



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**

**“COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN
DERMATOLOGÍA, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL; EVALUACIÓN DE LOS ÚLTIMOS 3
AÑOS ”.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
DERMATOLOGÍA**

**PRESENTA:
DRA. STEPHANIE ANELY RODRÍGUEZ FABIAN**

**ASESOR DE TESIS
DRA. ESTHER GUADALUPE GUEVARA SANGINÉS**

**NO. DE REGISTRO
436.2017**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 10 Diciembre 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR. DANIEL ANTONIO RODRIGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. FLOR MARIA ÁVILA FEMAT
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DRA. ESTHER GUADALUPE GUEVARA SANGINÉS.
DIRECTORA DE TESIS

DRA. LUCIANA SOLEDAD HERNANDEZ VEGA.
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

COLABORADORES DE LA TESIS

Investigadores asociados

DRA. LORENA GUADALUPE ESTRADA AGUILAR

DRA. MARÍA TERESA BARRÓN TAPIA

DR. EDUARDO ORTIZ BARRAGAN

DR. JULIO CÉSAR SALAS ALANÍS
ASESOR EXTERNO

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada agradezco a Dios, que me ha dado el don de la vida y la dicha de ser médico, por fortalecer mi alma y alimentar mi espíritu en el camino, por permitirme caminar de su mano, dando luz a los días grises y convirtiendo las lágrimas en aprendizaje y felicidad.

A mis papas y mis abuelitos: Paty, Eucario, Mina y Paco; por estar siempre presentes, por darme su amor incondicionalmente, por no dejarme caer aún en las situaciones más difíciles; porque gracias a ellos, su amor y sus cuidados, desarrolle raíces fuertes y al mismo tiempo alas para volar alto, sabiendo que siempre estarán ustedes respaldándome.

Gracias a ellos por las largas noches de desvelos, por las batas limpias y los libros caros, por apagar la luz cuando me ganaba el sueño o por ir a taparme en las noches, por desvelarse para llevarme a los exámenes, por los desayunos a las 5 de la mañana, por sus oraciones, cariño y bendiciones; mi amor y mi vida no serán suficientes para agradecerles.

Gracias por siempre tener abrazos fuertes y palabras duras, por permitirme ser su niña y por creer en mi, aún incluso cuando yo deje de hacerlo, cada éxito también es de ustedes.

A Martha y Pancho, mis hermanos que siempre han estado ahí aguantándome y escuchándome, impulsándome a ser mejor y a no rendirme, a ustedes dos, gracias por ser y estar.

A mis amigas Tere, Tania, Bety, Dino y Bombon, quienes siempre han estado presentes a la distancia y dispuestas a ayudarme.

A Mushu mi fiel amigo y fuente de pelo y baba inagotable; por su amor, fidelidad y apoyo emocional; llegaste a mi vida para llenarla de luz, eres mi angel peludo y te adoro.

Finalmente y no por eso menos importante a mis maestras por la oportunidad de permitirme estar aquí, por su apoyo y fuerza para ser parte activa en la formación de tantos residentes, por sus enseñanzas, sus regaños, sus apapachos; ¡por ser más que maestras, gracias!

A todos ustedes, con mucho cariño, GRACIAS!

Stephanie Anely Rodríguez Fabian.

ÍNDICE.

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3.	JUSTIFICACIÓN	3
4.	OBJETIVO.....	4
	OBJETIVO GENERAL	4
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
5.	MATERIAL Y MÉTODOS	5
6.	RESULTADOS	6
7.	DISCUSIÓN.....	29
8.	CONCLUSIONES.....	31
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	32

1. INTRODUCCIÓN.

La dermatología se considera en gran medida una especialidad centrada en pacientes ambulatorios; sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento en el interés a nivel mundial acerca del reconocimiento de las urgencias dermatológicas. Esto derivado de un aumento en la demanda asistencial por esta causa; actualmente, se ha visto que las afecciones dermatológicas comprenden aproximadamente del 8-20% de la consulta en el Servicio de Urgencias de los hospitales¹ y hasta un 10.2% cuando se trata de población pediátrica.²

Para el médico de primer contacto constituye un reto el diferenciar enfermedades que pueden ser atendidas en la consulta externa de aquellas que ponen en peligro la vida y por lo tanto requieren intervención inmediata.³

Una emergencia dermatológica se define como una enfermedad de la piel que requiere un diagnóstico temprano, hospitalización, monitoreo y cuidados intensivos para minimizar la morbilidad y mortalidad asociadas.⁴

Las emergencias dermatológicas se pueden dividir en primarias, en las que la piel es el órgano más afectado y secundarias cuando se asocia con emergencias médicas y quirúrgicas extracutáneas, donde las lesiones cutáneas indican una afectación sistémica grave inminente o subyacente. La mortalidad y la morbilidad por causas dermatológicas pueden ocurrir debido a alteraciones repentinas y graves en la anatomía y fisiología de la piel y pueden conducir a una falla orgánica secundaria aguda de la piel.⁵

En dermatología existen pocas enfermedades o situaciones que puedan ser denominadas "Urgencias", que, de no ser tratadas de forma inmediata, pueden poner en peligro la vida del paciente. Para Murr et al. una urgencia dermatológica estaría conformada por dermatosis agudas o que empeoran con un tiempo de evolución menor a 5 días.³

De acuerdo al modelo de Triage, las definiciones de urgencia y emergencia son las siguientes: *Emergencias* son eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y *deben ser atendidas dentro de los primeros 10 minutos* de su llegada al departamento de Urgencias; las *Urgencias*, se definen como condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de algún órgano, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos.⁶

A nivel mundial, son escasos los centros hospitalarios que cuentan con dermatólogo de tiempo completo, con la capacidad para la atención de Urgencias Dermatológicas. Por lo tanto, el problema radica en la falta de consenso para definir el concepto de urgencia dermatológica⁷; los principales factores implicados en el uso inadecuado de los servicios de urgencias son: la desconfianza en la atención primaria, la falta de educación sanitaria y las listas de espera, con el aspecto sobreañadido en dermatología de la aparatosidad de los signos y síntomas, que crean una gran ansiedad al paciente y sus familiares².

Las urgencias dermatológicas reportadas con más frecuencia en la literatura mundial son: urticaria, angioedema, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de piel escaldada por estafilococos, fascitis necrotizante, enfermedades ampollas autoinmunitarias (pénfigo vulgar), meningococemia, enfermedad de Lyme, eritrodermia, fiebre macular de las montañas rocosas^{1,5,7,8}. Mientras que en la población pediátrica hay una división por grupos étnicos y en el periodo neonatal se consideran urgencias epidermolisis ampollas, feto arlequín, infecciones^{2,4}.

En nuestro país sólo existen guías de práctica clínica para tres de las entidades clasificadas como Urgencias Dermatológicas, a saber; 1.- Guía de diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis epidérmica tóxica en el adulto, 2.- Tratamiento de la dermatitis atópica grave o complicada, 3.- Abordaje terapéutico dermatológico ambulatorio el pénfigo vulgar en adultos; sin embargo, estas guías no aportan datos sobre el tratamiento en situaciones de urgencia. El enfoque

está dado al tratamiento en el primer nivel de atención con recomendación de referir a los pacientes con poca respuesta al tratamiento con un dermatólogo o alergólogo.

A pesar de que a nivel mundial la Radiodermatitis aguda y la dermatitis por contacto no son entidades reportadas como causas de Urgencia Dermatológica, en nuestro país, si están catalogadas como dermatosis que requiere atención inmediata y existe una guía de práctica clínica para ellas^{9,10,11}.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, reportaron las 10 patologías más frecuentes en la Consulta Dermatológica General Pediátrica las cuales fueron en orden de frecuencia: 1.-Dermatitis atópica, 2.-Dermatitis de la zona del pañal, 3.- Prurigo por insectos, 4.- Acné, 5.-Verrugas virales, 6.- Tiñas, 7.-Miliaria, 8.- Vitiligo, 9.-Impétigo vulgar, 10.-Dermatitis por contacto; sin embargo no existen datos de las urgencias dermatológicas.¹²

En el boletín estadístico de Dermatología del Hospital General de México de 2002-2011, se enlistaron las 30 principales causas de consulta y solo la urticaria y el pénfigo vulgar las que entran en las reconocidas mundialmente como urgencias dermatológicas¹³.

Algunas de las entidades catalogadas como urgencias dermatológicas, requieren tratamiento hospitalario agresivo y deben ser diagnosticadas inmediatamente; así mismo deben ser remitidas a un especialista para la vigilancia de forma que evitemos complicaciones potencialmente graves o incapacitantes⁷.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los padecimientos dermatológicos son una causa frecuente de demanda de consulta, sin embargo solo son causa de urgencia hospitalaria referida en la literatura mundial: la urticaria y el angioedema, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de la piel escaldada por estafilococos, fascitis necrotizante, enfermedades ampollosas autoinmunitarias (pénfigo vulgar), meningococcemia, enfermedad de Lyme, eritrodermia, fiebre macular de las montañas rocosas, entre otras.

Es importante reconocer cuáles son las principales causas de demanda de consulta de urgencias dermatológicas para que con base en lo anterior se establezca un Triage de atención primaria, que pueda ayudarnos a tomar decisiones puntuales, diferenciar sobre los casos que necesitan valoración y tratamiento urgente de los que se pueden manejar por la consulta externa.

3. JUSTIFICACIÓN.

Para que el Servicio de Urgencias del Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE sea más eficiente, resolutivo y pueda generar un impacto relevante en la atención médica dermatológica, es importante que el médico de Triage sepa diferenciar entre una dermatosis que requiere atención por ser una urgencia de aquellas que no lo son.

Una vez identificadas las urgencias dermatológicas, podemos ofrecer tratamiento oportuno, con minimización de los costos y complicaciones potenciales; de esta manera tanto el Servicio de Urgencias como el de Dermatología, se convertirían en un referéndum de calidad de atención con altos niveles de detección y resolución de problemas.

4. OBJETIVO.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar cuáles son las dermatosis que originan consulta de urgencias en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el porcentaje de consulta visto en el Servicio de urgencias que es derivado al Servicio de dermatología.
- Identificar cuáles son las causas de consulta de Urgencias por grupo etáreo.
- Identificar los principales diagnósticos dermatológicos por los que se solicita la consulta de urgencias.
- Determinar la prevalencia por diagnósticos de acuerdo a los diferentes años del estudio.
- Identificar si existen variaciones en el diagnóstico en los diferentes meses del estudio.
- Identificar si existe relación entre la causa de consulta y el tipo de derechohabiente que se atiende.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se analizaron los archivos de los registros de pacientes enviados del Servicio de Urgencias para su valoración por el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, del 1ro de enero de 2015 y hasta el 31 de diciembre de 2017, recibidos de lunes a viernes en un horario de atención de 8am a 8pm.

Los criterios de exclusión incluyeron: registros duplicados, registros en los que el diagnóstico fuera ilegible o aquellos en donde no estuviera consignado el diagnóstico; así mismo se eliminaron los registros de pacientes que durante el mismo mes hubieran sido valorados por la misma causa.

