



---

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

---

**MOTIVOS DE INTERCONSULTA A DERMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE PEDIATRÍA ENERO 2016 A DICIEMBRE 2018**

**TESIS**  
**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN**  
**PEDIATRÍA**

**PRESENTA**  
**DRA. RUBÍ MARTINEZ VÁZQUEZ**

**TUTOR DE TESIS :**  
**DR. GIBERT MAZA RAMOS**

**ASESORES METODOLÓGICOS:**  
**DRA. PATRICIA CRAVIOTO**  
**FIS. MAT. FERNANDO GALVÁN**

**CIUDAD DE MÉXICO 2020**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

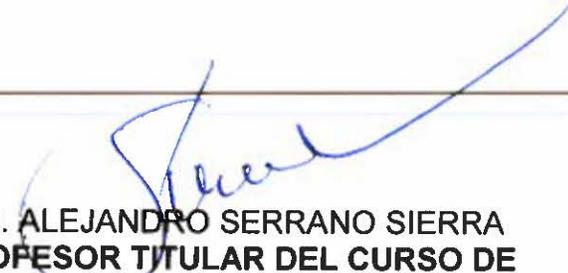
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

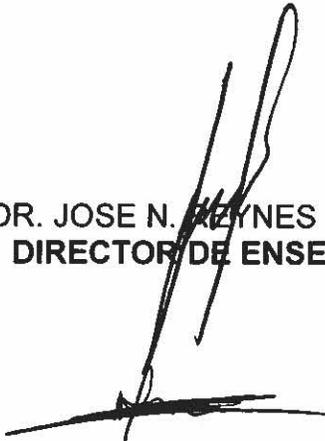
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**MOTIVOS DE INTERCONSULTA A DERMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE PEDIATRÍA ENERO 2016 A DICIEMBRE 2018**

---



**DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA**



**DR. JOSE N. ZEYNES MANZUR  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA**

**DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO**



**DR GIBERT MAZA RAMOS  
TUTOR DE TESIS**

*Patricia Cravioto Q.*  
**DRA PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA  
ASESOR METODOLOGICO**



**FIS. MAT. FERNANDO GALVÁN CASTILLO  
ASESOR METODOLOGICO**

## ÍNDICE

1. Marco teórico	1
1.1 Epidemiología	1
1.2. Dermatología hospitalaria	2
1.2.1 Técnicas en dermatología hospitalaria	3
2. Planteamiento del problema	4
2.1 Pregunta de investigación	4
3. Justificación	5
4. Objetivos	5
4.1. Objetivo general	5
4.2. Objetivos específicos	5
5. Material y métodos	6
5.1. Clasificación de la investigación	6
5.2. Universo de estudio	6
5.2.1. Población accesible	6
5.2.2. Criterios de inclusión	6
5.2.3. Criterios de exclusión	6
5.2.4. Tamaño de la muestra	6
5.2.5 Cuadro de variables	7

6. Análisis estadístico	9
7. Resultados	9
8. Discusión	11
9. Conclusiones	18
10. Referencias	19
11. Cronograma de actividades	23
Cuadros	24

## **1. MARCO TEÓRICO**

La piel, el órgano más grande del cuerpo, es una extensa capa de grosor variable que cubre toda la superficie corporal, es una unidad compleja con especializaciones regionales que cumple funciones de protección, regulación de la temperatura, sensibilidad, vigilancia inmunitaria y evidentemente la interacción con el ambiente. La piel no sólo relaciona a un organismo con su ambiente, también la modificación del ambiente interno se expresa de manera variable en la piel, siendo ésta un órgano altamente interdisciplinario. El color, tono, uniformidad de la piel reflejan el estado de salud de un individuo, su origen y estilo de vida.<sup>1,2</sup>

### **1.1 Epidemiología**

Las alteraciones dermatológicas son frecuentemente indicadores importantes de las enfermedades sistémicas. Existen una gran diversidad de enfermedades cutáneas y se estima que más del 20% de la población tiene un problema dermatológico relevante que impacta en la calidad de vida.<sup>3</sup>

Tradicionalmente se ha considerado a la dermatología como una especialidad ambulatoria; representa hasta el 24% de las consultas de medicina familiar, entre 4.8% y 22.5% de las consultas en atención primaria y el tercer motivo de consulta precedidos por enfermedades respiratorias y del sistema nervioso. La frecuencia de consultas por motivos cutáneos requiere que los médicos de primer contacto tengan las habilidades suficientes para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades dermatológicas, diferenciando las dermatosis de curso benigno o autolimitado de aquellas que necesitan atención especializada.<sup>4-6</sup>

Si bien es cierto, que las indicaciones de hospitalización por causa exclusivamente cutánea son escasas, no menos cierto es que una gran proporción de pacientes hospitalizados presentan alteraciones de la piel que requieren valoración y tratamiento especializado por dermatólogos.<sup>4</sup>

La cantidad de pacientes que requieren de hospitalización por una enfermedad primariamente cutánea ha disminuido considerablemente gracias a la capacitación continua del médico de primer contacto, la mejoría de las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud manteniendo a la dermatología como una especialidad de atención en consulta externa.<sup>1,7,8</sup>

Las indicaciones para la solicitud de valoraciones a los servicios especializados en dermatología depende de múltiples factores como el sistema de salud, el tipo de centro hospitalario, la presencia de servicios de pediatría, proporción de camas asignadas a los médicos en cursos de especialización, pero sobre todo a la disponibilidad de acceso a un servicio de dermatología.<sup>1</sup>

Los pacientes hospitalizados presentan numerosas enfermedades de la piel como problema médico adicional, estudios transversales describen la presencia de afecciones cutáneas en casi el 40% de los ingresos hospitalarios, y poco más del 90% de las afecciones cutáneas eran pasadas por alto por los médicos al momento del internamiento. Este hecho resulta trascendente considerando que 4.3% de los diagnósticos cutáneos no relacionados con la causa de internamiento fueron cáncer de piel no melanoma y; 13.4% de los diagnósticos estaban relacionados con el diagnóstico de internamiento.<sup>7,8</sup>

## **1.2 Dermatología hospitalaria**

La dermatología hospitalaria se enfoca primordialmente en los cuidados de los pacientes hospitalizados con enfermedades en la piel, comprendiendo la atención oportuna y de alta calidad a los pacientes en el ámbito hospitalario. En un estudio observacional, transversal, se investigó la frecuencia con la que los diagnósticos otorgados por médicos no dermatólogos coincidía con el realizado por médicos dermatólogos encontrando que 61% de los diagnósticos iniciales eran diferentes de los diagnósticos posteriores a la valoración dermatológica, y en 62% de los casos este cambio se acompañaba de la modificación de los tratamientos instaurados.<sup>9</sup>

