



ARTIGO ORIGINAL

Dermatologia hospitalar: análise de consultas dermatológicas em hospital universitário terciário^{☆,☆☆}



Iago Gonçalves Ferreira ^{ID a,b,*}, Camila Saraiva Almeida ^{ID c},
 Lucas Abascal Bulcão ^{ID b}, Diego Gonçalves Ferreira ^b, Magda Blessmann Weber ^{ID a,b}
 e Renan Rangel Bonamigo ^{ID a,d}

^a Departamento de Dermatologia, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^c Faculdade de Medicina, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

^d Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido em 16 de maio de 2022; aceito em 11 de agosto de 2022

PALAVRAS-CHAVE

Dermatologia;
 Doenças de pele;
 Doenças da pele e do tecido conjuntivo;
 Epidemiologia;
 Pacientes internados;
 Pesquisa em serviços de saúde

Resumo

Fundamentos: Em ambientes hospitalares, a dermatologia pode oferecer suporte clínico significativo para o diagnóstico e o tratamento das doenças cutâneas, reduzindo sua morbimortalidade. Assim, o estudo teve como objetivo analisar o perfil dos encaminhamentos e consultas realizados pelo Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no período de agosto de 2018 a janeiro de 2020.

Métodos: Este estudo é descritivo, quantitativo e retrospectivo, tendo sido realizado por meio de coleta de dados e revisão de prontuários e encaminhamentos médicos. As variáveis incluídas foram dados clínicos dos encaminhamentos, perfil dos pacientes internados, diagnósticos dermatológicos, exames complementares, conduta terapêutica e seguimentos recomendados.

Resultados: Foram analisados 1.020 encaminhamentos, que resultaram em 641 consultas (328 homens, 313 mulheres). Os grupos de doenças cutâneas mais prevalentes foram dermatite e eczema (33,1%) e outras doenças infecciosas de pele (21,8%), enquanto os CID-10 mais frequentes foram erupções medicamentosas – L27 (9,9%) e outras e dermatite não especificada – L30 (6,6%). Os corticoides foram o tratamento recomendado mais sugerido (27,7%), seguidos por antifúngicos (13,1%). Alta da consulta (44%) e seguimento ambulatorial na Dermatologia (27%) foram as propostas de encerramento das consultas mais frequentes.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.08.010>

[☆] Como citar este artigo: Ferreira IG, Almeida CS, Bulcão LA, Ferreira DG, Weber MB, Bonamigo RR. Hospital Dermatology: analysis of dermatological consultations in a tertiary teaching hospital. An Bras Dermatol. 2023;98:620–34.

^{☆☆} Trabalho realizado no Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: iago_goncalves14@hotmail.com (I.G. Ferreira).

Limitações do estudo: Dentre as limitações do estudo, destacamos seu caráter retrospectivo, com análise de dados com base em encaminhamentos e registros em prontuários médicos, que podem apresentar informações imprecisas ou incompletas. Além disso, o estudo pode apresentar certo grau de subjetividade em virtude do processo de revisão e interpretação realizado pelos pesquisadores. Entretanto, a definição de critérios objetivos com base em estudos anteriores atenua esse possível viés. Além disso, considerando que as equipes de Dermatologia são compostas por dermatologista preceptor e médicos residentes, os diagnósticos estabelecidos não foram submetidos à verificação de terceiros, exceto nos casos de biopsias e culturas de pele. Assim, a experiência e as competências dos profissionais podem ter influenciado os diagnósticos dermatológicos estabelecidos.

Conclusões: Esses achados reforçam a importância da Dermatologia na assistência hospitalar, contribuindo para o manejo de uma ampla gama de afecções da pele.

© 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Doenças cutâneas afetam milhões de pessoas em todo o mundo e representam 15% a 30% dos atendimentos ambulatoriais nos sistemas de saúde.¹⁻³ No ambiente hospitalar, as dermatoses também apresentam alta prevalência, representando significativa causa de morbidade e potencial risco à vida, principalmente pela maior vulnerabilidade dos pacientes hospitalizados.^{1,4,5} Um estudo sobre hospitalizações nos Estados Unidos demonstrou que doenças dermatológicas primárias são responsáveis por 0,47% da mortalidade hospitalar, podendo chegar a 3,29% de mortalidade quando associadas a complicações da hospitalização.⁶

As dermatoses no ambiente hospitalar têm ampla variedade de apresentações clínicas, como doenças cutâneas primárias, manifestações secundárias de doenças sistêmicas ou em decorrência do atendimento hospitalar, que podem ser denominadas doenças cutâneas terciárias.^{4,7} Independentemente de sua apresentação clínica, o diagnóstico e tratamento apropriados são os principais objetivos no manejo desses casos, considerando sua alta prevalência, morbidade e mortalidade.⁷⁻⁹

Entretanto, as doenças cutâneas são frequentemente identificadas e tratadas por profissionais não dermatologistas, especialmente internistas e/ou clínicos gerais, que na maioria dos casos tendem a demonstrar algum grau de dificuldade na interpretação das lesões cutâneas. Assim, muitas vezes estabelecem diagnósticos imprecisos, tanto para lesões localizadas quanto generalizadas, propondo tratamentos inadequados.^{8,10,11} Considerando a prevalência e o risco potencial das doenças cutâneas para pacientes internados e seu impacto na economia dos sistemas de saúde,⁶⁻⁹ enfatizamos a importância dos dermatologistas na assistência hospitalar, considerando que esses especialistas têm o conhecimento e as habilidades necessárias para abordar esses casos clínicos de maneira adequada.¹⁰

Em ambientes hospitalares, o atendimento do dermatologista geralmente ocorre como consulta por encaminhamento de outras equipes médicas, visando esclarecer diagnósticos e/ou obter recomendações terapêuticas para doenças cutâneas.¹² Considerando a atuação do dermatologista em contexto hospitalar, bem como a carga das dermatoses hospitalares, torna-se fundamental compreender o perfil nosológico das doenças cutâneas hospitalares e o perfil das

consultas dermatológicas. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar o perfil dos atendimentos dermatológicos no hospital universitário terciário da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS, Brasil).

Métodos

Local do estudo

O complexo hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é formado por sete hospitais em sua sede principal: Hospital Santa Clara, para atendimento de adultos; Hospital da Criança Santo Antônio, que oferece atendimento pediátrico, e outros cinco hospitais especializados em cardiologia (Hospital São Francisco), neurologia e neurocirurgia (Hospital São José), pneumologia (Pavilhão Pereira Filho), oncologia (Hospital Santa Rita) e transplantes (Hospital Dom Vicente Scherer).¹³ A instituição presta assistência de saúde para o sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS), que representa 73% do total de pacientes, e para o sistema de saúde suplementar (planos de saúde e atendimentos privados), correspondendo aos demais 27%.¹³

O Serviço de Dermatologia é composto por mais de 40 dermatologistas, dois programas de Pós-graduação (Programa de Residência Médica em Dermatologia e Curso de Especialização em Dermatologia) e dois programas de bolsas de estudo (Dermatologia Cirúrgica e Dermatologia Cosmiátrica). O serviço desenvolve uma extensa gama de atividades assistenciais, como consultas ambulatoriais, cirurgias e procedimentos cosmiátricos, e consultas de pacientes internados em todos os setores do complexo hospitalar.¹³

Desenho do estudo, coleta e processamento de dados

Este estudo descritivo e observacional foi realizado a partir de análise retrospectiva dos encaminhamentos hospitalares e consultas do Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Porto Alegre no período de 1º de agosto de 2018 a 31 de janeiro de 2020. A pesquisa foi desenvolvida em duas fases: análise dos encaminhamentos de consultas dermatológicas hospitalares (fase 1) e análise das consultas dermatológicas hospitalares (fase 2). No período de maio a dezembro de

