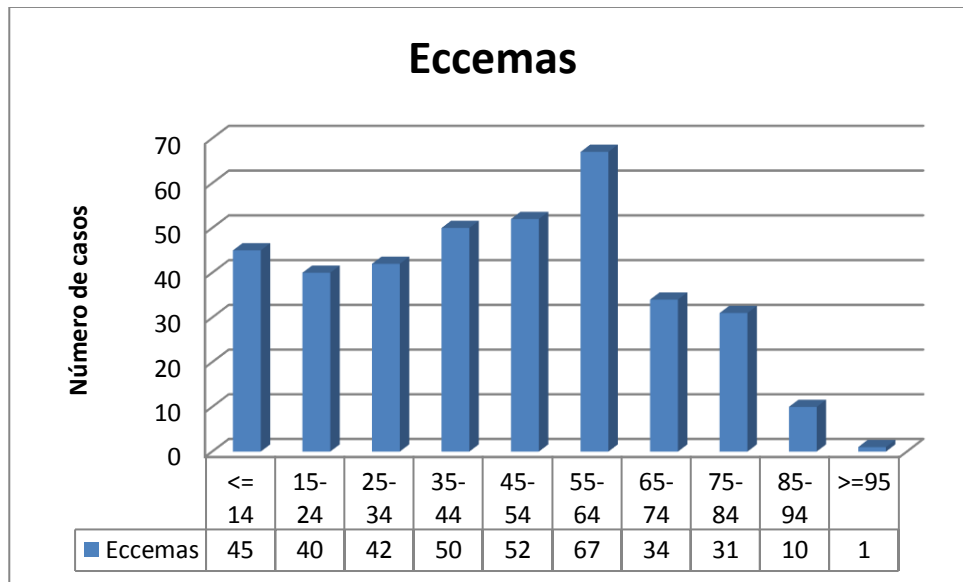


Fig. 17: Número de casos con diagnóstico del grupo eccema por cada grupo de edad.

- En la patología infecciosa se observa como el número de casos diagnosticados de enfermedad infecciosa cutánea durante la edad pediátrica es muy superior al resto de edades, en muchos casos duplicando la cifra de los diagnosticados en otros grupos de edad.

En concreto un 23,2% del total de las infecciones se diagnostican en la edad pediátrica, mientras que otros grupos de edad suponen, cada uno, en torno a un 10-12% de las infecciones.

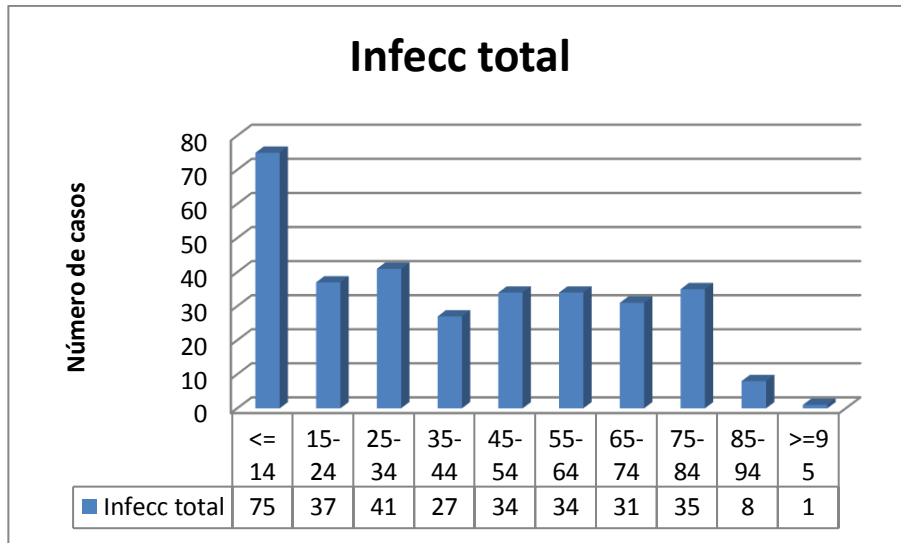


Fig. 18: Número de casos con diagnóstico del grupo infecciones por cada grupo de edad

En las infecciones víricas el grupo más frecuente es nuevamente el de edad menor de catorce años, seguido del de 55-64 años y del de 75-84 años. En la edad pediátrica se diagnostican el 26,1% de las infecciones víricas, mientras que en el segundo grupo de edad más frecuente (55-64 años) solo un 13%.

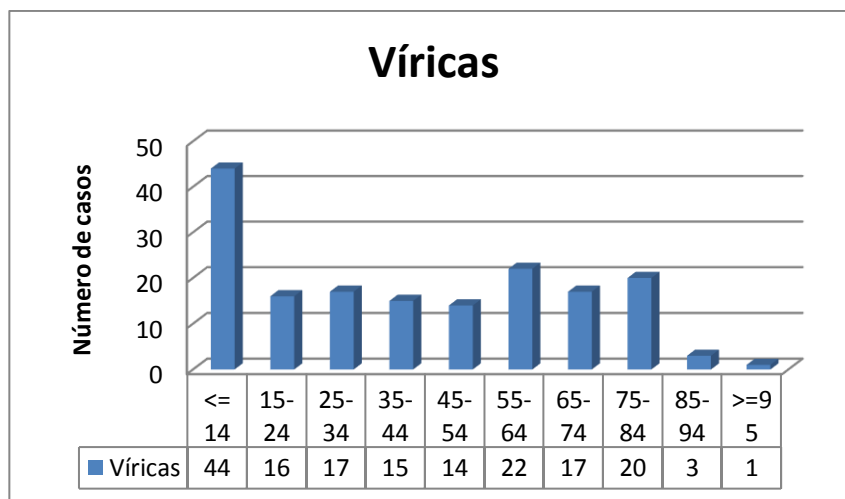


Fig. 19: Número de casos con diagnóstico del grupo infecciones víricas por cada grupo de edad

En las infecciones bacterianas: la edad pediátrica también tiene el mayor número de diagnósticos (17 % de las infecciones bacterianas), seguido muy estrechamente por el grupo de edad de entre 15 y 24 años (16%) y los de 45-54 años (13%). Véase Fig. 20

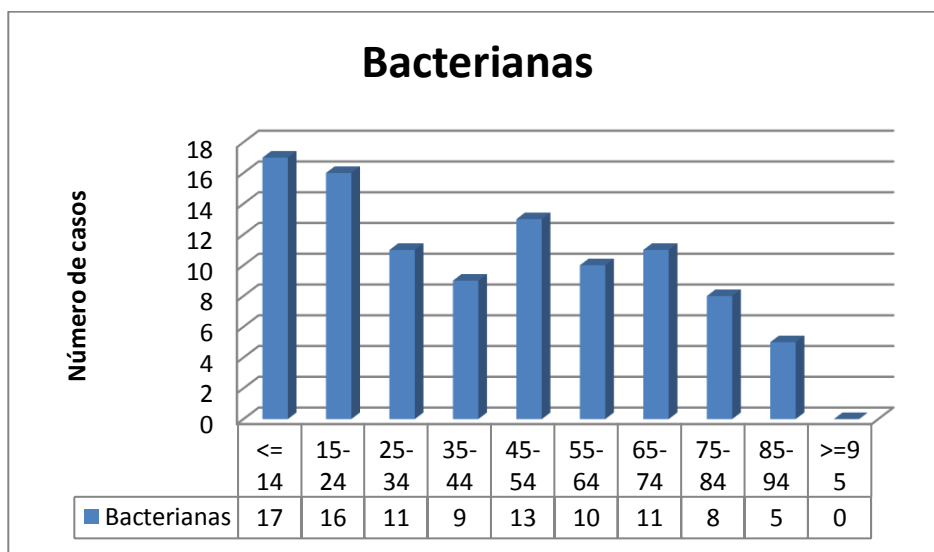


Fig. 20: Número de casos con diagnóstico del grupo infecciones bacterianas por cada grupo de edad

En las infecciones fúngicas: de nuevo la edad pediátrica tiene mayor número de pacientes (30,4% de los diagnósticos de infección fúngica), seguido de los de edad entre 25 y 34 años (21,7%) y los de 45-54 y 75-84 años, cada uno supone un 13,3% de los diagnósticos de infección fúngica.

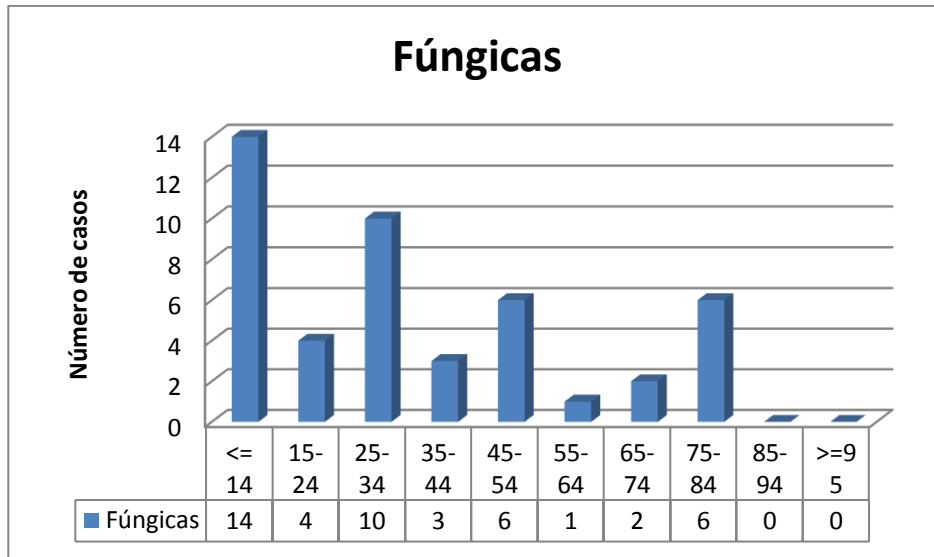


Fig. 21: Número de casos con diagnóstico del grupo infecciones fúngicas por cada grupo de edad

Dentro de las infecciones parasitarias el mayor número de pacientes se encuentra en el grupo de edad de 25-34 años (37,5% de los diagnósticos de este grupo) sin ningún caso en edad pediátrica ni en pacientes de 85 años o mayores.

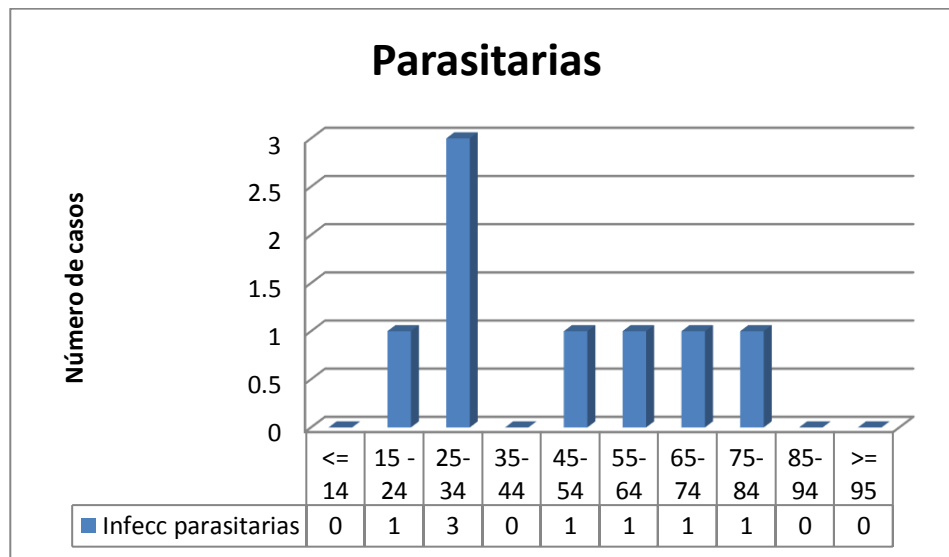


Fig. 22: número de pacientes con diagnóstico del grupo infecciones parasitarias por cada grupo de edad

- En el grupo de urticaria y angioedema el mayor número de diagnósticos se concentra en las edades centrales de la vida; así observamos un 72% de los diagnósticos en sujetos de entre 25 y 64 años.

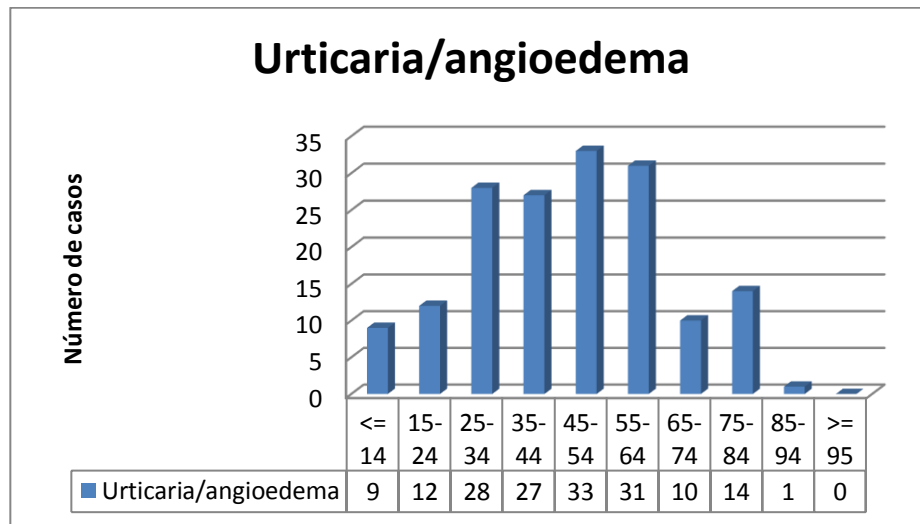


Fig. 23: Número de casos con diagnóstico del grupo urticaria/ angioedema por cada grupo de edad

- Las enfermedades eritematodescamativas afectaron preferentemente a sujetos menores de 45 años, correspondiendo al 60,9% de los diagnósticos de este grupo. Son los grupos de edad de 35-44 años y de 25-34 años los que concentran mayor número de enfermedades eritematodescamativas.

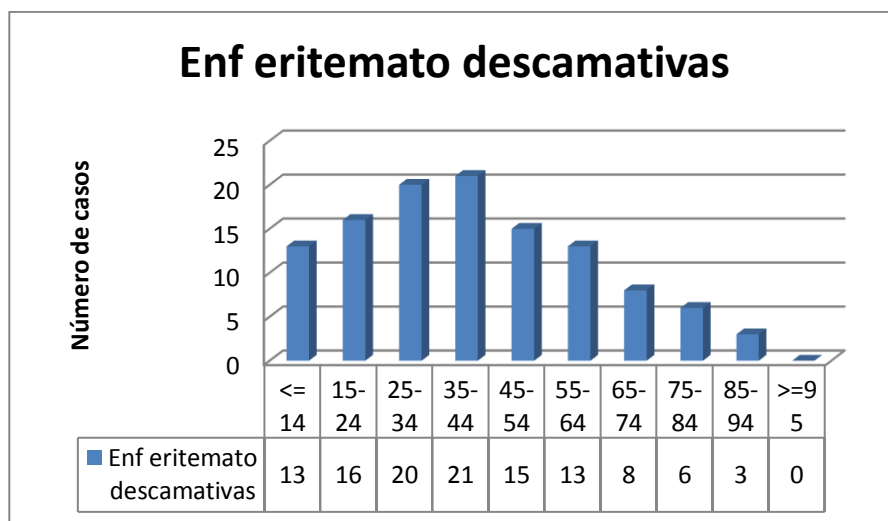


Fig. 24: Número de casos con diagnóstico del grupo Enf. Eritematodescamativas por cada grupo de edad

- Considerando los tumores en este estudio observamos que se diagnosticaron en todas las edades, aunque el 50,4% de los casos se diagnosticó en las edades comprendidas entre los 55 y los 84 años. Véase Fig. 25

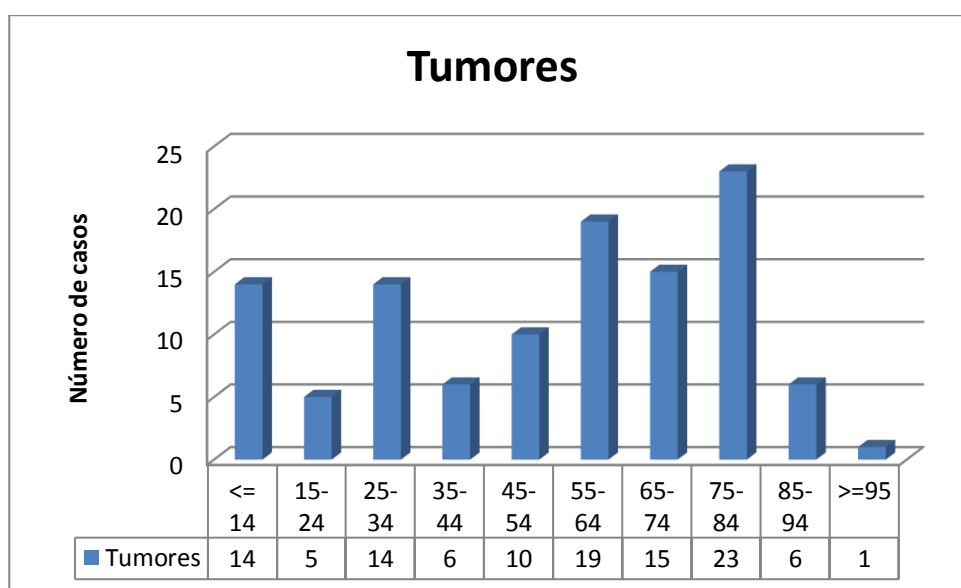


Fig. 25: Número de casos con diagnóstico del grupo de tumores por cada grupo de edad.

- La patología incluida dentro del grupo de otros/miscelánea aparece prácticamente en todos los grupos de edad, destacando el grupo de edad comprendida entre los 35 y los 44 años, que supone un 22% de los diagnósticos de este grupo.

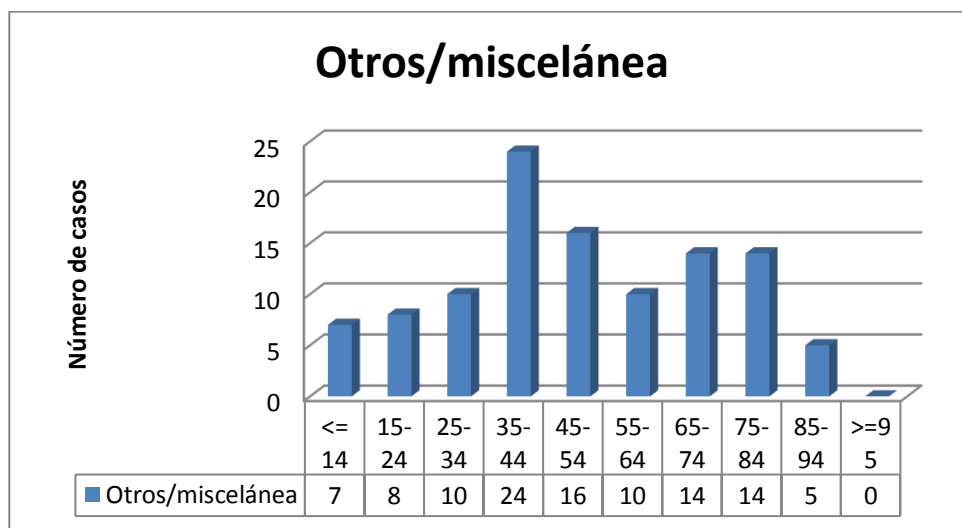


Fig. 26: Número de casos con diagnóstico del grupo de otros/miscelánea por cada grupo de edad

- En el grupo de picaduras y prurigo el grupo de edad de 25-34 años (17 casos, 23,9% de los diagnósticos del grupo) es el que tiene el mayor número de diagnósticos, seguido de la edad pediátrica y el rango de 55-64 años. El 47,9% de los diagnósticos de picaduras/prurigo se realizan en menores de 35 años.

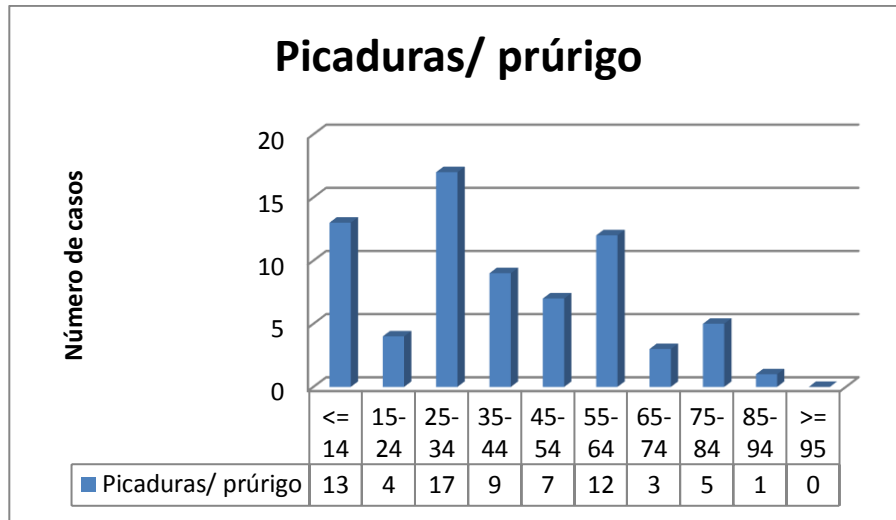


Fig. 27: Número de casos con diagnóstico del grupo picaduras/ prurigo por cada grupo de edad.

- Las ETS tienen un mayor número de diagnósticos en las edades más jóvenes exceptuando la edad pediátrica, de manera que entre los 15 y los 34 años se diagnostican el 62,5% de las ETS.

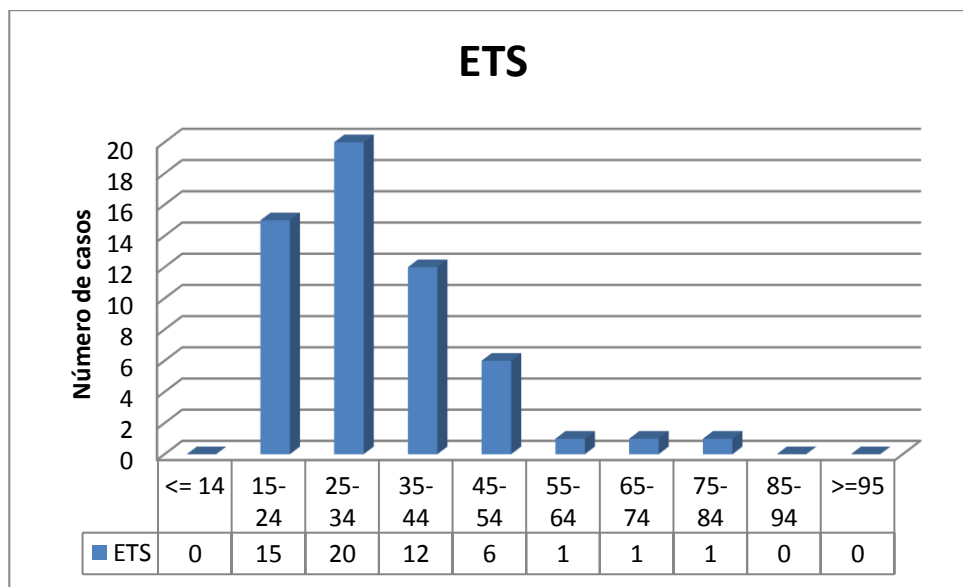


Fig. 28: Número de casos con diagnóstico del grupo ETS por cada grupo de edad.

- La patología vascular cutánea afectó preferentemente a sujetos de mayor edad, así vemos que el 62,5% de los casos se diagnosticaron entre los 55 y los 84 años.

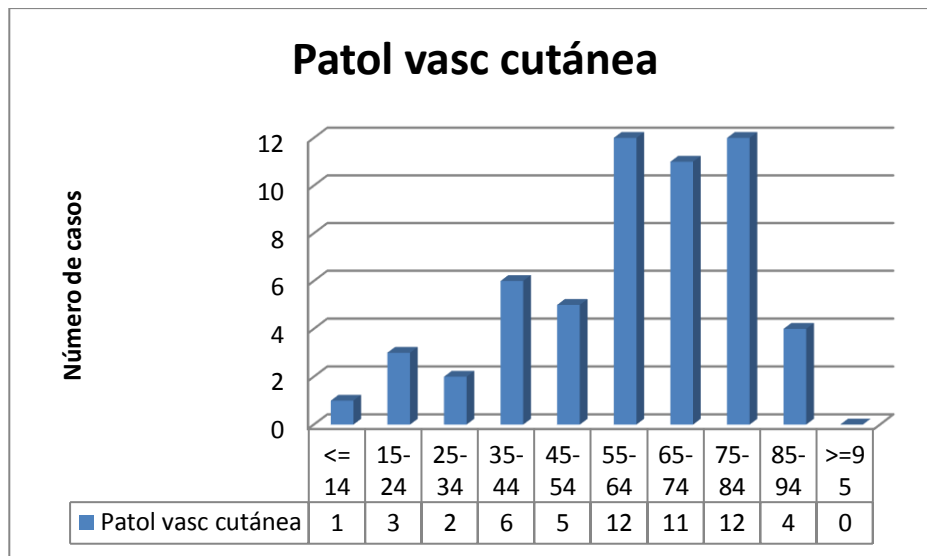


Fig. 29: Número de casos con diagnóstico del grupo patología vascular cutánea por cada grupo de edad

- La patología de foliculo y uñas tuvo un mayor número de diagnósticos en edades menores de 55 años (79,6% de los diagnósticos del grupo) con respecto a aquellos con edad igual o superior a 55 años (20,4%).

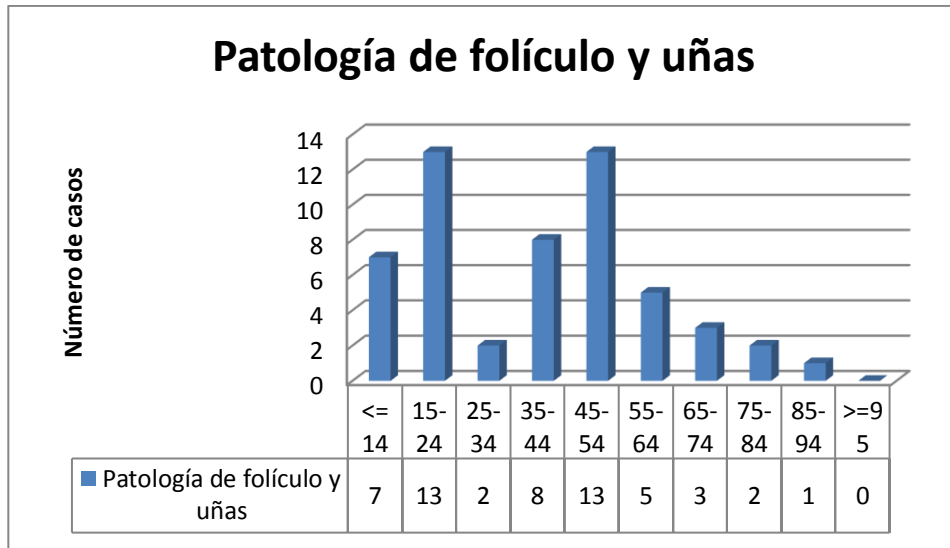


Fig. 30: Número de casos con diagnóstico del grupo patología de folículo y uñas por cada grupo de edad.

- El mayor número de diagnósticos de toxicodermia se realizó en la franja de edad comprendida entre 55 y 84 años, suponiendo el 52,1% de los diagnósticos de este grupo de patologías.

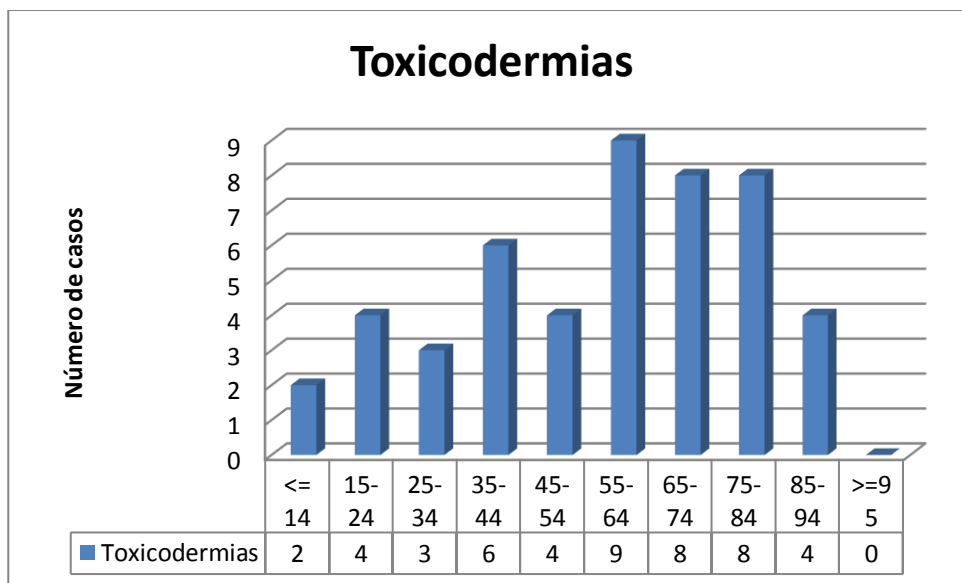


Fig. 31: Número de casos con diagnóstico del grupo de toxicodermias por cada grupo de edad.

