



Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Morbilidad dermatológica pediátrica en consulta externa. Jatibonico. Abril 2004-marzo 2005.

Paediatric dermatological morbidity in outpatient service. Jatibonico. April of 2004-March of 2005.

Dr. Yoel Rodríguez Hernández¹, Dra. Patricia Romero González², Dra. Helen Díaz González², Dra. Juana Jiménez Cardoso²

Especialista de 1^{er} grado en Dermatología. Profesor Asistente ¹
Especialista de 1^{er} grado en Dermatología ²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para caracterizar la morbilidad dermatológica pediátrica de consulta externa en el municipio Jatibonico, en el período comprendido entre abril del 2004 y marzo del 2005, a partir de una muestra de 232 pacientes, la información se obtuvo con un formulario confeccionado al respecto, que incluyó: edad, sexo, color de la piel, zona de residencia, antecedentes patológicos familiares y personales de atopía, características de la vivienda, tipo de institución educacional a la que asistía y época del año en que ocurrió el caso. El procesamiento estadístico incluyó una base de datos confeccionada en SPSS, se calcularon e interpretaron los indicadores del nivel de medición de las variables y se analizaron a la luz de la literatura revisada. Los resultados fundamentales fueron: predominó el grupo de 0-4 años, femenino, blanco, que residía en zona urbana; las entidades más frecuentes: las infectocontagiosas, siguiéndoles las dermatitis atópica.

DeCS: ENFERMEDADES DE LA PIEL / epidemiología

SUMMARY

A descriptive cross-sectional study was carried out to characterize the pediatric dermatological morbidity of outpatient consultation in the municipality of Jatibonico in the period from April of 2004 and March of 2005. Starting from a sample of 232 patients, the information was obtained with a form made in this respect that included: age, sex, skin color, residence area, family and personal pathological antecedents of atopy, characteristics of the housing, type of educational institution attended and time of the year in which the case happened. The statistical processing included a database made in SPSS. The indicators of measurement level of variables were calculated and interpreted and they were analyzed on the light of the literature reviewed. The fundamental results were: 0-4 year-old group, female, sex, white race, and urban area residents prevailed; the most frequent entities were the infectious-contagious ones, followed by atopic dermatitis.

MeSH: SKIN DISEASES / epidemiology

INTRODUCCIÓN

Ocurre una transición gradual desde que el niño nace hasta que llega a la pubertad y la adolescencia, donde está sometido a cambios hormonales, que también influyen en la posibilidad de aparición de enfermedades específicas (1-3).

FitzPatrick citado por Stern(4) afirma que en los Estados Unidos de Norteamérica una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel e incluso se les detecta más de una. Espinal Fuentes y Colaboradores (5) determinaron que de 328 niños con enfermedades cutáneas que acudieron a consulta, el grupo de edad más afectado fue el de los pre-escolares. El niño al nacer cambia radicalmente su ambiente, de un medio líquido aséptico, termorregulado y protegido de la radiación ultravioleta, a un ambiente seco, con flora microbiana abundante, generalmente más frío y absolutamente a merced de la radiación solar. La piel del niño pequeño tiene menor grosor anatómico, está menos cornificada (la capa córnea no se completa hasta los 4 años de edad), es menos pilosa, su sudor y secreciones son más escasas, las glándulas sudoríparas apocrinas están ausentes o son insignificantes hasta cerca de la pubertad, la producción de melanina es menor, por tanto es menos apto a la exposición de las radiaciones ultravioletas (6).

Existe un gran grupo de enfermedades de la piel y sus anejos, que son más frecuentes en las edades tempranas, algunas solo aparecen en el recién nacido como la hiperplasia sebácea, milium, mancha mongólicas, eritema tóxico, otras son más frecuentes en el niño mayor como la dermatitis atópica, impétigo contagioso, molusco, enfermedades eruptivas, otro grupo se ve en la adolescencia como el acné, las infecciones de transmisión sexual (7).

Es posible que algunas enfermedades aparezcan al nacer o en los primeros años de vida, para continuar su evolución durante la edad adulta, es por ello que caracterizar la morbilidad dermatológica en la población infantil del Municipio Jatibonico fue el tema seleccionado para desarrollar en este trabajo, ya que si conocemos las formas de manifestarse podemos trabajar en su prevención y control.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva y transversal con la finalidad de caracterizar la morbilidad por enfermedades de la piel en niños que asistieron a la consulta de dermatología del Municipio de Jatibonico en el período abril 2004 a marzo 2005.