Tampoco se tomaron en cuenta aquellos pacientes que ya estando hospitalizados en los Servicios de Urgencias Adultos o Pediátricos ameritaron valoración por Dermatología.

Las variables que se analizaron fueron: año de consulta, mes de la consulta, nombre del paciente (solo en caso de ser hijo o hija para identificación porque tienen la misma clave de registro), edad, sexo, diagnóstico, clasificación como urgencia o no urgencia dermatológica, tipo de derechohabiente, si se dió o no incapacidad, número de días otorgados por incapacidad, si hubo incapacidad recurrente, si se envió a epidemiología y si el diagnóstico fue o no dermatológico.

Para realizar un manejo más práctico los datos fueron distribuidos en grupos de procesos afines: infecciones, urticaria y angioedema, eccema, picaduras y prurigo, patología del pelo, uñas y glándulas, dermatosis eritematodescamativas, reacciones cutáneas de origen medicamentoso, patología vascular cutánea, estomatosis, tumores, dermatosis por agentes físicos o mecánicos, dermatosis reactivas, patología miscelánea.

Con la base de datos terminada se procedió a realizar el análisis; para lo cual las variables cualitativas (género, año de atención, mes de atención, tipo de derechohabiente, diagnósticos, el haber o no otorgado incapacidad, la cantidad de casos que no correspondió a dermatología) fueron analizadas mediante frecuencias y porcentajes (mismos que nos permiten conocer la incidencia de las variables); mientras que para la variable de edad se trataron mediante análisis cualitativos lo que incluye el cálculo de la media y desviación estándar.

En los casos de comparación o análisis entre dos poblaciones como el caso de hombres y mujeres se realizó un análisis paramétrico mediante la prueba de comparación de medias y varianzas t de Student (comparación entre géneros). En cuanto a las variables analizadas donde se requería analizar más de tres grupos se utilizó una prueba paramétrica de comparación de varianzas y medias denominada estudio de ANOVA (comparación entre casos en los tres años e incapacidades otorgadas).

6. RESULTADOS.

Durante el período del 1ro de enero de 2015 y hasta el 31 de diciembre de 2017 se atendieron un total de 4456 Urgencias Dermatológicas (Tabla 1).

Total de la población enviada a valoración como urgencia Dermatológica de 2015 a 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
2015	1192	26.8
2016	1674	37.5
2017	1591	35.7
Total	4456	100.0

Tabla 1. Número total de consultas atendidas en el servicio de dermatología enviadas del servicio de urgencias de 2015 -2017.

Distribución anual del total de la población enviada a valoración como urgencia Dermatológica de 2015 a 2017.

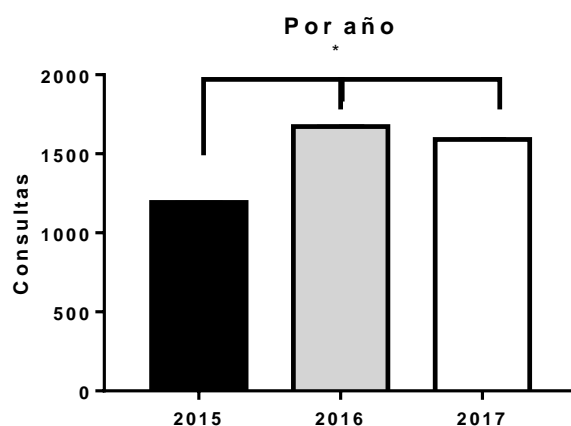


Fig. 1. Gráfica de barras del número de consultas de urgencias valoradas en Dermatología por año.

De la totalidad de la población atendida en los tres años resultó que el 63% de los pacientes fueron del género femenino, mientras que solo un 34% pertenecieron al género masculino siendo una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.0001$ (Tabla 2).

División por género del total de la población.

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	2809	63
MASCULINO	1647	36.9
Total	4456	100

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de la población dividida por género de 2015-2017.

División por género del total de la población.

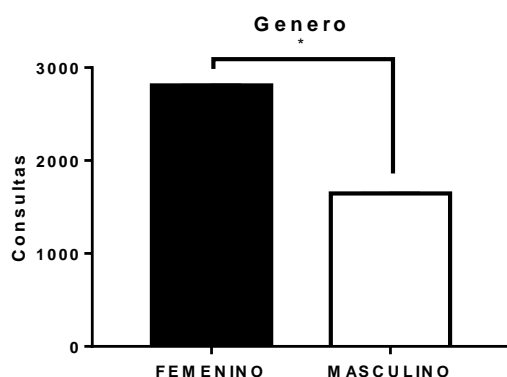


Fig. 2. Gráfica de barras del total de la población dividida por géneros.

De los 4456 pacientes incluidos, 3982 fueron mayores de edad, representando el 89.3% de la consulta total, 474 fueron menores de 18 años, lo que correspondió al 10.6% del total de la población; el promedio de edad de los pacientes fue de 49.58 años con una DS de 24.1 años (Fig. 4).

División por edad del total de la población.

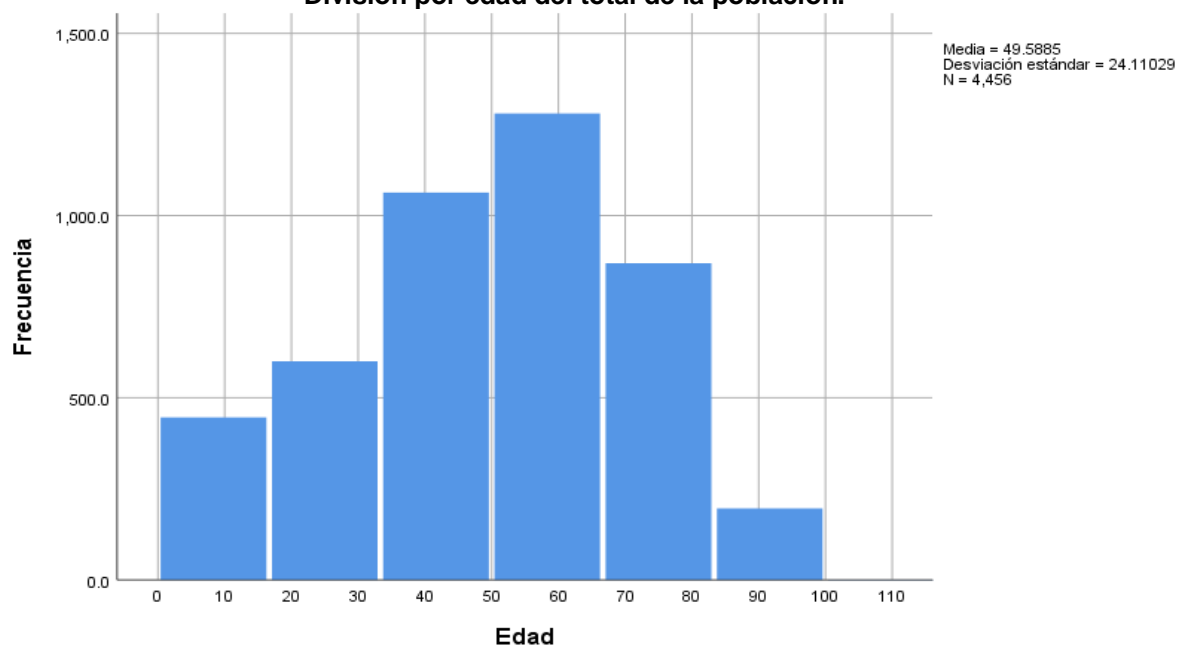


Fig. 4. Gáfico de barras dividido por edades del total de la población atendida del 2015-2017.

Respecto a los pacientes mayores de 18 años de edad se atendieron 3982, de estos el mayor fue de 104 años con una media de edad de 54.4 y una DS de 17.7; el resto de los datos se aprecia en la Figura 5.

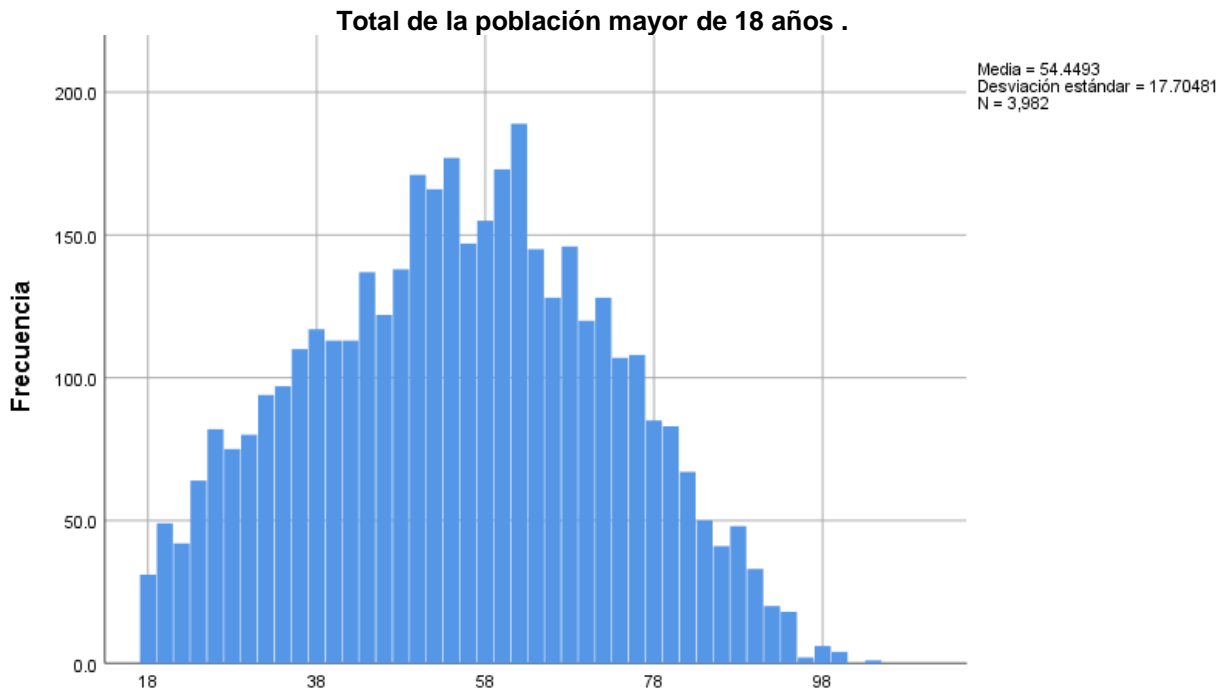


Fig. 5. Gráfico de barras de los pacientes mayores de 18 años atendidos de 2015-2017.

Fueron 474 pacientes pediátricos atendidos por urgencias mismos que representarán el 10.63% de las consultas durante los 3 años de estudio, de ellos 58 pacientes fueron menores de 1 año, el paciente más joven atendido tuvo 28 días y el mayor de 11 meses; el mayor número de consultas se otorgaron en pacientes de 1 año, fueron 36 pacientes que representarán el 7.6%, seguido de los de 7 y 8 años ambos con 32 pacientes equivalente al 6.8%, el resto de la información se presenta en la Fig. 6.