Este primer estudio observacional abrió paso a otras investigaciones sobre los principales motivos de interconsulta a dermatología tanto en las áreas de hospitalización como en los servicios de urgencias. Alpha y colaboradores<sup>1</sup> encontraron que las causa más frecuente de consumo de los servicios de urgencias por motivo dermatológico están las piodermis ocupando el 34.7% seguidas de las farmacodermias (7.1%), la psoriasis (6.3%), el pénfigo ampolloso (4.3%), la eritrodermia (4.2%), el linfoma (3.5%), infección por virus herpes zoster (2.8%) y eccema (2.4%); las piodermis más comunes fueron celulitis (20.5%), erisipela (7.5%). Estos diagnósticos representan al menos el 60% de todos los motivos de consultas.<sup>10</sup>

McMahon y Goddard<sup>11</sup> describieron los diagnósticos más frecuentes en pediatría y los concentraron en 6 categorías: infecciones en 61% (celulitis, absceso, erupciones mediadas por toxinas, impétigo, foliculitis e infecciones inusuales como

ectima gangrenoso, fascitis necrosante, tularemia, meningococemia, infecciones virales por herpes virus, molusco contagioso y cándida; anomalías vasculares (hemangiomas, síndrome PHACES, síndrome LUMBAR, malformaciones capilares, venosas), farmacodermias (síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica), enfermedad de injerto contra huésped (EICH); dermatitis atópica (DA); dermatitis diferente de DA incluidas dermatitis por contacto y seborreica.<sup>5</sup>

Las infecciones cutáneas son relativamente frecuentes en pacientes ambulatorios, pero son aún más prevalentes en pacientes hospitalizados, posiblemente relacionado por con la terapéutica instaurada como el uso de inmunosupresores; las infecciones de la piel son una razón común para la admisión del paciente y la prevalencia de las reacciones a los medicamentos puede explicarse por la gran cantidad de fármacos recibidos, especialmente analgésicos y neurolépticos, que desencadenan frecuentemente estas reacciones.

### ***1.2.1 Técnicas en la Dermatología hospitalaria***

El diagnóstico dermatológico suele ser clínico y en pocas ocasiones se requieren de técnicas complejas o estudios de gabinete confirmatorios, sin embargo la asertividad diagnóstica depende de la experiencia y capacitación adecuadas del explorador, convirtiendo a dermatólogo en una pieza importante para el cuidado de los pacientes hospitalizados con enfermedades cutáneas.<sup>9</sup>

La dermatología hospitalaria está tomando importancia como una subespecialidad en donde los dermatólogos se enfocan primordialmente a los cuidados de los pacientes hospitalizados con enfermedades en la piel, comprendiendo la atención

oportuna y de alta calidad a los pacientes en el ámbito hospitalario. Los factores que deben optimizarse en la práctica incluyen la integración de las consultas hospitalarias, la interacción con los servicios tratantes, profesionales de la salud, educación y capacitación para los estudiantes de medicina, residentes, personal no médico y médicos no dermatólogos.<sup>9,12</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades cutáneas representan el tercer motivo de consulta en el primer nivel de atención y considerando que aproximadamente el 20% de la población cursa con alguna dermatosis; aunado a que los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría presentan enfermedades complejas y multifactoriales se espera que una proporción importante de éstos pacientes curse con algún problema cutáneo que impacte la calidad de vida. Las interconsultas a dermatología en pacientes hospitalizados a nivel de pediatría en un hospital de tercer nivel, impacto y frecuencia están poco documentadas. Por lo que es necesario documentar las principales causas de consulta dermatológicas en pediatría a fin de determinar si se trata de un padecimiento que requiere de dermatólogos hospitalarios o pueden ser manejadas por pediatras.

### ***2.1. Pregunta de investigación***

¿Cuáles son las principales causas de interconsulta intrahospitalaria solicitadas al servicio de dermatología en el Instituto Nacional de Pediatría desde enero de 2009 hasta diciembre de 2018?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades dermatológicas ocupan un motivo frecuente de consultas a nivel de pediatría, la valoración intrahospitalaria de las enfermedades cutáneas representan consumo de recursos y encarecimiento de la atención, por lo que resulta imperativo determinar cuales son los principales motivos de interconsulta a dermatología a fin de identificar las entidades que deberán ser identificadas y tratadas por los médicos pediatras y cuales requieren de la valoración y tratamiento por dermatología hospitalaria.

### **4. OBJETIVOS**

#### ***4.1. Objetivo general***

Describir y clasificar las causas de interconsulta intrahospitalaria más comunes al servicio de dermatología y al Instituto Nacional de Pediatría de enero del 2009 a enero del 2018 a diciembre del 2018; con la finalidad de contar con información.

#### ***4.2. Objetivos específicos***

- a) Describir los padecimientos dermatológicos por lo que es solicitada la valoración al servicio de dermatología del Instituto Nacional de Pediatría.
- b) Clasificar los padecimientos por los que es solicitada la valoración por el servicio de dermatología en el Instituto Nacional de Pediatría.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***5.1 Clasificación de la investigación***

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

### ***5.2. Universo de estudio***

#### *5.2.1. Población accesible.*

Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría valorados por dermatología durante la estancia intrahospitalaria.

#### *5.2.2. Criterios de inclusión*

Expedientes de pacientes de 0 a 18 años de edad de ambos sexos, que se encuentre nota de valoración de dermatología que incluya: motivo de interconsulta y diagnóstico dermatológico y tratamiento iniciado.

#### *5.2.3. Criterios de exclusión*

Expediente de pacientes cuyo motivo de valoración fue enfermedad dermatológica ya diagnosticada y en tratamiento por dermatología.

#### *5.2.4. Tamaño de la muestra*

El tamaño de la muestra será a conveniencia estudiando todos los expedientes que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo de tiempo descrito.

