



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Consultas dermatológicas solicitadas para pacientes hospitalizados en unidades no dermatológicas: resultados de un estudio transversal con 384 pacientes en un centro terciario

Dermatologic Consultations for Patients Hospitalized in Non-Dermatologic Wards: Results of a 384-Patient Cross-Sectional Study From a Tertiary Referral Hospital

Sr. Director:

La presencia de lesiones cutáneas es un hallazgo común en los pacientes hospitalizados. De hecho, en ciertos casos, la piel puede expresar enfermedades sistémicas que pueden amenazar las vidas de los pacientes¹. La detección e identificación de dichos cambios puede repercutir enormemente en la duración de la estancia hospitalaria y los resultados de los pacientes²⁻⁴. Los diagnósticos inexactos pueden conducir a pruebas y tratamientos innecesarios, incrementar la iatrogenia, repercutir en los resultados médicos, y ser perjudiciales para la calidad de vida de dichos pacientes^{5,6}. El objetivo de este estudio fue proporcionar una descripción de las consultas dermatológicas de un hospital de derivación terciario. Este informe trata de generar hipótesis futuras para mejorar el manejo de estos pacientes.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado para reunir todas las consultas dermatológicas consecutivas reportadas en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, España, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Todas las consultas fueron evaluadas por dos dermatólogos, al menos. Los pacientes fueron examinados el mismo día, o al día siguiente de la consulta. La extracción de datos y la redacción inicial del artículo fueron realizadas por los tres primeros autores (MMP, FNB y DMT), y el artículo final fue completado por el cuarto autor (RBE). El

análisis estadístico fue realizado utilizando el paquete de software estadístico IBM® SPSS®, versión 27.0.

Los resultados del estudio se muestran en la [tabla 1](#). Se recopiló un total de 384 consultas. De ellas, el 57 y el 42% fueron varones y mujeres, respectivamente, con una edad media de 56 años. Las unidades hospitalarias que más frecuentemente solicitaron consultas dermatológicas fueron hematología (15%) y medicina interna (11%). El tiempo medio para el ingreso en consulta fue de 4 días. En cuanto a los motivos de consulta, la categoría diagnóstica dermatológica más común fue la correspondiente a las enfermedades inflamatorias (casi el 50% de la muestra), aunque el motivo individual más común fue la erupción por fármacos (9%). De manera notable, casi el 9% de todas las consultas estuvo asociado a tumores malignos, y hasta el 17% de todos los diagnósticos presentaron un nivel de gravedad que pudo ser potencialmente letal para la vida del paciente. Todas las pruebas adicionales fueron realizadas o solicitadas por la unidad de Dermatología durante el ingreso. Además, se obtuvieron muestras microbiológicas para el 25% de los pacientes, biopsias para el 24%, analíticas para el 7% y pruebas radiológicas para el 3% de los mismos. La mayoría de ellos (74%) recibió solo una visita durante el ingreso. Casi el 64% de los pacientes recibió alguna forma de tratamiento tópico, siendo los corticosteroides tópicos y los apósitos los más comunes. Por otro lado, el 19% recibió tratamiento sistémico, y el 23% de los pacientes falleció en los meses siguientes al ingreso, siendo su condición subyacente la causa más común de la muerte. Por último, un tercio de los pacientes (33%) murió directa o indirectamente a causa de la condición dermatológica primera desencadenante de la consulta.

El reconocimiento temprano de las lesiones cutáneas puede repercutir en el pronóstico del paciente. Esto se vuelve aún evidente en los pacientes hospitalizados, que presentan a menudo condiciones más graves que los individuos ambulatorios^{1,7}. A nuestro saber, la nuestra es una de las series de mayor tamaño reportada con respecto a las consultas dermatológicas.