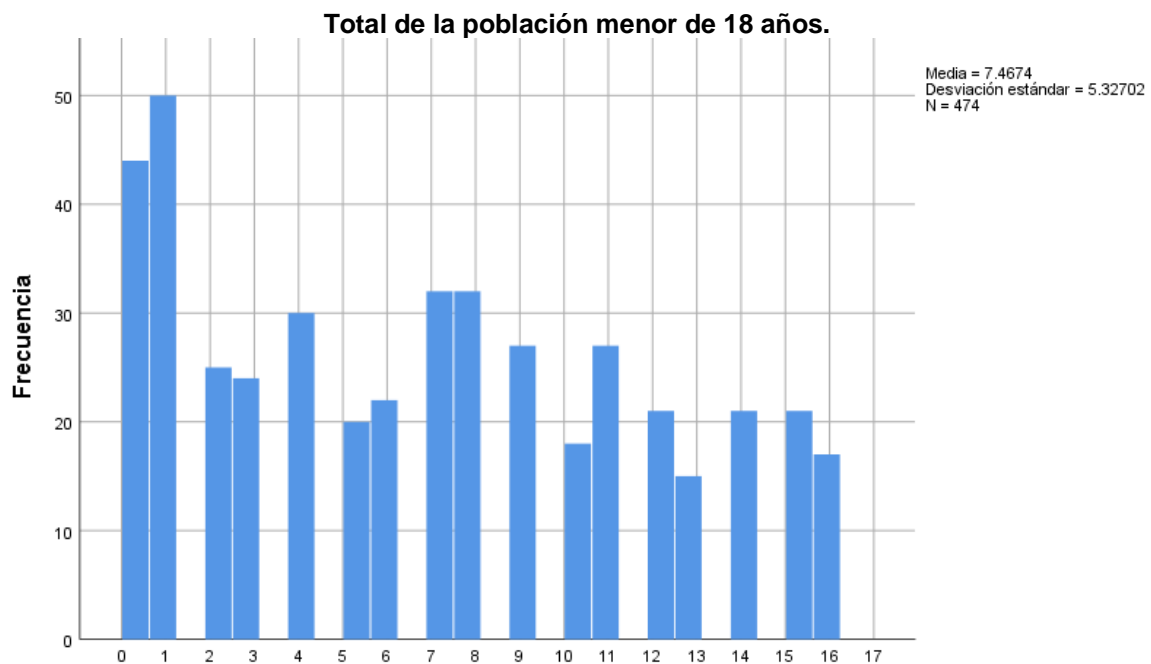


Fig. 6. Gráfico de barras de los pacientes menores de 18 años atendidos de 2015-2017.

De los 4456 pacientes atendidos durante los 3 años, 2560 (64.3%) fueron del género femenino y 1422 (35.7%) del género masculino (Fig. 6a).

Respecto a los 474 menores de 18 años, 250 (52.7%) fueron del género femenino y 224 (47.25%) del género masculino (Fig. 6b).

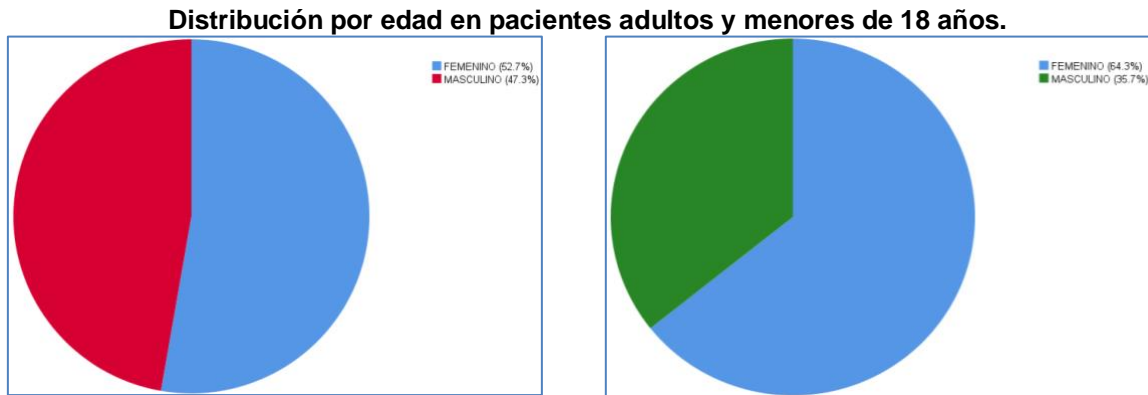


Fig 6a. Gráfico circular de la población mayor de 18 años dividida por género. 6b. Gráfica de pastel de la población menor de 18 años, dividida por género.

De todos los pacientes que solicitaron consulta de urgencias por el servicio de Dermatología 1828 que corresponden al 41.1% resultaron ser urgencias reales, mientras que el 58.9% (2628) resultaron no ser urgencias, dato con $p < 0.0001$ resultando ser estadísticamente significativo (Tabla 3 y Fig. 7).

Tipo de consulta valorada de 2015-2017

Urgencia Dermatológica/ No Urgencia

	Frecuencia	Porcentaje
NO	2628	58.9
SI	1828	41.1
Total	4456	100

Tabla 3. Clasificación del tipo de pacientes atendidos del 2015-2017 de acuerdo si el motivo de consulta constituía o no una urgencia dermatológica.

Tipo de consulta valorada de 2015-2017 Urgencia Dermatológica/ No Urgencia

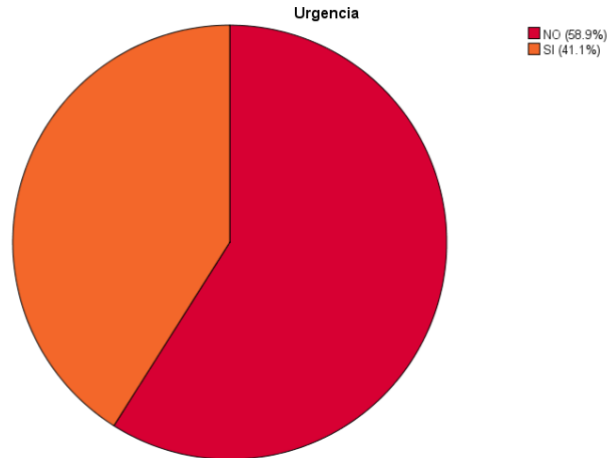


Fig. 7. Gráfico circular de acuerdo a si el motivo de consulta constituyó o no una urgencia dermatológica.

En los 3 años analizados se realizaron 1036 diagnósticos diferentes, siendo los 10 diagnósticos más frecuentes: urticaria, herpes zoster, prurigo por insectos, dermatitis por contacto, dermatitis atópica, xerosis, exantema viral, complejo vasculocutáneo, eritema pigmentado fijo y dermatitis seborreica (Tabla 4)

Principales diagnósticos realizados en Dermatología al valorar consulta de urgencias de 2015 a 2017.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Urticaria Aguda	315	7.1%
Herpes Zoster	261	5.9%
Prurigo por Insectos	145	3.3%
Dermatitis por contacto	144	3.2%
Dermatitis Atópica	82	1.8%
Xerosis	82	1.8%
Exantema Viral	70	1.6%
Complejo Vasculocutaneo	67	1.5%
Eritema Pigmentado Fijo	55	1.2%
Dermatitis Seborreica	54	1.2%

Tabla 4. Diez diagnósticos más frecuentes realizados durante el período de estudio.

Respecto al tipo de paciente que acudió solicitando atención de Urgencia a dermatología, las trabajadoras del género femenino, fueron las que más frecuentemente solicitaron atención y corresponden al 28% de los casos, seguido de los pensionados y los trabajadores del género masculino, el resto de los datos se encuentran en la tabla 5.

Tipo de derechohabientes valorados por Dermatología referidos como urgencias de 2015 a 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
No derechohabiente	128	2.9%
Trabajador masculino	731	16.4%
Trabajador femenino	1247	28%
Concubina	400	9%
Concubino	137	3.1%
Padre	120	2.7%
Madre	248	5.6%
Hijo	247	5.5%
Hija	321	7.2%
Pensionado	877	19.7%
Total	4456	100%

Tabla 5. Distribución del tipo de pacientes atendidos en Dermatología referidos del servicio de urgencias de 2015-2017.

Al analizar las consultas atendidas por mes en los 3 años del estudio, se observó que el mes de agosto seguido por octubre y enero son los meses en los que más urgencias se presentan sin que se vea un predominio estacional. Tabla 6.

División mensual del total de consultas atendidas de 2015-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
ENERO	393	8.8%
FEBRERO	322	7.3%
MARZO	370	8.5%
ABRIL	377	8.2%
MAYO	373	8.4%
JUNIO	370	8.3%
JULIO	373	8.4%
AGOSTO	415	9.3%
SEPTIEMBRE	360	8.1%
OCTUBRE	402	9.0%
NOVIEMBRE	358	8.0%
DICIEMBRE	343	7.7%
Total	4456	100%

Tabla 6. División mensual del número total de consultas atendido en el periodo de 2015-2017.

En el análisis de las consultas atendidas por mes y año durante los 3 años, se observó que en el 2015 julio fué el mes con más consultas; en 2016 agosto y en 2017 enero. Gráfico 8

En ninguno de los años de estudio se observó una predominancia en el número de consultas por mes ni tampoco por estación del año. Tabla 7.

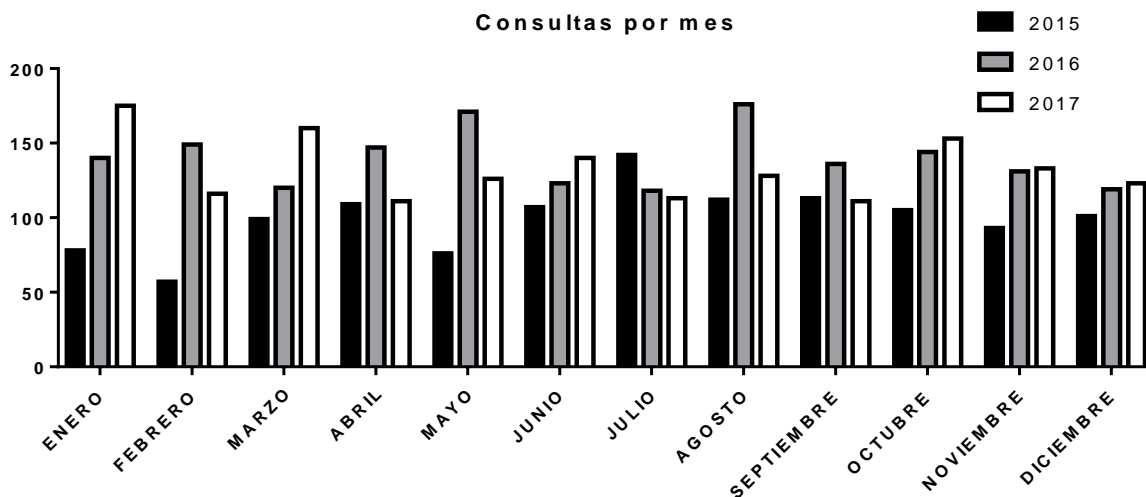


Fig. 8. Gráfico de barras del comportamiento mensual de las urgencias atendidas en Dermatología dividido por años.

