



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

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



ORIGINAL

Estudio de las consultas extraoficiales en un hospital de tercer nivel

F.M. Almazán-Fernández*, A. Clemente-Ruiz De Almirón, S. Arias-Santiago, H.H. El-Ahmed, J.C. Ruiz-Carrascosa y R. Naranjo-Sintes

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

Recibido el 30 de diciembre de 2010; aceptado el 22 de marzo de 2011

Accesible en línea el 17 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Consultas extras;
Centro de trabajo;
Patología banal
dermatológica

KEYWORDS

Unscheduled
consultations;
Workplace;
Trivial skin conditions

Resumen

Introducción: Los dermatólogos somos demandados a diario, en nuestro centro de trabajo, por pacientes sin cita reglada (acompañantes de pacientes, médicos de otras especialidades, trabajadores del centro, etc.).

Objetivos: Descripción de los pacientes demandantes, los motivos de consulta, la gravedad de la patología consultada, la actitud diagnóstico-terapéutica y asistencial de los profesionales demandados.

Resultados: El paciente modelo sería una mujer enfermera de mediana edad que consulta por primera vez por una lesión tumoral melanocítica benigna. En general el dermatólogo tomará una actitud terapéutica empírica o informadora y considera que la atención prestada es similar a un paciente con cita reglada.

Conclusiones: Las consultas no regladas, aunque suelen ser por patología banal, suponen una carga asistencial en la práctica diaria.

© 2010 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Analysis of Unofficial Consultations in a Tertiary-Level Hospital

Abstract

Background: Dermatologists are regularly consulted in their place of work by patients without an official appointment (individuals accompanying other patients, doctors from other specialties, hospital workers, etc.).

Objectives: To describe the characteristics of consulting patients, reasons for consultation, severity of complaint, diagnostic and therapeutic approach taken, and level of care provided by the consulted professionals.

Results: The typical patient would be a middle-aged female nurse consulting for the first time for a benign melanocytic lesion. In general, the dermatologist will take an empirical or informative therapeutic approach and consider the care provided to be similar to that offered to patients with an official appointment.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: almazanweb@yahoo.es (F.M. Almazán-Fernández).

Conclusions: Unofficial appointments, although commonly for trivial complaints, represent an additional workload in daily clinical practice.

© 2010 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

A lo largo de su carrera profesional, y a veces incluso desde su periodo académico universitario, el médico es objeto de multitud de consultas de pacientes externos a su actividad regulada por un servicio de citación. Todos los profesionales de la Medicina en general, y los dermatólogos en particular, podemos recordar algún episodio en el que un improvisado paciente nos consulta alguna cuestión médica en un pasillo, en la calle, en un ascensor... o en nuestra propia consulta.

Los dermatólogos somos, quizás, más propensos que otros especialistas a ser perseguidos por estos pacientes, dada la accesibilidad de la piel y la facilidad para la autoexploración. Además, por esa característica de accesibilidad, en la mayoría de los casos los pacientes confían en que el especialista tendrá una actitud rápida y resolutive.

Para tener un mayor conocimiento de este tipo de consultas no regladas en el ámbito hospitalario hemos realizado este estudio, cuyo objetivo es la descripción de los pacientes demandantes, los motivos de consulta, la gravedad de la patología consultada y la actitud diagnóstico-terapéutica y asistencial de los profesionales demandados. Para ello hemos registrado un total 270 consultas, durante el periodo comprendido entre octubre de 2008 y julio de 2009.

Objetivos

Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

1. Descripción pacientes demandantes.
2. Motivos de consulta más frecuentes.
3. Tipo de actitud diagnóstico-terapéutica.
4. Gravedad de la patología consultada según el especialista.
5. Valoración por parte del especialista de su atención prestada.

Material y métodos

Los datos han sido recogidos por los dermatólogos residentes en formación y por los facultativos especialistas en Dermatología del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, según criterio propio basado en la experiencia, debido a la falta de estudios previos similares.

Criterios de inclusión:

1. No tener cita reglada el día de la consulta.
2. No tener entrada en el Servicio de Urgencias el día de la consulta por ese u otro motivo.
3. Consulta realizada en el ámbito hospitalario.
4. Consulta dermatológica.

El periodo de recogida de datos estaba comprendido entre octubre 2008 y julio 2009. El análisis de los datos se realizó con el programa de SPSS 17.0.

