



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Hospitalización del paciente dermatológico, ¿dónde, cuándo y por qué?



Hospitalization of Dermatologic Patients: Why, When, and Where?

C. Martínez-Morán* y J. Borbujo

Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

La actividad hospitalaria se estructura en 4 parcelas: hospitalización, urgencias, quirófano y consulta. Tradicionalmente la dermatología es una especialidad que basa la mayor parte de su actividad en la consulta¹⁻⁴ y en el quirófano^{5,6}.

La responsabilidad del dermatólogo en el paciente hospitalizado (o en la actividad de hospitalización) se limita cada vez más a las interconsultas. Esto contrasta con otros campos de la dermatología en continuo desarrollo, como la cirugía, la estética y la cosmética, cada vez más ligados a la figura del dermatólogo. El número de pacientes que ingresa a cargo del servicio de dermatología cada vez es menor, a pesar de que el número de ingresos por problemas cutáneos y el gasto sanitario derivado del paciente dermatológico hospitalizado está en aumento⁷⁻⁹.

Por qué hospitalizar en dermatología

El dermatólogo es el especialista en el cuidado de la piel, el pelo, las uñas y las mucosas y su formación se dirige a diagnosticar y tratar los problemas cutáneos. Probablemente sea por ello que se ha demostrado su superioridad en el diagnóstico y manejo de las enfermedades de la piel y anejos cuando se les compara con otros médicos^{6,8,10-14}.

Las enfermedades de la piel pueden llegar a suponer hasta el 6% de las consultas realizadas en atención primaria,

y hasta la cuarta parte de los pacientes que acuden a dichas consultas tienen alguna enfermedad cutánea, aunque esta no sea el motivo de consulta⁸.

Algunos artículos de la literatura^{1,7,8,14,15} advierten cómo el dermatólogo desempeña un papel cada vez menos protagonista en la atención de los pacientes ingresados por problemas dermatológicos. Kirsner et al.¹⁵ realizan una encuesta acerca del estado de la hospitalización en los diferentes servicios de EE.UU. con programas de formación de residentes en 1997 y lo comparan con la situación en 1982. El 79% de los servicios que contestaron a la encuesta habían reducido su actividad de hospitalización. Hasta la mitad de los servicios que contaban con camas de dermatología en 1982 ya no disponían de ellas en 1997, y la media de pacientes ingresados descendió de 119 a 36,5 entre 1982 y 1997, y concluyen que esos pacientes y sus enfermedades dermatológicas siguen ingresando en los hospitales a cargo de otros especialistas.

Varios trabajos demuestran que cuando se solicita una interconsulta para la evaluación de lesiones cutáneas, ya sean o no el motivo de ingreso, el dermatólogo tiene un impacto significativo, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes¹⁶⁻¹⁹. En el estudio de Lissy Hu et al.⁷ hasta en el 95% de los pacientes se realizó algún cambio en el tratamiento, y el 45% de los diagnósticos fue modificado tras la consulta con dermatología respecto al diagnóstico inicial emitido por el servicio a cargo del que el paciente estaba ingresado. Esto concuerda con algunos estudios previos en los que el error en el diagnóstico de los problemas dermatológicos en pacientes ingresados en otros servicios oscila entre el 30% y el 80%^{16,19,20}. En todos ellos, además, se observa que ese diagnóstico erróneo no ocurre

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmmoran@salud.madrid.org
(C. Martínez-Morán).

en enfermedades cutáneas raras, sino en toxicodermias, celulitis y dermatitis alérgicas de contacto o dermatitis de estasis^{7,18-21} que pueden resultar difíciles de reconocer para el resto de especialistas del hospital, pero que no suponen un problema diagnóstico para los dermatólogos. Además, otros trabajos demuestran que cuando es el dermatólogo el que valora a los enfermos con enfermedad cutánea, realiza menos pruebas complementarias que otros especialistas, lo que evita la realización de estudios que resultan molestos a los pacientes y generan gastos innecesarios al hospital²². Todos estos artículos coinciden en el beneficio que supone para cualquier paciente con afección cutánea, y esto incluye a los ingresados, la atención por parte de un especialista en dermatología que al realizar un diagnóstico más certero podrá instaurar el mejor tratamiento de forma más precoz con las ventajas inherentes a la precocidad del diagnóstico, y por otro lado además producirá un impacto económico positivo.