División por mes y año del total de las consultas atendidas.

MES	2015	2016	2017
ENERO	78	140	175
FEBRERO	57	149	116
MARZO	99	120	160
ABRIL	109	147	111
MAYO	76	170	126
JUNIO	107	123	141
JULIO	142	118	113
AGOSTO	112	176	128
SEPTIEMBRE	113	136	111
OCTUBRE	105	144	153
NOVIEMBRE	93	131	133
DICIEMBRE	101	119	123

Tabla 7. División anual por mes respecto al número de consultas atendidas.

Fueron extendidas durante el periodo de estudio 284 incapacidades, la mayor parte de ellas durante el 2016 con una $p < 0.0001\%$, resultando estadísticamente significativo, en 105 casos se dio licencia médica por 3 días; el mínimo de días otorgados fue de 1 en 25 casos y el máximo de 21 días en 1 caso.

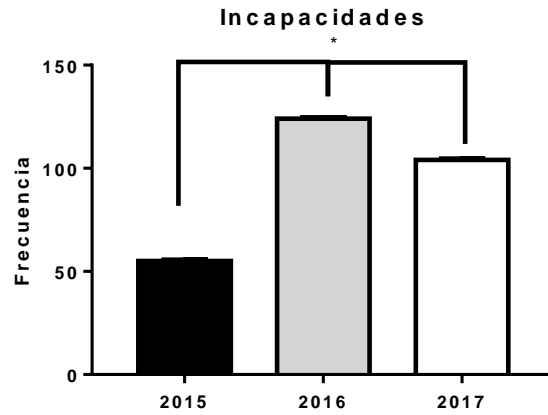


Fig. 9. División por año del número de licencias médicas otorgadas durante el período de estudio.

En el análisis por año; durante 2015 se atendieron 1192 consultas, de las cuales 772 fueron en pacientes género femenino, correspondiendo a un 64.85%, mientras que el 35.2% restante fueron pacientes masculinos (Tabla 9).

**Distribución por género de los pacientes
atendidos en 2015.**

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	772	64.8%
MASCULINO	420	35.2%
Total	1192	100%

Tabla 9. Distribución por sexo de la población atendida por Urgencias en Dermatología durante el 2015.

Respecto a la edad, la media fue de 48.5 años, con DS de 22.93, (Fig. 10). Al dividir entre mayores y menores de 18 años, los pacientes mayores de 18 años representaron el 87.24% del total de las consultas, (Fig. 11) y los menores de 18 fueron el 12.75% (Fig. 12); el rango de edad fue de 40 días a 104 años.

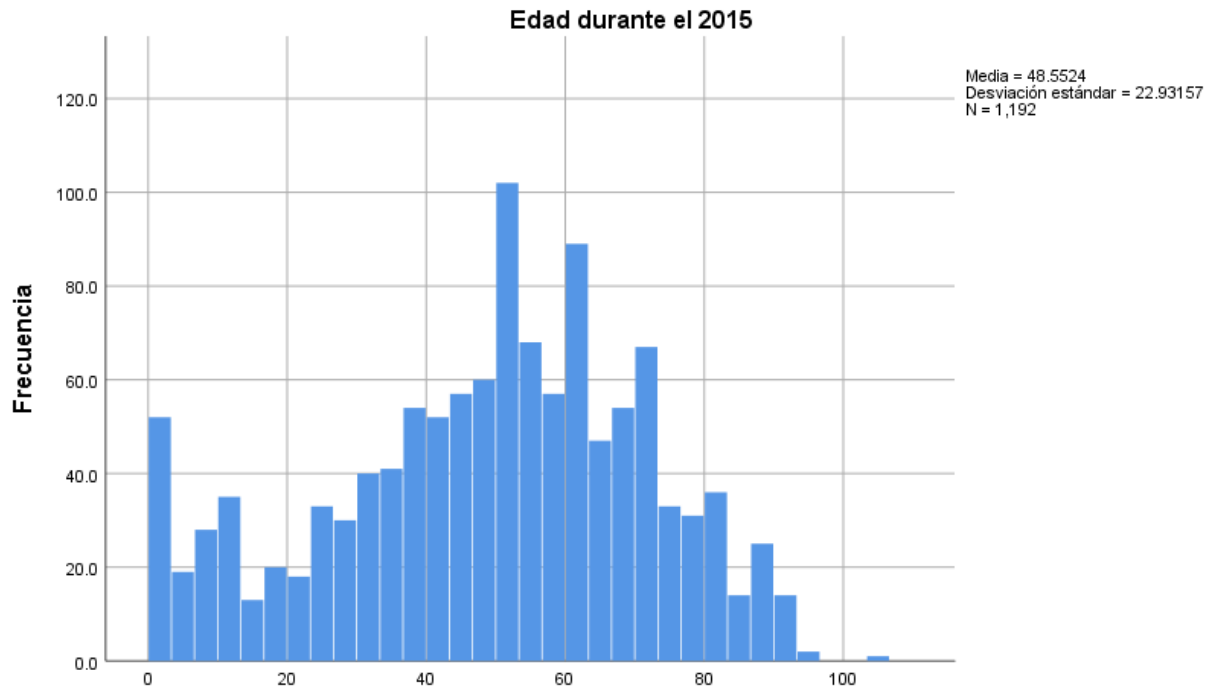


Fig. 10. Distribución por grupos de edad del total de la población atendida del 2015.

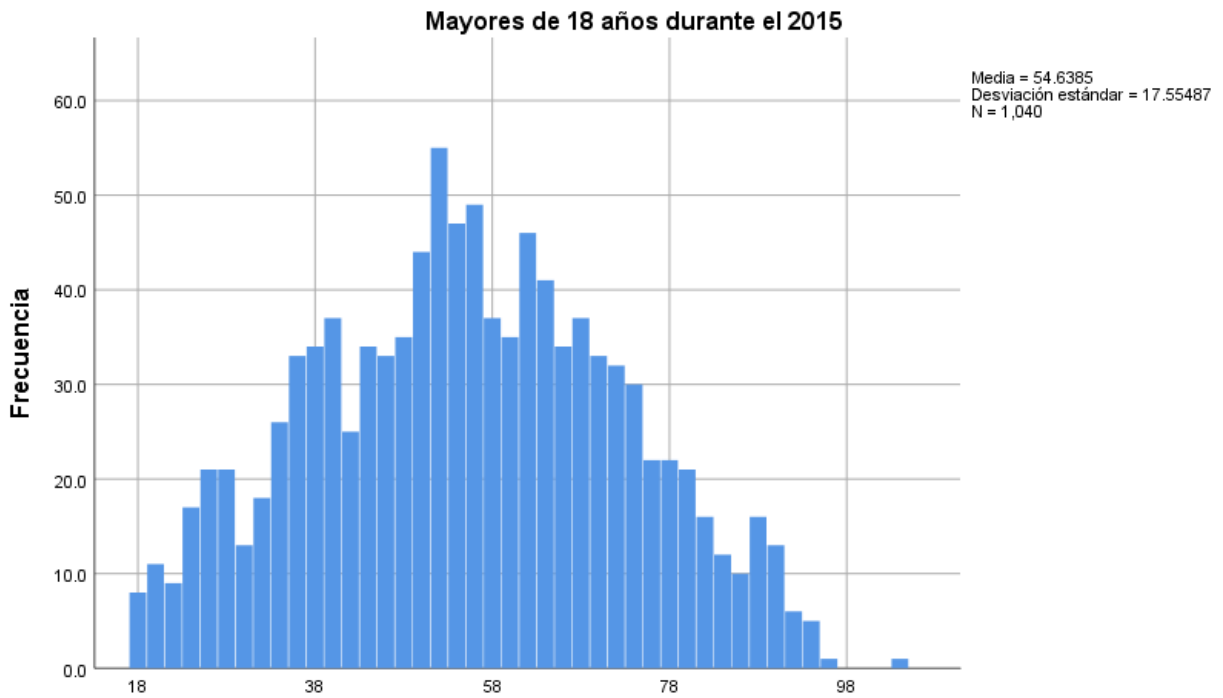


Fig. 11. Gráfico de barras de los pacientes mayores de 18 años atendidos de 2015.

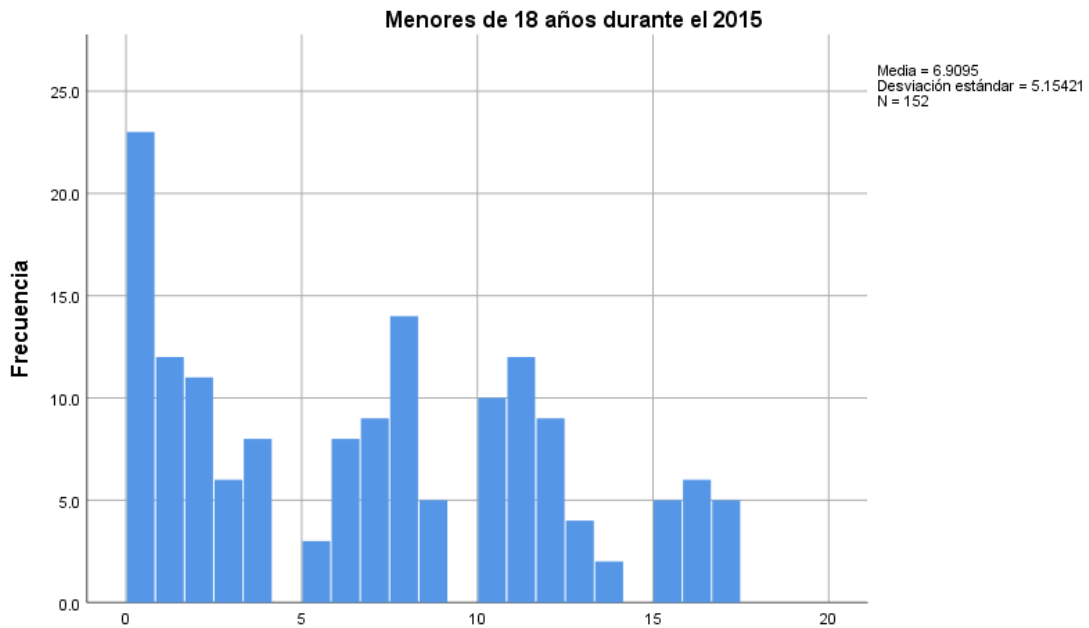


Fig. 12. Gráfico de barras de los pacientes menores de 18 años atendidos de 2015.

Las mujeres trabajadoras encabezaron al tipo de derechohabiente que solicitó atención médica de urgencias seguido por los pensionados (Tabla 10).

Tipo de derechohabiente en 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
No derechohabiente	30	2.5%
Trabajador masculino	187	15.7%
Trabajador femenino	351	29.4%
Concubina	91	7.6%
Concubino	31	2.6%
Padre	40	3.4%
Madre	61	5.1%
Hijo	66	5.5%
Hija	107	9.0%
Pensionado	228	19.1%
Total	1192	100%

Tabla 10. Distribución del tipo de pacientes atendidos en Dermatología referidos del servicio de urgencias de 2015.

