

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

11226
107

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E., TUXPAN, VER.

LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL MODULO F.O.V.I.S.S.S.T.E. No. 1, DE TUXPAN,
VER., EN EL PERIODO ABRIL-1992, A DICIEMBRE-1994.

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MATILDE VERDE RIVERO



TUXPAN, VER.

286638 MARZO

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

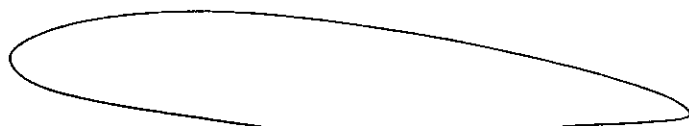
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

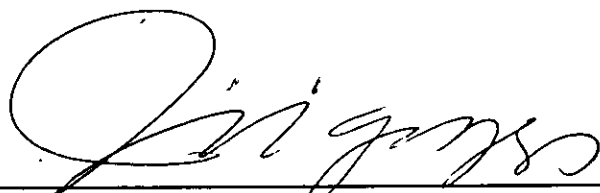
LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL MODULO F.O.V.I.S.S.S.T.E. No. 1, DE TUXPAN VER.,
EN EL PERIODO ABRIL-1992, A DICIEMBRE-1994.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MATILDE VERDE RIVERO



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

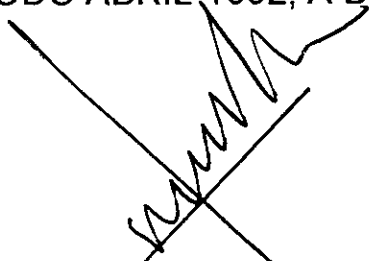


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

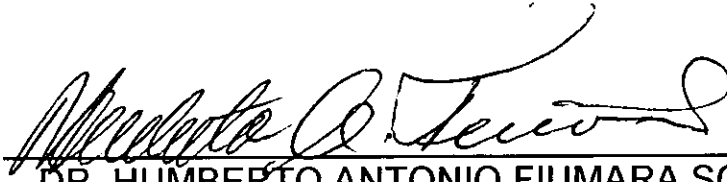
PRESENTA

DRA. MATILDE VERDE RIVERO

LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL MODULO F.O.V.I.S.S.S.T.E. No. 1, DE TUXPAN VER.,
EN EL PERIODO ABRIL-1992, A DICIEMBRE-1994.



DR. DANIEL CASTILLO MERCADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA
HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. EN TUXPAN, VER.



DR. HUMBERTO ANTONIO FIUMARA SOSA
ASESOR TECNICO



DR. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR I.S.S.S.T.E.

I. S. S. S. T. E. DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
02 JUL. 1999
Vo. Bo.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

TUXPAN VER., MARZO 1996

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
TIPO DE ESTUDIO	14
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	14
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
CRITERIO DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	15
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION	16
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INF.	17
CONSIDERACIONES ETICAS	19
RESULTADOS (CUADROS Y GRAFICAS)	20
DISCUSION	31
CONCLUSIONES	32
SUGERENCIAS	34
BIBLIOGRAFIA	35
CEDULA DE REGISTRO DE LA INFORMACION	38
RESUMEN	39

INTRODUCCION

Los problemas dermatológicos últimamente han incrementado su frecuencia como motivo de consulta en las unidades de Atención Médica (21). Son múltiples los factores que intervienen, los cuales al interactuar con el individuo se pudieran manifestar como una enfermedad dermatológica. Dentro de estos factores tenemos: hereditarios, genéticos, inmunológicos, neurológicos, económicos y psicosociales y dentro de este último factor podemos incluir el estrés, el cual dado nuestras condiciones sociales-económicas, se ha convertido en un elemento clave en este tipo de padecimientos.

Así también es necesario considerar que la piel es un órgano de revestimiento externo, expuesto no solo a los factores internos propios del individuo, sino también a los cambios climatológicos, por lo cual así tenemos padecimientos que se presentan en determinadas épocas del año.

Como se mencionó previamente el origen de estas entidades nosológicas es multifactorial. lo cual hace necesario continuar investigaciones enfocadas a la triada ecológica: agente-huésped y medio ambiente, por lo que el propósito de este trabajo es estudiar el comportamiento de la diez dermatosis más frecuentes respecto a "factores del huésped ": edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, y patrón topográfico de presentación de la enfermedad.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Las afecciones dermatológicas son tan antiguas como el hombre mismo, así tenemos que en el caso de la dermatitis de contacto existen descripciones desde los papiros del antiguo Egipto, reconocida como entidad nosológica en 1920, esto por mencionar un ejemplo.

Atendiendo a los cambios que se han experimentado en el huésped, agente y medio ambiente en las últimas décadas se han incrementado los problemas dermatológicos. Son múltiples los factores que intervienen, los cuales al interrelacionarse con el sujeto y dependiendo de la idiosincracia de éste, éste pudiera traducirse como una enfermedad dermatológica. (1,2,3).

La piel es un órgano de revestimiento externo. No es una envoltura inerte, es un órgano anatómico y funcionalmente complejo el cuál es marcador importante de salud. (4,5). De las múltiples funciones de la piel la de ser barrera es una de las más destacables, gracias a esto se evitan diversas alteraciones, la función de barrera puede ser modificada por factores individuales (sexo, edad). Internos (sustancias higroscópicas, proteínas fibrosas, pérdida transepidérmica de agua) y externos (humedad relativa, temperatura ambiental) (6,7,8).

La función de la piel está diseñada para dar protección mantenimiento en la apariencia y textura así como regulación de la temperatura corporal, cuando existe alteración de dicha función

observamos como consecuencia deshidratación alteraciones, electrolíticas, infección e intoxicación percutánea, ejemplos de dermatosis que poseen afección directa por alteraciones en la función de barrera de la piel son: psoriasis por incremento importante en la proliferación de los queratinocitos, dermatitis atópica etc. (10,11,12).