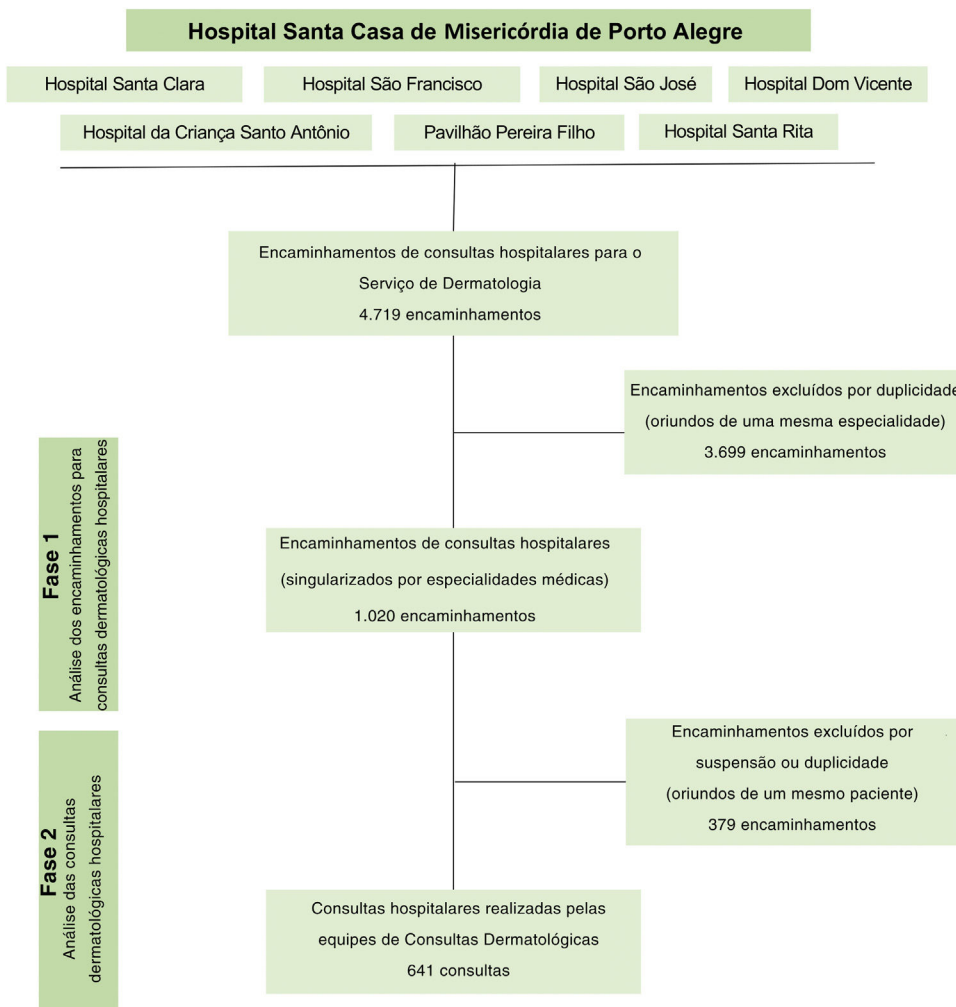


Figura 1 Fluxograma dos métodos de pesquisa
*Encaminhamentos e consultas realizadas de agosto de 2018 a janeiro de 2020.

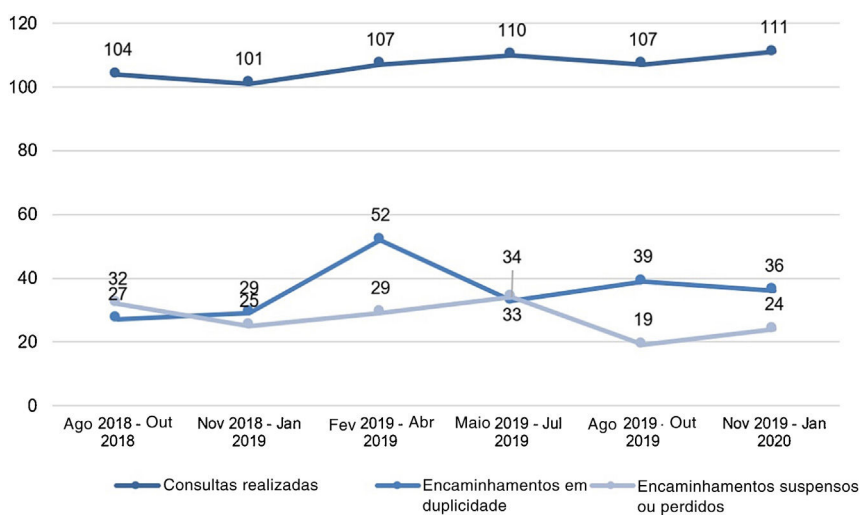


Figura 2 Fluxo de encaminhamentos de consultas dermatológicas hospitalares, de agosto de 2018 a janeiro de 2020

2021, foi realizada a coleta de dados por meio da revisão de prontuários e banco de dados, utilizando como fonte de dados o sistema de informações da instituição (Tasy®). A **figura 1** representa o fluxograma dos métodos de pesquisa.

A partir da coleta inicial de dados, foram identificados 4.719 encaminhamentos de consultas dermatológicas, que foram analisados preliminarmente, eliminando encaminhamentos duplicados de uma mesma especialidade médica (fase 1). Esses critérios foram adotados em virtude do grande número de encaminhamentos repetidos por engano ou das prescrições médicas duplicadas. Assim, foram analisados os encaminhamentos de consultas e seus respectivos prontuários médicos, retirando encaminhamentos simultâneos de diferentes especialidades para um mesmo paciente, bem como consultas que não ocorreram por suspensão ou perda (fase 2). Assim, o objetivo do estudo foi identificar as consultas efetivamente realizadas pela equipe da Dermatologia.

Com base em estudo semelhante relatado por Huang e Chong,⁸ o conjunto de variáveis foi organizado em dois grupos: *perfil dos encaminhamentos*, setor hospitalar de origem, especialidade médica de encaminhamento, idade e sexo do paciente, dados clínicos e hipótese diagnóstica relatada pelas equipes assistentes; e *perfil das consultas dermatológicas*, descrição semiológica, exames complementares recomendados, diagnósticos dermatológicos, recomendações terapêuticas e seguimentos propostos.

Em relação aos dados clínicos relatados nos encaminhamentos, foram consideradas quatro variáveis clínicas essenciais: morfologia das lesões cutâneas, distribuição das lesões cutâneas, tempo de evolução clínica e hipótese diagnóstica ou objetivo do encaminhamento. Para sistematizar e padronizar a análise dos prontuários, os diagnósticos dos dermatologistas foram classificados em categorias e grupos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além disso, para mensurar o efeito das consultas dermatológicas, foram incluídos dados do total de internações no complexo hospitalar e seus respectivos diagnósticos dermatológicos CIDs no período abrangido pelo estudo.

Sobre as recomendações de seguimento, foram considerados "seguimento ambulatorial" as consultas dermatológicas cuja duração do atendimento de Dermatologia foi igual ou inferior a sete dias e com recomendação de seguimento ambulatorial após o término. Por outro lado, "internação + seguimento ambulatorial" incluiu as consultas cujo tempo de atendimento dermatológico foi superior a sete dias e com recomendação de seguimento ambulatorial após o término. O parâmetro de corte de sete dias foi definido pelos autores com base em achados de estudos anteriores,^{14,15} que revelaram médias de tempo de hospitalização por afecções dermatológicas variando de três a dez dias, destacando-se levantamento feito por Orozco et al.,¹⁶ que revelou que cerca de 90% das internações dermatológicas duraram menos de sete dias.

As variáveis categóricas e numéricas foram analisadas de maneira descritiva, representadas pelas medidas de dispersão, frequências absolutas e relativas. A análise comparativa entre os grupos de variáveis adotou o teste qui-quadrado (X^2), considerando o valor de $p \leq 5\%$ como estatisticamente significativo. Utilizou-se o *software* IBM SPSS Statistics 23 para a análise estatística dos dados.