5.2.5. Cuadro de Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Medición
Edad	Tiempo de transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la fecha actual.	Numérica Intervalo	Meses
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Nominal	Femenino Masculino
Servicio tratante	Servicio o grupo de personas que conocen integralmente la situación del paciente y se responsabilizan de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento.	Nominal	Neurociencias Hematooncología Inmunología Cirugía Cardiología Neumología Ortopedia Infectología Neonatología Urgencias Gastroenterología

			.Nefrología .UTIP
Diagnóstico de base	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Nominal	Tumoral Inmunológico Infeccioso Cardiaca Pulmonar Hematológica Ortopédico Gastrohepático Nefrológico .Ninguno
Diagnóstico definitivo	Diagnóstico final otorgado por dermatología posterior a la valoración.	Nominal	D. infecciosas D. inflamatorias Genodermatosis D. autoinmunes Tumores Farmacodermias

## **6. Análisis estadístico**

Con las variables seleccionadas del estudio, se realizó una base de datos en el programa Excel, posteriormente esta base fue exportada al programa estadístico Stata MP 14.0. Se realizó análisis descriptivo, la edad se resumió con mediana mínimos y máximos; las variables categóricas se resumieron con frecuencias y proporciones.

## **7. Resultados**

Se revisaron 885 interconsultas solicitadas en el periodo de tiempo estipulado en los criterios de inclusión de las cuales 28 no fueron realizadas debido a que los pacientes no se encontraban físicamente en el servicio al momento de acudir a la valoración quedando para el análisis 857 interconsultas.

De las interconsultas analizadas 438 (51.1%) fueron niñas, 418 (48.8%) fueron niños y un caso (0.1%) correspondió a un paciente sin asignación de sexo por presentar genitales atípicos. La mediana de edad fue 62.2 meses con mínimo 0.1 y máximo de 222.5 meses (rango 222.4 meses).

Por grupo de edad se solicitaron más interconsultas para los adolescentes representando el 34.3% de las valoraciones realizadas, seguidos por los lactantes con 31%, escolares 17.4%, preescolares 15.3% y neonatos 2% (cuadro 1).

Cuando se agruparon las valoraciones por servicios solicitantes, Infectología encabezó las solicitudes con el 17.6%, seguido por Urgencias, tanto corta estancia como hospitalización con 16.2%, Oncología ocupó el tercer lugar con 12.4%, las interconsultas otorgadas a Inmunología representaron el 5.9% y, el quinto lugar

fue ocupado por el servicio de Hematología con 5.8% de las interconsultas; estos 5 servicios representan el 64% de todas las valoraciones otorgadas. El resto de los servicios solicitantes de interconsultas se encuentran enlistados en el cuadro 2.

El tipo de padecimiento por el cual se solicitó valoración con mayor frecuencia fueron las enfermedades reaccionales son 23.9% de las interconsultas seguida por dermatosis infecciosas con 21.6% y valoraciones en las que se encontraron hallazgos cutáneos no patológicos, es decir, piel sana con 10.7%; el resto de las causas de valoración se encuentran enlistadas en el cuadro 3.

Se buscó de forma exploratoria a cuantos de los pacientes valorados se les indicó intencionadamente los cuidados generales de la piel, encontrando que únicamente al 63.7% (546 / 857) se les dejó indicación expresa.

Relacionando el tipo de dermatosis con el servicio solicitante encontramos que en los servicios de Infectología, urgencias e Inmunología las enfermedades reacciones fueron la causa más frecuente de solicitud de interconsultas; en el servicio de oncología los hallazgos cutáneos no patológicos, es decir, piel sana fueron la causa más frecuente de valoración y en hematología las dermatosis infecciosas fueron las más frecuentes. En los cuadros 4 al 8 se muestra la frecuencia de los tipos de dermatosis de acuerdo con los 5 servicios que solicitaron la mayoría de las interconsultas. El resto de los tipos de dermatosis se encuentran expresados por servicio solicitante en el cuadro 9.

Dentro de las enfermedades reacciones el diagnóstico más frecuente fue la dermatitis por pañal, representando el 32.7% de los diagnósticos del grupo y 7.81% de todas las interconsultas otorgadas. Las dermatitis por contacto siguieron

en frecuencia a las dermatitis por pañal con 27.3% del grupo y 6.5% del total. El tercer diagnóstico en frecuencia del grupo con 14.6% fue la Dermatitis atópica que representó el 3.5% del total- El resto de los diagnósticos parte del grupo de enfermedades reaccionales se encuentra en el cuadro 10.

En el grupo de enfermedades infecciosas los diagnósticos en orden de frecuencias fueron los exantemas virales, infecciones cutáneas causadas por virus, piodermitis, micosis superficiales, ectoparasitosis, manifestaciones cutáneas de infecciones sistémicas y micosis subcutáneas. El tercer grupo en frecuencia fueron las farmacodermias, en éste lo más común fue sólo clasificar la reacción como farmacodermia, sin especificar el tipo específico, (24 / 74 casos; 32.4% del grupo y 2.8% del total); en aquellas que si fueron clasificadas el orden de frecuencia fue: reacciones acneiformes, exantema urticariforme, exantema morbiliforme, toxicidades por metotrexato, Eritema fijo pigmentado, Radiodermatitis, espectro de síndrome de Stevens Johnson, calcicosis cutis iatrogenicas, corticoestropeo, eritema multiforme like, y síndrome del hombre rojo asociado a vancomicina.

Las frecuencias absolutas y relativas de todos los diagnósticos distribuidos por grupos se presentan en los cuadros 11 a 28.

## **8. Discusión**

La dermatología es un campo en constante agitación y revolucionario; actualmente se encuentra ramificaciones múltiples de la especialidad por ejemplo: cirugía dermatológica, dermatología pediátrica, dermatología cosmética, fototerapia entre muchos otros. Hogaño la practica de la dermatológica se centra primordialmente en el paciente externo, dejando una población reducida de dermatólogos

dedicados a la atención de los pacientes hospitalizados. De ahí la necesidad del desarrollo y capacitación de dermatólogos de práctica hospitalaria.

Es cierto que los pacientes hospitalizados llegan a presentar afecciones cutáneas raras y / o atípicas que ameritan ser informadas en la literatura médica sin embargo, la gran mayoría de los pacientes atendidos de forma intrahospitalaria presentan procesos dermatológicos comunes, aunque no irrelevantes, que requieren de la intervención por un dermatólogo capacitado.<sup>4</sup> Este es el proceso que llamamos la interconsulta médica.

En este proceso se encuentran dos estados jerárquicos tácitos, por un lado el médico que otorga la valoración quien posee mayor conocimiento respecto de un asunto específico y, por el otro el médico que solicita la valoración quien conserva la capacidad de la toma de decisiones en relación con el tratamiento. En esta mancuerna de consultante – consultor, el dermatólogo generalmente participa en el papel del consultor dando su opinión sobre aspectos cutáneos que afectan al paciente hospitalizado.

