

ORIGINAL

## Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital de tercer nivel<sup>☆</sup>



E. Baquero-Sánchez\*, J. Bernabéu-Wittel, J.J. Dominguez-Cruz y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 2 de octubre de 2014; aceptado el 9 de enero de 2015

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2015

### PALABRAS CLAVE

Urgencias;  
Dermatología  
pediátrica;  
Epidemiología

### Resumen

**Introducción:** En los últimos años, la elevada demanda de asistencia en los servicios de urgencias por enfermedad cutánea ha motivado la realización de diversos estudios al respecto. Sin embargo, la mayoría están referidos a población general, sin tener en cuenta las modificaciones en las frecuencias de las enfermedades que se producen en edad pediátrica.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de los distintos diagnósticos dermatológicos derivados por el pediatra de guardia y atendidos en la consulta de dermatología pediátrica urgente.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó todos los pacientes de 0 a 14 años atendidos tras citación por el pediatra de guardia en las consultas de dermatología infantil urgente desde junio de 2010 hasta diciembre de 2013. En segundo lugar, se realizó un estudio analítico que consistía en el cálculo del índice kappa para establecer la concordancia diagnóstica entre el diagnóstico del pediatra de Urgencias y el de Dermatología.

**Resultados:** Se atendió a un total de 861 pacientes con una edad media de 4,5 años. Más de la mitad de toda la enfermedad atendida se debió a eccemas (27%) e infecciones (26%). Los 5 diagnósticos principales fueron: dermatitis atópica (16%), prurigo simple agudo (5%), tiña (5%), granuloma piógeno (4%) y *molluscum contagiosum* (4%). Solo en un 16% de los casos se solicitaron pruebas complementarias. El índice kappa obtenido fue de 0,206 (IC 95%: 0,170-0,241).

**Conclusiones:** Las consultas en urgencias pediátricas por motivos dermatológicos son frecuentes y gran parte está motivada por enfermedad banal. La colaboración entre pediatras y dermatólogos permitió una alta capacidad resolutoria, lo que se tradujo en un bajo porcentaje de pruebas complementarias solicitadas y un elevado número de altas directas.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Este trabajo fue presentado en la Reunión Anual de la Sección Andaluza de Dermatología en 2014, en Huelva, donde recibió el premio al segundo mejor estudio.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.baquero@hotmail.com (E. Baquero-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.01.001>

1695-4033/© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Emergencias;  
Paediatric  
dermatology;  
Epidemiology

**Paediatric dermatology emergencies in a tertiary hospital****Abstract**

*Introduction:* In recent years, the increasing demand for dermatological consultations in the Emergency department has resulted in the publication of a variety of studies on this subject. However, most of them deal with the general population, without taking into account the changes in frequencies found in young children (ages 0-14).

*Objectives:* To determine the frequency of various dermatological diagnoses made by the on-call paediatrician in the Emergency Department, and after referral to Paediatric Dermatology. *Material and methods:* Firstly, a descriptive retrospective study was performed that included all patients aged between 0 and 14 years old who were seen after being referred to the emergency paediatric dermatologist by the on-call paediatrician from June 2010 to December 2013. Secondly, an analytical study was carried by calculating the kappa index calculus, in order to establish the diagnostic concordance between the emergency paediatrician and the paediatric dermatologist.

*Results:* A total of 861 patients, with a mean age of 4.5 years were included. More than half of the skin disorders analysed were eczema (27%) and infections (26%). The 5 main diagnoses were: atopic dermatitis (16%), acute prurigo simplex (5%), tinea (5%), pyogenic granuloma (4%), and *molluscum contagiosum* (4%). Additional tests were only required in 16% of the cases. The kappa index obtained was 0.206 (95% CI: 0.170-0.241).

*Conclusions:* The dermatology consultations in the Emergency Department were shown to be frequent and mostly involved minor diseases. Collaboration between paediatricians and dermatologists resulted in a high treatment success rate, leading to a low percentage of additional tests required and a high rate of discharges.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

En los últimos años se han publicado varios trabajos acerca de las urgencias dermatológicas en nuestro medio, todos, excepto uno, referidos a población general<sup>1-8</sup>. El creciente interés por este tema viene derivado principalmente del aumento progresivo en la demanda de asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios, hasta el punto de que se calcula un crecimiento anual de la demanda asistencial urgente de entre el 10 y el 20%<sup>9,10</sup>.

