

URGENCIAS DERMATOLÓGICAS. ESTUDIO PROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

**PATRICIA A. FERNÁNDEZ PARDAL¹, ANA C. TORRE², AGUSTINA RODRIGO³, JULIETA FISCHER¹,
LUCIANA ACOSTA⁴, MARÍA LAURA GARCÍA⁵, TAMARA YOBE⁴, JULIETA TABAR⁶, NATALIA MUÑOZ⁷,
ÍTALO R. ALOISE⁶, MARÍA LAURA CASTELLANOS POSSE⁸, VANESSA S. DURAN DAZA²,
RAMÓN FERNÁNDEZ BUSSY⁹, MARGARITA LARRALDE¹⁰, MIGUEL A. MAZZINI⁸, LUIS MAZZUOCCOLO²,
JAVIER SOLÉ¹⁰, MARIO SQUEFF⁹, LILIANA M. OLIVARES¹, BERNARDO KANTOR⁹**

¹Unidad de Dermatología, Hospital F. J. Muñiz, Buenos Aires, ²Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, ³Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Buenos Aires, ⁴Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía, Buenos Aires, ⁵Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, Buenos Aires, ⁶Servicio de Dermatología, Hospital F. Abete, Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires, ⁷Centro Médico Swiss Medical Barrio Norte, Buenos Aires, ⁸Servicio de Dermatología, Hospital Churrucú, Buenos Aires, ⁹Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, ¹⁰Servicio de Dermatología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Resumen Las urgencias dermatológicas constituyen un motivo de consulta frecuente en los departamentos de urgencias. Con el objetivo de determinar la prevalencia de las consultas por urgencias dermatológicas, describir las mismas, analizar la coincidencia entre los diagnósticos recibidos por los pacientes, en los casos que realizaron dos consultas por el mismo cuadro, y analizar el comportamiento de las variables de acuerdo al subsector del sistema de salud en el cual fueron atendidos: subsector público, y subsector privado, se realizó un estudio prospectivo, observacional, analítico, de corte transversal y multicéntrico. Se incluyeron 2801 pacientes. La prevalencia de las consultas por urgencias dermatológicas en adultos fue de 15% en el mismo período horario (subsector público: 10.6% y subsector privado: 22.5%, $p < 0.05$). Motivó la consulta una enfermedad infecciosa en el 35.5%, alérgica en el 29.6% y neoplásica en el 8.6%. Se hospitalizó el 0.7% de los pacientes. El 31.7% de los pacientes había realizado consultas previas. En estos casos se encontró coincidencia entre los diagnósticos realizados en el 80.7% de los atendidos de forma precedente por un médico dermatólogo, y el 52.6% de los evaluados por médicos no dermatólogos. La alta prevalencia de las consultas por urgencias dermatológicas y las diferencias existentes en la probabilidad de recibir un diagnóstico apropiado de acuerdo con la especialización del profesional interviniente, muestran la importancia de la presencia de un médico con formación en dermatología en el área de urgencias.

Palabras clave: dermatología, urgencias, emergencias, infecciones cutáneas, eccema

Abstract *Dermatological emergencies. Prospective and multicentric study in Argentina.* Dermatological emergencies are a frequent reason for emergency departments consultation. In order to determine the prevalence of dermatological emergencies, to describe the kind of dermatological diseases that present as emergencies, to analyze the coincidence between the diagnoses received by the patients in those cases with a previous consultations for the same cutaneous manifestation, and to analyze the behavior according to the health system segment in which they were attended: public segment and private segment; a prospective, observational, analytical, cross-sectional and multi-center study was carried out. Two thousand eight hundred one patients were included. The prevalence of consultations for dermatological emergencies in adults was 15% in the same time period (public segment: 10.6 and private segment: 22.5%, $p < 0.05$). The consultation was due to an infectious disease in 35.5%, allergic in 29.6% and neoplastic in 8.6%; 0.7% of patients were hospitalized. In 31.7% of patients who had a previous consultation, a coincidence was found between the diagnoses made in 80.7% of those attended by a dermatologist, and 52.6% evaluated by non-dermatologist physician. The high prevalence of dermatological consultations and the existing differences in the probability of receiving an appropriate diagnosis according to the specialization of the intervening professional, show the importance of the presence of dermatology-trained physicians in the emergency area.

Key words: dermatology, urgencias, emergencias, cutaneous infections, eczema

PUNTOS CLAVE

- Los cuadros dermatológicos que motivan la consulta de urgencia son variables. La atención de las urgencias dermatológicas es efectuada por médicos de diferentes especialidades, y esto tiene relación con el diagnóstico y tratamiento que reciben los pacientes.
- En el trabajo se evidenció que la prevalencia de consultas en el sector de urgencias dermatológicas sobre el total de las consultas a la guardia de medicina interna, es del 15% en el mismo período y horario de atención, con relación 2:1 en el sistema privado respecto del público. Las afecciones más prevalentes fueron infecciones, alergias y neoplasias. En aquellos pacientes que habían realizado una consulta previa por el mismo cuadro, se observó mayor coincidencia en los diagnósticos si en la misma había intervenido un médico dermatólogo.

