

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

EN EL VALLE DE SULA

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud



Posgrado de Pediatría

**Informe Final de Tesis previo a la opción del Título de Médico Especialista en
Pediatría**

**DETERMINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE LAS CINCO
DERMATOSIS MÁS FRECUENTES EN CONSULTA DERMATOLÓGICA
PEDIÁTRICA.**

Presentado por: Dr. José Gamaliel Ferrufino Euceda

Asesor Técnico: Dr. Héctor Rubén Caballero

Asesor Metodológico: Dr. Juan José Guerra

Diciembre 2015

San Pedro Sula, Cortes, Honduras

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por darme la bendición de culminar el sueño de especializarme en el área de la Pediatría.

A mis padres por su apoyo incondicional, amor y esmero que día con día me ofrecieron, ayudándome así a culminar esta grandiosa meta en mi vida.

A mi esposa Blanca Rosa Umaña Ordóñez, por estar siempre cuando mas la necesitaba y ser mi soporte en momentos difíciles, por brindarme la oportunidad de ser padre de una maravillosa hija Camila Sofía Ferrufino Umaña, quien con su presencia me ha ayudado a tener aún más empatía con mis pacientes, ya que difícilmente se es gran pediatra mientras no se es padre.

A mis asesores de tesis, el Dr. Héctor Rubén Caballero Castro y Dr. Juan José Guerra, por su dedicación y apoyo para poder finalizar con éxito mis estudios de especialidad.

Un especial agradecimiento a mis catedráticos a lo largo de los 3 años de residencia, los cuales brindaron su apoyo, conocimiento y experiencia para emprender de la mejor manera este camino tan maravilloso de la Pediatría.

DEDICATORIA

A todas las personas importantes en mi vida, familiares, amigos, compañeros de residencia, quienes estuvieron a mi lado hasta el final de tan largo camino, ayudándome a culminar este sueño anhelado. Con todo mi aprecio y cariño esta tesis la dedico a cada uno de ustedes.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

RECTORA
MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERECTORA ACADÉMICA
DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

SECRETARIA GENERAL
ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADO
MSc. LETICIA SALOMON

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM
DRA. ELSA YOLANDA PALOU.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH-VS**

DIRECTOR

DR. FRANCISCO JOSE HERRERA ALVARADO

SUBDIRECTOR ACADÉMICO

MTE. CARLOS ALBERTO PINEDA

SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD-SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SANCHEZ

**SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y
DEPORTE**

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SANCHEZ MEDINA

COORDINADORA DE POSGRADOS

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSE RAUL ARITA CHAVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSE PASTOR LAÍNEZ MACIS

**COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACION CIENTIFICA POSGRADOS
MEDICINA EUCS**

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADORA POSGRADO DE PEDIATRÍA

DRA. KAREN ERAZO

INDICE

Portada

Agradecimiento

Dedicatoria

Índice

Página

Introducción.....	1
Capítulo 1. Planteamiento del Problema.....	2 – 4
1.1 Antecedentes	
1.2 Justificación	
1.3 Preguntas de Investigación	
Capítulo 2: Objetivos.....	5
2.1 Objetivo General	
2.2 Objetivos Específicos	
Capítulo 3: Marco Teórico.....	6 – 17
Capítulo 4: Diseño Metodológico.....	18 – 20
4.1 Enfoque de la Investigación	
4.2 Diseño de la Investigación	
4.3 Identificación de las Variables	
4.4 Población/Universo, área y muestra	
4.5 Criterios de Selección	
4.6 Plan de Recolección de Datos	
4.7 Plan de Análisis	

Capítulo 5: Consideraciones Éticas.....	21
Capítulo 6: Resultados.....	22 – 29
6.1 Discusión y Análisis	
Capítulo 7: Conclusiones y Recomendaciones.....	30 – 31
Capítulo 8: Bibliografía.....	32 – 35
Capítulo 9: Anexos.....	36 – 40

INTRODUCCION

Las enfermedades cutáneas son una causa importante de morbilidad, especialmente en niños en edad escolar a nivel mundial.

Las dermatosis son patologías que se presentan frecuentemente en poblaciones de países en vías de desarrollo. Sin embargo hay pocos estudios en estos países que le den la importancia a estas enfermedades, las cuales suponen un gran problema de salud pública.

Las enfermedades cutáneas son una causa importante de morbilidad, especialmente en niños en edad escolar, a nivel mundial. A pesar de ser una rara causa de mortalidad, estas pueden tener un alto impacto en términos de costo en los tratamientos, días de ausencia en la escuela y en el estado emocional de los pacientes; representando una causa importante de trastornos psicológicos en niños por lo que afectan de manera importante la calidad de vida de estos pacientes.

CAPITULO 1.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

Las Dermatosis a nivel mundial representan entre el 6% y el 24% de las consultas pediátricas. La OMS en el año 2005 determinó que la prevalencia de enfermedades cutáneas en niños varía desde 21% hasta 87%.

En España, las consultas dermatológicas en niños representan el 12,1 %. Un estudio realizado en este país determinó que los tumores y las infecciones fueron los diagnósticos más frecuentes, ya que entre ambos representaron el 55,4% del total.

Un estudio realizado en México por el servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría en el que se investigaron las 10 dermatosis más frecuentes en el período comprendido entre 1994 y 2003, las dermatosis más frecuentes en orden de frecuencia fueron: dermatitis atópica, verrugas virales, acné vulgar, pitiriasis alba, nevos melanocíticos, xerosis, queratosis pilar, dermatitis seborreica, hemangiomas, y prurigo por insectos.

En Honduras en el 2013 se realizó un estudio “ Prevalencia de Dermatitis Atópica en pacientes menores de 12 años que asisten al Centro de Salud “Rigoberto Madrid” en el Municipio de San Francisco de Yojoa desde Marzo a Diciembre del año 2013” determinando un total de 829 niños y niñas atendidos durante marzo a diciembre del 2013, 30 niños y niñas presentaron dermatitis atópica correspondiendo a un 3.6% de la población infantil vista , según la muestra obtenida se identificó que el género femenino y la edad entre los 0 a 2 años 11meses fueron de mayor frecuencia, se identificó que los pacientes con dermatitis atópica asistieron a consulta médica con un promedio de 2-5 visitas al año.

1.2 JUSTIFICACION

La determinación de las dermatosis pediátricas en nuestra institución no han sido documentados ni estudiadas, no se cuentan con datos epidemiológicos y clínicas por lo que consideramos prioritario realizar un estudio que refleje la prevalencia de las mismas en el área de dermatología pediátrica en el Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte.

En los últimos años se han realizado números avances en el área de dermatología pediátrica por lo que se requiere del conocimiento de la realidad de las patologías más frecuentes para beneficio de la institución y de los pacientes para crear nuevas estrategias en la prevención y manejo de las mismas.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

La pregunta del estudio fue:

¿Cuál fue la prevalencia de las Dermatosis más frecuentes de consulta en el área de Pediatría Dermatológica del Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte en el período de Mayo a Septiembre de 2015?

Las preguntas derivadas fueron:

¿Cuáles fueron las características sociodemográficas de la población en estudio?

¿Cuáles fueron las características clínicas de las dermatosis más frecuentes?

¿Cuál fue el método diagnóstico utilizado?

CAPITULO 2

OBJETIVOS

2.1 General

- Determinar la prevalencia de las dermatosis que son atendidos en el área de Pediatría Dermatológica de Consulta Externa en el Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte en el período de Mayo a Septiembre de 2015.

2.2 Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Determinar las características clínicas de las 5 dermatosis más frecuentes en la consulta externa de Pediatría Dermatológica del Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte en el periodo comprendido de mayo a septiembre de 2015.
- Determinar el método diagnóstico utilizado.