La actividad del dermatólogo como consultor ha sido pobremente estudiada, si bien varios estudios sobre el papel fundamental desempeñado por los dermatólogos en la consulta interdepartamental se han llevado a cabo en otros países, no hemos encontrado ninguno realizado en un hospital mexicano y menos en población pediátrica mexicana. En la revisión de la literatura realizada para este trabajo se evidenciaron 13 artículos relacionados con la consulta dermatológica intrahospitalaria cuyos hallazgos se muestran de forma resumida en el cuadro 29, empero solamente uno<sup>11</sup> se realizó específicamente en población pediátrica.

Las características de estos trabajos son muy diversas lo que hace difícil la comparación de los resultados entre sí. En principio duración osciló desde los 3<sup>23</sup> y hasta 96 meses<sup>14</sup>; nuestro estudio se realizó en un periodo de 36 meses.

Otra diferencia importante es el número y tipo de paciente incluidos, nuestro estudio solamente incluyó a los pacientes que fueron valorados por solicitud expresa de otro servicio, es decir aquellos que se encontraban hospitalizados por una causa no dermatológica. Creemos que es importante diferenciar entre estos dos tipos de pacientes: las verdaderas consultas interdepartamentales, pacientes que requieren de un dermatólogo hospitalario a pesar de estas ingresados por una enfermedad no cutánea, y los pacientes ingresados por exacerbación o debut de una condición esencialmente dermatológica.

Debido a que el tamaño de las muestra, las características de la población, el período de estudio y el número de instalaciones estudiadas han sido tan dispares, es muy difícil comparar los estudios.

La mayoría de estos estudios se realizaron en hospitales que otorgan atención tanto a adultos como a población pediátrica por lo que resulta difícil compararla frecuencia con la que los servicios solicitan interconsultas a dermatología. El estudio de McMahon y cols.,<sup>11</sup> fue realizado en un hospital de tercer nivel especializado en la atención para niños. Esta clara semejanza con nuestro centro permite comparar los hallazgos de McMahon con los nuestros. Es necesario aclarar que la diferencia más importante entre el estudio de McMahon y el nuestro es que aquellos describieron tanto las hospitalizaciones por padecimientos

dermatológicos primarios como las consultas interdepartamentales, a diferencia de nosotros que sólo incluimos las valoraciones interdepartamentales.

La distribución por edad observada es similar a la reportada por las clínicas de dermatología pediátrica ambulatoria en informes internacionales sin embargo, en comparación con la referencia de los pacientes pediátricos hospitalizados en los Estados Unidos<sup>11</sup> difiere el orden al invertirse la posición entre preescolares y escolares, es decir en los Estados Unidos se los preescolares ocupan el tercer lugar y los escolares el cuarto en frecuencia cuando en nuestro hospital los primeros ocuparon el cuarto lugar y los últimos el tercero.

El mayor número de solicitudes fueron del servicio de Infectología (25.6%); este es el servicio de hospitalización más grande en nuestro hospital lo que puede explicar por que es ahí donde se concentraron el mayor número de valoraciones interdepartamentales. El siguiente en frecuencia fue departamento de urgencias que si bien no cuenta con el mismo número de camas que Infectología evalúa una población flotante de pacientes muy grande lo que podría explica su rango, sin embargo para tener esto de cierto se requiere de estudios específicos posteriores.

Los 3 diagnósticos individuales más comunes encontrados en este estudio fueron dermatitis por pañal, dermatitis por contacto y enfermedades exantemáticas. En el único estudio realizado en población pediátrica exclusivamente<sup>11</sup> se encontró de manera semejante que los 2 de los 3 diagnósticos fueron infecciones bacterianas y dermatitis diferentes a dermatitis atópica, es decir enfermedades reaccionales. La única diferencia entre ambos trabajos es que la enfermedad de injerto contra hospedero (EICH) ocupó el segundo lugar en frecuencia por diagnóstico individual;

una razón factible de esta disimilitud puede ser que en el estudio de referencia<sup>11</sup> unidad de trasplante de células hematopoyéticas (TCPH) fue el segundo servicio solicitante de valoraciones superado solamente por Pediatría General.

Más de la mitad de nuestros diagnósticos se englobaron en 3 grupos principales: dermatosis reaccionales, enfermedades infecciosas y hallazgos no patológicos o piel sana. En el estudio de McMahon y cols.<sup>11</sup> los diagnósticos totales se dividieron en 5 grupos: misceláneos, infecciones, EICH, dermatitis diferente a dermatitis atópica y anomalías vasculares.

Parecería que existe una diferencia clara en la frecuencia con la que se observan dermatosis reaccionales en nuestra población comparada con otros estudios empero, en todos los informes que reportaban solicitudes por un servicio de pediatría la enfermedades reacciones se encontraban dentro de lo 3 diagnósticos más frecuentes.<sup>8,9,11,14,19,21,23,24,</sup>

La infección fue la segunda categoría diagnóstica más común paralela a otros estudios de dermatología hospitalaria para adultos<sup>9,25</sup> y dermatología pediátrica ambulatoria.<sup>13</sup> Se encontró como manifestación infecciosa más frecuente los exantemas virales (26.5% del grupo, 5.7% del total). Es importante hacer notar que exantemas no virales fueron 3.5% del total de las valoraciones otorgadas lo que destaca la importancia de la valoración de los exantemas por médicos con experiencia en la diferenciación causal de la erupción cutánea, pues el tratamiento varía diametralmente entre los exantemas de origen infeccioso y otras causas de los exantemas. Dentro del grupo de las infecciones el segundo lugar lo ocuparon las infecciones bacterianas hallazgo compatible lo informado previamente en la

literatura, y específicamente en los niños.<sup>[ref],11</sup> Se encontraron infecciones superficiales y profundas, lo que subraya la necesidad de considerar infecciones comunes e infecciones oportunistas en niños hospitalizados.

Las solicitudes de valoración por posibles reacciones adversas a medicamentos relacionadas con la piel, farmacodermias, son comunes.<sup>9,25</sup> Nuestros datos demuestran que las reacciones a los medicamentos fueron una causa importante de solicitud de atención en el departamento de urgencias, pues fue el servicio en el que se encontró el mayor número de reacciones cutáneas adversas a medicamentos (23% de todas las farmacodermias) y representó el tercer diagnóstico más frecuente (12.2% de todas las valoraciones solicitadas por urgencias) de las valoraciones. Se encontraron frecuentemente en las poblaciones de oncología, inmunología pediátricas y TCMH como se ha informado en otros estudios previamente.<sup>11,9</sup> La gravedad fue variable desde reacciones acneiformes o exantemas morbiliformes sin complicaciones hasta reacciones potencialmente mortales, como el síndrome de Stevens – Johnson / necrólisis epidérmica tóxica. Estudios previos han demostrado que los médicos de primer contacto suelen errar al momento de diagnosticar las farmacodermias de esta manera, la consulta dermatológica no sólo es útil para categorizar la reacción sino necesaria para identificar la medicación probablemente responsable y realizar la biopsia de piel en los casos necesarios para el diagnóstico.