La patología más frecuente por la que se solicitó atención de urgencias en 2015 fue urticaria aguda (Tabla 11). En cuanto a si fueron o no urgencias reales la división fue la siguiente (Tabla 12 y Fig. 13).

Principales causas de consulta en 2015.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
URTICARIA AGUDA	107	9.0%
HERPES ZOSTER	74	6.2%
DERMATITIS POR CONTACTO	57	4.8%
PRURIGO POR INSECTOS	44	3.7%
DERMATITIS ATOPICA	34	2.9%
XEROSIS	21	1.8%
ECCEMA NUMULAR	19	1.6%
EXANTEMA VIRAL	19	1.6%
DERMATITIS SEBORREICA	18	1.5%
ERITEMA PIGMENTADO FIJO	17	1.4%

Tabla 11. Diez diagnósticos más frecuentes realizados durante el 2015.

Tipo de consulta valorada en 2015 Urgencia Dermatológica/ No Urgencia.

	Frecuencia	Porcentaje
NO	729	61.2%
SI	463	38.8%
Total	1192	100.0%

Tabla 12. Clasificación del tipo de pacientes atendidos en 2015 de acuerdo si el motivo de consulta constituía o no una urgencia dermatológica.

Tipo de consulta valorada de 2015-2017 Urgencia Dermatológica/ No Urgencia.

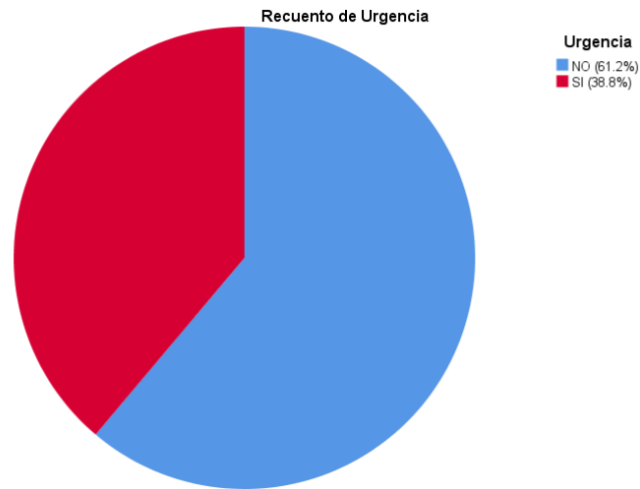


Fig. 13. Gráfico circular de acuerdo a si el motivo de consulta constituyó o no una urgencia dermatológica.

Durante el año 2016, se atendieron 1674 pacientes con hoja de urgencias, 1059 (63.3%) fueron del género femenino y 616 (36.7%) masculinos (Tabla 13).

Distribución por género de la población en 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	1059	63.3
MASCULINO	616	36.7
Total	1674	100.0

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de la población atendida por Urgencias en Dermatología durante el 2016.

Los rangos de edad variaron de 2 meses a 100 años, con una media de 49.41 años y DS 21.56 (Fig. 14) los mayores de 18 años fueron 1509 (90.14%) (Fig. 15) y menores de 18 años 165 (9.8%) (Fig. 16).

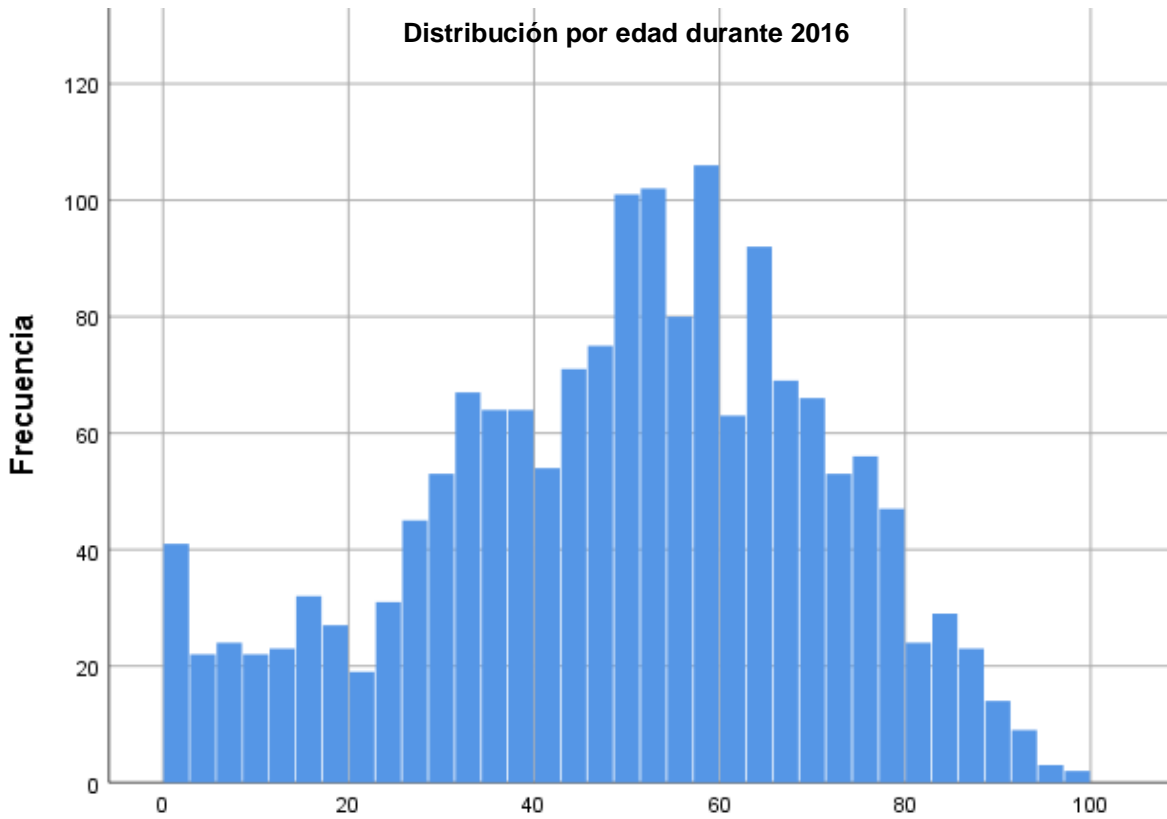


Fig. 14. Distribución por grupos de edad del total de la población atendida del 2016.

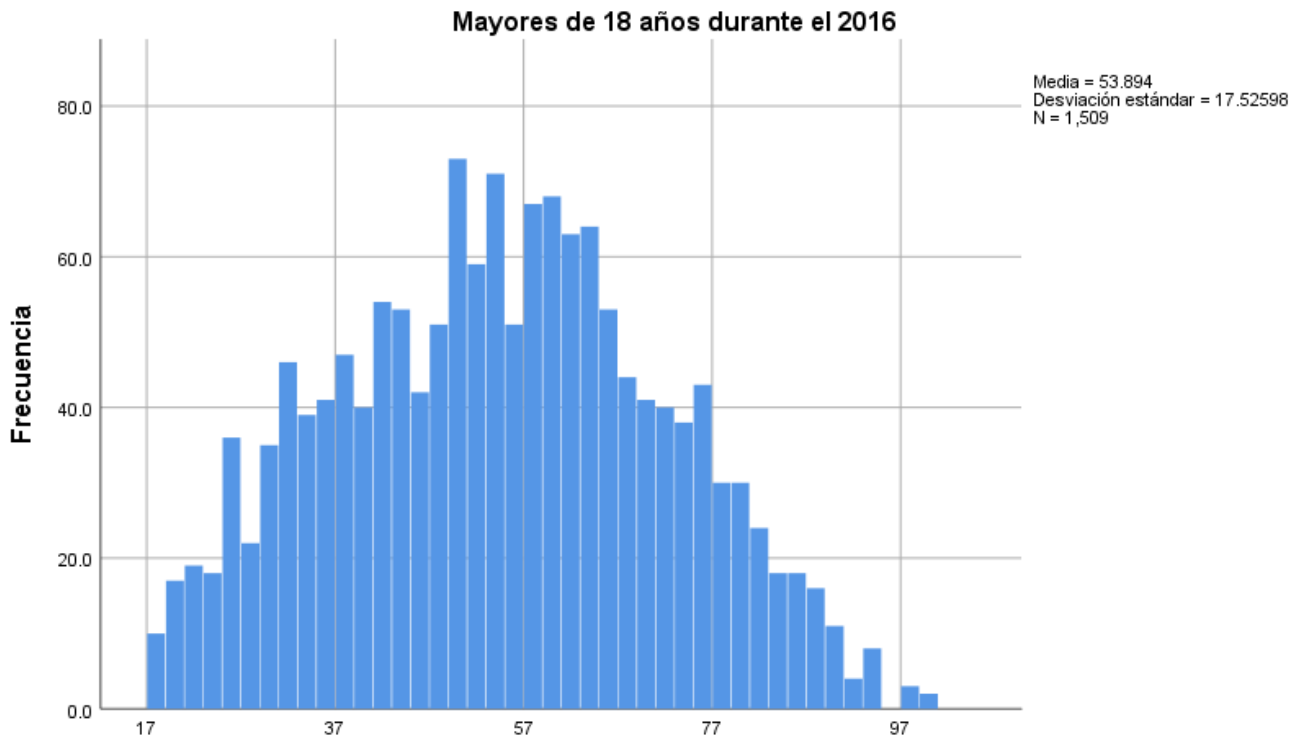


Fig. 15. Gráfico de barras de los pacientes mayores de 18 años atendidos de 2016.