En una revisión de las clasificaciones de los tipos de piel propuesta por diversos autores: Quiroga, Guillot, Fitzpatrick, Obagi, Glogau y Rubin, ha sido de gran utilidad su conocimiento para la clasificación integral del tipo de piel, de los pacientes, para el manejo y tratamientos de diferentes dermatosis, (10, 11).

Es un hecho indiscutible la diversidad de las distintas razas humanas con características, fenotípicas diferentes y variadas.

La piel humana refleja objetivamente una gama amplia de variantes, en personas de distintas edades, orígenes étnicos, regiones geográficas etc. Que hace muy complejo el análisis de los distintos tipos de piel en el ser humano (2,4,8).

Por otra parte, la apariencia de la piel humana normal depende de su estructura, así como de sus elementos constitutivos: cromóforos (sustancias que absorben la luz) tales como la hemoglobina y la melanina, y dispersantes "Scatterers" (cualquier estructura cuyo índice de refracción es diferente del que corresponde al medio en que se encuentra) como el estrato córneo o la dermis (colágena).

El color de la piel humana normal depende de la interacción con la fuente de luz que incide sobre ella. (7,8,9).

El dermatólogo debe conocer en forma profunda e integral el órgano llamado piel y debe manejar en forma precisa estas clasificaciones y utilizar la que mejor corresponda a la dermatosis en estudio al realizar la historia clínica dermatológica. (11,12,13).

Clasificar correcta e integralmente el tipo de piel del paciente, permitirá el manejo tratamiento médico y /o quirúrgico óptimos de las dermatosis a tratar, así como conocer y pronosticar las respuestas a la terapéutica indicada (13,14,15).

Las clasificaciones Quiroga y Guillot de la escuela Argentina (2) han propuesto una clasificación cosmética, dividiendo a las variedades de piel en seis tipos: La piel eudérmica se caracteriza por una superficie lisa, lubricada humedecida, perfectamente equilibrada por la emulsión de sus secreciones, en general del tipo aceite en agua, es la piel típica de los niños. (16 17).

La piel grasa es brillante oleosa untuosa, con predominio de la secreción grasa que forma una emulsión de tipo de agua en aceite. La alíptica se describe como la piel seca debido a una secreción sebácea insuficiente, aunque puede mantener su contenido acuoso normal. La piel deshidratada también es un tipo de piel seca caracterizada por una disminución del contenido acuoso.

La piel deshidratada es también un tipo de piel seca caracterizada por una disminución del contenido acuoso. Normalmente la piel de los niños es más hidratada que la del adulto así como también la piel de la mujer con respecto a la del hombre sobre todo en ciertos estados fisiológicos (periodo menstrual, embarazo).

La piel mixta designa la coexistencia en la misma persona de la piel grasa en la zona centrofacial (frente, dorso de nariz, mentón) y piel deshidratada o alípica en la periferia. (14,18,19)

La conocida clasificación de Thomas Fitzpatrick (4,7,8). Se basa en el color de la piel y en su reactividad a la exposición solar clásicamente divide a la piel en seis fototipos que van desde la piel blanca que siempre se quema y nunca se broncea, hasta la piel negra que nunca se quema y se broncea con facilidad.

La clasificación de la piel según Obagi (2,4,8) toma en cuenta los siguientes parámetros: Color, grosor, grado de oleosidad, laxitud y fragilidad.

Durante la última década han surgido otras clasificaciones propuestas por destacados cirujanos dermatólogos, cuyo propósito es clasificar a la piel según el grado de fotodaño. Glogau (4,8) ha desarrollado una clasificación de la piel para definir el grado de fotoenvejecimiento, la cual es muy útil para evaluar el daño actínico de la piel, divide a la piel desde fotoenvejecimiento leve, hasta fotoenvejecimiento severo. (2,3,9).

Rubin en 1995 (8,9) propuso otra clasificación de los tipos de la piel según el fotodaño, basándose en la profundidad histológica de los cambios clínicos visibles dividiendo en tres niveles.

Nivel 1 alteraciones epidérmicas, la mayor parte de las alteraciones son pigmentarias y de textura e incluyen efélides, lentigos y una textura áspera de la piel debido a un estrato córneo engrosado.

Nivel 2 alteraciones epidérmicas y dérmicas (dermis papilar) mismos signos clínicos que las alteraciones del nivel I siendo los cambios pigmentarios y de textura más marcados.

Nivel 3 alteraciones epidérmicas y dérmicas, es la forma más severa de fotodaño, mostrando más arrugas profundas. Con una piel más engrosada y frecuentemente amarillenta, pueden encontrarse algunos comedones abiertos (14,16.17).

En la actualidad se ha despertado un gran interés por los aspectos emocionales que se asocian con determinadas enfermedades, especialmente con las de expresión dermatológica.

Se ha observado que los factores psicosociales contribuyen en originar y/o exacerbar los procesos dermatológicos en diversos grados, así por ejemplo existen evidencias de que la depresión condiciona un grado de alopecia areata, deformando la imagen corporal del individuo y perpetuando de esta manera un círculo vicioso difícil de romper (10,11).

En algunas personas con autoestima baja con incapacidad de adaptación social, con alteraciones de la personalidad, la piel adquiere condiciones muy específicas que son visibles y fomentan un mayor desequilibrio psicológico. Estas adquieren mayor importancia en las etapas críticas del desarrollo, como por ejemplo en la adolescencia en donde se observa un incremento de los trastornos psicológicos por la presencia de acné, deformando la imagen corporal de los individuos afectados y condicionando un mayor grado de estrés (12,13,14).

Además el estrés es un factor que se debe considerar en los procesos patológicos dermatológicos, ya que exacerba enfermedades como psoriasis y neurodermatitis, interfiriendo en el manejo terapéutico y perpetuando dichos procesos (15,16).

Entre las enfermedades dermatológicas que con mayor frecuencia se asocian con trastornos psicológicos podemos enunciar a la psoriasis, urticaria idiopática crónica, dermatitis atópica, acné vulgar y alopecia areata, independientemente de la etiología de cada padecimiento (11,17).