Dentro del grupo de los tumores cutáneos, encontramos que lo más frecuente es que se tratase de tumores benignos y en este grupo los más frecuentes fueron los Nevos melanocíticos y los hemangiomas infantiles. Dado que los hemangiomas

infantiles son propios de la edad pediátrica el único estudio que los informa explícitamente es el de McMahon en el que representaron el 57% de las anomalías vasculares con 20 casos.<sup>11</sup>

Vale la pena hacer notar que se encontraron 3 tumores de comportamiento biológico incierto dos que correspondieron a estados linfoproliferativos asociados a infección crónica por virus de Epstein Barr y un tumor vascular limítrofe (hemangioendotelioma Kaposiforme). Ambos tumores requieren de una biopsia de piel confirmatoria, apoyando a un más la necesidad de la valoración dermatológica.

En las enfermedades del aparato ungueal, la más frecuente fue la onicocriptosis, que predominó en el grupo de pacientes adolescentes lo que concuerda con series de dermatología pediátrica ambulatoria.

Algunas de las limitaciones de este estudio incluyen las propias del diseño retrospectivo; el entorno de atención de tercer nivel del hospital estudiado lo que limita la generalización a otros entornos de hospitalización.

Los resultados de nuestro estudio informan tanto a los dermatólogos como a los pediátricos hospitalarios sobre la gran diversidad de afecciones cutáneas que los dermatólogos pediatras manejan en un hospital pediátrico en el entorno del tercer nivel de atención. Además subrayan la importancia de tener dermatólogos pediatras disponibles para consultar sobre pacientes pediátricos, particularmente en hospitales como el Instituto Nacional de Pediatría que ofrece servicios de oncología y TCPH.

## **9. CONCLUSIONES**

El interés y la experiencia en dermatología para pacientes hospitalizados sugiere que la colaboración futura con el pediatra encargado de la atención directa del paciente debería mejorar la atención brindada a los niños hospitalizados con alguna manifestación cutánea de una enfermedad sistémica. Los estudios futuros podrían explorar el impacto de la consulta dermatológica hospitalaria en la calidad de la atención de los pacientes, la duración de la estancia intrahospitalaria e incluso en los costos de atención médica.

## 10. REFERENCIAS

1. Penate Y, Borrego L, Hernández N, Islas, D. Pediatric dermatology consultations: a retrospective analysis of inpatient consultations referred to the dermatology service. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(1):115–118.
2. Itin PH. Dermatologic Consultations in the Hospital Ward: The Skin, an Interdisciplinary organ. *Dermatology*. 2009;219(3):193-194.
3. Bingefors K, Lindberg M, Isacson D. Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey. *Br J Dermatol*. 2002;147(2):285–290.
4. Mashayekhi S, Hajhosseiny R. Dermatology, an interdisciplinary approach between community and hospital care. *JRSM Short Rep*. 2013;4(7):1-4.
5. Martínez-Martínez ML, Pérez-García LJ, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Marín de Hijas Santos MC. Referrals to Dermatology: Proportion of Banal Disorders. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(3):193-198.
6. Nahass GT, Meyer AJ, Campbell SF, Heaney RM. Prevalence of cutaneous findings in hospitalized medical patients. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33(2 Pt 1):207–211.
7. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, el-Azhary RA, Hand JL, Davis DM, et al. Pediatric hospital dermatology: Experience with inpatient and consult services at the Mayo Clinic. *Pediatr Dermatol*. 2013;30(6):433-7.

8. Lorente-Lavirgen AI, Bernabeu-Wittel J, Pupilo-Ruiz Á, De la Torre García JM, Conejo-Mir J. Interconsulta hospitalaria en Dermatología sobre una cohorte prospectiva en un Hospital español de tercer nivel. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(2):148-155.
9. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol.* 1994;130(8):1022–1025.
10. Alpha M, Uva L, Soromenho G, Filipe P. Dermatological emergencies: one year data analysis of 8,620 patients from the largest Portuguese tertiary teaching hospital. *Eur J Dermatol.* 2016;26(5):460-464.
11. McMahon P, Goddard D, Frieden IJ. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study of 427 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(6):926-31.
12. Walia NS, Deb S. Dermatology referrals in the hospital setting. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;70:285-287.
13. Moon AT, Castelo-Soccio L, Yan AC. Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1173-7.
14. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L. Dermatologists in Hospital Wards: An 8-Year Study of Dermatology Consultations *Dermatology.* 2009;219(3):225-31.

15. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol MA. Diagnostic agreement between primary care physicians and dermatologists in the health area of a referral hospital. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(3):207-212.
16. Afsar SF. Analysis of pediatric dermatology inpatient consultations in a pediatric teaching hospital. *Arch Argent Pediatr.* 2017 Dec 1;115(6):e377-e384
17. Srinivas SM, Hiremagalore R, Venkataramaiah LD, Premalatha R. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study. *Indian J Pediatr.* 2015;82(6):541-4. .
18. Sherertz EF. Inpatient dermatology consultations at a medical center. *Arch Dermatol.* 1984;120:1137.
19. Hardwick N, Saxe N. Patterns of dermatology referrals in a general hospital. *Br J Dermatol.* 1986;115:167-76.
20. Arora PN, Aggarwal SK, Ramakrishnan SK. Analysis of dermatological referrals (a series of 662 cases from Base and Army Hospital complex). *Indian J Dermatol.* 1989;34: 1-8.
21. Fischer M, Bergert H, Marsch WC. The dermatologic consultation. *Hautarzt.* 2004;55:543-8.
22. Antic M, Conen D, Itin PH. Teaching effects of dermatological consultations on non-dermatologists in the field of internal medicine. A study of 1,290 inpatients. *Dermatology.* 2004;208:32-7.

23. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand JJ, Berbis P, Grob JJ, et al. Evaluation of dermatology consultations in a prospective multicenter study involving a French teaching hospital. *Ann Dermatol Venereol*. 2009;136:241-8.
24. Mancusi S, Cyro Festa N. Inpatient dermatological consultation in university hospital. *Clinics*. 2010;65:851-5.
25. Ahmad K, Ramsay B. Analysis of inpatient dermatologic referrals: insight into the educational needs of trainee doctors. *Ir J Med Sci* 2009;258:69-71.