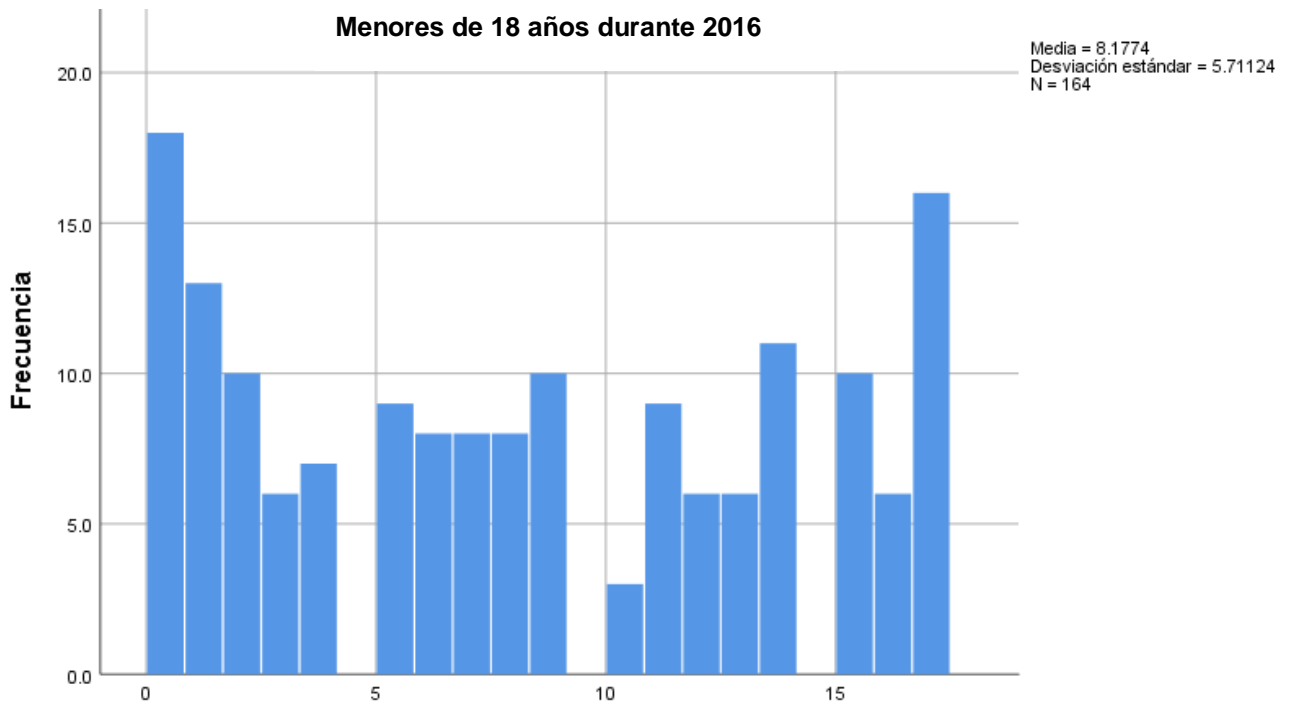


Fig. 16. Gráfico de barras de los pacientes mayores de 18 años atendidos de 2016.

De acuerdo al tipo de derechohabiente que solicitó consulta de urgencias, la mayoría fueron mujeres trabajadoras, seguido de los pensionados y hombres trabajadores (Tabla 14).

Tipo de derechohabiente en 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
No derechohabiente	40	2.4%
Trabajador masculino	287	17.2%
Trabajador femenino	494	29.5%
Concubina	172	10.3%
Concubino	48	2.9%
Padre	37	2.2%
Madre	89	5.3%
Hijo	92	5.5%
Hija	96	5.7%
Pensionado	319	19.1%
Total	1674	100.0%

Tabla 14. Distribución del tipo de pacientes atendidos en Dermatología referidos del servicio de urgencias de 2016

La patología más frecuente de consulta fue Urticaria aguda seguida de Herpes zoster (Tabla 15).

Principales causas de consulta en 2016.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
URTICARIA AGUDA	131	7.8%
HERPES ZOSTER	105	6.3%
PRURIGO POR INSECTOS	63	3.8%
DERMATITIS POR CONTACTO	62	3.7%
EXANTEMA VIRAL	34	2.0%
XEROSIS	26	1.6%
ANGIOEDEMA	24	1.4%
QUEMADURA DE 2DO GRADO	23	1.4%
COMPLEJO VASCULOCUTANEO	22	1.3%
DERMATITIS ATOPICA	22	1.3%

Tabla 15. Diez diagnósticos más frecuentes realizados durante 2016.

Del total de consultas atendidas durante el 2016 sólo el 47% fueron urgencias y 53% correspondieron a padecimientos que pudieran haber sido atendidos en la consulta externa (Tabla 16 y Fig. 17).

Tipo de consulta valorada en Dermatología Urgencia/ No Urgencia.

	Frecuencia	Porcentaje
NO	956	57%
SI	718	43%
Total	1674	100%

Tabla 16. Clasificación del tipo de pacientes atendidos en 2016 de acuerdo si el motivo de consulta constituía o no una urgencia dermatológica.

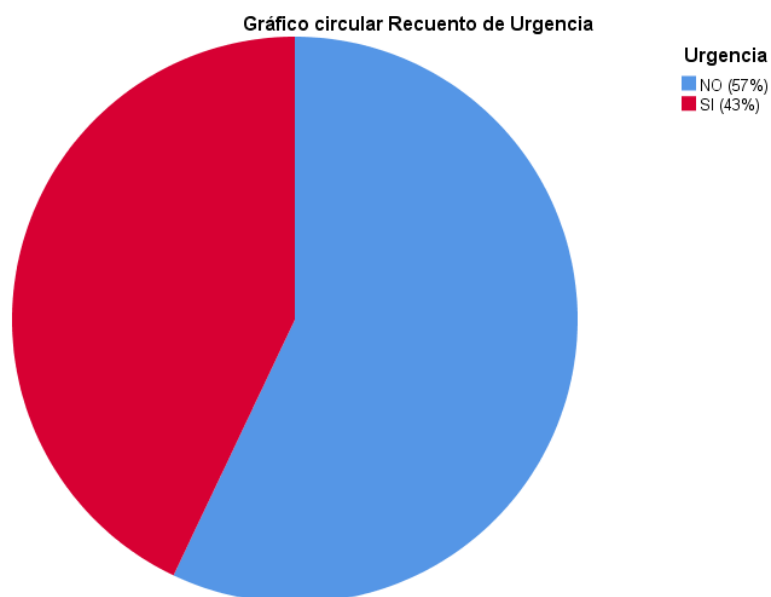


Fig. 17. Gráfico circular de acuerdo a si el motivo de consulta constituyó o no una urgencia dermatológica.

En 2017 se atendieron 1591 consultas, de las cuales 979 (61.47%) se dieron en mujeres y 614 (38.52%) en hombres (Tabla 17).

**Distribución por género de la población en
2017.**

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	979	61.5%
MASCULINO	614	38.5%
Total	1591	100%

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la población atendida por Urgencias en Dermatología durante el 2017.

El rango de edad vario de 28 días a 100 años, la media de edad fue de 50.16 años y una DS de 22.29 años (Fig. 18); al dividirlos por grupos de edad 90.06% resultaron mayores de 18 años (Fig. 19) y sólo 9.9% menores de 18 años (Fig. 20).

