



Frecuencia de las Enfermedades Dermatológicas en el Departamento de Medicina Interna del HEODRA de Enero del 2008 a Diciembre del 2009.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN- LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS

**PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**



**FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE LOS PACIENTES
INGRESADOS A MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO
ROSALES ARGUELLO DE ENERO 2008 A DICIEMBRE 2009.**

Autor: Dr. Edwing Alexander Blandino Selva.

**Tutor: Dra. Nubia Pacheco Solís
Especialista en Medicina Interna y Dermatología.**

León, Nicaragua 2010.



INDICE

Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Resumen	III
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	4
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Marco teórico	7
Material y método	24
Resultados	28
Discusión	30
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Referencia	33
Anexo.	34



DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, que con su luz y amor infinito me dio la fortaleza necesaria para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi familia, mi Madre Iliana Selva y mi hermana Carol Blandino por su apoyo y comprensión, sin ellas no hubiese sido posible alcanzar esta meta.

A mi esposa, Karla Arauz por brindarme su amor incondicional, paciencia y comprensión cada día de nuestras vidas.

A una persona especial, mi hija Emyli Blandino fuente inagotable de inspiración, por tolerar el sacrificio de mi ausencia en estos tres años de preparación.

A todos los pacientes que han sido el centro de mi vida profesional, especialmente a los pacientes de mi estudio que colaboraron con este importante trabajo de investigación.

A todos mis profesores que en los años de estudios supieron darme no sólo ciencia sino un ejemplo de vida profesional.



AGRADECIMIENTO

A mi tutora **Dra. Nubia Pacheco Solís**, que con mucha paciencia supo guiarme para que este trabajo de investigación se realizara y de esta manera contribuir con el desarrollo científico y la atención de nuestros pacientes.

A mis maestros, docentes y amigos, que con sus conocimientos y valores transmitidos han hecho posible nuestra formación.

A los residentes del departamento de Medicina Interna por compartir los buenos ratos y momentos difíciles en esta etapa de nuestras vidas.

A las personas que apoyaron de una u otra forma la realización de este estudio investigativo.

¡GRACIAS!



INTRODUCCIÓN

Los problemas dermatológicos constituyen uno de los principales motivos de consulta tanto en atención primaria, como atención secundaria, reflejo de la alta frecuencia de estas enfermedades en la comunidad, no sólo por las características ambientales en el que se desenvuelve el individuo sino también porque las condiciones socio económicas limitan la búsqueda del equipo especializado.

Uno de los problemas frecuentes por la alta morbilidad que provocan, son las infecciones cutáneas bacterianas. La mayoría de estos procesos son diagnosticados y tratados en régimen ambulatorio, mientras que la celulitis y la erisipela, pueden requerir admisión hospitalaria. La erisipela es una enfermedad frecuente en la práctica clínica con una incidencia estimada de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes/año. Algunas publicaciones sugieren un aumento de la incidencia en las últimas décadas.^{1,2,3,4,5}

El pie diabético constituye otro problema de salud relevante por su repercusión en la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus. En Aproximadamente el 15% de todos los pacientes con diabetes mellitus desarrollará una úlcera en el pie o en la pierna durante el transcurso de su enfermedad. La magnitud de las cifras se pone de manifiesto por el hecho de que más del 25% de los ingresos hospitalarios de los diabéticos en U.S.A y Gran Bretaña están relacionados con problemas en sus pies.⁶

Durante varios años, las micosis superficiales (micóticas , candidas, pitiriasis versicolor) han sido consideradas como infecciones endémicas que fundamentalmente afectan a subgrupos de individuos en situaciones específicas. Las micosis superficiales están limitadas a piel, pelos, uñas y membranas mucosas. Los principales agentes etiológicos son los dermatofitos



y las levaduras del género *Candida*. El 28,5 % de las afecciones dermatológicas que motivan la consulta en la atención primaria son de etiología micótica, según reportan Abreu y otros en encuesta realizadas entre 1991 y 1995 en consultorios cubanos. Por su parte en los Estados Unidos, según estudios de morbilidad realizados por la doctora Marie Louis Johnson, la prevalencia de infecciones micóticas es de 81,1 × 1 000 habitantes.^{7,8}

El lupus eritematoso es una enfermedad multiorgánica que afecta principalmente a mujeres jóvenes y cuyas manifestaciones clínicas pueden limitarse únicamente a piel o extenderse a órganos vitales, con el consiguiente deterioro de la salud de las personas que la padecen, lo que conlleva a un detrimento de la calidad de vida y un aumento de la mortalidad a mediano o largo plazo. En EEUU la prevalencia es de 15 – 50 casos por 1000000 habitantes y es más frecuente en personas de raza negra.⁹

La urticaria constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica médica, la presentación aguda es extremadamente común, afectando posiblemente al 10-20% de la población mundial en algún momento de su vida, con una prevalencia de 1-2%.¹⁰

La psoriasis es una enfermedad que se calcula afecta del 1 al 2 % de la población mundial, una patología que padecen alrededor de 80 millones de personas en todo el mundo. Y que causa gran impacto psicológico importante sobre todo en edades comprendidas entre los 20 y 50 años, y que en España afecta a un millón cien mil habitantes, según datos de la academia Española de Dermatología (AEDV).¹¹

En Estados Unidos, donde alrededor de cuatro millones y medio de personas padecen esta enfermedad, se han realizado los estudios, hasta este momento, más completos sobre los efectos sociales y emocionales de la psoriasis. Con ellos se ha querido determinar el impacto de esta enfermedad.¹¹



ANTECEDENTES

Las enfermedades dermatológicas comprenden una amplia gama de enfermedades de etiología y manifestaciones diversas, lo cual hace difícil su estudio como una sola entidad cuando se quiere caracterizar epidemiológicamente, pero se tiene la ventaja de caracterizar cada enfermedad clínicamente y manejarla adecuadamente.

En junio de 2004 en el estado de California se realizó un estudio retrospectivo acerca de las infecciones cutáneas en 39 pacientes, encontrándose que la más común fueron los abscesos y el germen más frecuente fue el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente.¹²

En junio de 2003 en el estado de Alaska se realizó un estudio acerca de la infección de piel y tejidos blandos, encontrándose que el 80% de las pacientes eran portadores nasales de *Estafilococo aureus* y el 84% de las infecciones fueron meticilino-resistente.¹³

En Nicaragua, no se cuenta con datos estadísticos que documenten la incidencia o prevalencia de estas patologías en nuestro medio, sin embargo ya se han realizado estudios sobre cada tema por separada en el área de Reumatología y Medicina Interna en Hospitales de referencia nacional.

En 1996 se realizó una revisión sobre el *S. pyogenes* como uno de los patógenos más frecuente en el hombre, siendo responsable de una variedad de infecciones de la piel y tejidos suaves, algunas severas y que incluso amenazan la vida.¹⁴

En Nicaragua en 1999, se realizó un estudio sobre los factores de riesgo de erisipela encontrando que las lesiones micóticas, heridas y estasis venosa fueron las más frecuentes.¹⁵



JUSTIFICACIÓN

La piel, por ser un órgano visible cualquier alteración en ella es motivo para que el paciente consulte tanto al dermatólogo como a médicos no especialistas. La frecuencia e importancia de las diferentes dermatosis es variable tanto en el tiempo como en el lugar donde se encuentren, además de existir variaciones por edad, sexo, raza, ambiente, nutrición.

La consideración banal de la que han sido tradicionalmente objeto las infecciones fúngicas, la psoriasis, el lupus entre otras, ha dificultado su estimación, a pesar de ser responsables de una elevada morbilidad entre la población. Sobre estas patologías en general hay que considerar el significativo número de recidivas, fracasos terapéuticos y las resistencias observadas. Es además frecuente observar tratamientos con ausencias de respuesta, Aplicaciones incorrectas del fármaco, o el hecho de considerar la desaparición de los síntomas como indicativo de la curación. El panorama se completa con la existencia de infecciones de difícil tratamiento, como las onicomycosis que requieren periodos largos, o la existencia de micosis superficiales cuyo manejo es complicado en algunos pacientes. Todos estos aspectos hacen que las enfermedades dermatológicas sean una faceta relevante en la práctica clínica, por todo ello, me propuse iniciar un estudio, que no solo describa estas enfermedades sino que sienta las bases para investigaciones futuras.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de las Enfermedades Dermatológicas de los pacientes ingresados a Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo comprendido Enero 2008 – Diciembre 2009?