Para la descripción de los pacientes se recogieron datos sobre su edad y sexo, y se dividieron en 5 categorías: acompañantes de pacientes, médicos de otras especialidades, trabajadores del hospital (no médicos), familiares o amigos del médico especialista en Dermatología y visitantes médicos. Los trabajadores del hospital (no médicos) se subdividieron en los siguientes grupos: administrativos, auxiliares de enfermería, celadores, cocineros, enfermeros, limpiadores, técnicos, seguridad y no identificados. También se recogió información sobre si era la primera vez que consultaban por ese motivo, si habían consultado previamente por otro motivo y si el paciente demandante de la asistencia era el propio consultor o si hacía de intermediario para otra persona; a este último fenómeno lo denominamos «gancho».

Los motivos de consulta más frecuentes se clasificaron en 13 grandes grupos de diagnóstico: dermatitis, eczemas, consultas estéticas, infecciones, líquenes, onicopatías, psoriasis, quemaduras, tumores benignos, tumores malignos, trastornos de la pigmentación, patologías quirúrgicas (secundarias a cirugía o heridas) y sin diagnóstico inicial. Posteriormente se subclasificaron según el diagnóstico definitivo, excepto el grupo de «sin diagnóstico inicial», ya que necesitaron pruebas diagnósticas.

La actitud diagnóstico-terapéutica se clasificó en las siguientes categorías: tratamiento médico empírico, biopsia para el estudio histológico, derivación al médico de familia o a la consulta, tranquilizar e informar al paciente, estudio microbiológico o analítico, tratamiento quirúrgico y otros.

La gravedad de la patología consultada fue valorada por el especialista en una escala numérica de 1 a 9, siendo 1 patología leve y 9 patología vital o con necesidad de asistencia urgente. Igualmente, se dividieron los pacientes en aquellos que podrían o no esperar a una cita en consulta, suponiendo un tiempo de espera medio de un mes.

La valoración por parte del especialista de la asistencia prestada, en comparación a un paciente de consulta reglada, se realizó en tres categorías: menor, si el profesional consideraba que no había tratado al consultor con la atención que prestaría a un paciente que acude a consulta normal; normal, si el profesional consideraba que había tenido una actitud similar a un paciente citado en una consulta normal; o mayor, si el profesional había tenido una actitud que él considerara que excedía a su actividad e interés mostrado con un paciente de consulta normal (por ejemplo, que hubiera realizado alguna actividad de enfermería, administrativa, consulta con otros profesionales personalmente sin seguir los protocolos normales, etc. que no realice de forma rutinaria).

Resultados

Descripción de los pacientes demandantes

Se recogieron un total de 270 casos. La mayoría de las consultas las realizaron mujeres, el 63% frente al 37% de

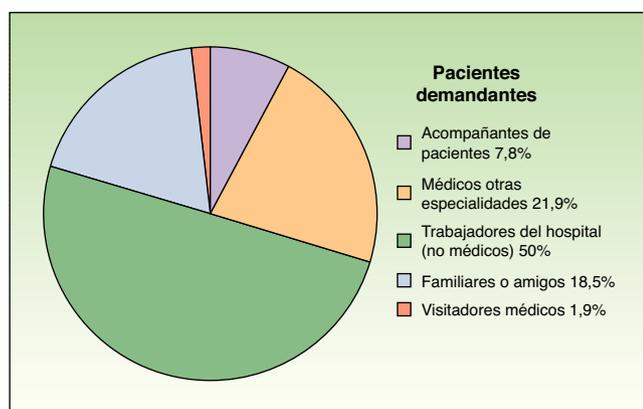


Figura 1 Tipos de pacientes demandantes.

varones, siendo la media de edad de 40,13 años, con valores de edad entre 1 y 92 años.

La mayoría de los consultores eran trabajadores del hospital (no médicos) en un 50% de los casos, seguidos de médicos de otras especialidades con un 21,9%, familiares o amigos del dermatólogo con un 18,5%, acompañantes de pacientes con un 7,8% y finalmente visitadores médicos con un 1,9% (fig. 1).

El grupo con mayor número de consultores se subdividió en los siguientes subtipos que exponemos a continuación con sus frecuencias respectivas en orden decreciente: enfermeros 40,7%, auxiliares de enfermería 27,4%, limpiadores 9,6%, administrativos 5,9%, celadores 5,9%, no identificados 3,7%, técnicos 3,0%, seguridad 2,2% y cocineros 1,5%.