Tabela 1 Perfil de encaminhamentos para consultas dermatológicas hospitalares

Hospital	n	%
Hospitais de Clínicas ^a	566	55,5
Hospital Pediátrico ^a	266	26,1
Hospital Oncológico ^a	98	9,6
Total	1.020	100,0
Setor hospitalar	n	%
Enfermaria clínica	527	51,7
Centro cirúrgico	79	7,7
Enfermaria pediátrica	257	25,2
Emergência adulto	63	6,2
UTI pediátrica	17	1,7
UTI adulto	69	6,8
Enfermaria obstétrica	8	0,8
Total	1020	100,0
Natureza do setor	n	%
Sistema público de saúde	417	40,9
Sistema privado de saúde	481	47,2
Misto	122	12,0
Total	1.020	100,0
Distribuição ^b		
Média mensal	56,6 encaminhamentos	
Mínimo (mensal)	43 encaminhamentos	
Máximo (mensal)	70 encaminhamentos	
Média diária	1,8 encaminhamentos	

^a Hospitais de Clínicas: Hospital Santa Clara (HSC), Hospital São Francisco (HSC), Pavilhão Pereira Filho (PPF), Hospital Dom Vicente Scherer (HDVS), Pediatric Hospital: Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), Hospital Oncológico: Hospital Santa Rita (HSR).

^b Os valores referem-se a encaminhamentos de consultas dermatológicas hospitalares, singularizadas por especialidade e por hospitalização.

**Os valores e percentuais referem-se às variáveis, analisadas individualmente, em relação a um total de 1.020 encaminhamentos para consultas dermatológicas hospitalares.

Resultados

No período de 18 meses, foram identificadas 70.255 internações no complexo hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Dentre esses, houve 3.467 diagnósticos dermatológicos CIDs, cerca de um em cada 20 hospitalizações. Em relação aos encaminhamentos para consultas, foram feitos 1.020 encaminhamentos ao Serviço de Dermatologia para consultas hospitalares. A média mensal foi de 56,6 encaminhamentos, com destaque para o trimestre fevereiro-abril/2019, com 188 encaminhamentos (**fig. 2**).

O setor da Enfermaria Clínica e as hospitalizações por convênios foram os que mais produziram encaminhamentos, 51,7% e 47,2%, respectivamente (**tabela 1**). As especialidades médicas com maior procura de consultas dermatológicas foram Clínica Médica (25,2%), Pediatria (19%) e Pneumologia (8%), enquanto Especialidades clínicas e Pediatria e

subespecialidades foram as principais áreas médicas dos encaminhamentos, com 72% e 21% respectivamente (fig. 3).

Em relação aos dados clínicos, cerca de metade dos encaminhamentos das equipes assistenciais não registrou nenhuma informação sobre as condições dermatológicas dos pacientes, e apenas 5,2% relataram os quatro dados clínicos considerados pelos critérios da pesquisa. A localização das lesões cutâneas foi o dado clínico mais relatado (43,1%), enquanto o tempo de evolução clínica foi o menos relatado (10,8%). Apenas 28,5% (291/1.020) dos encaminhamentos indicaram hipóteses diagnósticas, o que representa 199 registros, excluindo as duplicidades. As hipóteses diagnósticas relatadas pelas equipes de encaminhamento concordaram com os diagnósticos estabelecidos pela equipe da Dermatologia em 61,8% (123/199) dos casos.

Após análise preliminar e exclusão dos registros duplicados, foram observadas 641 consultas dermatológicas hospitalares, com média de 35,6 por mês, a maioria com tempo de resposta inferior a 24 horas. A equipe da Dermatologia estabeleceu 727 diagnósticos dermatológicos, classificados em 15 grupos de dermatoses de acordo com a CID-10. A maioria das avaliações resultou em apenas um diagnóstico nosológico (85,3%), com número máximo de três diagnósticos (1,3%; tabela 2).

Os grupos de dermatoses mais prevalentes foram “dermatite e eczema” (33,1%) e “outras doenças infecciosas cutâneas” (21,8%; tabela 2). Eles também foram os grupos predominantes nos Hospitais de Clínicas e no Hospital Pediátrico (fig. 4), e também nas especialidades Clínica Médica e Pediátrica (fig. 5). Dermatite por substâncias ingeridas – L27 surge como a principal dermatose (9,9%), principalmente nos Hospitais de Clínicas e nas faixas etárias 26-35 anos, 36-45 anos e 56-65 anos (tabelas 3 e 4). Entre a população pediátrica, destaca-se a dermatite atópica – L20, com 20,8% dos quadros dermatológicos na faixa etária 2-12 anos e 15,8% no Hospital Pediátrico, assim como a escabiose – B86, que representou 16,7% dos diagnósticos em menores de 1 ano (tabela 4).

Nas dermatoses infecciosas, destacam-se a etiologia viral (8,8%), seguida das infecções bacterianas (7,8%), fúngicas (7,6%) e parasitárias (4,1%; tabela 2). Culturas bacterianas foram solicitadas em apenas 4% das consultas e indicaram *Staphylococcus aureus* como principal agente etiológico (16%; 4/25). Exame micológico direto foi realizado em 6,9% das avaliações, com resultados negativos em 60,4% das amostras (26/43) e dermatófitos como o agente fúngico mais prevalente (20,9%; 9/43).

Os exames complementares mais indicados foram as biopsias de pele (21%), que apresentaram laudos anatomopatológicos concordantes com os diagnósticos clínicos das equipes da Dermatologia em 58,8% das avaliações (77/131) e alteraram o diagnóstico final em 33,3% dos casos (40/131). Os laudos anatomopatológicos foram inconclusivos em 9,9% das amostras (13/131), e a perda de materiais correspondeu a 8,4% (11/131).

Em relação ao manejo terapêutico, os corticoides foram os medicamentos mais indicados nas consultas (27,7%), com predominância de apresentações tópicas (67,6%). Os antibióticos foram indicados em 12,3% das avaliações, destacando-se a apresentação sistêmica (56%),

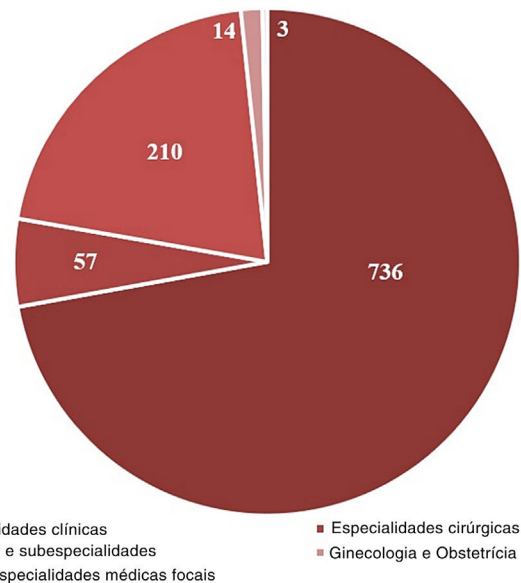


Figura 3 Áreas médicas de encaminhamento para consultas dermatológicas

principalmente cefalexina (26%, 20/77) e oxacilina (16,9%, 13/77). Antifúngicos foram recomendados em 13,1% das avaliações dermatológicas. Dentre eles, destacam-se as apresentações tópicas (79,3%), os derivados azólicos cetoconazol (45,1%; 37/82) e miconazol (8,5%; 7/82). Antivirais e antiparasitários foram menos frequentes entre as prescrições recomendadas, com 6,1% e 5,0%, respectivamente (tabela 2).

A significativa maioria das consultas dermatológicas (70,8%; 454/641) exigiu seguimento hospitalar inferior a sete dias, consistindo em 44,3% de altas da consulta (284/641) e 27,5% de seguimento ambulatorial (170/641). Por outro lado, 22,8% das consultas (146/641) exigiram seguimento hospitalar superior a sete dias (seguimento em regime de internação + seguimento ambulatorial). Além disso, 6,4% (41/641) das consultas dermatológicas apresentaram perda de seguimento, 16 (2,5%) durante o processo diagnóstico e 25 (3,9%) após a definição diagnóstica pela equipe da Dermatologia.

Discussão

No contexto hospitalar, as doenças cutâneas são altamente prevalentes, sejam ou não a principal causa de hospitalização.^{1,4,5,17,18} Assim, nossos achados mostraram que as dermatoses apresentam prevalência de 4,9% nos pacientes internados – proporção maior do que os resultados relatados em uma investigação sobre hospitalizações no sistema público de saúde brasileiro em 2019, que apresentou doenças da pele e tecido subcutâneo representando aproximadamente 2,5% do total de internações.¹⁹ Essa diferença pode estar relacionada ao parâmetro adotado no presente estudo, que considerou todos os CIDs registrados durante o atendimento hospitalar, e não apenas aqueles atribuídos como causas de internação.