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la Frecuencia de las enfermedades dermatológicas de los pacientes ingresados a Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, en el periodo comprendido Enero 2008 – Diciembre 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades dermatológicas ingresados en el periodo de estudio.
- Conocer la etiología de los principales problemas Dermatológicos con que acuden los pacientes a la sala de medicina.
- Evaluar la frecuencia de las enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en la atención secundaria.



MARCO TEORICO

La dermatología (del griego derma, "piel") es la rama de la medicina encargada del estudio de la piel, su estructura, función y enfermedades. La historia de la Dermatología se puede dividir de una manera arbitraria en dos grandes periodos: el primero abarca desde la antigüedad hasta la primera mitad del siglo XX, época en que se desarrolló la clínica principalmente por las diferentes escuelas europeas. Se hicieron las descripciones y clasificaciones de las enfermedades de la piel con gran rigor, por lo que fue posible conocer las características clínicas de las dermatosis con gran finura y exactitud.¹⁶

Existen, en la práctica cotidiana, diferentes entidades (infecciosas y no infecciosas) que involucran a la piel y a las partes blandas. Muchas de estas son o pueden ser muy severas. A pesar de los avances experimentados por la Medicina en las últimas décadas, y de una virtual invasión del mercado con nuevos Antimicrobianos, esta mortalidad no se modificó de modo significativo. Este hecho, reside principalmente en la falta de reconocimiento precoz y las demoras que ello implica en la ejecución de los procedimientos quirúrgicos de resección y desbridamiento necesarios para el manejo adecuado.^{17, 18}

LA ERISPELA

La erisipela es una infección bacteriana aguda de la dermis y la hipodermis causada principalmente por estreptococos, el cual penetra a la piel a través de una vía de entrada superficial o con menor frecuencia por diseminación hematológica.¹⁹



Etiología

- Germen responsable *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A
- Otros gérmenes menos frecuentes:
- *Streptococcus* grupos B, C, D y G.
- *Staphylococcus aureus* (especialmente en pacientes diabéticos y en forma facial)

Signos y síntomas

En el 90% de los casos la erisipela se localiza en las piernas. Otros sitios involucrados son los brazos, la cara y los muslos (pacientes con cirugía de cadera). La entidad se caracteriza por la presentación súbita, con fiebre unas horas antes de la aparición de los signos cutáneos, que generalmente es más alta en pacientes con celulitis y fascitis. Puede estar sin embargo ausente en 15% de los pacientes. El eritema se extiende gradualmente por la pierna, y se acompaña de edema y dolor. La placa es bien delimitada y se extiende unos 5 a 10 cm por día, sin involución central. La puerta de entrada es generalmente a través del pie de atleta. Este se encuentra con más frecuencia en pacientes con erisipela que en la población general. Otras puertas de entrada incluyen úlceras, dermatitis por estasis venosa y úlceras superficiales.²⁰

Los síntomas generales asociados a eritema creciente por lo común son diagnósticos. Puede observarse linfadenopatía regional, así como linfangitis. Al momento del diagnóstico es importante tener en cuenta marcadores clínicos de gravedad, que pueden indicar la necesidad de internación. Estos incluyen síntomas y signos generales como fiebre alta y confusión mental, taquipnea, taquicardia, oliguria e hipotensión. También manifestaciones locales de severidad como dolor local intenso, gran edema, ampollas hemorrágicas y necrosis focal. Finalmente, también son motivo de internación la existencia de comorbilidades como diabetes mellitus y obesidad.²⁰



Celulitis.

La celulitis es una infección aguda de la piel, extensiva a los tejidos subcutáneos, que habitualmente aparecen en zonas de tejido lesionados por trauma, quemaduras, heridas quirúrgicas o úlceras. Los agentes etiológicos suelen ser el estreptococo del grupo A o B, pero también los estreptococos del grupo C o G. la celulitis estreptocócica se caracteriza por la presencia de una área dolorosa enrojecida y caliente que puede estar ligeramente hinchada. Suele causar fiebre, linfadenopatía regional y localizarse en una extremidad. En contraste con la erisipela, los bordes de la lesión nunca son elevados, ni están bien delimitados de los tejidos sanos circundantes.¹⁰

El rendimiento de las pruebas microbiológicas es de baja sensibilidad en ambos casos y por ello, el diagnóstico se efectúa predominantemente en forma clínica.¹¹

Tabla 1. Criterios diagnósticos tradicionales en el reconocimiento de erisipela y celulitis

Erisipela

- Inflamación cutánea bien demarcada y solevantada.
- Inicio agudo (< 24 horas), asociada a fiebre (> 38° C) o calofríos.
- Lesión generalmente unilateral (98%) que afecta predominantemente la pierna o el pie (85%).
- Factores de riesgo presentes en gran parte de los pacientes (linfedema, puerta de entrada local, etc)*.

Celulitis

- Inflamación cutánea de límites imprecisos y no solevantada.
 - Inicio agudo y asociado a fiebre en ocasiones.
 - Factores de riesgo presentes similares a los de erisipela, a los que se agrega safenectomía reciente.⁽¹⁸⁾
-



Los objetivos del tratamiento de estos cuadros cutáneos son aliviar los síntomas del paciente, detectar y manejar oportunamente los casos y evitar las recurrencias, mediante el manejo de los factores de riesgo. Para este propósito se debe considerar la hospitalización en pacientes con cuadros severos o en los que no se pueda asegurar un tratamiento adecuado en forma ambulatoria, prescripción de antimicrobianos, descartar diagnósticos alternativos si es necesario y manejar los factores de riesgo antes o después del alta. (20)

MICOSIS

Una forma habitual de clasificar las micosis ha sido atendiendo a su localización anatomoclínica, tanto sea en el huésped inmunocompetente como en el inmunodeprimido, y agrupando, en algunas ocasiones, diversos agentes etiológicos. De acuerdo a ese criterio podemos clasificar las micosis en Superficiales, Cutáneas, Subcutáneas, Profundas o Sistémicas.¹⁸

Micosis superficiales

Son las micosis que afectan la capa córnea de la piel y la porción supra folicular del pelo. La pitiriasis versicolor es la micosis superficial más frecuente, siendo las demás muy raras en nuestro medio. Es una infección superficial crónica, no irritativa del estrato córneo producida por especies del género *Malassezia*: *M. furfur*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. restricta*, *M. slooffiae* y *M. sympodialis*.¹⁸

Micosis profunda

Son infecciones debidas a microorganismos que afectan la dermis, hipodermis, huesos, articulaciones, determinando lesiones de tipo destructivo que al remitir dejan secuelas permanentes.¹⁸



Las propiedades fundamentales de los hongos causales de estas afecciones son:

1. Producir lesiones desorganizadas y destructivas.
2. Afectar estructuras y órganos internos por invasión, propagación o diseminación a distancia.

Las micosis profundas se distribuyen variablemente según los países y de acuerdo con regiones geográficas.¹⁸

La mayoría de las micosis profunda sobre todo las que más inciden en el medio rural, afectan de preferencia individuos adultos masculinos trabajadores rurales, posiblemente por su profesión están más expuesto a los hongos.¹⁷

En general las micosis profunda son de difícil tratamiento, sin embargo aunque algunos sean curables es muy incierto el pronóstico en las micosis profunda invasoras, por ser muy difícil verificar focos ocultos o silenciosos que constituyen el punto de partida para recidivas.¹⁷

MICETOMAS.

Entidad conocida como pie de Madura o maduromicosis.