CAPITULO 3

MARCO TEÓRICO

Las dermatosis son patologías que se presentan frecuentemente en poblaciones de países en vías de desarrollo. Sin embargo hay pocos estudios en estos países que le den la importancia a estas enfermedades, las cuales suponen un gran problema de salud pública. Esta conducta se debe a que las enfermedades cutáneas raras veces ponen en peligro la vida de los paciente y por lo tanto no han sido consideradas lo suficiente como para prestarles la debida atención.⁽¹⁾

Las enfermedades cutáneas se refieren a todas las patologías que afectan cualquier capa de la piel. Esta investigación incluye exclusivamente las dermatosis más frecuentes en la población pediátrica que afectan las capas superficiales de la piel. Las dermatosis frecuentes se refieren a las patologías que ocurren en la población infantil, con una prevalencia a nivel mundial mayor del 1%.⁽¹⁾

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta externa general y representan del 6 al 24% de la consulta pediátrica. ^(2,3) La epidemiología de estas enfermedades en niños y adolescentes difieren del adulto, ya que muchas de ellas se presentan exclusivamente durante los primeros años de vida. Sus manifestaciones, diagnósticos y tratamiento también difieren en este grupo etario.⁽⁴⁾

La incidencia de dichas patologías ha incrementado debido a diferentes factores sociales, económicos, nutricionales, ambientales y climáticos, así como también debido a los factores genéticos particulares que cada población presenta.

Las prevalencias de las distintas enfermedades varían de acuerdo a los factores implicados en la etiopatogenia de las mismas. Algunas dermatosis son compartidas por ambos grupos de poblaciones tales como las infecciosas (verrugas e impétigo) dermatitis atópica, mediadas genéticamente (queratosis pilaris), infestaciones parasitarias (escabiosis y pediculosis) y las relacionadas con el medio ambiente (pitiriasis alba). ⁽⁴⁾

En los países desarrollados la dermatitis atópica es el más frecuente, representando de un 25 a un 33 % del total de las consultas recibidas, seguida de los nevos melanocíticos, con cifras que oscilan entre el 3 y el 20 %, o las verrugas víricas, que representan alrededor del 5-13 %. Los resultados son diferentes en países subdesarrollados, en los que predominan las infecciones y las infestaciones. (5)

Las dermatosis más frecuentes en la población escolar en los países subdesarrollados, según la OMS son las siguientes:

- Pioderma (impétigo, foliculitis, forúnculo, ántrax)
- Infecciones virales (verrugas, molusco contagioso)
- Escabiosis y otras infecciones por ectoparásitos (pediculosis capitis, p. corporis)
- Tiña capitis y otras micosis superficiales (dermatofitosis, pitiriasis versicolor)
- Dermatitis (atópica, por contacto) (6)

DERMATOSIS INFECCIOSAS BACTERIANAS

En países subdesarrollados las Infecciones de la piel causadas por bacterias piógenas, principalmente estafilococos y estreptococos, representan el diagnóstico dermatológico más frecuente y la forma más común es el impétigo. (6)

IMPÉTIGO

Infección cutánea superficial causada por *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o ambos. Clínicamente es imposible distinguir el impétigo estafilocócico del estreptocócico (actualmente 80% por estafilococo, 15% ambos y entre un 15-20% estreptococo). Altamente contagioso, se propaga fácilmente por contacto directo. Máxima incidencia entre los 2 y 6 años. Existen dos formas clásicas: impétigo no ampollar e impétigo ampollar. (6)

El impétigo no ampollar representa la forma más frecuente, más del 70%. Suele iniciarse en zonas de traumatismos mínimos (picaduras insecto, heridas superficiales, lesiones de varicela). Las lesiones características son pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a una vesícula de pared delgada y base eritematosa, se rompen rápidamente y forman un exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas. (7)

Manifestaciones Clínicas

El impétigo ampollar Predomina en niños pequeños. Siempre causado por *S. aureus* y es el resultado de la acción de una toxina epidermolítica. Aparecen ampollas superficiales de paredes lisas con contenido inicialmente transparente y más tarde turbio. La ampolla se rompe con facilidad dejando una superficie erosiva eritematosa con apariencia exudativa que se cubre de una costra fina. Las lesiones aparecen agrupadas en número de 3 a 6 limitadas a una zona. (8)

El impétigo no ampollar representa la forma más frecuente, más del 70%. Suele iniciarse en zonas de traumatismos mínimos (picaduras insecto, heridas superficiales, lesiones de varicela). Las lesiones características son pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a una vesícula de pared delgada y base eritematosa, se rompen rápidamente y forman un exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas. (9)

Tratamiento

1. Eliminación de las costras, con compresas húmedas o clorhexidina necesario para que actúe el tratamiento tópico.
2. Aplicación de pomada antibiótica para disminuir contagio y útil si la lesión es muy inicial y pequeña. Ácido fusídico y mupirocina.
3. Antibióticos sistémicos frente a estafilococos y estreptococos:
 - Cefalosporinas de primera generación
 - Amoxicilina más ácido clavulánico
 - Macrólidos (10)

DERMATOSIS INFECCIOSAS POR VIRUS

Diversos estudios en poblaciones pediátricas han demostrado que las infecciones víricas son una de las causas más frecuentes de consulta en el área dermatológica. Entre estas destacan las verrugas y el molusco contagioso han mostrado mayor prevalencia. (1,2)

MOLUSCO CONTAGIOSO

Es producido por un virus ADN de la familia de los poxvirus. El contagio ocurre por contacto directo, fómites y auto inoculación. Niños con dermatitis atópica son infectados más fácilmente. El período de incubación varía de 2 semanas a 6 meses.

Tradicionalmente ha sido encontrado en niños en quienes puede auto limitarse, sin embargo en las últimas 3 décadas se ha incrementado dramáticamente en área pública y genitales de jóvenes sexualmente activos, coexistiendo en un 30% de ellos otras enfermedades de transmisión sexual. (11)

Tratamiento

Aunque se han empleado numerosos tratamientos, no se ha demostrado que ninguna intervención sea más eficaz, por lo que se plantea el debate sobre si las lesiones del molusco contagioso deben ser tratadas o dejar que se resuelvan espontáneamente. (12)

Dado que la evolución natural de las lesiones es a la desaparición entre 2 meses y 1 año, no es necesario realizar ningún tratamiento, aunque se puede ofrecer por razones estéticas o, en caso de lesiones genitales, para reducir el riesgo de transmisión sexual. El tratamiento pasaría por la destrucción tisular, con la consiguiente eliminación del virus. El curetaje y la crioterapia han sido ampliamente utilizados. El imiquimod al 5%, la podofilotoxina al 0.5%, el ácido salicílico, la tertinoína y el hidróxido potásico son tratamientos tópicos utilizados con aceptables resultados, aunque no son infrecuentes las recidivas. La terapia

fotodinámica, los impulsos de láser, la modulación inmunológica o la inyección intralesional del antígeno de *Cándida* podrían ser nuevas opciones de tratamiento.⁽¹³⁾

DERMATOSIS INFLAMATORIA NO INFECCIOSA

Las dermatosis alérgicas son procesos inflamatorios, son patrones de respuestas que se expresan en la piel; se presentan en la población en general y más en la población pediátrica donde se incluyen la dermatosis atópica, prurigo por insectos y urticaria.⁽¹⁴⁾

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica afecta entre el 2% y el 5% de la población general, con presencia entre el 10% y el 20% de la población infantil y en 1% a 3% de los adultos. Se encuentra dentro de las diez enfermedades más frecuentes en pediatría, sin embargo existe una amplia variación en la prevalencia de la dermatitis atópica en diferentes poblaciones del mundo. El cuadro parece ir en aumento en todas las regiones, lo cual es significativo ya que hasta el 50% de los niños con dermatitis atópica llegan a desarrollar asma.⁽¹⁵⁾

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea, inflamatoria y crónica que se distingue por prurito intenso e inicio temprano en la vida y porque ocurre en individuos con antecedentes personales o familiares de asma y rinitis alérgica. Diferentes factores, como influencia del sexo, alergia a ácaros, factores alimentarios y concentraciones elevadas de contaminantes aéreos, se han relacionado con la dermatitis atópica; en la vía aérea de los niños se conoce bien el efecto negativo de la exposición involuntaria al humo de tabaco; sin embargo, la función que desempeña en la dermatitis atópica no está claramente definida. Motivo de controversia es la influencia del antecedente de enfermedad alérgica del padre o de la madre en la dermatitis atópica.⁽¹⁶⁾

También se pueden clasificar las manifestaciones clínicas como típicas y atípicas.