La importancia de la relación de los trastornos psicológicos con la presencia de enfermedades dermatológicas se ha podido poner de manifiesto con los resultados obtenidos por la psicoterapia asociada al tratamiento farmacológico (18,19).

Mucho se ha enfatizado en la importancia que tiene la piel como órgano de comunicación, desempeñando un rol fundamental en la socialización del individuo.

Así mismo es importante mencionar el papel que juega la ocupación en ciertas dermatosis (tiñas), por ejemplo los trabajadores de las fábricas textiles (12).

Así también, no podemos dejar de negar que las tiñas se consideran una enfermedad familiar transmisible por promiscuidad y medidas higiénicas deficientes.

Debe revalorarse el papel que desempeñan, los hongos ya que su presencia patogénica ha sido confirmada con el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas. La Onicomycosis se considera rara en niños y por lo general se presenta en la edad prepuberal, siendo en últimas décadas muy frecuentes en pacientes con infección VIH SIDA con una frecuencia de hasta 40 % (12-15)

También con la finalidad de enfatizar el papel que juegan algunas ocupaciones en la presentación de algunas dermatitis por contacto, no podemos omitir el mencionar la enorme predisposición de las personas que manejan solventes o detergentes.

La dermatología ofrece un campo particularmente interesante, ya que la morfología, parte importante de la descripción, de las dermatosis permite establecer con mayor facilidad comparaciones

básicas entre las descripciones tradicionales y las actuales, así mismo la dermatología es rica en dichos términos, por lo tanto tienen interesantes connotaciones étnicas y culturales.

La consulta diaria del dermatólogo, está llena de vocablos como ronchas, escozor, roña, salpullido, prurito, mezquinos, hongos, erupciones y jotes, produciéndose desde el momento de la conquista española hasta nuestros días relación entre el modelo médico hegemónico y las prácticas médicas populares o tradicionales (12).

¿Hacia dónde va la investigación dermatológica?

En enero de 1997 se llevó a cabo en la CD. De México el primer congreso de la sociedad de investigación Dermatológica Latinoamericana (SIDLA) con la presencia de investigadores de México, Estados Unidos de América, Guatemala, Colombia, Chile, Bélgica, y Austria.

EL SIDLA es tal vez la más joven de las asociaciones dermatológicas en Latinoamérica y fue creada en 1996 con el propósito de estimular y difundir la investigación básica dermatológica en Latinoamérica y promover la formación de nuevos investigadores. (19)

El objetivo fundamental es promover esta investigación entre las nuevas generaciones y pretende fomentar el interés por el conocimiento de los aspectos básicos de la fisiología y patología cutáneas.

En todas las ramas de la medicina, el empirismo prevaleció por siglos y ha sido sustituido por procedimientos de diagnóstico y tratamientos derivados de la utilización del método científico.

La dermatología es una de las especialidades de la medicina que más ha evolucionado en las últimas décadas.

Hoy el dermatólogo tiene una jerarquía y se ha hecho respetar, ya que por años, muchos especialistas tuvieron la idea de que la dermatología no era compleja y que los padecimientos solían curarse fácilmente, con el médico, sin el médico o a pesar del médico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De entre las causas principales de consulta externa en nuestra unidad, se encuentran los padecimientos dermatológicos (20), así de acuerdo a reportes epidemiológicos (1, 21-23) se tiene que las tiñas, escabiasis, verrugas vulgares, psoriasis, y dermatitis solar se encuentran dentro de las diez dermatosis más frecuentes en nuestro medio.

Esto sin duda alguna tiene algunas diferencias de acuerdo a las características locales del suelo y clima, tal es el caso de Tuxpan, Ver., donde por mencionar un ejemplo se tiene que las escabiasis ocupa un 4º. lugar, según un autor (22), y un 6º. lugar según otra institución (23). No obstante, a pesar de que las condiciones del clima en este lugar son propicias para el desarrollo de estos padecimientos dermatológicos, la investigación al respecto es mínima, lo que hace prioritario iniciar los estudios sobre esta línea de investigación, si es que aspiramos a continuar mejorando la atención sobre este tipo de problemas motivo por el cual se realiza el siguiente planteamiento.

¿Cuál es el comportamiento de las diez dermatosis más frecuentes en el módulo FOVISSSTE No. 1 en Tuxpan, Ver. Respecto a las variables: edad, sexo, ocupación, lugar de residencia y patrón topográfico de presentación de la enfermedad?

JUSTIFICACION

El paciente dermatológico representa el 40 al 50% de la consulta general a nivel de la consulta externa del modulo FOVISSSTE, en Tuxpan, Ver. (20); y siendo un problema multifactorial en el que confluyen infinidad de factores, y como es totalmente imposible pretender abordar simultáneamente todos estos factores, sino que lo factible es avanzar con aproximaciones sucesivas hacia el objeto del conocimiento, es por eso que el estudio realizado se enfocó hacia variables como: edad, sexo, ocupación, lugar de residencia y patrón topográfico de presentación de la enfermedad .

La información aportada por este estudio, permitirá rediseñar los programas educativos para el derechohabiente y los programas de actualización para el médico.

En términos generales, con este tipo de investigaciones se abre la posibilidad para nuestra institución de continuar mejorando la Calidad de Atención Médica.

OBJETIVOS

Objetivo general.

-Exploración mediante casos retrospectivos del comportamiento de las diez dermatosis más frecuentes en la consulta externa del módulo FOVISSSTE No. 1 de Tuxpan, Ver. , En el periodo: abril de 1992 a diciembre de 1994, de acuerdo a edad , sexo ocupación , lugar de residencia y patrón topográfico de presentación de la enfermedad.

Objetivos específicos.

-Identificar las diez dermatosis más frecuente en él módulo FOVISSSTE no. 1 de Tuxpan Ver. En el periodo: abril / 1992 a diciembre / 1994.

-Distinguir los grupos de edad más susceptibles a las dermatosis señaladas.