Una urgencia es aquella situación de salud que necesita atención médica inmediata¹. Las urgencias dermatológicas (UD) constituyen un motivo de consulta frecuente en los departamentos de urgencias de todo el mundo, donde representan entre el 2.5 y el 15% del total de las consultas²⁻⁵. Las UD se pueden deber a enfermedades de la piel de aparición o empeoramiento repentino que ponen en peligro la vida o a enfermedades que, por sus síntomas o las áreas corporales que afectan, condicionan que el paciente identifique una necesidad de atención inmediata⁶⁻⁸. De este modo, los cuadros dermatológicos que motivan la consulta de urgencia son variables y pueden ser clasificados según su gravedad (Tabla 1A)⁶.

La atención de las UD es efectuada por médicos de diferentes especialidades y esto tiene relación con el diagnóstico y tratamiento que reciben los pacientes⁹. Diversos autores han demostrado que en la atención de las UD existen diferencias entre el diagnóstico realizado por médicos dermatólogos (MD) y aquellos que no lo son, con consecuencias en el manejo apropiado de cada caso¹⁰⁻¹³.

En Argentina, las UD son atendidas en instituciones que pertenecen a los tres subsectores que componen el sistema de salud (Ss). El subsector público (SPu) presta atención gratuita a toda persona que lo demande. El subsector de seguridad social brinda asistencia a los trabajadores. El subsector privado (SPr) atiende a demandantes individuales, beneficiarios del seguro social y la medicina privada. Las características socioculturales de los pacientes que recibe cada subsector, así como su accesibilidad al Ss, son diferentes¹⁴.

En la literatura, no se han encontrado datos acerca de las características de las UD en América del Sur.

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la prevalencia de las consultas por UD sobre el total de las consultas a la guardia de medicina interna en el mismo período horario de atención. Los objetivos secundarios fueron describir el tipo de enfermedades dermatológicas atendidas como urgencias; analizar la proporción de diagnósticos coincidentes entre los pacientes que habían realizado una

consulta previa por el mismo cuadro, según si habían sido atendidos previamente por MD o médicos no dermatólogos (MnD); y describir el comportamiento de las variables de acuerdo al subsector del Ss en el cual fueron atendidos.

Materiales y métodos

Estudio prospectivo, observacional, analítico, de corte transversal y multicéntrico (7 centros del SPu o SPr, seis localizados en Buenos Aires y el restante en Rosario, Argentina), en el cual se incluyeron individuos de ambos sexos que buscaron atención por una UD en los centros de enrolamiento entre el 8 de octubre y el 5 de noviembre de 2018. Se registró por cada paciente la primera consulta que el individuo realizó al centro de UD. Los pacientes fueron atendidos por dermatólogos en un consultorio de UD al que se puede acceder en forma espontánea, sin turno previo. Uno de los 7 centros cuenta con guardia dermatológica las 24 horas y los 6 centros restantes atienden tiempo parcial, con un promedio de 6 horas por día.

Los datos se obtuvieron de la consulta médica y se registraron en un formulario diseñado de forma específica para el trabajo. Se consignaron edad, sexo, subsector del Ss, tiempo de evolución del cuadro, gravedad, diagnóstico y conducta al egreso. Los diagnósticos se agruparon en categorías preestablecidas por los autores (Tabla 1B) y el nivel de urgencia del cuadro se clasificó de acuerdo al sistema español de triaje¹⁵ (Tabla 1A). En aquellos pacientes que habían realizado una consulta previa por el mismo cuadro, se consignó la especialidad del médico que la realizó y el diagnóstico recibido. Se registró en cada centro el número de consultas en la guardia de medicina interna en el mismo período horario de atención que el consultorio de UD.

Las variables cuantitativas se informaron como media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartílico (RIC) según su distribución (test de Shapiro-Wilk). Las variables categóricas se describieron como frecuencias absolutas y relativas. Para realizar la comparación entre las variables cuantitativas se utilizó t-test o tests de Mann-Whitney o Wilcoxon, según su distribución. Para efectuar la comparación de las variables categóricas se utilizó test de Chi cuadrado o test de Fisher cuando no se cumplieron los supuestos del primero. Se consideraron estadísticamente significativos valores de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con el *software* RStudio versión 1.1.414.

Todos los datos fueron recolectados y analizados de forma anónima, y no se asociaron a la identidad del paciente. No se efectuó ningún tipo de intervención o seguimiento durante el trabajo. Los investigadores respetaron las normas vigentes de la declaración de Helsinki.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 2801 pacientes, 2506 eran mayores de 18 años. La prevalencia de las consultas por UD de adultos respecto del total de consultas en la guardia de medicina interna en el mismo período horario, fue de 15% (2506/16623). Al discriminar la misma de acuerdo al Ss, observamos que en el SPu fue de 10.6% y en el SPr de 22.5% ($p < 0.001$) (Tabla 2). En el mismo período horario, por cada paciente atendido en una hora en los centros de UD, se atendieron 6 en la guardia de medicina interna (Fig. 1).

Las dermatosis infecciosas, alérgicas y las neoplasias constituyeron el 74% de las consultas (Tabla 3). Al

TABLA 1.— Manifestaciones dermatológicas asignadas por los autores del trabajo a los niveles de urgencia de las enfermedades del sistema español de triaje(A). Categorías preestablecidas para este estudio por los autores del trabajo (B).

