

R. Carrascosa^{a,*}, G.E. Solano-López^a, E. Vargas^a
y J. Fraga^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rachel170786@gmail.com

(R. Carrascosa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.06.003>

Resultados de un estudio de la actividad realizada durante 2 años en consultas de dermatología de un hospital universitario

Results of a 2-Year Study of Outpatient Activity in the Dermatology Department of a University Hospital

La dermatología es una especialidad médico-quirúrgica en la que la mayor parte del trabajo diario se desarrolla en consultas externas. Sin embargo, existen pocos trabajos que recojan la actividad en las consultas externas de dermatología¹⁻³, y analizan espacios cortos de tiempo.

Conocer qué enfermedades consumen mayor cantidad de recursos facilita la toma de decisiones y el orden en que estas deben tomarse para mejorar los resultados en salud, eficiencia, uso de tecnologías y gestión de recursos humanos^{1,4}.

Recientemente se han publicado algunos trabajos sobre la enfermedad atendida en urgencias^{5,6} en algunos hospitales españoles, con datos obtenidos a partir de fuentes distintas de la historia clínica electrónica (HCE) y sin la utilización de un lenguaje controlado, así como estudios sobre la actividad quirúrgica utilizando HCE^{7,8}.

Presentamos los resultados más relevantes del registro de la actividad realizada en las consultas externas del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), que atiende a las poblaciones de Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio (toda la actividad se realiza en el hospital) en los años 2009 y 2010. Los datos empleados en el estudio se obtuvieron de una base de datos creada para este fin y extraída de la HCE y con diagnósticos ajustados a un vocabulario local creado en diciembre de 2008 y basado en *Snomed Clinical Terms*[®] (*Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms* [SNOMED CT]). La lista de vocabulario local para diagnósticos y procedimientos se creó de forma conjunta con la Unidad de Codificación del hospital, y permitió unificar los problemas de salud para poder analizar los datos después.

Entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010 se analizaron el número de visitas realizadas en cada año, el número de visitas por enfermedad y por paciente y enfermedad, los procedimientos realizados de forma global y asociados a cada una de las enfermedades. Se consideró un procedimiento cualquier clase de actividad proporcionada por un profesional sanitario o por una organización sanitaria para el beneficio de un sujeto de la asistencia, y por tanto la fototerapia se incluye dentro de los procedimientos.

La distribución por sexos, el número total de encuentros y procedimientos realizados y el número de visitas y

procedimientos por enfermedades fue muy similar en los 2 años estudiados.

Los procesos patológicos que más recursos consumieron en número de visitas/año fueron la psoriasis, los nevos melanocíticos adquiridos y las verrugas vulgares. Cada diagnóstico nuevo de nevo, sin embargo, generó pocas revisiones, al contrario que la psoriasis o las verrugas vulgares que lo hicieron en mayor medida. En cuanto a los procedimientos la psoriasis fue la enfermedad que mayor número generó, seguida por las verrugas vulgares.

A partir de los datos obtenidos en este estudio podemos afirmar que la psoriasis es la enfermedad dermatológica que más recursos consume, ya que motiva una de cada 10 visitas realizadas al Servicio de Dermatología del HUF, a pesar de ser una enfermedad con una incidencia y prevalencia menor que otras como los nevos melanocíticos adquiridos, las queratosis seborreicas y actínicas o el acné.

Pensamos que la intervención y actuación sanitaria en las enfermedades que consumen tantos recursos por el número de visitas y procedimientos realizados, más que por la gravedad de los mismos o de la dolencia en sí, revertiría en una mayor eficiencia del sistema sanitario.