- Las dermatosis reactivas se diagnosticaron en casi todos los grupos de edad, salvo en los de 85 años o mayores, con un número mayor de casos en las edades entre 25 y 44 años (57,9% de los casos de dermatosis reactivas).

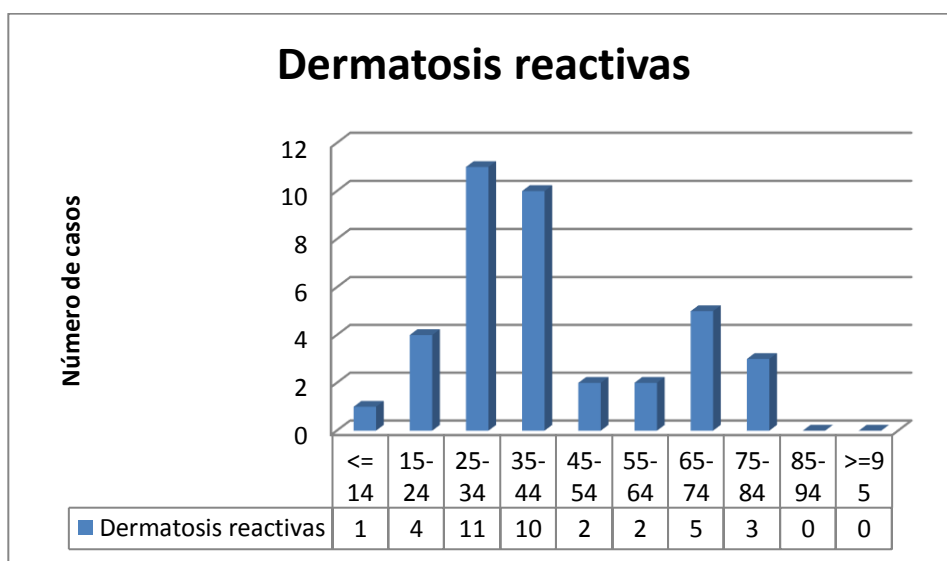


Fig. 32: Número de casos con diagnóstico del grupo de dermatosis reactivas por cada grupo de edad.

- En el grupo de exantemas sin otra especificación se aprecia un número mayor de casos diagnosticados en las edades centrales de la vida. El 61,1% de estos diagnósticos se realizaron en pacientes de entre 35 y 64 años.

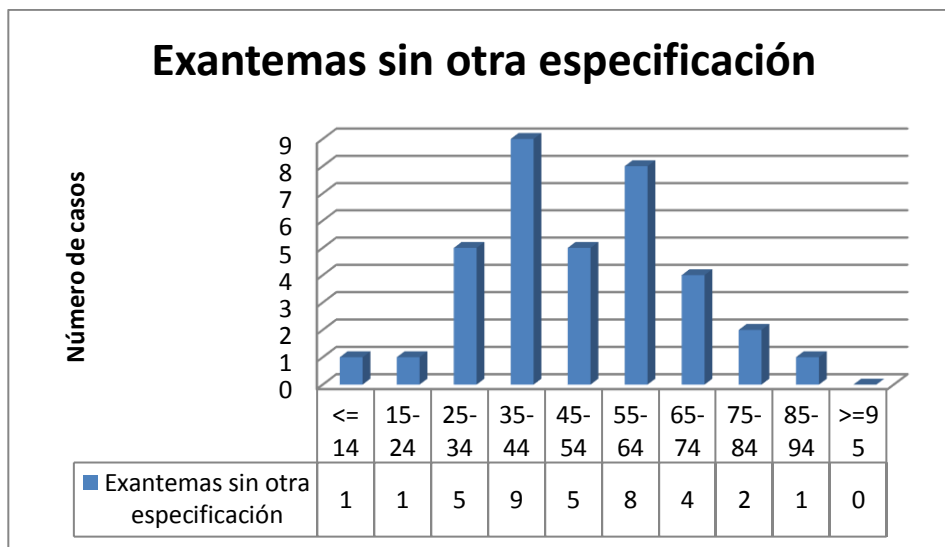


Fig. 33: Número de casos con diagnóstico del grupo exantemas sin otra especificación por cada grupo de edad

- Las enfermedades causadas por agentes físicos fueron diagnosticadas en todas las edades. Los casos diagnosticados en sujetos menores de 55 años suponen un 51,4% frente al 48,6% en los sujetos de edad superior o igual a 55 años. Véase Fig. 34

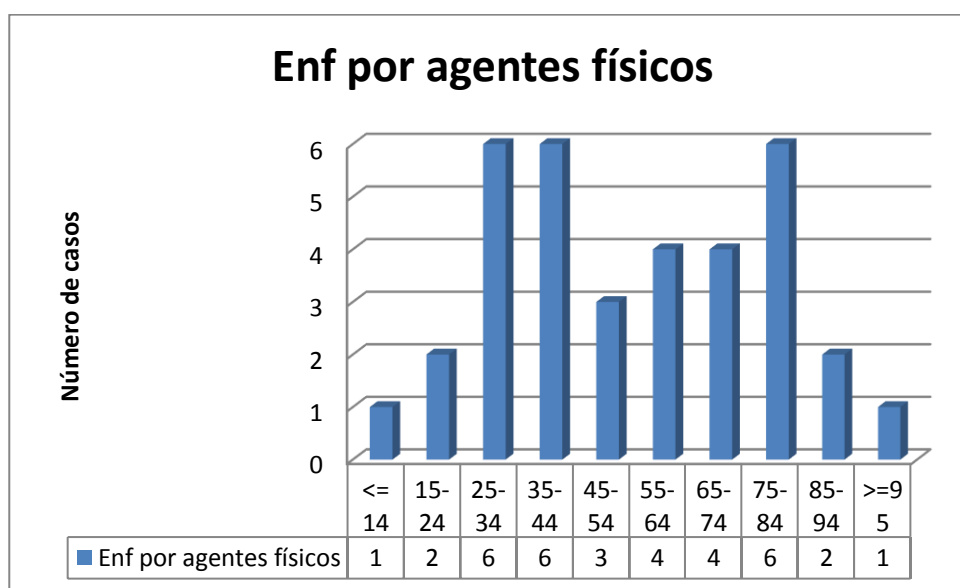


Fig. 34: Número de casos con diagnóstico del grupo de enfermedades por agentes físicos por cada grupo de edad.

- La patología de boca y labios presenta un mayor número de diagnósticos en sujetos de mayor edad; entre los 55 y 84 años se diagnostican casi la mitad de los casos (48,6%). (Véase fig 35)

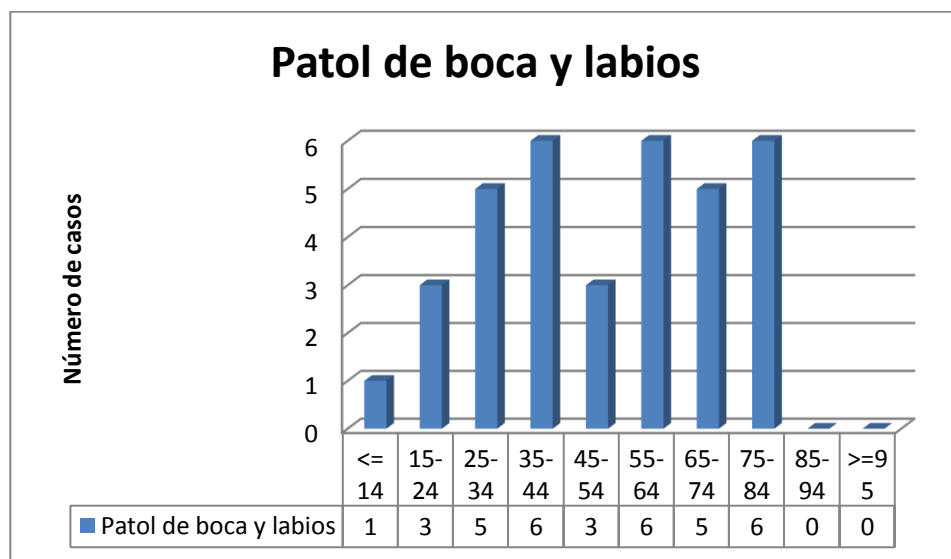


Fig.35: Número de casos con diagnóstico del grupo patología de boca y labios por cada grupo de edad.

- La mayoría de los ESTD se diagnosticaron en el sector de edad entre 75 y 84 años, suponiendo el 34,3% de los diagnósticos. En las edades comprendidas entre los 55 y los 94 años se diagnosticaron el 62,8% de los casos de este grupo.

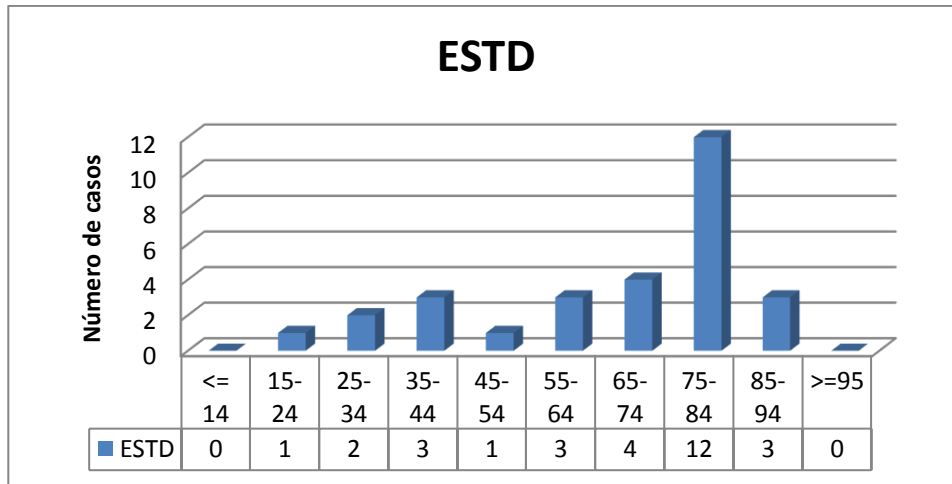


Fig. 36: Número de casos con diagnóstico del grupo de ESTD por cada grupo de edad.

- Las erupciones fotoinducidas fueron diagnosticadas mayoritariamente en el grupo de 35-44 años y en el de 45-54 años (llegando a suponer el 43,5% de los diagnósticos del grupo) aunque también estuvieron presentes en otros grupos de edad, salvo en edad pediátrica y mayores de 85 años.

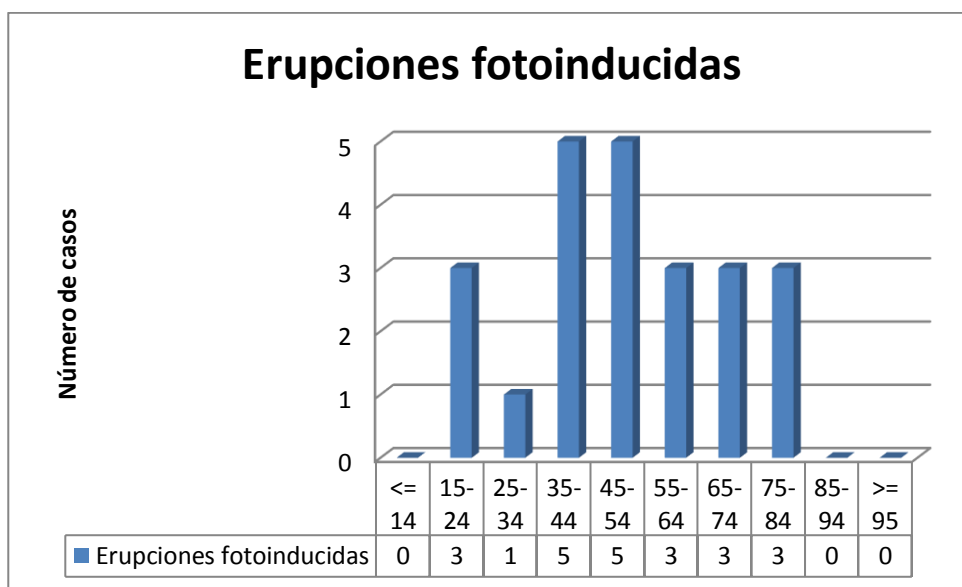


Fig. 37: Número de casos con diagnóstico del grupo de erupciones fotoinducidas por cada grupo de edad.

- El número de casos de enfermedades ampollas diagnosticados es superior entre los mayores de 55 años, sobre todo en los grupos de edad de 75-84 años y 85-94 años. Ambas franjas de edad concentran el 65,5% de los diagnósticos de enfermedades ampollas.

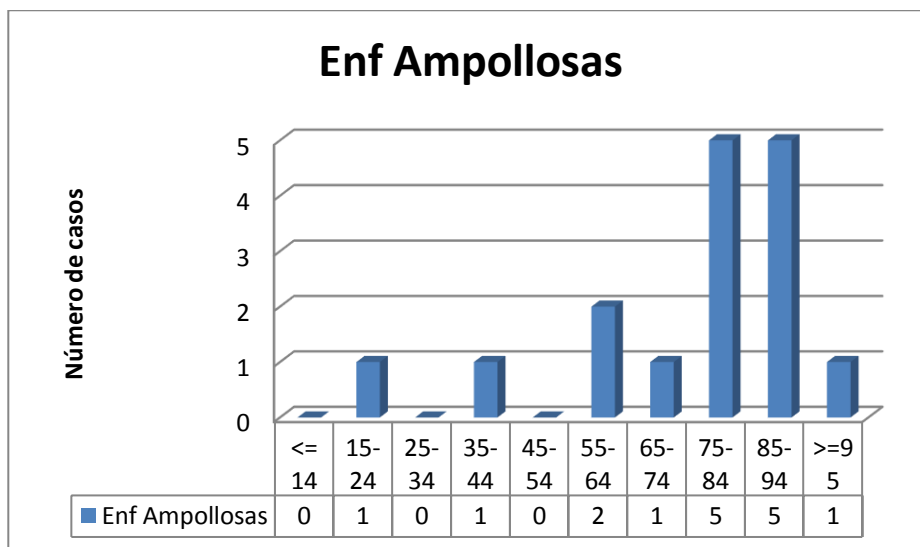


Fig. 38: Número de casos con diagnóstico del grupo de enfermedades ampollas por cada grupo de edad.

- En el grupo de las úlceras el 56,3 % de los diagnósticos se realizaron en pacientes de edad igual o superior a 55 años, aunque también hubo casos en pacientes más jóvenes.

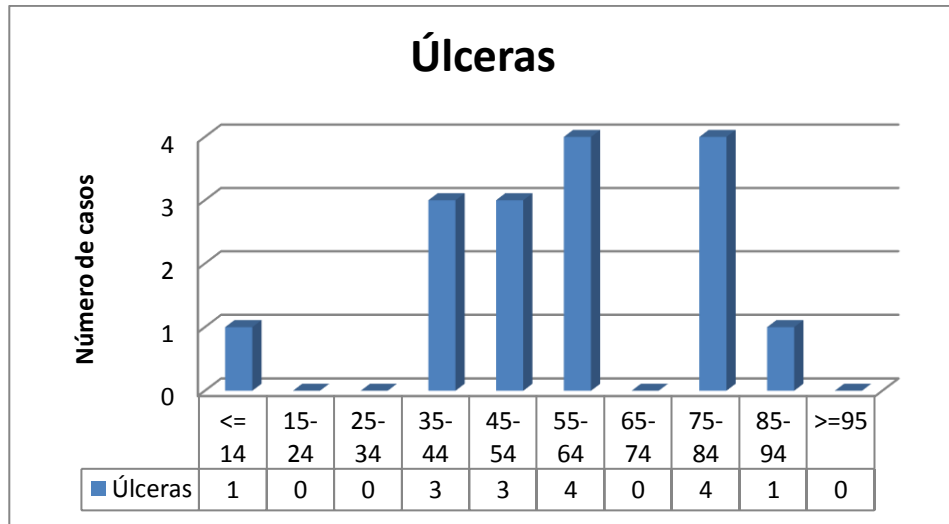


Fig. 39: Número de casos con diagnóstico del grupo úlceras por cada grupo de edad.

- En cuanto a las lesiones inespecíficas no hubo diagnósticos de este grupo en edad pediátrica ni en mayores de 85 años. El 25% de los casos se diagnosticó en pacientes de entre 35 y 44 años.

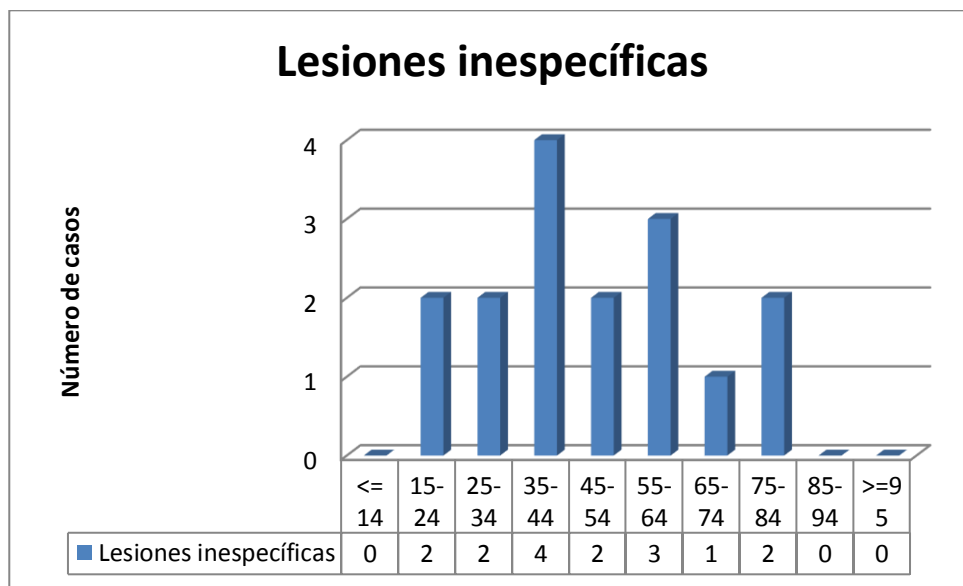


Fig. 40: Número de casos con diagnóstico del grupo sin patología/ sin lesiones por cada grupo de edad

- Las enfermedades autoinmunes se diagnosticaron mayoritariamente en edades centrales de la vida respetando las edades más extremas. El 71,4% de los diagnósticos de Enf. Autoinmunes se realizan en pacientes de entre 35 y 64 años. (Véase fig.41)

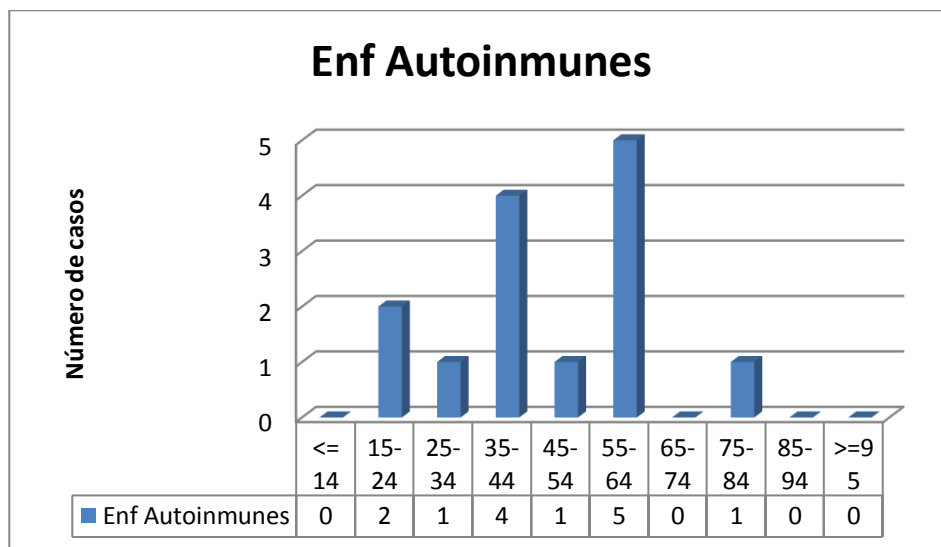


Fig. 41: Número de casos con diagnóstico del grupo enf autoinmunes por cada grupo de edad.

- En el grupo diagnóstico denominado sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias existe un mayor número de casos diagnosticados en sujetos de edad igual o superior a 55 años (66,6% de los diagnósticos catalogados como sin patología o sin lesiones).

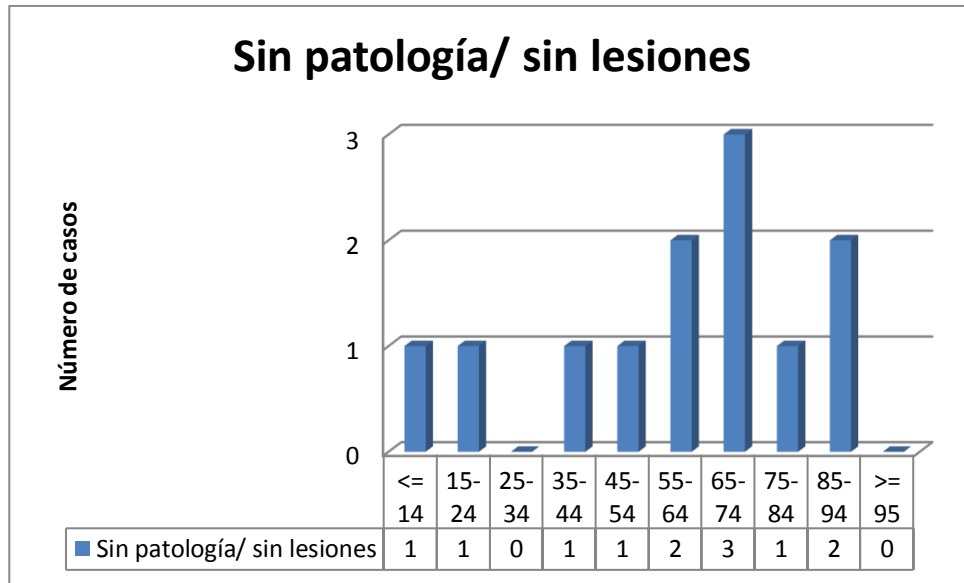


Fig. 42: *Número de casos con diagnóstico del grupo sin patología / sin lesiones por cada grupo de edad.*

- Los diagnósticos de líquen escleroatrófico se realizaron en edad adulta y tercera edad, con una mayoría de casos entre los 45 y los 54 años (41,7% de los diagnósticos) seguidos del grupo de edad entre 65 y 74 años (33,3%).

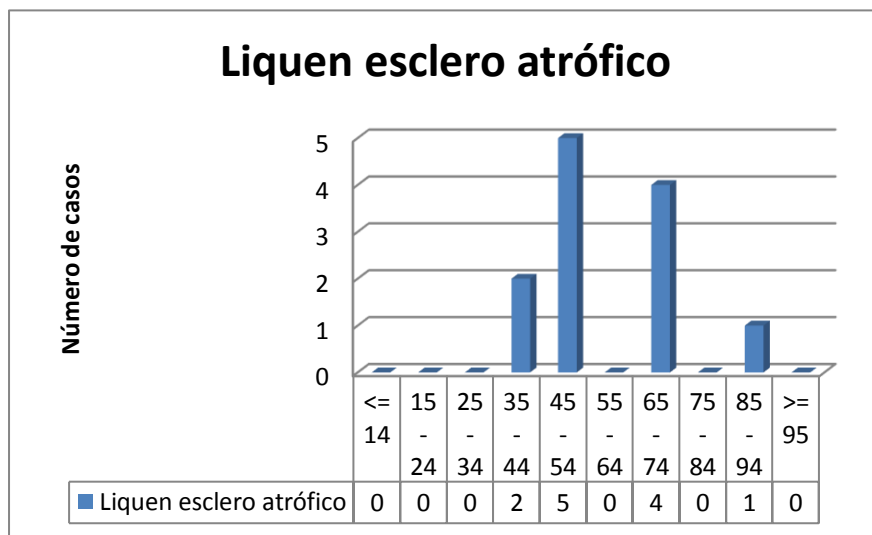


Fig. 43: *Número de casos con diagnóstico del grupo líquen escleroatrófico por cada grupo de edad.*

- Las dermatosis propias del embarazo aparecen únicamente en los grupos con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, sin aparecer en otras edades.

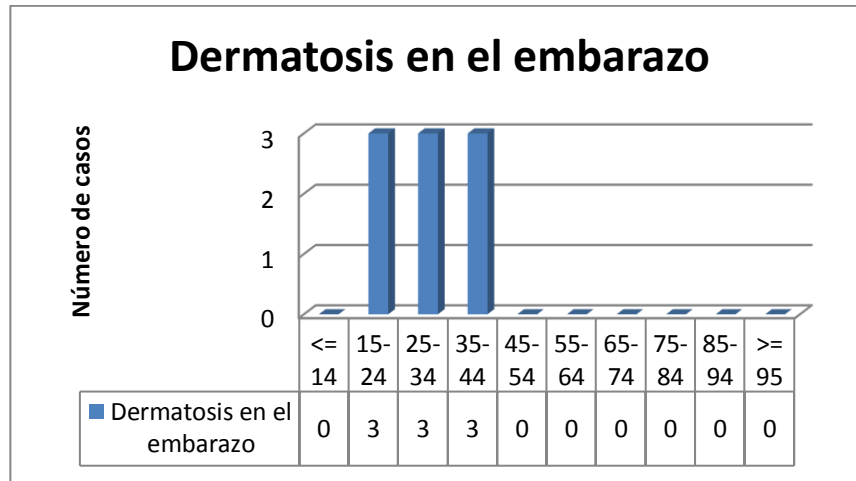


Fig. 44: Número de casos con diagnóstico del grupo dermatosis propias del embarazo por cada grupo de edad.

2.4-Estacionalidad de los diagnósticos:

Decidimos estudiar si existían variaciones en la distribución de la patología y los meses del año en la que ésta se diagnosticaba. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La tabla que recoge el número de urgencias en cada grupo de patología y mes del periodo de estudio se encuentra en el ANEXO 7.

Se han representado gráficamente las distribuciones de los grupos diagnósticos con mayor número de casos así como aquellos con una distribución más característica.

- En el grupo de los eccemas existen algunos meses con mayor número de diagnósticos si encontrarse meses en los que no se diagnostiquen. Véase Fig. 45

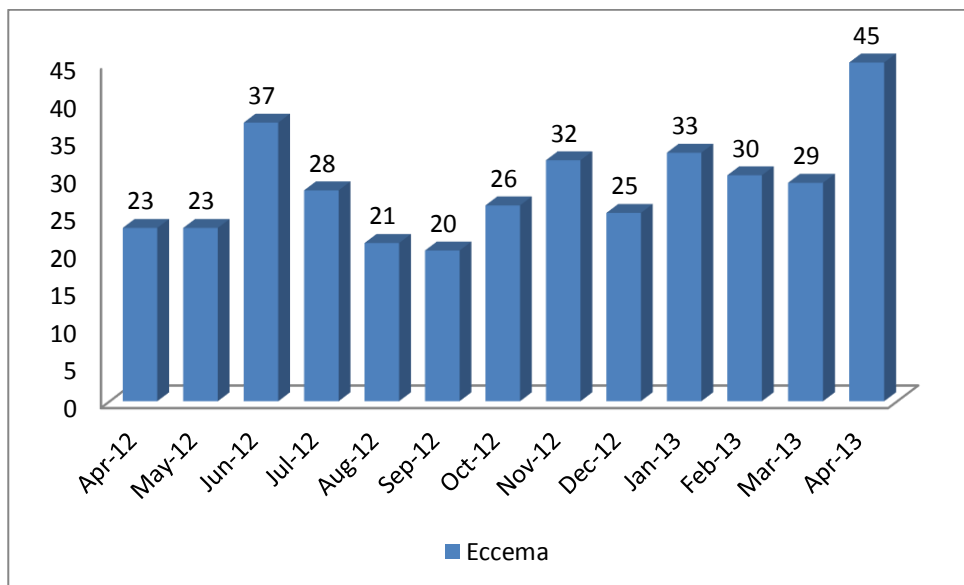


Fig. 45: Número de casos del grupo eccema diagnosticados en cada mes del estudio.