Este crecimiento se debe preferentemente a enfermedad banal. De forma paralela, las consultas dermatológicas urgentes no han sido ajenas a esta tendencia creciente. Se estima que la demanda dermatológica urgente constituye un 8-10% del total de las urgencias atendidas en un hospital general, y hasta un 10,2% cuando se trata de población pediátrica<sup>11,12</sup>.

Los principales factores implicados en esta utilización inadecuada de la urgencia hospitalaria son la desconfianza en la atención primaria, la falta de educación sanitaria y las listas de espera<sup>9,13-15</sup>, con el aspecto sobreañadido en dermatología de la aparatosidad de los signos y síntomas cutáneos, que crean una gran ansiedad al paciente o, lo que es más frecuente en edad pediátrica, a sus familiares.

El objetivo principal del estudio fue describir el perfil del usuario que atendemos y determinar la frecuencia de los distintos diagnósticos dermatológicos derivados por el pediatra de guardia y atendidos en la consulta de dermatología pediátrica urgente, ya que la mayoría de los estudios previos están referidos a población general<sup>1-8</sup> y no es

posible extrapolar los resultados a este subgrupo, en el que sabemos se producen modificaciones en las frecuencias de los diagnósticos<sup>5</sup>. Como objetivo secundario nos planteamos analizar la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia, así como la rentabilidad de la consulta de dermatología pediátrica urgente.

**Material y métodos**

El estudio fue llevado a cabo en un hospital de tercer nivel, con una capacidad de 1.200 camas, 115 de ellas en el Hospital Infantil, que cubre un área sanitaria de 554.981 habitantes, de la cual un 16% corresponde a población pediátrica.

Este hospital dispone de un residente de guardia de la especialidad de Dermatología de lunes a viernes para cubrir la consulta de urgencias dermatológicas generales y el busca en horario de 15 a 20 horas, y 2 días de la semana, lunes y jueves, cuenta con el refuerzo de un segundo residente (de tercer o cuarto año) para llevar a cabo la asistencia en la consulta de urgencias dermatológicas pediátricas, también en horario de 15 a 20 horas. De este modo, todos los pacientes de entre 0-14 años que consultan en Urgencias por causa dermatológica son previamente valorados por el pediatra de guardia o residente de Pediatría, y si este lo cree conveniente, puede citarlo en nuestras consultas de urgencias.

Se diseñó un estudio retrospectivo a partir de los datos recopilados de las historias clínicas realizadas a todos los pacientes atendidos en la consulta de urgencias dermato-

**Tabla 1** Agrupación de los datos según edad y grupos de enfermedades**Por edades**

- Lactantes: de 0 a un año
- Primera infancia: de uno a 2 años
- Preescolares: de 2 a 6 años
- Escolares: de 6 a 12 años
- Púberes: de 12 a 14 años

**Por enfermedades**

- Diecisiete grupos de enfermedades afines
- Un grupo de afecciones de baja prevalencia
- Un grupo donde se incluyeron pacientes sin diagnóstico tras la asistencia
- Otro grupo donde se incluyeron los pacientes que no acudieron a su cita

lógicas pediátricas desde junio de 2010 hasta diciembre de 2013, incluyendo un total de 861 pacientes.

Como protocolo de trabajo se revisaron las hojas de asistencia de urgencias donde el paciente es dado de alta y derivado a la consulta de urgencias dermatológicas, y la anamnesis posterior en dicha consulta. Para cada paciente se recogieron los siguientes datos: nombre y apellidos, edad, sexo, fecha de asistencia, pruebas complementarias solicitadas, destino al alta y el diagnóstico, tanto el del pediatra en su informe de alta como el posterior emitido por el residente de Dermatología.