Criterios de Inclusión: Pacientes que asistieron a la consulta de dermatología en el tiempo establecido para este estudio, que presentaban lesiones cutáneas visibles en el examen clínico y cuya edad no sobrepasaba los 15 años, además de haber expresado conformidad él y/o sus padres para participar en el mismo (consentimiento informado).

Criterios de Exclusión: Aquellos pacientes que excedían la edad requerida, no reunían los requisitos clínicos o negativa para formar parte del mismo.

Todos los pacientes una vez anotados en el registro de pacientes atendidos (modelo estadístico del MINSAP # 5312), se le explicaron los objetivos del trabajo, solicitándosele consentimiento informado (ver Anexo1), los que accedieron a participar se les llenó el formulario diseñado al respecto.

El universo estuvo constituido por 255 pacientes, pero no todos expresaron su conformidad o reunieron los restantes criterios de inclusión, por lo que la cantidad de pacientes incluidos en el estudio ascendió a 232 niños.

RESULTADOS

Se incluyeron 232 enfermos, los que se distribuyeron de 0 a 4 con 40,5 %, seguido del de 5 a 9 con 38,8 %, mayoritariamente del sexo femenino con el 55,2 % con valores de p asociados de 0,025858 y de piel blanca el 89,0 % (207 casos), La población urbana es ligeramente mayor que la rural, 56,5 % contra 43,5 % resultados estadísticamente significativos según el valor de p registrado (0,03641).

Las principales causas de morbilidad por afecciones cutáneas fueron la escabiosis (13.4 %) en primer lugar, seguidas por distintos tipos de dermatitis, incluyendo dentro del grupo a la pitiriasis alba (11,6 %); como un criterio menor de atopía; las dermatitis atópica para una frecuencia de (11,6 %) y el prurigo (3.9%); piodermitis como el impétigo contagioso 9,9 %, furunculosis 2.2% y foliculitis en un 0.4%); las micosis superficiales de distintos tipos (onicomicosis 2.6%, pitiriasis versicolor 3.9%, epidermofitosis 1.3%), las candidiasis 1.7%); las virosis cutáneas (verrugas cutáneas 2.6 y moluscos contagiosos 2.2).

Los resultados encontrados en la muestra según antecedentes de atopía fueron: en los personales, la dermatitis fue la que mayor proporción de pacientes presentó con 11, 6 %, mientras el asma mostró 9,1 % y por último la coriza fue referida sólo por el 7,8 % de los pacientes. En el caso de los antecedentes familiares las proporciones no mantienen el mismo orden de frecuencia y sus valores esta vez son 12,1 %, 10,8 % y 9,9 % para asma, dermatitis y coriza respectivamente. Los resultados se corresponden más a los antecedentes personales que a los familiares.

En la mayoría de los casos no existe hacinamiento (81,0 %), mientras apreciamos como gran número de enfermos no asisten a centros educacionales o no están en régimen interno o seminterno (criterio definitorio para la institucionalización).

Respecto a la asociación de las patologías con las diferentes épocas del año, vemos que son más frecuentes en el verano (151 casos) para un 65,1 %.

DISCUSIÓN

La distribución según edad y sexo de nuestro estudio es similar a resultados encontrados en un estudio realizado con los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez" entre 1991 y 1995(8) y los de Cruz Hernández en Barcelona.

La distribución de la muestra por color de la piel, la mayoría son aparentemente blancos y el resto no blancos, lo que pudiera estar en relación con el genoma poblacional pero también con la forma de medirlo a través de su expresión fenotípica (color aparente). No existe concordancia con la bibliografía consultada sobre su frecuencia mayoritaria en uno u otro tipo de piel para las patologías encontradas (escabiosis, dermatitis, pitiriasis alba, piodermitis) (9), aunque la información proveniente de otras latitudes tiene que ser valorada críticamente porque tiene que ver no sólo con la composición racial del espacio población del cual fue extraída si no también con las formas de manifestación de otros determinantes del estado de salud de la población. La población urbana es ligeramente mayor que la rural, resultados estadísticamente significativos según el valor de p registrado (0,03641). Si tenemos en cuenta que el municipio de Jatibonico tiene una población de 42760 habitantes, y la existe mayor accesibilidad a nuestra consulta es de esta zona precisamente, lo que podría explicar este resultado.