- La distribución del global de la patología infecciosa a lo largo del año permanece bastante uniforme, véase Fig. 46.

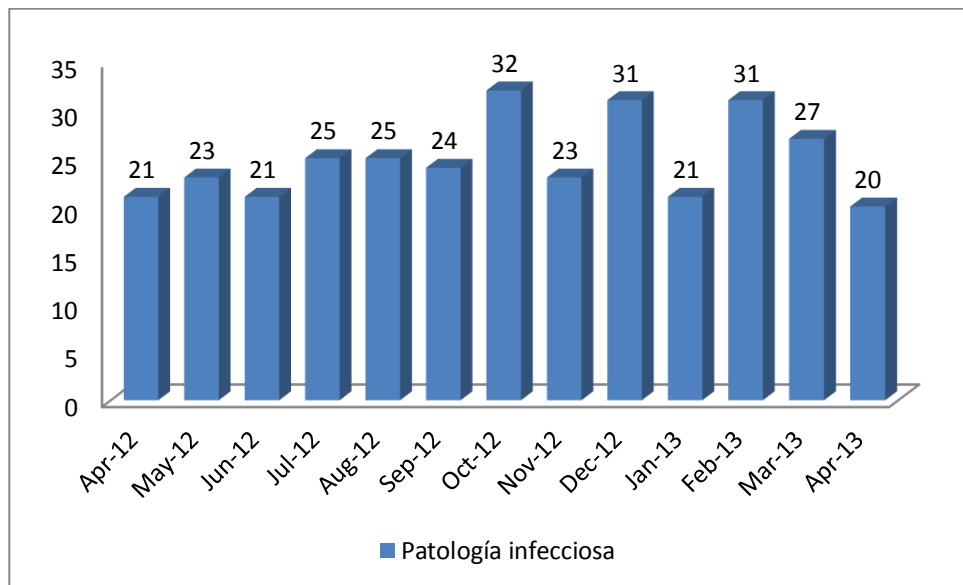


Fig. 46: Número de casos de patología infecciosa diagnosticados en cada mes del estudio.

- Urticaria-angioedema: caída en los meses de Enero y Febrero, mientras que en el resto de meses el número de casos diagnosticados no desciende de 11 al mes.

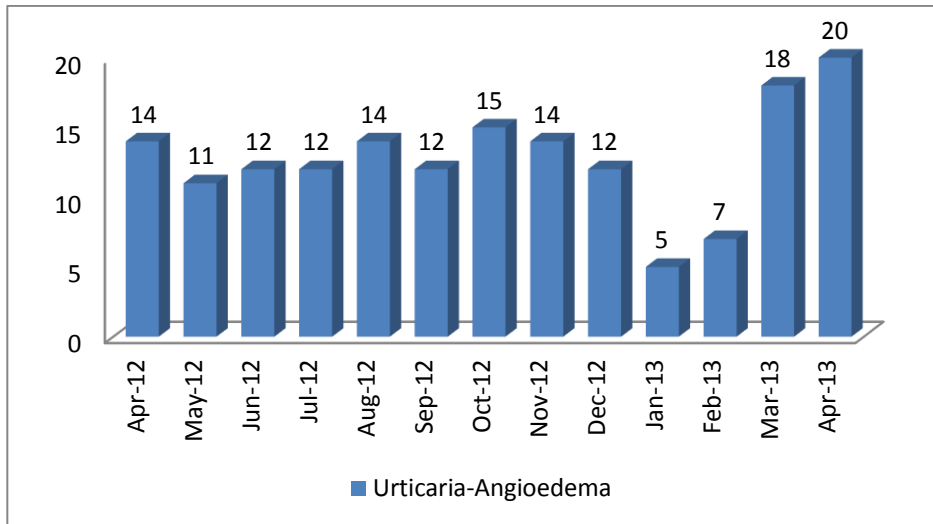


Fig. 47: Número de casos de Urticaria-angioedema diagnosticados en cada mes del estudio.

- Enf eritemato descamativas: máximo número de casos en los meses de otoño e invierno, con caída progresivamente en los más cálidos.

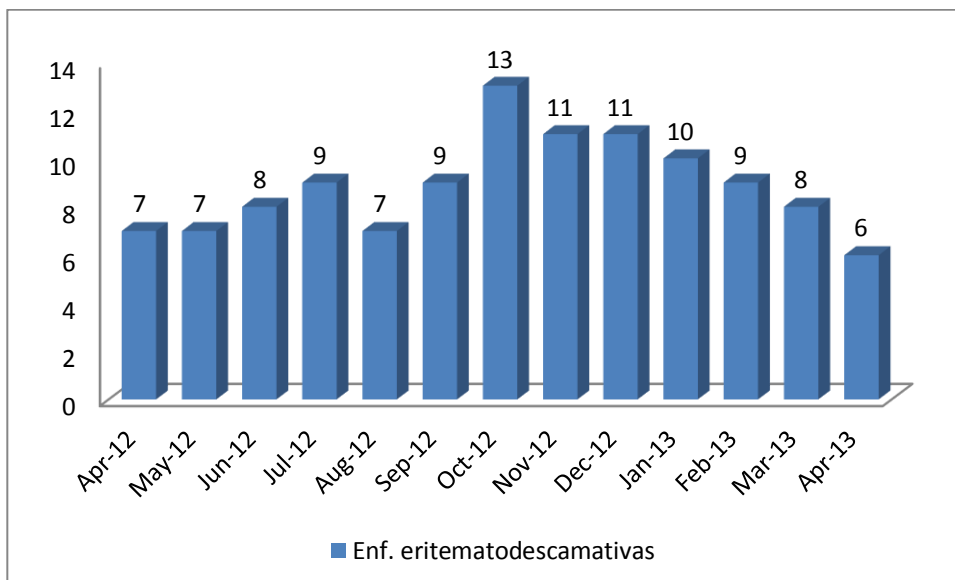


Fig. 48: Número de casos de enfermedades eritematodescamativas diagnosticados en cada mes del estudio.

- Picaduras-prúrigo: El 50,7% de los casos de este grupo (36 casos) se diagnosticaron entre julio y octubre, siendo menor el número de casos diagnosticados en meses de más frío.

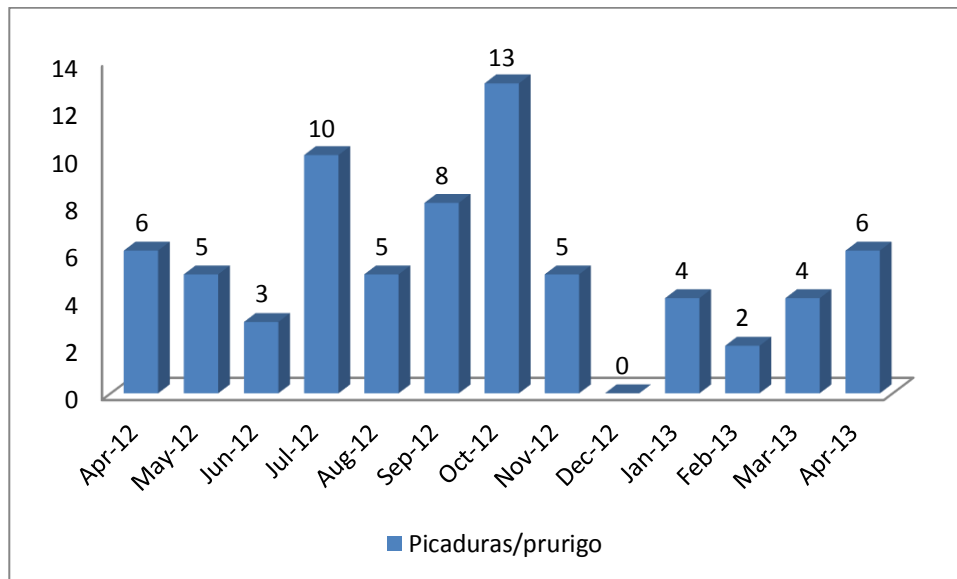


Fig. 49: Número de casos de picaduras-prúrigo diagnosticados en cada mes del estudio.

- En la patología vascular cutánea: mayor número de casos en los meses más cálidos, con caída en meses más fríos. El 51,7% de los casos del grupo se diagnosticaron entre Abril y Agosto de 2012.

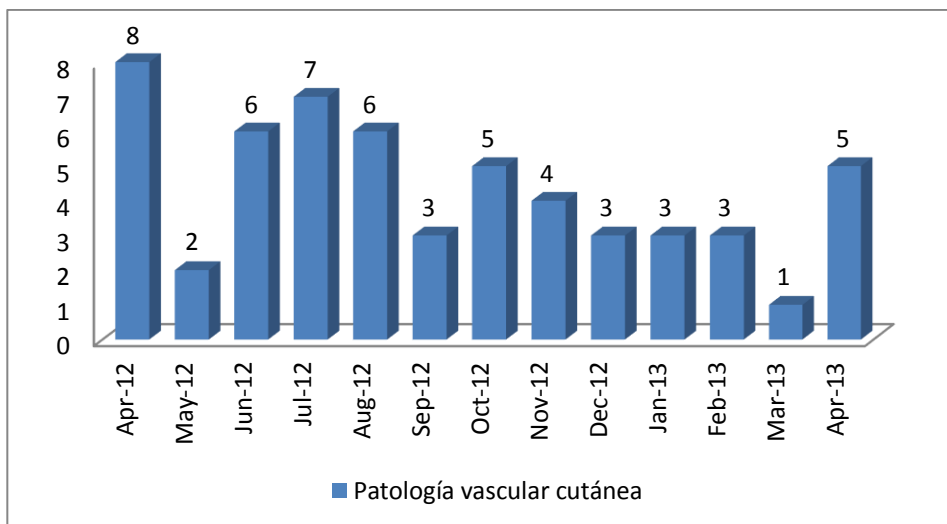


Fig. 53: Número de casos de patología vascular cutánea diagnosticados en cada mes del estudio.

- Enf por agentes físicos: presentan dos picos, uno en los meses de verano y otro al final del invierno e inicio de la primavera: meses de febrero a abril.

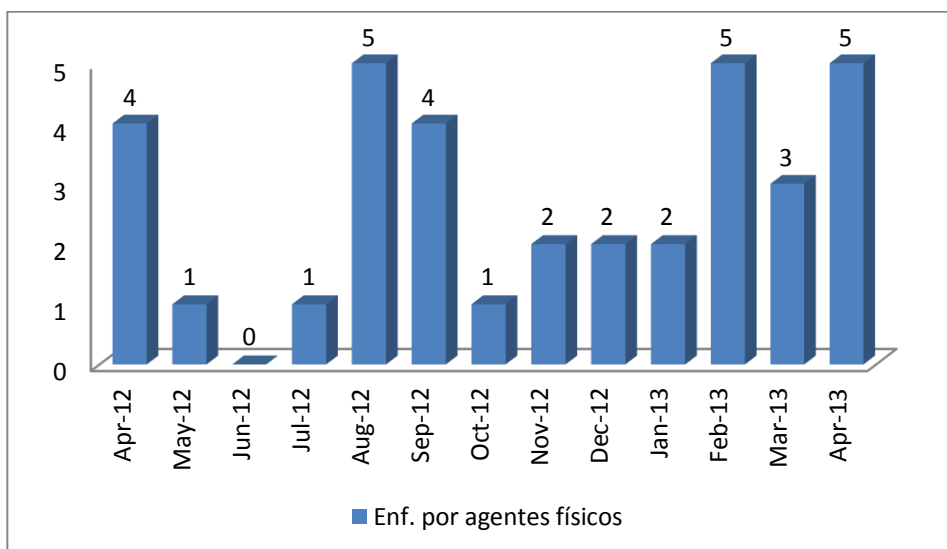


Fig. 54: Número de casos de enf. por agentes físicos diagnosticados en cada mes del estudio.

- Erupciones fotoinducidas: El 73,9% de los casos (17 casos) se diagnosticaron entre mayo y septiembre de 2012. Se trata de meses con mayor intensidad lumínica y mayor exposición por aumento de actividades al aire libre. Se observa nuevamente un aumento en el número de casos en abril de 2013 cuando se compara con los meses previos.

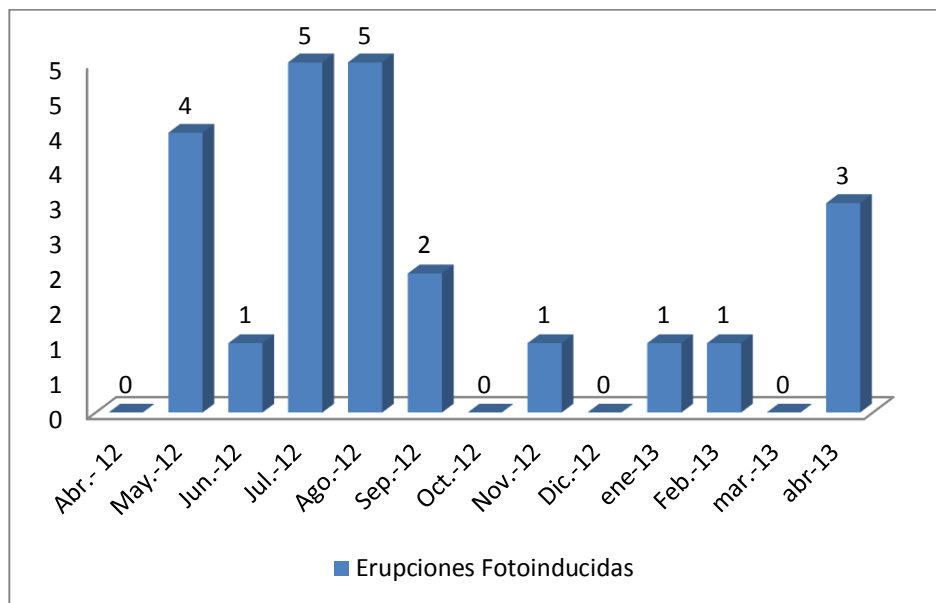


Fig. 55: Número de casos de erupciones fotoinducidas diagnosticados en cada mes del estudio.

2.5-Día de la semana y relación con otras variables

Estudiamos la distribución de las urgencias atendidas a lo largo de los distintos días de la semana según su procedencia geográfica y el origen (pacientes que acudían por cuenta propia, derivados por un médico u otras opciones)

2.5.1-Día de la semana y procedencia

El porcentaje de pacientes que proceden de Valladolid capital disminuye progresivamente a lo largo de la semana, sucediendo lo mismo entre los pacientes que proceden de lugares diferentes a la capital aunque en estos últimos se puede observar un ligero repunte del porcentaje de urgencias atendidas los viernes, sin embargo estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p= 0,812$).

Tabla 10: Distribución de las urgencias según procedencia y día de la semana en que acuden.

		Procedencia				Total	
		Valladolid provincia y resto de procedencias		Valladolid capital			
		n	%	n	%	n	%
Día de la semana	lunes	100	24,30%	320	23,50%	420	23,70%
	martes	87	21,20%	264	19,40%	351	19,80%
	miércoles	71	17,30%	246	18,00%	317	17,90%
	jueves	59	14,40%	205	15,00%	264	14,90%
	viernes	63	15,30%	194	14,20%	257	14,50%
	sábado	9	2,20%	38	2,80%	47	2,60%
	domingo	22	5,40%	97	7,10%	119	6,70%
Total		411	100,00%	1364	100,00%	1775	100,00%

2.5.2-Día de la semana y origen

En todos los casos el número de pacientes es mayor al principio de la semana que al final de la semana, aunque vimos que los que acudieron por cuenta propia presentaron el máximo número de pacientes los lunes, con descenso progresivo a medida que avanza la semana y nuevo aumento los domingos, en cambio los enviados por Médico acudieron mayoritariamente en martes, miércoles y jueves. Encontramos que estas diferencias sí resultaron ser estadísticamente significativas ($p < 0,001$), a diferencia del análisis realizado al combinar día de la semana y procedencia geográfica del paciente.

Tabla 11: Distribución del número de urgencias según origen y día de la semana.

		Origen						Total	
		Cuenta propia		Médico		Otros			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Día semana	lunes	327	24,40%	57	18,00%	36	30,50%	420	23,60%
	martes	252	18,80%	82	25,90%	17	14,40%	351	19,80%
	miércoles	229	17,10%	66	20,80%	22	18,60%	317	17,80%
	jueves	192	14,30%	58	18,30%	14	11,80%	264	14,90%
	viernes	189	14,10%	50	15,80%	18	15,20%	257	14,50%
	sábado	42	3,10%	1	0,30%	4	3,30%	47	2,60%
	domingo	110	8,20%	3	0,90%	7	5,90%	120	6,80%
Total		1341	100,00%	317	100,00%	118	100,00%	1776	100,00%

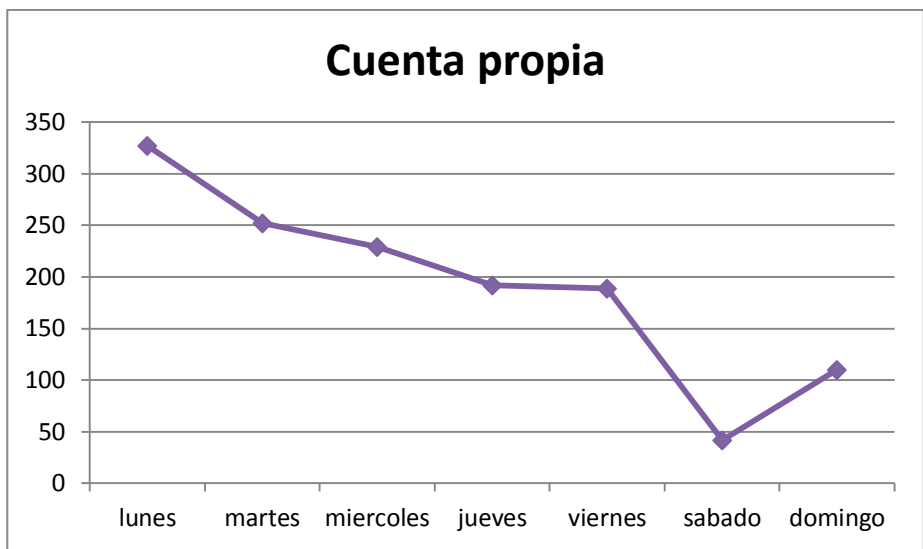


Fig.56: Número de pacientes que acuden para valoración por cuenta propia cada día de la semana.

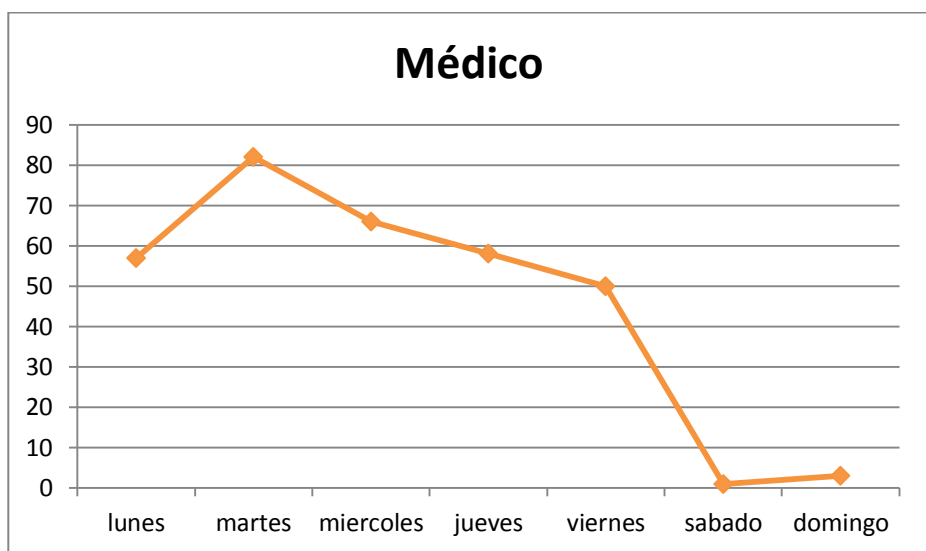


Fig. 57: Número de pacientes que acuden para valoración remitidos por su MAP cada día de la semana.

2.6- Relación entre Origen y distancias

Realizamos comparaciones entre el origen de la consulta a urgencias de dermatología y la procedencia geográfica en virtud a la distancia hasta nuestro centro hospitalario. Observamos así que el porcentaje de pacientes que acudieron desde Valladolid capital por cuenta propia supuso más de las tres cuartas partes de los que acudieron desde la capital mientras que sólo un 16,4% de pacientes de la ciudad fueron atendidos tras ser vistos por un Médico, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

A medida que aumenta la distancia de la localidad de origen hasta el HCUV va aumentando el porcentaje de pacientes remitidos por el Médico y va descendiendo el porcentaje de las consultas por cuenta propia, así hasta localidades situadas en torno a los 31-40 km. Los pacientes procedentes de localidades a más de 40 km de distancia de Valladolid capital acuden nuevamente en mayores porcentajes por propia iniciativa que derivados por su médico a medida que se alejan de la capital.

En cuanto a aquellos casos derivados desde el Hospital de Medina del Campo observamos que los mayores porcentajes de pacientes acuden desde localidades entre 41 y 70 km de la capital. En esos tramos de distancias se encuentran la mayoría de municipios del área de atención de dicho hospital y aquellos casos que no acuden por cuenta propia lo hacen tras ser valorados en ese centro hospitalario o bien por otro médico.

Tabla 12: Distribución del número de urgencias según origen y distancia desde el lugar de procedencia.

			Origen				Total
			Cuenta propia	Hospital Medina del Campo	MAP	Otros	
Distancia	Valladolid	n	1057	1	221	67	1346
		%	78,5%	0,07%	16,4%	5,0%	100,0%
	<=10 km	n	36	0	4	2	42
		%	85,7%	0,00%	9,5%	5,0%	100,0%
	(10, 20]	n	57	1	26	4	88
		%	64,7%	1,1%	29,5%	4,5%	100,0%
	(20, 30]	n	42	1	18	5	66
		%	63,6%	1,5%	27,3%	7,6%	100,0%
	(30, 40]	n	5	0	8	3	16
		%	31,3%	0,00%	50,0%	18,8%	100,0%
	(40, 50]	n	37	5	9	4	55
		%	67,3%	9,1%	16,4%	7,3%	100,0%
	(50, 60]	n	57	8	28	7	100
		%	57,0%	8,0%	28,0%	0,7%	100,0%
	(60, 70]	n	7	2	2	2	13
		%	53,8%	15,4%	15,4%	15,4%	100,0%
	>70	n	3	0	0	0	3
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Otra provincia	n	39	2	1	4	46
		%	84,7%	4,4%	2,2%	8,7%	100,0%

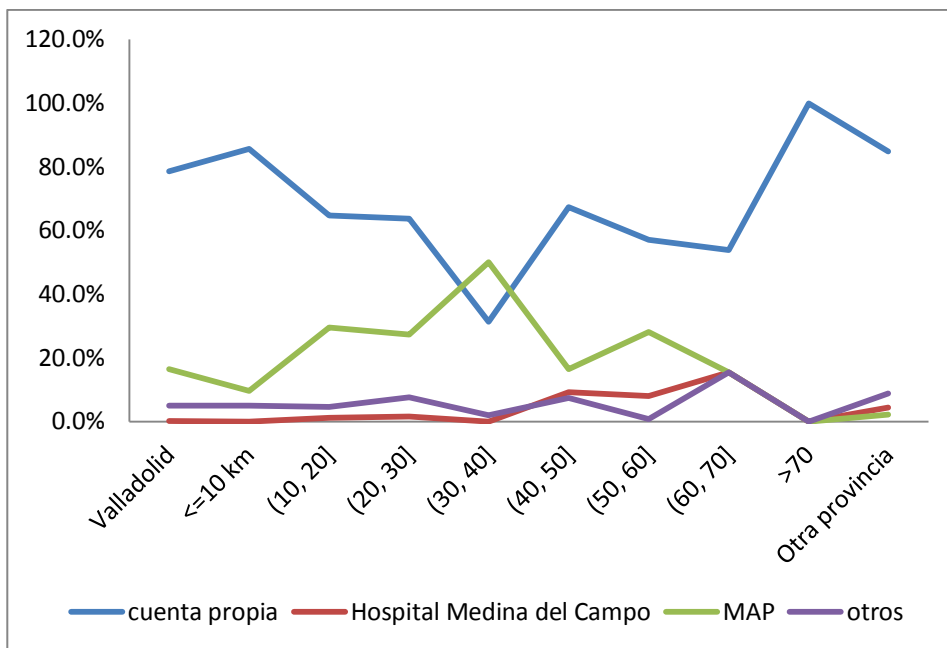


Fig. 58: Porcentaje de pacientes que acuden desde Valladolid capital, localidades de la provincia de Valladolid a distintas distancias y otras provincias según su origen.

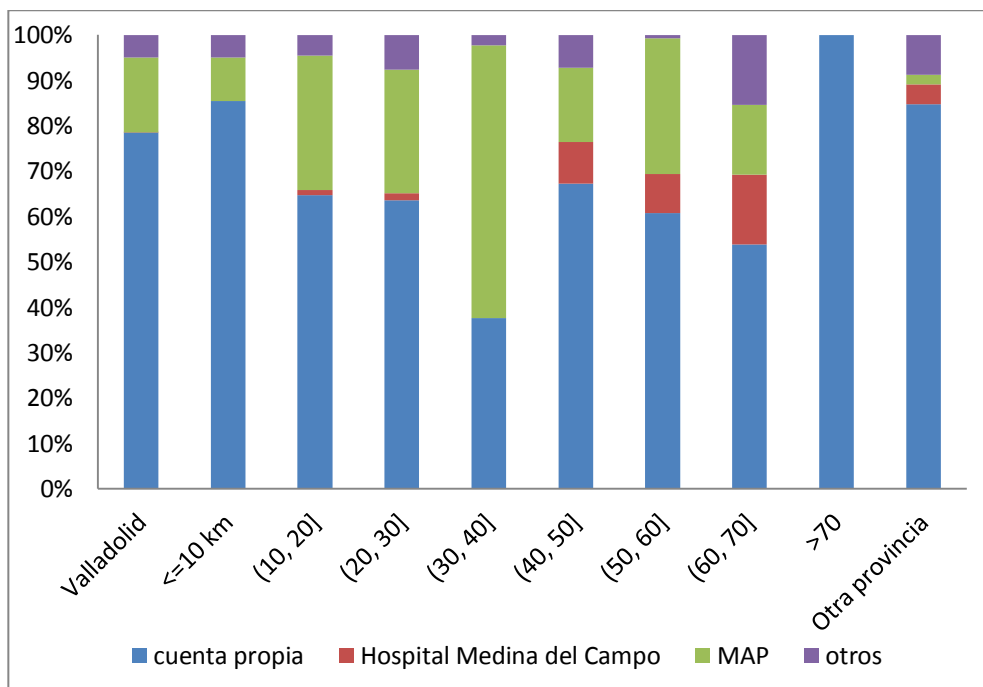


Fig. 59: Porcentaje de pacientes que acuden desde Valladolid capital, localidades de la provincia de Valladolid a distintas distancias y otras provincias según su origen.

2.7-Justificación de las urgencias y relación con otras variables.

Analizamos la influencia que podrían tener algunas variables sobre la consideración de que una urgencia sea justificada o no, recogemos los resultados a continuación:

2.7.1- Justificación de la urgencia y sexo:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo del paciente y el hecho de que la urgencia sea justificada ($p= 0,855$).

Tabla 13: Relación entre la justificación de las urgencias atendidas y el sexo de los pacientes.

		Urgencia justificada				Total	
		No		Si		n	%
		n	%	n	%		
Sexo	H	111	39,6%	601	40,2%	712	40,1%
	M	169	60,4%	893	59,8%	1062	59,9%
Total		280	100,0%	1494	100,0%	1774	100,0%

2.7.2- Justificación de la urgencia y procedencia

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la procedencia del paciente y la justificación de la urgencia ($p= 0,960$).

Tabla 14: Relación entre la justificación de las urgencias atendidas y su procedencia.

		Urgencia justificada				Total	
		No		Si		n	%
		n	%	n	%		
Proce dencia	Valladolid provincia y resto de procedencias	65	23,3%	346	23,2%	411	23,2%
	Valladolid capital	214	76,7%	1148	76,8%	1362	76,8%
Total		279	100,0 %	1494	100,0%	1773	100,0%

2.7.3-Justificación de la urgencia y origen

Sin embargo al comparar la justificación de la urgencia y su origen sí se encontró que la asociación resultaba estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En el caso de las consideradas no justificadas un 90% estaba compuesto por urgencias en las que el propio paciente solicitaba la asistencia (cuenta propia) mientras que sólo un 8,2% de las no justificadas fueron enviadas por un Médico. También en las consideradas justificadas el porcentaje mayoritario era de pacientes que acudían por cuenta propia (72,8%), seguido de un 19,7% de los enviados por un médico.