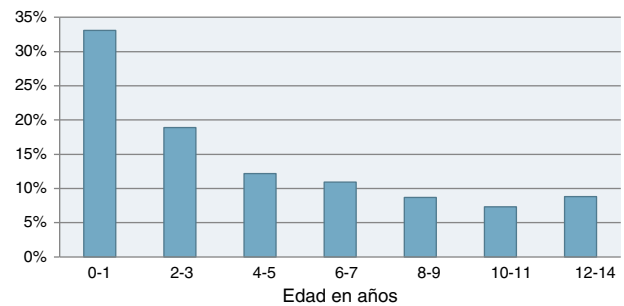
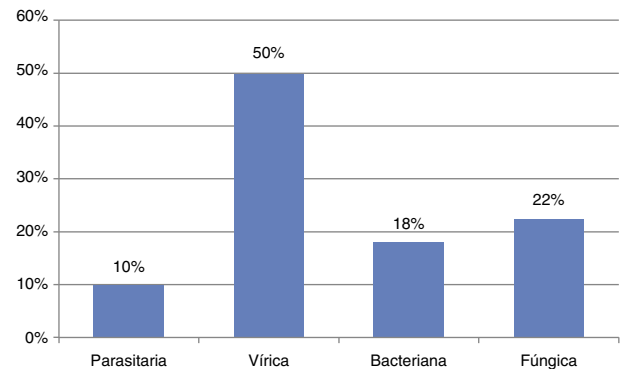
Para facilitar el desarrollo del estudio los datos fueron agrupados como se recoge en la [tabla 1](#).

En primer lugar, se realizó un estudio descriptivo de las características estudiadas en los pacientes. Para las variables cualitativas se utilizó la frecuencia absoluta de cada categoría y los porcentajes; para las variables cuantitativas se usaron la media, la mediana, la desviación estándar y el rango. Para contrastar si las variables cuantitativas siguen una distribución normal se empleó el test de Kolmogorov-Smirnov. En segundo lugar, se realizó un estudio analítico mediante la elaboración de tablas de contingencia y el cálculo del índice kappa, para establecer la concordancia diagnóstica entre el diagnóstico al alta emitido previamente en urgencias pediátricas generales y el diagnóstico de Dermatología.

El análisis estadístico se realizó con la versión 18.0 del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EE. UU.). Todos los intervalos de confianza calculados se construyeron al 95%, y todos los valores de *p* se calcularon de forma bilateral, considerándose estadísticamente significativos valores inferiores a 0,05

## Resultados

Durante el periodo estudiado se citaron en la consulta 861 pacientes, tras excluir las visitas (pacientes que consultaban nuevamente por el mismo motivo por el que ya habían sido valorados en Urgencias y en la consulta de urgencias dermatológicas). Se atendió una media de 20 pacientes al mes, observando un mayor volumen de asistencia los meses

**Figura 1** Distribución por edad.**Figura 2** Distribución de las infecciones cutaneomucosas.

de octubre (24,3 pacientes/mes), abril (24 pacientes/mes) y mayo (24 pacientes/mes).

De los 861 pacientes atendidos, 466 (54%) fueron niños y 395 (46%) niñas (no existen diferencias estadísticamente significativas). La edad media fue de  $4,5 \pm 4$  años, la mediana, de 3 años, y la moda, de 0 años (desde el nacimiento a 11 meses) ([fig. 1](#)). En cuanto a la distribución por grupos de edad, la población con más demanda fue la de los preescolares (31%), seguida de las de los escolares (27%), los lactantes (18%), la primera infancia (15%) y los púberes (9%) en última instancia.

Por grupos diagnósticos ([tabla 2](#)), los eccemas (27%) y las infecciones (26%) fueron los principales motivos de consulta, constituyendo entre ambos más de la mitad de las consultas. Les seguían en frecuencia las dermatosis eritematodescamativas (7%), las picaduras/prurigo simple (7%), los tumores (6%) y el grupo de miscelánea (5%). En este último grupo se incluyeron diagnósticos diversos propios de la edad pediátrica, como mastocitosis, histiocitosis, acrodermatitis enteropática y eritema tóxico del recién nacido. Cuarenta y un pacientes (5%) no acudieron a su cita en la consulta de dermatología pediátrica urgente y en 3 pacientes no se pudo emitir ningún diagnóstico tras la asistencia.