Muchos pacientes fueron ingresados en las unidades de hematología y de medicina interna, siendo las condiciones inflamatorias los motivos más comunes de consulta. Este hallazgo es consistente con lo reportado por otras series a este respecto^{2,3,7,8}. A diferencia de otras series, es sorprendente que el motivo individual más común fuera la erupción por fármacos. Aun cuando la mayoría de estos casos fue

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.11.021>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.030>

0001-7310/© 2023 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: M. Mansilla-Polo, F. Navarro-Blanco, D. Martín-Torregrosa et al., [Artículo traducido] Consultas dermatológicas solicitadas para pacientes hospitalizados en unidades no dermatológicas: resultados de un estudio transversal con 384 pacientes en un centro terciario, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.030>

leve, también se reportaron casos muy graves de toxicodermia, como hasta cuatro casos de necrólisis epidérmica tóxica (fig. 1). Se prevé un incremento de la incidencia de estos tipos de lesiones. Ello se debe posiblemente a la polifarmacia, el desarrollo de nuevos objetivos y agentes terapéuticos, y la mayor esperanza de vida general de los pacientes⁹. A pesar de que muchas de las consultas están asociadas a condiciones leves, casi el 20% de ellas pudieron suponer una amenaza potencial para la vida de los pacientes. Dichos datos destacan la importancia de las unidades dermatológicas hospitalarias. De igual modo, debemos mencionar el rango amplio de pruebas adicionales

que puede solicitar o realizar un dermatólogo, incluyendo biopsias, cultivos microbiológicos, analíticas de sangre u orina, y modalidades de imagen. En nuestra serie, casi el 25% de los pacientes recibieron pruebas adicionales, una tasa ligeramente superior a la reportada en la literatura médica científica actual disponible^{1-3,5,8}. Ello se debe probablemente a la complejidad de los pacientes tratados en nuestro centro.

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, los sesgos derivados de su naturaleza retrospectiva. Tampoco analizamos el acuerdo entre los diagnósticos dermatológicos y no dermatológicos. Por otro lado, no se

Tabla 1 Resultados del análisis realizado

Variable	N = 384
Sexo (N, %)	- Varón: 220 (57,29%) - Mujer: 164 (42,71%)
Edad (años) (media, mediana, rango)	56,24, 65, 0-95
Pacientes visitados por dermatología por motivo o consulta hospitalaria u otros motivos previamente al ingreso hospitalario (N, %)	- Sí: 68 (17,71%) - No: 316 (82,29%)
Solicitud de servicio (N, %)	- Hematología: 58 (15,10%) - Medicina interna: 44 (11,46%) - Medicina de urgencia: 26 (6,77%) - Cardiología: 25 (6,51%) - Pediatría: 23 (5,99%) - Neurología: 22 (5,73%) - Oncología: 22 (5,73%) - Unidad de enfermedades infecciosas: 20 (5,21%) - Neumología: 19 (4,95%) - Medicina digestiva: 16 (4,17%) - Nefrología: 13 (3,39%) - Unidad de cuidados intensivos: 12 (3,13%) - Reumatología: 12 (3,13%) - Traumatología: 12 (3,13%) - Psiquiatría: 12 (3,13%) - Neurocirugía: 10 (2,57%) - Cirugía plástica y reconstructiva: 10 (2,57%) - Cirugía cardiaca y vascular: 8 (2,08%) - Cirugía general y digestiva: 4 (1,04%) - Unidad de quemados: 4 (1,04%) - Urología: 3 (0,78%) - Otros ² : 9 (2,34%)
Mes en el que se realizó la consulta hospitalaria (N, %)	- Enero: 12 (3,13%) - Febrero: 17 (4,43%) - Marzo: 40 (10,42%) - Abril: 26 (6,77%) - Mayo: 40 (10,42%) - Junio: 43 (11,20%) - Julio: 37 (9,64%) - Agosto: 35 (9,11%) - Septiembre: 42 (10,94%) - Octubre: 47 (12,24%) - Noviembre: 31 (8,07%) - Diciembre: 14 (3,65%)
Días desde el ingreso en la planta no dermatológica hasta la consulta dermatológica (media, mediana, rango)	9,71, 4, 0-94

Tabla 1 (continuación)