Valorando únicamente aquellas urgencias que acuden por cuenta propia, un 18,8% fueron consideradas no justificadas frente a un 81,2% de las sí justificadas. Sin embargo, en el caso de las enviadas por un médico, solo un 7,3 % se consideraron no justificadas mientras que un 92,7% que sí fueron consideradas justificadas.

Tabla 15: Relación entre justificación de las urgencias atendidas y su origen.

		Urgencia justificada				Total	
		No		Si		n	%
		n	%	n	%		
Origen	Cuenta propia	252	90,0%	1087	72,8%	1339	75,5%
	Médico	23	8,2%	294	19,7%	317	17,9%
	Otros	5	,4%	113	3,2%	118	2,8%
Total		280	100,0%	1494	100,0%	1774	100,0%



Fig. 60: Distribución de las urgencias consideradas no justificadas según su origen.

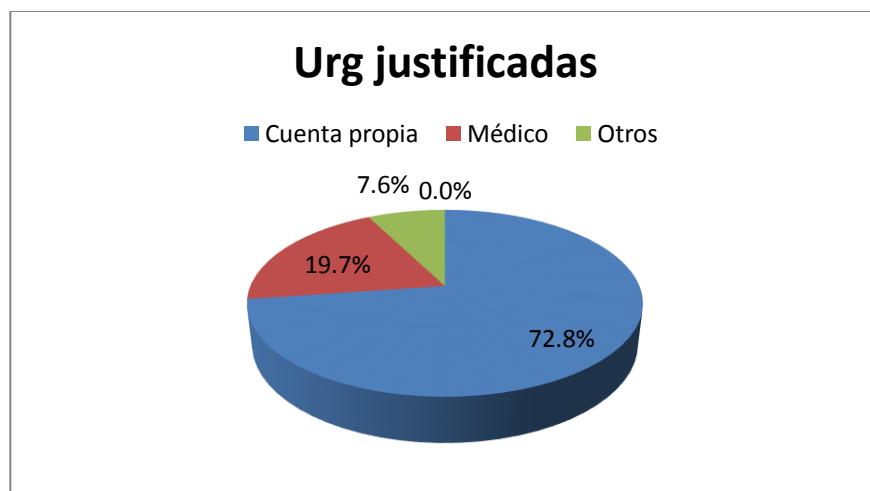


Fig.61: Distribución de las urgencias consideradas justificadas según su origen.

2.7.4-Justificación de la urgencia y día de la semana

El día con mayor porcentaje de urgencias no justificadas fue el martes, suponiendo la cuarta parte de las no justificadas (25,4%); sin embargo la mayor parte de las urgencias justificadas fueron vistas en lunes (casi la cuarta parte, 24,4% del total de las justificadas), resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,009$).

Entre las atenciones realizadas los martes del periodo de estudio las urgencias no justificadas llegan a suponer el 20,2% del total de urgencias, mientras que los lunes las urgencias no justificadas son solo el 12,9%.

Tabla 16: Relación entre justificación de las urgencias atendidas y día de la semana.

		Urgencia justificada				Total	
		no		si		n	%
		n	%	n	%		
Día de la semana	lunes	54	19,3%	365	24,4%	419	23,6%
	martes	71	25,4%	280	18,7%	351	19,8%
	miércoles	59	21,1%	258	17,3%	317	17,9%
	jueves	36	12,9%	227	15,2%	263	14,8%
	viernes	45	16,1%	212	14,2%	257	14,5%
	sábado	4	1,4%	43	2,9%	47	2,6%
	domingo	11	3,9%	109	7,3%	120	6,8%
Total		280	100,0%	1494	100,0%	1774	100,0%

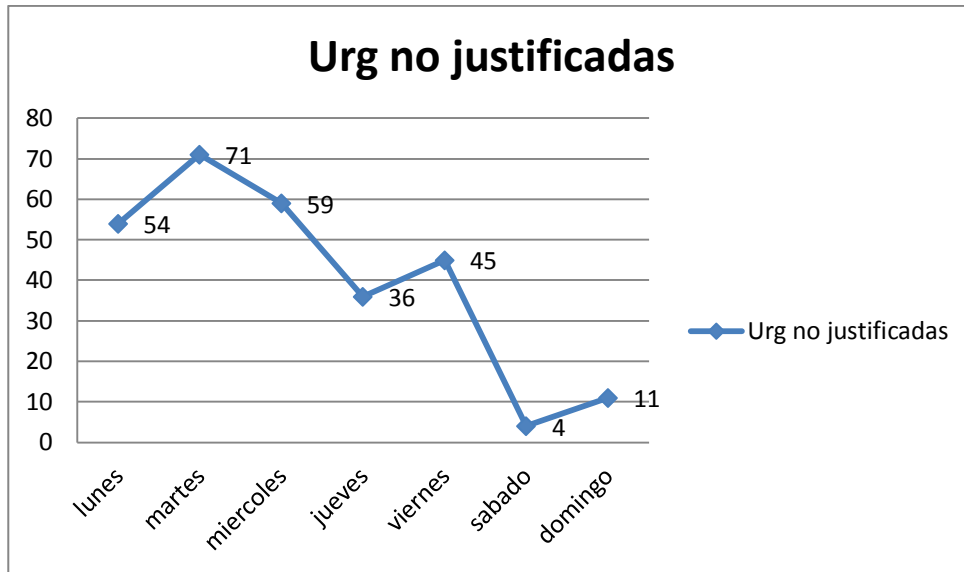


Fig. 62: Número de urgencias consideradas no justificadas según día de la semana

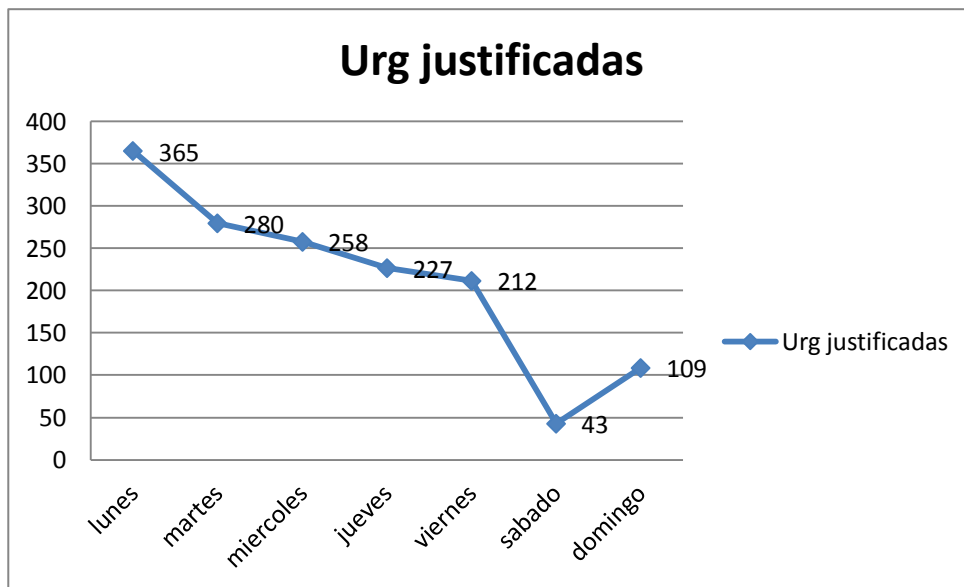


Fig. 63: Número de urgencias consideradas justificadas según día de la semana

2.7.5-Justificación de la urgencia y grupo diagnóstico.

En la mayoría de los grupos diagnósticos el número de casos de urgencias justificadas fue mayor que en el de no justificadas, a excepción de algunos de ellos en los que es similar, como en el grupo de patología de folículo y uñas o el denominado sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias.

En algunos grupos llegaba a existir gran diferencia como en el de urticaria-angioedema o toxicodermias, en el que el número de casos considerados urgencia sí justificada era más de veinte veces superior al número de casos de urgencia no justificada. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ($p < 0,001$). En otros grupos como el de las enfermedades ampollas y enfermedades autoinmunes no existió ningún caso de urgencias no justificadas.

- Dentro de las urgencias consideradas justificadas se mantuvo el orden de grupos de patologías más frecuentes que se ha visto en el conjunto global de todas las urgencias, como se indica a continuación:
 1. Eccemas (21,6 % de las urgencias justificadas)
 2. Patología infecciosa (19,8%)
 3. Urticaria y angioedema (10,6%)
 4. Enfermedades eritemato-descamativas (6,9%)
 5. Tumores (4,4%)
- En cambio, en las urgencias no justificadas el orden de las patologías más frecuentes fue el siguiente:
 1. Eccemas (17,2% de las urgencias no justificadas)
 2. Tumores (16,8%)
 3. Otros/miscelánea (12,5%)

4. Patología infecciosa (10,4%)
5. Patología de folículo y uñas (9,7%)

Tabla 17: Relación entre la justificación de las urgencias atendidas y el grupo diagnóstico.

		Urgencia justificada				Total	
		No		Si		n	%
		n	%	n	%		
Grupo diagnóstico	Eccema	48	17,2%	323	21,6%	371	20,9%
	Patología infecciosa	29	10,4%	295	19,8%	324	18,3%
	Vírica	13	4,7%	157	10,5%	170	9,6%
	Bacteriana	7	2,5%	93	6,2%	100	5,6%
	Fúngica	8	2,9%	38	2,5%	46	2,6%
	Parasitaria	1	,4%	7	,5%	8	,5%
	Urticaria-Angioedema	7	2,5%	159	10,6%	166	9,4%
	Enf. eritematodescamativas	12	4,3%	103	6,9%	115	6,5%
	Tumores	47	16,8%	65	4,4%	112	6,3%
	Otros/miscelánea	35	12,5%	73	4,9%	108	6,1%
	Picaduras/prurigo	11	3,9%	60	4,0%	71	4,0%
	ETS	17	6,1%	39	2,6%	56	3,2%
	Patología vascular cutánea	3	1,1%	53	3,5%	56	3,2%
	Patología de folículo y uñas	27	9,7%	27	1,8%	54	3,0%
	Toxicodermias	2	,7%	46	3,1%	48	2,7%
Dermatosis reactivas	7	2,5%	31	2,1%	38	2,1%	

	Exantemas sin otra especificación	2	,7%	34	2,3%	36	2,0%
	Enf. por agentes físicos	6	2,2%	29	1,9%	35	2,0%
	Patología de boca y labios	6	2,2%	29	1,9%	35	2,0%
	ESTD	3	1,1%	26	1,7%	29	1,6%
	Erupciones fotoinducidas	3	1,1%	20	1,3%	23	1,3%
	Enf. Ampollosas	0	0,0%	16	1,1%	16	,9%
	Úlceras	0	0,0%	16	1,1%	16	,9%
	Lesiones inespecíficas	6	2,2%	10	,7%	16	,9%
	Enf. Autoinmunes	1	,4%	13	,9%	14	,8%
	Sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias	6	2,2%	6	,4%	12	,7%
	Liquen escleroatrófico	1	,4%	11	,7%	12	,7%
	Dermatosis propias del embarazo	0	0,0%	9	,6%	9	,5%
	Total	279	100,0%	1493	100,0%	1772	100,0%

2.7.6-Justificación de la urgencia y grupos de edad

El grupo de edad que generó un mayor porcentaje de urgencias no justificadas fue el de 25 a 34 años, suponiendo el 19,6% de éstas. El 62,5% de las no justificadas lo constituyeron aquellos casos con edades comprendidas entre los 15 y los 54 años. Las diferencias entre los grupos de edad y la justificación de la urgencia resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Respecto a las urgencias justificadas, el grupo de edad mayoritario fue el de 55-64 años (14,8% de las mismas), y más del 53,5% de éstas estaba formado por casos con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años.

Tabla 18: Relación entre justificación de la urgencia y grupos de edad (edad pediátrica y por decenas)

		Urgencia justificada				Total	
		No		Si			
		n	%	n	%	n	%
Grupos de Edad	<= 14	17	6,1%	175	11,7%	192	10,8%
	15 -24	39	13,9%	141	9,5%	180	10,2%
	25-34	55	19,6%	181	12,1%	236	13,3%
	35-44	36	12,9%	217	14,5%	253	14,3%
	45-54	45	16,1%	180	12,1%	225	12,7%
	55-64	34	12,1%	221	14,8%	255	14,4%
	65-74	22	7,9%	150	10,1%	172	9,7%
	75-84	24	8,6%	171	11,5%	195	11,0%
	85-94	8	2,9%	51	3,4%	59	3,3%
	>=95	0	0,0%	5	,3%	5	,3%
Total		280	100,0%	1492	100,0%	1772	100,0%

Es en las franjas de edad de entre 15 y 24 años y entre 25 y 34 años donde se encuentran menores proporciones entre urgencias sí justificadas y no justificadas; el número de las primeras es aproximadamente el triple que de las segundas, sin embargo en otros grupos de edad llegan a ser seis veces mayores o incluso en la edad pediátrica la proporción entre urgencias justificadas y no justificadas es mayor de diez.

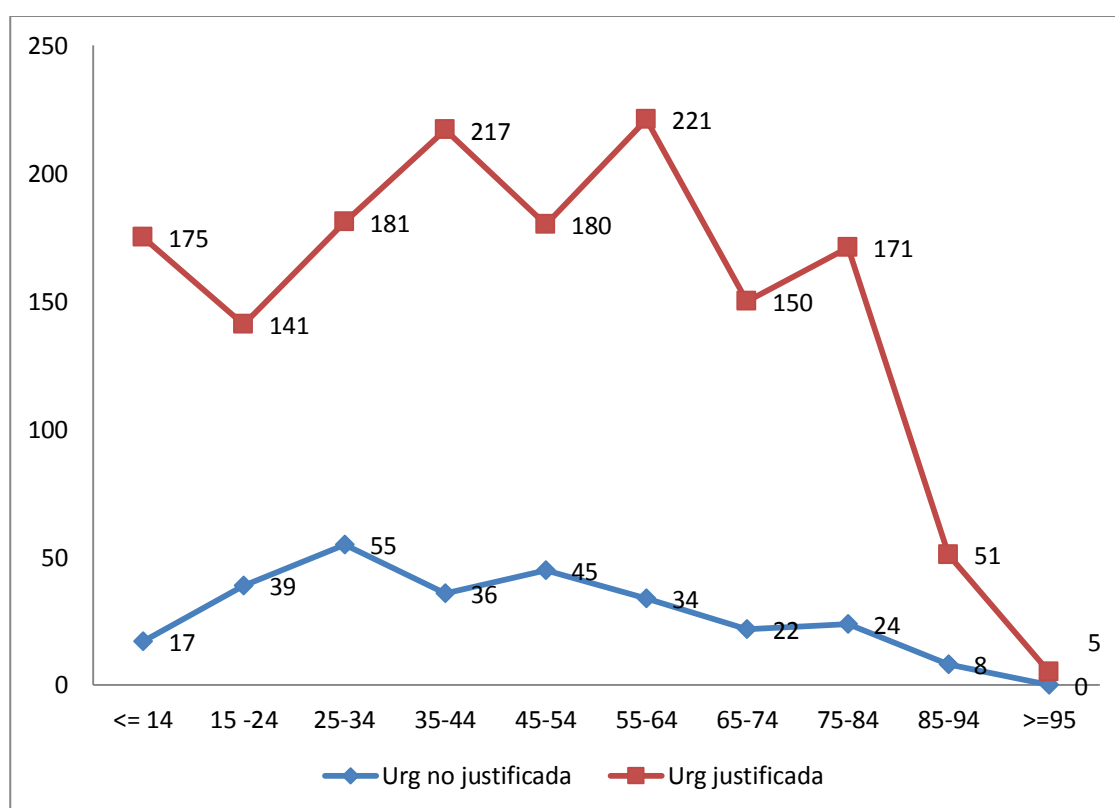


Fig. 64: Número de casos de urgencias consideradas justificadas o no justificadas por cada grupo de edad

2.7.7-Justificación de la urgencia y tiempo de evolución del proceso.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar los días de evolución del proceso por el que se solicita atención en urgencias con la justificación de la urgencia ($p < 0,001$). Vimos así que casi la mitad de las urgencias justificadas (48,8%, 718 urgencias) tuvieron un tiempo de evolución de 1 a 7 días y que más de las dos terceras partes de las urgencias justificadas (66,9%) correspondieron a procesos de menos de 15 días de evolución.

Por el contrario, el porcentaje mayoritario de las urgencias no justificadas (25,5%) lo constituían procesos de 61 días a un año de evolución.

Tabla 19: Relación entre justificación de la urgencia y tiempo de evolución de la patología.

		Urgencia justificada				Total	
		No		Si		n	%
		n	%	n	%		
Tiempo de evolución	< 24 h	4	1,5%	50	3,4%	54	3,1%
	1-7	67	24,7%	718	48,8%	785	45,1%
	8-14	21	7,7%	216	14,7%	237	13,6%
	15-30	61	22,5%	278	18,9%	339	19,5%
	31-60	32	11,8%	96	6,5%	128	7,4%
	61 días - 1 año	69	25,5%	103	7,0%	172	9,9%
	> 1 año	17	6,3%	9	,6%	26	1,5%
Total		271	100,0%	1470	100,0%	1741	100,0%

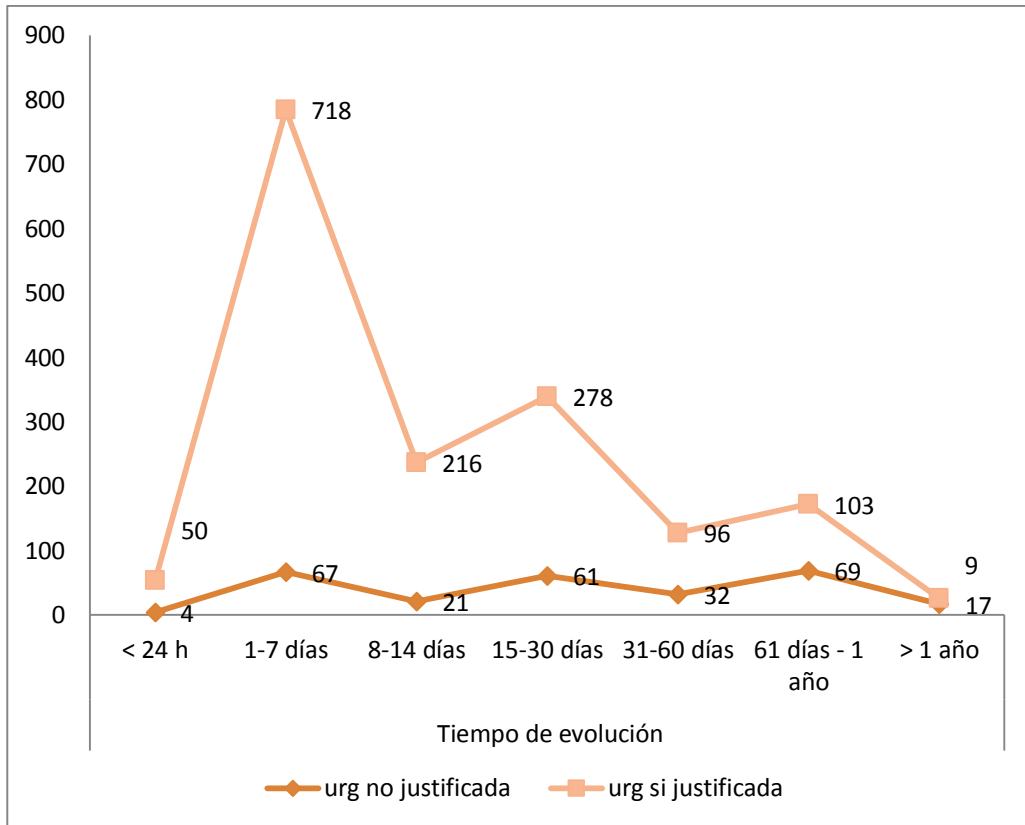


Fig. 65: Número de casos de urgencias justificadas y no justificadas en función del tiempo de evolución de las lesiones.

3-Comparativa entre periodos 1998-1999 y 2012-2013:

A continuación se recogen las tablas que representan la comparación entre variables de los dos periodos en que se realizaron estudios sobre urgencias de Dermatología.

Tabla 20: comparativa distribución de la población por sexo y edad en los estudios realizados en el HCUV en ambos periodos

	Estudio HCUV Periodo 1998-1999[15]	Estudio HCUV Periodo 2012- 2013	Variación	p valor
Número total de Urgencias	1469	1776	20,8%	
% de hombres	43,3	40,1	-7,3%	p= 0,0605
% de mujeres	56,6	59,9	5,8%	
Edad media (años)	34(+23,6)	46,8 (±23,22)	12,8	p <0,0001

Tabla 21: Comparativa entre destino de los pacientes en los estudios realizados en el HCUV en ambos periodos

	Estudio HCUV Periodo 1998-1999[15]	Estudio HCUV Periodo 2012- 2013	Variación	p valor
Pacientes sin indicación de posterior consulta en Dermatología	53,4%	59,8%	7,3%	p = 0,0002
Pacientes con indicación de posterior consulta en Dermatología	46,6%	40,2%	-13,5%	

Comparamos asimismo las edades medias para los grupos diagnósticos en ambos periodos. Recordamos que en el segundo periodo de estudio se añade algún grupo diagnóstico con lo que sólo pudieron compararse aquellos grupos diagnósticos de los que se tenía valor de edad media en el primer periodo.

Tabla 22: Comparativa entre edades medias para cada grupo diagnóstico en los estudios realizados en el HCUV en ambos periodos.

Grupo diagnóstico	Estudio HCUV Periodo 1998-1999[15]	Estudio HCUV Periodo 2012- 2013	p valor
Eccema	29,5 ±22,6	46 ± 22,5	0,0000
Enf por agentes físicos	38,5 ±24,2	54,7 ± 21,6	0,0076
Tumores	49,1 ±23,4	56,1 ± 23,1	0,0564
Toxicodermias	38,8 ±25,1	56,4 ± 22,1	0,0013
Erupciones fotoinducidas	45,8 ±22,9	50,7 ± 18,2	0,3871
Dermatosis en el embarazo	36 ±16,3	30,4 ± 7,8	0,3884
Patología de boca y labios	47,2 ±21,2	50,6 ± 21,1	0,5862
Patología de folículo y uñas	29 ±20,1	39 ± 20,6	0,0168
Picaduras/prurigo	26,1 ±14,2	38,9 ±22,9	0,0001
Patología infecciosa	32,9 ±24,8	40,2 ±26,6	0,0001
Urticaria angioedema	36,4 ±22,9	45,6 ± 19,3	0,0003
Patología vascular cutánea	52,3 ±15,3	62,1± 18,7	0,0174
Enf eritematodescamativas	31,6 ±20	40,3± 20,8	0,0029
Dermatosis reactivas	33,5 ± 20,4	41,5± 19,2	0,1019

En la discusión se recogen más comentarios sobre otras variables y las diferencias halladas entre ambos periodos.

V- DISCUSIÓN

V-DISCUSIÓN

Durante el periodo del estudio (1 de Abril de 2012 a 30 de Abril de 2013, trece meses) se atendieron 1776 urgencias. Previamente se realizó en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid otro estudio[15] durante un periodo de trece meses (9 de Junio de 1998 y el 8 de Julio de 1999), recogándose los datos de 1469 urgencias. Se observa por tanto un incremento del 20,8% en el número de urgencias atendidas al comparar los dos periodos.

Este hecho también fue comprobado por Mirkamali et al [41], que al comparar el número de urgencias de Dermatología en dos periodos separados diez años observó un aumento del 21% en el número de urgencias atendidas. Kim et al [52] constataron incremento en el número de pacientes atendidos desde 2003 a 2010 en un 63,8%. En España Roca Saurina et al[16] calcularon un crecimiento anual medio en el número de urgencias atendidas de un 35,53%.

Atribuimos este aumento en el número de consultas atendidas en urgencias de nuestro hospital por problemas dermatológicos al hecho de que cada vez se concede a las dermatosis más importancia y el sujeto las considera susceptible de acudir a urgencias. Además el conocimiento de que existe un lugar en que pueden ser atendidos de forma urgente por sus problemas dermatológicos tanto por parte de los pacientes como de los médicos de Atención Primaria y otras especialidades hace que cada vez se emplee más este recurso.

1-Variable sexo:

Recordemos que en nuestra serie se aprecia un predominio del sexo femenino entre los pacientes atendidos (1064 mujeres, que suponen el 59,9% y 712 hombres, que resultaron el 40,1% de los casos). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto al sexo entre los dos periodos estudiados ($p = 0,065$). Véase Tabla 20.

En un total de trece estudios acerca de urgencias en Dermatología en los que se incluye la variable sexo se observa un predominio de pacientes de sexo femenino, oscilando este porcentaje entre un 51 y un 60% de mujeres tanto en estudios españoles[7, 8, 10-12, 15, 18, 21] como en extranjeros[4, 42-44, 82].

Son minoría los trabajos con predominio de pacientes de sexo masculino, como el llevado a cabo por Wang [51] con un 65,3% de pacientes varones y el de Kim[52] en el que los hombres suponían un 50,7% de las urgencias. También otros estudios como el de Jack [46] en EEUU y el de Gupta[48] en la India encuentran un mayor número de hombres que de mujeres.

El mayor porcentaje de consultas por parte de mujeres se ha atribuido habitualmente a una mayor sensibilidad de la mujer por la patología cutánea[7], así como que las mujeres le conceden mayor importancia a la repercusión en el aspecto físico, los cuidados con cosméticos etc..[69]. En el estudio de Grillo[7] se indica que el principal motivo de consulta en el sexo femenino es la preocupación por las lesiones cutáneas, más allá de síntomas como picor o dolor, que eran los que mayoritariamente motivaban la consulta entre los varones.

2-Variable edad:

La edad media de nuestros pacientes fue de 46,48 años. Los grupos de edad que supusieron una mayor carga asistencial en las urgencias de dermatología en cuanto a porcentaje de pacientes fueron aquellos en edades medias de la vida, de forma que más de la mitad de los casos (54,6%) se diagnosticaron en sujetos de entre 25 y 64 años de edad.

La mayoría de trabajos españoles muestran cifras similares en cuanto a edad media, encontrándose la mayoría de ellos en la década de los 40 años[7, 12, 17, 21, 26] también alguno extranjero[43] ; sin embargo hay algunos otros con edades medias inferiores, como el trabajo previo realizado en el HCUV[15] con una media de edad de 34 años, o el estudio de Martínez [18] cuya edad media es de 27,7 años. Sólo en algunos estudios realizados en otros países la media de edad está en la década de los 50 años[4, 42].

Grillo [7] publicó un hallazgo similar al nuestro en cuanto al grupo de edad que supuso mayor porcentaje de diagnósticos supuso, en su serie fue el de 31 a 65 años ; mientras que García [12] que encuentra que el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 49 años suponen el 50% de los casos.

Sin embargo en el trabajo realizado en el HCUV unos años antes [15] el mayor porcentaje de consultas fue originado por individuos menores de 14 años y adultos jóvenes de entre 18 y 31 años, de forma que ambos tramos de edad suman el 47,4% de los pacientes del estudio. (Véase Tabla 20). Esta diferencia en la edad media de los pacientes atendidos en ambos periodos resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

También Lorda[26] encontró que el intervalo de edad más numeroso en su estudio estaba constituido por pacientes más jóvenes que los de nuestra muestra, entre los 24 y los 34 años (23,1% de los casos).

3-Análisis por sexo y edad:

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexo y edad de los pacientes de nuestra muestra, lo cual no ocurre en otros trabajos[16, 24, 26]. Observamos que los casos atendidos dentro del sexo femenino estuvieron más concentrados en edades centrales de la vida que en el sexo masculino, que presentaba porcentajes algo más repartidos de pacientes en las tres categorías de edad señaladas.

En prácticamente todos los grupos de edad existe un número mayor de pacientes de sexo femenino, y en alguno de ellos las mujeres llegan a duplicar el número, constatando el predominio de las mujeres en los casos atendidos en la urgencia dermatológica.

El grupo de edad pediátrica de nuestro trabajo estuvo compuesto por un número muy similar de niños y niñas (90 niños ,47% de casos en edad pediátrica y 102 niñas ,53%). Roca[16] también encuentra un mayor número de niñas entre sus pacientes aunque sin hallar diferencias estadísticamente significativas, lo cual atribuye a que en la infancia quienes deciden llevar al niño a urgencias son sus padres, no los propios pacientes. Asimismo Baquero-Sanchez[24] tampoco encuentra diferencias estadísticamente significativas entre el número de niños y niñas de su estudio.

4-Variable fecha

Pudimos observar en nuestra serie un aumento del número de urgencias atendidas en Junio y Julio de 2012 con respecto a los meses anteriores, así como una disminución en el mes de agosto y un nuevo repunte en septiembre. El mes con mayor número de urgencias atendidas fue Abril de 2013, coincidente con el aumento de listas de espera para consulta.