Tabela 2 Perfil de pacientes hospitalizados com diagnósticos dermatológicos e consultas dermatológicas hospitalares

Exames complementares recomendados ^a		
	n	%
Biopsia de pele	131	21,0
Cultura bacteriana	25	4,0
Exame micológico direto	43	6,9
Esfregaço de Tzanck	7	1,1
Exames de imagem	22	3,5
Exames laboratoriais	89	14,2
Total ^a	625 ^a	100,0
Diagnósticos dermatológicos		
<i>Frequência</i>		
	n	%
Um diagnóstico	535	85,3
Dois diagnósticos	84	13,4
Três diagnósticos	8	1,3
Total ^a	625 ^a	100,0
<i>Concordância diagnóstica (equipe médica de referência × equipe da Dermatologia)</i>		
	n	%
<i>Hipótese diagnóstica descrita (pela equipe médica de encaminhamento)</i>		
Sim	199	31,1
Não	442	68,9
Total	641	100,0
<i>Concordância com os diagnósticos dermatológicos (pela equipe de consulta dermatológica)</i>		
Sim	123	61,8
Não	76	38,2
Total	199	100,0
Grupos de doenças cutâneas		
	n	%
Dermatoses infecciosas	206	28,3
<i>Grupos de doenças cutâneas</i>		
Infecções da pele e tecido subcutâneo	47	6,5
Outras doenças infecciosas da pele	159	21,8
<i>Grupos por agente etiológico^b</i>		
Infecções bacterianas	57	7,8
Infecções virais	64	8,8
Infecções fúngicas	55	7,6
Infecções e infestações parasitárias	30	4,1
Doenças bolhosas	12	1,6
Dermatite e eczema	241	33,1
Dermatoses papuloescamosas	24	3,3
Urticária e eritema	16	2,2
Doenças da pele e tecido subcutâneo relacionados à radiação	6	0,8
Doenças dos anexos cutâneos	48	6,6
Outras doenças da pele e tecido subcutâneo	73	10,0
Outras doenças da pele e tecido subcutâneo (não CID L)	28	3,8
Neoplasias da pele (malignas)	29	3,9
Neoplasias da pele (benignas)	21	2,9
Neoplasia maligna secundária de outros locais (metástase)	8	1,1
Exame dermatológico geral	9	1,2
Malformações congênitas com envolvimento cutâneo	6	0,8
Total ^c	727 ^c	100,0

Tabela 2 (continuação)

Tratamentos recomendados ^a		
	n	%
<i>Tratamento recomendado</i>		
Sim	251	40,2
Não	374	59,8
<i>Antibióticos</i>		
Recomendados		
Sim	77	12,3
Não	548	87,7
<i>Apresentação do medicamento</i>		
Tópico	21	27,3
Sistêmico	56	72,7
<i>Corticosteroides</i>		
Recomendados		
Sim	173	27,7
Não	452	72,3
<i>Apresentação do medicamento</i>		
Tópico	117	67,6
Sistêmico	56	32,4
<i>Antifúngicos</i>		
Recomendados		
Sim	82	13,1
Não	543	86,9
<i>Apresentação do medicamento</i>		
Tópico	65	79,3
Sistêmico	17	20,7
<i>Antivirais</i>		
Recomendados		
Sim	38	6,1
Não	587	93,9
<i>Tipo de antiviral</i>		
Aciclovir oral	19	50,0
Aciclovir intravenoso	18	47,4
Outros antivirais	1	2,6
<i>Antiparasitários^d</i>		
Recomendados		
Sim	31	5,0
Não	594	95,0
<i>Tipo de antiparasitário</i>		
Permetrina	3	9,7
Ivermectina	9	29,0
Permetrina + ivermectina	12	38,7
Enxofre 6%	7	22,6
<i>Hidratante</i>		
Recomendado		
Sim	103	16,5
Não	522	83,5
<i>Tipo de hidratante</i>		
Específico	41	39,8
Genérico	62	60,2

^a Total de consultas dermatológicas com processo diagnóstico concluído, excluindo perdas de seguimento no início do atendimento + na Dermatologia.

^b Infecções de pele e CIDs: infecções bacterianas (L00, L01, L02, L03, L08, A30, A46, A53); infecções virais (B00, B01, B02, B07, B08, B97); infecções fúngicas (B35, B36, B37, B42); infecções e infestações parasitárias (B85, B86, B87).

^c Total de diagnósticos estabelecidos por consultas dermatológicas hospitalares.

^d Medicamentos antiparasitários para o tratamento da escabiose.

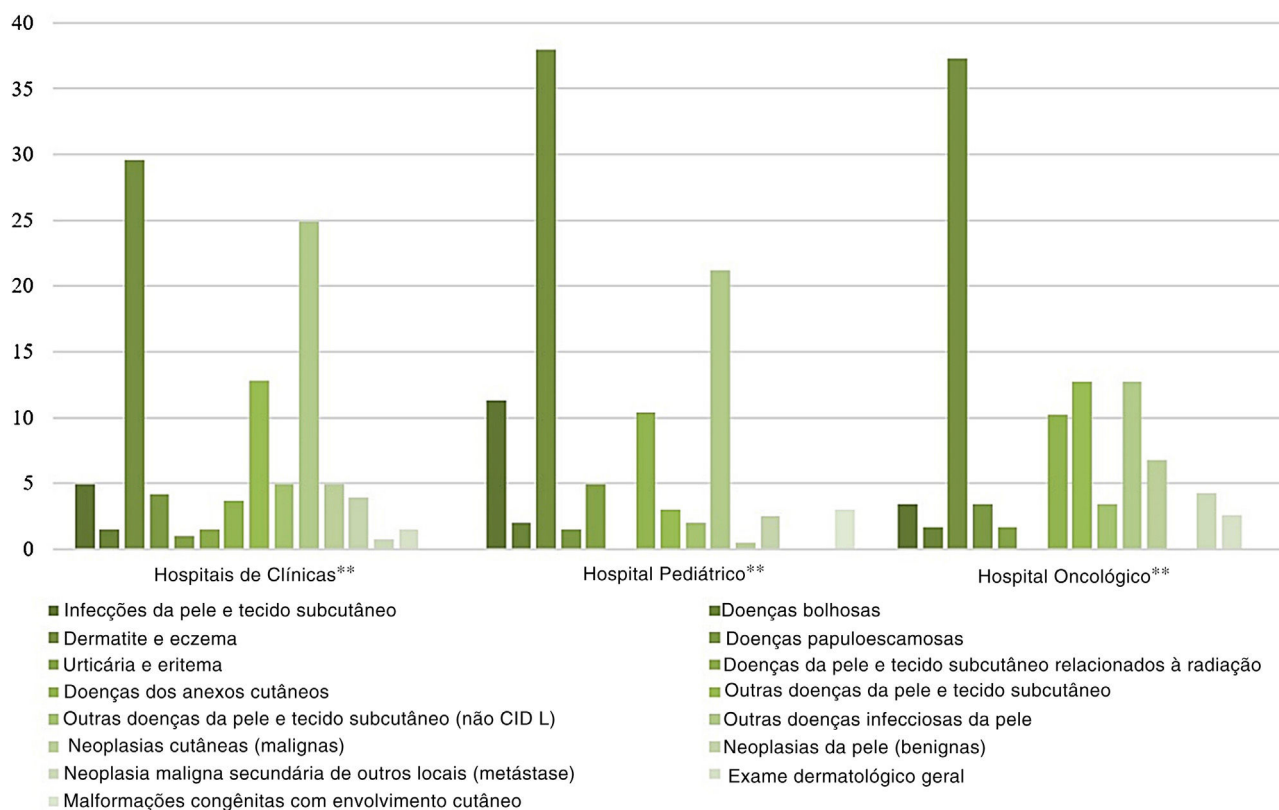


Figura 4 Grupos de doenças de pele nas consultas dermatológicas por hospitais, de agosto de 2018 a janeiro de 2020*.