Variable	N = 384
Diagnóstico clínico inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Erupción por fármacos: 35 (9,11%) - Eccema^b: 32 (8,33%) - Revisión previa al trasplante de órganos sólidos: 21 (5,47%) - Infecciones bacterianas: 18 (4,69%) - Vasculitis: 14 (3,65%) - Infecciones fúngicas: 14 (3,65%) - No especificado/dudoso^c: 13 (3,39%) - Infecciones víricas: 13 (3,39%) - Tumores queratinocíticos invasivos^d: 12 - Úlceras por presión o úlceras vasculares: 12 - Psoriasis: 11 - Estasis/lesiones lipodermatoscleróticas: 11 - Eccema seborreico: 11 - Metástasis cutáneas: 10 - Otros tumores malignos: 8 - Oclusión/foliculitis miliaria: 8 - Prurito sin materia o prurigo: 7 - Ampollas por fricción/hemorrágicas: 6 - Urticaria/vasculitis urticaria: 6 - Enfermedades bullosas: 6 - Enfermedad del injerto contra el huésped: 5 - Púrpura senil: 5 - Revisión normal sin patología: 4 - Tumores benignos: 4 (1,04%) - Paniculitis: 4 (1,04%) - Sarna: 4 (1,04%) - Melanoma: 3 (0,78%) - Eccema atópico: 3 (0,78%) - Hidradenitis supurativa: 3 (0,78%) - Resto^e: 85
Categoría diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades inflamatorias: 191 (49,74%) - Infecciones: 45 (11,83%) <ul style="list-style-type: none"> ● Infecciones bacterianas: 18 (4,69%) ● Infecciones fúngicas: 14 (3,65%) ● Infecciones víricas: 13 (3,39%) - Erupción por fármacos: 35 (9,11%) - Tumores malignos: 33 (8,59%) - Revisión previa al trasplante de órganos sólidos: 21 (5,47%) - No especificado/dudoso: 13 (3,39%) - Congénito: 4 (1,04%) - Infestaciones: 4 (1,04%) - Tumores benignos: 4 (1,04%) - Revisión normal si patología: 4 (1,04%) - Otros^e: 31 (8,07%)
Discrepancia entre el diagnóstico no dermatológico inicial y el diagnóstico dermatológico (N, %)	44 (11,46%)
Patología y especialidad en la que la patología supuso una amenaza potencial para la vida del paciente (N, %)	<ul style="list-style-type: none"> - Sí: 67 (17,45%) <ul style="list-style-type: none"> ● Hematología: 19 (4,95%) ● Medicina interna: 10 (2,60%) ● Oncología: 7 (1,82%) ● Medicina de urgencia: 7 (1,82%) ● Neurología: 3 (0,78%) ● Neumología: 3 (0,78%) ● Unidad de cuidados intensivos: 3 (0,78%) ● Medicina digestiva: 3 (0,78%) ● Neurocirugía: 3 (0,78%) ● Cardiología: 3 (0,78%) ● Otros: 6 (1,56%) - No: 317 (82,55%)

Tabla 1 (continuación)

Variable	N = 384
Necesidad de algún otro tipo de prueba complementaria solicitada por dermatología durante el ingreso hospitalario (N, %)	- Sí: 157 (40,89%) - No: 227 (59,11%)
Necesidad de biopsia cutánea o de mucosa realizada por dermatología durante el ingreso (N, %)	- Sí: 93 (24,22%) - No: 291 (75,78%)
Necesidad de muestra microbiológica cutánea o realizada por dermatología durante el ingreso (N, %)	- Sí: 97 (25,26%) - No: 287 (74,74%)
Necesidad de analítica solicitada por dermatología durante el ingreso (N, %)	- Sí: 28 (7,29%) - No: 356 (92,71%)
Necesidad de prueba de imagen radiológica solicitada por dermatología durante el ingreso (N, %)	- Sí: 13 (3,39%) - No: 371 (96,61%)
Número de visitas por parte de Dermatología durante el ingreso (N, %)	- 1: 286 (73,70%) - 2: 63 (16,41%) - 3: 20 (5,21%) - ≥4: 15 (3,91%)
Número de visitas por parte de Dermatología durante el ingreso (media, mediana, rango)	1,42, 1, 1–8
Aplicación específica de algún tipo de tratamiento tópico por parte de Dermatología (N, %)	- Sí: 246 (64,06%) - No: 138 (35,94%)
Tipo de tratamiento tópico aplicado en pacientes con tratamiento tópico (N = 246) (N, %)	- Corticosteroides tópicos: 141 (57,32%) - Curas dermatológicas: 73 (29,67%) - Emolientes/fomentos/cambios posturales: 17 (6,91%) - Antifúngicos tópicos: 14 (5,69%) - Antibióticos tópicos: 7 (2,85%) - Enjuague bucal por mucositis: 4 (1,63%) - Permetrina: 4 (1,63%) - Otros ^e : 13 (5,28%)
Aplicación específica de algún tipo de tratamiento sistémico por Dermatología (N, %)	- Sí: 73 (19,01%) - No: 311 (80,99%)
Tipo de tratamiento sistémico aplicado en pacientes con tratamiento sistémico (N = 73) (N, %)	- Corticosteroides sistémicos: 35 (47,95%) - Antibióticos sistémicos: 8 (10,96%) - Antihistamínicos sistémicos: 7 (9,59%) - Antifúngicos sistémicos: 7 (9,59%) - Antivirales sistémicos: 6 (8,22%) - Otros ^e : 8 (10,96%)
Necesidad de seguimiento ambulatorio subsiguiente en clínicas dermatológicas (N, %)	- Sí: 109 (28,39%) - No: 275 (71,61%)
Estatus actual ^f (N, %)	- Vivos: 294 (76,56%) - Muertos ^g : 90 (23,44%)
En los pacientes fallecidos (N = 90), causa de la muerte	- Patología subyacente: 51 (56,67%) - Progresión neoplásica: 17 (18,89%) - Sepsis/shock séptico: 8 (8,89%) - Insuficiencia respiratoria grave: 5 (5,56%) - Otros ^e : 10 (11,11%)
En pacientes fallecidos (N = 90), relación directa o indirecta con la patología dermatológica ^g (N, %)	- Sí: 30 (33,33%) - No: 60 (66,67%)