También otros autores españoles [11, 18, 23, 26, 83] recogen un incremento del número de urgencias en los meses de verano. Durante el periodo estival se incrementa el número de actividades al aire libre, con lo que pueden aumentar aquellas patologías de origen exógeno[9] (fotodermatosis, picaduras de insecto, quemaduras solares) coincidiendo con periodo de vacaciones también para el personal sanitario y por tanto con incrementos en la lista de espera, lo cual puede propiciar que acudan en mayor número a urgencias [83]. Además el prurito y otras sensaciones de disconfort de la piel pueden verse agravados en épocas de calor y el aumento de la sudoración puede empeorar los procesos en pliegues.

En dos trabajos italianos sobre urgencias de Dermatología se encontró disparidad con respecto al número de pacientes atendidos según la época del año. Drago et al [4] estudiaron las urgencias de dermatología durante 3 años consecutivos encontrando que la época del año con máximo número de casos es el mes de mayo, con un número mínimo de casos en Agosto. Sin embargo Rubegni [44] reportó un mayor número de urgencias en los meses comprendidos entre Junio y Agosto.

En Canadá, Baibergenova [47] también observaron picos de máximo de frecuencia de urgencias en Dermatología en los meses de Julio durante los 5 años estudiados.

5- Variable día de la semana:

Se trata de una variable recogida en pocos estudios. Con respecto a los días de la semana con mayor afluencia observamos un mayor número de urgencias atendidas en lunes, hecho ya documentado en los trabajos de Grillo [7] o Bancalari [83] sin embargo Lorda[26] encuentra que el martes es el día de mayor afluencia en las urgencias dermatológicas de adultos mientras que lo es el lunes en el caso de los niños.

En otros países no es el lunes el día de la semana con mayor afluencia, sino el miércoles [35] y el jueves [42], aunque en ambos trabajos el lunes es el segundo día de la semana en frecuencia de pacientes.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la procedencia geográfica de los distintos casos del estudio y el día de la semana en que acudían, sin embargo sí se encontraron diferencias estadísticamente al relacionar el día de la semana en que acudían y el origen; es decir, si eran enviados por un médico o acudían por cuenta propia. El hecho de encontrar un mayor número de urgencias que acuden por cuenta propia el lunes puede relacionarse con la espera a que pase el fin de semana para acudir el primer día de la semana; en cambio aquellas urgencias remitidas por un médico son vistas mayoritariamente los martes y miércoles, posiblemente tras haber tenido consulta con su MAP el día previo.

6- Variable Procedencia

El mayor porcentaje de pacientes acudieron desde Valladolid capital (75,9%) mientras que solo un 21,4% lo hicieron desde diversos municipios de la provincia. El resto, sólo un 2,7%, procedían de otras provincias o figuraban con domicilio extranjero.

Resulta difícil realizar comparaciones de esta variable con otros estudios debido a la diversa metodología empleada por unos y otros. El estudio de Lorda [26] también obtiene que un 97,5% acudían desde la provincia de Zaragoza. Este es el único trabajo sobre urgencias de dermatología aparte del nuestro en que se tiene en cuenta la localidad de origen.

Valcuende et al [20] no encontraron en su trabajo relación entre el número de pacientes que acuden desde distintas localidades y el número de habitantes de éstas sino con la distancia al hospital desde dichas localidades, de forma que a mayor distancia al centro hospitalario menor número de pacientes atendidos. La relación inversamente proporcional entre frecuentación del SUH y distancia al centro hospitalario también fue constatada por Alberola et al[61].

En nuestros resultados observamos que también existe un descenso en el número de casos a medida que nos alejamos de la capital sin embargo existen dos tramos de distancia con repunte en el número de atendidos (11 a 30 km y 41 a 60 km) (ver tabla 4 y fig 10, pág 71). Este último tramo es más numeroso, en él existen dos localidades como Medina del Campo (más de 20000 habitantes) y Peñafiel (más de 5000 habitantes) que son los núcleos más poblados por detrás de Valladolid capital dentro de nuestra área de salud y suponen el segundo y tercer municipio con mayor número de casos respectivamente.

Aunque la accesibilidad en cercanía al centro hospitalario sea un factor importante que condiciona la utilización del SUH por otra parte es lógico que los núcleos de población de mayor tamaño aporten un mayor número de pacientes sea cual sea la distancia a la que se encuentren del SUH.

7- Variable Origen

Más de las tres cuartas partes de los pacientes del estudio (78,8%) acudieron por cuenta propia, una cifra similar se obtuvo en el estudio realizado años antes en el mismo servicio (75% de pacientes por cuenta propia) [15].

En la literatura se recogen cifras muy diversas con respecto esta materia. Lorda [26] también observa en su trabajo que un 73% de los adultos acuden por cuenta propia, mientras que los compañeros del Hospital Ramón y Cajal[7] encuentran una cifra algo inferior, poco más de la mitad (56,8%) de los pacientes de la urgencia dermatológica acuden por cuenta propia, frente a un 26,6% remitidos por MAP y 13,6% por otros especialistas. Gil et al[11] publican que el 86% de los pacientes acudieron por cuenta propia, mientras que solo un 14% lo hacían remitidos por algún médico con un volante de derivación.

Decidimos valorar asimismo la relación entre la procedencia de los pacientes y su origen, encontrando una relación inversamente proporcional entre el número de pacientes que acudían por cuenta propia y la distancia desde la que acudían, mientras que había una relación directamente proporcional entre los enviados por un médico y la distancia desde

la que éstos acudían. Esto sucedía hasta los 40 km de distancia, a partir de esa cifra la relación era opuesta, a mayor distancia a la capital más pacientes atendidos que acudían por cuenta propia y menos derivados por un médico.

Consideramos que aparte de la distancia pueden existir más factores que condicionan el uso del SUH, motivando que los pacientes acudan por cuenta propia o sean valorados primero por un médico. Alberola et al[61] sugieren que cuando los pacientes consideran accesible acudir al punto de atención urgente de atención primaria y además perciben resueltos los problemas que generaron la demanda evitan acudir a los SUH que además les suponen mayores desplazamientos en km. Sería importante conocer las características de la atención de urgencias a la que pueden acceder los pacientes de esos municipios situados a partir de los 40 km de distancia para intentar esclarecer por qué a partir de esa distancia se prefiere acudir por cuenta propia al SUH.

8- Variable Destino

En cuanto al Destino de los pacientes tras su atención en urgencias un 57,3% de los pacientes fue dado de alta de urgencias con un diagnóstico y tratamiento a seguir en su domicilio y en principio sin necesidad posterior de seguimiento en Dermatología. Aunque a todos éstos se aconsejó seguimiento por su MAP algunos de ellos fueron dados de alta con indicación expresa de control por el mismo (25,2% del total de casos).

Un 18 % de pacientes fueron citados directamente en consulta de Dermatología tras valorarse su proceso cutáneo y a un 22,2% se les indicó que pidieran una cita en dermatología a través de su MAP; lo cual supone que en total un 40,2% de los pacientes vistos en urgencias generarían nuevas consultas.

En el estudio realizado en el HCUV en el periodo previo [15] un 53,4% de los pacientes fueron dirigidos a consultas de dermatología, mientras que a un 46,5% se le dio de alta a su domicilio o aconsejó que continuara seguimiento por su MAP sin indicación de necesidad de acudir a consulta de Dermatología. Por tanto observamos un aumento del 7,3% del número de pacientes que son dados de alta sin necesidad de revaloración en dermatología así como una disminución del 13,7% del número de casos que son remitidos a consultas de dermatología tras su valoración en urgencias, encontrando además que estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p= 0,0002$). Véase tabla 21.

También pudimos constatar un descenso en el número de ingresos realizados desde las urgencias dermatología (14 en el periodo 1998-1999 y 5 en el periodo 2012-2013).

El porcentaje de pacientes que fue dado de alta a su domicilio en el estudio de Grillo [7] en el hospital Ramón y Cajal fue un 59,2% mientras que se remitieron a consultas externas el 30,4%. Valcuende et al[20] publican cifras ligeramente superiores de casos derivados al médico de familia o pediatra (63% de casos), sin embargo una tasa menor de derivación a consultas de dermatología (23%). Gil Mateo refiere porcentajes de derivación del 48% al MAP y otro 48% al dermatólogo[11].

Las diferentes tasas de derivación a consulta de dermatología entre los distintos trabajos podrían deberse a las diferencias en quién presta la atención al paciente que acude por un

motivo de consulta dermatológico. En el estudio de Valcuende[20] los pacientes son atendidos en las urgencias hospitalarias por médicos de familia, derivándose al dermatólogo un 23% de los casos, sin embargo el resto de estudios que son atendidos por residentes de dermatología tienen una tasa mayor de derivación al especialista[7, 11]. Lorda [26] también constata este hecho, comparando la tasa de derivación al especialista cuando los pacientes son atendidos por facultativos de urgencias (habitualmente médicos de familia) o por residentes de dermatología. Los primeros derivan al especialista a un 10,6% de los pacientes mientras que los segundos a un 35%; sin embargo los facultativos de urgencias derivan al MAP a un 84,1% de pacientes mientras que los residentes de dermatología solamente a un 60,1%.

Martínez et al [18] realizan un estudio sobre las urgencias con motivo dermatológico atendidas por los facultativos de urgencias antes de implantar las guardias de Dermatología. No recoge el destino final de los pacientes que no son ingresados sin embargo sí observa que su porcentaje de ingresos de pacientes con clínica cutánea(4,8% de los atendidos) es similar al de Valcuende [20], con un 4,7% de ingresos. En ambos trabajos los pacientes son asistidos por médicos de familia, sin embargo cuando la patología es atendida por dermatólogos el número de pacientes ingresados es mucho menor, documentándose un porcentaje de ingresos de entre 0,95- 3% de los atendidos [7, 8, 11, 15, 23].

Esto último puede ser otro indicador de mayor calidad en la asistencia cuando el paciente es atendido por un dermatólogo, además de otro argumento a favor de intentar mejorar la formación dermatológica de los especialistas en medicina de familia que atienden urgencias. A menudo su formación va dirigida al conocimiento de patologías agudas y

graves con potencial riesgo vital, en detrimento de otras con menor riesgo vital como es el caso de la mayoría de la patología dermatológica atendida en urgencias[13].

9- Variable Cita en consulta

El porcentaje de pacientes que ya tenía cita en dermatología para valoración del proceso por el que acudía a urgencias fue bastante reducido, sólo un 12,3% de los pacientes estaban ya citados en consulta de Dermatología en el momento de la atención. Los compañeros del Hospital Ramón y Cajal encontraron un porcentaje muy similar (15,3%) [7]. Estos últimos autores indican además que a un 71% de esos pacientes se les adelantó la cita que ya tenían en consulta tras valorar su proceso cutáneo en urgencias, mientras que un 29% de ellos fue dado de alta anulándose la cita que ya tenían, lo cual consideran un adelanto en la capacidad resolutive.

El hecho de que un escaso porcentaje de pacientes tuviera ya cita en dermatología (para lo cual tenían que haber acudido previamente a su MAP y que este considerara que tenían que valorarse en consulta especializada) ha sido interpretado por Ribera[13] como una mala utilización de los recursos sanitarios, ya que acuden a urgencias sin haber sido vistos primero por un médico que pueda valorar si realmente precisan atención urgente o no.

10- Variable Días hasta la cita

Cerca de la mitad de los pacientes de nuestro estudio (48,6%) que ya estaban citados en consulta lo estaban en unos 15-30 días y un 19,8% acudieron a urgencias teniendo una cita en los 8 a 14 días posteriores. El porcentaje del primer grupo duplica al segundo, lo

cual nos puede orientar a que un tiempo de espera para consulta mayor de dos semanas se consideraría menos tolerable que el inferior a dos semanas para un paciente que considera que su patología cutánea es urgente. Esta variable no se encuentra recogida en otros estudios acerca de urgencias de dermatología y consideramos que las listas de espera pueden tener influencia en el número de pacientes que acuden a urgencias de nuestra especialidad.

11- Variable Tiempo de evolución

Con respecto a los días de evolución de la patología la mayoría de pacientes acudieron por un proceso de 1 a 7 días de evolución (45,1% de los pacientes) , similar al porcentaje de pacientes con patología de esos días de evolución encontrados en el Hospital Ramón y Cajal[7](46,8% de pacientes) y al del trabajo de Ruzza et al[84], con un 39,9% de pacientes con cuadros de ese tiempo de evolución.

Sólo un 3,1% de pacientes acudió por procesos de menos de 24 horas de evolución. Este porcentaje es mucho mayor en estudios españoles como el de Grillo[7], en el que llegaba al 9,4% o el de Lorda[26], en el que suponía un 10,8%; mientras que en el estudio suizo realizado por Ruzza et al[84] supuso un 6,9%.

Estas diferencias puede deberse a que en nuestro estudio no se atienden pacientes las 24 horas, dejando sin cubrir el tiempo de la noche y por tanto posibilitando que no se vea la totalidad de pacientes que acuden a urgencias por un problema cutáneo. Los compañeros del Hospital Ramón y Cajal[7], quienes sí cubren 24 horas de guardia, indican que en la franja horaria entre las 22:00h y las 8:00 del día siguiente las afecciones que más frecuentemente constituyen motivo de consulta dermatológico en urgencias son el herpes

zóster y la urticaria, esta última típicamente cursa con lesiones muy agudas y sintomáticas que pueden motivar la alarma del paciente y por consiguiente que acuda a urgencias.

Gil Mateo et al [11] llegan a calcular la media en el tiempo de evolución de todos los pacientes vistos, siendo esta de 19 días. Incluso hallan la media del tiempo de evolución por patologías, como por ejemplo en el caso de las toxicodermias con un tiempo de evolución medio de 3 días.

12- Variable Técnicas

Un 83,2% de los casos fueron atendidos sin precisar ningún tipo de prueba diagnóstica, porcentaje similar al del grupo del Hospital Ramón y Cajal[7], quienes encuentran que un 79% de urgencias dermatológicas no requieren la solicitud de pruebas para llegar al diagnóstico.

También Lorda[26] indica que se realizaron pruebas diagnósticas en un 14,8% de casos, por tanto un 85,2% de los casos fueron diagnosticados sin necesidad de ninguna prueba.

El hecho de que en la mayoría de estudios encontremos que más de las tres cuartas partes de los casos sean diagnosticados sin necesidad de pruebas adicionales se ha interpretado como un indicador de mejor calidad en la atención al paciente[52], ya que el dermatólogo es capaz de realizar diagnósticos con la historia clínica y la exploración física sin solicitar apenas exámenes complementarios.

Esto último se ha considerado un factor que contribuye a la disminución del gasto sanitario[18] evitando prolongar la estancia media[8] en urgencias en espera de pruebas y tratamientos innecesarios.

En nuestro estudio se observó que aparte de pruebas diagnósticas en algunos casos es necesario realizar algún procedimiento que se considera de carácter terapéutico (más allá de la administración de fármacos por vía oral, tópica o parenteral) como puede ser una cura, drenaje de abscesos, crioterapias o exéresis de lesiones. La crioterapia puede ser útil en urgencias por ser una técnica sencilla y resolutive, aunque sabemos que realmente la mayoría de procesos que pueden ser tratados con crioterapia (verrugas víricas, queratosis actínicas) son procesos de carácter crónico que no deberían dar lugar a atenciones en un SUH sino en consulta programada.

13- Clasificación CIE 9MC:

La clasificación CIE 9MC es la más utilizada en los trabajos sobre urgencias de Dermatología consultados. Sólo uno de ellos, realizado por Porta [17] en el año 2008 utiliza la clasificación CIE 10.

Aunque esta clasificación supone una importante ayuda a la hora de organizar los diagnósticos recogidos en el estudio objetivamos algunas limitaciones en las denominaciones de algunas enfermedades dermatológicas, las cuales detallamos a continuación.

Hasta 39 patologías diagnosticadas en el estudio no figuraban en la clasificación con el diagnóstico aportado u otro similar. La clasificación CIEM 9-MC engloba todos los eccemas bajo el encuadre de dermatitis y sólo emplea el término eccema para el eccema marginado de hebra.

En otras ocasiones observamos que varios diagnósticos pertenecen o son clasificados con un solo código aunque la clínica sea muy diferente. Por ejemplo: Cód. 692,9 engloba a

dermatitis numulares, dermatitis irritativa primaria o a la dermatitis liquenificada). También ocurre con la morfea y el liquen escleroatrófico, que se recogen en el mismo código.

14- Variable Diagnóstico

Los diagnósticos de salida corresponden a la impresión clínica reflejada en la hoja de urgencias. Aunque en algunos de los casos atendidos se haya realizado alguna técnica de carácter diagnóstico la actuación en urgencias precisa una toma de decisiones rápida en cuanto al diagnóstico y actitud a seguir, por tanto es ese diagnóstico emitido tras valorar al paciente el que nos interesa recoger, contando con que en la patología cutánea la clínica suele ser muy orientadora acerca de la etiología del proceso.

Los diagnósticos individuales más frecuentes en nuestro estudio son por orden de frecuencia:

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1. Eczema | 6. Dermatitis atópica |
| 2. Urticaria | 7. Celulitis |
| 3. Herpes zóster | 8. Purpura |
| 4. Picaduras | 9. Dermatitis de contacto |
| 5. Pitiriasis rosada. | 10. Psoriasis en placas |

En la siguiente tabla se recogen una recopilación de los diagnósticos individuales más frecuentemente encontrados en la bibliografía. Como refleja la tabla 22 la mayoría de

trabajos realizados en España tienen entre sus diagnósticos individuales más frecuentes la urticaria, los eccemas, patologías infecciosas (entre las que destaca sobre todo el herpes zóster y la celulitis) y exantemas medicamentosos. Algunos incluyen también las picaduras, como ocurre en nuestro estudio.

Tabla 23. Revisión bibliográfica de los diagnósticos individuales más frecuentes en trabajos sobre urgencias dermatológicas realizados en España.

	Diagnóstico individual	Porcentaje de casos en el estudio (%)
González Ruiz et al[15]	Urticaria	6,9
	Eccema de contacto	6,4
	Dermatofitosis	5,4
	Dermatitis atópica	4
	Candidiasis	3,5
Valcuende et al[20]	Urticaria	19,2
	Toxicodermia	13,3
	Herpes Zoster	5,1
	Picaduras	4,4
	Desconocido	3,8
Rodríguez-Martín et al[21]	Verrugas	7,4
	Queratosis seborreicas	6,7
	Nevus melanocítico	5,7
	Dermatitis de Contacto	5,3
	Carcinoma basocelular	4,9
Martínez-Martínez et al[18]	Urticaria	19,3
	Celulitis	16,7
	Exantema inespecífico	8,1

	Escarlatina	3,9
	Exantema Vírico	3,7
García Silva et al[12]	Eccema de contacto	5,9
	Picaduras de artrópodos	4,1
	Psoriasis	3,9
	Dermatitis seborreica	3,8
	Escabiosis	3,6
Herrera Sanchez et al [8]	Urticaria	14,9
	Herpes Zóster	5,5
	Eccema agudo de contacto	4,4
	Exantema medicamentoso	4,1
	Picaduras	4,1
Lorda Espes[26]	Urticaria aguda	14,5
	Herpes zoster	4,5
	Diagnóstico versus (duda entre dos diagnósticos)	3,8
	Pitiriasis rosada	2,5
	Lesión cutánea a estudio	2,1
Grillo et al[7]	Celulitis infecciosa	10,1
	Urticaria aguda	9,3
	Eccema de contacto	9,1
	Herpes zóster	7,2
	Picaduras	4
Martínez Martínez et al[23]	Eccema de contacto irritativo	9,3
	Urticaria aguda	4,4
	Eccema atópico	4,3
	Impétigo	3
	Herpes Zoster	3

Aquellos trabajos en los que la patología era atendida por no dermatólogos se incluyen entre los grupos diagnósticos más frecuentes los diagnósticos dudosos o desconocidos [18, 20] o la duda entre dos de ellos [26]. En este último estudio [26] se recopilan urgencias atendidas tanto por dermatólogos como por no dermatólogos.

Tabla 24: Revisión bibliográfica de los diagnósticos individuales más frecuentes en trabajos sobre urgencias dermatológicas realizados en países extranjeros. Se indica entre paréntesis el lugar de realización del estudio.

Autores	Diagnóstico individual	Porcentaje de casos en el estudio (%)
Falanga et al [32] (Miami, EEUU)	Erupción medicamentosa	8,8
	Dermatitis atópica	5,1
	Herpes simple	5,1
	Dermatofitosis	3,2
	Dermatitis de contacto	3,2
Jack et al [46] (Los Angeles ,EEUU)	Eccema	8,9
	Sarna	7,2
	Erupción medicamentosa	6
	Psoriasis	4,2
	Carcinoma basocelular	3,6
Kiellberg Larsen [43] (Copenhague, Dinamarca)	Eccemas	10,7
	Erupción medicamentosa	6,3
	Psoriasis	6,3
	Dermatitis atópica	5,6

	Infecciones bacterianas	4,0
Wakosa et al [42] (Orleans, Francia)	Infección	24
	Eccema	14
	Urticaria	3
	Toxicodermia	2
	Psoriasis	2
Murr et al [3] (Crèteil, Francia)	Infecciones	29
	Eccemas	23,8
	Exantemas	11
	Urticaria	7,6
	Prurito	5,6
Penso-Assathiany et al[38] (Francia)	Eccema	22,4
	Infecciones víricas o bacterianas	14,3
	Dermatitis atópica	5,2
	Micosis	4,5
	Dermatitis seborreica	3,2
Lai-Kwon et al [82] (Melbourne, Australia) (no dermatólogos)	Celulitis	36,1
	Alergia con síntomas cutáneos	19,5
	Forúnculos/sinus pilonidal	11,1
	Eczema/ dermatitis	5,7
	Varicela/Zoster	3,3
Kim et al [52] (Seúl, Corea)	Urticaria	68,1
	Celulitis	8,1
	Exantemas	5,6
	Eczema	3,2
	Herpes zóster	2,1

Wang et al [51] (Singapur, Singapur) (no dermatólogos)	Varicela	15,5
	Eczema	11,6
	Urticaria	11,4
	Afecciones ungueales	10,2
	Toxicodermias	9,6
Ruzza et al [84] (Basilea, Suiza) (dermatólogos)	Eccema	24,8
	Dermatomicosis	5,1
	Dermatitis no especificada	4,8
	Urticaria	4,1
	Picadura de insecto	2,9

Dentro de los estudios realizados en países extranjeros vemos que los diagnósticos individuales más frecuentes en su mayoría se asemejan a los de los trabajos españoles, siendo la urticaria, el eccema, las infecciones y las toxicodermias las afecciones más frecuentes. Dentro de los procesos infecciosos se encuentra una mayor frecuencia de diagnósticos de celulitis que de herpes zóster, sin embargo entre nuestros pacientes observamos mayor número de diagnósticos de patología herpética.

Resulta llamativo que la dermatitis seborreica supusiera más del 4% de las consultas en una de las publicaciones[38], aunque podría explicarse la diferencia en el hecho de ser un estudio de urgencias en medicina privada, cuyos motivos de consulta suelen ser diferentes de los de la medicina pública, tanto para consulta programada como para urgencias [3].

Nuevamente encontramos algún diagnóstico más impreciso, como el de alergia con síntomas cutáneos[82], cuyos autores no aclaran si incluyen ahí la urticaria. Se trata de un trabajo cuyos pacientes han sido atendidos por médicos de urgencia no por dermatólogos.

También el estudio de Wang et al [51] es realizado por no dermatólogos y obtiene que hasta un 15% de los diagnósticos es de varicela, considerando que ésta debería ser rápidamente reconocida y tratada por los médicos de atención primaria para evitar contagios e infecciones nosocomiales cuando los pacientes acuden a las urgencias hospitalarias. Relacionan la cifra tan elevada con el hecho de que la mayoría de los pacientes diagnosticados de varicela son extranjeros que se encontraban trabajando allí en ese momento y también estudiantes, no propiamente población autóctona.

En nuestro trabajo encontramos que un reducido número de patologías supuso una alta proporción de diagnósticos. Vemos así que los 10 diagnósticos individuales más frecuentes (691 de 1776 casos) constituyeron el 38,9% del total de casos atendidos y los veinte diagnósticos individuales más frecuentes resultaron ser un porcentaje mayor de la mitad de los casos atendidos (52,7%). En la serie previa del HCUV publicada por González Ruiz et al[15] los 10 diagnósticos individuales más frecuentes supusieron el 42,8% del total de diagnósticos y los 20 más frecuentes el 61,9% de diagnósticos. También en población pediátrica Roca Saurina et al [16] encontraron que hasta el 72% de la patología urgente correspondía a 20 enfermedades.

Por otra parte hasta 18 patologías en nuestra serie tuvieron una prevalencia de al menos 1% de diagnósticos. Comparando con la bibliografía existente vemos que en el trabajo de González Ruiz et al[15] 27 patologías tienen una prevalencia igual o superior al 1%, asimismo Herrera et al[8] encuentran ese número de patologías con una prevalencia igual o superior a 1%. El hecho de que un grupo reducido de patologías supongan un gran porcentaje de diagnósticos se ha relacionado por una parte con una mayor necesidad de

mejoras en la formación de los pediatras y médicos de atención primaria en el manejo de las patologías más comunes; mientras que por otra parte aquellas patologías minoritarias en porcentaje suponen una gran dispersión de diagnósticos difíciles de reconocer y diagnosticar por no dermatólogos y que hacen necesaria la presencia del dermatólogo de guardia para su correcto diagnóstico y tratamiento[7, 8, 15]. Esto último también repercutiría en una mejora de la calidad asistencial al paciente.

Además vemos que estas patologías más frecuentes en urgencias de dermatología son diferentes de las patologías más frecuentes en consulta. Por ejemplo, Alcántara et al [64] encuentran que las patologías más frecuentes en consulta de dermatología son, por orden de frecuencia, el acné, los nevos melanocíticos, las queratosis seborreicas y las queratosis actínicas; como vemos, distintas de las encontradas en las urgencias de dermatología.

15- Variable Grupo diagnóstico:

En nuestro estudio los grupos diagnósticos más frecuentes resultaron ser:

1. Eccemas
2. Patología infecciosa
3. Urticaria-angioedema
4. Enfermedades eritematodescamativas
5. Tumores

La comparativa con los resultados obtenidos en otros trabajos sobre urgencias en Dermatología consultados se recogen en las tablas 25 y 26.

Tabla 25: Revisión bibliográfica de los diagnósticos individuales más frecuentes en trabajos sobre urgencias dermatológicas realizados en España. Se indica también el número de grupos diagnósticos en el estudio. Abreviaturas; nd: no disponible.

Autores	Grupo diagnóstico	Porcentaje de casos en el estudio (%)
González Ruiz et al [15] 16 grupos diagnósticos	Infecciones cutáneo-mucosas	30,3
	Eczemas	22,3
	Urticaria	8,8
	Enfermedades eritematodescamativas	5,9
	Picaduras y prurigo simple	5,7
Gil Mateo et al[11] 8 grupos diagnósticos	Infecciones	20,8
	Urticaria	15,4
	Eccemas	14
	Toxicodermias	4,6

	Picaduras de insecto	3,8
Herrera Sanchez et al[8]	Dermatosis agudas	44,7
8 grupos diagnósticos	Infecciones	29,9
	Reagudización de dermatosis crónicas	6,2
	Dermatosis crónicas	5,6
	Enfermedades sistémicas	4,4
Valcuende et al[20]	Urticarias	20
13 grupos diagnósticos	Toxicodermias	17
	Quemaduras	10
	Eczemas	8
	Sudamina, prurigo y otros	8
García Silva[12]	Dermatosis infecciosas	26
12 grupos diagnósticos	Eczemas	18
	Neoplasias	14
	Eritemato-descamativas	9
	Urticaria y procesos reactivos	5
Martínez-Martínez et al[18]	Infecciones	nd
15 grupos diagnósticos	Urticaria-angioedema	nd
	Diagnóstico inespecífico	nd
	Diagnóstico descriptivo	nd
	Miscelánea	nd
Grillo et al[7]	Enfermedades infecciosas	29,5
16 grupos diagnósticos	Dermatitis y eczemas	20,5
	Urticaria y angioedema	12
	Otros trastornos de la piel y el tejido subcutáneo	7,6
	Picaduras y prurigo simple agudo	4,2

Lorda Espes [26] 30 grupos diagnósticos	Urticaria y angioedema	19,7
	Descripción de lesiones elementales y síntomas	9,5
	Infecciones cutáneas por virus	8,4
	Dermatitis y eccemas endógenos	8,3
	Enfermedades eritematoescamosas y pustulosas	6,7
Martínez Martínez et al[23] 18 grupos diagnósticos	Eccema	26,7
	Infecciones	21,2
	Enf. eritemato-descamativas	8,1
	Tumores	7
	Urticaria-angioedema	5,5

Se pueden apreciar las diferencias metodológicas entre los distintos trabajos a la hora de comparar el número de grupos diagnósticos que se emplea en cada uno de ellos. A pesar de esto la mayoría de ellos encuentran dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes la urticaria, el eczema y las enfermedades infecciosas, aunque con variaciones en el orden de éstos.