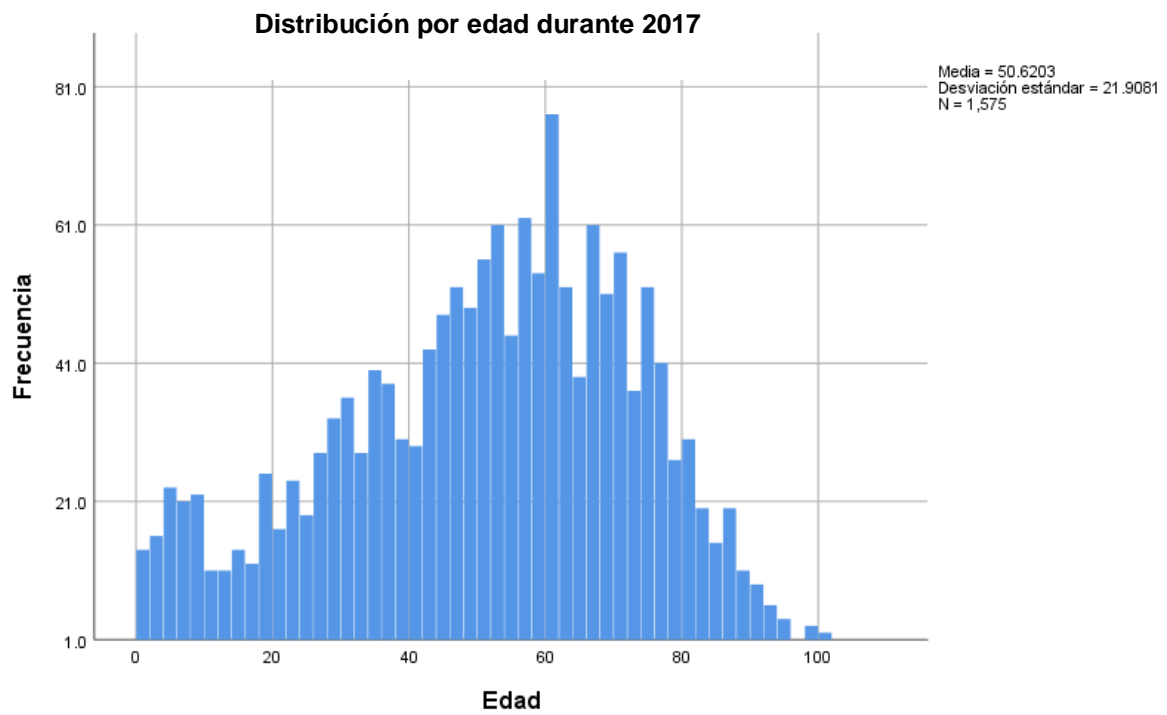


Figura 18. Distribución por edades de la población en 2017

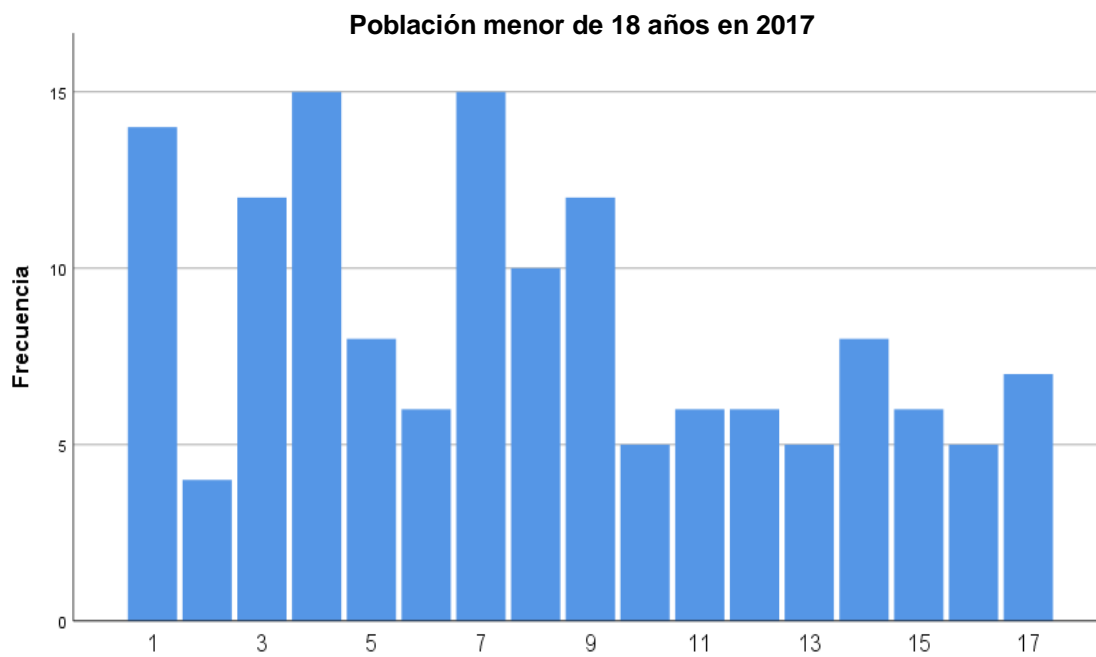


Figura 19. Población menor de 18 años en 2017

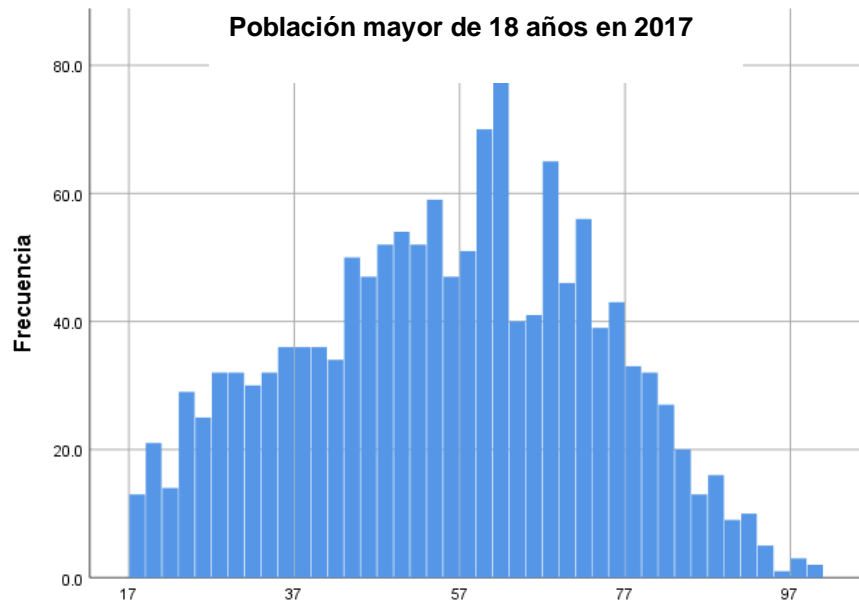


Figura 20. Población mayor de 18 años en 2017

Según al tipo de derechohabiente la mayor parte fueron mujeres trabajadoras, seguido del grupo de pensionados (Tabla 18).

Tipo de Derechohabiente en 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
No derechohabiente	57	3.6%
Trabajador masculino	257	16.2%
Trabajador femenino	402	25.3%
Concubina	137	8.6%
Concubino	58	3.7%
Padre	43	2.7%
Madre	98	6.2%
Hijo	89	5.6%
Hija	118	7.4%
Pensionado	330	20.8%
Total	1589	100.0%

Tabla 18. Distribución del tipo de pacientes atendidos en Dermatología referidos del servicio de urgencias de 2017.

La patología más frecuente por la cual se solicitó la consulta fue herpes zoster (Tabla 19).

Principales causas de consulta en 2017.

Diagnóstico	Casos	Frecuencia
HERPES ZOSTER	82	5.2
URTICARIA AGUDA	77	4.8
PRURIGO POR INSECTOS	38	2.4
XEROSIS	35	2.2
COMPLEJO VASCULOCUTANEO	33	2.1
DERMATITIS ATOPICA	26	1.6
DERMATITIS POR CONTACTO	25	1.6
HERPES SIMPLE	22	1.4
ERITEMA PIGMENTADO FIJO	21	1.3
DERMATITIS SEBORREICA	18	1.1

Tabla 19. Diez diagnósticos más frecuentes realizados durante 2017.

De acuerdo a si se consideraron o no una urgencia, 944 fueron consideradas consultas que es posible verlas por la consulta externa y solo 655 fueron consideradas como urgencias (Tabla 20 y Fig. 21).

Tipo de consulta valorada en Dermatología Urgencia/ No Urgencia.

	Frecuencia	Porcentaje
NO	943	59.3%
SI	648	40.7%
Total	1591	100%

Tabla 20. Clasificación del tipo de pacientes atendidos en 2017 de acuerdo si el motivo de consulta constituía o no una urgencia dermatológica.

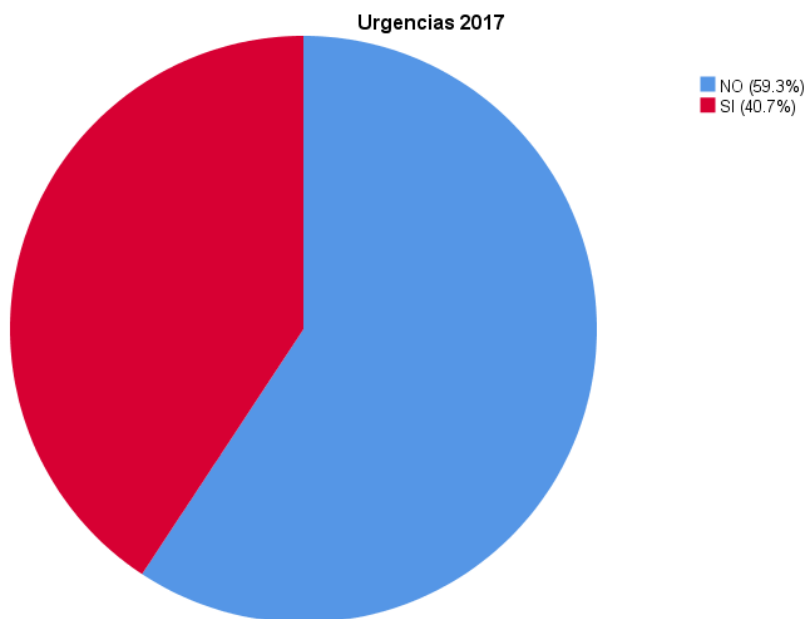


Fig. 21. Gráfico circular de acuerdo a si el motivo de consulta constituyó o no una urgencia dermatológica en el año 2017.

Por grupo de enfermedades se clasificó la etiología de las consultas en : infecciosas incluyendo virales de reporte (1), eccema (2), urticaria y angioedema (3), eritematodescamativa (4), neoplasias benignas, premalignas y malignas (5), uñas, pelo y glándulas (6), vascular (7), farmacodermias (8), agentes físicos (9), estomatosis (10), miscelánea (11), no dermatológico (12), autoinmunes y ampollosas (13), exposición solar (14), descriptivas (15), discromias (16), picaduras y prurigo (17), piel sana (18), obtuvimos los siguientes resultados:

Para la patología infecciosa recibimos un total de 1122 casos, siendo el diagnóstico más frecuente fue herpes zoster con 313 casos, de los cuales 26 fueron diseminados, y 15 oftálmicos, de todos los casos sólo 1 fue síndrome de Ramsay-Hunt, 3 estuvieron exulcerados, 3 impetiginizados. La segunda patología en frecuencia fue celulitis con 153 casos, seguida por erisipela 101 casos, las menos frecuentes fueron: larva migrans cutánea 5 casos, miasis 2 casos, fascitis necrotizante, gonorrea y linfogranuloma venéreo.

En cuanto a las infecciones virales de reporte solo fueron valorados 50 pacientes por exantemas virales secundarios a infecciones por probable Zika 5, dengue 9, chikungunya 3 y varicela 27, escarlatina 6; mismos que fueron referidos al servicio de Epidemiología del hospital, durante todo el estudio solo se valoraron 2 pacientes con diagnóstico de sífilis primaria.

En el grupo 2, encontramos un total de 740 pacientes; de estos 82 presentaron dermatitis atópica en menores de 18 años, de estos 1 corticoestropeda, 3 eritrodermicas, 9 exacerbadas, 1 impetiginizada y 1 severa; además de 26 casos en adultos; de la dermatitis por contacto se encontraron 430 casos a sustancias diversas; de los eccemas se observaron 70 casos, dermatitis seborreica 54 casos y las menos frecuentes eritrodermia con 3 casos seguida por dermatitis neglecta y liquenoide cada una con 1 solo caso.

Grupo 3, la principal causa de consulta fueron las urticarias tanto agudas como crónicas; cuyos orígenes variaron entre infecciosas, medicamentosas y otras en las que no estuvo especificada la causa; fueron 57 casos de angioedema y 4 casos de vasculitis urticariana.

GRUPO 3. Urticaria y Angioedema	
URTICARIA	385
ANGIOEDEMA	57
VASCULITIS URTICARIANA	4
TOTAL	446

Tabla 24. Grupo 3, Urticaria y Angioedema.

Grupo 4, eritematodescamativas; en cuanto a las pitiriasis (pitiriasis rosada de Gilbert y pitiriasis versicolor, ambas se consideran de origen infeccioso sin embargo por el tipo de lesiones que originan se catalogan dentro de las enfermedades eritematodescamativas) se encontraron rosada de Gilbert 47 casos, pitiriasis alba 7 casos, pitiriasis versicolor 3 casos, pitiriasis liquenoide varioliforme aguda 6, pitiriasis liquenoide crónica 1; el resto de los casos se resume en la Tabla 25. La psoriasis fue causa de consulta en 39 ocasiones, de estas diagnóstico inicial 3 invertidas, 2 de piel cabelluda, 3 palmo plantares y 1 con corticoestropeo, el resto fueron exacerbación de psoriasis.

GRUPO 4. Eritematodescamativas	
PITIRIASIS	64
PSORIASIS	39
LIQUEN PLANO	39
QUERATOSIS PILAR	17
DERMATITIS PALMOPLANTAR JUVENIL	3
PARAPSORIASIS	1
ARTRITIS PSORIASICA	1
TOTAL	164

Tabla 25. Grupo 4, patologías eritematodescamativas.

Grupo 5 o neoplasias benignas, premalignas y malignas: fueron 60 casos de neoplasias malignas divididas de la siguiente forma: 24 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide, 22 con carcinoma basocelular, 9 con melanoma maligno, 2 con sarcoma de Kaposi, 1 angiosarcoma y 1 sarcoma de partes blandas, 1 linfoma de células T; de las lesiones benignas el diagnóstico más frecuente fue el de queratosis seborreicas con 24 casos, seguido de nevos melanocíticos y fibromas blandos con 16 y 8 casos respectivamente y de las lesiones premalignas tuvimos 16 casos con queratosis actínicas.

Grupo 6, al dividirlo, de la patología ungueal encontramos onicomiosis 28 casos, onicocriptosis 26 casos, paroniquia 10 casos y perionixis 6 casos, patología del folículo piloso reportamos 31 foliculitis, 24 forunculosis, 8 alopecias, 7 de las cuales fueron areatas y 1 por tracción, 1 efluvio telógeno, 4 pilomatricomas y 3 tricotilomanias; al analizar la patología glandular encontramos: 34 casos de rosácea, 20 de acné con sólo 2 casos de formas severas, 1 de acné fulminans y otro de acné conglobata, 6 casos de hidrosadenitis supurativa, 1 caso de glándula del pezón hipertrofiada y 1 caso de glándula de Fordyce.

De las vasculopatías lo más frecuente fue complejo vasculo cutáneo con 67 casos, seguido por púrpura 49 casos sin hacer distinción por etiología, estasis venosa con 32 casos, granuloma piógeno 25 casos, insuficiencia venosa crónica 18, linfedema y trombosis venosa profunda con 11 casos cada uno.

Se diagnosticaron 135 pacientes como farmacodermias, de estos los medicamentos implicados con más frecuencia fueron los antibióticos y productos de venta libre como vitacilina®, barmicil®,

cuadrierm®, tetraderm®, multivitamínicos, medicamentos naturistas y homeopáticos, analgésicos entre otros.