Separados por sexos la mayoría de mujeres consultoras eran enfermeras, seguidas de auxiliares de enfermería, mientras que en el caso de los varones eran médicos de otras especialidades seguidos de familiares o amigos del dermatólogo.

El 74,4% de los casos era la primera consulta que realizaban por ese motivo, frente al 25,6% de los mismos, que volvían a consultar por falta de respuesta terapéutica, revisión, resultados pruebas diagnósticas, etc. El 39,3% de los casos ya habían consultado en otra ocasión al especialista en Dermatología por otro motivo, frente al 60,7% que era la primera vez que realizaba una consulta dermatológica en general.

Otro dato interesante es si estos consultores hacían de «gancho» para otra persona. Este fenómeno se observó en todos los grupos de pacientes menos en el de acompañantes de pacientes. Si tenemos en cuenta sólo los grupos en los que se daba este fenómeno, en el 36,1% de los casos se daba el fenómeno del «gancho», frente al 63,9% en los que el paciente y el consultor eran la misma persona.

Motivos de consulta más frecuentes

El grupo de patologías con mayor número de consultas fue el de tumores benignos, con un 40,4% de los casos, siendo los nevos melanocíticos adquiridos el diagnóstico más frecuente con un 10,7% del total, seguidos de las queratosis seborreicas y verrugas víricas (6,7%) y los fibromas (3,3%) (tabla 1).

El segundo grupo de mayor frecuencia fue el de dermatitis con un 17%, con la dermatitis atópica a la cabeza con

Tabla 1 Motivos de consulta extraoficial más frecuentes

Nevus melanocítico adquirido	10,7%
Queratosis seborreicas	6,7%
Verrugas víricas	6,7%
Alopecia	3,8%
Dermatitis atópica	3,7%
Fibromas	3,3%
Psoriasis	3,3%
Acné	3%

un total del 3,7% de las consultas. La dermatitis seborreica sumó hasta un 2,6% de las consultas.

El tercer grupo fue el formado por consultas estéticas con un 8,9%, en el que destacan los diagnósticos de alopecia con un 3,8% del total, si sumamos los subtipos de alopecias diagnosticados.

El resto de grupos en orden decreciente fueron las infecciones 8,5%, eczemas 5,6%, tumores malignos 4,4%, trastornos de la pigmentación 4,1%, oncopatías 4,1%, psoriasis 3,3% y patologías quirúrgicas 1,9%, quedando los líquenes, las quemaduras y los casos sin diagnóstico con menos del 1% en cada uno.

En resumen, los 6 diagnósticos más frecuentes ordenados de mayor a menor fueron: nevos melanocíticos adquiridos (10,7%), queratosis seborreicas y verrugas víricas (6,7% ambas), dermatitis atópica (3,7%), fibromas y psoriasis (3,3%).

Tipo de actitud diagnóstico-terapéutica

La actitud terapéutica más frecuente por parte de los especialistas fue el instaurar un tratamiento empírico en un 54,1% de los casos. Tranquilizar e informar a los pacientes fue la segunda actitud tomada con mayor frecuencia en un 22,6% de los casos, y en un 13% se optó por un tratamiento quirúrgico. En otro 6% se solicitó estudio analítico, en un 2,6% se derivó a su médico de familia o, con el mismo porcentaje, se optó por realizar estudio histológico para confirmación diagnóstica (biopsia). En menos del 2% se optó por estudio microbiológico o por otro tipo de actitud diagnóstico-terapéutica (derivación a otros especialistas, estudio de imagen, etc.).

Gravedad de la patología consultada según el especialista

Los especialistas valoraron la gravedad de cada consulta en una escala del 1 al 9, según fuera de menor o mayor importancia. Los resultados siguen una curva descendente. El 61,1% se catalogaron con el 1, el 18,5% con el 2, el 10,7% con el 3, el 3,7% con el 4, el 2,6% con el 5, el 1,1% con el 6, el 0,7% con el 7, el 1,1% con el 8 y el 0,4% con el 9.

Del mismo modo, se clasificaron los pacientes en aquellos que podrían esperar a una cita en consulta, suponiendo un mes de espera, que fueron un 87% de los mismos, mientras que el 13% se consideró que necesitaba una asistencia más urgente.