Es un cuadro infeccioso crónico que afecta por continuidad piel, musculo, huesos. Su agente etiológico son los hongos actinomicetos. Su principal característica es la presencia de fistulas y la eliminación de granos parasitarios. La localización más frecuente es el pie.¹⁸

La edad más frecuente es de 16 a 45 años en 60 % de campesinos, labradores que andan descalzos. El tiempo de evolución es de 2 a 3 años, en promedio pudiendo tener una evolución más corta o más larga, con una relación hombre/mujer 4:1.¹⁸



Los agentes etiológicos viven como saprofito en el suelo o los vegetales, se introducen en la piel por medio de traumatismo. Pasados varios meses o años los microorganismos filamentosos en los tejidos y se apilotan en colonias compactas llamadas granos, eliminados en una secreción mucosa a través de las fistulas.¹⁷

Alrededor del grano hay fibrosis y neo formación vascular. La lesión va extendiéndose por continuidad y las alteraciones óseas van a depender de la osteofilia de la reacción huésped – parásito.¹⁷

El paciente acude en forma tardía, cuando tiene lesiones bien desarrolladas. La evolución es lenta, progresiva y no remite y su extensión va tanto en la superficie como en los planos profundos.¹⁷

El micetoma está caracterizado por aumento de volumen, deformidad de la región y la salida de un exudado seropurulento por numerosos orificios fistulosos donde se encuentran los granos.¹⁷

Puede haber incapacidad funcional por fibrosis de tejido blandos, aumento de volumen, dolor y sobre todo si afecta una articulación como rodilla, llegan a causar anquilosis invalidante y claudicación. El paciente puede tornarse minusválido si no se corrige la capacidad funcional.¹⁷



Dermatitis seborreica y caspa (pitiriasis capitis):

Es otra patología en la cual esta involucrada la malassezia. Comprende áreas de piel enrojecida e inflamada, recubierta de escamas grasientas de color amarillo, generalmente en cuero cabelludo, cara y tórax Tienen una evolución crónica y recurrente. En los pacientes con SIDA o síndrome relacionado puede localizarse en las axilas con un cuadro muy florido de diagnóstico complejo.¹¹

Diagnóstico

Aplicando la luz de Wood, las lesiones presentan fluorescencia blanco-amarillenta. En visión Microscópica directa de las escamas parasitadas destacan los a cúmulos de levaduras. Para su aislamiento deben utilizarse medios de cultivo enriquecidos con lípidos, como el de Leeming, Dixon o añadiendo aceite de oliva a los medios de cultivo habituales.

Tanto la inmunidad celular como la humoral están implicadas en la protección contra la enfermedad de este hongo, siendo los neutrofilos parte fundamental de los mecanismos de defensa del organismo.

Diagnostico y tratamiento:

El diagnostico se realiza con la demostración microscópica del microorganismo en el examen fresco de improntas de contacto o de raspado de las lesiones. El cultivo solo es necesario para la identificación específica.

TRATAMIENTO

La dermatitis seborreica no tiene tratamiento definitivo. Dependiendo del grado de afectación se puede utilizar desde jabones no alcalinos o sustitutivos del jabón, a lociones o crema a base de acido salicílico, azufre, selenio, ketoconazol u otros derivados azolicos, terbinafina.



URTICARIA

La urticaria es una de la causa más común de consulta de urgencia relacionada con las enfermedades de la piel. Se caracteriza por la aparición de lesiones pápulo-edematosas, eritematosas, pruriginosas y fugaces, que pueden localizarse en cualquier parte de la superficie cutánea o en las mucosas. Suele clasificarse en forma regular en urticaria aguda, cuando lleva menos de 6 semanas de aparición y en urticaria crónica, cuando lleva más de 6 semanas. Está catalogada dentro de la hipersensibilidad tipo I.⁶

Se dividen en urticaria ordinaria o clásica, urticaria física, secundaria a algún estímulo (como son la acuagénica, al frío, por presión, dermatografismo rojo, inducida por el ejercicio, por calor, solar o vibratoria), la urticaria de contacto (por contacto con productos biológicos o químicos), y el angioedema.⁶

Patogénesis:

Todos los tipos de urticaria, al final de cuentas, tienen como resultado la desgranulación de los mastocitos, pero con un mediador diferente en cada uno. Hay tipos de urticaria que incluyen la medición de IgE. El complemento sérico (C5A) actúa también directamente en la producción de histamina por parte de los mastocitos. Otras vías serían la activación del AMP cíclico y las vías de la ciclooxigenasa, facilitando la acción del ácido araquidónico sobre la desgranulación celular. En las urticarias crónicas se sabe que el 20 al 25 % son de origen autoinmune. Últimamente se han demostrado mediadores proinflamatorios como citoquinas, proteasas y heparina, lo mismo que leucotrienos, factor activador de plaquetas y prostaglandinas D2, como factores relacionados con la desgranulación mastocítica.¹²



Etiología

La urticaria aguda, tiene diversas etiologías y condiciones en su aparición: medicamentos, Comidas, inhalantes, picaduras de insectos, el sol.ect.

En la urticaria crónica, se debe pensar en las mismas causas de la aguda, más las causas de infecciones ocultas, neoplasias, enfermedades autoinmunes, implantes: siliconas, dispositivos intrauterinos (DIU) y prótesis, entre otras.⁴

Diagnostico:

Es clínico, especialmente cuando se trata de un cuadro de urticaria aguda, pero es importante realizar un interrogatorio ordenado y sucinto para aclarar el proceso. En este aspecto, hay que tener en cuenta varias situaciones tales como: tipo de brote, intensidad del prurito, tiempo que dura una lesión, si cambia la calidad de vida del enfermo, si altera el sueño, circunstancias en que aparece, tales como las relacionadas con drogas, comidas o medio ambiente.⁴

El examen físico es muy importante; hay que valorar el tipo de lesiones, si en vez de prurito el paciente tiene dolor, la forma de las lesiones, puesto que en las urticarias figuradas los medicamentos son los mas comúnmente implicados en la etiología y buscar dermatografismo rojo; pues muchas veces en el momento de examinar el paciente no exhibe ninguna otra lesión, a pesar de una historia muy clara de urticaria.⁵



Tratamiento:

El tratamiento se basa en:

1. Corticoides sistémicos: No sirven como terapia de la urticaria aguda, y solamente se usan para aliviar la situación inicial del paciente, preferiblemente en administración por vía intravenosa. La dexametasona y/o la hidrocortisona son las más aconsejables por su acción rápida, corta y de bajos efectos secundarios. Una ampolla IM de cualquiera de las dos, por una o dos dosis, es suficiente.¹⁶
2. Antihistamínicos: son los fármacos de elección en la terapia de la urticaria aguda. Hay antihistamínicos anti H1, anti H2 y antidepresivos tricíclicos que actúan como antihistamínicos.¹⁶

PSORIASIS

La Psoriasis (del griego ψώρα, sarna) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, no contagiosa, que evoluciona por crisis, básicamente consiste en un trastorno de la proliferación celular epidérmica, caracterizada clínicamente por una excesiva descamación cutánea y la presencia de lesiones en forma de placas hiperqueratósicas y pruriginosas localizadas en el tronco, las articulaciones y el cuero cabelludo. Las placas son de color rojizo, simétricas, circunscritas, de bordes gruesos y bien delimitados, recubiertas de escamas blancas nacaradas, imbricadas, abundantes y fácilmente desprendibles.

Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele hacerlo entre los 15 y los 35 años, con un pico máximo de incidencia en la segunda década. Afecta por igual a ambos sexos, aunque es más precoz en mujeres, y en personas con antecedentes familiares.²¹



Etiología

La causa de la psoriasis es aún desconocida, aunque se cree que es multifactorial, en individuos con predisposición genética y desencadenada o exacerbada por diversos factores ambientales.²¹

La herencia de esta enfermedad es posiblemente poligénica. Se ha demostrado una importante agregación familiar, el aumento de concordancia en gemelos monocigotos y la asociación a determinados HLA. En este sentido, se asocian con la predisposición a psoriasis con los antígenos HLA-CW6, y HLA-DR7. Además, existe correlación entre el tipo clínico de psoriasis y otros antígenos HLA. Por ejemplo, el HLA-B17 se asocia a un inicio más precoz y un curso más grave, y el HLA-B27 está relacionado con la forma pustulosa generalizada.²¹

Patogenia

Es llamativo el hecho que las lesiones psoriásicas muchas veces coinciden con perturbaciones emotivas que parecen actuar como factores desencadenantes, por lo que se dice que es una enfermedad psicósomática.²²