Las celulitis y otras infecciones bacterianas de la piel y los anejos son las responsables del mayor número de visitas a urgencias y de ingresos hospitalarios^{2,3,23-25} y suponen, según los trabajos, hasta el 70% de los ingresos por enfermedades dermatológicas²⁶. En un estudio realizado en Europa se estima que solo el 7% de las celulitis requieren ingreso, y sin embargo suponen el 83% del total del coste de tratamiento de ese proceso patológico²⁷. Además, el porcentaje de ingresos hospitalarios por infecciones de la piel y los anejos respecto del total de ingresos continúa en aumento en EE. UU.²⁸, posiblemente debido a las resistencias bacterianas que aumentan también en todo el mundo, y aun así y a pesar de estos datos cada vez es menor el número de pacientes ingresados a cargo de dermatología.

En un estudio²³ la interconsulta a dermatología en la valoración de pacientes con celulitis se relacionó con un aumento en la estancia media, lo que probablemente, proponen, tuvo relación con un error diagnóstico previo y la consecuente mala respuesta al tratamiento antibiótico. En el 33% de las ocasiones en que el dermatólogo fue avisado, se dio un diagnóstico alternativo como lipodermatoesclerosis o dermatitis de estasis.

Dado que el error diagnóstico en las celulitis aumenta la estancia media y la morbimortalidad, sería interesante hacer un esfuerzo en afinar el diagnóstico y distinguir la celulitis de sus imitadores^{29,30} para evitar además tratamientos antibióticos innecesarios. Levell et al.³¹ proponen que el dermatólogo participe en todos los casos en los que se diagnostica una celulitis, aunque no requiera ingreso hospitalario.

Estos datos se extraen de los trabajos en los que se analizan las celulitis y las infecciones bacterianas de la piel, pero muchas otras enfermedades dermatológicas requieren ingreso y manejo por parte del especialista en dermatología.

Otro asunto que tratan varios artículos que hablan de la hospitalización en dermatología es el de los residentes^{14,15}, que como futuros especialistas en dermatología deben formarse de manera integral en todos los campos de la dermatología. Se forman en consulta, en cirugía y en la atención en urgencias, y también deberían hacerlo en los pacientes hospitalizados.

De los datos expuestos anteriormente se concluye que las enfermedades de la piel siguen siendo un motivo de ingreso en los hospitales, y si no son los dermatólogos los

que los ingresan otros especialistas lo harán en nuestro lugar.

Por todos estos motivos pensamos que sería importante que los pacientes con problemas cutáneos que para el manejo de su enfermedad requieran ingreso hospitalario sigan siendo atendidos «dentro del hospital» por un dermatólogo, que es el médico que está mejor preparado para su atención.

Cuándo hospitalizar en dermatología

Los criterios de ingreso en dermatología no están definidos y algunos autores como Ayyalaraju et al.³², en un estudio llevado a cabo en 2 centros en Cardiff y Miami, encuentran que el principal motivo de ingreso en ambos hospitales fue la extensión o gravedad de la enfermedad cutánea.

En términos generales, cualquier paciente que por gravedad o extensión de sus lesiones cutáneas requiera manejo hospitalario debido a que los tratamientos y/o cuidados necesarios no puedan ser administrados en régimen ambulatorio o de hospital de día, podría ser ingresado a cargo del servicio de dermatología, y cuando la situación general del paciente o sus comorbilidades lo requieran, se solicitará la participación de otros especialistas del hospital para asegurar la mejor atención sanitaria.

Debido a que uno de los objetivos de este artículo es recordar que la dermatología y la hospitalización son términos actualmente algo alejados, podríamos dividir de forma discrecional a los pacientes con enfermedades de la piel que ingresan en un hospital en 3 grupos:

- Pacientes que ingresan «siempre» en dermatología: enfermedades puramente dermatológicas (ampollosas autoinmunes, psoriasis y dermatitis atópica, pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas por el servicio de dermatología) que no ingresan en general en otros servicios.
- Pacientes que pueden ingresar tanto en dermatología como en otros servicios del hospital: celulitis e infecciones bacterianas, viriasis con expresión cutánea, vasculitis con síntomas sistémicos y cutáneos, etc.
- Pacientes que ingresan en otros servicios actualmente y que pensamos que deberíamos «recuperar» y volver a ingresarlos nosotros: úlceras cutáneas crónicas, vasculitis, etc.