Valoración por parte del especialista de su atención prestada

En el 75,9% de los casos los especialistas valoraron que el trato y atención prestada al paciente era similar al que prestan a un paciente citado en consulta. En el 15,6% los especialistas consideran que mostraron más interés en el paciente que el prestado a un paciente de consulta, realizando actividades que no suelen llevar a cabo en su actividad laboral rutinaria. Finalmente, en el 8,5% la atención al paciente fue considerada como menor en comparación a un paciente normal citado en consulta.

Discusión

En la práctica diaria el especialista en Dermatología se enfrenta en multitud de ocasiones a consultas rápidas en pasillos, consultas, despachos, etc. en su centro de trabajo. Esta actividad, condicionada por la accesibilidad del órgano objeto de estudio de los dermatólogos, la piel, no está regulada, registrada ni organizada y supone un gran gasto de tiempo y, en ocasiones, de recursos. Aunque este estudio está situado en el ámbito hospitalario, no hay que despreciar las consultas a las que se ve sometido el especialista médico, en este caso el dermatólogo, fuera de su lugar de trabajo.

El entorno de trabajo del dermatólogo va a condicionar las características del paciente demandante. En este estudio, en nuestro ámbito hospitalario, el prototipo de consultor es una mujer, enfermera de mediana edad. Creemos que estas tres características vienen definidas por el centro, ya que es mayor el número de mujeres enfermeras que de hombres enfermeros, y la edad media coincide con la edad media hospitalaria.

Como hemos visto, la patología consultada era principalmente banal según el especialista, y los motivos de consulta más frecuentes eran los tumores benignos, con los nevos melanocíticos a la cabeza (10,5%), seguidos de las queratosis seborreicas (6,3%) y verrugas de origen viral (6,7%). Estos datos se parecen en parte al estudio llevado a cabo por Tejera-Vaquero et al¹, en el que recogen los motivos de consulta adicionales (no incluidos en la hoja de derivación de Atención Primaria) de los pacientes dermatológicos. Para ellos los motivos de consulta más frecuentes eran los nevos melanocíticos con un 18% (nevos intradérmicos 11,5% más nevos melanocíticos comunes 6,5%), pero eran seguidos por eccemas (11%), acné y verrugas virales (6,8%), y después aparecían las queratosis seborreicas y los quistes (6,3%). Creemos que las características demográficas de los pacientes condicionan los motivos de consulta. Por ejemplo, si comparamos el estudio de Tejera-Vaquero con el nuestro la media de edad era menor, ya que la mitad de los pacientes se encontraba entre los 10 y 40 años, y el acné se posiciona entre los motivos de consulta más frecuentes (6,8%); sin embargo, en nuestro estudio la media de edad está por encima de 40 años y el acné está fuera de los 5 diagnósticos más frecuentes con un 3% de los casos.

Esta actividad asistencial no regulada supone un ahorro al Sistema Público de Salud (SPS) que no es despreciable. Los 270 casos analizados supondrían, si atendemos al precio de una primera consulta de dermatología (Programa de

Control de Gestión de Hospitales Andaluces COAN hyd y Módulo de Costes Totales del COAN)², y teniendo en cuenta que el 74,4% de los casos era la primera vez que consultaban por ese motivo, un gasto aproximado de más de 26.000 euros ahorrados al SPS solo en primeras consultas, y más de 2.000 euros adicionales si tenemos en cuenta el 25,6% de consultas de revisión. Sí es cierto que un 20% de esas consultas sí conlleva un consumo de recursos hospitalarios, a pesar de no estar regladas (tratamientos quirúrgicos, estudios histológicos o analíticos, etc.), pero más de la mitad de los pacientes reciben un diagnóstico y un tratamiento empírico que, *a priori*, no consume recursos hospitalarios. También tenemos que tener en cuenta que un 2,6% de los pacientes son derivados a su médico de familia, por lo que se inicia el circuito normal de consulta, y por lo tanto consumirán recursos sanitarios que deberíamos restar también al ahorro mencionado.