^a Incluye todos los ítems con ≤2 unidades.

^b Incluye eccema irritante, eccema de contacto y lesiones eccematosas no específicas.

^c Incluye pacientes sin diagnóstico específico o pacientes en los que se dudó entre ≥2 diagnósticos.

^d Incluye carcinoma infiltrante de células basales o de células escamosas.

^e Incluidos en esta categoría todos los ítems con N ≤ 2.

^f Estatus a 1 de julio de 2023.

^g Se consideró en esta categoría la muerte directa debido a la progresión de las enfermedades dermatológicas o las complicaciones derivadas de estas (especialmente infecciones).



Figura 1 Ejemplo de una mujer de 53 años que acudió a la consulta de dermatología con necrólisis epidérmica tóxica relacionada con pembrolizumab para el cáncer de pulmón metastásico. El exantema fue predominante en el rostro, línea del cuello (panel A) y espalda superior (panel B). Los días siguientes las lesiones de la paciente progresaron hasta cubrir el 60% del área de superficie corporal.

realizaron pruebas amplias de las enfermedades mensualmente, o si por ejemplo los exantemas víricos son más comunes en invierno, o las mordeduras de artrópodos en verano. Por último, el hospital en el que se realizaron las pruebas asiste a un gran volumen de pacientes hematológicos y oncológicos. Esto puede sesgar los resultados, ya que pueden haberse reportado más casos de erupciones farmacológicas o neoplasias malignas.

En conclusión, este informe de casos destaca la importancia de la dermatología en el manejo de los pacientes ingresados en plantas no dermatológicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Joseph J, Truong K, Smith A, Fernandez-Peñas P. Dermatology inpatient consultations in a tertiary hospital - a retrospective analysis. *Int J Dermatol.* 2022;61:48-53.

2. Nahass GT. Inpatient dermatology consultation. *Dermatol Clin.* 2000;18:533-42.

3. 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.

4. 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.

5. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol.* 1994;130:1022-5.

6. Milani-Nejad N, Zhang M, Kaffenberger BH. Association of Dermatology Consultations With Patient Care Outcomes in Hospitalized Patients With Inflammatory Skin Diseases. *JAMA Dermatol.* 2017;153:523-8.

7. Itin PH. Dermatologic consultations in the hospital ward: the skin, an interdisciplinary organ. *Dermatology.* 2009;219:193-4.

8. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L. Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology.* 2009;219:225-31.

9. Hina A, Masood S, Jamil S, Tabassum S, Jalil P, et al. Prevalence of Clinical Spectrum of Cutaneous Adverse Drug Reactions in Patients Presenting at a Tertiary Care Hospital in Pakistan. *Cureus.* s. f.;13:e14568.

M. Mansilla-Polo^{a,b,*}, F. Navarro-Blanco^{a,b},
D. Martín-Torregrosa^{a,b} y R. Botella-Estrada^{a,b,c}

^a *Dermatology Department. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, Spain*

^b *Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe), Valencia, Spain*

^c *Faculty of Medicine. Universidad de Valencia, Valencia, Spain*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.yecla96@hotmail.com
(M. Mansilla-Polo).