Martínez et al[18] emplean los mismos grupos diagnósticos que González Ruiz et al[15], salvo fotodermatosis y dermatosis propias del embarazo, aunque añaden la patología inespecífica. La mayoría de trabajos incluyen las ETS dentro del global de patologías infecciosas[7, 8, 12, 18, 23] y no como otro grupo diagnóstico, lo cual puede contribuir a aumentar el número de diagnósticos del grupo de enfermedades infecciosas. Sólo algunos autores las mantienen diferenciadas[11, 26], como hemos considerado pertinente para este estudio.

Tabla 26: Revisión bibliográfica de los diagnósticos individuales más frecuentes en trabajos sobre urgencias dermatológicas realizados en el extranjero. Se indica también el número de grupos diagnósticos en el estudio y el lugar de realización. Abreviaturas; nd: no disponible.

Autores	Grupo diagnóstico	Porcentaje de casos en el estudio (%)
Mirkamali et al [41] 11 grupos diagnósticos (Francia)	Dermatosis infecciosas	35,2
	Eczema	19,3
	Urticaria	6,1
	Erupción cutánea por drogas	3,1
	Enfermedades por agentes físicos	3,1
Legoupil et al [36] 9 grupos diagnósticos (Brest , Francia)	Infecciones	27,6
	Eczemas	21
	Tumores benignos	6,7
	Psoriasis	5,7
	Causas físicas	4,7
Blaise et al[35] 13 grupos diagnósticos (Limoges, Francia)	Infecciones	17,9
	Eczema	17,1
	Úlceras	12,8
	Tumores benignos	10,2
	Erupción/ toxicodermia	7,7
Ingen-Housz-Oro et al [40] No grupos diagnósticos (Crèteil, Francia)	Patología inflamatoria	36
	Patología infecciosa	34
	Otros	19
	Toxicodermia	7,5

	Duda diagnóstica	4,2
Wakosa et al [42] 7 grupos diagnósticos (Orleans, Francia)	Infección	24
	Eczema	14
	Urticaria	3
	Toxicodermia	2
	Psoriasis	2
Drago et al [4] 12 grupos diagnósticos (Génova, Italia)	Enfermedades infecciosas	41,7
	Exantemas atípicos	13,9
	Vasculitis	11,3
	Otros	9
	Urticaria/ angioedema	8
Rubegni et al[44] 9 grupos diagnósticos (Siena, Italia)	Infecciosas	27,1
	No específicos o descriptivos	22,5
	Mecánicos o físicos	13,1
	Eczemas	10,5
	Picaduras de insecto	9,5
Baibergenova et al [47] 8 grupos diagnósticos (Ontario, Canadá)	Infecciones cutáneas	52,1
	Dermatitis y eczema	16,7
	Urticaria	12,4
	Enfermedades de anejos	9,1
	Otros	7
Kim et al [52] 11 grupos diagnósticos (Seúl, Corea)	Urticaria y angioedema	68,1
	Infecciones	15,1
	Diagnósticos inespecíficos o descriptivos	3,2
	Eczema	1,9
	Reacciones cutáneas	1,3

También puede advertirse la variedad en el número de grupos utilizados para organizar los diagnósticos; así como que en algunos trabajos encontremos dentro de los cinco grupos diagnósticos más frecuentes los diagnósticos inespecíficos o descriptivos. Curiosamente estos llegan hasta un 22,5% en el trabajo de Rubegni [44], que es realizado por dermatólogos, mientras que son sólo un 3,2% en el estudio de Kim[52], realizado por médicos no dermatólogos. En ninguna de las dos publicaciones se indican motivos que justifiquen el porcentaje.

Valorando cada grupo diagnóstico en particular, encontramos que:

1. El eccema es el grupo diagnóstico más frecuente en nuestro estudio y suele estar dentro de los grupos más frecuentes en otros estudios, como vimos en las tablas 24 y 25.
2. La patología infecciosa es el segundo diagnóstico más frecuente aunque en otros muchos trabajos es el primero. Esto puede deberse a que en muchos de ellos se incluyen también las enfermedades de transmisión sexual[7, 8, 12, 18], que nosotros hemos considerado como grupo diagnóstico independiente.
 - a) En nuestros pacientes predominaron las infecciones de origen vírico, a la cabeza el herpes zóster (45,5% de los diagnósticos de patología infecciosa vírica). El herpes zóster es uno de los motivos de consulta más frecuente en urgencias de Dermatología, tanto en estudios españoles como extranjeros [8, 20, 26, 52]. Los exantemas víricos también supusieron en nuestra serie un porcentaje importante de diagnósticos dentro de la patología vírica(28,4%).

- b) La patología bacteriana fue la segunda en frecuencia dentro de las enfermedades infecciosas en nuestro estudio, siendo la celulitis bacteriana el diagnóstico más frecuente del grupo. Como vimos previamente en algunos trabajos la celulitis es uno de los diagnósticos individuales más frecuente [7, 62, 82]
 - c) Las infecciones fúngicas resultaron menos frecuentes, diagnosticándose mayor número de infecciones por dermatofitos que por Candida.
 - d) Las parasitaciones cutáneas fueron el grupo de patología infecciosa menos frecuente, suponiendo un 0,5% del total de diagnósticos, sin embargo en algunos trabajos la sarna llega a suponer hasta un 7% del total de diagnósticos[46]. En varias publicaciones francesas la sarna constituye entre un 4,5% y 9% de los diagnósticos [3, 35, 42], alertando así del aumento significativo de los casos de esa enfermedad entre 1999 y 2010. También en el estudio estadounidense de Jack et al[46] la escabiosis supone uno de los diagnósticos individuales más frecuentes, llegando a suponer más del 7% de los diagnósticos.
3. El grupo de urticaria-angioedema fue el tercero en frecuencia. Se trata de una de las patologías más características de la urgencias de dermatología por su molesta sintomatología acompañante (prurito) y a menudo su gran expresividad clínica.
4. Las enfermedades eritematodescamativas supusieron el cuarto grupo diagnóstico en frecuencia, con un 6,5% de diagnósticos. En el trabajo de Gonzalez Ruiz et al[15] también fueron el cuarto grupo diagnóstico en frecuencia con un 5,9% de diagnósticos.

Este grupo comprende por una parte la pitiriasis rosada, cuya clínica a menudo es llamativa y duradera con lo cual a menudo llama la atención del paciente. También la psoriasis en sus diversas manifestaciones, que a pesar de ser una patología de curso crónico, puede tener brotes agudos de lesiones que por su aparición repentina (psoriasis en gotas), afectación estética (como puede ocurrir en la psoriasis en placas extensas) o compromiso funcional y dolor (psoriasis de palmas y plantas) hacen que el paciente consulte.

5. El grupo de tumores engloba patología tumoral tanto maligna como benigna. En nuestro estudio los diagnósticos más frecuentes fueron granulomas piogénicos (15 casos), nevus melanocíticos (14 casos) y queratosis seborreicas (11 casos). Dentro de las lesiones malignas del grupo se diagnosticaron cuatro casos de melanoma. En nuestro estudio el resto de tumores malignos cutáneos (carcinoma basocelular o espinocelular) llegan a suponer el 17,7% de los diagnósticos del grupo y el principal motivo por el que acuden los pacientes es el rápido crecimiento de alguna zona o el sangrado.

La patología tumoral cutánea se presenta de forma más o menos frecuente según la bibliografía consultada. Para Gil mateo y cols. [11] los tumores cutáneos suponen un 2,86% del total de diagnósticos, cifra similar al estudio de Grillo et al con un 2,7% de diagnósticos; sin embargo en el de García Silva et al[12] llegan a suponer el 14%. Otros aportan cifras intermedias como el de Gonzalez Ruiz et al con un 4,4% [15]. Rodríguez et al[21] no indican porcentaje de casos que suponen los tumores pero indican que las queratosis seborreicas y los nevus melanocíticos son el segundo y tercer diagnóstico individual más frecuente, con más de cien casos diagnosticados de cada uno de ellos. En el estudio de Martínez y cols. [18] los

tumores sólo suponen un 0,63% de los diagnósticos, sin diagnosticarse ningún tumor cutáneo maligno. Otros trabajos acerca de urgencias de Dermatología también se diagnosticaron melanomas [11, 12].

Es llamativa la diferencia entre porcentajes y podría deberse a las diferencias de distribución por edades entre las poblaciones estudiadas.

En los estudios realizados en el extranjero los porcentajes de tumores diagnosticados oscilan entre el 0,6% y el 1,4%[44, 52, 82].

6. Otros/ miscelánea: agrupa patologías muy diversas que no han podido incluirse en otros grupos. El diagnóstico más frecuente fue el prurito (24 casos), según se consignó en la hoja de urgencias; seguido del intertrigo o afectación de pliegues (15 casos). En las referencias consultadas el grupo denominado “otros” supone entre un 1,6 y un 14% de casos [7, 8, 12, 15, 18] aunque las comparaciones son difíciles por la diversidad de criterios empleados para definir los grupos diagnósticos.

7. Picaduras/ prurigo: En nuestra serie este grupo supuso un 4% de los diagnósticos, porcentaje similar al 5,7 % encontrado por González Ruiz et al[15]

Las picaduras consideradas de forma aislada suponen el cuarto diagnóstico individual más frecuente de nuestro estudio (3,1% del total de diagnósticos) y como vimos con anterioridad a menudo se encuentra entre los cinco diagnósticos individuales más frecuentes de otros trabajos [7, 8, 12, 20].

8. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual sólo algunos autores lo consideran un grupo de patología independiente, con un porcentaje de diagnósticos

que oscila entre el 0,05 y el 3,84% [15, 18, 20, 26]. En nuestro estudio las ETS supusieron un 3,2% del total de diagnósticos. El mayor número de casos atendidos fue de condilomas, seguido de sífilis y uretritis; sin embargo en otros trabajos la patología más frecuente resultó ser el herpes genital [7] o las uretritis [18, 83].

9. La patología vascular cutánea supuso un 3,2% de los diagnósticos en nuestra serie, porcentaje superior al 1,9% encontrado por González Ruiz et al[15] o al 0,93% de Martínez y cols. [18]. En todos los trabajos el diagnóstico preferente del grupo es la púrpura. En urgencias a menudo se diagnostica este signo cutáneo que puede ser a su vez manifestación de otras enfermedades que requieren completar el estudio del paciente.
10. La patología del folículo y uñas llegó a suponer un 3% de los diagnósticos del estudio. Ese mismo porcentaje de diagnósticos se halló en el trabajo previo del HCUV [15]. Para Martínez et al[18] supusieron un 1,34% y un 2,1% para Grillo y cols.[7]. En algunos trabajos extranjeros como el de Kim[52] este grupo de patología supone un reducido porcentaje de diagnósticos (sólo el 0,6%) frente al 10,2% de diagnósticos que encuentra Wang [51].

Las afecciones de los anejos cutáneos no suponen en general una potencial amenaza para la vida sin embargo su repercusión sobre la imagen personal genera preocupación. La rosácea constituye el diagnóstico principal, suponiendo el 32% de los diagnósticos de este grupo y hasta el 1,1% de las afecciones atendidas. En concreto en las rosáceas el enrojecimiento facial y las molestias cutáneas acompañantes suelen ser el motivo que lleva a estos pacientes a consultar en urgencias.

11. Las toxicodermias supusieron un 2,7% de los diagnósticos. Otros estudios españoles publican cifras entre el 0,57 y el 4,4% [7, 11, 12, 15, 18]. En estudios extranjeros oscilan entre el 1,1 y el 6,3%[4, 41-44, 82].

Suele tratarse de uno de los grupos de patología que generan más hospitalizaciones desde las urgencias de Dermatología[42, 46, 51] y a su vez suelen ser motivo frecuente de interconsulta[32] de pacientes ingresados.

En nuestro estudio no se diagnosticó ningún DRESS, SSJ ni NET, lo cual hemos atribuido a que afortunadamente se trata de afecciones poco frecuentes y por otra parte hemos constatado que los casos de SSJ u otras posibles toxicodermias graves en nuestro servicio de Dermatología se diagnosticaron en pacientes ingresados a través de interconsulta.

12. El grupo de dermatosis reactivas incluye patologías como el eritema nodoso u otras paniculitis, el síndrome de Sweet y el eritema multiforme. En nuestro trabajo supone un 2,1% de todos los diagnósticos. En el previo del HCUV [15]este porcentaje fue muy similar (2%). Martínez- Martínez et al[18] encontraron un porcentaje menor, solo un 0,3% de diagnósticos de patología reactiva.

13. La patología de boca y labios incluye todos los procesos que afecten a estas áreas que fueron consultados en las urgencias de dermatología, suponiendo un 2% de los diagnósticos. En la mayoría de trabajos este grupo supuso también porcentajes en torno a un 2 % [7, 15, 18, 23] de los diagnósticos. El motivo de consulta más frecuente en nuestros pacientes fueron las aftas orales, seguido de la orodinia y de las queilitis.

14. El grupo de patología por agentes físicos recoge aquellas lesiones cutáneas causadas por frío, calor o traumatismos incluyendo también las quemaduras. En nuestro estudio supusieron un 2% de los diagnósticos, porcentaje menor al 3,38% encontrado por Martínez-Martínez et al [23]. Para Grillo et al[7] esta patología supone también un 2% de diagnósticos sin embargo en otros los porcentajes fueron más reducidos[15, 18].
15. El grupo denominado efectos secundarios de tratamientos dermatológicos (ESTD) recoge aquellos diagnósticos de pacientes que acuden a urgencias por manifestaciones cutáneas debidas a tratamientos pautados en el servicio de Dermatología. Este es el único trabajo de urgencias en Dermatología en el que se recoge este grupo de patología. El 83% de los diagnósticos de este grupo se originan en tratamientos para las queratosis actínicas u otros tipos de cáncer o precáncer cutáneo.
16. Las enfermedades fotoinducidas en nuestro estudio supusieron un 1,3% de los diagnósticos. En la literatura hemos encontrado cifras algo superiores, como las aportadas por Gil Mateo et al[11] ,quienes encuentran un diagnóstico de fotodermatosis en un 2,7% de los casos o González Ruiz et al[15] un 2,3%. Grillo y Martínez-Martínez [7, 23] las incluyen dentro de las lesiones por radiación y por agentes físicos, junto a las quemaduras solares obteniendo porcentajes mayores.
17. Las úlceras supusieron un 0,9% de los diagnósticos realizados en nuestro estudio, presentándose más del 80% de los casos en extremidades inferiores. Se trata además de un grupo diagnóstico no recogido en otros estudios. Son un grupo de patología poco frecuente pero no por ello menos importante en las urgencias de

Dermatología. A menudo su importancia no reside propiamente en la úlcera sino en su etiología (trastorno circulatorio, alteraciones en la cicatrización, etc.) cuyo conocimiento posibilita un correcto abordaje terapéutico.

18. Se diagnosticó un reducido porcentaje de enfermedades ampollosas (0,9% de los diagnósticos), siendo todos ellos enfermedades ampollosas de origen autoinmune (pénfigos y penfigoides mayoritariamente). La mayoría de ellas tienen unas manifestaciones clínicas reducidas a una pequeña parte de la superficie cutánea sin embargo existe la posibilidad de que cursen afectando grandes superficies pudiendo suponer una auténtica emergencia dermatológica con riesgo vital por la pérdida de la función de barrera cutánea [6]. Sólo algunos trabajos sobre urgencias dermatológicas recogen esta categoría diagnóstica de forma independiente [7, 23, 26] con porcentajes entre un 0,6 y un 1,5% de los diagnósticos.

19. Las enfermedades autoinmunes también supusieron un pequeño porcentaje de diagnósticos (0,8%). En tres de los casos incluidos en este grupo se emitió el diagnóstico de sospecha de enfermedad autoinmune ante la necesidad de estudio con otras pruebas para llegar a un diagnóstico adecuado de la clínica.

También Lorda[26] encuentra un porcentaje bajo de casos de enf. autoinmunes, sólo 0,2% de los diagnósticos, así como Martínez-Martínez et al[23] (0,5% de los diagnósticos).

20. El liquen escleroatrófico constituyó el 0,7% de los diagnósticos. A pesar de ser una patología poco frecuente su presentación en mucosa genital es muy sintomática[72] sobre todo en el sexo femenino presentando picor, tirantez o dolor y puede motivar

que los pacientes acudan a urgencias. A menudo es confundida con candidiasis, lo cual suele llevar a tratamientos erróneos y retrasos en el diagnóstico.

21. En nuestro estudio las dermatosis propias del embarazo supusieron un 0,5% del total de los diagnósticos, en el previo del HCUV se encontró una cifra muy similar (0,4% de los diagnósticos). En otros trabajos no se separan como grupo de patología independiente.
22. El grupo de lesiones inespecíficas y el de sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias suponen, entre ambos, solamente un 1,6% de los diagnósticos del estudio.
23. En nuestro estudio los diagnósticos inespecíficos supusieron un 0,9% del total de diagnósticos. En el trabajo de González-Ruiz y cols. [15] supuso un porcentaje ligeramente superior (2,1%) y un 3,6% para Grillo et al[7], mientras que en otros estudios en que los pacientes eran atendidos por médicos no dermatólogos alcanzan porcentajes entre el 3,8% [20] y el 18,43% [18]. Estas diferencias en la atención se han relacionado con la menor utilización de determinados diagnósticos por parte de los facultativos de urgencias que atienden al paciente ya que la patología no es conocida y por tanto no se diagnostica.

15. 1 Relación entre Grupo diagnóstico y sexo.

En este trabajo pudo comprobarse la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los grupos diagnósticos con respecto al sexo, así como un predominio de pacientes de sexo femenino en la mayoría de grupos diagnósticos. La asociación estadísticamente significativa entre sexo y diagnósticos también fue comprobada por Lorda[26].

Es llamativo el hecho de que la mayoría de las ETS en nuestra serie fueran diagnosticadas en varones, siendo el doble de las diagnosticadas en mujeres. Esto también fue documentado por Wang et al[51], quienes publicaron que el 100% de los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual en su estudio sobre urgencias de dermatología se realizaron en varones. Otros trabajos sobre ETS constatan el predominio de varones. Por ejemplo en el Reino Unido se estima que la proporción de diagnósticos de sífilis entre hombres y mujeres es de 8:1[81]. Otros trabajos realizados en España muestran que la gonorrea se diagnostica preferentemente en hombres en nuestro país, siendo casi cuatro veces mayor que el número de diagnósticos en varones que en mujeres[85].

Algunos grupos diagnósticos presentaban un marcado predominio femenino, como el de enfermedades autoinmunes, liquen escleroatrófico genital o patología de folículo y uñas, en los que el número de casos en mujeres es más del doble de casos en varones. En cuanto al grupo de urticaria-angioedema y patología de boca y labios el número de casos en mujeres duplica al de varones.

En el estudio de González et al[15] se observó que el número de casos de diagnósticos del grupo patología de boca y labios, urticaria/angioedema y patología de folículo y uñas era el doble en mujeres que en hombres; hallazgos similares a los de nuestro estudio.

Con respecto a la patología autoinmune también hallamos concordancia del predominio femenino recogido en la literatura. Según el manual Rook[81] el lupus eritematoso discoide se diagnostica en el doble de mujeres que de hombres, incluso en el lupus eritematoso sistémico esta proporción puede llegar al 9:1[80]. La proporción en el caso de la morfea se calcula en torno al 3:1[81]. Se incluyó la sintomatología correspondiente al Raynaud dentro de esta categoría de enfermedades autoinmunes por la necesidad de estudiar la presencia de una enfermedad inmune asociada ante la presencia de fenómenos de Raynaud.

También el liquen escleroatrófico genital se presenta de forma preferente en el sexo femenino, estimándose una proporción entre mujeres y hombres de entre 5-10:1 [80, 86]. Tiene importancia por el hecho de tratarse de una enfermedad muy sintomática, siendo especialmente molesta y además puede preceder la aparición de cáncer de vulva en mujeres.

Diversos estudios también muestran que la urticaria afecta preferentemente a mujeres, particularmente la urticaria aguda [87-89].

15.2 Relación entre Grupo diagnóstico y edad.

Al analizar la relación entre los distintos grupos diagnósticos y la edad de los sujetos del estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa. Este es el único trabajo sobre urgencias de dermatología que incluye un análisis de las patologías según los distintos grupos de edad más allá de la diferenciación en la edad pediátrica y edad adulta.

Grupo diagnóstico-edad3

- En la edad pediátrica los principales diagnósticos fueron (por orden de frecuencia)
 1. Patología infecciosa (39,1% de atenciones en urgencias en edad pediátrica)
 2. Eccema (23,4% de atenciones en urgencias en edad pediátrica)
 3. Tumores (7,3% de atenciones en urgencias en edad pediátrica)
 4. Enf. eritemato-descamativas (6,8% de atenciones en urgencias en edad pediátrica)
 5. Picaduras-prúrigo (6,8% de atenciones en urgencias en edad pediátrica)

La patología infecciosa fue la más frecuente en edad pediátrica, a expensas fundamentalmente de infecciones víricas (más del 50% de diagnósticos de infección en niños). En la mayoría de trabajos sobre urgencias de dermatología en edad pediátrica las infecciones también resultaron ser el grupo diagnóstico principal[11, 16, 23, 90, 91]. Algunos autores encontraron más frecuente la patología de origen bacteriano[11] y otros la vírica[16, 24, 26], como es nuestro caso.

Tanto en el estudio de Lorda[26] como en el de Baquero-Sanchez [24] los porcentajes de diagnósticos de patología infecciosa y de eccemas en niños resultaron muy similares, ambos en torno al 27% de los casos del estudio, sin embargo el grupo suizo de Ruzza et al[84] encuentra que el eccema es la patología más frecuente en los niños de su serie (34,9% de casos).

La distribución de los cinco grupos diagnósticos principales en la edad pediátrica en nuestro estudio es muy similar al de Roca[16], al de Martínez-Martínez [23] y al recientemente publicado de Baquero-Sanchez[24].

Aunque la patología infecciosa es el grupo diagnóstico principal tanto en edad pediátrica como en todo el estudio en global, en población infantil las infecciones llegan a duplicar el porcentaje de diagnósticos con respecto a las otras categorías de edad (39,1% de los diagnósticos en niños frente al 15,1% en sujetos de 15 a 64 años y el 17,4% en edad igual o mayor a 65 años). También resalta un mayor porcentaje de diagnósticos de picaduras-prúrigo (6,8% en edad pediátrica frente al 4% del global del estudio).

- El grupo de edad comprendido entre los 15 y los 64 años es el más numeroso en cuanto a número de casos y los cinco grupos diagnósticos principales encontrados son prácticamente iguales a la distribución global.
 1. Eccema: (21,8% de atenciones en urgencias)
 2. Patología infecciosa (15,5% de atenciones en urgencias)
 3. Urticaria-Angioedema (11,4% de atenciones en urgencias)
 4. Enfermedades Eritematodescamativas (7,4% de atenciones en urgencias)
 5. Otros-miscelánea (5,9% de atenciones en urgencias)

- En el grupo de edad de 65 años o mayor los grupos diagnósticos más frecuentes son:
 1. Eccema (17,6% de los diagnósticos en sujetos de 65 o más años)
 2. Patología infecciosa (17,4% de los diagnósticos en sujetos de 65 o más años)
 3. Patología tumoral (10,4% de los diagnósticos en sujetos de 65 o más años)
 4. Otros /miscelánea (7,7% de los diagnósticos en sujetos de 65 o más años)
 5. Patología vascular cutánea (6,3% de los diagnósticos en sujetos de 65 o más años)

La patología tumoral supone un 10,4% de diagnósticos en esta categoría de edad, siendo este porcentaje superior al que supone en edad pediátrica (7,3%) y entre los 16 y los 64 años(10,4%). Consideramos que se debe a que en este grupo de edad se diagnostican tumores cutáneos como el carcinoma basocelular, espinocelular, queratosis actínicas o seborreicas con más frecuencia que en los otros. En el trabajo de Ruiz Villaverde et al [92] la patología tumoral supuso el 12,5% de los diagnósticos en pacientes mayores de 65 años que acudían a urgencias de dermatología, frente al 3,3% que suponía entre pacientes entre 15 y 65 años.

Las enf. ampollas suponen un 2,8% de los diagnósticos en los casos de 65 años o mayores, porcentaje muy superior al encontrado en las otras categorías de edad (0% en edad pediátrica y 0,3% en edades entre 15 y 64 años).

Los ESTD aparecen más frecuentemente en esta categoría (4,4% de diagnósticos) que en las otras, hecho que atribuimos a que según está definido este grupo gran parte de los tratamientos que pueden generar clínica incluida en este grupo

(diclofenaco tópico, 5 Fluorouracilo tópico, crioterapia). Asimismo las toxicodermias también fueron más frecuentes en esta categoría de edad (4,4% de diagnósticos) que en las otras, como también pudo verse en el estudio de Ruiz Villaverde et al [92].

Comparativa edad media-grupo diagnóstico en ambos periodos de estudio.

Encontramos que para todos los grupos diagnósticos la edad media era mayor en el segundo periodo de estudio, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre medias de edad para los grupos de eccema, patología infecciosa, toxicodermias, enfermedades por agentes físicos, picaduras- prurigo, patología de folículo y uñas , urticaria/ angioedema, patología vascular cutánea y enf eritematodescamativas.

Los tres grupos diagnósticos con mayores edades medias encontradas en nuestra serie (2012-2013) corresponden a patología vascular cutánea, tumores y toxicodermias (por ese orden) siendo muy similares a los tres con mayor edad media en el primer periodo (1998-1999), correspondiendo a patología vascular cutánea, tumores y patología de boca y labios.

Grupo diagnóstico-grupos de edad

1. En el grupo de eccemas la distribución en las distintas edades fue bastante uniforme, con un máximo de casos en la decena de los 55-64 años.
2. Al valorar el grupo de las infecciones cutáneas observamos que el mayor número de casos se diagnostica en edad pediátrica, suponiendo el 23,2% del total de diagnósticos de infecciones, porcentaje que duplica el hallado en otros grupos de edad.
 - a) En cuanto a las infecciones víricas, el 26,1% se diagnosticó en edad pediátrica, descendiendo el número de casos diagnosticados en el resto de edades con un aumento en los grupos de edad de entre 55-84 años.

El herpes zoster es la patología vírica infecciosa más diagnosticada en nuestro estudio (77 casos) suponiendo el 45% del total de la patología infecciosa vírica y el 4% del total de diagnósticos. El 48% de los casos de herpes zoster se diagnosticaron en pacientes de 65 años o mayores (38 casos), de forma que esta afección supuso el 10% del total de diagnósticos de este grupo de edad.

Ruiz Villaverde et al [92] encuentran en su serie que el herpes zóster se diagnostica en un 4,3% de pacientes de edad superior a 65 años frente al 2,4% de diagnósticos en pacientes entre 15 y 65 años. Ruzza et al [84] reportan que el herpes zóster supone el 5,1% de los diagnósticos en el grupo de pacientes catalogados como senior en su estudio.

- b) La patología bacteriana nuevamente fue más frecuente en edad pediátrica, aunque con menos diferencia en el número de diagnósticos con respecto al resto de grupos de edad.
 - c) Las infecciones fúngicas afectaron de forma preferente a sujetos jóvenes, 30,4% de los diagnósticos ocurrieron en edad pediátrica y un 21,7% en pacientes de 25 a 34 años, de forma que entre estos dos grupos de edad suponen más del 50% de diagnósticos de infecciones fúngicas.
3. En el grupo de urticaria y angioedema el mayor número de casos diagnosticados se encontró en las edades comprendidas entre los 25 y los 64 años (72% de los diagnósticos de urticaria). El estudio epidemiológico español sobre urticaria[88] reportó una edad media de 40.6 ± 15.3 años en los pacientes adultos con urticaria, similar a las medias de edad encontradas en otros estudios sobre la materia, que encuentran una mayor frecuencia de urticaria en sujetos jóvenes y de mediana edad[87, 89].
4. Las enfermedades eritematodescamativas afectaron preferentemente a sujetos menores de 45 años (60,9% de los diagnósticos). En cuanto a la psoriasis Ferrándiz et al[93] publicaron recientemente un estudio epidemiológico sobre la psoriasis en España, en el que la prevalencia de esta enfermedad aumentaba progresivamente desde los 16 años de edad estabilizándose en el intervalo de edad de 30 a 60 años. Estos hallazgos coinciden con los de Fitzpatrick[94], que indica que se produce con mayor frecuencia en adultos jóvenes.