Las variantes clínicas de farmacodermias que identificamos fueron: 100 eritemas polimorfos menores, 80 exantemas secundarios a medicamentos, 53 reacciones de foto sensibilidad por fármacos, 55 de foto toxicidad, 8 de foto alergia, 20 reacciones a medicamentos no especificadas, 5 síndromes de Stevens Johnson de los cuales 2 fueron por trimetropim/sulfametoxazol, 1 por butilhioscina y 2 sin causa especificada, 1 síndrome de DRESS y 1 reacción postvacunal.

Asi mismo observamos reacciones a quimioterapia tópica con 5FU 3 casos y sistémica 4 casos reportados por uso de Imatinib, Gemcitabine y Capecitabine.

De los pacientes con dermatosis causadas por agentes físicos en su mayoría fueron quemaduras de segundo grado en 49 ocasiones seguido de quemaduras de primer grado con 33 casos, las menos frecuentes fue espinadura con cactus, mordedura humana y picadura de mantarraya con un caso cada una; así mismo recibimos una paciente con Radiodermatitis aguda secundaria a tratamiento de radioterapia por cáncer de mama.

En el grupo 10 de las estomatosis, se encontraron 8 casos en total que correspondieron a aftas menores, enfermedad de beçhet, estomatitis herpetiforme, fibroma lingual, gingivoestomatitis herpética, glositis mecánica, síndrome de boca ardorosa, úlceras orales no especificadas (Tabla 26)

GRUPO 10. Estomatosis.	
AFTAS MENORES	1
ENFERMEDAD DE BEÇHET	1
ESTOMATITIS HERPETIFORME	1
FIBROMA LINGUAL	1
GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA	1
GLOSITITS MECÁNICA	1
SÍNDROME DE BOCA ARDOROSA	1
ÚLCERAS ORALES	1
TOTAL	8

Tabla 26. Estomatosis encontradas de 2015- 2017 en la consulta de Urgencias dermatológicas.

Grupo 12 o sin patología cutánea; de los 4456 pacientes atendidos del 2015 al 2017, 113 de ellos no tenían patología cutánea identificable; por lo que durante los tres años atendimos padecimientos como gastroenteritis aguda, ataques agudos de gota, fracturas, insuficiencia venosa crónica, síndromes urinarios obstructivos, trombosis venosa profunda, contusiones, tumoración craneal, radiculopatía, migración de marcapasos, dolor cervical, artritis reumatoide, mastopatía fibroquística, parálisis facial, osteoartritis, Síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS), esguinces, depresión, bursitis séptica, hemorroides, tendinitis, hipotensión, síndrome nefrítico, síndrome de supresión etílica, sangrado uterinoanormal, anemia, conjuntivitis, disfonía, dolor abdominal, faringoamigdalitis; entre otros, siendo el diagnóstico más frecuente neuralgia post herpética.

En el grupo 13 autoinmunes y ampollas encontramos 2 casos de lupus discoide y 1 caso de lupus túbido y de las ampollas; pénfigo con 5 casos y 1 caso de pápulas pruriginosas del embarazo.

Por exposición solar o grupo 14, se reportan fitofotodermatitis 23 casos, reacciones de foto sensibilidad 15 casos, dermatitis solares 14 casos, quemaduras solares 10 casos y fotodaño crónico 10 casos.

Respecto a las descriptivas grupo 15, tenemos: hematomas con 18 casos, cicatrices 10 casos y tilomas 10 casos, el resto de los casos se reparte como ampollas traumáticas en su mayoría por calzado 3 casos, equimosis 6 casos, excoriaciones traumáticas 7 casos.

Grupo 16 o discromias destacan el vitíligo con 12 casos, seguido de hiperpigmentación postinflamatoria 9, melasma 6, melanosis por fricción 5 y mancha artificial por tatuaje con Henna 1.

Respecto a picaduras y prúrigos grupo 17 las primeras causas fueron los prúrigos por insectos siendo 193 casos donde más del 50% se presentó en pacientes menores de 18 años, seguido de picaduras por abejas, alacrán y mantarraya.

23 pacientes consultaron teniendo diagnóstico de piel sana.

7. DISCUSIÓN.

Tal como se ha visto en publicaciones previas, la mayoría de los pacientes que solicitan valoración por Urgencias dermatológicas en realidad no constituyen una verdadera emergencia, así lo han reportado Martínez -Martínez et al, en 2010 y mas recientemente Samudrala et al ,en 2018; dado que la mayoría de los padecimientos pueden valorarse por la consulta externa; sin embargo debido a lo aparatoso de las lesiones y lo incomodo de la sintomatología acompañante la mayor parte de los pacientes valora su estado como una condición grave.

Con respecto a la población atendida durante los 3 años de estudio, la media de edad fue de 50.2 años, lo cual coincide parcialmente con otros estudios como el de Gil et al, pero no con el de Martínez-Martínez et al, que reporta una media de edad de 20 años menos que en nuestro estudio, sin embargo habría que tomar en cuenta que dentro de la población atendida en el instituto el grupo de pensionados cuya edad va desde 50 y hasta 104 años corresponde al segundo lugar respecto al tipo de derechohabiente atendido por lo que explica que la distribución de la población tenga esta tendencia.

Coincidiendo con lo reportado en otros estudios la mayor parte de la población que acude solicitando valoración por urgencias dermatológicas pertenecieron al género femenino; y al realizar la división de acuerdo al tipo de derechohabiente, destaca que de nuevo son las mujeres trabajadoras quienes encabezan la lista de pacientes que solicitan atención manteniéndose esta tendencia durante los 3 años de estudio^{1,2}.

Respecto a la población pediátrica y difiriendo a lo publicado previamente en los estudios de Colomé et al y Roca Saurina et al, obtuvimos que la edad más frecuente fue de 1 año, seguida por 7 y 8 años.

A diferencia de lo observado en otros estudios, nosotros no tuvimos un aumento de las consultas relacionado con la estación del año, observamos que no hubo un comportamiento estacional de patologías como prurigos por insectos o reacciones de fotosensibilidad. ^(1-3, 5)

El diagnóstico individual efectuado con mayor frecuencia en mayores de 18 años fue el de urticaria, dato que coincide con el de otros estudios.⁽³⁻⁵⁾ No sucede lo mismo en el grupo de paciente pediátricos cuya causa más frecuente de consulta de urgencia fue dermatitis atópica seguido de prurigo por insectos, exantemas virales y xerosis, resultados que coinciden con lo reportado en la literatura por Baquero-Sánchez et al².

Respecto a los grupos diagnósticos en su conjunto, la patología infecciosa fue el más frecuente, lo que también coincide con lo reportado previamente por Martínez- Martínez et al., destaca un gran número de casos de herpes zoster que no coincide con lo reportado previamente en la literatura, esto quizá este asociado al tipo de población atendida; es decir pacientes mayores con múltiples comorbilidades y estados de inmunosupresión. En el segundo lugar de las patologías infecciosas, se encontraron las celulitis sobre todo a nivel de miembros inferiores, este dato se correlacionó con incapacidad para la movilización por lo que por esta patología se otorgaron el mayor número de licencias médicas.

Cabe destacar que en nuestro estudio el herpes zoster ocupó un gran número de casos 261 en total y de hecho fue la primera causa de consulta en el año 2016 y aunque en la literatura mundial no esta reportado como urgencia dermatológica nosotros como servicio si la consideramos una urgencia ya que debe de tratarse dentro de las primeras 72 horas de iniciado el cuadro, sobre todo cuando se presentan las formas especiales y asociadas a pacientes que tienen otras comorbilidades como la población que atendemos, así mismo de no ser tratado puede traer consecuencias graves como ceguera o la más frecuente neuralgia post herpética que puede llegar a ser incapacitante permanentemente.

Con relación a las reacciones inducidas por medicamentos en formas graves, se encontraron solo 5 pacientes con SSJ y 1 paciente con DRESS; la causa más frecuente de este tipo de reacciones fueron los antibióticos, seguidos de anticonvulsivantes.

Por lo anterior podemos concluir; que la mayor parte de los pacientes que son atendidos por el Servicio de Dermatología canalizados desde el Servicio de Urgencias, no constituyen una urgencia real que ponga en peligro la vida o la función y por ende deberían ser valorados por la consulta externa.

8. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los análisis prospectivos no podemos establecer proyecciones estadísticas de incremento en el número de pacientes en el servicio, ya que no ha seguido un patrón; es decir, el número de consultas de urgencias varía en función de quien tiene contacto inicial con el paciente y de su capacidad de decidir si el paciente requiere o no consulta por dermatología o en todo caso de su capacidad resolutoria; sin embargo por la elevada cantidad de pacientes que se reciben en el servicio de urgencias es posible proyectar un crecimiento del número de consultas anuales; por lo que el servicio de Dermatología se verá rebasado y será necesario contar con la infraestructura y el personal capacitado para poder atender al alto número de pacientes.

Así mismo es necesario realizar un triage más acucioso de los pacientes y elaborar manuales y algoritmos de tratamiento para facilitar la atención de los pacientes en el servicio de urgencias de forma oportuna.

Vale la pena señalar que de los 4456 pacientes que valoramos enviados del servicio de urgencias, 113 de ellos, es decir 2.5% fueron enviados por causas distintas a la patología cutánea, y 23 más no tenían razón de ser enviados al servicio ya que al revisarlos el diagnóstico fue piel sana sin otra causa de consulta.

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Grillo E, Vaño-Galván S, Jiménez-Gómez N, et al. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifilogr* 2013;104:316-24.
2. Baquero-Sánchez E, et al. Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital de tercer nivel. *An Pediatr (Barc)*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.01.001>
3. Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau JC. Medical activity in an emergency outpatient dermatology department. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130:167-70.
4. Ragnanatha S, Inamadar AC. Neonatal dermatological emergencies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:328-40.
5. Samudrala S, Dandakeri S, Bhat R. Clinical profile of dermatological emergencies and intensive care unit admissions in a tertiary care center - an Indian perspective. *Int J Dermatol*. 2018;57:575-579. doi: 10.1111/ijd.13957. Epub 2018 Feb 26
6. Triage hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para segundo y tercer nivel. México: Secretaría de Salud, 2013.
7. Barbosa L, Salas J, Ocampo J. et al. Urgencias dermatológicas. *Dermatol Rev Mex*. 2015;59:26-38.
8. Díaz S, Tirado A, Ponce R. Dermatologic emergencies. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2016;79(1):33-39.
9. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Stevens Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica, México; Secretaría de Salud, 2011.
10. Guía de Práctica Clínica para Prevención y Tratamiento de Radiodermatitis Aguda. México: Secretaría de Salud; 2013
11. Abordaje terapéutico dermatológico ambulatorio del pénfigo vulgar en adultos. México: Secretaría de Salud, 2013.
12. <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GDermatologia.pdf>
13. Boletín estadístico de Dermatología del Hospital General de México de 2002-2011. <http://www.hgm.salud.gob.mx/interna/dirplan/boletin.html>
14. Fader D, & Johnson T. Medical issues and emergencies in the dermatology office. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1997; 36:1–18. doi:10.1016/s0190-9622(97)70319-0