Aunque está poco esclarecida, hay dos hechos básicos: la hiperplasia epidérmica por un aumento de la población germinativa, y el infiltrado inflamatorio de la dermis. La inflamación viene mediada por linfocitos Th1 tipo CD4+, que liberan (junto al queratinocito) citocinas proliferativas, que estimulan la proliferación de las células epidérmicas. La respuesta inflamatoria es de tipo celular, frente a un autoantígeno aún desconocido, o frente a un super-antígenos estreptocócico en el caso de la psoriasis en gotas post-infecciosa.²²



Anatomía patológica

Es característica de la psoriasis la hiperqueratosis paraqueratósica de la epidermis, con acumulaciones de leucocitos polimorfonuclear, así como el adelgazamiento de la epidermis suprapapilar con acantosis interpapilar. También hay papilomatosis dérmica, con capilares dilatados y tortuosos verticales en las papilas, además de infiltrados de linfocitos perivasculares.²²

Clínica

La psoriasis no es una enfermedad contagiosa. Afecta tanto a piel como a mucosas, y en ocasiones se asocia a artritis. Su amplia variabilidad de lesiones hace necesaria una clasificación con fines docentes, pronósticos y terapéuticos.²¹

Lesiones cutáneas. La lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas. El raspado de las lesiones permite observar tres signos característicos:

1. Signo de la <<mancha de cera>> o de la <<bujía>>: al rascar la lesión se desprenden multitud de escamas similares a las que se desprenderían de una vela.
 2. Fenómeno de la membrana epidérmica o membrana de Duncan-Dulckley: tras desprenderse las escamas, aparece una película transparente que recibe este nombre.
 3. Signo del rocío sangrante o signo de Auspitz: al desprender la membrana de Duncan-Dulckley, aparecen petequias a consecuencia del daño vascular de las papilas dérmicas, por el desprendimiento de la epidermis que las recubre. Este signo no aparece en la psoriasis invertida, ni en la pustulosa.¹⁸
-



Existen muchas variantes según la morfología de las lesiones:

Psoriasis en placas o psoriasis vulgar.

Psoriasis en gotas, psoriasis eruptiva o psoriasis guttata.

Psoriasis eritrodérmica.

Psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis de Von Zumbusch.

Psoriasis pustulosa palmoplantar.

Psoriasis pustulosa localizada.³

Diagnóstico

En general, suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica, y raramente es necesario recurrir a la biopsia cutánea.³

Tratamientos

El tratamiento siempre ha de ser individualizado, según el patrón de presentación y la gravedad de los síntomas, y sin olvidar las circunstancias personales, socioeconómicas, laborales, psicológicas y familiares de cada paciente.³

Medidas generales

- Tomar el sol (con moderación y evitando las horas centrales del día), ya que los rayos ultravioleta tienen acción antiinflamatoria.
 - Tomar baños en el mar, debido a que los iones y sales que contiene el agua de mar presentan propiedades positivas para la piel. También son útiles los baños en lodos.
 - Dejar al aire las heridas.
-



Tratamientos tópicos

Existen numerosas opciones disponibles:

Emolientes y queratolíticos.

Ditranol: Estructura química de la vitamina D3. Potente medicamento reductor, derivado de la crisarobina y utilizado sobre todo en la psoriasis vulgar.

Análogos de la vitamina D. Tienen acción antiproliferativa sobre los queratinocitos., con la misma acción que la vitamina D3, pero con un 10% de sus efectos hipercalcemiantes.

Retinoides: Entre los derivados de la vitamina A, su eficacia se asemeja a la de los análogos de la vitamina D.⁶

Corticoides tópicos: Se recomienda su uso durante cortos periodos de tiempo, y sólo en pacientes con psoriasis leves que no han respondido a otros tratamientos, o para localizaciones más delicadas, como la cara, el cuero cabelludo, los pliegues cutáneos o los genitales.⁵

Breas: Sus efectos antimitóticos, antiinflamatorios y antipruriginosos son eficaces, aunque no tanto como el ditranol o los corticoides.

Tratamientos naturales: Existen derivados naturales, que por su efecto hidratante pueden aliviar los síntomas de la psoriasis.

Fototerapia: consiste en la utilización de radiaciones electromagnéticas no ionizantes, especialmente del espectro ultravioleta B (UVB) y A (UVA). En general es un tratamiento bastante efectivo, salvo en las formas pustulosas y eritrodérmica. Sin embargo, no es recomendable usar tratamientos prolongados, pues aumenta la incidencia de cáncer de piel, sobre todo del cáncer escamoso y el melanoma.²⁰



Dermopatía diabética.

La dermatopatía diabética (DD) es la manifestación cutánea más común de la diabetes mellitus. Se manifiesta como lesiones atróficas descamativas localizadas sobre todo en las extremidades inferiores de pacientes con diabetes. Tiene una asociación desfavorable con las 3 complicaciones de microangiopatía de la diabetes mellitus: neuropatía, nefropatía y retinopatía. También se ha demostrado una relación entre DD y enfermedad coronaria arterial. Por lo tanto la presencia de DD debería promover una intervención agresiva para detectar diabetes mellitus y prevenir el desarrollo de subsiguientes complicaciones.¹⁵

La DD es una manifestación cutánea de la microangiopatía diabética. La DD se conoce con varios nombres, según su presentación clínica. Se refiere como “lesiones atróficas”, “manchas tibiales”, “parches pretibiales pigmentados”. El término más usado es “dermatopatía diabética” y representa su asociación con complicaciones de diabetes mellitus de larga evolución.¹⁵

La incidencia de DD varía del 9 al 55% y se observa más frecuentemente en pacientes mayores de 50 años, y en aquellos con diabetes mellitus de larga evolución, afecta 2 veces más a hombres que a mujeres pero esto no es constante.¹⁵

La incidencia de DD se incrementa cuando aumenta el número de complicaciones microangiopáticas de la diabetes mellitus. Aunque el 21% de los pacientes con DD no tienen evidencia de neuropatía, nefropatía o retinopatía, la incidencia de dermatopatía se incrementa en pacientes con una complicación microangiopatía.¹⁴



Clinica.

La DD se manifiesta como depresiones pequeñas, marrones, bien delimitadas, con apariencia atrófica. Típicamente son menores de 1 cm de diámetro. Ocasionalmente son alargadas y pueden alcanzar 2.5 cm. La apariencia atrófica se refiere a la depresión y a la fina epidermis que simula una cicatriz. Son suaves e hiperpigmentadas. La intensidad de pigmentación amarronada ha sido relacionada con el grado de atrofia. Se notó que la atrofia más notoria estaba asociada con la hiperpigmentación más pronunciada, mientras que la atrofia más leve correspondía a las lesiones más claras.¹⁶

La DD es asintomática y no pica ni causa dolor. Típicamente es bilateral ubicada en la región pretibial y se distribuye asimétricamente. Aunque raro, puede ubicarse en las extremidades superiores, muslos, tronco y parte inferior del abdomen. La localización pretibial característica y la aparición de DD hace que muchos pacientes las interpreten como cicatrices probables de traumatismos triviales olvidados.¹⁶

Diagnostico

La DD es un diagnóstico clínico. El diagnóstico de DD debería ser evidente con el examen físico apropiado. La presencia de cicatrices múltiples bien delimitadas, hiperpigmentadas, atróficas en las extremidades inferiores de un paciente con diabetes es altamente sugestivo de DD. Aunque los pacientes sin diabetes pueden raramente tener 1 o 2 lesiones similares, se ha sugerido que la presencia de 4 o más lesiones con características típicas de DD.¹⁶

Los hallazgos histológicos de DD son inespecíficos.