Otra forma de clasificar a los enfermos que ingresan en el servicio de dermatología podría ser el ámbito a partir del que se realiza el ingreso. En dermatología, al igual que en el resto de especialidades médicas o quirúrgicas, los pacientes ingresan en el hospital procedentes de 3 ámbitos: urgencias, consulta y quirófano.

Podemos, así, agrupar a los pacientes en el ámbito desde el que proceden y por sus características especiales en un último grupo de pacientes menores de 18 años.

Pacientes que ingresan desde quirófano

Los motivos por los cuales un paciente quirúrgico es hospitalizado son varios: grandes cirugías que requieran

seguimiento de la herida quirúrgica por riesgo de hemorragia y/o de complicaciones, pacientes que por limitaciones en el cuidado domiciliario precisen ingreso para cuidados de la herida o aquellos que necesiten la administración de tratamiento antibiótico intravenoso por sospecha de infección.

Pacientes que ingresan desde urgencias

La mayoría de los pacientes que ingresan en dermatología lo hacen desde este ámbito. En la [tabla 1](#) se enumeran los diferentes cuadros clínicos que pueden precisar ingreso en dermatología para su control, y en la [tabla 2](#) detallamos algunos motivos de ingreso independientemente de la enfermedad de base que presente el paciente.

Pacientes que ingresan desde consulta

Este punto se superpone al anterior, puesto que los pacientes que requieren ingreso en dermatología pueden acudir al hospital a través del servicio de urgencias o directamente a la consulta. Es más frecuente que los pacientes que ingresen desde consulta sean aquellos con enfermedades cutáneas crónicas que realizan un seguimiento en dermatología: psoriasis, dermatitis atópicas, urticarias, eccemas crónicos, vasculitis... En ocasiones dicha revisión en la consulta coincide con exacerbaciones o empeoramientos de su enfermedad, y es desde allí desde donde se decide el ingreso que se cursará de forma programada o con carácter urgente.

Pacientes pediátricos

La mayoría de los pacientes menores de 18 años que ingresan lo hacen desde urgencias, por enfermedades como dermatitis atópica con mal control ambulatorio, celulitis y otras infecciones de la piel y anejos que precisan tratamiento antibiótico intravenoso, gingivoestomatitis herpéticas u otras estomatitis que comprometen la ingesta, como el eritema exudativo multiforme con compromiso de la mucosa oral. Cuando los pacientes son lactantes y en el primer año de vida, los ingresos suelen realizarse de manera conjunta con el servicio de pediatría para asegurar el mejor manejo debido a las características especiales de este grupo de edad.

Las causas por las que un paciente requeriría ingreso en dermatología incluyen³³: infecciones de la piel y anejos: bacterianas, víricas, fúngicas y por parásitos; enfermedades ampollosas; eritrodermias de cualquier causa; vasculitis para estudio y tratamiento, psoriasis y dermatitis atópicas severas, úlceras con mala evolución o con infección secundaria que no se maneje de forma ambulatoria y los pacientes con lesiones en la mucosa oral agudas o crónicas que no toleren alimentación e hidratación por vía oral. Los pacientes en los que sospechamos una enfermedad artefacta también son candidatos a ingresar, en ocasiones para poder hacer el diagnóstico y en otras para iniciar el contacto con el servicio de psiquiatría.

Tabla 1 Criterios de ingreso en dermatología (por cuadros clínicos y enfermedades)