A		
Clasificación de los niveles de urgencia según el sistema español de triaje ¹⁵		
Nivel	Descripción	Ejemplos de dermatosis
1	Riesgo vital inmediato	Shock anafiláctico
2	Emergencia, riesgo vital mediato	Reacción cutánea adversa a fármacos grave, infección necrotizante de piel y partes blandas
3	Urgencia, potencial riesgo vital	Enfermedad ampollar generalizada, reacción cutánea adversa a fármacos, psoriasis pustulosa generalizada, eritrodermia con compromiso del estado general, lupus agudo, esclerodermia con necrosis digital, infección extensa o en paciente inmunocomprometido
4	Menor urgencia, potencialmente complejas, sin riesgo vital potencial.	Dermatosis de origen infeccioso, urticaria, eccema, eritrodermia, enfermedades ampollares no generalizadas, vasculitis, infecciones de transmisión sexual, úlceras complicadas (dolor, sobreinfección, necrosis), picaduras, enfermedad de Hansen con brote reaccional, liquen plano pilar, brotes severos de acné-rosácea, quiste epidérmico inflamado, onicocriptosis
5	No urgentes, permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo vital potencial	Prurigo, eccema, dermatitis seborreica, psoriasis localizada, pitiriasis rosada, colagenopatías no graves, úlceras no complicadas, acné, alopecias, neoplasias, liquen plano, tumores
B		
Categorías de diagnóstico		
Acné, rosácea y trastornos relacionados	Acné, rosácea, dermatitis periorifical, erupciones pápulo-pustulosas, reacción acneiforme	
Alopecias	Androgenética, areata, efluvio telógeno, alopecia en estudio, madarosis	
Cicatrices y discromías residuales	Cicatrices, discromías residuales, estrías	
Dermatosis alérgicas	Urticaria, eccema, prurigo, angioedema, atopía, blefaritis, dermatitis de contacto, dishidrosis, picadura, queratosis pilar, reacción alérgica, xerosis	
Dermatosis autoinmunes	Enfermedades ampollares, colagenopatías, vitiligo, vasculitis	
Dermatosis de origen infeccioso	Infecciones bacterianas, herpes simple, herpes zoster, verrugas, moluscos contagiosos, exantemas virales, mano pie boca, escabiosis, pediculosis, demodicidosis, larva cutánea migrans, leishmaniasis, tunga penetrans, dermatoficias, candidiasis, infecciones micóticas oportunista, tuberculosis cutánea, infección por micobacterias atípicas, síndrome linfangítico nodular	
Dermatosis eritematoescamosas	Dermatitis seborreica, psoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide	
Estomatología	Aftas, queilitis, mucocela, verrugas orales	
Heridas y traumatismos	Úlceras, quemaduras, traumatismos, cuerpo extraño, hematoma, mordedura	
ETS	Sífilis, gonorrea, herpes genital, hpv genital, moluscos contagiosos en área genital, úlcera genital, infección primaria por HIV	
Neoplasias	Tumores de piel benignos y malignos, metástasis cutáneas	
Onicopatías no infecciosas	Onicodistrofias traumáticas, onicosquiza, leuconiquia, onicocriptosis, paroniquia crónica	
Prodiagnos	Dermatosis de las cuales no se puede arribar al diagnóstico presuntivo al momento de la consulta, o hay varios diagnósticos presuntivos	
Otros	Acanthosis nigricans, amiloidosis macular, edema, enfermedad de Darier, eritromelalgia, hiperhidrosis, liquen, paniculitis, púrpura pigmentaria, sudamina	
Reacciones cutáneas adversas a fármacos	Exantema urticariano, maculopapuloso y papulopustuloso por fármacos, necrolisis epidérmica tóxica, síndrome DRESS, pustulosis exantemática generalizada aguda	

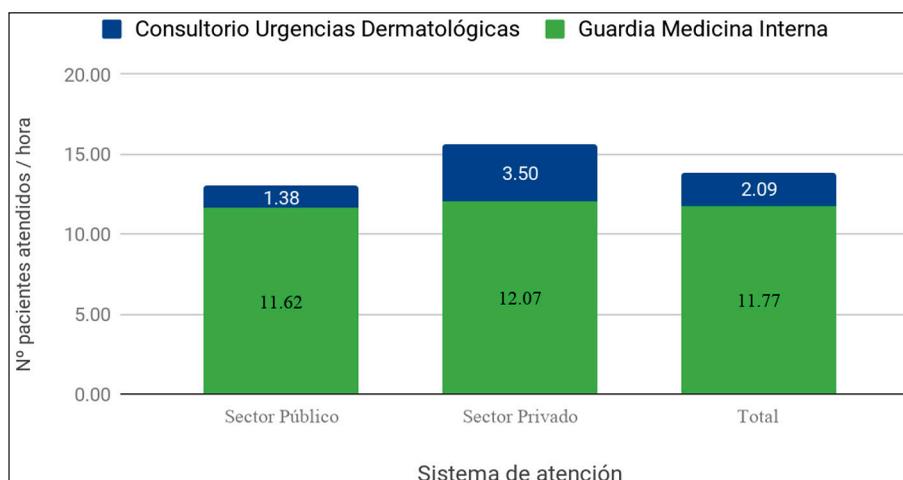
ETS: enfermedades de transmisión sexual

TABLA 2.– Características generales de los 2801 pacientes estudiados en el sector de urgencias dermatológicas