Manifestaciones Típicas

Dermatitis atópica del lactante: Inicia hacia los 5 meses de edad y desarrollan lesiones de eccema seborreica que de forma gradual adquiere el aspecto de dermatitis o eccema atópico; Su localización habitual es la cara (mejillas, frente y pliegues auriculares) respetando la zona alrededor de los ojos, nariz y boca; en cuero cabelludo, orejas, parte anterior del tronco, dorso de las manos y zonas de extensión de las extremidades; Las lesiones suelen ser pápulas o placas eritematosas y edematosas en el cual muchas de las veces se identifican también erosiones, exudación o costras

Dermatitis atópica infantil: Inicia hacia los 2 años y tiene un final entre los 7 años y la pubertad; Su localización habitual en flexuras especialmente en codos (ante cubital) y rodillas (poplíteos) pero también pueden aparecer en otras zonas como caderas, muñecas, pliegue auriculares, párpados, región peribucal, queilitis, manos, dedos y planta de los pies; Las lesiones suelen ser eccematosas con vesículas, pero el intenso prurito hace que se transformen en erosiones con exudación y formación de costras. Haciéndose propenso a sobreinfección por bacterias, hongos y virus.⁽¹⁷⁾

Manifestaciones Atípicas

Xerosis: es debido a un trastorno de la composición de los lípidos que originan un aspecto de sequedad, cuarteamiento y descamación fina. Suele acompañarse de hiperqueratosis folicular que es más intensa en los brazos y los muslos; también causa un pliegue o línea de Dennie-Morgan (pliegue doble y a veces varios paralelos al pliegue palpebral inferior)

Liquen espinuloso: que da el aspecto de “piel de gallina” localizado más frecuente en glúteos, región deltoidea, cara externa de muslos, tronco y mejillas. No es pruriginosa. ⁽²⁾

Pitiriasis alba: manchas blanquecinas con una fina descamación en general redondeada u ovalada y de varios centímetros de diámetro. Predominan en la cara y extremidades y en la mayoría de sus veces no produce prurito.

Prurigo atópico: se produce una erupción de pápulas muy pruriginosas, que evolucionan a excoriación y ulceración en forma de sacabocados, además hay formación de costras y cicatrices como consecuencia al rascado.

Acrovesiculosis: son lesiones vesiculares en los dedos de las manos y los pies, también en palmas y plantas; acompañadas de prurito y evolucionan con exudación, costras, descamación y fisuras o grietas.

Dermatitis plantar juvenil: tiene un inicio entre los 3 años y la pubertad, su aparición con el uso de calzado deportivo; las lesiones suelen ser eritematosas con aspecto brillante y apergaminado no exudativo; su localización habitual es en el tercio distal de las plantas y cara plantar de los dedos.

Eritrodermia: es la forma más grave de la dermatitis atópica. Se produce enrojecimiento generalizado de la piel, con intenso prurito, edema, exudación y descamación; los síntomas acompañantes frecuentes son: fiebre, escalofríos, trastornos digestivos y adenopatías, al igual que infecciones bacterianas, cutáneas y sistémicas. (18)

Desencadenantes

Durante los primeros años de vida los niños con dermatitis atópica se asocian a sensibilización alérgica a alimentos y posteriormente a aeroalérgenos. El 60% de los lactantes con dermatitis atópica están sensibilizados a alimentos y el 60% de los mayores de 7 años se sensibilizan a aeroalérgenos. (19)

En algunos casos los alimentos podrían ser causa de exacerbaciones de la dermatitis, pero sobre todo son responsables de reacciones alérgicas de tipo inmediato con clínica cutánea de urticaria- angioedema, digestiva aguda (vómitos, diarrea) y anafilaxia.(20)

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos establecidos por Hanifin y Rajka (1980). El prurito debe estar presente siempre para considerar el diagnóstico. Además, el paciente debe tener tres o más de los siguientes criterios:

- Erupciones visibles en las zonas de flexión (codos, pliegues poplíteos, delante del cuello o de los párpados). En lactantes, la erupción puede estar presente en las mejillas o zonas extensoras de las rodillas o los codos
- Historia de erupciones en las zonas de flexión
- Antecedentes personales o familiares de atopia
- Historia de piel seca en el último año
- Inicio antes de los dos años de edad

Se discuten los denominados criterios de apoyo: infecciones cutáneas, dermatitis no específica de las manos y los pies, IgE sérica elevada, pliegues de Dennie-Morgan infraorbitario, ojeras, eritema facial o palidez, dermatografismo, cataratas anteriores subcapsulares y queratocono.⁽²¹⁾

Tratamiento

Para el manejo óptimo de la dermatitis atópica es necesario evitar los desencadenantes de la enfermedad, mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel. Hasta el momento no es posible modificar el curso de la enfermedad. ^(22,23)

PRURIGO POR INSECTOS

El prurigo: La palabra prurigo define un proceso patológico cuya lesión elemental es la pápula y el síntoma principal es el prurito. El espectro clínico abarca un rango que va desde las pápulas (prurigo papular), nódulos (prurigo nodular) entre otros

tipos de prurigo podemos mencionar al actínico, el atópico o de Besnier, el de Sutton y el pigmentoso.

Etiología y Patogénesis

Afecta principalmente a niños de 1 a 7 años, siendo una de las causas más frecuentes en la dermatología pediátrica, afecta igual a ambos sexos y a cualquier etnia. Esta enfermedad aparece más en climas tropicales y nivel socioeconómico bajo. Numerosos insectos causan prurigo, siendo los más frecuentes el *Cemex lectularius* (chinchete) produciendo la Cimiasis; la pulga (*Pulex irritans*) que ocasiona la puliciasis y las picaduras por mosquitos (*Culicidae*).⁽²⁴⁾

Los alérgenos presentes en la saliva del insecto inducen una sensibilización del paciente con formación de anticuerpos específicos. El tipo e intensidad de la reacción originada por la picadura dependerá de si el paciente ha estado ya expuesto al insecto y de la capacidad del huésped de responder al estímulo antigénico.

El piquete de dichos insectos produce una reacción de hipersensibilidad inmediata tipo I y una tardía tipo IV. La primera es mediada por IgE dando como resultado las ronchas y la segunda es mediada por linfocitos T y origina las pápulas.⁽²⁵⁾

Manifestaciones Clínicas

Presentan vesículas en la fase inicial posteriormente aparecen pequeñas pápulas eritematosas, las lesiones son muy pruriginosas por los que se observan costras hemáticas por rascado. Se observan lesiones en diferentes estadios y evolucionan por brotes. La mayoría de las lesiones que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, dependiendo del tipo de insecto que las ocasionen. Si son por mosquito, las principales son las áreas expuestas como son las extremidades, si son en áreas cubiertas o donde la ropa queda ajustada, como lo es bajo los elásticos de ropa interior y calcetines se deben a pulgas o chinches, duran entre 2 y 10 días, y dejan un color o una mancha o cicatriz. Con frecuencia hay una infección bacteriana agregada.

Tratamiento:

Se recomienda además el uso de pijamas largos, mosquiteros, insecticidas cuando no están los niños. Tópicamente se utilizan lociones antipruriginosas y esteroides tópicos.