*Teste qui-quadrado ($\chi^2 = 114,754$); $p < 0,001$

**Hospitais de Clínicas: Hospital Santa Clara (HSC). Hospital São Francisco (HSC). Pavilhão Pereira Filho (PPF). Hospital Dom Vicente Scherer (HDVS). Pediatric Hospital: Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Hospital de Oncologia: Hospital Santa Rita (HSR).

Encaminhamentos de consultas dermatológicas hospitalares

Em geral, os dermatologistas atuam no atendimento hospitalar em resposta a solicitações das equipes assistenciais, contribuindo assim para o diagnóstico e manejo clínico das afecções cutâneas.^{4,20,21} Os encaminhamentos para consulta devem apresentar informações básicas sobre as condições clínicas dos pacientes internados,¹² considerando que as características das lesões e a evolução clínica são elementos essenciais para o diagnóstico dermatológico.¹⁰

Entretanto, apesar da relevância de uma descrição semiológica adequada, houve carência significativa de dados nos encaminhamentos analisados, principalmente quanto à morfologia das lesões cutâneas, consistente com estudos anteriores.^{1,20,22-24} Segundo Fayne et al.²⁴ e Lorente-Lavirgen et al.,²⁰ médicos não dermatologistas geralmente descrevem lesões de pele em termos inespecíficos ou genéricos, como "erupção cutânea", afetando a qualidade dos encaminhamentos. Portanto, os autores reforçam a necessidade de aprimorar a formação médica em Dermatologia, tanto na graduação médica quanto nos programas de residência de outras especialidades.²⁵

A Clínica Médica formalizou o maior número de encaminhamentos para atendimento dermatológico, o que corrobora achados de outros autores.^{5,8,10,12,26-28} A maior demanda observada por parte dessa especialidade pode

estar relacionada a seu significativo generalismo e sua característica de suporte, bem como ao alto volume de pacientes atendidos. Quanto às demais especialidades médicas, a literatura apresenta divergências em suas demandas, destacando-se em segundo lugar a Pediatria,^{12,26} como observado no presente estudo; Cirurgia,^{1,10,29} Hematologia,²⁰ Neurologia⁵ e Medicina de Emergência²⁴ (tabela 5).^{1,5,8,10,12,14,15,20,22-24,26-31} Além disso, como relatado por Galimberti et al.,¹⁰ as especialidades clínicas apresentaram mais encaminhamentos do que as cirúrgicas. Isso pode estar relacionado ao perfil dos pacientes internados ou mesmo indicar provável desatenção dos cirurgiões às afecções cutâneas. Essa situação necessitará de mais estudos para melhor compreensão.

Outro aspecto relevante consistiu na quantidade expressiva de encaminhamentos de consultas suspensas ou duplicadas – em torno de 40% –, o que pode estar relacionado a dificuldades de comunicação entre as equipes das especialidades médicas, bem como à inadequação dos fluxos de encaminhamento de consultas para a Dermatologia. De acordo com Alani et al.,¹ os processos de consulta dermatológica têm suas fragilidades, muitas vezes apresentando informações incompletas e/ou diagnósticos errôneos, o que reforça a necessidade de reorganização dos fluxos de encaminhamento. Diante disso, Prada-Garcia et al.³² observaram que 74% dos encaminhamentos para consultas foram solicitados novamente pelas equipes assistenciais menos de 48 horas após a primeira solicitação, gerando duplicações.

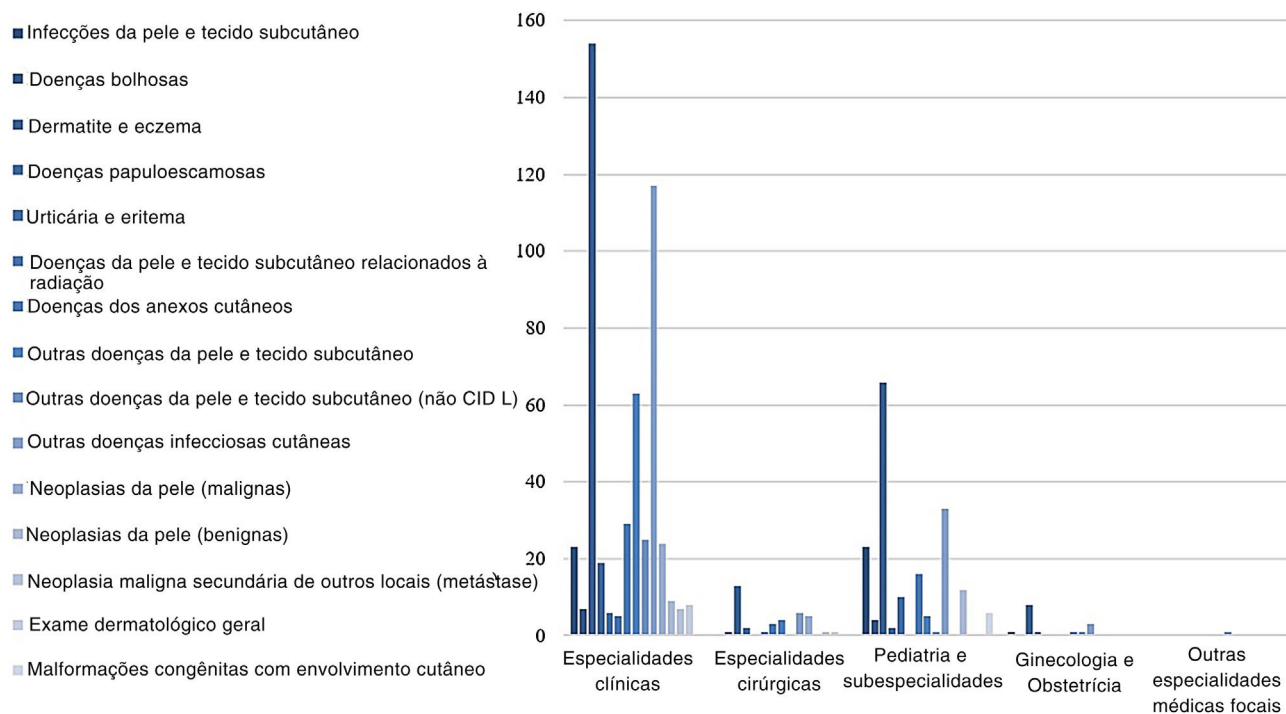


Figura 5 Grupos de doenças de pele nas consultas dermatológicas em atendimento de encaminhamento de especialidades médicas, agosto de 2018 a janeiro de 2020*

*Teste qui-quadrado ($X^2 = 147,882$); $p < 0,00$).

Quanto às suspensões, elas podem estar relacionadas à falta de critérios clínicos para as consultas dermatológicas hospitalares, ocasionando sua suspensão ou até mesmo a alta dos pacientes antes da avaliação pelos dermatologistas. A partir dessa perspectiva, Mancusi et al.⁵ destacaram que 21% dos encaminhamentos dermatológicos não apresentavam critérios de gravidade compatíveis com avaliação dermatológica em ambiente hospitalar.

Consultas dermatológicas em ambiente hospitalar

A equipe de dermatologistas realizou 641 consultas nos 18 meses de estudo, com média anual de 427 avaliações. Esse número está de acordo com os achados de outros hospitais terciários no Brasil,³⁰ Espanha²⁰ e Singapura.⁸ Entretanto, o resultado difere dos serviços hospitalares de outros países, como Estados Unidos^{10,21,27} e Peru,¹² o que pode indicar influência maior das características intrínsecas dos hospitais do que da conjuntura macroeconômica e social desses países.

Uma parcela considerável das avaliações dermatológicas resultou em um único diagnóstico (85,3%). Embora em proporções diferentes, essa tendência também foi verificada por Huang e Chong⁸ (52,4%), Fayne et al.²⁴ (62,0%), Alani et al.¹ (63,0%) e Samorano-Lima et al.³⁰ (85,4%), evidenciando a necessidade de melhor elucidação dessa tendência. "Dermatite e eczema" foi o grupo de doenças cutâneas mais frequente, seguido pelas dermatoses infecciosas – "infecções da pele e tecido subcutâneo" e "outras dermatoses infecciosas".