Paciente con infecciones bacterianas de piel y/o anejos (celulitis, erisipelas, linfangitis, etc.) que por localización de las lesiones, comorbilidades y edad de los pacientes, gravedad de la infección o fracaso del tratamiento antibiótico oral, o limitaciones para realizar tratamiento ambulatorio sean candidatos a recibir un tratamiento antibiótico intravenoso
Pacientes con exantemas con sospecha de ser de etiología vírica (varicela, VEB, CMV, parvovirus, etc.) con manifestaciones sistémicas o analíticas acompañantes (leuco/trombocitopenia/anemia, elevación importante de PCR, afectación hepática o renal, etc.) que requieran seguimiento estrecho
Pacientes con exantema de probable causa medicamentosa cuya gravedad, datos analíticos o extensión de las lesiones requieran manejo hospitalario
Vasculitis cutáneas predominantemente que precisen ingreso por su gravedad, extensión o con manifestaciones sistémicas en otros órganos diana
Pacientes con urticarias agudas o crónicas con un mal manejo ambulatorio que requieren ingreso para tratamiento intravenoso
Eccemas diseminados o sobreinfectados (dermatitis atópicas, erupción variceliforme de Kaposi, etc.) que no puedan ser manejados de manera ambulatoria
Enfermedades eritematodescamativas (psoriasis, pitiriasis rubra pilaris, etc.) que por extensión, complicación o gravedad del cuadro requieran ser ingresadas para su manejo o tratamientos intravenosos
Pacientes con estomatitis graves (víricas, eritema exudativo multiforme, etc.) que precisen ingreso para asegurar su hidratación y un adecuado balance nutricional al estar comprometida la ingesta
Pacientes con eritrodermia de cualquier etiología
Pacientes con enfermedad cutánea inflamatoria (enfermedades ampollosas, dermatosis neutrofílicas, etc.) que requiera ingreso para inicio de tratamiento sistémico con bolos de corticoides iv u otros tratamientos con elevada toxicidad o para control del proceso patológico hospitalizado
Pacientes con úlceras cutáneas crónicas que precisen un manejo hospitalario por sobreinfección o necesidad de tratamiento intravenoso
Pacientes en postoperatorio de cirugía dermatológica que presenten complicaciones que requieran ingreso hospitalario
Pacientes con sospecha de SSJ/NET
Pacientes con sospecha de síndrome de la piel escaldada estafilocócica
Dermatosis artefactas que en ocasiones requieren ingreso para su diagnóstico, o para iniciar el abordaje por parte de psiquiatría

CMV: citomegalovirus; SSJ/NET: síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica; VEB: virus de Epstein Barr.

Tabla 2 Criterios de ingreso en dermatología (por situaciones —independientes de la enfermedad que las produce— que precisan ingreso hospitalario)

Enfermedad cutánea con manifestaciones sistémicas (fiebre elevada con mal control ambulatorio, mal estado general o alteraciones analíticas que en el contexto clínico del paciente aporten criterios de gravedad que hagan recomendable que el enfermo sea ingresado)
Extensión y gravedad de lesiones cutáneas
Necesidad de recibir tratamiento intravenoso
Necesidad de fluidoterapia y soporte nutricional por intolerancia oral por dolor en relación con lesiones orales
Inicio de tratamientos sistémicos con elevada toxicidad o de corticoides intravenosos en bolos
Tratamientos tópicos complejos que requieran «educación» en su aplicación o que precisen de cuidados de enfermería en su inicio
Necesidad de uso de la bañera terapéutica
Situaciones (por enfermedad dermatológica) que requieran aislamiento

Discusión

Pensamos que los pacientes cuyo motivo de ingreso sea un problema cutáneo, deben ingresar en dermatología, y si así lo precisaran, serían además atendidos por algún otro servicio que asegure el adecuado manejo global del paciente.

El diagnóstico en dermatología es probablemente la parte más complicada de nuestra especialidad, y esto explica que en la mayoría de los artículos los autores muestren que en las interconsultas solicitadas de pacientes con enfermedad cutánea seguidos en otros servicios se detecte un error diagnóstico en enfermedades que, *a priori*, no supondrían un reto para el dermatólogo.

La pérdida de terreno de la especialidad en la hospitalización contrasta con la ganancia en campos como la cirugía^{34,35} o la dermatología cosmética y estética, cada vez más vinculadas a nuestra especialidad.

Pensamos que hospitalizar en dermatología ofrece una atención sanitaria de calidad a los pacientes, impacta de forma positiva en los costes y genera una mayor confianza y valoración de los dermatólogos por parte del resto de especialistas del hospital. Además, asumir procesos patológicos que actualmente ingresan en otros servicios ayudaría a dimensionar mejor los servicios de dermatología y posiblemente a aumentar el número de recursos humanos.

Para convencer a los órganos de dirección del hospital de que hospitalizar en dermatología es coste eficiente y necesario, disponemos de una serie de indicadores.