Bibliografía

1. Graells J, García D. Grupos diagnósticos ambulatorios en dermatología. Estudio en un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:613-7.
2. Lopes LR, Kundman D, Duarte IA. Dermatoses frequency evaluation in the ambulatorial attendance of dermatology. *An Bras Dermatol.* 2010;85:264-6.
3. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SK, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *Br J Dermatol.* 2008;159:413-8.
4. Borbujo J. La gestión en la práctica diaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:270.
5. Rodríguez-Martín M, Saez M, Merino de Paz N, Contreras Ferrer P, Pestana Eliche M, Noda Cabrera A. Emergencies in dermatology outpatient clinics: Our experience in Spain. *Eur J Dermatol.* 2012;22:408-9.
6. Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:316-24.
7. Córdoba S, Caballero I, Navalón R, Martínez-Sánchez D, Martínez-Morán C, Borbujo J. Análisis de la actividad quirúrgica realizada en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (2005-2010). *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:38-43.
8. Córdoba S, Caballero I, Navalón R, Martínez-Sánchez D, Martínez-Morán C, Borbujo J. Análisis de la actividad quirúrgica realizada en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (2005-2010): establecimiento de los tiempos quirúrgicos estándar (TQEs). *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:141-7.

C. Martínez-Morán^{a,*}, S. Córdoba^a, R. Navalón^b
y J. Borbujo^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Área de Gestión de Pacientes, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: cmmoran@salud.madrid.org,
crismmoran@hotmail.com
(C. Martínez-Morán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.05.009>

Edema palpebral bilateral asociado a crisis hipotiroidea

Bilateral Eyelid Swelling Associated With Acute Hypothyroidism

El párpado, debido a la especial laxitud del tejido celular subcutáneo, por infiltración en sus espacios intersticiales, puede sufrir notables deformaciones. El grado de un edema puede oscilar entre una simple tumefacción del reborde ciliar hasta un importante aumento del tejido periorcular, ocasionando en algunos pacientes una disminución e incluso la oclusión de la hendidura palpebral. El diagnóstico diferencial del edema palpebral es complejo y requiere realizar una exploración física cuidadosa y considerar causas inflamatorias y no inflamatorias. Entre las no inflamatorias hay que destacar la crisis hipotiroidea, como en el caso expuesto¹.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años que consultó por un edema palpebral bilateral de una semana de evolución de aparición súbita, no doloroso ni pruriginoso. Entre los antecedentes personales destacaba un hipotirodismo de origen autoinmune (tiroiditis de Hashimoto) desde hacía 5 años en tratamiento con terapia hormonal sustitutiva (75 mcg/día de levotiroxina), una hepatitis autoinmune tratada con prednisona 7,5 mg al día vía oral desde hacía un año y una HTA controlada con enalapril de 20 mg al día vía oral. Acude a nuestra consulta por edema bupalpebral de 24 h de evolución. La paciente no refería ingesta de nuevos fármacos, traumatismos ni posibilidad de picadura o contacto con ningún cosmético en la zona. A la exploración se observaba un edema blando bilateral más acentuado en el lado derecho con un discreto eritema, sin crepitación, vesículas ni descamación (figs. 1 y 2). No presentaba alteración de la agudeza visual o movilidad ocular ni tampoco lesiones cutáneas a otro nivel. La analítica completa que se realizó era normal, pero mostraba una TSH de 50,3 mIU/l y una tiroxina libre disminuida de 0,5 ng/dl. Se ajustó el tratamiento con levotiroxina a dosis altas (500 mcg/día) y se incrementó la dosis de prednisona oral para reducir la inflamación (15 mg/día). A los 7 días de la primera visita la TSH había descendido a 35 mIU/l y las hormonas tiroideas se habían normalizado, coincidiendo todo ello con una importante mejoría del edema palpebral. Una semana después el cuadro dermatológico estaba en total remisión (fig. 3) y la TSH había descendido hasta 20 mIU/l.

Las características y evolución clínica confirmaron el diagnóstico de edema bupalpebral asociado a insuficiencia tiroidea aguda.



Figura 1 Edema palpebral de 24 h de evolución no caliente ni doloroso y más acentuado en lado derecho.



Figura 2 Edema bupalpebral a las 72 h desde el inicio, que infiltra la raíz nasal.



Figura 3 Resolución del edema tras mejoría de la crisis hipotiroidea.