Apesar da diversidade de métodos encontrados na literatura, foram observados perfis nosológicos comparáveis de

dermatoses hospitalares em estudos semelhantes (tabela 5),^{1,5,8,10,12,14,15,20,22-24,26-31} indicando predominância de quadros cutâneos agudos e inflamatórios. A Dermatologia pode contribuir substancialmente no cuidado aos pacientes internados, uma vez que tais condições clínicas são importantes fatores de morbimortalidade,⁶ por reduzir a sobrevida e aumentar o tempo de internação.

Considerando investigação semelhante³³ realizada no âmbito da atenção primária e secundária em uma capital do Sul do Brasil, foi identificada uma confluência entre o perfil das doenças cutâneas na atenção primária e nos hospitais terciários do presente estudo. Nessa perspectiva, destacam-se "dermatite e eczema" e "outras doenças infecciosas cutâneas" como os principais grupos de dermatoses em ambos os cenários. Entretanto, eles denotam frequências diferentes: "dermatite e eczema", 33,1% vs. 21,5%³³ e "outras doenças infecciosas cutâneas", 21,8% vs. 25,6%.³³

Diante da convergência entre os perfis da atenção primária e terciária, uma explicação plausível pode ser o caráter generalista de ambos os cenários, embora apresentem particularidades relacionadas às práticas médicas assistenciais e à população assistida. Enquanto na atenção primária³³ "dermatite atópica" (6,4%), "outras afecções da pele e tecido subcutâneo" (5,1%) e "escabiose" (4,5%) apareceram como as principais doenças dermatológicas, os achados do presente estudo mostraram "dermatite por substâncias ingeridas" (9,9%), "dermatite não específica" (6,6%) e "infecções por herpes-vírus" (5,2%) como as doenças mais prevalentes entre os pacientes internados, condições intrinsecamente associadas à assistência hospitalar e estados de imunossupressão.

Tabela 3 Resumo dos principais CIDs diagnósticos das consultas dermatológicas^a

Quinze principais diagnósticos dermatológicos		n	%
L27 – Dermatite por substâncias ingeridas		72	9,9
L30 – Dermatite não específica		48	6,6
B00 – Infecções por herpes-vírus		38	5,2
L20 – Dermatite atópica		34	4,7
B86 – Escabiose		28	3,8
B35 – Dermatofitose		26	3,6
L21 – Dermatite seborreica		26	3,6
L01 – Impetigo		25	3,4
L40 – Psoríase		23	3,2
L25 – Dermatite de contato		21	2,9
C44 – Outras neoplasias malignas da pele		21	2,9
B37 – Candidíase		19	2,6
L29 – Prurido		15	2,1
L70 – Acne		14	1,9
L85 – Outro espessamento epidérmico		12	1,6
Hospitais		n	%
Hospitais de clínicas ^b	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	37	9,1
	L30 – Dermatite não específica	33	8,1
	B00 – Infecções por herpes-vírus	25	6,1
	B35 – Dermatofitose	20	4,9
	C44 – Outras neoplasias malignas da pele	16	3,9
Hospital Pediátrico ^b	L20 – Dermatite atópica	32	15,8
	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	23	11,3
	L01 – Impetigo	18	8,9
	B86 – Escabiose	17	8,4
	L70 – Acne	10	4,9
Hospital Oncológico ^b	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	12	10,2
	L30 – Dermatite não específica	9	7,6
	L21 – Dermatite seborreica	7	5,9
	L25 – Dermatite de contato	5	4,2
	C44 – Outras neoplasias malignas da pele	5	4,2

^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

^b Hospitais de Clínicas: Hospital Santa Clara (HSC). Hospital São Francisco (HSC). Pavilhão Pereira Filho (PPF). Hospital Dom Vicente Scherer (HDVS). Hospital Pediátrico: Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Hospital Oncológico: Hospital Santa Rita (HSR).

Considerando diagnósticos dermatológicos específicos segundo a CID, destaca-se a preponderância de “dermatites relacionadas a substâncias ingeridas” (CID L27) – também denominadas “erupções medicamentosas” ou “reações cutâneas adversas a medicamentos”, apresentando alta prevalência na maioria das faixas etárias, com picos nas idades de 26-45 anos e 56-65 anos. Esses achados estão de acordo com o perfil de dermatoses hospitalares em outras instituições: Goztepe Research and Training Hospital na Turquia²⁶ (10,9%); Jackson Memorial Hospital²⁴ (9,9%), Mayo Clinic²⁷ (12,9%) e Cleveland Clinic¹⁰ (13,0%) nos Estados Unidos; Hospital Universitário Dr. José Eleuterio Gonzalez²⁸ (13%) no México e Singapore General Hospital³¹ (12,3%) em Singapura.

Durante a hospitalização, a exposição recorrente a medicamentos sistêmicos – especialmente analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e neurolépticos – bem como condição física debilitada dos pacientes constituem fatores de risco significantes para erupções cutâneas medicamentosas.^{5,34} Assim, os riscos de prescrições não

racionais em enfermarias precisam ser enfatizadas às equipes médicas assistentes.

Outro aspecto relevante refere-se ao predomínio de dermatoses infecciosas, como escabiose e impetigo, e doenças inflamatórias cutâneas, como dermatite seborreica e dermatite atópica, em crianças e adolescentes. Esses achados estão de acordo com estudos anteriores,^{16,32,35} que apontaram as dermatoses infecciosas e inflamatórias como as principais dermatoses em pacientes menores de 18 anos hospitalizados. A fragilidade da pele e a imaturidade imunológica dos pacientes nessa faixa etária podem ser prováveis explicações para esses resultados.

Quanto à investigação complementar, consistente com estudos semelhantes,^{10,23,24,26,29} as biopsias de pele foram os exames mais recomendados, realizadas em 21% das consultas. Essa proporção, entretanto, mostrou-se inferior aos achados de outros autores: Galimberti et al.¹⁰ (30,8%), Lorente-Lavirgen et al.²⁰ (35,4%), Fernandes et al.²⁹ (34,8%), Huang et al.⁸ (31,0%) e Fayne et al.²⁴ (41,2%). Essa diferença pode estar relacionada aos diversos graus de gravidade e/ou

Tabela 4 Principais diagnósticos CIDs das consultas dermatológicas por grupo etário

Grupo etário		n	%
0-1 ano	B86 – Escabiose	11	16,7
	L21 – Dermatite seborreica	9	13,6
	L20 – Dermatite atópica	7	10,6
	D18 – Hemangioma e linfangioma	6	9,1
	L01 – Impetigo	6	9,1
2-12 anos	L20 – Dermatite atópica	20	20,8
	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	12	12,5
	L01 – Impetigo	10	10,4
	B86 – Escabiose	6	6,2
	L21 – Dermatite seborreica	5	5,2
13-18 anos	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	12	21,8
	L70 – Acne	7	12,7
	B00 – Infecções por herpes-vírus	6	10,9
	L20 – Dermatite atópica	5	9,0
	L01 – Impetigo	3	5,4
19-25 anos	L02 – Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	4	19,0
	B08 – Molusco contagioso	2	9,5
	B35 – Dermatofitose	2	9,5
	B00 – Infecções por herpes-vírus	1	4,8
	B01 – Varicela	1	4,8
26-35 anos	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	7	15,2
	L21 – Dermatite seborreica	5	10,9
	L30 – Dermatite não específica	3	6,5
	B00 – Infecções por herpes-vírus	2	4,3
	B97 – Infecções por papilomavírus	2	4,3
36-45 anos	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	8	13,6
	B00 – Infecções por herpes-vírus	5	8,5
	L30 – Dermatite não específica	5	8,5
	B35 – Dermatofitose	4	6,8
	L25 – Dermatite de contato	4	6,8
46-55 anos	B00 – Infecções por herpes-vírus	6	9,3
	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	6	9,3
	B35 – Dermatofitose	5	7,7
	L25 – Dermatite de contato	4	6,1
	L40 – Psoríase	4	6,1
56-65 anos	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	11	8,5
	C44 – Outras neoplasias malignas da pele	9	7,0
	L30 – Dermatite não específica	9	7,0
	L40 – Psoríase	7	5,4
	B35 – Dermatofitose	5	3,9
66-85 anos	L30 – Dermatite não específica	19	11,0
	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	12	6,9
	B00 – Infecções por herpes-vírus	11	6,4
	B37 – Candidíase	9	5,2
	C44 – Outras neoplasias malignas da pele	8	4,6
> 85 anos	C44 – Outras neoplasias malignas da pele	3	17,6
	L27 – Dermatite por substâncias ingeridas	3	17,6
	L30 – Dermatite não específica	2	11,8
	B36 – Micoses superficiais	1	5,9
	B37 – Candidíase	1	5,9

complexidade das doenças cutâneas entre os estudos, ou pode corresponder à experiência clínica e às práticas de manejo clínico dos serviços. Nesse sentido, os autores destacam o índice de concordância de 58,8% entre diagnósticos clínicos e laudos histopatológicos, o que difere das taxas da Cleveland Clinic¹⁰ (71,9%).