Características de los pacientes	Total	Subsistema público	Subsistema privado	
Centros que participaron del estudio, N (%)				
Clínica Suizo Argentina Suc. Barrio Norte (CABA)	156 (5.57)	0	156 (9.67)	
Hospital Alemán (CABA)	1150 (41.06)	0	1150 (71.30)	
Hospital Provincial del Centenario (Rosario)	91 (3.25)	91 (7.66)	0	
Hospital Churrucá VISCA (CABA)	236 (8.43)	0	236 (14.63)	
Hospital Italiano de Buenos Aires (CABA)	71 (2.53)	0	71 (4.40)	
Hospital Malvinas Argentinas (CABA)	917 (32.74)	917 (77.19)	0	
Hospital Muñiz (CABA)	180 (6.43)	180 (15.15)	0	
Sexo, N (%)				
Femenino	1550 (55.34)	659 (55.47)	891 (55.24)	
Masculino	1250 (44.63)	528 (44.44)	722 (44.76)	
No evaluable	1 (0.04)	1 (0.08)	0	
Edad, mediana (RIC)	40 (25-59)	42 (28-57)	42 (25-64)	
Pacientes ≥ 18 años , N (%) atendidos en				
Urgencias dermatológicas	2506 (15.08)	1097 (10.60)	1409 (22.46)	p < 0.001
Guardia de medicina interna	14117 (84.92)	9253 (89.40)	4864 (77.54)	

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Rosario, provincia de Santa Fe y RIC: rango intercuartílico

Fig. 1.– Razón de pacientes con edad igual o mayor a 18 años, atendidos por hora en el consultorio de urgencias dermatológicas y en guardia de medicina interna, en todos los centros incluidos (sistema público y privado). Durante el período de estudio, analizando en conjunto a todos los centros incluidos, se atendieron 11.8 pacientes/hora por guardia de medicina interna y 2.1 pacientes/hora por consultorio de urgencias dermatológicas. Esta relación se mantiene al analizar los sectores público y privado.



comparar la distribución de las afecciones de acuerdo al Ss se observó que en ambos subsectores los motivos de consulta más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas y alérgicas. Sin embargo, encontramos una mayor frecuencia de consultas por neoplasias, acné y

trastornos relacionados en el SPu, y por infecciones en el SPr, p < 0.001 (Tabla 3, Fig. 2A).

El tiempo de evolución del cuadro presentó una mediana de 7 (RIC 4-30) días, el 50.7% (1420) consultó dentro de los primeros 7 días de evolución, el 15.3% (428) entre

TABLA 3.– Diagnóstico, coincidencia del diagnóstico, nivel de urgencia y tipo de egreso de los pacientes estudiados

Grupos de dermatosis, N (%)	Total	Subsistema público	Subsistema privado	
Dermatosis de origen infeccioso	995 (35.5)	501 (42.2)	494 (30.6)	
Dermatosis alérgicas	830 (29.6)	378 (31.8)	452 (28.0)	
Neoplasias benignas o malignas	241 (8.6)	41 (3.5)	200 (12.4)	
Dermatosis eritematoescamosas	137 (4.9)	43 (3.6)	94 (5.8)	
Prodiagnosis	121 (4.3)	39 (3.3)	82 (5.1)	
Acné, rosácea y trastornos relacionados	108 (3.9)	19 (1.6)	89 (5.5)	
Heridas y traumatismos	90 (3.2)	42 (3.5)	48 (3.0)	
Dermatosis autoinmunes	52 (1.9)	33 (2.8)	19 (1.2)	
Reacciones cutáneas adversas a fármacos	29 (1.0)	4 (0.3)	25 (1.6)	
Onicopatías no infecciosas	28 (1.0)	14 (1.2)	14 (0.9)	
Alopecias	28 (1.0)	10 (0.8)	18 (1.1)	
ETS*	25 (0.9)	10 (0.8)	15 (0.9)	
Estomatología	18 (0.6)	2 (0.2)	16 (1.0)	
Cicatrices y discromías residuales	12 (0.4)	7 (0.6)	5 (0.3)	
Otros	87 (3.1)	45(3.8)	42 (2.6)	
Total	2801 (100.00)	1188 (100.00)	1613 (100.00)	
Atención previa en otro centro, N (%)				
No	1914 (68.3)	941 (79.2)	973 (60.3)	
Sí	887 (31.7)	247 (20.8)	640 (39.7)	
Atención previa por médico dermatólogo	413 (46.6)	72 (29.2)	341 (53.3)	
Diagnóstico coincidente con la consulta previa	326 (80.7)	48 (67.6)	278 (83.5)	p < 0.001*
Diagnóstico no coincidente con la consulta previa	78 (19.3)	23 (32.4)	55 (16.5)	
Diagnóstico previo no evaluable	9	1	8	
Atención previa por médico no dermatólogo	474 (53.4)	175 (70.9)	299 (46.7)	
Diagnóstico coincidente con la consulta previa	219 (52.6)	102 (62.6)	117 (46.3)	
Diagnóstico no coincidente con la consulta previa	197 (47.4)	61 (37.4)	136 (53.8)	
Diagnóstico previo no evaluable	58	12	46	
Nivel de urgencia de las dermatosis, N (%)				
1	0	0	0	p < 0.001
2	0	0	0	
3	29 (1.0)	14 (1.2)	15 (0.9)	
4	1292 (46.1)	613 (51.6)	679 (42.1)	
5	1480 (52.9)	561 (47.2)	919 (57.0)	
Egreso, N (%)				
Sin control	938 (33.5)	670 (56.4)	268 (16.6)	p < 0.001
Con control en 24-48 horas	285 (10.2)	173 (14.5)	112 (6.9)	
Con control diferido	1559 (55.7)	326 (27.4)	1233 (76.4)	
Internación	19 (0.7)	19 (1.6)	0	

* P = 0.55 para el sector público y p < 0.01 para el sector privado. ETS: enfermedades de transmisión sexual

los 8 y los 15 días, el 20.3% (569) entre los 16 y los 30 días, y el 13.7% (384) después de los 30 días. En el SPPr el tiempo de evolución fue mayor (mediana 14 días, RIC 5-30) que en el SPu (7, RIC 3-20; p < 0.001).