Identificar el comportamiento de la dermatosis más frecuente de acuerdo al sexo

-Conocer la relación de la frecuencia de estos padecimientos con la ocupación

-Identificar la importancia del lugar de residencia respecto a las diez dermatosis más frecuentes.

-Describir el patrón topográfico de las dermatosis más frecuentes (típico o atípico).

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional (serie de casos).

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

- POBLACION: 800 expedientes que es el total de expedientes con que se cuenta en el Módulo FOVISSSTE No. 1
- LUGAR: Clínica Hospital del ISSSTE, Tuxpan, Ver., Módulo FOVISSSTE No. 1.
- PERIODO: Abril / 1992 a diciembre / 1994.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- TIPO: Muestra no probabilística, por conveniencia o fortuita (24).
- TAMAÑO: 600 expedientes.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

A).- Criterios de inclusión para los casos:

- Expedientes de casos de la clínica hospital del ISSSTE, Tuxpan, Ver., Módulo FOVISSSTE No. 1.
- Con diagnóstico de certeza de enfermedad dermatológica.
- Consultas subsecuentes de la Consulta Externa de Módulo FOVISSSTE NO. 1.
- Controlados en la consulta externa de dermatología.
- Estudiados en el periodo; abril / 1992 a diciembre / 1994.
- Que estén dentro de las dermatosis atendidas en la Consulta Externa del Modulo FOVISSSTE No. 1 y Dermatología.

B).- Criterios de exclusión para los casos:

- Con diagnóstico de probable o a descartar.
- Que hallan recibido su atención médica fuera del período de estudio.

C).- Criterios de eliminación:

- Expedientes que tengan información incompleta respecto a las variables estudiadas.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se realizó un estudio "serie de casos" (retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional) en población derechohabiente de la Clínica Hospital de Zona del ISSSTE, Módulo FOVISSSTE No. 1, Tuxpan, Ver., En el periodo abril / 1992 a diciembre / 1994.

Se estudió una muestra por conveniencia (24) de 600 expedientes pertenecientes a casos con diagnóstico de algún tipo de dermatosis.

Los criterios de inclusión principales: casos con edad de 0 a 65 años que tuvieran diagnóstico de certeza de alguna dermatosis.

Los criterios de eliminación más importante para no considerar el caso, fue que el expediente tuviera información incompleta respecto a las variables estudiadas.

Antes de iniciar el proceso de recolección de la información, se elaboró bajo asesoría de un investigador con experiencia una cédula que contiene los siguientes datos: Nombre, No. de afiliación, Categoría de derechohabientes, Edad, Sexo, Ocupación, Lugar de residencia y características de habitación, Cuadro clínico de la dermatosis, Características topográficas de la dermatosis, Fecha de atención médica (véase página 38) para recoger la información que permitiera

registrar, organizar y analizar apropiadamente los datos pertinentes para este trabajo.

En archivo la primera tarea consistió en identificar de las relaciones de pacientes del período abril /1992 a diciembre / 1994, 600 casos con diagnóstico dermatosis, quedándonos con 315 con diagnóstico de certeza (ver criterios de inclusión, exclusión y eliminación). Posteriormente utilizando la cédula de registro, se inició la revisión de los expedientes, registrándose datos de identificación, del derechohabiente (nombre, categoría, y número de afiliación) así como datos pertinentes de las variables de estudio: edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, cuadro clínico y características topográficas de la dermatosis.

Se aplicó estadística descriptiva, observándose las distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) de las categorías de las variables investigadas. (24).

CONSIDERACIONES ETICAS

El punto básico que se llevó a cabo fue el respeto hacia los pacientes y su padecimiento, empleando nuestros conocimientos en beneficio del paciente y como único objetivo su bienestar y tener en cuenta nuestro alcance y limitaciones para dar una orientación adecuada, procediendo con la mayor precaución con respecto a los métodos de tratamiento, y saber en que momento enviarlo a otro nivel.

En los pacientes adolescentes de acné, se trato de dar orientación, individual y familiar, para ayudarlos en el trauma que ocasiona este padecimiento, dando apoyo psicológico.

Citando a los familiares para que además de ayudarlos a llevar su tratamiento recibieran el apoyo psicológico y social no solo a los de acné si no también a los padecimientos de larga evolución y crónicos ya que los pacientes con problemas dermatológicos llegan a aislarse.

RESULTADOS

Se estudió una muestra por conveniencia de 600 expedientes, y el dato sobre las diez dermatosis más frecuentes se obtuvo de 315 casos. En 135 casos se observaron dermatosis menos frecuentes, las cuales no fueron consideradas por no corresponder al propósito de este trabajo; 150 expedientes fueron eliminados por no reunir la información requerida para esta investigación .

Se formaron siete grupos de edad con intervalos de clase de diez años. Los grupos de edad de "10-19- y 20-29 años" fueron los más afectados por las siguientes dermatosis: tiñas, verrugas vulgares, escabiasis, pitiriasis y acné (tabla No. 1 y figura No. 1.).

Respecto al género se encontró que el sexo femenino estuvo mayormente afectado por las tiñas, verrugas vulgares, pitiriasis. En cambio el acné y dermatitis solar se presentan con más frecuencia en el sexo masculino.

Las dermatosis de etiología relacionada con factores psicosociales (neurodermatitis, psoriasis, vitigilio) se observaron principalmente en casos femeninos (tabla No. 2 y figura No. 2).

En cuanto a la ocupación, se observa mayor número de casos de tiñas dentro de las amas de casa. Las verrugas vulgares, escabiasis, pitiriasis y acné se presentaron más frecuentemente en los estudiantes (tabla No. 3 y figura No. 3) en relación al lugar de

residencia, las tiñas y escabiasis se presentaron en forma mas frecuente en los medios suburbano y rural.

Los padecimientos dermatológicos relacionados con factores psicosociales (neurodermatitis, psoriasis, vitiligo) se observaron con mayor frecuencia en el medio urbano (tabla No. 4 y figura No. 4).

El comportamiento del patrón topográfico de todos los casos estudiados fue típico (tabla No. 5).