## 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elaboración de protocolo	X								
Presentación de protocolo		X							
Recolección de la información			X	X	X	X			
Análisis de la información							X		
Elaboración de Tesis								X	
Presentación de la tesis									X

# CUADROS

---

**Cuadro 1. Frecuencia de interconsultas por grupo de edad**

---

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente	294	34.3
Lactante	266	31.0
Escolar	149	17.4
Preescolar	131	15.3
Neonato	17	2.0

---

ocio solicitante

Frecuencia

Por

151

17.

139

16.

106

12.

102

11.

50

5.8

44

5.1

36

4.2

29

3.4

26

3.0

21

2.4

21

2.4

20

2.3

19

2.2

18

2.1

17

2.0

10

1.2

10

1.2

9

1.1

4

0.5

3

0.4

3

0.4

3

0.4

3

0.4

3

0.4

2

0.2

2

0.2

2

0.2

2

0.2

1

0.1

1

0.1

dad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos; UCICV, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares; CEP

---

**Cuadro 3. Tipo de dermatosis motivo de valoración**

---

<i>Tipo de dermatosis</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Reaccional	205	23.9
Infecioso	185	21.6
Piel sana	92	10.7
Farmacodermia	74	8.6
Tumoral	52	6.1
Autoinmune	46	5.4
Uña	31	3.6
Ecrino	28	3.3
Discromia	27	3.2
Unidad pilosebácea	23	2.7
Malformación vascular	19	2.2
Enfermedad sistémica	19	2.2
Eritematoescamosa	18	2.1
Genodermatosis	16	1.9
Traumática	7	0.8
Marca al nacimiento	6	0.7
Psicodermatosis	3	0.4
Marcador cutáneo de disrafismo espinal	2	0.2
Relacionada con deficiencia nutricional	2	0.2
Transitorias neonatales	2	0.2

---

---

**Cuadro 4. Diagnósticos dermatológicos de las interconsultas otorgadas en el servicio de Infectología**

---

<i>Diagnóstico dermatológico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Infeccioso	42	27.8
Reaccional	38	25.2
Piel sana	11	7.3
Tumoral	9	6.0
Ecrino	8	5.3
Farmacodermia	8	5.3
Malformación vascular	8	5.3
Uña	8	5.3
Autoinmune	4	2.7
Eritematoescamosa	4	2.7
Unidad pilosebácea	4	2.7
Discromia	3	2.0
Genodermatosis	1	0.7
Psicodermatosis	1	0.7
Enfermedad sistémica	1	0.7
Traumática	1	0.7

---

**Cuadro 5. Diagnósticos dermatológicos de las interconsultas otorgadas en el servicio de Urgencias**

<i>Tipo de enfermedad cutánea</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Infeccioso	35	25.2
Reaccional	33	23.7
Farmacodermia	17	12.2
Piel sana	11	7.9
Autoinmune	8	5.8
Tumoral	8	5.8
Malformación vascular	7	5.0
Eritematoescamosa	6	4.3
Ecrino	2	1.4
Genodermatosis	2	1.4
Nutricional	2	1.4
Enfermedad sistémica	2	1.4
Discromia	1	0.7
Disrafismo espinal	1	0.7
Psicodermatosis	1	0.7
Traumática	1	0.7
Unidad pilosebácea	1	0.7
Uña	1	0.7

---

**Cuadro 6. Diagnósticos dermatológicos de las interconsultas otorgadas en el servicio de Oncología**

---

<i>Tipo de enfermedad cutánea</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Piel sana	24	22.6
Infeccioso	20	18.9
Reaccional	18	17.0
Tumoral	13	12.3
Farmacodermia	9	8.5
Discromia	8	7.6
Uña	4	3.8
Enfermedad sistémica	3	2.8
Ecrino	2	1.9
Unidad pilosebácea	2	1.9
Eritematoescamosa	1	0.9
Malformación vascular	1	0.9
Marca al nacimiento	1	0.9

---

---

**Cuadro 7. Diagnósticos por tipo de dermatosis de las interconsultas otorgadas en el servicio de Inmunología**

---

<i>Tipo de enfermedad cutánea</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Reaccional	25	24.5
Autoinmune	20	19.6
Infeccioso	18	17.7
Pielsana	8	7.8
Farmacodermia	7	6.9
Tumoral	5	4.9
Discromia	4	3.9
Uña	4	3.9
Ecrino	2	2.0
Genodermatosis	2	2.0
Enfermedad sistémica	2	2.0
Unidad pilosebácea	2	2.0
Eritematoescamosa	1	1.0
Marca al nacimiento	1	1.0
Traumática	1	1.0

---

---

**Cuadro 8 Diagnósticos por tipo de dermatosis de las interconsultas otorgadas en el servicio de Hematología**

---

<i>Tipo de enfermedad cutánea</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Infeccioso	16	32
Piel sana	9	18
Reaccional	5	10
Farmacodermia	4	8
Sistémica	4	8
Tumoral	4	8
Uña	4	8
Autoinmune	2	4
Ecrino	1	2
Unidad pilosebácea	1	2

---

**Cuadro 9. Distribución por grupo de dermatosis y servicio solicitante**

<i>Grupo</i>	<i>UTIP</i>	<i>TCP H</i>	<i>GNT</i>	<i>Cirugí a</i>	<i>MI</i>	<i>Neurocirugí a</i>	<i>Neurologí a</i>	<i>Nefrologí a</i>	<i>Neonatologí a</i>	<i>Cardiologí a</i>
Reaccional	12	15	5	7	1	6	2	7	4	6
Infeccioso	11	4	7	7	3	3	5	2	0	4
Piel sana	7	4	4	1	1	0	5	1	1	3
Farmacodermia	1	5	3	1	1	6	2	3	1	1
Tumoral	1	3	2	0	0	0	0	0	2	0
Autoinmune	0	0	1	2	7	0	0	1	0	1
Uña	0	0	0	1	0	1	2	2	0	0
Ecrino	3	1	2	0	1	1	0	0	1	2
Discromia	0	1	2	2	2	1	1	0	0	0
Unidad pilosebácea	2	0	1	2	2	0	0	2	0	0
Malformación vascular	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Sistémica	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0
Eritematoescamos a	0	1	1	1	2	0	0	0	1	0
Genodermatosis	0	0	1	0	0	2	2	0	3	0
Traumática	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marca al nacimiento	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Psicodermatosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Disrafismo espinal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Transitorias neonatales	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Total	44	36	29	26	21	21	20	19	18	17