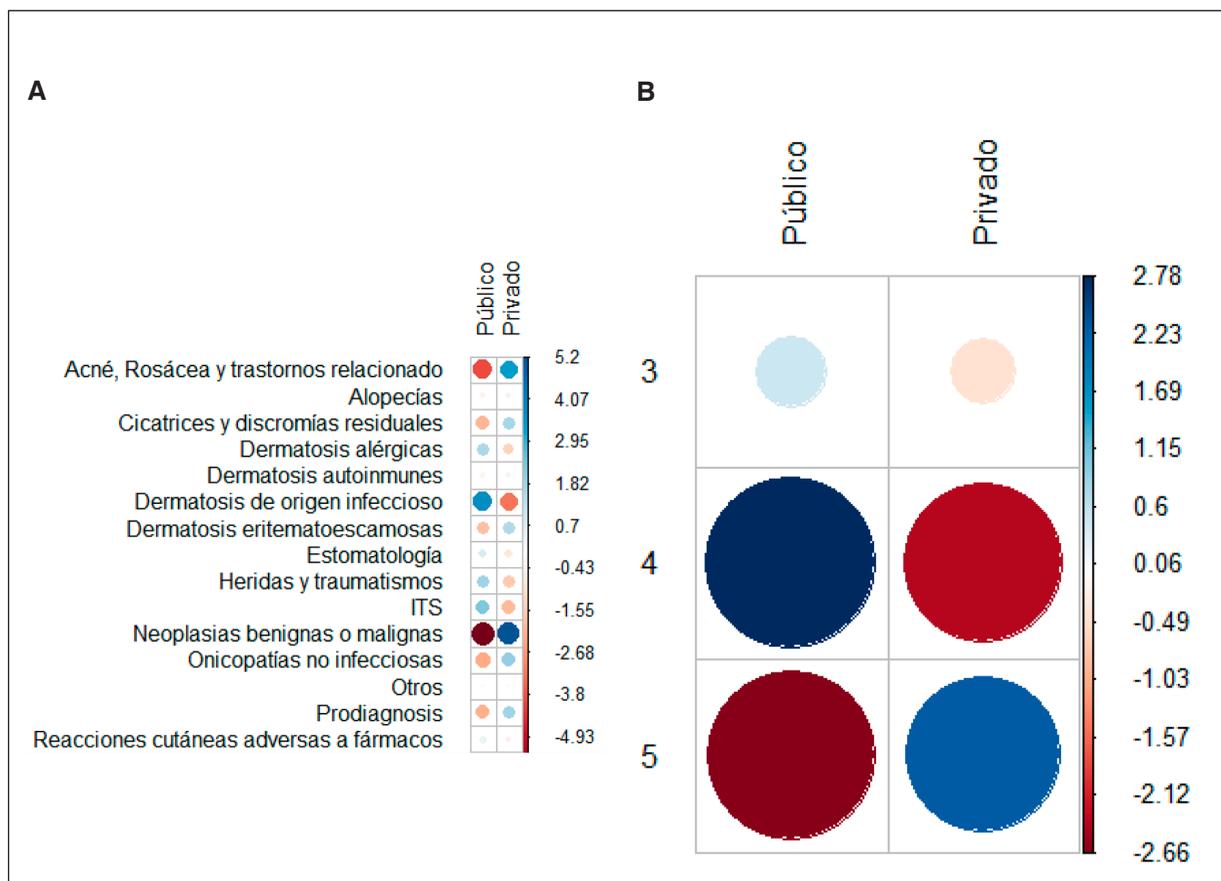
Las dermatosis que motivaron las consultas presentaron gravedad grado 3 en el 1% (29), 4 en el 46.1% (1292) y 5 en el 52.9% (1480). No se registraron consultas con

gravedad 1 o 2. Se observó una diferencia significativa entre SPu y SPPr respecto a la gravedad de las UD (p < 0.001) (Tabla 3, Fig. 2B). El 51.7% de las dermatosis con grado de severidad 3 fueron reacciones cutáneas adversas a fármacos, seguidas por neoplasias (17.24%) y heridas y traumatismos (6.9%). El 65.6% de los individuos recibió indicación de un control, esto fue más frecuente en el SPPr

Fig. 2.— Contribución relativa de cada variable a la comparación entre los sistemas de salud público y privado según grupo de dermatosis (A) y niveles de gravedad de la dermatosis (B). Los círculos azules representan contribución positiva, los rojos contribución negativa y el tamaño de los mismos representa la magnitud de la contribución.