Por vía oral se utilizan antihistamínicos no sedantes. En algunas ocasiones se utiliza Tiamina por vía oral, la cual se ha recomendado empíricamente por mucho tiempo “tal vez sea un repelente natural que se excreta por la piel”, dosis 200mg a 600mg por día, lo más importante es evitar la infección secundaria. Cuando hay infección bacteriana secundaria se usan antibióticos tópicos como el ácido fusídico o la mupirocina y si es extensa o profunda antibióticos tomados resistentes a las B-lactamasas.⁽²⁶⁾

URTICARIA

La urticaria, llamada también ronchas o erupción de ortiga y el angioedema, conocido además como urticaria gigante o enfermedad de Quincke, son reacciones vasculares de la piel caracterizada por ronchas evanescentes de variado tamaño y de vida corta, eritematosas, pruriginosas y, generalmente, sin manifestaciones sistémicas, salvo ocasionalmente pueden progresar a anafilaxis, aunque la urticaria a menudo es un rasgo en las reacciones anafilácticas y anafilactoides.

Epidemiología

La urticaria y el angioedema son problemas dermatológicos comunes, con una prevalencia aproximada de 20%, aunque no suele poner en riesgo la vida, pero, puede alterar la calidad de vida de quien lo padece en un grado comparable con los que sufren una triple enfermedad coronaria. En la literatura médica, la frecuencia de urticaria/angioedema varía desde menos de 1% hasta cifras tan altas como 30% en la población general, cifras que dependen de la edad y el método del muestreo. Es muy probable que el rango de presentación se encuentre entre 1% y 5%.⁽²⁷⁾

Clasificación

La urticaria se puede clasificar de acuerdo con diferentes parámetros: 1) según la evolución: en aguda o crónica; 2) según el cuadro clínico: en urticaria ordinaria (urticaria propiamente dicha), urticaria física (por estímulo detonador), urticaria por contacto (inducida por un contacto químico o biológico) y angioedema (sin ronchas), en el cual el espectro de las manifestaciones clínicas de los diferentes tipos es muy amplio; y 3) según el mecanismo potencial de su desarrollo: inmunológico, no inmunológico, mediada por el complemento, o bien urticaria autoinmune.⁽²⁸⁾

Diagnóstico

El diagnóstico mismo de la enfermedad es evidente por la simple exploración (lesiones habonosas, eritematosas y pruriginosas), pero es sencillo incluso si el paciente no presenta lesiones en el momento de la consulta, ya que la descripción de los síntomas no ofrece dudas diagnósticas. En el caso del angioedema, puede ser preciso realizar diagnóstico diferencial con edemas de otra etiología. La frecuente asociación con urticaria, el carácter asimétrico, transitorio y su aparición en zonas no declives facilitan el diagnóstico correcto.

En urticaria aguda y recurrente, el elemento diagnóstico más importante es la historia clínica. A través de ella se recogen la frecuencia y gravedad de los brotes, la evolución natural (espontánea o tras tratamiento), así como una primera aproximación a los agentes desencadenantes.

En las urticarias mediadas por IgE, el nexo causal es fácil de establecer, sobre todo en brotes repetidos. En otras ocasiones, resulta necesario mantener una actitud de observación y solicitar al paciente que acuda a nueva valoración cuando se repita el cuadro.

La edad puede sugerir asimismo una etiología determinada. En el primer año de vida, los alimentos y las infecciones son los desencadenantes más frecuentes. La introducción paulatina de la alimentación hace que la urticaria por alimentos

aparezca a edades casi prefijadas (leche en el primer semestre, huevo y pescado a los 12 meses, legumbres a partir del segundo año). En el preescolar y escolar siguen siendo frecuentes las ligadas a infecciones y aparecen las relacionadas con parasitosis, el prurigo estrófulo y la intolerancia a AINE.

Otras patologías como el edema angioneurótico familiar y las urticarias idiopáticas aparecen en edades superiores. Los antecedentes familiares orientan el diagnóstico en el caso de urticarias familiares y la asociación con otras enfermedades atópicas. (29)

Tratamiento

Los corticoides tópicos pueden mejorar las lesiones urticarianas. En casos de prurito, eritema y edema estarían indicados también los antihistamínicos, como clorhidrato de hidroxicina y maleato de clorfeniramina (primera generación), que ejercen un efecto sedativo, anticolinérgico y anestésico. La loratadina y la cetirizina (segunda generación) no atraviesan la barrera hematoencefálica, motivo por el cual producen menor efecto depresor sobre el sistema nervioso central. La combinación de antihistamínicos H1 y H2 (ranitidina) tiene efecto aditivo para las manifestaciones gastrointestinales, además de las cutáneas.

En el caso de nuestros pacientes se indicaron emolientes y antihistamínicos de primera generación con excelente evolución. Ninguno de ellos presentó síntomas sistémicos hasta el momento.

El motivo de esta presentación es recordar aspectos clínicos de la urticaria pigmentosa en la infancia, para que el pediatra la incorpore entre los diagnósticos de las dermatosis pigmentarias y urticarianas. (30)

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1 Enfoque de la investigación: Prospectivo transversal cuantitativo

4.2 Diseño de la investigación cuantitativa: No Experimental

4.3 Alcance de la Investigación: Descriptivo

4.4 Identificación de las variables:

Independiente:

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Procedencia
- Método Diagnostico
- Característica Clínica

Dependiente:

- Dermatitis

4.4 Población y muestra:

4.4.1 Población o universo: Grupo etario pediátrico comprendidos entre la edad de 0 meses a 11 años que asisten a consulta externa dermatológica pediátrica en Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte Noroccidental en el periodo de Mayo a Septiembre de 2015. Fueron un total de 507 pacientes valorados en ese periodo de tiempo.

4.4.2 Área: Consulta externa de Dermatología Pediátrica de Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte.

4.4.3 Muestra: Grupo etario de 0 meses a 11 años que estén dentro de 5 dermatosis más frecuentes que asistan al área de Dermatología Pediátrica en Instituto Hondureño de Seguridad-Hospital Regional del Norte en el periodo de Mayo a Septiembre de 2015. Fueron un total de 329 pacientes que participaron en nuestro estudio.

4.5 Criterios de Selección

4.5.1 Criterios de inclusión:

- Niños de 0 meses a 11 años de edad que asistan a la consulta externa de Dermatología Pediátrica que estén identificados dentro de las 5 principales dermatosis de estudio.

4.5.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no tengan el diagnostico identificado dentro de las 5 principales dermatosis.
- Pacientes que no quieran participar.

4.6 Plan de Recolección de datos

- Instrumento elaborado para estudio previa autorización de responsable de paciente evaluado en la consulta externa de dermatología pediátrica de IHSS de Región Noroccidental en el periodo comprendido de Mayo a Septiembre de 2015.

4.7 Plan de Análisis

4.7.1 Procesamiento de datos:

Para el análisis estadístico se hizo uso del cálculo de frecuencia, porcentajes y se utilizó el paquete de Microsoft EXCEL 2013 y EPI INFO Versión 6 para la tabulación y presentación final del estudio.

4.7.2 Análisis de datos:

Las cinco dermatosis más frecuentes se realizara cruce con variables independientes de paciente evaluado en la consulta externa de dermatología pediátrica del Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte en el período comprendido de Mayo a Septiembre de 2015.

CAPITULO 5:

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El presente estudio fue sometido a dictamen del Comité de Ética en Investigación Biomédica del Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte/Universidad Autónoma de Honduras.
- Antes de proceder a la recolección de la información, se solicitará el consentimiento informado por parte de los padres/ madres/ tutores.
- No hubo riesgos o daños a los pacientes durante esta investigación, todos los procedimientos se hicieron considerando el bienestar físico, psicológico y social del participante.