TABLA No. 1

COMPORTAMIENTO DE LAS DIEZ DERMATOSIS MAS
FRECIENTES DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD

DERMATOSIS	GRUPO DE EDADES							TOTAL
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
TIÑAS	20	30	50	30	20	20	20	190
ESCABIASIS	5	10	5	3	1	1	1	26
VERRUGAS VULGARES	0	10	10	4	2	1	-	27
ACNE	0	10	3	0	0	0	0	13
DERMATITIS SOLAR	1	3	5	1	0	0	0	10
NEURODERMA- TITIS	2	6	2	2	0	0	0	12
DERMATITIS DEL PAÑAL	8	0	0	0	0	0	0	8
PSORIASIS	0	0	2	2	1	2	2	9
PITIRIASIS	1	8	5	0	1	0	0	15
VITILIGO	0	0	1	1	0	1	2	5
TOTAL	37	77	83	43	25	25	25	315

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD.

TABLA No. 2

RELACION DE LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES RESPECTO AL SEXO

DERMATOSIS	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
TIÑAS	80	110	190
ESCABIASIS	13	13	26
VERRUGAS VULGARES	12	15	27
ACNE	8	5	13
DERMATITIS SOLAR	6	4	10
NEURODERMA TITIS	5	7	12
DERMATITIS DEL PAÑAL	4	4	8
PSORIASIS	4	5	9
PITIRIASIS	3	12	15
VITILIGO	2	3	5
TOTAL	137	178	315

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD.

TABLA No. 3

DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES DE ACUERDO A LA OCUPACION.

DERMATOSIS	OCUPACION						TOTAL
	LACTANTES	AMAS DE CASA	ESTUDIANTES	EMPLEADOS	OBREROS	PROFESIONISTAS	
TIÑAS	-	80	50	20	30	10	190
ESCABIASIS	6	4	4	2	7	3	26
VERRUGAS VULGARES	-	7	15	0	5	0	27
ACNE	0	0	10	0	2	1	13
DERMATITIS SOLAR	1	2	4	1	2	-	10
NEURODERMATITIS	3	2	4	1	0	2	12
DERMATITIS DEL PAÑAL	8	0	0	0	0	0	8
PSORIASIS	0	4	0	1	2	2	9
PIITIRIASIS	0	3	8	2	2	0	15
VITILIGO	0	2	-	-	2	1	5
TOTAL	18	104	95	27	52	19	315

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD.

TABLA No. 4

LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES Y SU RELACION CON EL LUGAR DE RESIDENCIA.

DERMATOSIS	LUGAR DE RESIDENCIA			TOTAL
	URBANO	SUBURBANO	RURAL	
TIÑAS	69	108	13	190
ESCABIASIS	7	9	10	26
VERRUGAS VULGARES	15	5	7	27
ACNE	10	2	1	13
DERMATITIS SOLAR	10	0	0	10
NEURODERMATITIS	9	2	1	12
DERMATITIS DEL PAÑAL	7	1	0	8
PSORIASIS	9	0	0	9
PTIRIASIS	13	1	1	15
VITILIGO	5	0	0	5
TOTAL	154	128	33	315

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD.

TABLA No. 5

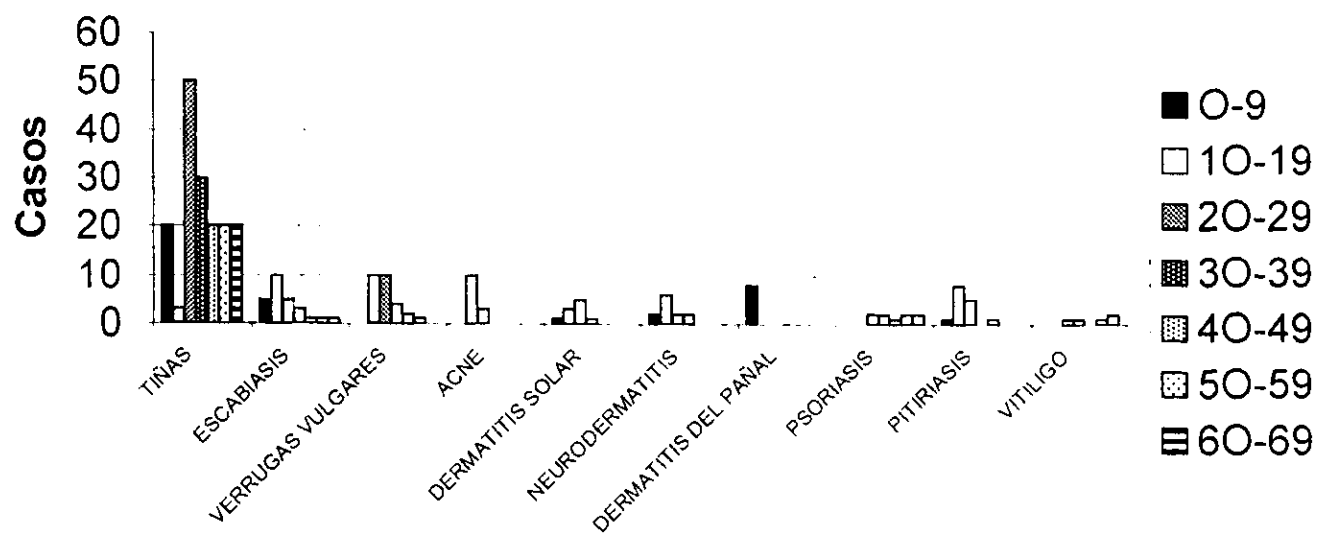
PATRON TOPOGRAFICO DEL CUADRO CLINICO DE LAS DIEZ
DERMATOSIS MAS FRECUENTES.

DERMATOSIS	TOPOGRAFIA		TOTAL
	TIPICA	ATIPICA	
TIÑAS	190	0	190
ESCABIASIS	26	0	26
VERRUGAS VULGARES	27	0	27
ACNE	13	0	13
DERMATITIS SOLAR	10	0	10
NEURODERMA TITIS	12	0	12
DERMATITIS DEL PAÑAL	8	0	8
PSORIASIS	9	0	9
PTIRIASIS	15	0	15
VITILIGO	5	0	5
TOTAL	315	0	315

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD.