Tratamiento

El tratamiento cutáneo de DD no es recomendable ni efectivo. Las lesiones son asintomáticas y pueden persistir indefinidamente o resolver espontáneamente sin tratamiento. El efecto del control glucémico en la progresión natural no ha sido establecido.¹⁵

Lupus Discoide

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad que afecta a muchos órganos y sistemas, en su patogenia están implicados múltiples autoanticuerpos, y su etiología aún es desconocida. El lupus eritematoso discoide afecta la piel únicamente. Se caracteriza por manchas rojas, como brotes, que aparecen sobre ambas mejillas y el puente de la nariz, dando la impresión de una mariposa con las alas abiertas. Algunas de las lesiones más severas dejan cicatrices y cambian la pigmentación de la piel. Estas manchas pueden aparecer en otras partes del cuerpo, especialmente en las partes expuestas al sol. Esta forma de lupus también puede causar pérdida irregular del cabello, la cual no es necesariamente irreversible.¹⁰

Las lesiones características se distinguen por medio de una tríada que consiste en eritema, escama y atrofia de la zona involucrada. Afecta a todas las razas y predomina en el sexo femenino. Los factores predisponentes de este padecimiento son el factor genético, por lo que existe una tendencia familiar, y la exposición a la luz ultravioleta, apareciendo lesiones en regiones expuestas y la boca después de haber exposición.¹⁰



Manifestaciones clínicas

El lupus eritematoso discoide (LED) donde el compromiso es exclusivamente cutáneo y/o de mucosas, respetando generalmente otros órganos y vísceras. Esta clase de lupus se agrava notablemente con el sol. Se puede considerar una forma clínica de LED localizado, cuando compromete sólo cabeza y cuello, y un LED generalizado o diseminado con lesiones por debajo del cuello. La enfermedad es más frecuente en mujeres, sobre todo alrededor de los 30 años de edad, pero el abanico de edad es más amplio que para el LES. Inicialmente, las lesiones activas son pápulas eritematosas, redondeadas y descamativas y con atrofia central que miden de 5 a 10 mm de diámetro, con taponamiento folicular. Son más frecuentes en las prominencias malares, el puente de la nariz, el cuero cabelludo y los conductos auditivos externos y pueden persistir o recidivar durante años. Las lesiones pueden ser generalizadas en toda la porción superior del tronco y las superficies extensoras de las extremidades.¹¹

Suele existir sensibilidad solar, lo que provoca la presencia de lesiones en las regiones expuestas de la piel. La afectación de las membranas mucosas puede ser intensa, en especial en la boca. A su vez los labios pueden estar edematizados, costrosos y/o ulcerados siendo esto más frecuente en el labio inferior pues es el más expuesto al sol. Las lesiones individuales del LED no tratado se extienden hacia la periferia de manera gradual, mientras que en el centro se produce atrofia. Las cicatrices residuales no son contráctiles. Puede producirse la invaginación en “costura de alfombra” en los folículos dilatados en las lesiones muy escamosas. La alopecia puede estar muy extendida y hacerse permanente por la formación de fibrosis. El LED puede extenderse a zonas no expuestas a la luz solar, aunque siempre sin compromiso de órganos internos.¹¹



Diagnóstico

Debido a que las lesiones cutáneas del LED y del LES pueden ser idénticas, el paciente que presenta una lesión discoide típica debe ser examinado para determinar si presenta afectación sistémica. Se debe hacer una anamnesis y una exploración clínica para descartar que se trate de una manifestación cutánea inicial de un LES. Las pruebas diagnósticas deben incluir una biopsia del borde activo de la lesión, recuento de células sanguíneas, VSG, pruebas para anticuerpos antinucleares. ¹¹

Tratamiento

Se utilizan durante períodos breves cremas corticoides de mediana y alta potencia y algunos dermatólogos realizan infiltraciones con corticoides. Si los tratamientos locales no fueran suficientes, pueden emplearse por vía oral los antipalúdicos, previo control oftalmológico que debe mantenerse durante el transcurso del tratamiento para descartar posible retinopatía cuando las dosis son imprudentemente altas. La posibilidad de lesión ocular a dosis convencionales es remota. También los corticoides por vía oral pueden administrarse durante períodos cortos. ⁹

Síndrome de Stevens-Johnson.

El síndrome de **Stevens-Johnson** (también conocido como *ectodermosis erosiva pluriorificialis*, *eritema multiforme exudativo*, y *eritema multiforme flictenular*), es un cuadro severo que afecta piel y mucosa, además de otros órganos internos, y que se manifiesta con lesiones en zonas genitales, bucales y cutáneas. ⁴



Corresponde a un dramático conjunto de síntomas y signos caracterizados por lesiones de piel y mucosas, fiebre, malestar general y postración. Usualmente ocurre después de una infección del tracto respiratorio superior y se ha asociado a infecciones por un microbio llamado *Mycoplasma pneumoniae* y a la ingestión de algunos medicamentos tales como: sulfas, anticonvulsionantes (Difenilhidantoina, carbamazepina y Lamotrigina), penicilinas, barbitúricos y derivados de la butazona.⁴

Etiología

Desconocida, si bien su causa puede ser una alergia medicamentosa (Cefalosporinas, Penicilinas, Sulfonamidas, etc.) o infecciones virales o bacterianas. Un factor demostrado como inductor del síndrome, se presenta en pacientes susceptibles que han recibido tratamiento para toxoplasmosis.⁵

Signos.

Reacción vesiculosa cutánea grave que afecta también a membranas mucosas de la orofaringe, ojos y genitales, acompañada en ocasiones por fiebre, dolor y malestar. Las lesiones cutáneas pueden ser hemorrágicas, flictenulares, o maculopapulares.⁵

Síntomas.

- Fiebre por 2 a 3 semanas.
 - Lesiones dérmicas
 - Sintomatología respiratoria, renal y gastrointestinal.
 - Pueden producirse convulsiones, fallas cardíacas y septicemia.⁵
-



El tratamiento consiste en disminuir y anular la causa efecto y apoyarse con corticoesteroides.

Eritema Multiforme.

El eritema multiforme (EM) o eritemapolimorfo es una enfermedad aguda de la piel y/o de las mucosas de naturaleza inmunológica, que puede comportarse como crónica recurrente, y que se caracteriza por presentar lesiones cutáneas eritemato-bulosas de varios tipos y/o lesiones mucosas pluriorificiales de tipo vesículo-ampollar. En cuanto a la clínica, clásicamente se distingue entre una forma menor o recurrente y las formas mayores.¹⁸

La aparición del EM puede darse a cualquier edad con un pico de incidencia en pacientes jóvenes, sobre todo entre la segunda y tercera décadas de la vida. También puede aparecer en niños aunque es raro, sobre todo, en la primera infancia.¹⁸

Predomina ligeramente en el sexo masculino, con una proporción que oscila entre 3:2 y no parece existir predilección racial. Su etiología es desconocida aunque en muchos casos aparece vinculado a factores predisponentes como infecciones por virus.¹⁸

Patogénicamente, aunque se acepta que las lesiones del EM son debidas a una reacción de hipersensibilidad a un antígeno (principalmente agentes microbianos o fármacos), para algunos autores, se trata de una reacción tipo III mediada por inmunocomplejos que provocarían una vasculitis y secundariamente una necrosis isquémica del epitelio, mientras que para otros, se trata de una reacción tipo IV mediada por células (linfocitos T), que producen la necrosis en mayor o menor grado de las células epidérmicas.¹⁸



La epidermis sufre una reacción citotóxica en la que el fármaco que ocasiona la reacción o alguno de sus metabolitos se une a las proteínas de membrana de los queratinocitos, convirtiéndolos en blanco del ataque celular. La apoptosis parece ser el mecanismo por el que las células citotóxicas inducen la muerte celular epidérmica.¹⁸

Eritema multiforme Menor

Lesiones agudas recurrentes o no, auto limitadas.

Curan en 2-4 semanas sin secuelas.