5.1 Principios éticos a considerar

5.1.1 Principio de respeto a la dignidad humana

5.1.2 Beneficencia

5.1.3 Justicia

5.2 Clasificación del riesgo de la Investigación

Categoría II Investigación con riesgo mínimo

5.3 Consentimiento informado

CAPITULO 6

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 329 pacientes que reunían los criterios diagnósticos de las cinco dermatosis más frecuentes en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica del IHSS-HRN en el periodo de Mayo a Septiembre de 2015.

Se determinó la prevalencia de las 5 dermatosis más frecuentes en consulta pediátrica dermatológicas en el periodo comprendido de Mayo a Septiembre de 2015 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte: Dermatitis atópica (40%), prurigo por insectos (18%), molusco contagioso (17%), urticaria (13%) e impétigo (12%). Ver Gráfico No.1

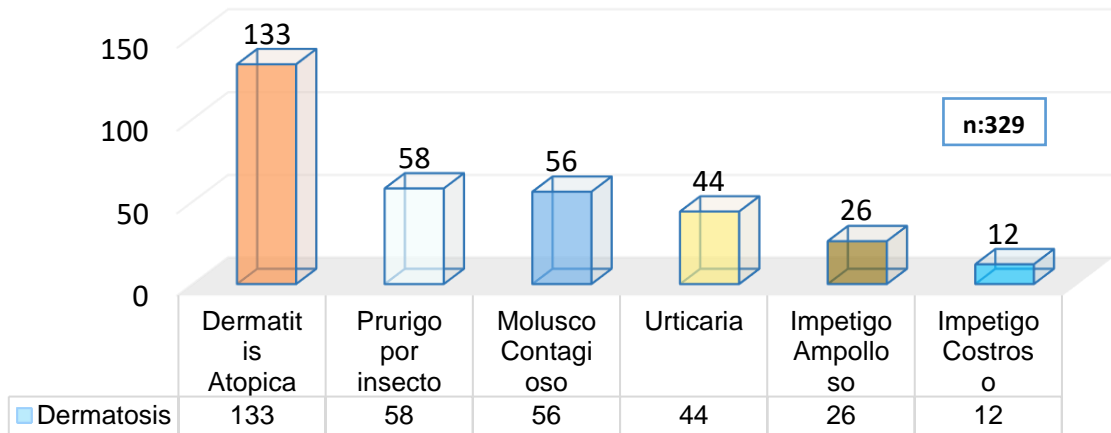


Gráfico No.1: Dermatitis frecuentes en la Consulta Externa Pediátrica Dermatológica IHSS

Se encontró que de los 329 niños según la distribución según grupo etario los preescolares con un 57% representan más de la mitad de los casos estudiados seguidos por los lactantes mayores con un 21% en tercer lugar los lactantes menores con un 20% y los escolares con un 2%. Ver Gráfico No.2

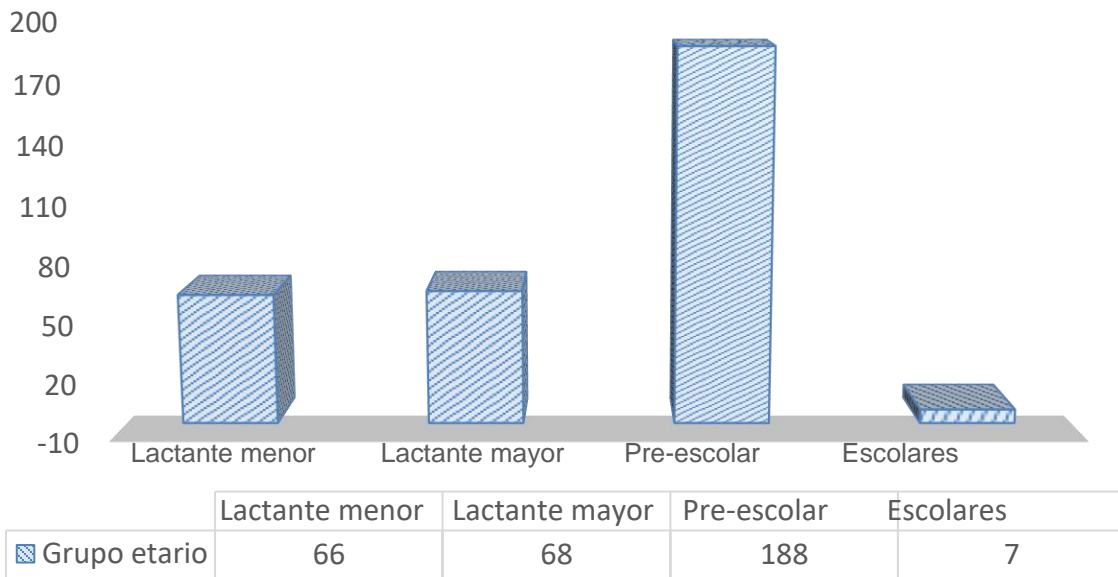


Gráfico No 2: Prevalencia de Dermatitis según Grupo Etario en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica de IHSS-HNR

Respecto a la distribución de las 5 dermatosis más frecuentes según sexo en los 329 pacientes estudiados de manera general la relación Hombre: Mujer fue 1:1. Ver Gráfico No.3

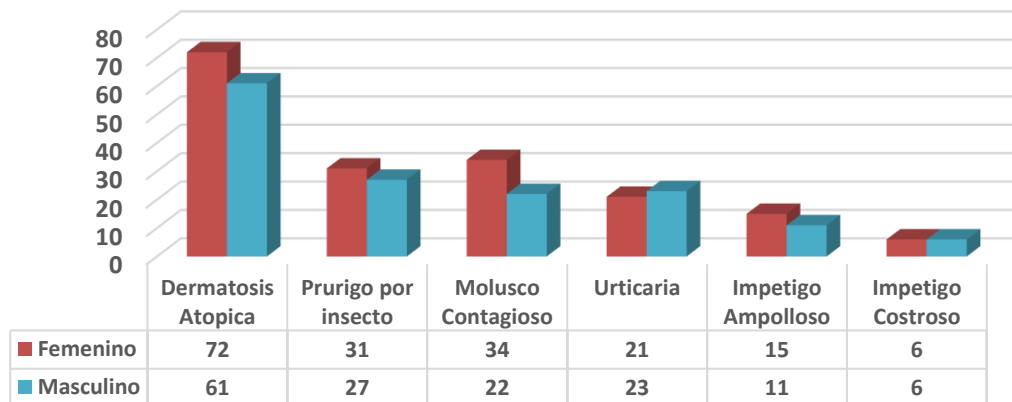


Gráfico No.3: Distribución de Dermatitis más frecuentes por sexo en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica de IHSS-HRN

En nuestro estudio que existe una ligera prevalencia en los niños con una edad comprendida de 25 meses a 5 años del sexo femenino con un 55% respecto a 45% del sexo masculino, en el grupo de lactantes existe una paridad de casos de dermatosis más frecuentes, sin embargo un 100% de los escolares son femeninos. Ver Gráfico No.4