Sobre la pitiriasis rosada, Ozyurek et al[95] estudiaron una serie de 52 pacientes de entre 18 y 53 años y encontraron una edad media en los casos diagnosticados

de 29.3 ± 9.5 años. Además, el grupo de edad más numeroso en ese estudio era el de 18 a 25 años, suponiendo el 44,2% de los pacientes de la serie estudiada; seguido del de 31 a 40 años, que suponía el 25% de pacientes. También sobre pitiriasis rosada Fitzpatrick indica un máximo de prevalencia entre los 19 y 35 años[80] así como Eisman y cols[96] cuyos pacientes afectados de pitiriasis rosada son individuos de entre 10 y 35 años. Estos hallazgos son concordantes con la distribución en grupos de edad que presentan las enfermedades eritematodescamativas en nuestro estudio.

5. En cuanto a los tumores cutáneos se diagnosticaron en todas las edades, con un predominio en sujetos de mayor edad, de forma que el 50,4% de los casos se diagnosticaron en las edades comprendidas entre los 55 y los 84 años. Este hecho también se constató en el estudio previo realizado en el HCUV[15]. Recordamos que dentro de este grupo diagnóstico hay algunos tumores que característicamente se presentan en pacientes de edad más avanzada. Ruzza et al[84] recogen un 4,3% de queratosis actínicas en pacientes de mayor edad, así como un 2,3% de basocelulares también en esta franja de edad, tratándose de diagnósticos que no aparecen en los otros tramos de edad.
6. Las picaduras y prurigo afectaron a pacientes más jóvenes. El grupo de edad de 25-34 años (17 casos, 23,9% de los diagnósticos) es el que tiene el mayor número de diagnósticos seguido de la edad pediátrica (13 casos). Casi la mitad (47,9%) de los diagnósticos de picaduras/prurigo se realizan en menores de 35 años.
7. Las ETS tuvieron un mayor número de diagnósticos en edades jóvenes (exceptuando la edad pediátrica), siendo así que el 62,5% de las ETS se

diagnosticaron entre los 15 y los 34 años y el porcentaje disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad.

8. La patología vascular cutánea afectó preferentemente a sujetos de mayor edad, como también se comprobó anteriormente en el trabajo realizado en el HCUV[15]. Un 62,5% de los casos de este grupo se diagnosticaron en pacientes de entre 55 y 84 años.
9. La patología de folículo y uñas tuvo un mayor número de diagnósticos en edades menores de 55 años (43 casos, 79,6% de los diagnósticos del grupo). En la distribución se aprecia un pico en el número de casos en la franja de edad de 15 a 24 años y después otro pico de número de casos en la franja de edad de los 45 a 54 años.

El diagnóstico más frecuente en este grupo fue la rosácea, seguido del acné. Es sabido que la rosácea es una patología de curso crónico que comienza a aparecer hacia los 20 años aunque afecta preferentemente a sujetos en edades entre los 30 y 50 años[97], con curso en brotes que podrían motivar al paciente a acudir a urgencias por las molestias y la afectación estética que causan. En cuanto al acné sabemos que suele comenzar en la adolescencia y se trata en general de un proceso autolimitado por lo cual los casos en la edad adulta ya no son tan frecuentes. Estas características epidemiológicas podrían tener que ver con los dos picos de edades de distribución de las enf de los anejos.

10. El mayor número de diagnósticos dentro de las toxicodermias se realizó en los grupos de edad comprendida entre 55 y 84 años, siendo el 52,1% de los diagnósticos de este grupo. Consideramos que esto puede deberse a que en las

edades avanzadas suele haber más consumo de medicación, antineoplásicos por procesos tumorales con potencial riesgo de reacciones cutáneas etc...

11. Las dermatosis reactivas estuvieron presentes en prácticamente todos los grupos de edad, salvo en los de 85 años o mayores, con un número mayor de casos en las edades entre los 25 y 44 años. En esa franja de edad se diagnosticaron el 57,9% de los casos de dermatosis reactivas. La patología más frecuente de este grupo fue el eritema nodoso, cuya incidencia es mayor entre los 18 y 34 años en comparación con otras edades[98].
12. Las enfermedades por agentes físicos fueron diagnosticadas en todas las edades, aunque con mayor número de casos entre los 25 y los 44 años, así como entre los 75-84 años. Ruiz Villaverde [92] indica que en los mayores de 65 años aumenta la patología traumática por golpes y caídas, así como la fragilidad cutánea puede hacer que aparezcan lesiones ante mínimos traumatismos.
13. La patología de boca y labios afectó a todas las edades, con un mayor número de casos entre los 55 y 84 años (48,6% de los diagnósticos), seguido de la franja entre 25 y 44 años (31,4% de los diagnósticos). La orodinia es una de las patologías más frecuentes de este grupo diagnóstico y suele afectar a sujetos de mayor edad, preferentemente mujeres [81]. También en el trabajo de Gonzalez Ruiz et al[15] se observó un predominio de sujetos de mayor edad en la patología de boca y labios.
14. Dentro del grupo de ESTD el mayor número de casos diagnosticados aparece en el sector de edad entre 75 y 84 años, llegando al 34,3% de los diagnósticos. Como vimos anteriormente la mayoría de los diagnósticos de este grupo hacen

referencia a tratamientos para cáncer y precáncer cutáneo, que suele afectar a individuos de mayor edad.

15. El 87,5% de los diagnósticos del grupo de enfermedades ampollosas se realizaron en sujetos de edad igual o superior a 55 años y concretamente entre los 75 y los 94 años se diagnosticó el 65,5% de enfermedades ampollosas.

En nuestra serie aparece el doble de casos de penfigoide que de pénfigo aunque haya también algunos pacientes en que no se consigna diagnóstico definitivo hasta completar estudio. El penfigoide ampolloso es una enfermedad que característicamente aparece en sujetos mayores de 70 años, presentando una clínica de ampollas tensas habitualmente sobre base eritematosa y suele ir acompañada de prurito cutáneo[99]. En cuanto al pénfigo, la serie española de Coronel-Pérez [100] presenta una edad media de inicio de las lesiones en torno a 55 años de edad, aunque el mayor porcentaje de sus casos tuvieron una edad de comienzo entre los 61 y 70 años.

16. En el grupo de las úlceras el 56,3 % de los diagnósticos se realizaron en pacientes de edad igual o superior a 55 años. En la serie de Ruzza et al[84] las úlceras forman parte de los diez diagnósticos más frecuentes en pacientes senior, suponiendo un 3,9% de los diagnósticos.

17. Los diagnósticos de liquen escleroatrófico tomaron una distribución preferente en edad adulta y tercera edad, sin haberse diagnosticado ningún caso en edad infantil ni adultos jóvenes. La mayoría de casos sucedieron entre los 45 y los 54 años (41,7% de los diagnósticos) seguidos del grupo de edad entre 65 y 74 años (33,3% de los diagnósticos). Según Álvarez y cols. [86] existen dos picos de edad

en mujeres afectas por esta patología, la prepuberal y la postmenopáusicas, sin embargo en hombres suele aparecer entre los 30 y los 50 años.

18. Las dermatosis propias del embarazo aparecen únicamente en los grupos con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, correspondiendo con el periodo fértil de la mujer.

15.3 Diagnósticos en los distintos meses del año

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución de los diferentes grupos de patología a lo largo de los meses del estudio.

1. En el caso de los eccemas y la patología infecciosa total la distribución en los meses del año fue bastante uniforme.
2. En cuanto a las urticarias se observa una caída en el número de diagnósticos en los meses de enero y febrero junto a un repunte en marzo y abril y cifras relativamente estables el resto del año, observando así que se diagnostican menos casos de urticaria en los meses de frío. Fitzpatrick [80] reconoce que algunos factores como la edad, sexo, la ocupación, la región geográfica y la estación del año pueden estar implicados en la urticaria-angioedema en la medida en que pueden contribuir a la exposición al agente provocador. Contrariamente a los hallazgos de nuestra serie Konstantinou et al [101] realizaron un estudio sobre urticaria aguda y encontraron una menor incidencia de urticaria a medida que ascendía la temperatura media de los meses del estudio; lo cual tiene relación con

las infecciones respiratorias por virus, más habituales en épocas de más frío y un desencadenante habitual de urticaria en niños.

3. Las enfermedades eritemato-descamativas presentaron un mayor número de casos en los meses de Octubre a Diciembre. En el texto del Fitzpatrick[80] se recoge que la pitiriasis rosada suele ser más frecuente durante los meses de primavera y otoño en climas templados aunque no se ha confirmado un patrón estacional en los estudios realizados en otras partes del mundo. Otros autores como Eisman [96] señalan su agrupación estacional así como la aparición en grupos de población como características típicas de la pitiriasis rosada, lo cual resulta sugerente de posible origen infeccioso de esta patología, aunque su etiología no ha sido completamente aclarada aún[102].

Por otra parte la psoriasis sí puede presentar variación estacional en su expresión clínica ya que algunos pacientes con psoriasis suelen presentar un empeoramiento tras finalizar la época estival (habitualmente con mejoría asociada a la exposición solar) que podría motivar que los pacientes acudan a urgencias de Dermatología.

4. En el grupo de picaduras/prurigo hubo mayor número de diagnósticos en los meses comprendidos entre julio y octubre (50,7% de los casos de este grupo). Habitualmente en estos meses se realizan más actividades al aire libre, la temperatura es más cálida, con lo cual se favorecen las picaduras de insecto.
5. La patología vascular cutánea se diagnosticó de forma preferente en los meses más cálidos, de forma que el 51,7% de los casos del grupo se diagnosticaron entre Abril y Agosto de 2012. Consideramos que el aumento de temperatura en esos

meses facilitaría la vasodilatación cutánea y la aparición de estos cuadros en épocas más cálidas.

6. Las enf. por agentes físicos: presentan dos picos, uno en los meses de agosto y septiembre y otro al inicio de la primavera, en concreto en los meses de abril. Consideramos que podría tener influencia el hecho de realizar más actividades al aire libre en estas épocas y por tanto más quemaduras solares o incluso mayor posibilidad de presentar lesiones de origen traumático.
7. También las erupciones fotoinducidas se diagnosticaron de forma preferente en los meses más calurosos, en los que la intensidad lumínica es mayor. El 73,9% de los casos se diagnosticaron entre mayo y septiembre de 2012. Se trata de meses con mayor número de horas de luz y mayor exposición por aumento de actividades al aire libre. Característicamente la erupción polimorfa lumínica aparece en la primera exposición solar intensa de la primavera o el verano.

16- Variable concordancia:

En nuestro estudio se obtuvo una concordancia global del 44,6% entre los diagnósticos por el médico que derivaba a los pacientes y el diagnóstico emitido en las urgencias de Dermatología. Hemos de reseñar los métodos para valorar la concordancia son muy variables entre los distintos trabajos nacionales e internacionales, dificultando la comparación.

Dos trabajos franceses encuentran una concordancia del 44% , son los de Blaise et al [35] y Maza y cols.[28]. Este último estudio valora además el grado de concordancia según el grupo diagnóstico de la patología del paciente, viendo así que las mayores cifras de concordancia (superiores al 50%) se obtuvieron en los grupos de patología de los anejos (71,4%) o la patología de las mucosas (85,7%); sin embargo las menores cifras de concordancia se obtuvieron en el reconocimiento de las toxicodermias (14,8%) o los tumores cutáneos (21,6%).

Los estudios españoles encuentran cifras dispares de concordancia, como ya vimos en la introducción. Estas cifras oscilan entre el 22,3% y el 65,52% de concordancia entre el diagnóstico emitido entre el MAP y el dermatólogo[31, 63, 92].

17- Variable justificación de la urgencia

Encontramos en nuestra serie que un 83,8% de las urgencias se consideraron justificadas frente a un 16,2% que se consideraron no justificadas.

En la literatura pocos estudios aportan porcentajes de urgencias justificadas y no justificadas y además no indican los criterios empleados para discriminar entre ambas. Grillo y cols.[7] consideran que un 51% de los pacientes que son valorados en urgencias de Dermatología acuden por una urgencia justificada frente a un 49% que lo hacen por un motivo no justificado. En el trabajo de García et al[12] se consideró que sólo el 27,8% de los pacientes derivados para atención de forma urgente suponían una urgencia justificada.

Como vimos al inicio algunos autores como Murr et al[3] se han aventurado a definir criterios temporales que ayudasen a definir una verdadera urgencia dermatológica

(dermatosis agudas aparecidas en los últimos cinco días o agravadas en ese espacio de tiempo) sin embargo consideramos que ese criterio utilizado de forma exclusiva es insuficiente. Puede haber patologías de un tiempo mayor de evolución que constituyan una urgencia dermatológica como podría ser una psoriasis eritrodérmica o simplemente saber que el tiempo de evolución depende del momento en que el paciente se decide a consultar.

En nuestro trabajo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la justificación de la urgencia y el sexo o la procedencia geográfica de los pacientes. Sin embargo sí que se encontró para las variables origen, grupo diagnóstico, edad de los pacientes, día de la semana y días de evolución de la afección.

Grillo et al [7] sí encontraron relación estadísticamente significativa entre la justificación de la urgencia el sexo, además de con la edad, la procedencia, el diagnóstico y los días de evolución de la patología consultada.

1. Con respecto al origen de nuestros pacientes pudimos observar la existencia de un mayor porcentaje de urgencias justificadas dentro de las remitidas para valoración por un médico en comparación con aquellas urgencias que acudían por cuenta propia; siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Este hecho también fue comprobado en el trabajo previo del HCUV[15] y por Grillo et al [7] en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Ver tabla 26

Tabla 26: Comparativa estudios del HCUV y del Hospital Ramón y Cajal con respecto al origen de los pacientes y la justificación de la urgencia.

Estudio	Origen	% de Urgencias justificadas	% de Urgencias no justificadas
Estudio HCUV Periodo 2012- 2013	MAP	92.7	7.3
	Cuenta propia	81.2	18.8
Estudio HCUV Periodo 1998-1999[15]	MAP	62.5	37.5
	Cuenta propia	50.3	49.7
Grillo et al [7]	MAP	92	8
	Cuenta propia	17	83
	Otros médicos	97	3

Comparando con el trabajo previo realizado en el HCUV[15], se observa que en nuestro estudio el porcentaje de urgencias justificadas enviadas por un médico aumenta, a la vez que también aumenta el porcentaje de urgencias justificadas que acudían por cuenta propia.

Grillo et al [7] encuentran un porcentaje muy elevados (83%) de urgencias no justificadas entre aquellos casos que acudían por cuenta propia mientras que el porcentaje de urgencias no justificadas en el caso de pacientes derivados por MAP u otros médicos son muy reducidos (8 y 3% respectivamente). Por otra parte, los porcentajes de urgencias justificadas en pacientes derivados por MAP u otros médicos son mayores del 90%.

A pesar de las diferencias metodológicas de estos tres últimos trabajos queda reflejado que hay mayor posibilidad de que la urgencia dermatológica sea realmente justificada si tras ser valorada por el MAP u otro médico es remitida para valoración especializada urgente que si simplemente acude por cuenta propia, por tanto es de agradecer la labor que realizan estos profesionales y consideramos necesario que continúe su formación para poder seguir prestando una atención de calidad a los pacientes.

2. Nuestro trabajo es el único que valora la justificación de la urgencia con respecto al día de la semana en que ésta acude. El número de urgencias no justificadas es mayor los martes mientras que el mayor número de urgencias justificadas se registró en lunes.

3. Con respecto al grupo diagnóstico se obtuvo que prácticamente todos los grupos de patología presentaban un número mayor de urgencias justificadas que de no justificadas, aunque en algunos llegaba a ser más de veinte veces superior, como en urticaria-angioedema o toxicodermias. En éstos la clínica se manifiesta con procesos muy llamativos y sintomáticos a la vez que su potencialidad de afectación sistémica hacen que raramente se consideren no justificadas. Los diagnósticos de enfermedades ampollosas y autoinmunes fueron considerados urgencias justificadas en todos los casos. (Véase Anexo 7).

Vimos que algunos grupos presentaban una diferencia menos marcada entre el número de urgencias no justificadas y sí justificadas. La patología de folículo y

ñas es uno de ellos, este grupo presentó el mismo número de casos de urgencias no justificadas y sí justificadas. Sus manifestaciones no suelen ser tan potencialmente agresivas a nivel sistémico como otras patologías ni presentar síntomas de difícil control que no puedan ser abordados en consulta reglada de dermatología.

El 30,4% de los diagnósticos de ETS en el estudio fueron consideradas urgencias no justificadas. Recordemos que un 34% de los diagnósticos de patología venérea en nuestra serie corresponden a condilomas acuminados, siendo el diagnóstico individual más frecuente dentro de las ETS, y en su gran mayoría se trataba de pacientes que no habían acudido a su MAP sino al SUH directamente.

Sabemos que las enfermedades venéreas no suelen suponer urgencias vitales aunque sí se benefician de un diagnóstico y tratamiento temprano, y muchas de ellas pueden ser fácilmente reconocidas y tratadas por el médico de Atención primaria, como por ejemplo los condilomas. Frecuentemente el paciente acude a urgencias alarmado por la clínica o el estigma social pero estas patologías más allá de la primera impresión clínica requieren confirmación microbiológica y para su adecuada atención precisan ser seguidas en consulta, no basta con una única atención en urgencias.

El grupo de tumores reúne patologías benignas y malignas, con diferentes estrategias terapéuticas y preferencia a la hora de realizar los tratamientos. El hecho de que muchas de las lesiones fueran benignas puede ser el resultante de que haya una proporción más baja entre urgencias justificadas y no justificadas con respecto a las de otros grupos. En el trabajo de Grillo[7] el grupo de patología

tumoral presentó un 51% de casos considerados no motivo justificado de urgencia frente a un 49% de sí justificados, siendo la proporción de urgencias justificadas y no justificadas muy similar entre ambos, a diferencia de lo que ocurre en los otros tres grupos diagnósticos (inflamatorio, infeccioso y traumático).

4. En cuanto a los grupos de edad y su relación con la justificación de la urgencia observamos que el grupo de edad mayoritario dentro de las urgencias justificadas es el de 55-64 años (14,8% de las mismas) mientras que el mayoritario dentro de las urgencias no justificadas es el de los 25 a 34 años (19,6% de éstas).

Como vimos en los resultados en las franjas de edad de entre 15 y 24 años y entre 25 y 34 años es donde se encuentran menores diferencias en la proporción entre urgencias sí justificadas y no justificadas (el número de las primeras es aproximadamente el triple que de las segundas) sin embargo en otros grupos de edad llega a ser seis veces mayor o incluso en la edad pediátrica hay diez veces más urgencias justificadas que no justificadas. Esto último concuerda con los diversos trabajos que hablan de una utilización menos adecuada de los servicios de urgencias por sujetos más jóvenes [7, 59].

5. Por último, casi la mitad (48,8%) de las urgencias consideradas justificadas correspondían a dolencias de 1 a 7 días de evolución, siendo 10 veces mayor la proporción entre urgencias justificadas y no justificadas para ese tiempo de evolución.

El 91,4 y el 91,1% de las urgencias de un proceso de 1 a 7 o de 8 a 14 días de evolución, respectivamente, fueron justificadas y a medida que el tiempo avanza menor posibilidad de que la urgencia se considere realmente justificada, e incluso si la afección era mayor de un año de evolución es mucho más posible que sea una urgencia no justificada. También Grillo et al[7] encuentran que es mucho más probable que la urgencia sea no justificada para procesos de más de quince días de evolución.

VI- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

VI- LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

En este estudio se cubrieron 300 días con atención de urgencias dermatológicas aunque el periodo de estudio comprendía 395 días naturales. Esto es debido a las características de la atención de urgencias dermatológicas en el HCUV, donde no se realizan guardias en todos los días del año ni se cubre la totalidad de horas del día. Consideramos que estas circunstancias pueden llevar a la pérdida de algunos pacientes y por tanto que la cantidad de pacientes que acuden por un motivo de consulta dermatológico esté infraestimada.

Consideramos importante reseñar la dificultad que supone en ocasiones indicar si una urgencia es o no justificada contando con la influencia de factores subjetivos del observador y la ausencia de unos criterios clínicos objetivos. Resulta particularmente difícil medir la aparatosidad de la sintomatología o la extensión de superficie cutánea afecta así como aquellas áreas que resultan más alarmantes por sus implicaciones estéticas y que todo ello quede reflejado en las variables del estudio.

Los diagnósticos recogidos corresponden a una impresión clínica ayudada por las pruebas diagnósticas solicitadas con resultados en un tiempo cercano, aunque también se solicitaran técnicas para las que se necesitan varios días hasta conocer un resultado. Esto último podría suponer variaciones en el diagnóstico aportado en la atención de urgencias, por lo que sería interesante para próximos estudios recoger el diagnóstico tras la revisión del paciente y valorar asimismo su evolución.

VII- CONCLUSIONES

VII- CONCLUSIONES:

1. El presente trabajo es el más reciente sobre urgencias de Dermatología atendidas íntegramente por dermatólogos. Obtiene unos resultados en cuanto a distribución de la patología dermatológica atendida en urgencias según sexo, edad y patologías principales similares a la mayoría de los estudios españoles, lo cual contribuye a dibujar un mapa sobre las urgencias propias de esta especialidad especialmente a nivel nacional.
2. Comparativamente con el periodo previo de estudio de urgencias de dermatología en el HCUV realizado entre 1998 y 1999 se observa un incremento del 20,8% en el número de urgencias atendidas, siguiendo una tendencia al aumento en el número de pacientes también comprobada en otros estudios. Se aprecia también un incremento estadísticamente significativo en la edad media de los pacientes del segundo periodo en comparación con el primero.
3. Más de las tres cuartas partes de los pacientes del estudio (78,8%) acudieron por cuenta propia, suponiendo un ascenso de este porcentaje en comparación con el estudio previo a la vez que se objetivó un descenso del porcentaje de pacientes derivados por un médico. Se constató asimismo un aumento del 7,3% en el porcentaje de pacientes que son dados de alta sin necesidad de revaloración en consulta de dermatología así como una disminución del 13,7% en el número de casos que son remitidos a consultas de dermatología tras su valoración en urgencias.

4. Un 83,2% de los casos fueron atendidos realizándose diagnóstico e instaurando tratamiento sin precisar ningún tipo de prueba complementaria. Este alto porcentaje nos indica la capacidad resolutoria del dermatólogo ante la urgencia dermatológica sin pruebas que supusieran un gasto innecesario y reduciendo el tiempo de espera, de forma que pueda prestarse una atención de mayor calidad al paciente.

5. Los 10 diagnósticos individuales más frecuentes constituyeron el 38,9% del total de casos atendidos y los veinte diagnósticos individuales más frecuentes resultaron ser un porcentaje mayor de la mitad de los casos atendidos (52,7%). Esta alta proporción de casos formada por un reducido número de diagnósticos nos indica cuáles son las afecciones más frecuentes y nos orienta acerca de cuáles son aquellos temas preferentes en la formación de MAP y médicos de urgencias.

Por otra parte hasta 18 patologías tuvieron una prevalencia de al menos 1% de diagnósticos, lo cual indica por otra parte una alta dispersión de diagnósticos (menos frecuentes y también menos conocidos) para los que la figura del dermatólogo es esencial en su diagnóstico y tratamiento.

6. Los cinco grupos diagnósticos más frecuentes fueron, por este orden:

- 1- El eccema
- 2- La patología infecciosa, con predominio de las infecciones víricas.
- 3- Urticaria angioedema
- 4- Enfermedades eritematodescamativas
- 5- Tumores

Pudo comprobarse la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los grupos diagnósticos con respecto al sexo y también con la edad de los casos atendidos, con un predominio de pacientes de sexo femenino en la mayoría de grupos diagnósticos. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos y la época del año en que se realiza la atención.

7. Un 83,8% de urgencias se consideraron justificadas; sin encontrarse relación estadísticamente significativa entre la justificación de la urgencia y el sexo o la procedencia geográfica de los pacientes, por el contrario sí se encontró significación estadística en la relación con:
 - a) el origen de los casos, de forma que es más posible que la urgencia dermatológica sea realmente justificada si tras ser valorada por el MAP u otro médico es remitida para valoración especializada urgente en vez de acudir por cuenta propia.
 - b) el grupo diagnóstico, de forma que es mucho más probable que la urgencia sea justificada si se trata de una toxicodermia, una enfermedad ampollosa o un trastorno autoinmune en vez de por ejemplo una picadura de insecto o patología de los anejos cutáneos.
 - c) la edad del paciente, constatando una mayor proporción de urgencias no justificadas entre sujetos de 15 a 34 años en comparación con otras franjas de edad
 - d) los días de evolución de la afección cutánea, siendo diez veces mayor la proporción entre urgencias justificadas y no justificadas para procesos de 1 a 7

días de evolución y con mayor posibilidad de que fuera considerada no urgente a medida que avanzaba el tiempo desde el inicio de la clínica.

- e) y el día de la semana en que acudían, siendo el único trabajo publicado sobre urgencias de dermatología que considera esta última circunstancia y encontrando un mayor número de urgencias justificadas en lunes.

8. Teniendo en cuenta las conclusiones anteriores, destacamos la importancia de la figura del Dermatólogo de guardia, por varios motivos :

a) Para los residentes, por sus ventajas formativas:

- Posibilita el conocimiento y manejo de patología aguda que en otras ocasiones no puede ser valorada en consulta por los tiempos de espera hasta la cita.
- Les permite tomar decisiones sobre manejo y tratamiento de los pacientes, implicándose con responsabilidad en las mismas, aunque siempre con el respaldo de los adjuntos del Servicio de Dermatología del HCUV.
- Conocimiento de patologías menos frecuentes que pueden presentarse en la urgencia dermatológica cuyo manejo adecuado puede suponer una rápida mejoría y evitar generar más atenciones ante la falta de resolución del proceso.

b) Para los pacientes y el hospital, por sus ventajas en la calidad asistencial, dada la mayor capacidad resolutoria del dermatólogo o residente de dermatología que atienden la urgencia:

- Disminución del número de ingresos en comparación con urgencias atendidas por medicina general.
- Solicitud de menor número de pruebas diagnósticas en comparación con urgencias atendidas por medicina general.
- Capacidad de realizar procedimientos terapéuticos sencillos capaces de disminuir el tiempo de curación o mejora del cuadro.

VIII- BIBLIOGRAFÍA

VIII- BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez Jimenez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*, 2006. 18: p. 156-164.
2. Gomez Jimenez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 2003. 15: p. 165-174.
3. Murr D, Bocquet H, Bachot N, et al. Medical activity in a emergency outpatient department dermatology. *Ann Dermatol Venereol*, 2003. 130(2 Pt 1): p. 167-70.
4. Drago F, Gasparini G, Signori A, et al. Dermatological consultations in an observation unit of an emergency department in Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2014.
5. Borregón Nofuentes P, Suarez Fernandez R. Urgencias en Dermatología. *Piel*, 2012. 27(10): p. 570-580.
6. Suarez-Fernandez R , Campos M, Leis VM. Dermatología en urgencias. Guía práctica. 2012., Madrid: Editorial Médica Panamericana
7. Grillo E , Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N ,et al. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr*, 2013. 104(4): p. 316-324.
8. Herrera M , Calvente M, Del Cerro M , et al. Urgencias en Dermatología. Estudio descriptivo. *Actas Dermosifiliogr*, 1996. 87: p. 675-80.
9. López JL , Argila D. Urgencias en dermatología. *Arch Dermatol (ed esp)*. , 1996. 7(2): p. 92-101.
10. Valcuende F , Almela T, Iglesias JD ,et al. Urgencias Dermatológicas en Atención primaria. *Actas Dermosifiliogr*, 1997. 88: p. 327-32.
11. Gil Mateo MP, Velasco Pastor M, Miquel Miquel JB, et al. Análisis de las urgencias dermatológicas de un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr*, 1996. 87: p. 681-6.
12. García Silva JM, Cageao C, del Pozo J, et al. Estudio de las consultas dermatológicas ambulatorias urgentes en el área sanitaria de La Coruña. *Piel*, 1997. 12: p. 233-40.