Mucosas: afectación mínima o inexistente de las mucosas en forma de máculas eritematosas o erosiones superficiales de la mucosa oral y los labios.¹¹

Eritema multiforme Mayor

Lesiones agudas recurrentes o no, autolimitadas. Al igual que en el EM menor, las lesiones curan en 2-3 semanas (pueden persistir hasta seis semanas sin dejar secuelas pero pueden producirse nuevos brotes al cabo de un periodo variable por lo que se considera una enfermedad crónica manifestada por múltiples brotes agudos. Suelen aparecer tras días o semanas tras la exposición con el antígeno.⁷

Piel: lesiones iguales a las del EM menor pero más extensas, con signo de Nikolsky negativo.⁶



Mucosas: afectación de una o más mucosas (generalmente la de la cavidad oral), que pueden ser la manifestación más importante del cuadro clínico.⁵

Del 40% al 60% de los pacientes tienen lesiones orales que se localizan típicamente en la parte anterior de la cavidad oral y lengua, en mucosa no queratinizada, siendo infrecuente la afectación gingival, aunque puede ocurrir aproximadamente en el 16% de pacientes con lesiones orales. Clínicamente las lesiones son variables, encontrando zonas eritematosas, máculas hiperémicas, pápulas o vesiculoampollas y erosiones superficiales.⁹

Tratamiento

Depende de la severidad de la enfermedad. Ante manifestaciones leves se administra tratamiento sintomático de las lesiones, como analgésicos tópicos o sistémicos, compresas con suero, enjuagues bucales con anestésicos, dieta blanda, evitar comidas picantes y aumentar la ingesta de líquidos. También pueden administrarse corticoides tópicos y antibioterapia para prevenir infecciones.⁴



DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de tipo **descriptivo de casos** en el cual describimos la frecuencia de las enfermedades dermatológicas de los pacientes ingresados a Medicina Interna en el periodo de Enero 2008 a Diciembre del 2009.

Área y periodo de Estudio: Medicina Interna del Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León, en el periodo de enero del 2008 a diciembre del 2009. El departamento de Medicina Interna está ubicado en el costado noreste del cuarto piso, constituido por 6 servicios (Medicina de Mujeres, Medicina de Varones, Nefrología, Hematología, Cardiología, Neumología). Con cuarenta y cinco camas censales y personal médico y paramédico para atención de los pacientes.

Población de Estudio: 698 pacientes que se ingresaron a Medicina Interna, diagnosticado con una enfermedad dermatológica durante el periodo de estudio, cuyos expedientes se encuentran disponibles en el departamento de estadística de este hospital.

Criterios de Inclusión: Definición de caso clínico de enfermedad dermatológica en paciente ingresados a Medicina Interna independientemente de edad, sexo, procedencia o enfermedad asociada, en el periodo de estudio.

Criterios de Exclusión:

1. Se considero como criterio de exclusión cualquier otra condición de ingreso que no sea enfermedades dermatológicas, al momento de ingresar a la unidad.
 2. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
-



Fuente: Primaria

Instrumento: Se aplicó una ficha de recolección de datos con las variables que nos permitieron el cumplimiento de los objetivos planteados.

Consideraciones éticas: Se le explicó a cada paciente sobre los aspectos éticos y objetivos de la investigación en la cual estaba participando y obtuvimos así su consentimiento informado escrito, (ver anexos) para participar en la misma (declaración del Helsinki 1964).

Plan de análisis: los datos obtenidos se procesaron en el software SPSS en donde se calculó la frecuencia simple de las variables y los resultados se expusieron en cuadros y gráficas.



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLE

Variable	Definición	Escala
Edad	Tiempo en años que la persona ha vivido	12-19 20-29 30-39 >40
Sexo	Diferencia fenotípica y expresión de identidad de genero de una persona	Hombre Mujer
Procedencia	Lugar de origen del paciente	Urbano Rural
Diagnostico de ingreso	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, síntomas, historia clínica y resultado de pruebas analíticas.	Erisipela Celulitis Dermatosis diabetica Lupus Discoide Psoriasis Micosis Infeutada Urticaria Eritema multiforme S. Johnson Actinomicosis Dermatoesclerosis por insuficiencia venosa



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Escala
Etiología	Origen o causa de una enfermedad	Infecciosa No infecciosa.
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el o la paciente.	Analfabeto Primaria Secundaria Estudios Superiores.
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica el o la paciente.	Agricultor- ganadero Domestico Oficina Otros.



RESULTADOS

La frecuencia de pacientes con enfermedades dermatológicas en el departamento de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, basado en los datos recopilados en el estudio, se registraron desde el 2008 al 2009 un total de 698 casos.

Predominando la erisipela con 172 pacientes (24.6 %), seguida de la celulitis con 148 para un (21.2%), como complicación crónica de la diabetes observamos la dermatopatía diabética con 128 casos (18.3 %), se diagnosticaron 52 pacientes (7.4 %) por micosis infectada y eritema multiforme mayor respectivamente, la deramatoesclerosis por insuficiencia venosa con un total de 36 pacientes para (5.1%) y dentro de los cuadros de hipersensibilidad predomino la tipo I como la urticarias con 36 pacientes (5.1%), en relación al lupus discoide 34 pacientes (4.8 %), 20 pacientes fueron admitidos por eccema seborreico (2.8 %), 8 pacientes por psoriasis (1.1 %), y por ultimo 6 casos (0.8%) de S. Johnson y actinomicosis respectivamente.

Edad: se encontraron solamente 36 pacientes (5.1 %), entre los 12 – 19 años, aumentando el número conforme aumento la edad, entre los 20 – 29 años se encontraron 124 pacientes (17.7 %), de 30 – 39 se encontraron 222 pacientes (31.8 %) y en los mayores de 40 años se reportaron 316 pacientes (45.2 %), siendo este el grupo etario predominante.

Sexo: Encontramos que el 71 % correspondía al sexo femenino con 496 pacientes y solamente 202 personas pertenecían al sexo masculino para el 28.9 %.

Ocupación: 196 pacientes (28 %) se dedicaban a actividades domesticas, 184 (26.3 %) a actividades del campo, 178 (25.5%) vendedores ambulantes, 60 (8.5 %) oficinistas, 80 personas (11.4 %) eran estudiantes.



Procedencia: En este estudio predominó el área rural con el (61.3 %), 428 pacientes y solo 270 pacientes eran del área urbana (38.6 %).

28

Etiología: Del total de pacientes admitidos 386 (53.3%) tenían etiología infecciosa siendo esta la principal causa de ingreso, seguida de las de tipo no infecciosa con 312 pacientes (44.6%).

Escolaridad: 51.1 % de los pacientes habían culminado la primaria, seguida con el 23.7 % para la secundaria, analfabetos solamente el 18.4 % y 6.5 % tenían estudios superiores.



DISCUSIÓN

La frecuencia de enfermedades dermatológicas por la población que acudió al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello durante el periodo de estudio reflejó un total de 698 pacientes admitidos al departamento de medicina interna y diagnosticados con enfermedades dermatológica que equivale al 12 % de 6228 pacientes ingresados en general a todos los servicios durante los dos años de estudio, quedando estas como causa importante de morbilidad en nuestro estudio, lo que coincide con la literatura consultada a cerca de la epidemiología de las enfermedades dermatológicas en Latinoamérica que reporta un 48 % como causa de consulta ambulatoria. ⁽⁴⁾

En este estudio no se tomo en cuenta los pacientes que acudieron al servicio de urgencia y fueron tratados en la consulta externa del hospital sin ser admitidos. De lo cual no existe estudio previo que refleje la estadística de estos casos.

En este estudio predominó el sexo femenino con 496 pacientes, quedando una relación mujer / hombre (2/1), esta diferencia podría deberse al estilo de vida y la pobre situación económica en que actualmente se desenvuelve nuestra población y a la mayor tendencia que tienen las mujeres a atenderse de forma más temprana los problemas de salud con respecto al sexo masculino. La literatura latinoamericana refiere un predominio en mujeres, con relación mujer - hombre de 3:1. ⁽⁵⁾

En lo que respecta a la etiología predominó la de tipo infecciosa con el (58.4 %), este grupo de paciente requirió de tratamiento antimicrobiano durante su estancia hospitalaria, desafortunadamente no se logró realizar aislamiento bacteriológico debido a la carencia de medios diagnósticos y limitaciones de nuestra unidad (hemocultivo y cultivo de secreción, entre otros).



Frecuencia de las Enfermedades Dermatológicas en el Departamento de Medicina Interna del HEODRA de Enero del 2008 a Diciembre del 2009.

La primaria predomino como único nivel de escolaridad en un buen grupo de los pacientes estudiados (51.1%), estas son personas de bajo nivel económico, con menor acceso a los servicios de salud y con actividades laborales en su gran mayoría domesticas y del campo, recordemos que más del 50 % de la población en estudio fue femeninas, pertenecen en su gran mayoría al área rural con (61.3%), esto origina retardo en la atención, y por otro lado se les dificulta captar mensajes educativos de forma escrita y verbal debido a las limitaciones descritas.