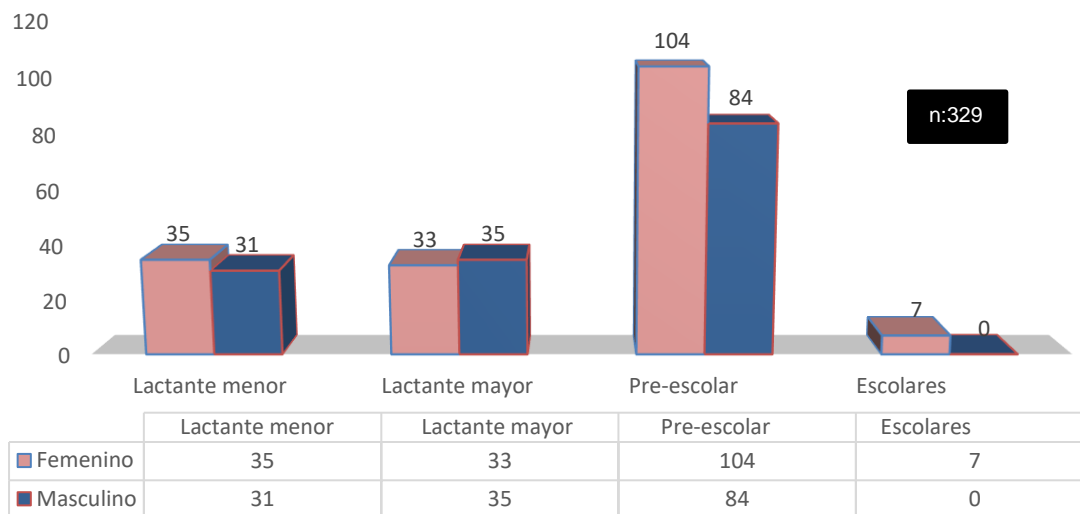
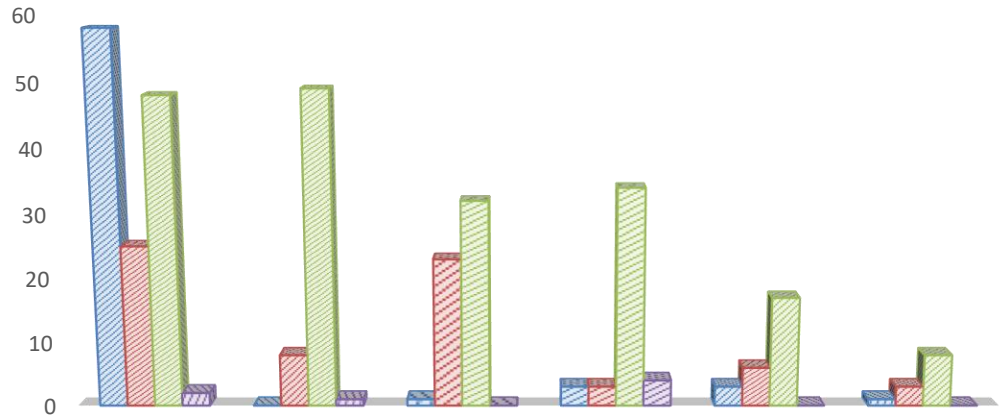


Gráfico No.4: Distribución de Dermatosis según Grupo Etario/Sexo en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica de IHSS-HRN

De manera global con un 57% los preescolares fue el grupo etario de mayor prevalencia en las dermatosis estudiadas, y los escolares con 7 casos pertenecen a la forma clínica de dermatosis inflamatoria no infecciosa. Ver Gráfico No.5



	Dermatosis Atópica	Prurigo por insecto	Molusco Contagioso	Urticaria	Impetigo Ampolloso	Impetigo Costroso
Lactante menor	58	0	1	3	3	1
Lactante mayor	25	8	23	3	6	3
Preescolar	48	49	32	34	17	8
Escolares	2	1	0	4	0	0

Gráfico No.5: Distribución de Dermatitis más frecuentes según Grupo Etario en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica de IHSS-HRN

Al momento de determinar las características clínicas de las dermatosis estudiadas se encontró que el tipo inflamatoria no infecciosa represento más de la mitad de los casos donde se incluyó la dermatosis atópica, prurigo por insectos y urticaria con 71% de prevalencia, en segundo lugar las infecciosas virales representada por molusco contagioso con un 17% y en tercer lugar las tipo infecciosa bacteriana con un 12% que incluye al impétigo costroso y ampolloso. Ver Gráfico No.6

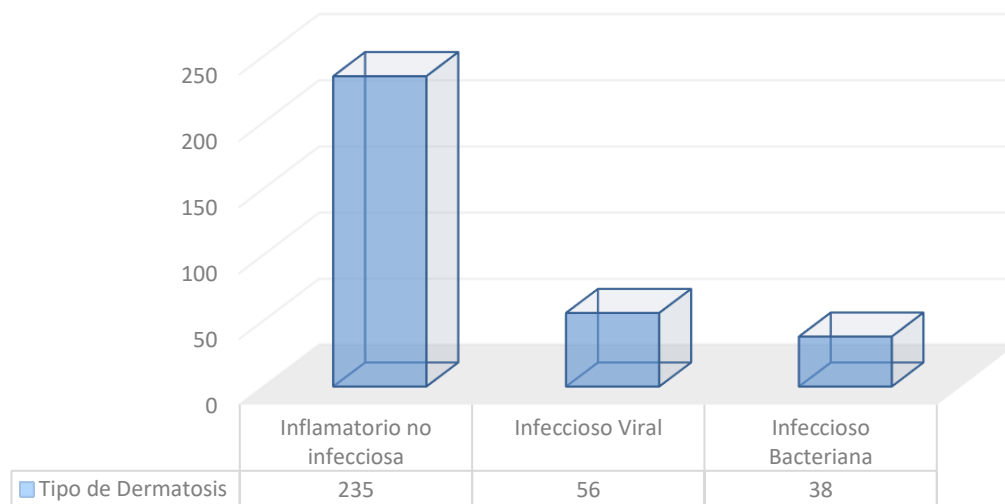


Gráfico No.6: Clasificación de características clínicas de las Dermatitis más frecuentes en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica IHSS-HRN

En todas las formas de presentación clínica de las dermatosis estudiadas fue el sexo femenino la de mayor prevalencia con una mínima diferencia de un 5 % respecto al masculino. Ver Gráfico No.7

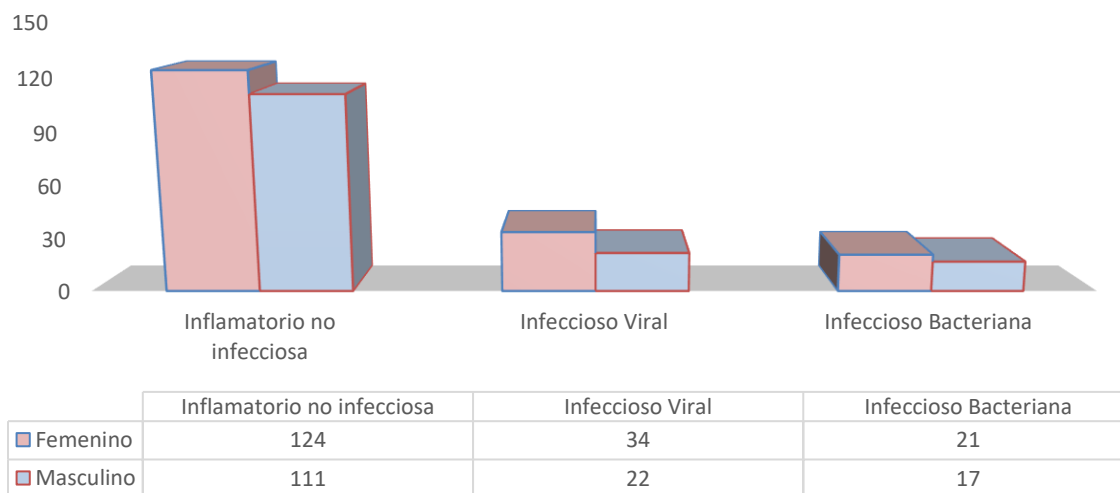
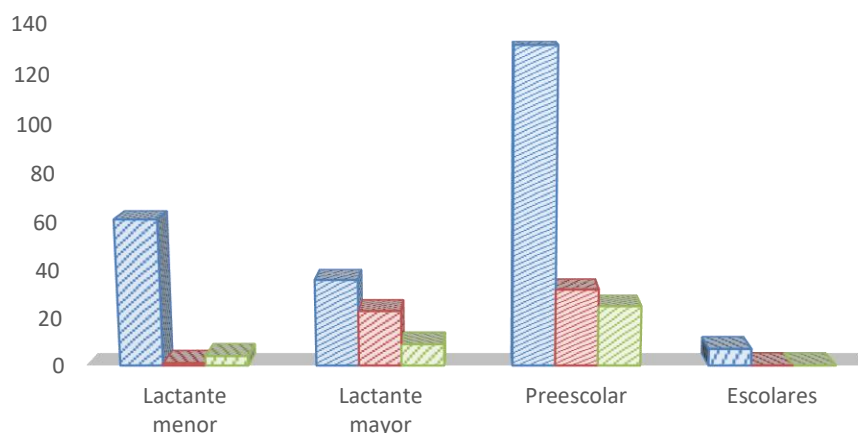