Índice de estancia media ajustada (IEMA). El cálculo del IEMA se basa en un ajuste de tasas por el método indirecto agrupando los episodios de hospitalización en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) y excluyendo dentro de cada GRD los episodios con estancias de 0 días y alta domiciliaria (*outliers* inferiores) y aquellos con estancia superior a un punto de corte calculado para cada GRD (*outliers* superiores). Un *índice global* inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente respecto al año anterior. El IEMA permite asignar recursos económicos y asistenciales a un servicio.

Conclusiones

Son varias las razones por las que pensamos que los pacientes con enfermedad cutánea que requieren ingreso hospitalario deben ingresar en dermatología:

1. El paciente se beneficia de la atención de su enfermedad por parte de los especialistas en dermatología, que son los que cuentan con formación y experiencia en la atención a estos problemas.
2. Los residentes deben formarse en todos los ámbitos, al igual que se forman en consulta, en cirugía y en urgencias deben hacerlo en el manejo del paciente ingresado.
3. Que el dermatólogo participe de forma directa en la hospitalización de los pacientes con enfermedades de la piel redundaría en la mejor valoración de nuestra especialidad por parte de otros servicios del hospital.
4. Aumenta el número de recursos humanos adscritos a dermatología con los beneficios inherentes para cada servicio y para la especialidad en general.

Actualmente, una minoría de dermatólogos participa en la atención de los pacientes ingresados con enfermedades graves de la piel, lo que entendemos que va en detrimento de nuestra especialidad.

Como especialistas en las enfermedades de la piel, anejos y mucosas, deberíamos ser capaces de procurar la asistencia de las enfermedades de la piel y anejos de los enfermos de una forma global, en el quirófano, en la consulta y en urgencias, y también en el ámbito de hospitalización.

Aún tenemos la oportunidad de modificar lo expuesto anteriormente. La estrategia a seguir podría ser recuperar a esos pacientes en el punto «c» de la clasificación discrecional que hemos realizado (pacientes que actualmente ingresan en otros servicios del hospital como cirugía vascular o medicina interna): los pacientes con úlceras vasculares de las piernas y las vasculitis con compromiso cutáneo.

En definitiva, pretendemos una recuperación de las antiguas atribuciones de nuestra especialidad en el contexto de hospitalización, sin que esto suponga una reducción en el resto de las áreas de la misma.

Bibliografía

1. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. Dermatologic disease accounts for a large number of hospital admissions annually. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:970-3.
2. Rubegni P, Cevenini G, Lamberti A, Bruni F, Tiezzi R, Verzuri A, et al. Dermatological conditions presenting at the Emergency Department in Siena University Hospital from 2006 to 2011. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:164-8.
3. Lai-Kwon JE, Weiland TJ, Jelinek GA, Chong AH. Which patients with dermatological conditions are admitted via the emergency department. *Australas J Dermatol.* 2014;55:255-9.
4. Lorente-Lavirgen AI, Bernabeu-Wittel J, Pulpillo-Ruiz Á, de la Torre-García JM, Conejo-Mir J. Inpatient dermatology consultation in a Spanish tertiary care hospital: A prospective cohort study. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:148-55.
5. Roth RJ. Hospital staff privileges for dermatologists. *Dermatol Clin.* 1993;11:273-9.
6. De Paula L, Quitério LM, Sanches JA Jr, Neto CF. Inpatient dermatology: Profile of patients and characteristics of admissions