UTIP, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, TCPH Unidad de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas, GNT, Gastronomía, MI, Medicina Interna,

**Continuación Cuadro 9. Distribución por grupo de dermatosis y servicio solicitante.**

Grupo	Neu	UCIC					Estom			Oftalm		Alergi		Ob	
	m	OP	V	CO.	CEP	CP	Endo	Gen	Uro	a	GO	ORL	o		a
Reaccional	4	5	6	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Infecioso	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Piel sana	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Farmacodermi a	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Tumoral	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Uña	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Ecrino	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Discromia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Unidad pilosebácea	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Malformación vascular	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Genodermato sis	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Traumática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Neum. Neumología. OP Ortopedia pediátrica, UCICV Unidad de cuidados intensivos cardiovasculares. CO Cirugía oncológica, CEP Consulta externa de pediatría, CP Cirugía plástica, Endo Endocrinología. Gen Genética. Uro, Urología,

---

Estoma. Estomatología. GO Ginecología. ORL, otorrinolaringología. Oftalmo, oftalmología, Ob, Obesidad

---

---

**Cuadro 10. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de las enfermedades reaccionales**

---

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
Dermatitis por pañal	67	32.7	7.8
Dermatitis por contacto	56	27.3	6.5
Dermatitis atópica	30	14.6	3.5
Reacción a piquetes de insectos	18	8.8	2.1
EICH	15	7.3	1.8
Urticaria	6	2.9	0.7
No especificado	5	2.4	0.6
Dermatosis por eliminación	2	1.0	0.2
Fotosensibilidad	2	1.0	0.2
Dermatitis perioral	1	0.5	0.1
Eritema anular centrífugo	1	0.5	0.1
Eritema multiforme	1	0.5	0.1
Granuloma anular	1	0.5	0.1
Total	205	100.0	23.9

---

---

**Cuadro 11. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de las enfermedades infecciosas**

---

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
Exantemática	49	26.5	5.7
Viral	32	17.3	3.7
Piodermatitis	29	15.7	3.4
Micosis superficial	27	14.6	3.2
Parasitosis	26	14.1	3.0
Sistémica	21	11.4	2.5
Micosis subcutánea	1	0.5	0.1
Total	185	100.0	21.6

---

---

**Cuadro 12. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de las farmacodermias**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
No especificada	24	32.4	2.8
Dermatosis acneiforme	13	17.6	1.5
Reacción urticariforme	8	10.8	0.9
Exantema morbiliforme	7	9.5	0.8
Toxicidad por metotrexate	7	9.5	0.8
Eritema fijo pigmentado	3	4.1	0.4
Radiodermatitis	3	4.1	0.4
Síndrome de Stevens Johnson	3	4.1	0.4
Calcinosis iatrogénica	2	2.7	0.2
Corticoestropo	1	1.4	0.1
Eritema multiforme like	1	1.4	0.1
Hiperpigmentación acral y ungueal por quimioterapia	1	1.4	0.1
Síndrome del hombre rojo	1	1.4	0.1
Total	74	100.0	8.6

---

---

**Cuadro 13. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del**

---

---

**grupo de los tumores cutáneos**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Benigno	28	53.9	3.3
Maligno	21	40.4	2.5
Limítrofe	3	5.8	0.4
Total	52	100.0	6.1

---

---

**Cuadro 14. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de los enfermedades autoinmunes**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
LES	7	15.2	0.8
Dermatomiositis	5	10.9	0.6
Enfermedad de Kawasaki	5	10.9	0.6
Artritis idiopática juvenil	4	8.7	0.5
Púrpura de Henoch-Schonlein	4	8.7	0.5
Pénfigo vulgar	3	6.5	0.4
Síndrome autoinflamatorio	3	6.5	0.4
Morfea + Vitiligo	2	4.4	0.2
Síndrome de sobreposición	2	4.4	0.2
Vasculitis	2	4.4	0.2
Vitiligo	2	4.4	0.2
Angioedema hereditario	1	2.2	0.1
Enfermedad de Behçet	1	2.2	0.1
Lupus pernicio	1	2.2	0.1
Morfea	1	2.2	0.1
Probable SAF	1	2.2	0.1
Síndrome de DiGeorge	1	2.2	0.1
Wiskott-Aldrich	1	2.2	0.1
Total	46	100.0	5.4

---

---

**Cuadro 15. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de enfermedades del aparato ungueal**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
Onicocriptosis	13	41.9	1.5
Onicomicosis	11	35.5	1.3
Distrofia ungueal traumática	2	6.5	0.2
Paquioniquia congénita	2	6.5	0.2
Atriquia	1	3.2	0.1
Onicomadesis	1	3.2	0.1
Paquioniquia	1	3.2	0.1
Total	31	100.0	3.6

---

---

**Cuadro 16. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de enfermedades de la glándula écrina**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Miliaria rubra	24	85.7	2.8
Miliaria cristalina	3	10.7	0.4
Miliaria pustulosa	1	3.6	0.1
Total	28	100.0	3.3

---

---

**Cuadro 17. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de discromias**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
Manchas residuales	22	81.5	2.6
Pitiriasis alba	4	14.8	0.5
Reaccion vitiligoide inespecífica	1	3.7	0.1
Total	27	100.0	3.2

---

---

**Cuadro 18. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de enfermedades de la unidad pilosebácea**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Alopecia areata	8	34.8	0.9
Acné juvenil	7	30.4	0.8
Alopecia difusa	2	8.7	0.2
Rosácea	2	8.7	0.2
Alopecia cicatrizal	1	4.4	0.1
Alopecia triangular	1	4.4	0.1
Efluvio telogeno	1	4.4	0.1
Hipotriquia	1	4.4	0.1
Total	23	100.0	2.7

---

---

**Cuadro 19. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de malformaciones vasculares**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Malf. linfática	7	36.8	0.8
Malf. capilar	5	26.3	0.6
Malf. venosa	3	15.8	0.4
Malf. arteriovenosa	2	10.5	0.2
Malf. capilar y linfática	1	5.3	0.1
Malf. venolinfática	1	5.3	0.1
Total	19	100.0	2.2

---

---

**Cuadro 20. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de enfermedades eritematoescamosas**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% del grupo</i>	<i>% del total</i>
Dermatitis seborreica	15	83.3	1.8
Pitiriasis rosada de Gibert	2	11.1	0.2
Psoriasis en placas	1	5.6	0.1
Total	18	100.0	2.1