FIGURA No. 1

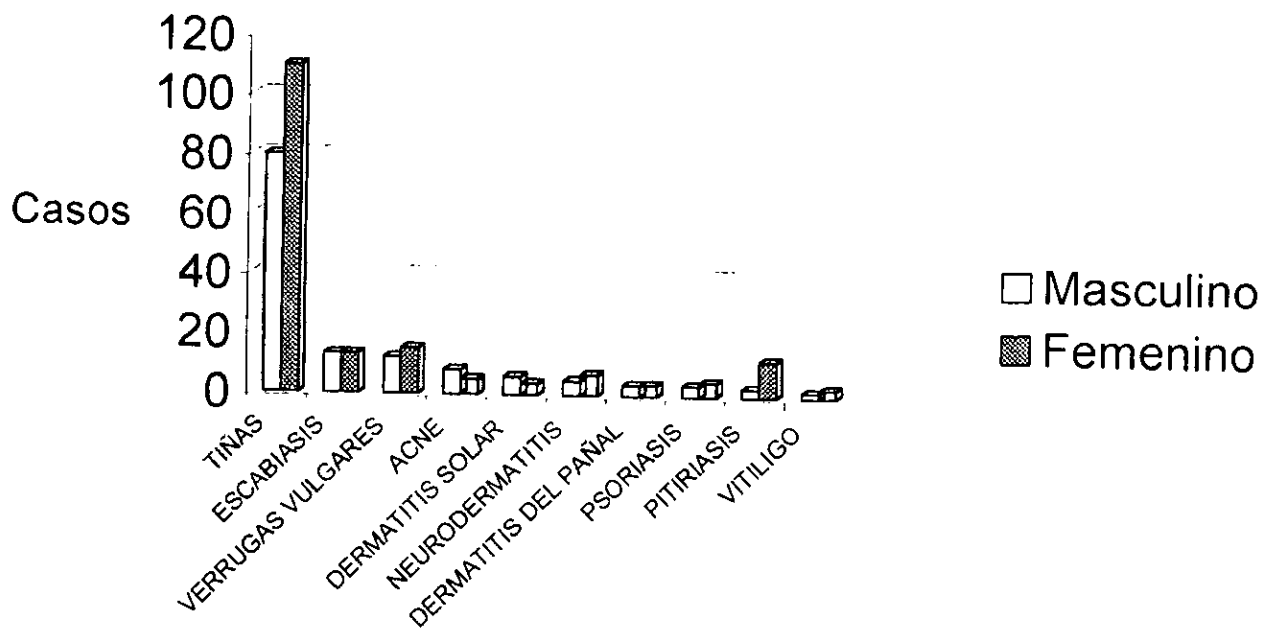
DERMATOSIS MAS FRECUENTES



Diez dermatosis más frecuentes
Fuente: Archivo clínico de la unidad.

FIGURA No. 2

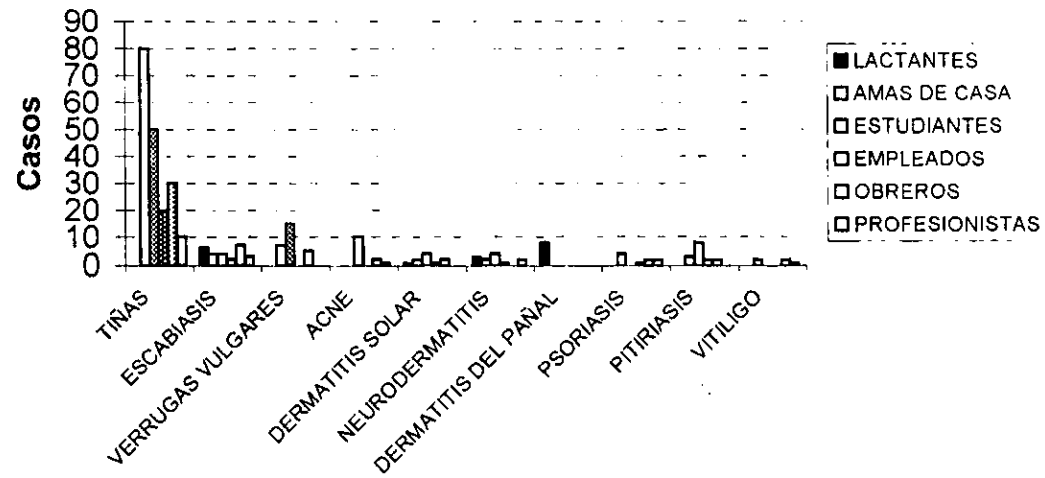
DERMATOSIS MAS FRECUENTES



Diez dermatosis más frecuentes
Fuente: Archivo clínico de la unidad.