A) Se observa una diferencia entre sector público y privado del sistema de salud respecto al grupo de dermatosis más frecuentemente atendidas ($p < 0.0001$). Los grupos “neoplasias benignas o malignas” y “acné, rosácea y trastornos relacionados” influyen a favor del sistema privado, y los grupos “dermatosis de origen infeccioso” y enfermedades de transmisión sexual (ETS) a favor del sistema público de atención.

B) La gravedad grado 4 influye a favor del sector público y el 5 a favor del sector privado del sistema de salud ($p < 0.0001$).



que en el SPu ($p < 0.0001$). Todas las hospitalizaciones se registraron en el SPu (Tabla 3).

De los 2801 pacientes, el 68.3% (1914) consultó en primera instancia en los centros de UD. El 31.7% (887) había realizado consultas previas por el mismo cuadro en otros centros en otros centros. De estos 887 pacientes, 820 habían recibido un diagnóstico en su primera consulta; de las cuales aproximadamente la mitad fue efectuada por un MD. El análisis comparativo entre el diagnóstico recibido en la primera y la segunda consulta, mostró una proporción de pacientes con coincidencia entre ambos diagnósticos mayor en el grupo de los evaluados en primera instancia por un dermatólogo ($p < 0.001$). Esta asociación se mantuvo en ambos subsectores del Ss, con diferencia significativa solo en el SPu (Tabla 3). La posibilidad de tener un diagnóstico previo coincidente con el realizado por los dermatólogos en los centros de UD fue 2.76 veces

mayor para aquellos evaluados en la primera instancia por MD. En el análisis comparativo estratificado por el tipo de enfermedades, encontramos una diferencia significativa en aquellos con diagnóstico de acné y trastornos relacionados, enfermedades alérgicas, infecciones, enfermedades eritematoescamosas y neoplasias ($p < 0.005$) (Tabla 4).

Discusión

En nuestro estudio se destaca que la prevalencia de las consultas por UD es alta y representa 1 de cada 7 del total de las consultas a la guardia de medicina interna en el mismo período horario, y que la posibilidad que tienen los pacientes de recibir un diagnóstico apropiado por una UD es casi 3 veces mayor si son evaluados por un MD. En la literatura consultada, no se han encontrado trabajos previos al respecto en América del Sur.

TABLA 4.- Coincidencia de diagnóstico con respecto a lo referido de la consulta previa y según el profesional interviniente

Grupo de dermatosis	Profesional que participó en la atención previa				valor p	Total de casos
	Médico dermatólogo		Médico no dermatólogo			
	Diagnóstico previo coincidente, N (%)					
Sí	No	Sí	No			
Dermatosis de origen infeccioso	111 (84.1)	21 (15.9)	88 (56.8)	67 (43.2)	< 0.001	287
Dermatosis alérgicas	86 (83.5)	17 (16.5)	74 (60.7)	48 (39.3)	< 0.001	225
Neoplasias benignas o malignas	24 (70.6)	10 (29.4)	6 (22.2)	21 (77.8)	0.002	61
Dermatosis eritematoescamosas	27 (77.1)	8 (22.9)	2 (20.0)	8 (80.0)	0.001	45
Prodiagnosis	10 (50.0)	10 (50.0)	6 (33.3)	12 (66.7)	0.3423	38
Acné, Rosácea y trastornos relacionado	21 (87.5)	3 (12.5)	4 (28.6)	10 (71.4)	< 0.001	38
Heridas y traumatismos	8 (72.7)	3 (27.3)	13 (72.2)	5 (27.8)	1	29
Otros	10 (71.4)	4 (28.6)	6 (42.9)	8 (57.1)	0.2519	28
Dermatosis autoinmunes	14 (93.3)	1 (6.7)	2 (50.0)	2 (50.0)	0.097	19
Reacciones cutáneas adversas a fármacos	2 (100.0)	0	7 (63.6)	4 (36.4)	1	13
Onicopatías no infecciosas	3 (75.0)	1 (25)	1 (16.7)	5 (83.3)	0.1905	10
Alopecias	4 (100.0)	0	3 (75.0)	1 (25.0)	1	8
ETS	4 (100.0)	0	2 (66.7)	1 (33.3)	0.4286	7
Estomatología	1 (100.0)	0	3 (60.0)	2 (40.0)	1	6
Cicatrices y discromías residuales	1 (100.0)	0	2 (40.0)	3 (60.0)	1	6
Total	326 (80.7)	78 (19.3)	219 (52.6)	197 (47.4)	< 0.001	820

ETS: enfermedades de transmisión sexual

La mediana de edad de los pacientes al momento de la consulta fue de 40 años, lo cual es similar a lo descrito en otros estudios, en los cuales ésta varía entre 31 y 51 años^{2-6, 16-19}. La distribución por sexos, con un ligero predominio del sexo femenino (55%) es semejante a lo descrito en otros trabajos de investigación^{2, 4, 10, 17, 19-23} y difiere de lo encontrado por Alegre Sánchez quienes observaron predominio en hombres⁶.

La prevalencia de consultas por UD fue del 15% en el mismo período horario. En la bibliografía, el porcentaje de consultas por UD en relación al total de las consultas en los servicios de emergencias varía entre el 2.5 y el 15%^{2-5, 16}. Esta elevada prevalencia evidencia la importancia de la presencia de los MD o con formación dermatológica en el sector de urgencias y/o de la existencia de espacios de atención dedicados a UD, en centros con características similares a los incluidos en el estudio.