Dentro del grupo de las infecciones, 111 (50%) fueron de origen vírico, 50 (22%) de origen fúngico, 40 (18%) de origen bacteriano, y, por último, 22 (10%) de origen parasitario ([fig. 2](#)), mientras que en el grupo de los eccemas, 141 (62%) fueron debidos a dermatitis atópica, seguido en frecuencia por la dermatitis seborreica en 23 pacientes (10%) y la dermatitis de contacto en 20 (9%) ([fig. 3](#)).

Como se refleja en la [tabla 2](#), se analizaron también estos grupos de enfermedades en función de los grupos de edad,

**Tabla 2** Distribución de los grupos de enfermedades según los grupos de edad

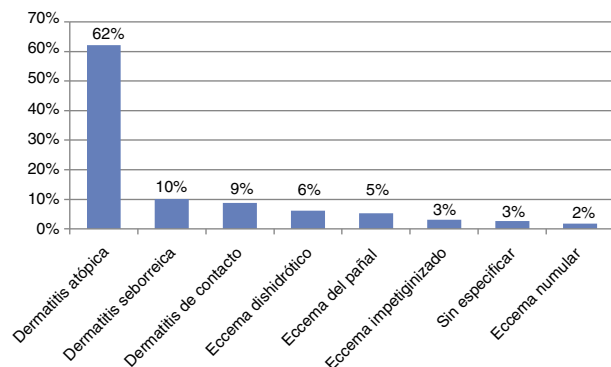
Grupo de diagnóstico	Lactantes	Primera infancia	Preescolar	Escolar	Púberes	Total
Eccemas	58 (36)	39 (31)	72 (27)	48 (21)	12 (16)	229 (27)
Infecciones	21 (13)	29 (23)	77 (29)	79 (34)	21 (28)	227 (26)
Picaduras. Prurigo	6 (4)	14 (11)	28 (10)	11 (5)	4 (5)	63 (7)
Dermatosis eritematoescamosas	3 (2)	4 (3)	17 (6)	29 (13)	6 (8)	59 (7)
Tumores	8 (5)	10 (8)	11 (4)	15 (6)	9 (12)	53 (6)
Miscelánea	17 (11)	5 (4)	12 (4)	7 (3)	3 (4)	44 (5)
No acude	6 (4)	7 (6)	12 (4)	10 (4)	6 (8)	41 (5)
Enfermedades de los anejos	3 (2)	2 (2)	12 (4)	9 (4)	5 (7)	31 (4)
Anomalías vasculares	19 (12)	2 (2)	2 (1)	5 (2)	0 (0)	28 (3)
Urticaria/angioedema	5 (3)	5 (4)	7 (3)	6 (3)	2 (3)	25 (3)
Alteraciones de la pigmentación	3 (2)	2 (2)	3 (1)	1 (0)	1 (1)	10 (1)
Vasculitis y paniculitis	1 (1)	1 (1)	2 (1)	2 (1)	3 (4)	9 (1)
Fotodermatosis	1 (1)	0 (0)	3 (1)	3 (1)	1 (1)	8 (1)
Dermatosis reactivas	1 (1)	4 (3)	0 (0)	2 (1)	1 (1)	8 (1)
Toxicodermia	0 (0)	1 (1)	3 (1)	2 (1)	1 (1)	7 (1)
Dermatosis por agentes físicos o mecánicos	2 (1)	0 (0)	3 (1)	2 (1)	0 (0)	7 (1)
Enfermedades de la boca y labios	2 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	4 (0)
Genodermatosis	1 (1)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	3 (0)
Diagnóstico desconocido	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	3 (0)
Dermatosis ampollosas	0 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (0)
Total general	159 (100)	126 (100)	268 (100)	232 (100)	76 (100)	861 (100)

Datos expresados como n (%).

evidenciándose diferencias en las frecuencias de las enfermedades dentro de los distintos grupos.