- to a tertiary dermatology inpatient unit in Sao Paulo, Brazil. *Int J Dermatol*. 2014;53:685–91.
7. Hu L, Haynes H, Ferrazza D, Kupper T, Qureshi A. Impact of specialist consultations on inpatient admissions for dermatology-specific and related DRGs. *J Gen Intern Med*. 2013;28:1477–82.
 8. Prodanovich S, Kirsner RS, Kerdel FA. Inpatient dermatology. A prescription for survival. *Dermatol Clin*. 2001;19:593–602.
 9. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, et al. The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:490–500.
 10. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. *Arch Fam Med*. 1999;8:170–2.
 11. Federman D, Hogan D, Taylor JR, Caralis P, Kirsner RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. *J Am Acad Dermatol*. 1995;32:726–9.
 12. Ramsay DL, Weary PE. Primary care in dermatology: Whose role should it be. *J Am Acad Dermatol*. 1996;35:1005–8.
 13. Solomon BA, Riva Collins JD, Silverberg NB, Glass AT. Quality of care: Issue or oversight in health care reform? *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:601–7.
 14. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. Inpatient dermatology. The difficulties, the reality, and the future. *Dermatol Clin*. 2000;18:383–90.
 15. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. The changing status of inpatient dermatology at American academic dermatology programs. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40:755–7.
 16. Biersbroeck LK, Sinohara MM. Inpatient consultative dermatology. *Med Clin North Am*. 2015;99:1349–64.
 17. Kroshinsky D, Cotliar J, Hughey LC, Shinkai K, Fox LP. Association of dermatology consultation with accuracy of cutaneous disorder diagnoses in hospitalized patients: A multicenter analysis. *JAMA Dermatol*. 2016;152:477–80.
 18. Strazzula L, Cotliar J, Fox LP, Hughey L, Shinkai K, Gee SN, et al. Inpatient dermatology consultation aids diagnosis of cellulitis among hospitalized patients: A multi-institutional analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:70–5.
 19. Bauer J, Maroon M. Dermatology inpatient consultations: A retrospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:518–9.
 20. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol*. 1994;130:1022–5.
 21. Davila M, Christenson LJ, Sontheimer RD. Epidemiology and outcomes of dermatology in-patient consultations in a Midwestern U.S University hospital. *Dermatol Online J*. 2010;16:12.
 22. Bancalari-Díaz D, Gimeno-Mateos LI, Cañueto J, Andrés-Ramos I, Fernández-López E, Román-Curto C. Dermatologic emergencies in a tertiary hospital: A descriptive study. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:666–73.
 23. Baibergenova A, Drucker AM, Shear NH. Hospitalizations for cellulitis in Canada: A database study. *Journal Cutan Med Surg*. 2014;18:33–7.
 24. Lodise TP, Fan W, Sulham KA. Hospital admission patterns in adult patients with skin and soft tissue infections: Identification of potentially avoidable hospital admissions through a retrospective database analysis. *Hosp Pract*. 2015;43:137–43.
 25. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Dermatology consultations in an emergency department prior to establishment of emergency dermatology cover. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:39–47.
 26. Baibergenova A, Shear NH. Skin conditions that bring patients to emergency departments. *Arch Dermatol*. 2011;147:118–20.
 27. Goettsch WG, Bouwes Bavinck JN, Herings RM. Burden of illness of bacterial cellulitis and erysipelas of the leg in the Netherlands. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:834–9.
 28. Kaye KS, Patel DA, Stephens JM, Khachatryan A, Patel A, Johnson K. Rising United States hospital admissions for acute bacterial skin and skin structure infections: Recent trends and economic impact. *PLoS One*. 2015;24:1–13.
 29. Hirschmann JV, Raugi GJ. Lower limb cellulitis and its mimics: Part I. Lower limb cellulitis. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67, 163.e1-12.
 30. Hirschmann JV, Raugi GJ. Lower limb cellulitis and its mimics: Part II. Conditions that simulate lower limb cellulitis. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67, 177.e1-9.
 31. Levell NJ, Wingfield CG, Garioch JJ. Severe lower limb cellulitis is best diagnosed by dermatologists and managed with shared care between primary and secondary care. *Br J Dermatol*. 2011;164:1326–8.
 32. Ayyalaraju RS, Finlay AY, Dykes PJ, Trent JT, Kirsner RS, Kerdel FA. Hospitalization for severe skin disease improves quality of life in the United Kingdom and the United States: A comparative study. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:249–54.
 33. Mehra T, Hoetzenecker W, Moos R, Volbracht J, Guenova E, French LE, et al. Inpatient treatment for severe nonsurgical dermatological disorders: Prevalence, care infrastructure and reimbursement in Switzerland. *Dermatology*. 2015;231:260–8.
 34. Córdoba S, Caballero I, Navalón R, Martínez-Sánchez D, Martínez-Morán C, Borbujo J. Analysis of the surgical activity in the Dermatology Department of Fuenlabrada University Hospital, Madrid, Spain, between 2005 and 2010: Determination of the standard operating times. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:141–7.
 35. Córdoba S, Caballero I, Navalón R, Martínez-Sánchez D, Martínez-Morán C, Borbujo J. Analysis of operating room activities in the dermatology department at Hospital Universitario de Fuenlabrada (2005-2010). *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:38–43.