En relación a la edad se reporto un mayor número de casos en el grupo etáreo de más de 40 años con el (45.2%), debido a que estos pacientes que se encuentran en los extremos de la vida cursan con enfermedades concomitantes crónicas en la mayoría de los casos y un sistema inmunológico deficiente, que los hace propenso a enfermedades dérmicas, disminuyendo el número de casos a menor edad. Estos datos se asemeja con lo expresado en la literatura principalmente mexicana con relación a la edad en que un 47% de las dermatosis predomina en mayores de 40 años. ⁽⁵⁾



CONCLUSIONES

Del análisis de datos recopilados en el estudio que se llevo a cabo de los pacientes diagnosticados con enfermedades de la piel en el departamento de Medicina Interna del Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello se llegó a las siguientes conclusiones:

La frecuencia de las enfermedades dermatológicas durante el periodo de estudio fue de 698 casos, que representa el 12 % del total de pacientes admitidos.

El grupo de edad más afectado es el de mayor de 40 años, con predominio del sexo femenino, de ocupación domestica y de escolaridad primaria, en su mayoría la población es del área rural.

Según etiología predomino el tipo infeccioso con el 58.4 5 de los casos.

Las afecciones dermatológicas tienen una alta frecuencia en el segundo nivel de atención y por tanto comprende un grupo importante de la morbilidad.



RECOMENDACIONES.

- ✓ Dar seguimiento a investigaciones futuras de este orden, relacionado a factores de riesgo y etiología con aislamiento bacteriológico de pacientes con diagnóstico enfermedad dermatológica.

- ✓ Implementar estrategias de salud en prevención, dirigidas a la población más vulnerable (Rural) y con esto disminuir la incidencia de enfermedades dermatológicas.

- ✓ Capacitar al personal que labora en las unidades de salud de atención primaria en relación a la detección de factores de riesgo para desarrollar enfermedades dermatológicas, ya que en su mayoría estas afecciones se pueden tratar ambulatoriamente.



BIBLIOGRAFÍA

1. GROSSHAN E: Erysipelas: Clinicopathological classification and terminology. Ann Dermatol Venereol 2001;128 :128:307-11.
 2. BONNETBLANC JM, BEDANE C: Erysipelas: recognition and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4(3):157-63.
 3. BERNARD P, BEDANE C, MOUNIER M, DENIS F, BONNETBLANC JM: Bacterial dermo-hypodermatitis in adults. Incidence and role of streptococcal etiology. Ann Dermatol Venereol 1995 ; 122 :495-500.
 4. DUPUY A: Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors. Ann Dermatol Venereol 2001; 128:312--16.
 5. BISNO AL, STEVENS D: Streptococcal infections of skin and soft tissues. N Engl J Med 1996: 334: 240-5.
 6. Drake LA, Dinehart SM et al. AAD. Guidelines of care for Mohs micrographic surgery. Dermatology World. 17-23, 1994.
 7. Abreu A, Lovio Z, Larrondo RJ. Dermatología en la atención primaria de salud. Avanc Méd 1998;5(16):8-10.
 8. Bennett C, Plum F. Cecil. Tratado de medicina interna. 20ª ed. Tomo III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1998;t3:2527-68.
 9. Lawrence m, stephen j, maxine p. diagnóstico clínico y tratamiento. 39ª ed Manual moderno 2004;
 10. Manuel R, Jose H, Alberto L, Joaquín L. El Internista. Medicina Interna para internistas. Segunda edición. McGraw Hill. Interamericana 2002, 1326-1328.
 11. Fitzpatrick T, Eisen A y cols. DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1979.
 12. Andrews, TRATADO DE DERMATOLOGIA. Editorial Salvat Y Ed. Masson. 4ta. Edición. 1994. p792-809.
-



13. Arenas, R. DERMATOLOGIA- ALTAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Editorial Mc-Gran -Hill Interamericana. 2da. Edición 1996.
14. Pacheco, S. N, Guía Dermatológica Básica, 1ra ed. Managua, Nicaragua. Editorial Universitaria. 1994.
15. Estadísticas de Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello León. 2007.
16. Braun Falco, Otto et al. Dermatology. 3ra ed. New Cork Springer-Verlang 1991. Pag. 32-36.
17. Clínicas Dermatológicas. Tratamiento dermatológico sistémico. Vol.1/2001. Pág. 25
18. Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica. Vol. 3 Pág. 136-141.
19. Journal of the American Academy of Dermatology Enero 2008 Volume 46 No.6 pag.837.
20. Piel. Formación continúa en dermatología. Vol. 18, núm.10; Pág. 548-550.
21. Rook. Tratado de Dermatología. Infección por virus y microorganismos relacionados. Rook vol.1, 1989 Pág. 749-455.
22. www.e-dermatosis-ca.com

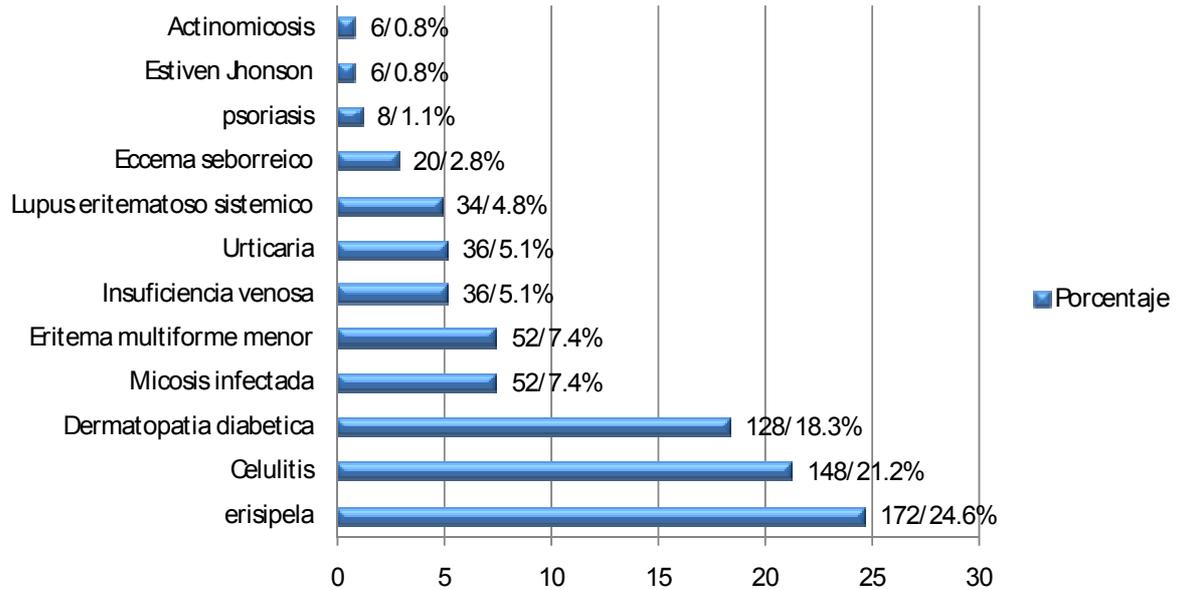


ANEXO



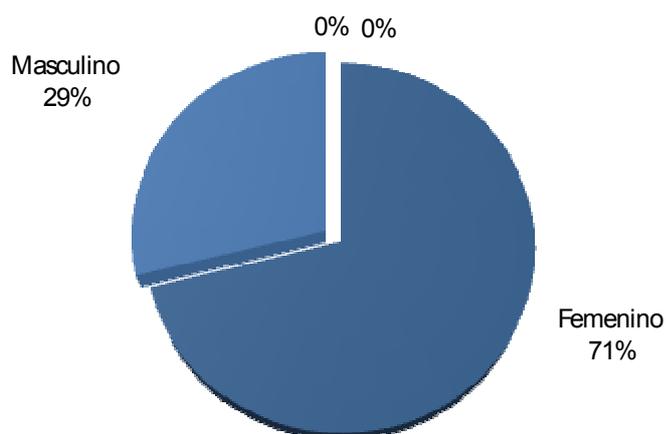
Frecuencia de las Enfermedades Dermatológicas en el Departamento de Medicina Interna del HEODRA de Enero del 2008 a Diciembre del 2009.

FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN EL HEODRA ENERO 2008-DICIEMBRE 2009.



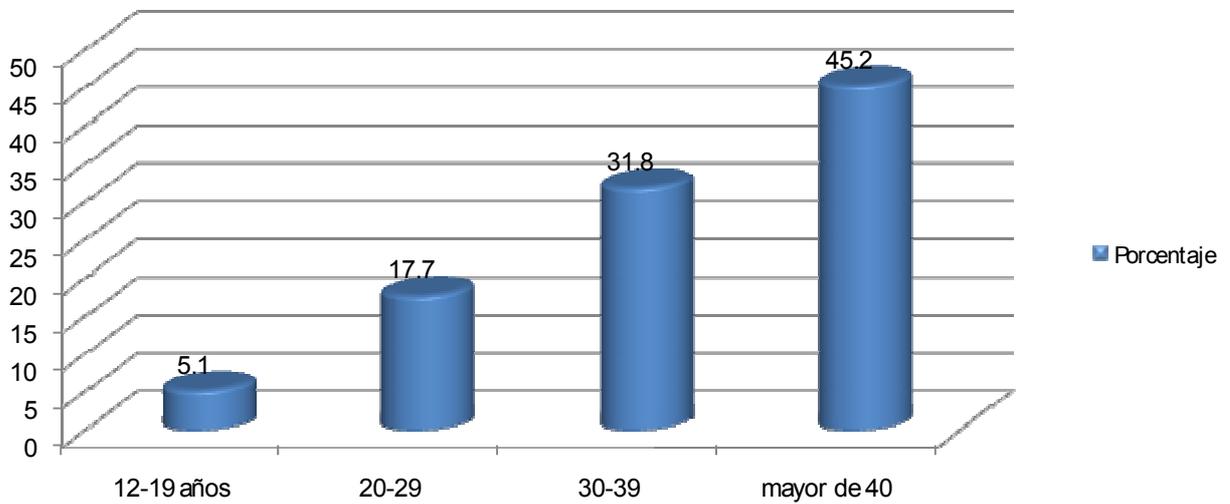


Sexo de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedades dermatológicas al HEODRA de Enero del 2008 a Diciembre del 2009.



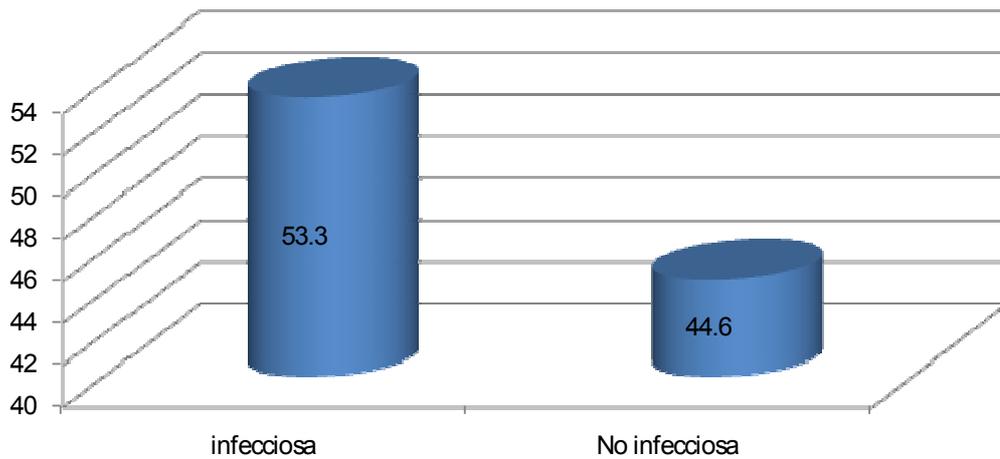


EDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS AL HEODRA DE ENERO 2008-DICIEMBRE 2009.



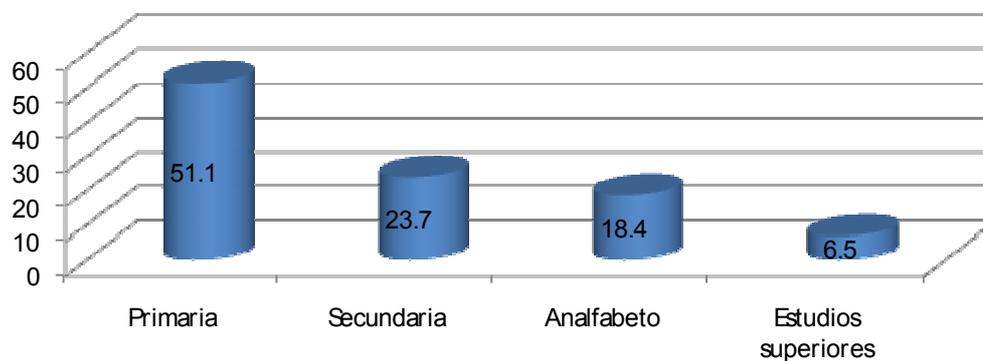


Etiología de las Enfermedades dermatológicas de los pacientes ingresados al HEODRA Enero 2008- Diciembre 2009.



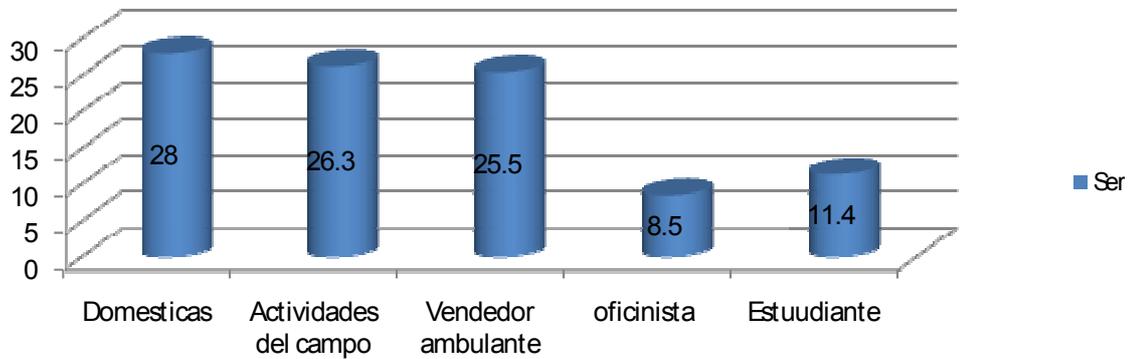


Escolaridad de los pacientes ingresados con enfermedades dermatológicas al HEODRA de Enero 2008-Diciembre 2009.





Ocupacion de los pacientes ingresados con enfermedades dermatologicas al HEODRA Enero 2008-Diciembre 2009.





Procedencia de los pacientes ingresados por enfermedades dermatológicas al HEODRA de Enero 2008-Diciembre 2009.

0 0

38.6

61.3

■ Rural
■ Urbano



Consentimiento Informado.

Yo _____ doy mi consentimiento de participar en el trabajo de investigación que lleva por título.

Frecuencia de las enfermedades dermatológicas en el departamento de medicina interna del Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo comprendido Enero 2008 - Diciembre 2009.

He pedido información de los objetivos, los riesgos y que puedo retirarme en el momento que estime conveniente.

Estando de acuerdo con todo lo explicado firmo mi consentimiento.

Nota:

Esta hoja debe ser utilizada por cada sujeto investigado conforme las regulaciones de la declaración de el Helsinki

León _____ de _____ del
_____.

Firma del paciente.



Frecuencia de las Enfermedades Dermatológicas en el Departamento de Medicina Interna del HEODRA de Enero del 2008 a Diciembre del 2009.

ICONOGRAFIA DE SERIE DE CASOS



Figura 1.

Stiven Jhonson



Figura 2.

Lupus E. Sistemico.





Figura 3.

Urticaria



Figura 4.

Erisipela





Figura No5.

Micosis Infectada.



Figura No6.



Frecuencia de las Enfermedades Dermatológicas en el Departamento de Medicina Interna del HEODRA de Enero del 2008 a Diciembre del 2009.

Actinomicosis





Figura No7.

Celulitis



Figura No.8.

Eccema seborreico





Figura No. 9

Eritema multiforme



Figura No. 10.

Dermatopatía diabética