Respecto a los diagnósticos realizados, el 66% de las consultas se debió a 18 enfermedades (tabla 3). Sin embargo, se emitieron un total de 108 diagnósticos diferentes. De entre todos ellos, los principales procesos individuales fueron: dermatitis atópica (16%), prurigo simple agudo (5%), tiña (5%), granuloma piógeno (4%), *molluscum contagiosum* (4%) e impétigo (4%).

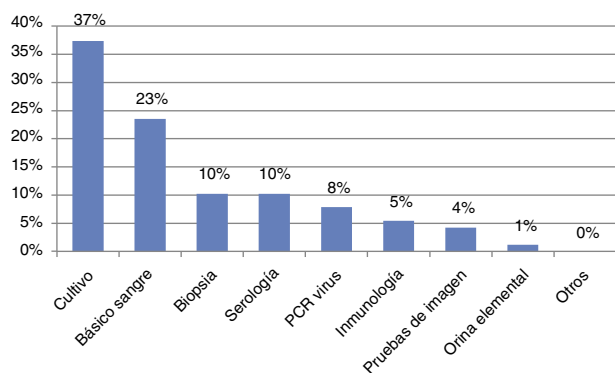
En lo que respecta al consumo de pruebas complementarias, estas solo fueron requeridas en 166 pacientes (16%); la más frecuentemente solicitada fue el cultivo microbiológico (35%), seguida de analítica sanguínea con hemograma y bioquímica (22%), serología (10%), biopsia cutánea (10%), PCR para herpes virus (8%), estudio de inmunología (5%) y pruebas de imagen (4%) (fig. 4). En el grupo denominado «Otros» se incluyeron electrocardiogramas y determinaciones analíticas específicas, como la cinquemía, la triptasa sérica, etc.

**Figura 3** Distribución de los eccemas.

En cuanto al destino tras la asistencia, el 48% de los pacientes fueron dados de alta directa sin necesidad de consultas posteriores; el 43% fue remitido a la consulta de dermatología pediátrica ordinaria; a un 6% de los pacientes se les recomendó, a través de su médico de atención primaria, una valoración posterior por su dermatólogo de zona. En «Otros destinos» (2%) se incluyeron las derivaciones a otros especialistas y a sus hospitales de referencia. La tasa de ingreso obtenida fue del 1% y correspondió a 5 niños

**Tabla 3** Principales diagnósticos emitidos en Urgencias en población pediátrica general

Diagnóstico	n (%)
Dermatitis atópica	142 (17)
Prurigo	45 (5)
Tiña	39 (5)
Granuloma piógeno	35 (4)
<i>Molluscum contagiosum</i>	34 (4)
Impétigo	33 (4)
Síndrome Gianotti-Crosti	27 (3)
Dermatitis seborreica	23 (3)
Escabiosis	22 (3)
Dermatitis de contacto	20 (2)
Picaduras	18 (2)
Urticaria	18 (2)
Pitiriasis rosada	18 (2)
Hemangioma infantil	17 (2)
Psoriasis	15 (2)
Eccema dishidrotico	14 (2)
Herpes zóster	13 (2)
Dermatitis del pañal	12 (1)



**Figura 4** Porcentaje de cada prueba complementaria respecto al total de pruebas solicitadas.

que ingresaron con los siguientes diagnósticos: 2 por edema hemorrágico del lactante, 2 por eccema herpético y uno por herpes zóster diseminado en un paciente inmunocomprometido.

Al analizar todos los informes de alta de Urgencias de los pacientes que posteriormente serían derivados a nuestra consulta de dermatología urgente, se observó que en el 67% de las altas se emitía un juicio clínico específico por parte del pediatra, en el 20% un diagnóstico descriptivo basándose en las lesiones elementales, y en el 13% de los informes no se realizaba ningún diagnóstico dermatológico.

Con el fin de establecer la concordancia diagnóstica entre aquellos casos en los que sí se llegó a un juicio clínico concreto en Urgencias y la posterior valoración en la consulta de dermatología pediátrica urgente se elaboró una tabla de contingencia con la que se obtuvo un índice kappa de 0,206 (IC 95%: 0,170-0,241).