FIGURA No. 3

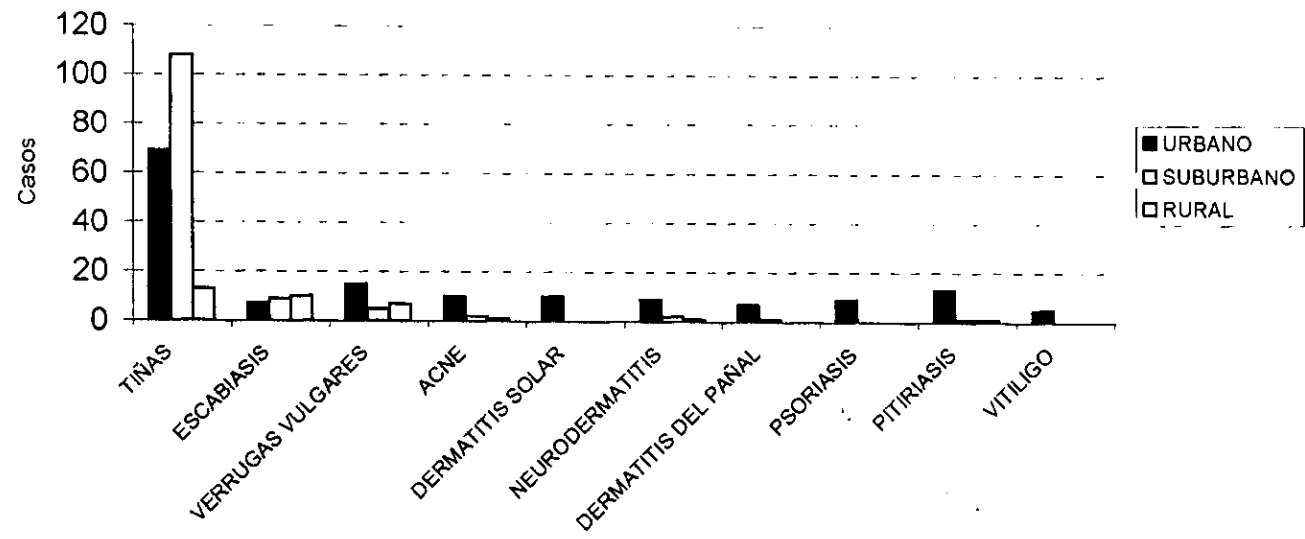
DERMATOSIS MAS FRECUENTES



Diez dermatosis más frecuentes
Fuente: Archivo clínico de la unidad.

FIGURA No. 4

DERMATOSIS MAS FRECUENTES



Diez dermatosis más frecuentes
Fuente: Archivo clínico de la unidad.

DISCUSION

Al analizar las variables estudiadas, se encontró que existen dermatosis como las tiñas y dermatitis de contacto que están asociadas con la ocupación y presencia de humedad, lo cual coincide con lo señalado por Rodríguez y Grimal (8,12).

Las condiciones de insalubridad y nivel sociocultural continúan jugando una función relevante en la presencia de dermatosis tales como tiñas, verrugas vulgares y escabiasis, tal y como lo expresa Ortiz (3, 20).

En el sexo femenino se observaron mayor número de dermatosis (neurodermatitis, psoriasis, vitigilio)cuya etiología está relacionada con factores psicosociales, estando ésto acorde con lo mencionado por otros autores (10,17).

Las neurodermatitis, psoriasis y vitigilio son problemas de etiología multifactorial, y ésto se ha podido poner de manifiesto ya que existen casos a los cuales se les ofrece tratamiento farmacológico y apoyo psicoterapéutico observando que mejoran notoriamente (18,19).

Nuestros resultados están en concordancia con lo reportado por otros estudios efectuados en nuestro medio(22,23).

CONCLUSIONES

En las condiciones de este trabajo, y con las limitantes que implican un estudio retrospectivo, se llegó a estas conclusiones :

-Las diez dermatosis más frecuentes en nuestro primer nivel de atención medica fueron observadas en la adolescencia y en la edad adulta.

-A excepción del acné y dermatitis solar, las ocho dermatosis restantes estudiadas, afectaron más frecuentemente al sexo femenino.

-Las dermatosis con etiología relacionada con factores psicosociales (neurodermatitis, psoriasis, vitiligo) en esta investigación, se observaron con mayor frecuencia en el sexo femenino.

-La ocupación es una variable asociada a la presencia de ciertas dermatosis, como las tiñas.

Las condiciones de insalubridad de ciertos medios (suburbano y rural) están muy relacionadas con la presentación de algunas dermatosis por ejemplo las tiñas y escabiasis.

-Los aspectos higiénicos ejercen papel relevante en dermatosis, como tiñas verrugas vulgares y escabiasis.

-Las dermatosis con probable fondo psicosocial se apreciaron preferentemente en el medio urbano.

-El comportamiento del patrón topográfico de las dermatosis no complicadas, investigadas, continúa siendo absolutamente típico.

CONCLUSIONES FINALES :

- El comportamiento de las diez dermatosis más frecuentes en nuestro primer nivel de atención médica, de acuerdo a la edad ,sexo ocupación lugar de residencia y patrón topográfico es semejante al reportado por la literatura médica.
- Sería conveniente continuar estas investigaciones empleando una muestra probabilística con un tamaño muestral mayor, y un tipo de estudio de cohortes.
- Finalmente deseo concluir señalando que el comportamiento observado de estas diez dermatosis respecto a las variables estudiadas en la clínica hospital de zona del ISSSTE, módulo FOVISSTE No. 1 Tuxpan ver., Debería ser considerado en la planificación educativa del programa de dermatología de medicina familiar.