Gráfico No.7: Distribución de presentación clínica de Dermatitis más frecuentes en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica en IHSS-HRN

Del total de los 329 pacientes estudiados un 98% fueron menores de 5 años con un 69% encajan en la forma clínica de dermatosis inflamatoria no infecciosa representada por dermatitis atópica ,prurigo por insecto y urticaria, con mayor prevalencia en los preescolares, sin embargo en las formas infecciosas bacterianas y virales no se encontró ningún paciente que permaneciera al grupo etario de escolares con 7 casos que se distribuyeron en 4 casos de urticaria , 2 casos de dermatitis atópica y 1 caso de prurigo por insecto. Ver Gráfico No.8



	Lactante menor	Lactante mayor	Preescolar	Escolares
Inflamatorio no infecciosa	61	36	131	7
Infeccioso Viral	1	23	32	0
Infeccioso Bacteriana	4	9	25	0

Gráfico No.8: Distribución de características clínicas de Dermatitis más frecuentes según Grupo Etario en Consulta Externa Pediátrica Dermatológica

6.1 DISCUSIÓN Y ANALISIS

La dermatitis atópica con un 40% de prevalencia fue la causa principal de atención en la Consulta Externa Pediátrica Dermatológica del IHSS-HRN tanto como en países desarrollados que incluyen Gran Bretaña, Alemania, Canadá y Estados Unidos es la dermatitis atópica. En un estudio observacional, comparativo, transversal y retrospectivo realizado en México en un periodo de 10 años acerca de las 10 dermatosis más frecuentes por el Instituto Nacional de Pediatría también esta reporto una prevalencia de 36% siendo la principal causa de consulta. Sin embargo datos de la OMS reportan las dermatitis infecciosas tanto por procesos bacterianos y virales por las condiciones precarias en que viven los niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo como las primeras y la atópica y de contacto como ultima causa.

La dermatitis atópica se logró correlacionar con el estudio realizado en Honduras en el Periodo de Marzo a Diciembre de 2013 en el Municipio de San Francisco de Yojoa acerca de la Prevalencia de Dermatitis atópica donde el sexo femenino fue el más frecuente, sin embargo en este mismo grupo de presentación clínica inflamatoria no infecciosa hubo mayor diferencia con 61% de prevalencia en el sexo femenino en la determinación de molusco contagioso sin embargo no existe ningún dato internacional donde exista un mayor predominio de este respecto al sexo masculino.

Dentro de las características clínicas inflamatorias no infecciosas con un 18% de los casos estudiados se encontró prurigo por insectos, respecto al sexo con una relación hombre-mujer 1:1 que se correlaciona con la literatura internacional cuya edad de presentación igual a nuestro estudio fue en niños de 12 meses a 5 años en su mayoría provocada por insectos voladores en áreas de mayor exposición en extremidades y are de tronco como estudios reportados a nivel internacional.

La urticaria con un 13% represento la cuarta causa de consulta en nuestra unidad de pediatría dermatológica sin embargo en otros estudios internacionales no

aparece dentro las causas más comunes de visita médica, la edad de presentación más frecuente es niños preescolares a mayor exposición a desencadenantes y la forma aguda la de mayor prevalencia y la relación hombre-mujer fue igual, además no se requirió de pruebas laboratoriales para la determinación de su desencadenante .

Se estableció en orden de frecuencia respecto a las características clínicas que el tipo infeccioso viral el molusco contagioso con un 17% de los casos, coincidiendo con los datos de OMS junto con las verrugas, respecto a la edad hubo una mayor prevalencia en el género femenino y la edad de presentación fue a partir de los 12 meses hasta los 5 años donde existe mayor riesgo de contraerlo y la distribución de las lesiones la mayor parte en tronco al igual a datos de estudios realizados en otros países .

Debido a que nuestro estudio se estableció en una población solo del casco urbano donde estos niños estudiados debido a su mayor disponibilidad de recursos económicos por ser beneficiarios de seguro social ,la dermatosis tipo infeccioso bacteriano represento el tercer grupo por orden de prevalencia en este caso por el impétigo con un 12% de los casos , sin embargo según reportes de la OMS representa la primera causa de dermatosis en países en vías de desarrollo , respecto a la edad fueron los preescolares el grupo etario con mayor prevalencia con un ligero predominio del sexo femenino, la forma de presentación del impétigo ampolloso tuvo mayor significancia respecto al costroso lo cual no se correlaciona a lo esperado donde el este es el más frecuente en el 70% de los casos.

Todos los participantes de nuestro estudio pertenecían al casco urbano de las ciudades circunvecinas a San Pedro Sula, y el 100% de los diagnósticos fue clínico no se requirió de estudios laboratoriales lo que concuerda de manera general con estudios realizados internacionalmente.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES

- Las cinco dermatosis más frecuentes fueron: Dermatitis atópica (40%), prurigo por insectos (18%), molusco contagioso (17%), urticaria (13%) e impétigo (12%).
- No hubo una diferencia en cuanto a la prevalencia de sexo en el estudio realizado encontrándose una relación hombre: mujer 1:1.
- En nuestro estudio al igual la presentación de estas patologías fue en su mayoría menores de 5 años igual que los realizados a nivel internacional.
- Fueron las dermatosis inflamatorias no infecciosas las que representaron la mayoría en nuestro estudio debido a la exposición ambiental, cambios en el hábito alimenticio en el paciente evaluado coincidiendo con países industrializados, sin embargo las de tipo infeccioso bacteriano fue la última causa de consulta y según la OMS en países en vías de desarrollo es la primera causa debido a las condiciones de hacinamiento y condiciones insalubres es la de mayor prevalencia.
- Los 329 pacientes evaluados pertenecieron al casco urbano.
- No se realizó ningún examen de laboratorio para el diagnóstico final de las dermatosis más frecuentes en nuestro estudio, el método fue clínico en el 100% de los casos.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares en todos los Hospital nacionales de dermatosis en área de Pediatría Dermatológica.
- Crear protocolos de manejos de dermatosis más frecuentes en el área de pediatría para facilitar educación y orientación sobre las mismas para beneficio de la institución de salud tratante y del paciente.

CAPITULO 8

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO 2005. Discussion papers in Child Health. Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. WHO/FCH/CAH/05.12.
2. Uriarte J, Sáez de Ocariz M, Durán McKinster C, Orozco Covarrubias L, González R, Ruiz Maldonado R. Variación estacional de las dermatosis más frecuentes en una consulta externa de Dermatología Pediátrica en México. *Dermatol Pediatr Lat* 2005; 3(1): 21-25.
3. Katsarou A., Armenaka M., Kosmadaki M. et al, Skin diseases in Greek and immigrant children in Athens. *Int J Dermatol* 2012; 51:173–177.
4. Del Pozzo B. R., Lazo Langner A., Gutiérrez Castellón P., Ruiz Maldonado R, Dermatosis comunes en niños mexicanos: estudio comparativo entre dos décadas. *ISRN Dermatology*. 2012
5. Casanova J. M., Sanmartín V., Soria X. Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99:111-118
6. Sellarés Casas E., Moraga A., Infecciones cutáneas bacterianas. *Revista de la Asociación Española de pediatría* [Revista en internet] 2006. [Citado 14 de junio del 2013]; Disponible en:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas>
7. Rosalía Ballona Chambergo*. Update in Pediatric Dermatology. *Rev. Perú. pediatr*. 61 (2) 2008
8. Oranje AP et al. *Dermatology* 2007: 215; 331-340