## Discusión

Aunque clásicamente la Dermatología ha sido considerada una especialidad sin guardias, es innegable que el número de pacientes que solicitan atención inmediata en los servicios de urgencias por motivos dermatológicos constituyen un porcentaje significativo del global, estimado en torno al 8-10%<sup>11,12</sup>. Como cabía esperar, la mayoría de estas consultas no son motivadas por enfermedad realmente grave o que pueda poner en peligro la vida del paciente<sup>1-8</sup>. Sin embargo, este aumento en la demanda de asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios debido preferentemente a enfermedad banal no es exclusivo de la especialidad de Dermatología, ya que se ha estimado que entre uno y dos tercios del total de consultas en los servicios de urgencias de Pediatría son debidas a enfermedad banal<sup>14,15</sup>.

No obstante, más allá de la gravedad o no de los procesos cutáneos, existen otros determinantes que hacen que el paciente (o el familiar, en este caso) consulte en Urgencias, como son: la aparatosidad de los signos y síntomas (sobre todo el prurito), la falta de información, dudas sobre la posible contagiosidad, etc.

Debido a las diferencias entre los sistemas sanitarios de los distintos países, hemos centrado la discusión sobre la base de estudios previos realizados en el sistema sanitario público de nuestro país<sup>1-8</sup>. Así pues, la edad media obtenida en nuestro estudio (4,5 años) fue inferior a la encontrada

en el estudio de Roca Saurina et al.<sup>5</sup> y a la expresada por Colomé et al.<sup>12</sup>, quienes refieren el mayor volumen de asistencia en las edades comprendidas entre los 6 y 7 años. De hecho, los pacientes que más consultas generaron en nuestro caso fueron los de 0 a un año. Aunque los grupos de edad creados son heterogéneos en cuanto al periodo que incluyen (por ejemplo, el grupo de lactantes incluye de 0 a un año y el de escolares de 6 a 12 años), el conocimiento de la distribución de los pacientes en los distintos estadios nos parece de sumo interés, teniendo en cuenta la gran variabilidad clínica y fisiológica en estos periodos de tiempo relativamente cortos (son evidentes las diferencias entre, por ejemplo, un lactante y un escolar).

En cuanto al sexo, estudios referidos a población general han comunicado un predominio del femenino<sup>5</sup>, sin embargo, en nuestro estudio, al igual que en el de Roca Saurina et al.<sup>5</sup>, en niños no se evidenciaron diferencias significativas en este sentido.

Al analizar los principales grupos diagnósticos y compararlos con los obtenidos por otros autores observamos que las infecciones fueron el principal grupo diagnóstico en todos los trabajos, seguidas de los eccemas/dermatitis<sup>1-8</sup>. En nuestro caso la frecuencia de ambos grupos fue muy similar, lo que atribuimos a que en nuestro estudio la edad media fue inferior y atendimos a un mayor número de lactantes, que a menudo consultan por dermatitis atópica y otros eccemas.

El grupo de picaduras/prurigo fue el tercero en frecuencia en los niños, como ya se había descrito<sup>5</sup>, mientras que en población general este puesto lo ocupa el grupo de urticaria/angioedema<sup>1-4,6</sup>.

En relación con las infecciones, las más prevalentes fueron las de origen vírico (50% del total), dato que concuerda con los obtenidos por Roca Saurina et al.<sup>5</sup>, pero que, sin embargo, discrepa de los datos obtenidos en adultos, en los que predominan las bacterianas<sup>1-4,6</sup>. No obstante, en nuestro trabajo las infecciones fúngicas resultaron las segundas en frecuencia (22%), seguidas de las bacterianas (18%), mientras que en el de Roca Saurina et al.<sup>5</sup> las bacterianas fueron las segundas en frecuencia seguidas de las fúngicas. Esta diferencia puede deberse a que en nuestro caso el dermatólogo no está diariamente en Urgencias, sino que es necesario citar al paciente, de forma que el pediatra asume parte de la enfermedad dermatológica más frecuente. En el caso de los eccemas, tanto nuestro estudio como el de Roca Saurina et al.<sup>5</sup> coinciden en que la causa más frecuente de consulta es la dermatitis atópica, mientras que en adultos es la dermatitis de contacto<sup>6</sup>.