Las enfermedades de la piel que motivaron con mayor frecuencia las consultas de urgencia fueron de origen infeccioso, alérgico y neoplásico. Estos hallazgos son similares a lo observado por otros autores, lo cual estaría relacionado con la forma de presentación de estas afecciones^{3-5, 10, 13, 17, 22, 24-26}.

El tiempo de evolución de las dermatosis al momento de la consulta presentó una mediana de 7 días. A su vez, la mitad de las consultas se realizaron en los primeros 7 días de evolución. Esto coincide con los estudios realiza-

dos en India, Alemania y España; y tendría relación con la naturaleza de las enfermedades de consulta por UD^{5, 22}.

Uno de cada dos pacientes evaluados, presentaron cuadros graves con grado 3 o 4, es decir, una UD que podría asociarse con riesgo vital o complicaciones. No se observaron cuadros grado 2, tal vez porque éstos suelen ser asistidos de forma inmediata en la guardia general. En los estudios realizados por Gupta, Ruzza y Grillo el 21, 30 y 51%, respectivamente, de las consultas atendidas en los centros de UD fueron consideradas urgencias^{5, 27-28}.

En el trabajo realizado, del total de las consultas que presentaron gravedad grado 3, se destaca que la mitad correspondió a reacciones adversas a fármacos. En un estudio de Mitra los pacientes que fueron atendidos con cuadros de similar gravedad, presentaron con mayor frecuencia enfermedades ampollares y eritrodermia²⁰. Por el contrario, Rohini evidenció que, en niños, las UD más frecuentes eran las infecciones, seguidas por las reacciones adversas a fármacos²³. Consideramos que estas diferencias podrían deberse a las características de las poblaciones de estudio.

Luego de ser evaluados, al 66% de los pacientes se les indicó control, al 10% en 24-72 horas y al 56% en forma diferida. La indicación de control luego del alta varía en los diferentes estudios publicados entre el 15 y el 70%^{2, 10, 17-19, 22, 24}. Esto podría deberse a la variabilidad del criterio de los médicos intervinientes.

Solo el 0.7% de los pacientes fueron hospitalizados. Esto coincide con lo descrito en la bibliografía (0.3 y el 27%)^{2-5, 8, 10, 16, 17, 19, 26, 29}.

Dado que la población estudiada estaba compuesta por pacientes del SPu y el SPr del Ss se analizó el comportamiento de las variables estudiadas de acuerdo a este factor. En el SPr se observó el doble de consultas a los centros de UD que en el SPu. Esta diferencia se debería a que los pacientes del SPr pueden recurrir a la atención de UD para acortar la demora en la atención ambulatoria. A su vez, se encontraron diferencias en los motivos de consulta en cada subsector. Las neoplasias y el acné fueron más frecuentes en el SPr, y las enfermedades infecciosas y alérgicas en el SPu. Esto estaría condicionado a diferentes criterios de admisión para la atención o a diferencias en la concepción sociocultural de las urgencias por parte del paciente. Por otro lado, se observó que 3 de cada 4 pacientes del SPr recibieron la indicación de control, mientras que solo 1 de cada 3 del SPu fueron citados. Esto obedecería a la demora en los turnos en el SPu o a los impedimentos de los propios pacientes para asistir a los controles. En la bibliografía no encontramos estudios comparativos al respecto, probablemente por diferencias en la composición de los Ss de los distintos países.

En los pacientes que refirieron un diagnóstico previo por el mismo cuadro, la coincidencia entre ambos diagnósticos fue mayor en los evaluados previamente por MD que por MnD (81 vs. 53%). Es decir que, para los atendidos previamente por un MD, la posibilidad de tener un diagnóstico coincidente fue casi tres veces mayor. Los cuadros en los cuales hubo mayores diferencias diagnósticas fueron el acné, las enfermedades alérgicas y eritematoescamosas, las infecciones y las neoplasias. Se observaron similares resultados en la literatura¹⁰⁻¹³. Muchas enfermedades de la piel son desconocidas para los MnD, lo que demuestra la importancia del rol del especialista y la formación en dermatología en la atención de las UD²¹.

Una de las limitaciones de este trabajo es que los diagnósticos de las consultas previas fueron referidos por los pacientes, debido a que no se dispone de un sistema unificado de historia clínica. Por otro lado, el estudio fue realizado durante un mes, lo cual podría incidir en los resultados obtenidos, dada la estacionalidad de algunas enfermedades. A su vez, se desconoce si los resultados podrían ser diferentes en ciudades de menor densidad poblacional o centros de salud de menor complejidad. Por último, no se comparó la prevalencia de las UD con la de otras patologías que constituyen motivos de consulta frecuente en el sector de urgencias.

En conclusión, este estudio encontró que la prevalencia de las consultas por UD es alta y que la posibilidad que tienen los pacientes de recibir un diagnóstico apropiado es mayor si son evaluados por un MD. Estos hallazgos

evidencian la importancia de la presencia de dermatólogos o médicos con formación en dermatología en el sector de urgencias y/o de la existencia de espacios de atención dedicados a las UD. La información obtenida sobre los motivos de consulta más frecuentes es útil para planificar futuras estrategias educativas.