---

---

**Cuadro 21. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de genodermatosis**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Epidermolisis ampollosa	4	25.0	0.5
Displasia ectodérmica	3	18.8	0.4
Hiperqueratosis epidermolítica	2	12.5	0.2
CDAGS	1	6.3	0.1
Enfermedad por depósito	1	6.3	0.1
Facomatosis pigmentovascular	1	6.3	0.1
Insensibilidad congénita al dolor	1	6.3	0.1
Neurofibromatosis	1	6.3	0.1
Sobrecrecimiento	1	6.3	0.1
Síndrome de Nijmegen	1	6.3	0.1
Total	16	100.0	1.9

---

---

**Cuadro 22. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Púrpura por trombocitopenia	9	47.4	1.1
Sufrimiento epidérmico	3	15.8	0.4
CID	1	5.3	0.1
Edema de origen renal	1	5.3	0.1
Equimosis	1	5.3	0.1
Púrpura asociada a sepsis	1	5.3	0.1
Púrpura por esfuerzo	1	5.3	0.1
Púrpura por fragilidad capilar	1	5.3	0.1
Émbolos por trombofilia	1	5.3	0.1
Total	19	100.0	2.2

---

---

**Cuadro 23. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de dermatosis traumáticas**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Úlceras por presión	4	57.1	0.5
Hematoma postraumático	2	28.6	0.2
Exulceración traumática	1	14.3	0.1
Total	7	100.0	0.8

---

---

**Cuadro 24. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de marcas al nacimiento**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Manchas mongólicas	2	33.3	0.2
Mancha café con leche	1	16.7	0.1
Manchas hipopigmentadas lanceoladas	1	16.7	0.1
Nevo acromico	1	16.7	0.1
Nevo hipopigmentado	1	16.7	0.1
Total	6	100.0	0.7

---

---

**Cuadro 25. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de marcadores de disrafismo espinal**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Hoyuelo presacro	1	50	0.1
Probable encefalocele	1	50	0.1
Total	2	100	0.2

---

---

**Cuadro 26. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de dermatosis relacionadas con deficiencias nutricionales**

---

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Deficiencia de zinc	2	100	0.2
Total	2	100	0.2

---

---

**Cuadro 27. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de dermatosis traumáticas**

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje del grupo	Porcentaje del total
Escoriaciones neuróticas	2	66.7	0.2
Tricotilomania	1	33.3	0.1
Total	3	100.0	0.4

---

---

**Cuadro 28. Distribución de los diagnósticos dermatológicos del grupo de dermatosis transitorias neonatales**

<i>Diagnósticos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje del grupo</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Eritema tóxico neonatal	1	50	0.1
Lupus neonatal	1	50	0.1
Total	2	100	0.2

---

**Cuadro 29. Comparación de los estudios sobre Dermatología intrahospitalaria**

<i>Autor / año</i>	<i>Hospital / País</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>Duración del estudio</i>	<i>Servicio solicitante</i>	<i>Diagnósticos frecuentes</i>
Sherertz / 1984	Hospital Gainesville / Estados Unidos	700	12	No informado	Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas 9.4% Farmacodermias 9.2% Micosis superficiales 9.1%
Hardwick / 1986	Hospital Groote Schuur / Sudáfrica	500	16	Medicina interna 45.6% Cirugía general 10.6% Ginecología y obstetricia 8.4%	Dermatitis 17.1% Farmacodermia 10.5% Micosis superficiales 7.0%
Arora / 1989	Hospital Base / India	662	No especificado	Medicina Interna 49.8% Cirugía 22.7%	Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas 23% Farmacodermias 9.1%
Falanga / 1994	Hospital Jackson Memorial / Estados Unidos	591	8	Medicina 39% Urgencias 16% Pediatria 14%	Miscelaneas 48% Farmacodermias 8.8% Dermatitis atópica 5.1%
Itin / 1999	Kantonsspital Aarau / Suiza	594	12	Medicina interna > 50%	Enfermedades infecciosas 21.7% Farmacodermias 9.8%

**Continuación Cuadro 29. Comparación de los estudios sobre Dermatología intrahospitalaria**

<i>Autor / año</i>	<i>Hospital / País</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>Duración del estudio</i>	<i>Servicio solicitante</i>	<i>Diagnósticos frecuentes</i>
Fischer / 2004	University Hospital Germany	2390	24	Medicina interna > 42.8% Pediatria 11.7% Neurología 9.9%	Infecciosas 24.4% Candidiasis 23.9% Eccemas 12.4%
Walia / 2004	Hospital Base 158 / India	971	60	Cirugía 29.8% Medicina 29.7% Psiquiatria 16.4%	Dermatitis alergica 30.2% Infecciones 29.8%
Antic / 2004	Kantonsspital Aarau / Suiza	1290	36	Sólo se incluyo Medicina Interna	Dermatosis premalignas 6.2% Farmacodermias 4.2%
Maza / 2009	CHU timone, CHU Sainte-Marguerite, CHU Nord, Hospital Militar Laveran / Francia	352	3	Medicina 60.8% Urgencias 11.6% Cirugía 10.5%	Infecciones cutáneas 34.8% Miscelaneas 26.4% Dermatosis inflamatorias 21.7%
Mancusi / 2010	Hospital das Clinicas FMUSP / Brazil	313	4	Medicina Interna 24% Neurología 12% Cardiología 11%	Infecciones cutáneas 25.8% Eccemas 16.6% Farmacodermias 14%

**Continuación Cuadro 29. Comparación de los estudios sobre Dermatología intrahospitalaria**

<i>Autor / año</i>	<i>Hospital / País</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>Duración del estudio</i>	<i>Servicio solicitante</i>	<i>Diagnósticos frecuentes</i>
Peñate / 2009	Hospital Insular de las palmas / España	3144	96	Medicina interna 21.5% Pediatría 11.4% Neurología 8.3%	Dermatitis por contacto 8.9% Farmacodermias 7.4% Candidosis 7.1%
Lorente-Lavirgen / 2013	Hospital Universitario Virgen del Rocío / España	429	12	Medicina Interna 27% Hematología 15% Cirugía 12%	Dermatosis inflamatorias 36.2% Infecciones cutáneas 26.5% Autoinmunes 10.1%
McMahon / 2013	Hospital para niños Benioff / Estados Unidos	427	52	Pediatría general 44% Unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos 23% Unidad de cuidados intensivos 9.6%	Misceláneos 41% Infecciones 19% Enfermedad de injerto contra hospedero 9%