A equipe consultora recomendou principalmente o uso de corticoides (27,1%), especialmente na forma tópica, reforçando o caráter inflamatório e agudo das afecções cutâneas. Na maioria das consultas, a equipe da Dermatologia não recomendou condutas terapêuticas imediatas (60,8%), ao contrário de estudos semelhantes,^{10,24} o que sugere que

Tabela 5 Revisão de literatura sobre atendimento em Dermatologia hospitalar

Autor (ano)	Instituição (país)	Duração	Amostra	Principais especialidades médicas de referência (%)	Principais grupos de doenças cutâneas (%)
Ferreira et al.	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Brasil)	18 meses	641	Clínica Médica (22,5) Pediatria (22,1) Nefrologia (7,9)	Dermatite e eczema (33,1) Infecções cutâneas (28,3) Outras afecções da pele e tecido subcutâneo (10,0)
Huang e Chong (2015) ⁸	Khoo Teck Puat Hospital (Singapura)	4 meses	168	Clínica Médica (72,6) Geriatría (12,5) Ortopedia (6,0)	Infecções cutâneas (32) Dermatoses inflamatórias (32) Erupções medicamentosas (10,5) Dermatite de contato (17,5)
Samorano-Lima et al. (2014) ³⁰	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Brasil)	8 anos	3.308	Não informado ^a	Infecções cutâneas (15,9) Dermatoses bolhosas (10,9) Dermatoses inflamatórias (29,1) Infecções cutâneas (26,6) Dermatoses papuloescamosas (8,8)
Cavero-Guardamino (2017) ¹²	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (Peru)	5 anos	4.479	Clínica Médica (21,2) Pediatria (9,2) Psiquiatria (8,7)	Infecções cutâneas (18,5) Dermatite (17,8) Erupções medicamentosas (12,9) Eczema (21,8) Psoríase (7,3) Celulite (5,9)
Storan et al. (2014) ²⁷	Mayo Clinic (Estados Unidos)	12 anos	614	Clínica Médica (30,3) Hematologia e Oncologia (20,3) Cirurgia (13,6)	Erupções medicamentosas (10,9) Micoses superficiais (8,1) Dermatite de contato (7,8) Erupções medicamentosas (13,0) Doenças dos anexos cutâneos (11,9)
Alani et al. (2016) ¹	University Hospital Limerick (Irlanda)	9 meses	220	Clínica Médica (45,0) Cirurgia (25,0) Pediatria (23,6)	Infecções virais (10,0) Dermatite de contato (9,4) Infecções fúngicas (8,4) Erupções medicamentosas (6,7) Infecções cutâneas (33,2) Eczema (9,5) Erupções medicamentosas (7,3)
Can et al. (2014) ²⁶	Goztepe Research and Training Hospital (Turquia)	18 meses	282	Clínica Médica (34,7) Pediatria (29,8) Neurologia (8,9)	
Chavez-Alvarez et al. (2019) ²⁸	Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González – Universidad Autónoma de Nuevo León (México)	3 anos	1.059	Clínica Médica (75,0) Neurocirurgia (6,4)	
Özyurt et al. (2014) ²²	Izmir Atatürk Training and Research Hospital (Turquia)	5 meses	417	Cirurgia (5,8) Clínica Médica (17,3) Neurologia (9,8) Ginecologia e obstetrícia (8,4)	
Fernandes et al. (2012) ²⁹	Hospital de Santo António. Centro Hospitalar do Porto (Portugal)	12 meses	217	Clínica Médica (33,7) Cirurgia (10,3) Pediatria (8,9)	

Tabela 5 (Continuação)

Autor (ano)	Instituição (país)	Duração	Amostra	Principais especialidades médicas de referência (%)	Principais grupos de doenças cutâneas (%)
Lorente-Lavirgen et al. (2012) ²⁰	Hospital Virgen del Rocío (Espanha)	12 meses	429	Clínica Médica (26,8) Hematologia (15,4) Nefrologia (10,2)	Dermatoses inflamatórias (35,79) Infecções cutâneas (25,72) Dermatoses bolhosas e autoimunes (10,5)
Galimberti et al. (2016) ¹⁰	Cleveland Clinic Lerner College of Medicine (Estados Unidos)	12 meses	691	Clínica Médica (45,0) Cirurgia (12,0) Hematologia e Oncologia (9,0)	Erupções medicamentosas (13,0) Dermatite de contato (8,5) Infecções virais (5,8)
Tay et al. (2010) ³¹	Singapore General Hospital (Singapura)	12 meses	731	Clínica Médica (36,0) Nefrologia (10,4) Cirurgia (7,8)	Eczema e dermatite (33,1) Infecções cutâneas (23,4) Erupções medicamentosas (12,3)
Mancusi e Neto (2010) ⁵	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Brasil)	4 meses	313	Clínica Médica (24) Neurologia (12) Cardiologia (11)	Infecções cutâneas (26,8) Dermatoses eczematosas (16,6) Erupções medicamentosas (14,0)
Bale e Chee (2014) ¹⁴	John Hunter Hospital (Austrália)	12 meses	97	Pediatria (12,0) Imunologia (9,0) Clínica Médica/ Nefrologia/ Infectologia/ Oftalmologia (8,0)	Dermatoses inflamatórias (59,8) Vasculopatias (14,4) Outras dermatoses (9,3)
Connolly. e Silverstein (2015) ²³	Stony Brook University Medical Center (Estados Unidos)	13 meses	243	Clínica Médica (45,7) Medicina Intensivista (11,5) Hematologia e Oncologia (9,9)	Infecções cutâneas (24,0) Erupções medicamentosas (22,3) Dermatoses inflamatórias (21,0)
Fayne et al. (2020) ²⁴	University of Miami Miller School of Medicine (Estados Unidos)	6 anos	812	Clínica Médica (55,6) Medicina de Emergência (21,9) Cirurgia (6,5)	Infecções bacterianas (11,4) Infecções virais (6,0) Erupções medicamentosas (5,4)
Zhao et al. (2016) ¹⁵	St. George Hospital (Austrália)	12 meses	219	Especialidades clínicas (68,0) Especialidades cirúrgicas (16,3) Medicina Intensivista (7,3)	Dermatites (30,9) Infecções cutâneas (27,5) Neoplasmas cutâneos (6,4)

^a A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados Medline/Pubmed, Lilacs e SciELO, adotando-se a estratégia de busca: "'Dermatology'" AND "'Hospital'" OR "'Inpatients'". com filtro "'últimos 10 anos'" (2010 a 2020). Com base na coleta de dados preliminares, os autores procederam à leitura exploratória dos títulos e resumos das publicações utilizando como critérios de inclusão estudos com amostras de populações hospitalizadas apresentando afecções cutâneas como causa primária ou secundária de hospitalização, assistidos por equipes de Dermatologia e com grupos populacionais não segmentados ou limitados por área médica, setor hospitalar e/ou comorbidade.

*Dados não informados pelos autores.

tais casos eram quadros residuais ou em resolução, ou que poderiam ser acompanhados ambulatorialmente, não necessitando de intervenções durante a internação.

Em relação às recomendações de acompanhamento, seguimento ambulatorial foi recomendado em 49,3% (316/641) das consultas dermatológicas, semelhante aos achados do Jackson Memorial Hospital (55,0%),²⁴ mas superior ao relatado no University Limerick Hospital¹ (33,0%).