13. Ribera, M., Urgencias en dermatología. *Actas Dermosifiliogr*, 1997. 88: p. 353-7.
14. Elcuaz R, Beorlegui J, Cortés F, et al. Análisis de las derivaciones urgentes a dermatología. *Aten Primaria* 1998. 21(3): p. 131-6.
15. González-Ruiz A, Bernal-Ruiz A, García-Muñoz M, et al. Urgencias dermatológicas en un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*, 2001. 92: p. 342-8.
16. Roca Saurina C, Lazaro Tremul A, Vicente Molinero Á, et al. Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital terciario. *Piel*, 2004. 19(3): p. 124-30.
17. Porta N, San Juan J, Simal E. Estudio de las derivaciones preferentes al Servicio de Dermatología de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*, 2008. 99: p. 233-40.
18. Martínez-Martínez ML, Escario Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, et al. Consultas dermatológicas en el servicio de urgencias: situación previa a la instauración de guardias de la especialidad. *Actas Dermosifiliogr*, 2011. 102: p. 39-47.
19. Suarez R. Urgencias en dermatología. *Piel*, 2009. 24(9): p. 463-4.
20. Valcuende F, Ferraz C, Tomás G, et al. Análisis de las urgencias dermatológicas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr*, 1996. 87: p. 308-309.
21. Rodriguez-Martin, Saez M. et al., Emergencies in dermatology outpatient clinics: our experience in Spain. *Eur J Dermatol*, 2012. 22(3): p. 408-9.
22. Ruiz Villaverde R, Martín Sanchez MC, Blasco Melguizo J, et al. Análisis descriptivo de asistencia dermatológica a mayores de 65 años durante un período de seis meses en el Servicio de Urgencia Externa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2001. 36(4): p. 228-33.
23. Martínez Martínez ML, Escario Travesedo E, López Villaescusa MT, et al. Impacto de las guardias de dermatología en un hospital terciario: situación postimplantación. *Piel*, 2015. 30(2): p. 81-90.
24. Baquero-Sanchez E, Bernabeu-Wittel J, Dominguez-Cruz JJ, et al. Paediatric dermatology emergencies in a tertiary hospital. *An Pediatr (Barc)*, 2015.

25. Molina Ruiz AM, Clemente Ruiz del Almirón A, Borregón Nofuentes P, et al. Urgencias en Dermatología. En: Manual de Dermatología para Residentes 2011, Barcelona: Glosa.
26. Lorda Espes M P. Estudio epidemiológico de las urgencias dermatológicas en el servicio de urgencias de un hospital de referencia . Hospital Clínico Lozano Blesa., in Medicina, Psiquiatría y Dermatología. 2013, Universidad de Zaragoza: Zaragoza.
27. Fleicher A, Herbert C R, Feldman S, et al. Diagnosis of skin disease by nondermatologist. Am J Manag Care. 2000. 6: p. 1149-56.
28. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C , et al.Evaluation of dermatology consultations in a prospective multicenter study involving a French teaching hospital. Ann Dermatol Venereol, 2009. 136(3): p. 241-8.
29. Ramsay DL and Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. Arch Dermatol, 1981. 117(10): p. 620-2.
30. Nahass G.T, Meyer AJ, Campbell SF, et al. Prevalence of cutaneous findings in hospitalized medical patients.J Am Acad Dermatol, 1995. 33(2 Pt 1): p. 207-11.
31. Porta N, San Juan J, Grasa MP, et al. Estudio de concordancia diagnóstica en dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. .Actas Dermosifiliogr, 2008. 99(207): p. 212.
32. Falanga V, Schachner LA, Rae V, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting.Arch Dermatol, 1994. 130(8): p. 1022-5.
33. ORDEN SCO/2754/2007 de 4 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Boletín Oficial del Estado. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/09/25/pdfs/A38911-38915.pdf>
34. Crickx B. Reception of dermatological emergencies: expectations of users and hospital communities. Ann Dermatol Venereol, 2003. 130(2 Pt 1): p. 161-3.
35. Blaise S, Tridivic M, Boulinguez S, et al. Emergency advice in dermatology at the University Hospital of Limoges. Ann Dermatol Venereol, 2004. 131(12): p. 1098-100.

36. Legoupil D, Davaine AC, Karam A, et al. Assessment of dermatological emergencies in a French university hospital. *Ann Dermatol Venereol*, 2005. 132(11 Pt 1): p. 857-9.
37. Lulin, J. Requests for emergency dermatological consultation in private practice: the shortage of dermatologists. *Ann Dermatol Venereol*, 2003. 130(2 Pt 1): p. 157-9.
38. Penso-Assathiany D, Bourdon-lanoy E, Derancourt C, et al. Requests for emergency appointments with dermatologists in private practice in France: the ETude Urgences en DErmatologie liberale (ET.U.DE) study. *Ann Dermatol Venereol*, 2007. 134(1): p. 23-9.
39. Esteve E, Ah-Toye C, Nseir A, et al. Hospitalisation modes for patients with acute dermatoses. *Ann Dermatol Venereol*, 2004. 131(8-9): p. 829-30.
40. Ingen-Housz-Oro S, Mirkamali A, Valleyrie-Allanore L, et al. Activity report on a rapid post-emergency consultation for the management of dermatological emergencies *Ann Dermatol Venereol*, 2010. 137(8-9): p. 519-22.
41. Mirkamali A, Ingen-Housz-Oro S, Valleyrie-Allanore L, et al. Dermatological emergencies: a comparative study of activity in 2000 and 2010. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013. 27(7): p. 916-8.
42. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, et al. Interest of emergency dermatological consultation in a regional hospital. *Presse Med*, 2013. 42(12): p. e409-15.
43. Kiellberg Larsen H and Sand C. Referral pattern of skin diseases in an acute outpatient dermatological clinic in Copenhagen. *Acta Derm Venereol*, 2005. 85(6): p. 509-11.
44. Rubegni P, Cevenini G, Lamberti A, et al. Dermatological conditions presenting at the Emergency Department in Siena University Hospital from 2006 to 2011. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2014.
45. Shivaram V, Christoph RA, and Hayden GF. Skin disorders encountered in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 1993. 9(4): p. 202-4.
46. Jack AR, Spence AA, Nichols BJ, et al. Cutaneous conditions leading to dermatology consultations in the emergency department. *West J Emerg Med*, 2011. 12(4): p. 551-5.

47. Baibergenova A and Shear NH. Skin conditions that bring patients to emergency departments. *Arch Dermatol*, 2011. 147(1): p. 118-20.
48. Gupta S, Sandhu K, and Kumar B. Evaluation of emergency dermatological consultations in a tertiary care centre in North India. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2003. 17(3): p. 303-5.
49. Walia NS and Deb S. Dermatology referrals in the hospital setting. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2004. 70(5): p. 285-7.
50. Stanway A, Oakley A, Rademaker M, et al. Audit of acute referrals to the Department of Dermatology at Waikato Hospital: comparison with national access criteria for first specialist appointment. *N Z Med J*, 2004. 117(1192): p. U849.
51. Wang E, Lim BL, and Than KY. Dermatological conditions presenting at an emergency department in Singapore. *Singapore Med J*, 2009. 50(9): p. 881-4.
52. Kim JY, Cho HH, Hong JS, et al. Skin conditions presenting in emergency room in Korea: an eight-year retrospective analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013. 27(4): p. 479-85.
53. Consejería de Sanidad Junta de Castilla y León; Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Castilla y León. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/CastillaLeonSNS2008.pdf>
54. Memoria 2010 de la Gerencia Regional de Salud. . Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-editados-consejeria-sanidad/buscador/memoria-2010-gerencia-regional-salud>.
55. Recursos sanitarios públicos de Castilla y León.; Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidadencifras/informes-estadisticos/ordenacion-tematica/recursos-sanitarios/recursos-sanitarios-publicos>.
56. Población de tarjeta sanitaria de Castilla y León. Diciembre de 2014. . Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidadencifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/poblacion-tarjeta-sanitaria>.
57. Catálogo de Hospitales de Castilla y León, 2014.; Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/centros-servicios-establecimientos-sanitarios/catalogo-hospitales>.

58. Sanchez Perales F. Urgencia o atención inmediata: una pequeña diferencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.*, 2009. 11: p. 571-3.
59. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 2005. 17: p. 138-44.
60. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, et al. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*, 1999. 73: p. 465-479.
61. Alberola V, Rivera F. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1994. 14: p. 825-8.
62. Martínez-Martínez M L, Perez Garcia L J , Escario-Travesedo E, et al. Demanda derivada a Dermatología: peso de la patología banal. *Actas Dermosifiliogr*, 2011. 102(3): p. 193-8.
63. Castillo-Arenas E, V. Garrido, and S. Serrano-Ortega. Skin conditions in primary care: an analysis of referral demand. *Actas Dermosifiliogr*, 2014. 105(3): p. 271-5.
64. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, et al. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel*, 2014. 29(1): p. 4-8.
65. Macaya-Pascual A, Lopez-Canós B, López-Piqueras S, et al. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr*, 2006. 97(9): p. 569-72.
66. Basra M.K. and Shahrukh M. Burden of skin diseases. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 2009. 9(3): p. 271-83.
67. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol*, 2014. 134(6): p. 1527-34.
68. Jones-Caballero M, Peñas PF. Calidad de vida (I). Generalidades. *Actas Dermosifiliogr*, 2002. 93(7): p. 421-31.
69. Jones-Caballero M, Peñas PF. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr*, 2002. 93(8): p. 481-9.
70. Shuster S, Fisher GH, Harris E, et al. The effect of skin disease on self image [proceedings]. *Br J Dermatol*, 1978. 99(Suppl 16): p. 18-9.

71. Dalgard F, Svensson A, Holm JO, et al. Self-reported skin morbidity among adults: associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. *J Investig Dermatol Symp Proc*, 2004. 9(2): p. 120-5.
72. Bingefors K, Lindberg M and Isacson D. Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey. *Br J Dermatol*, 2002. 147(2): p. 285-90.
73. Vinding GR, Knudsen KM, Ellervik C, et al. Self-reported skin morbidities and health-related quality of life: a population-based nested case-control study. *Dermatology*, 2014. 228(3): p. 261-8.
74. Lindberg M, Isacson D, and Bingefors K. Self-reported skin diseases, quality of life and medication use: a nationwide pharmaco-epidemiological survey in Sweden. *Acta Derm Venereol*, 2014. 94(2): p. 188-91.
75. Moberg C, Alderling M, and Meding B. Hand eczema and quality of life: a population-based study. *Br J Dermatol*, 2009. 161(2): p. 397-403.
76. Finzi A, Colombo D, Caputo A, et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2007. 21(9): p. 1161-9.
77. Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jäger B, et al. Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Derm Venereol*, 2005. 85(1): p. 27-32.
78. Datos sociales y económicos de las Unidades Territoriales de España, Caja-España-Caja Duero. 1 Enero 2012. <http://www.cajaespana.es/pubweb/decyle.nsf>.
79. De Argila D, Aguilera J, Sanchez J, et al. Estudio de las fotodermatosis idiopáticas y exógenas. Parte I: fisiopatología y aspectos técnicos del estudio fotobiológico. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2014. 105(02): p. 112-121.
80. Goldsmith K, Gilchrist, Paller, Leffell, Wolff. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. 8th ed. 2014, Madrid: Mc Graw Hill.
81. Burns T, Breathnach S, Cox N, Criffiths C. *Rook textbook of Dermatology*. Eight Edition ed. 2010: Wiley-Blackwell.

82. Lai-Kwon J, Weiland TJ, Chong AH, et al. Which dermatological conditions present to an emergency department in australia? *Emerg Med Int*, 2014. 2014: p. 463026.
83. Bancalari D, Gimeno I, Velasco V, et al. Comunicación oral: Estudio de las características epidemiológicas y clínico evolutivas de las urgencias dermatológicas en Hospital Universitario de Salamanca. , in LXVIII Reunión Sección Astur-Cantabro-Castellano- Leonesa. 2014: Salamanca. 5 de Abril de 2014.
84. Ruzza N, Itin PH and Beltraminelli H. Urgent consultations at the dermatology department of Basel University Hospital, Switzerland: characterisation of patients and setting a 12 month study with 2,222 patients data and review of the literature. *Dermatology*, 2014. 228(2): p. 177-82.
85. Diaz A, Garriga C, Varela JA, et al. Gonorrhoea diagnoses in a network of STI clinics in Spain during the period 2006-2010: differences by sex and transmission route. *BMC Public Health*, 2013. 13: p. 1093.
86. Alvarez Cuesta CC, Varela Uría JA, Sánchez del Río J. Liquen escleroso. *Revista: ITS y otras dermatosis*, 2011. 2: p. 35-50.
87. Zuberbier T, Iffländer J, Semmler C et al. Acute urticaria: clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Derm Venereol*, 1996. 76(4): p. 295-7.
88. Sanchez-Borges M, Capriles-Hulett A, and Caballero-Fonseca F. Demographic and clinical profiles in patients with acute urticaria. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2014.
89. Kulthanan K, Chiawsirikajorn Y and Jiamton S. Acute urticaria: etiologies, clinical course and quality of life. *Asian Pac J Allergy Immunol*, 2008. 26(1): p. 1-9.
90. Kramkimel N, Soussan V, Beauchet A ,et al. High frequency, diversity and severity of skin diseases in a paediatric emergency department. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010. 24(12): p. 1468-75.
91. Mathias RC, Jayaseelan E, and Augustine M. Spectrum of pediatric dermatological emergencies at a tertiary care hospital in India: a descriptive study. *Int J Dermatol*, 2013. 52(1): p. 27-31.

92. Ruiz Villaverde R, Martín Sanchez MC, Blasco Melguizo J, et al. Análisis descriptivo de asistencia dermatológica a mayores de 65 años durante un período de seis meses en el Servicio de Urgencia Externa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2001. 36(4): p. 228-33.
93. Ferrándiz C, Carrascosa JM, and Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2014. 105(05): p. 504-509.
94. Freedberg, Wolff, Austen, Goldsmith, Katz. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina general*. . 6 ed. 2005, Buenos Aires.
95. Ozyurek GD, Alan S, and Cenesizoglu E, Evaluation of clinico-epidemiological and histopathological features of pityriasis rosea. *Postepy Dermatol Alergol*, 2014. 31(4): p. 216-21.
96. Eisman S. and Sinclair R. Pityriasis rosea. *BMJ*, 2015. 351: p. h5233.
97. Barco D and Alomar A. Rosácea. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2008. 99(04): p. 244-256.
98. Passarini B and SD Infusino. Erythema nodosum. *G Ital Dermatol Venereol*, 2013. 148(4): p. 413-7.
99. Fuertes de Vega I, Iranzo-Fernandez P, and Mascaro-Galy JM. Bullous pemphigoid: clinical practice guidelines. *Actas Dermosifiliogr*, 2014. 105(4): p. 328-46.
100. Coronel-Perez IM, Rodriguez-Rey EM, Perez-Bernal AM, et al. Epidemiology of pemphigus in the Hospital Universitario Virgen Macarena, Seville, Spain, 2005-2006. *Actas Dermosifiliogr*, 2009. 100(2): p. 121-5.
101. Konstantinou GN, Papadopoulos NG, Tavladaki T, et al. Childhood acute urticaria in northern and southern Europe shows a similar epidemiological pattern and significant meteorological influences. *Pediatr Allergy Immunol*, 2011. 22(1 Pt 1): p. 36-42.
102. Guarneri F, Cannavó SP, Minciullo PL, et al. Pityriasis rosea of Gibert: immunological aspects. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2015. 29(1): p. 21-5.

IX- ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE:

El Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid está llevando a cabo un estudio sobre las Urgencias de Dermatología para lo cual es necesario recopilar algunos datos acerca de la atención de su problema de piel que le ha llevado a consultar en urgencias así como algunos datos personales como son su edad y sexo.

Dicho estudio posibilitará mejorar el conocimiento de las características de las enfermedades atendidas así como mejorar la atención recibida en próximas ocasiones.

Gastos y pago por la participación:

La participación en este estudio **no le supondrá coste alguno ni tampoco recibirá ninguna compensación** económica directa ni indirecta por la participación en este estudio.

La decisión sobre su participación o no en el estudio no supondrá variación en las futuras atenciones por parte del Servicio de Urgencias o del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Confidencialidad

Sus datos personales serán **tratados y custodiados con respeto a su intimidad y según la vigente normativa de protección de datos** (Ley 15/ 1999 del 13 de Diciembre).

Los documentos e información que pudieran recogerse durante la realización del estudio se manejarán de forma estrictamente confidencial. Asimismo la publicación de resultados del estudio en ningún caso podrá permitir su identificación.

En el caso de que se hubiera realizado alguna fotografía de sus lesiones cutáneas porque el seguimiento evolutivo del proceso lo requiriera dichas imágenes seguirán la normativa explicitada anteriormente pasando a formar parte del banco de imágenes del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid sin que dichas fotos pasen a formar parte de este estudio de investigación.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI ESTÁ USTED DE ACUERDO en que los datos derivados de su atención en urgencias de Dermatología formen parte de la base de datos que hará posible el estudio firme a continuación:

D/D^a.....con

DNI..... manifiesto que he sido informado por el

Dr/a..... acerca de la naturaleza del estudio

y confirmo la aceptación de que los datos derivados de su atención en urgencias de Dermatología formen parte de la base de datos del estudio.

Fdo: El paciente

Fdo: El médico

Fecha: / /

SI NO ESTÁ USTED DE ACUERDO en que los datos derivados de su atención en urgencias de Dermatología formen parte de la base de datos que hará posible el estudio firme a continuación:

D/D^a.....con

DNI..... manifiesto que he sido informado por el

Dr/a..... acerca de la naturaleza del estudio

y confirmo la aceptación de que los datos derivados de su atención en urgencias de Dermatología formen parte de la base de datos del estudio.

Fdo: El paciente

Fdo: El médico

Fecha: / /

ANEXO 3: FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Nº ficha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Nº H C	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Sexo: V	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Edad	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Hora	<input style="width: 50%;" type="text"/>
	Día de la semana	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Origen: Va capital	<input type="checkbox"/>	Va provincia <input type="checkbox"/>
	Resto CyL	<input type="checkbox"/>
	Resto España	<input type="checkbox"/>
	Extranjero	<input type="checkbox"/>
Localidad	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Procedencia	Destino:	
Cuenta Propia	<input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	Ingreso otra especialidad <input type="checkbox"/>
Hosp Medina del Campo	<input type="checkbox"/>	MAP <input type="checkbox"/>
Interconsulta/otro servicio	<input type="checkbox"/>	MAP→Dermatólogo <input type="checkbox"/>
Otro hospital	<input type="checkbox"/>	Cita en consulta <input type="checkbox"/>
		Ingreso en Dermatología <input type="checkbox"/>
De la casa	<input type="checkbox"/>	
	Profesión	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Estaba ya citado en Dermatología	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	En cuantos días	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Tiempo de evolución del cuadro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Técnicas realizadas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cura local	<input type="checkbox"/>	Inmunología <input type="checkbox"/>
Biopsia	<input type="checkbox"/>	Serología <input type="checkbox"/>
Exéresis	<input type="checkbox"/>	Cultivo <input type="checkbox"/>
Analítica no urgente	<input type="checkbox"/>	Radiografía <input type="checkbox"/>
Analítica urgente	<input type="checkbox"/>	Ecografía <input type="checkbox"/>
		TAC <input type="checkbox"/>
		Otras técnicas <input style="width: 100%;" type="text"/>
		Número total de técnicas <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de origen	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Diagnóstico de salida	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Concordancia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Justificación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grupo Diagnóstico	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Código CIE 9	<input style="width: 50%;" type="text"/>
	Nombre CIE 9	<input style="width: 100%;" type="text"/>

ANEXO 4:

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO.



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Avda. Ramón y Cajal, 3
Telf. 983 42 00 00
47003 - VALLADOLID



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Jose María Eiros Bouza,

Director Gerente del
Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

CODIGO HOSPITAL	TITULO	INVESTIGADOR PRINCIPAL SERVICIO PROMOTOR
PI 15-261	ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE URGENCIAS DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	I.P.: ALBA SANTAMARINA ALBERTOS EQUIPO: ALBERTO MIRANDA ROMERO DERMATOLOGÍA RECIBIDO: 20-05-2015

En relación con el citado Proyecto de Investigación, de acuerdo a la evaluación favorable a su realización en este Hospital por parte del CEIC Área Valladolid Este en su sesión del 18-06-2015.

Se informa favorablemente la realización del dicho estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

Lo que firma en Valladolid, a 18 de Junio de 2015

EL DIRECTOR GERENTE

Jose María Eiros Bouza



ANEXO 5:

APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL CLÍNICO.



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA ÁREA DE SALUD VALLADOLID - ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)

Valladolid a 18 de Junio de 2015

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID - ESTE del 18 de Junio de 2015, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 15-261	ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE URGENCIAS DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	I.P.: ALBA SANTAMARINA ALBERTOS EQUIPO: ALBERTO MIRANDA ROMERO DERMATOLOGÍA RECIBIDO: 20-05-2015
-----------	---	---

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIC Área de Salud Valladolid Este -
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología
Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077

ANEXO 6

Tabla 27: Distribución del número de urgencias entre cada grupo de patología y de edad.

		Grupos de Edad																				Total	
		<= 14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-84		85-94		>=95			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
grupo diagnóstico	Eccema	45	23,4	40	22,2	42	17,9	50	19,8	52	23,0	67	26,3	34	19,8	31	15,8	10	17,2	1	20,0	372	21.0
	Patología infecciosa	75	39,1	37	20,6	41	17,4	27	10,7	34	15,0	34	13,3	31	18,0	35	17,9	8	13,8	1	20,0	323	18.2
	Vírica	44	22,9	16	8,9	17	7,2	15	5,9	14	6,2	22	8,6	17	9,9	20	10,2	3	5,2	1	20,0	169	9.5
	Bacteriana	17	8,9	16	8,9	11	4,7	9	3,6	13	5,8	10	3,9	11	6,4	8	4,1	5	8,6	0	0,0	100	5.6
	Fúngica	14	7,3	4	2,2	10	4,3	3	1,2	6	2,7	1	,4	2	1,2	6	3,1	0	0,0	0	0,0	46	2.6
	Parasitaria	0	0,0	1	,6	3	1,3	0	0,0	1	,4	1	,4	1	,6	1	,5	0	0,0	0	0,0	8	0,5
	Urticaria-Angioedema	9	4,7	12	6,7	28	11,9	27	10,7	33	14,6	31	12,2	10	5,	14	7,1	1	1,7	0	0,0	165	9.3
	Enf. eritematodescamáticas	13	6,8	16	8,9	20	8,5	21	8,3	15	6,6	13	5,1	8	4,7	6	3,1	3	5,2	0	0,0	115	6.5

	<= 14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-84		85-94		>=95		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumores	14	7,3	5	2,8	14	6,	6	2,4	10	4,4	19	7,5	15	8,7	23	11,7	6	10,3	1	20,0	113	6.4
Otros/miscelánea	7	3,6	8	4,4	10	4,3	24	9,5	16	7,1	10	3,9	14	8,1	14	7,1	5	8,6	0	0,0	108	6.1
Picaduras/prurigo	13	6,8	4	2,2	17	7,2	9	3,6	7	3,1	12	4,7	3	1,7	5	2,6	1	1,7	0	0,0	71	4
ETS	0	0,0	15	8,3	20	8,5	12	4,7	6	2,7	1	,4	1	,6	1	,5	0	0,0	0	0,0	56	3.2
Patología vascular cutánea	1	,5	3	1,7	2	,9	6	2,4	5	2,2	12	4,7	11	6,4	12	6,1	4	6,9	0	0,0	56	3.2
Patología de folículo y uñas	7	3,6	13	7,2	2	,9	8	3,2	13	5,8	5	2,0	3	1,7	2	1,0	1	1,7	0	0,0	54	3
Toxicodermias	2	1,0	4	2,2	3	1,3	6	2,4	4	1,8	9	3,5	8	4,7	8	4,1	4	6,9	0	0,0	48	2.7
Dermatosis reactivas	1	,5	4	2,2	11	4,7	10	4,0	2	,9	2	,8	5	2,9	3	1,5	0	0,0	0	0,0	38	2.1
Exantemas sin otra especificación	1	,5	1	,6	5	2,1	9	3,6	5	2,2	8	3,1	4	2,3	2	1,0	1	1,7	0	0,0	36	2
Enf. por agentes físicos	1	,5	2	1,1	6	2,6	6	2,4	3	1,3	4	1,6	4	2,3	6	3,1	2	3,4	1	20,0	35	2
Patología de boca y labios	1	,5	3	1,7	5	2,1	6	2,4	3	1,3	6	2,%	5	2,9	6	3,1	0	0,0	0	0,0	35	2

	<= 14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-84		85-94		>=95		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTD	0	0,0	1	,6	2	,9	3	1,2	1	,4	3	1,2	4	2,3	12	6,1	3	5,2	0	0,0	29	1.6
Erupciones fotoinducidas	0	0,0	3	1,7	1	,4	5	2,0	5	2,2	3	1,2	3	1,7	3	1,5	0	0,0	0	0,0	23	1.3
Enf. Ampollosas	0	0,0	1	,6	0	0,0	1	,4	0	0,0	2	,8	1	,6	5	2,6	5	8,6	1	20,0	16	0.9
Úlceras	1	,5	0	0,0	0	0,0	3	1,2	3	1,3	4	1,6	0	0,0	4	2,0	1	1,7	0	0,0	16	0.9
Lesiones inespecíficas	0	0,0	2	1,1	2	,9	4	1,6	2	,9	3	1,2	1	,6	2	1,0	0	0,0	0	0,0	16	0.9
Enf. Autoinmunes	0	0,0	2	1,1	1	,4	4	1,6	1	,4	5	2,0	0	0,0	1	,5	0	0,0	0	0,0	14	0.8
Sin patología o sin lesiones en el momento de ir a urgencias	1	,5	1	,6	0	0,0	1	,4	1	,4	2	,8	3	1,7	1	,5	2	3,4	0	0,0	12	0.7
Liquen escleroatrófico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	,8	5	2,2	0	0,0	4	2,3	0	0,0	1	1,7	0	0,0	12	0.7
Dermatosis en el embarazo	0	0,0	3	1,7	3	1,3	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0.5
	192	100	180	100	235	100	253	100	226	100	255	100	172	100	196	100	58	100	5	100	1772	100

ANEXO 7

Tabla 28: Distribución del número de urgencias entre cada grupo de patología y mes del periodo de estudio.

		Mes													Total	
		Abril 2012	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero 2013	Febrero	Marzo	Abril 2013		
		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
grupo diagnóstico	Eccema	23	23	37	28	21	20	26	32	25	33	30	29	45	372	21%
	Patología infecciosa	21	23	21	25	25	24	32	23	31	21	31	27	20	324	18,3%
	Vírica	20	15	10	16	11	10	8	21	14	9	13	11	12	170	9,6%
	Bacteriana	2	8	8	11	8	10	10	7	8	11	9	4	4	100	5,6%
	Fúngica	2	2	6	5	2	10	2	3	4	1	1	4	4	46	2,6%
	Parasitaria	1	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	2	0	8	,5%
	Urticaria-Angioedema	14	11	12	12	14	12	15	14	12	5	7	18	20	166	9,4%
	Enf. Eritemato-descamativas	7	7	8	9	7	9	13	11	11	10	9	8	6	115	6,5%
	Tumores	12	11	7	4	9	10	7	10	8	11	5	6	13	113	6,4%
	Otros/miscelánea	9	7	11	8	4	8	4	8	7	13	9	13	7	108	6,1%
	Picaduras/prurigo	6	5	3	10	5	8	13	5	0	4	2	4	6	71	4,0%
ETS	2	2	7	9	1	4	0	3	8	6	1	8	5	56	3,2%	

	Abril 2012	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero 2013	Febrero	Marzo	Abril 2013	Total	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Patología vascular cutánea	8	2	6	7	6	3	5	4	3	3	3	1	5	56	3,2%
Patología de folículo y uñas	3	2	3	6	4	8	1	3	5	3	0	8	8	54	3,0%
Toxicodermias	3	7	0	0	7	4	3	4	2	2	3	4	9	48	2,7%
Dermatosis reactivas	2	3	4	6	1	4	1	1	4	2	2	2	6	38	2,1%
Exantemas sin otra especificación	0	5	3	2	6	0	4	3	3	3	2	4	1	36	2,0%
Enf. por agentes físicos	4	1	0	1	5	4	1	2	2	2	5	3	5	35	2,0%
Patología de boca y labios	0	1	5	3	5	3	2	3	3	3	1	3	3	35	2,0%
ESTD	0	4	3	2	1	3	1	4	2	2	2	4	1	29	1,6%
Erupciones fotoinducidas	0	4	1	5	5	2	0	1	0	1	1	0	3	23	1,3%
Enf. Ampollosas	1	1	1	5	1	0	2	2	0	0	0	0	3	16	,9%
Úlceras	4	2	0	3	1	1	0	1	0	4	0	0	0	16	,9%

	Abril 2012	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero 2013	Febrero	Marzo	Abril 2013	Total	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
Lesiones inespecíficas	2	0	3	1	0	1	1	2	0	1	1	0	4	16	,9%
Enf. Autoinmunes	1	1	4	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	14	,8%
Sin patología o sin lesiones en el momento de acudir a urgencias	0	1	0	1	0	3	2	2	0	0	1	1	1	12	,7%
Liquen escleroatrófico	1	2	0	0	1	1	1	2	0	0	2	0	2	12	,7%
Dermatosis en el embarazo	0	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	1	2	9	,5%
Total	130	110	139	127	128	144	155	128	141	123	150	123	176	1774	100