Con respecto a la distribución de los grupos diagnósticos, llama la atención cómo las frecuencias de las enfermedades se modifican en los distintos intervalos, de tal forma que la del grupo del lactante fue la que más difirió de la población general, y a medida que aumenta la edad del paciente los diagnósticos se asemejaron más a los de la población general<sup>5</sup>. De hecho, en el grupo de lactantes, el porcentaje de eccemas fue mucho mayor que en el resto de los grupos (36% del total frente al 16% en púberes), debido principalmente a la mayor frecuencia de dermatitis atópica en dicha población. Es de destacar que un 12% de las consultas en lactantes fueron debidas a anomalías vasculares. En nuestro estudio, a diferencia de los anteriores, decidimos diferenciar este grupo, donde se incluyen

malformaciones vasculares y tumores vasculares, predominantemente hemangiomas infantiles y sus complicaciones, del grupo de tumores debido a que difieren en su manejo del resto de los tumores y a que el centro cuenta con una unidad específica de Anomalías Vasculares Infantiles. El grupo miscelánea fue el tercero en frecuencia en este grupo, y en él se incluyeron enfermedades propias de la edad pediátrica, como se mencionó previamente.

En la primera infancia (1-2 años) se mantiene, aunque menos marcado, el predominio de los eccemas (31% del total), y prácticamente se duplicaron las consultas por motivos infecciosos (23%). Aumentaron significativamente también en este grupo las consultas por picaduras y prurigo (11%), y cayeron a un 2% las realizadas por anomalías vasculares, como cabía esperar.

En preescolares y escolares las infecciones y los eccemas seguían siendo las principales causas de demanda asistencial, pero las infecciones pasan a ser más frecuentes que los eccemas. Esta inversión se debe, por un lado, al descenso de algunos tipos de eccemas, como la dermatitis seborreica y la dermatitis atópica, y, por otro lado, al aumento en las infecciones, especialmente las de origen vírico. Además de esto, destaca el aumento de consultas por otras causas, como las dermatosis eritematoescamosas, con frecuencias más de 4 veces superiores a las observadas en los grupos anteriores.

Por último, en los púberes las infecciones continuaron predominando con respecto a los eccemas, pero la frecuencia en ambos grupos disminuyó y toman importancia otros grupos, como el de tumores (8% del total), siendo gran parte de estas consultas motivadas por granulomas piogénicos que pueden ocasionar clínica llamativa, como el sangrado y el rápido crecimiento. Cabe destacar la importante diferencia obtenida al comparar las frecuencias de la categoría urticaria y angioedema en el grupo de púberes según los datos publicados por Roca Saurina et al.<sup>5</sup> y los nuestros. En su caso, las urticarias/angioedema constituyeron un 30% de las consultas urgentes en este grupo de edad, mientras que en nuestro caso fue de un 3%. Esta marcada diferencia la atribuimos nuevamente al sistema de citación y el papel de filtro del pediatra, que salvo en casos atípicos o de evolución tórpida no suele tener problemas para el diagnóstico y manejo inicial de esta enfermedad.

En lo que respecta a la capacidad resolutive del dermatólogo de guardia, observamos cómo en nuestro estudio el consumo de pruebas complementarias fue bajo, datos similares a los encontrados por Grillo et al.<sup>6</sup>. Además, la prueba más solicitada fue el cultivo microbiológico, prueba fácil de realizar, económica y nada agresiva. El porcentaje de biopsias cutáneas fue muy inferior al de las realizadas en adultos<sup>6</sup>. Casi la mitad de los pacientes fueron altas directas sin necesidad de pruebas complementarias. La mayoría de los casos derivados a consultas de Dermatología infantil se realizaron con un diagnóstico y una línea de tratamiento ya iniciada.