- 9.** Sellarés Casas E., Moraga A., Infecciones cutáneas bacterianas. Revista de la Asociación Española de pediatría [Revista en internet] 2006. [Citado 14 de junio del 2013]; Disponible en:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas>
- 10.** G. Guillén Fiel, M. Santos García, N. Ureta Velasco, P. Rojo Conejo Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario «12 de Octubre». Madrid. Tratamiento de impétigo. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(8): 415-417
- 11.** Salvador Herrero LA, Sidro Bou, Luisa F, Pérez Cervelló G, Freixenet Guitart N, Balanza Garzón A, Bort del Río P. Molluscum contagiosum. Guías clínicas 2007; 7 (22). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/molluscum.asp#d>
- 12.** van der Wouden JC, Menke J, Gajadin S, Koning S, Tasche MJA, van Suijlekom-Smit LWA, Berger MY, Buttler CC. Intervenciones para el molusco contagioso cutáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2008 número 4. Oxford. Update Software Ltd. Disponible en: <http://update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- 13.** Salvador Herrero LA, Sidro Bou, Luisa F, Pérez Cervelló G, Freixenet Guitart N, Balanza Garzón A, Bort del Río P. Molluscum contagiosum. Guías clínicas 2007; 7 (22).
- 14.** Rosalía Ballona Chambergo*. Update in Pediatric Dermatology. Rev. Perú. pediatr. 61 (2) 2008
- 15.** Llorente Galván M., Lequerica Segre P., Álvarez Pereira E., Dermatitis atópica: enfoque clínico y terapéutico básico. Rev cienc biomed. 2010. 1 (2): 271–77.
- 16.** Cohen D., Jacob S., Dermatitis alérgica por contacto. En: Wolff K., Goldsmith L., Katz S., et al, editores. Dermatología en medicina General. Vol 1. 7ma ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010. p. 135-146.

17. Capdevilla EF. El niño con dermatitis atópica. Una Visión Global. 2006;; p. 131-135.
18. Redondo MRI. Dermatitis atópica. Pediatría Integral. 2012; XVI: p. 213- 221.
19. Aragones AM, Febre Bosh MI. actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría; inmunología clínica y alergología. ;; p. 23-32.
20. Jaryoung Kwon JKSCGNSSL. Characterization of food allergies in patients with atopic dermatitis. Nutrition Research and Practice. 2013; 7(2): p. 115-121
21. A.Conde- Taboada FJGBT. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. Actas Dermosifiliografías. 2008 Abril 18;(99): p. 690-700.
22. E. Sendagorta Cudos RdLL. Tratamiento de la Dermatitis atópica. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2009; XI: p. 49- 67.
23. Díaz EA. Dermatitis Atópica. In Arenas R. Atlas Dermatología: Diagnóstico y Tratamiento. Tercera ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2005. p. 76- 80.
24. Beirana A. Prurigo por Insectos. PAC Dermatología. Sociedad Mexicana de Dermatología: Dermatología Pediátrica. Ed..1era, Nº 5:29-30.2010
25. Klotz JH, Klotz SA, Pinnas JL. Animal Bites and Stings with Anaphylactic Potential. JEM. 2009; 36(2): 148-56
26. A Parent's Guide to Insect Repellents. American Academy of Pediatrics; 2005
27. Tincopa-Wong OW. Urticaria y angioedema: una visión general. Acta Med Per. 2014;31(2):111-124.
28. Yadav S, Upadhyay A, Bajaj A. Chronic urticaria: An overview. IJD [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de marzo de 2007];51-3:171-177
29. Calderón Rodríguez S, Alonso Lebrero E. Urticaria y angioedema. Protoc diagn ter pediatr. 2013;1:207-18.

30. Dra. Julieta Spadaa, Dra. Mariana Lequioa, Dra. María de los Ángeles Pyke a, Dra. Marisa Hernández y Prof. Dr. Edgardo Chouelaa. Urticaria pigmentosa: two different clinical presentations in pediatric patients. Arch. argent. pediatr. vol.109 no.4 Buenos Aires jul./ago. 2011

CAPITULO 9

ANEXOS

9.1 Operacionalidad de variables

- Variable Dependiente

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador
Dermatosis	Nombre que se utiliza para todas las enfermedades de la piel, uñas y pelo.	Cuadro clínico del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Virales • Bacterianas • Micóticas • Parasitarias • De Contacto • Atópica • Seborreica

- Variables Independientes

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador
Edad	Años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	Años	Referido por la persona a partir de la fecha de nacimiento.
Sexo	Característica biológica que distingue al hombre y a la mujer	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Etnia	Grupo racial o étnico al cual pertenece la persona.	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Indígena • Afrodescendiente
Procedencia	Ubicación geográfica en la que habita una persona	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Área rural • Área urbana
Características clínicas	Contexto o marco significativo, definido por la relación entre los signos y síntomas que se presentan en	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamatoria no infecciosa • Infecciosa bacteriana • Infecciosa viral

	una dermatosis pediátrica		
Exámenes de laboratorio	Pruebas complementarias que aportan información adicional proveniente de la biología del paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Recuentos de eosinofilos • Inmunoglobulina E

9.2 Instrumento



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS - VS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POSTGRADO DE PEDIATRIA

No. Expediente

Fecha: Nombre de paciente

Edad: Sexo: Masculino Femenino

Etnia:

Lugar de Procedencia:

N° Telefónico:

Tipo de Dermatitis:

Inflamatoria no infecciosa:

Infecciosa Viral:

Infecciosa Bacteriana:

Métodos diagnósticos:

Clínico:

Laboratorial: Hemograma Recuento de Eosinofilos

IgE

DIAGNOSTICO FINAL:

9.3 Cronograma

Actividad	Mayo - Junio 2015	Junio - Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015
Entrega y Presentación de protocolo.							
Elaboración de instrumento de recolección de datos (encuestas).							
Encuestar a la Población.							
Tabulación de los datos obtenidos en las encuestas.							
Organización de resultados en graficas y tablas.							
Elaboración de informe final de investigación.							
Revisión final del informe de investigación.							
Elaboración de Presentación n de informe final.							
Entrega final del informe de investigación.							
Presentación final del informe de investigación.							

9.4 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS VALLE DE SULA POSGRADO DE PEDIATRIA

“Caracterización epidemiológica de dermatosis más frecuentes en consulta dermatológica pediátrica IHSS”

Fecha de Llenado:

Edad en años del Padre /Madre/ Responsable: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es una iniciativa del Posgrado de Pediatría la Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, que tiene como propósito Contribuir al conocimiento y manejo de los problemas de salud de la piel en niños y niñas que asisten a la consulta externa Dermatológica Pediátrica del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Si Usted autoriza a su hijo / hija / familiar a participar en el estudio, contestara un cuestionario orientado a investigar datos generales (nombre, edad, sexo), se realizara un examen clínico para evaluar los diferentes problemas de salud de la piel que los niños (niñas) puedan presentar, examinando de forma completa la piel, el cabello y las uñas y exámenes laboratoriales completarios para el diagnóstico final de dermatosis en estudio.

Al participar en el estudio, el niño (la niña) no recibirá ningún beneficio monetario. El único beneficio será el de poder identificar problemas de salud de la piel que puedan presentar y poder recibir la atención médica necesaria. Esperamos que esta investigación sirva para proponer recomendaciones al Ministerio de Salud para poder conocer las dermatosis más frecuentes que se dan en niños y niñas que asisten al Instituto Hondureño de Seguridad Social Noroccidental y de esta manera conocer sobre el manejo y tomar medidas para su prevención.

¿Desea Usted autorizar la participación de su hijo / hija/ encargado en este estudio?

Sí _____ No _____

Firma o huella digital del padre / madre/ tutor / encargado que autoriza la participación del niño/la niña en el estudio