Esta actividad no regulada, además, supone una carga asistencial para los dermatólogos que se suma a los motivos de consulta adicionales de los pacientes citados¹, y supone también gran parte de la actividad asistencial que realizan los residentes de Dermatología en sus guardias correspondientes. Evidentemente, algunos profesionales se niegan a la realización de esta actividad o han conseguido regularla en sus agendas diarias, siendo en estos casos inexistente la sobrecarga asistencial. Pensamos que estas consultas (no reguladas y consultas adicionales), por consenso entre los profesionales participantes del estudio, podrían suponer un aumento, incluso de una cuarta parte, en la carga asistencial de los especialistas en Dermatología (sumando actividad diaria por citación y actividad dermatológica en horario de guardias de residentes), sobre todo si añadimos el proceso del fenómeno de «gancho» en el que muchas veces asocia un primer encuentro con la persona que actúa de gancho para solicitar permiso, ya que en estos encuentros se suele describir la clínica que presenta el paciente real, con el consumo de tiempo que conlleva, y en la mayoría de los casos, posteriormente, el especialista acaba necesitando verlo para realizar su actividad profesional. Esta afirmación, obtenida por consenso, se basa en que no es raro que entre 4 y 6 personas diarias sean vistas de esta manera, entre los 20-25 pacientes que son vistos según la agenda, teniendo en cuenta el absentismo de pacientes (que según Tejera-Vaquero et al¹ puede ser del 18%). Y a esto tenemos que sumar que esta actividad se dispara durante las guardias dermatológicas que llevan a cabo los residentes participantes.

Las circunstancias que rodean estas consultas podrían hacer pensar que conllevan una peor praxis médica debido a, por ejemplo, una escasa atención por parte del especialista. Sin embargo, en este estudio se pone de manifiesto que en el 75,9% de los casos el especialista prestó una asistencia similar a un paciente citado, y en un 15,6% superior. Por tanto, las ventajas de este tipo de consultas no oficiales son claras: rapidez, sin esperas, sin gastos...³ pero las desventajas no están tan claras a la luz de estos resultados, ya que la atención prestada es de una calidad similar a la de las consultas regladas. En esta línea sería interesante analizar las condiciones ambientales en las que se realizan estas consultas (iluminación, privacidad, higiene, etc.), ya que muchas de ellas se realizan en pasillos, despachos, salas de juntas, etc. que no reúnen las condiciones óptimas que se necesitan en

una consulta de Dermatología. El conjunto de características que rodea esta actividad asistencial: tipos de pacientes, lugar de consulta, motivos de consulta, etc. hacen que para Guberman et al estos pacientes no deban llamarse así, y recomiendan el término «solicitante»³. En este sentido de mala praxis, también podíamos incluir en muchos de estos casos, sobre todo en el fenómeno del «gancho», el llamado «síndrome del recomendado» de los Dres. Sanz Rubiales et al⁴. Estos autores afirman que se comenten muchos errores médicos al intentar realizar una asistencia más esmerada en algunos pacientes. Los errores más importantes son debidos a la actitud del propio paciente, el empleo ineficiente de los recursos sanitarios, la ausencia de un registro adecuado de datos en la historia clínica y el cambio en la conducta habitual en la indicación y la interpretación de los estudios diagnósticos y en el tratamiento de estos enfermos. Manteniendo una conducta habitual con estos enfermos se consigue corregir la mayoría de estos errores.

En conclusión, hemos querido analizar esta realidad a la que se enfrenta el especialista de Dermatología día a día en su centro de trabajo, y de la que no existen estudios similares al respecto. El paciente o «solicitante» modelo sería una mujer enfermera de mediana edad que consulta por primera vez por una lesión tumoral melánica benigna. En general, el dermatólogo tomará una actitud terapéutica empírica o informadora y considera que la atención prestada es similar a un paciente con cita reglada. Esta actividad complementaria no reconocida supone una carga adicional a los especialistas y, en el caso de los residentes se suma a su formación y es un gran

peso en sus inicios asistenciales, sobre todo en patología banal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los especialistas en Dermatología del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, en especial a los residentes, y a todos los residentes asistentes al Congreso para Residentes de Dermatología de Valencia 2009 que premiaron este trabajo.

Bibliografía

1. Tejera-Vaquerizo A, Huertas-Aguayo MC, Pérez I, Illescas-Estévez M. Estudio de los motivos de consultas adicionales en una consulta ambulatoria de dermatología: «Doctor, pues ya que estoy aquí...». *Piel*. 2008;23:540-3.
2. Almazán-Fernández FM, Serrano-Ortega S, Moreno-Villalonga JJ. Estudio de Descripción de Costes sobre el diagnóstico y tratamiento del Melanoma cutáneo. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:785-91.
3. Guberman D, Vardy DA, Klaus SN. Corridor dermatology consultation in passant. *Arch Dermatol*. 1994;130:233-4.
4. Sanz Rubiales A, Del Valler Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. El síndrome del recomendado. *An Med Interna*. 2002;19:430-3.