SUGERENCIAS

- Para la practica del médico familiar.
- De acuerdo al estudio y observando la insidencia de consultas dermatológicas que existen en ésta zona tropical, se considera de importancia la revisión completa con una buena historia clínica y poder determinar los padecimientos dermatológicos desde el inicio de su padecimiento, llegar al diagnóstico de 1 miembro de la familia y dar y dar tratamiento oportunamente individual o tratamientos familiares de acuerdo a la dermatosis que presenten, para poder tener control y no permitir la exacerbación en el enfermo y evitar la propagación a los demás miembros de la familia.
- Canalizar al servicio especializado de dermatología a los pacientes que no nos respondan a tratamientos convencionales, antes de que presenten complicaciones dermatológicas que le afecten tanto psicológica y socialmente.
- Es muy conveniente introducir, en las historias clínicas dermatológicas de la consulta tanto institucional, como privada, conceptos básicos, con clasificaciones precisas para estudiar correctamente la piel de un paciente.
- Clasificando correctamente e integralmente el tipo de piel y padecimiento del paciente, permitirá el manejo y tratamiento médico de las dermatosis a tratar, así como conocer y pronosticar las respuestas a la terapéutica indicada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Saúl A. Micosis superficiales, Parasitosis cutánea, reacciones cutáneas y psicodermatosis. En Saul, A, de. Lecciones de Dermatología 10.a. de México, Francisco Méndez Cervantes, 1986: 56-75, 103-6, 206-14, 226-30.
- 2.- Angeles Serrano. Etica Médica, Dermatología y Cosmetología Rev. Mex. Dermatología 1994 Vol. 38(6): 391-92.
- 3.- Hernández Lugo, Ortiz Becerra. Clasificaciones de los tipos de Piel. Rev. Mex. Dermatología. 1998: 42, (6): 269-72.
- 4.- Arenas R. Diagnóstico y Tratamiento. Dermatología Atlas México, D.F. 1996: 1-6.
- 5.- Clemente A. Collado M. Terapéutica Dermatológica. Rev. Mex. Dermatología. 1996: 40 (4): 268-72.
- 6.- Jurado, S.F, Flores C.B. Dermatofitosis del área del pañal. Rev. Centro dermatológico Pascua 1992-1.
- 7.- Kahn, G. Photosensitivity and Photodermatitis in Childhood Review Article: 40 referencias. Dermatol Clin 1990: 4(1) 107-16
- 8.- Gary L. Dármstadt y Al Lane. Morfología de la Piel. Nelson Tratado de Pediatría Vol. 2: XV Edición Cap. 594: 2275-77.
- 9.- Manrique J. La piel y la Ancianidad. Rev. Mex. Dermatología. 1994: 38 (5): 321-22.
- 10.- Roberts, D.T. Cox, N.H. Genthes, J.C, Baud, K.K. Comparison of Ketoconazole and Griseofulvid in the treatment of tineapedis. J. Medi. Vet. Mycol 1987; 25 (5):347-50.
- 11.- Rasmussen, J.E. Psychosomatic Dermatology Arch Dermatol 1989: 126-3.

- 12.- Arenas R. Ocejo D. Onicomycosis. Frecuencia actual en un departamento de dermatología de la Cd. De Mex. Rev. Mex. Dermatología. 1997: 41 (5): 171-75.
- 13.- García- Jaramillo, J.A. Pitiriasis versicolor: Estudio de 50 casos. México, Centro Dermatológico Pascua 1981 Tesis.
- 14.- Arguelles, E. Fisiopatología del acné. Rev. Mex. Infectologia 1984 año IV (9): 221-2.
- 15.- Piérard. G.E. y Arrese J.E. De Doncker P. Et. al. Present and potential diagnostic techniques in Onychomycosis. J. AM Acad. Dermatol. 1996: 34; 273-77.
- 16.- Langfeldt, H.P. Are. Mothers of Children with neurodermatitis Psychologically conspicuous. Critique and replication of a study of the "psychosomatic aspects of the parent-childrelationship in pediatric atopic eczema". Hautarzt 1985 Sept: 46 (9): 615-19.
- 17.- Daud. L.R. Carralda, M.E. David, T.J. Psychosocial Adjustment in Preschool children with Atopic Eczema. Arch Dis Child. 1993 Dec: 69 (6): 670-6.
- 18.- Koblenzer, C.S. Psychoterapy for interactable inflammatory dermatoses. J. Acad Dermatol. 1995 Apr: 32 (4): 609-12.
- 19.- Moreno- Collado C. Actualidades Terapéuticas. Rev. Mex. Dermatológica 1992: 177-85.
- 20.- Cepeda del Villar. Cimetidina en el tratamiento de Verrugas vulgares. Rev. Mex. Dermatología. 1994: 38 (3): 202-03.
- 21.- Arenas R. Dermatología Atlas Diagnostico y Tratamiento. 2ª. Edición. México, Mc Graw-Hill, 1996. 421 p.

- 22.- Córdoba O. Las diez dermatosis más frecuentes en el Hospital Civil Regional de Tuxpan, Ver. Tesis Veracruz: Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, 1992.
- 23.- Reyes L. incidencia y Dermatosis más frecuentes en la Clínica No. 24, I.M.S.S. Tesis. Veracruz: Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, 1987.
- 24.- Riegelman RK, Hirsch R.P. El estudio de un estudio. En Riegelman RK, Hirsch RP, eds. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: Lectura crítica de la literatura médica. 2ª. Edición. Washington, D.C.: OPS, 1992, 3-86.
- 25.- Silvia- Lizama. Logemanm. H. Pitiriasis Versicolor Vitiligoide. Rev. Mex. Dermatología. 1994: 38 (4): 273-74.

CEDULA DE REGISTRO DE LA INFORMACION

Nombre: _____ No. afiliación: _____

Categoría del Derechohabiente:

Trabajador _____ Esposa _____ Hijos (a) _____

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

Lugar de residencia y características del lugar de habitación:

Cuadro clínico de la dermatosis:

Características topográficas de la dermatosis:

Fecha de atención médica: _____

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

RESUMEN

Los problemas dermatológicos últimamente han incrementado su frecuencia como motivo de consulta en las Unidades de Atención Médica. Estas entidades nosológicas son de naturaleza multifactorial, aunque actualmente han adquirido gran relevancia los factores psicosociales en la presentación de las mismas.

El propósito de este trabajo es determinar el comportamiento de las diez dermatosis más frecuentes de acuerdo a edad, sexo, ocupación, lugar de residencia y patrón topográfico. Se realizó una investigación retrospectiva, transversal, descriptiva y observacional (serie de casos) en la Clínica Hospital del ISSSTE, de la Ciudad de Tuxpan, Ver.

Para determinar el comportamiento mencionado, se aplicó un cuestionario (cédula de registro) obteniendo la información de 600 expedientes, en el período: abril de 1992 a diciembre de 1994. Los grupos de edad de "10-19 y 20-29 años" fueron los más afectados por tiñas, verrugas vulgares y escabiasis. Las dermatosis con etiología relacionada con factores psicosociales (neurodermatitis, psoriasis, vitiligo) se observaron con mayor frecuencia en el sexo femenino.

Conclusión: El comportamiento de las diez dermatosis más frecuente en nuestro primer nivel de atención médica, de acuerdo a la edad, sexo, ocupación, lugar de residencia y patrón topográfico es semejante al reportado por la literatura médica.