La concordancia global entre los diagnósticos emitidos por el médico de familia y el dermatólogo se sitúa, según algunos estudios, entre el 40 y el 60%<sup>16,17</sup>. En nuestro estudio el porcentaje de concordancia fue del 57% y el índice kappa de 0,206 (IC 95%: 0,170-0,241), reflejando una escasa correlación. La interpretación de estos datos tiene una serie de limitaciones, como son que solo se pueden incluir aquellos casos en los que tanto el pediatra como el dermatólogo

hayan llegado a emitir un diagnóstico, y que solo estamos contabilizando aquellos casos que llegan a la consulta de dermatología pediátrica urgente y que, por tanto, han planteado algún problema o duda al pediatra, y no todos los que realmente han sido valorados en Urgencias.

## Conclusiones

Se ha demostrado ampliamente que los procesos patológicos dermatológicos generan una importante demanda asistencial en los servicios de urgencias de manera global, y particularmente elevada en la edad pediátrica. Si bien la mayoría de las consultas no fueron motivadas por enfermedad grave, estas eran percibidas por los padres de forma alarmante, y existe un pequeño porcentaje de enfermedades que sí conllevaban un peligro real para la vida del menor a corto plazo, como pueden ser los eccemas herpéticos o las vasculitis, donde el dermatólogo de guardia juega un papel importante tanto para el diagnóstico como para el manejo. Por otra parte, el dermatólogo de guardia presentó una alta capacidad resolutive en cuanto al bajo porcentaje de pruebas complementarias solicitadas y el número de altas directas. Por último, la realización de estudios epidemiológicos como el que se presenta nos permitirá conocer mejor la realidad de la clínica dermatológica que atendemos y nos permitirá llevar a cabo planes de formación dirigidos a residentes y pediatras con el fin último de mejorar la calidad asistencial.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Gil Mateo MP, Velasco Pastor M, Miquel Miquel JB, Quecedo Estébanez E, Martínez Escribano JA, Nagore Enguidanos E, et al. Análisis de las urgencias dermatológicas en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;87:305-9.
2. González Ruiz A, Bernal Ruiz AI, García Muñoz M, Miranda Romero A, Castrodeza Sanz J. Urgencias dermatológicas en un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:342-8.
3. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Consultas dermatológicas en el Servicio de Urgencias: situación previa a la instauración de guardias de la especialidad. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:39-47.
4. Valcuende F, Ferraz C, Tomás G, Pitarch A, Almela T, Bertoméu F. Análisis de las urgencias dermatológicas en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;76:676-80.
5. Roca Saurina C, Lázaro Tremul AC, Vicente Molinero A, Larumbe Irurzun A, Grasa Jordán MP, Carapeto FJ. Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital terciario. *Piel.* 2004;19:124-30.
6. Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas dermatosifiliogr.* 2013;104:316-24.
7. Ribera M. Urgencias en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1997;88:353-7.
8. Suárez Fernández R. Urgencias en dermatología. *Piel.* 2009;24:463-4.

9. Del Castillo M, Huguet J, Brabo J, Cortada L. Estudio del área de Urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)*. 1986;87:539-42.
10. Castillo A, Martínez N, Ferrús L, Portella E, Roma J, Triquell L. Características de la utilización del Servicio de Urgencias en un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 1986;5:190-3.
11. López J, Argila D. Urgencias en dermatología. *Arch Dermatol (ed esp)*. 1996;7:54-64.
12. Colomé L, Lorenzo A, Ortín R. Demanda pediátrica en urgencias de un hospital general. *Aten Primaria*. 1987;6:130.
13. Sánchez Bayle M, Díaz Martínez E, Molina Cabañero JC, Muñoz Orduña R, Arias Alvarez A, Panizo C, et al. Estudio de la demanda asistencial de un servicio de urgencias hospitalario de pediatría. *An Esp Pediatr*. 1989;31:127-33.
14. Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutiérrez Fernández M, Abdallah I, González Aparicio H. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr*. 1996;44:121-5.
15. Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Pérula LA. Demanda inadecuada en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:743-6.
16. Porta N, San Juan J, Grasc MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:207-12.
17. Fleischer AB Jr, Herbert CR, Feldman S, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care*. 2000;6:1149-56.