Conclusão

Com base nos achados do estudo, os autores traçaram o perfil dos encaminhamentos e consultas em Dermatologia, destacando a importância dessa especialidade médica na assistência aos pacientes internados. Em relação aos encaminhamentos, registrou-se ausência significativa de dados clínicos, principalmente a descrição semiológica das lesões cutâneas. Houve predominância da Clínica Médica e da Pediatria, ambas com natureza essencialmente generalista, como especialidades que mais encaminharam à Dermatologia. Parcela considerável dos encaminhamentos demonstrou critérios clínicos incompatíveis com atenção hospitalar terciária. O estabelecimento de fluxos e protocolos de encaminhamento para consultas dermatológicas poderia solucionar esse problema.

Nas consultas dermatológicas, observou-se a relevância do exame clínico dermatológico para o diagnóstico das doenças cutâneas, na medida em que foi verificada proporção reduzida de solicitação de exames complementares. Os grupos de doenças cutâneas mais prevalentes foram "dermatite e eczema", especialmente erupções medicamentosas, bem como "dermatoses infecciosas", quadros agudos que, na maioria das vezes, requerem manejo clínico ágil e preciso, reforçando a importância do dermatologista no atendimento hospitalar.

Aprovação ética

A aprovação ética foi obtida do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Registro: 34192820.9.0000.5335 / Parecer: 5.076.702).

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Iago Gonçalves Ferreira: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito.

Camila Saraiva Almeida: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito.

Lucas Abascal Bulcão: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito.

Diego Gonçalves Ferreira: Obtenção, análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito.

Magda Blessmann Weber: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Renan Rangel Bonamigo: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Alani A, Sadlier M, Uddin A, Hackett C, Ramsay B, Ahmad K. An analysis of inpatient dermatologic consultations at University Hospital Limerick: inadequate infrastructure leads to acute skin failure. *Ir J Med Sci.* 2016;186:305-7.
2. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol.* 2014;134:1527-34.
3. Gomes TM, Moura ATMSde, Aguiar ACde. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36:125-8.
4. Biesbroeck LK, Shinohara MM. Inpatient consultative dermatology. *Med Clin North Am.* 2015;99:1349-64.
5. Mancusi S, Neto CF. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. *Clinics.* 2010;65:851-5.
6. Arnold JD, Yoon SJ, Kirkorian AY. The national burden of inpatient dermatology in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2018;80:425-32.
7. Olmos Olmos E, Gómez Duque M, Angulo Moreno I, Castaño Ortiz L, Garzon Ocampo V, Vélez Ocampo S. Frequency of skin lesions in adult intensive care patients. *Acta Médica Colomb.* 2019;44:25-30.
8. Huang W, Chong WS. Patterns of inpatient dermatology referral and predictors of diagnostic accuracy in non-dermatologists in a Northern District hospital in Singapore. *Int J Dermatol.* 2015;55:546-52.
9. Madigan LM, Fox LP. Where are we now with inpatient consultative dermatology? Assessing the value and evolution of this subspecialty over the past decade. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:1804-8.
10. Galimberti F, Guren L, Fernandez AP, Sood A. Dermatology consultations significantly contribute quality to care of hospitalized patients: a prospective study of dermatology inpatient consults at a tertiary care center. *Int J Dermatol.* 2016;55:e547-51.
11. 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.

12. Cavero J. Características demográficas y clínicas de los pacientes evaluados en interconsulta dermatológica en un hospital nacional de Lima-Perú. *Dermatologia Peru*. 2017;27:75–8.
13. santacasa.org.br [Internet]. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Sobre a Santa Casa. [acesso em 30 jun. 2022]. Disponível em: <<https://www.santacasa.org.br/pagina/sobre-a-santa-casa>>.
14. Bale J, Chee P. Inpatient dermatology: Pattern of admissions and patients' characteristics in an Australian hospital. *Australas J Dermatol*. 2014;55:191–5.
15. Zhao CY, Ang RYN, George R, Tan MH, Murrell DF. The quality of dermatology consultation documentation in discharge summaries: a retrospective analysis. *Int J Women's Dermatology*. 2016;2:23–7.
16. Soria Orozco M, Padron Salas A, Shiguetomi Sifuentes AL, Amezcua Gudiño S, Ramirez Padilla M, Huerta Rivera G, et al. Prevalence of skin diseases among hospitals in the public healthcare system of a developing country. *Int J Dermatol*. 2018;58:563–8.
17. Noe MH, Rosenbach M. Inpatient dermatologists-crucial for the management of skin diseases in hospitalized patients. *JAMA Dermatology*. 2018;154:524–5.
18. Fox LP, Cotliar J, Hughey L, Kroshinsky D, Shinkai K. Hospitalist dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61:153–4.
19. Ferreira IG. Hospital dermatology: an emerging subspecialty and its contributions to medical care. *Int J Dermatol*. 2020;59:e468–70.
20. Lorente-Lavirgen AI, Bernabeu-Wittel J, Pulpillo-Ruiz A, De La Torre-García JM, Conejo-Mir J. Hospital interconsultation in dermatology on a prospective cohort in a Spanish tertiary hospital. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:148–55.
21. Ko LN, Kroshinsky D. Dermatology hospitalists: a multicenter survey study characterizing the infrastructure of consultative dermatology in select American hospitals. *Int J Dermatol*. 2018;57:553–8.
22. Özyurt S, Kelekçi KH, Şeremet S, Özçelik S. Analysis of inpatient dermatologic consultations. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:799–800.
23. Connolly DM, Silverstein DI. Dermatology consultations in a tertiary care hospital: a retrospective study of 243 F cases. *Dermatol Online J*. 2015;21, 13030/qt47m711t2.
24. Fayne R, Castillo DE, Sanchez N, Burroway B, Nanda S, De Bedout V, et al. Dermatology consultation service at a large metropolitan hospital system serving minority populations. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2020;34:2120–6.
25. Yengle MA. Hospital interconsultation in dermatology. *Dermatologia Peru*. 2017;27:73.
26. Can B, Zindanci I, Turkoğlu Z, Kavala M, Kocaturk E, Demir F. Dermatology in-patients in a University Teaching Hospital. *Clin Res Dermatology*. 2014;1:2.
27. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, El-Azhary RA, Camilleri MJ, Bridges AG, et al. Experience of a year of adult hospital dermatology consultations. *Int J Dermatol*. 2014;54:1150–6.
28. Chavez-Alvarez S, Herz-Ruelas M, Ocampo-Candiani J, Ayala-Cortes AS, Gomez-Flores M. Dermatology inpatient consultations in Latin America: 3-year experience in our University Hospital setting. *Int J Dermatol*. 2019;58:1172–4.
29. Fernandes IC, Velho G, Selores M. Dermatology inpatient consultation in a Portuguese university hospital. *Dermatol Online J*. 2012;18:16.
30. Prada-García C, Gonzalo-Orden JM, Benítez-Andrades JA, Carvajal-Urueña A. Inpatient dermatology consultations in a tertiary care hospital in Spain: a retrospective study of 750 patients. *Rev Clínica Española*. 2020;220:426–31.
31. De Paula Samorano-Lima L, Quitério LM, Sanches JA, Neto CF. Inpatient dermatology: profile of patients and characteristics of admissions to a tertiary dermatology inpatient unit in São Paulo, Brazil. *Int J Dermatol*. 2014;53:685–91.
32. Tay LK, Lee HY, Thirumorthy T, Pang SM. Dermatology referrals in an East Asian tertiary hospital: a need for inpatient medical dermatology. *Clin Exp Dermatol*. 2010;36:129–34.
33. Ferreira IG, Godoi DF, Perugini ER. Nosological profile of dermatological diseases in primary health care and dermatology secondary care in Florianópolis (2016-2017). *An Bras Dermatol*. 2020;95:428–38.
34. Daye M, Temiz SA, Durduran Y, Balevi Ş, Dursun R, Ataseven A, et al. Analysis of consultation cases referred from pediatrics department to dermatology outpatient clinic: retrospective study. *Clin Exp Heal Sci*. 2019;9:300–3.
35. Afsar FS. Analysis of pediatric dermatology interconsultations of hospitalized patients at a Pediatric University Hospital. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115:E377–84.