Conflictos de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

- Villalibre Calderón C. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: Revisión histórica y bibliográfica. 2013. En: <http://hdl.handle.net/10651/17739>; consultado septiembre 2020.
- Peart J, Sharma CL, Kovarik BG, Carr M. Prevalence of dermatologic disease in an urban emergency department: A cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 920-1.
- Alpalhão M, Uva L, Soromenho G, Filipe P. Dermatological emergencies: one-year data analysis of 8, 620 patients from the largest Portuguese tertiary teaching hospital. *Eur J Dermatol* 2016; 26: 460-4.
- Baibergenova A, Shear N. Skin Conditions That bring patients to emergency departments. *Arch Dermatol* 2011; 147: 118-20.
- Grillo E, Vanó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Dermatologic emergencies: Descriptive analysis of 861 patients in a tertiary care teaching hospital. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:316-24.
- Alegre-Sánchez A, De Perosanz-Lobo D, Pascual-Sánchez A, et al. Impact on quality of life in dermatology patients attending an emergency department. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108: 918-23.
- Blaise S, Trividic M, Boulinguez S, et al. Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoges. *Ann Dermatol Venerol* 2004; 131: 1098-100.
- Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, et al. Intérêt d'une consultation dermatologique d'urgence dans un centre hospitalier régional Interest of emergency dermatological consultation in a regional hospital. *Presse Med* 2013; 42:e409-15.
- Wilmer E, Gustafson C, Ahn CS, et al. Most common dermatologic conditions encountered by dermatologists and non-dermatologists. *Cutis* 2014; 94: 285-92.
- Baquero-Sánchez E, Bernabeu-Wittel J, Dominguez-Cruz J, Conejo-Mir J. Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital de tercer nivel. *An Pediatr (Barc)* 2015; 83: 397-403.
- Moon AT, Castelo-Soccio L, Yan A. Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 1173-7.
- Tan E, Ang M, Peng L. Dermatological disorders at the emergency department of a tertiary hospital in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2013; 42: 155-6.
- Ramírez-García LM, Bou-Prieto A, Carrasquillo-Bonilla D, et al. Dermatologists in the emergency department: A 6-year retrospective analysis. *P R Health Sci J* 2015; 34: 215-8.
- Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex.* 2011; 53 (Supl. 2): s96-109.
- Gómez Jiménez J, Ramón-Pardo P, Rúa Moncada CJ. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Organización Panameri-

- cana de la Salud. Washington, D. C.: OPS; 2011. En: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf, consultado octubre 2020.
16. Kilic D, Yigit O, Kilic T, Sefa Buyurgan C, Dicle O. Epidemiologic characteristics of patients admitted to the emergency department with dermatological complaints, a retrospective cross-sectional study. *Arch Acad Emerg Med* 2019; 7: e47.
 17. Bancalari Díaz D, Gimeno Mateos L., Cañueto J, Andrés Ramos I, Fernández López E, Román Curto C. Estudio descriptivo de urgencias dermatológicas en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr* 2016; 107: 666-73.
 18. De La Torre Rubio N, Medina Montalvo S, Gómez Zubiaur A, et al. Urgencias dermatológicas: estudio transversal de un hospital de complejidad intermedia. *Med Fam* 2019; 45: 93-100.
 19. Isnard C, Ingen-Housz-Oro S, Fardet L, et al. Dermatological emergencies: evolution from 2008 to 2014 and perspectives. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 274-9.
 20. Mitra M, Chopra A, Saraswat N, Agarwal R, Kumar S. An observational study to describe the clinical pattern of dermatological emergencies from the Emergency Department and Intensive Care Unit: Our experience from a tertiary care hospital in Northern India. *Indian Dermatol Online J* 2019; 10: 144-8.
 21. Strazzula L, Cotliar J, Fox LP, et al. Inpatient dermatology consultation aids diagnosis of cellulitis among hospitalized patients: A multi-institutional analysis. *J Am Acad Dermatol* 2014; 73: 70-5.
 22. Pelloni I, Cazzaniga S, Naldi L, et al. Emergency consultations in dermatology in a secondary referral hospital in Southern Switzerland: A prospective cross-sectional analysis. *Dermatology* 2019; 235: 1-7.
 23. Rohini C, Mathias M, Elizabeth Jayaseelan DN, Mary Augustine M. Spectrum of pediatric dermatological emergencies at a tertiary care hospital in India: a descriptive study. *Int J Dermatol* 2013; 52: 27-31.
 24. Mirkamali A, Ingen-Housz-Oro S, Valeyrie-Allanore L, et al. Dermatological emergencies: a comparative study of activity in 2000. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 27: 916-8.
 25. Hernandoa I, González-López M, Fernández-Llacab J, Loricerc J. Urgencias dermatológicas: estudio descriptivo en un hospital terciario. *Med Fam Semer* 2019; 45: 156-63.
 26. Legoupil D, Davaine AC, Karam A, et al. Évaluation d'une consultation d'urgences en dermatologie. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132:857-9.
 27. Gupta S, Sandhu K, Kumar B. Evaluation of emergency dermatological consultations in a tertiary care centre in North India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 303-5.
 28. Ruzza N, Itin P, 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: 177-82.
 29. Abedini R, Matinfar A, Sasani P, Salehi A, Daneshpazhooch M. Evaluation of patients visiting the Dermatology Emergency Unit of a university dermatology hospital in Tehran, Iran. *Acta Med Iran* 2017; 55: 705-11.