Las principales causas de morbilidad por afecciones cutáneas fueron la escabiosis en primer lugar, seguidas por distintos tipos de dermatitis, piodermitis, micosis superficiales de distintos tipos y las virosis cutáneas. Realmente todas ellas se recogen en la bibliografía (10-14) como causas de morbilidad frecuentes en el niño, El incremento de la escabiosis se corresponde con lo informado por la Unidad de Análisis y Tendencias del MINSAP para nuestro país y con lo reportado

internacionalmente, es una afección que se mantiene de forma endemo-epidémica en el mundo y que eleva su frecuencia cada 30 años, para coincidir con lo planteado por Orkin (15) y Hogan (16) en Estados Unidos. Es de destacar que actualmente los enfermos se presentan tanto en invierno como en verano y mayormente dentro de la población que no está institucionalizada de forma permanente, los que no se encuentran en centros internos o seminternos. En la mayoría de los casos la falta de crítica y la no aceptación de la enfermedad son factores que conspiran contra el buen cumplimiento del tratamiento y aumentan la propagación de la enfermedad excluyendo la escabiosis hay gran porcentaje de dermatitis, esto es coincidente con lo expresado anteriormente en los estudios de Larrosa(10).

La morbilidad de causa alérgica, entre las que encontramos las dermatitis atópica, realmente estas enfermedades son frecuentes en la consulta de Dermatología infantil, sobre todo en el sexo masculino y en pacientes de piel blanca, con igual número de casos se diagnosticó la pitiriasis alba, es para muchos un criterio menor de atopía; en otros estudios se informa como un trastorno frecuente, cotidiano y banal, quizás sea la razón por la que no consultan todos los pacientes que la padecen, esto indica la probabilidad de que exista subregistro, lo que no permite encontrarla reportada como una patología frecuente dentro de la morbilidad dermatológica (17,18).

El impétigo contagioso en otros estudios realizados también es causa frecuente de consulta (8) (20) y realmente sucede así en la práctica médica diaria. Según Fitzpatrick (14) constituye el 10 % de los problemas cutáneos de la especialidad.. El clima cálido, el sudor, las características de la piel del niño son factores que favorecen su aparición.

Dentro de las micosis la patología que más predominó fue la pitiriasis versicolor, seguida de las candidiasis y la tiña del cuero cabelludo, realmente estas dos últimas son más frecuentes en el lactante y el niño pequeño, mientras que en los adolescentes lo es la pitiriasis. La onicomicosis también fue observada en nuestro estudio, reportes en la bibliografía consultada (19), indican que el 1,3 % de las personas entre 13 y 40 años la padecen.

En relación con las virosis, según la bibliografía revisada, las verrugas cutáneas representan cerca del 70,0 % de las mismas y se encuentran en el 20,0 % de los niños en edad escolar.

Los resultados sobre antecedentes de atopía se corresponden más los antecedentes personales de enfermedades alérgicas que los familiares, lo anterior puede estar relacionado con la forma de recoger la información a través de la anamnesis y la edad de los pacientes en estudio, debemos recordar que la memoria es un proceso selectivo y tiende a recordarse mejor lo más inmediato y lo más negativo.

En la mayoría de los casos no existe hacinamiento, mientras apreciamos como gran número de enfermos(en nuestra muestra el mayor número de casos está entre 0 y 4 años) no asisten a centros educacionales o no están en régimen interno o seminterno (criterio definitorio para la institucionalización), resultado que es contradictorio con respecto a lo que se plantea sobre factores que están en estrecha relación con la aparición de enfermedades que predominaron en este estudio. Una posible explicación a este hecho son los programas de control higiénico-epidemiológico que se ponen en práctica para dichos centros, donde se hacen pesquijajes para escabiosis, pediculosis y existe aislamiento ante patologías infectocontagiosas, otros elementos de la literatura revisada que describen el comportamiento epidemiológico o explican la relación causa-efecto.

Respecto a la asociación de las patologías con las diferentes épocas del año, vemos que son más frecuentes en el verano, realmente este resultado es esperado por las características climáticas de nuestro país y el tiempo que abarcó nuestro estudio que incluyó más meses cálidos que fríos; en ellos existe a causa de la mayor temperatura, más sudoración y si recordamos las características anatómicas y fisiológicas de la piel del niño , estos son factores que favorecen la colonización bacteriana, así como las micosis pues la humedad favorece la proliferación de hongos. Otro punto

de vista es que en los meses de verano hay mayor incidencia de lluvias y la población de vectores (insectos) aumenta y con ellos las piodermatitis y el prurigo además la exposición a la radiación solar más intensa, incrementa las dermatitis y la miliaria, concordando con los estudios de varios autores revisados (18-20). En el invierno las patologías que más predominaron fueron: escabiosis, atopía, pitiriasis alba, dermatitis seborreica, pero hemos visto en la práctica médica diaria que son frecuentes también en los meses de verano, esto último no concuerda totalmente con la información bibliográfica revisada nuestro hallazgo conduce a futuros estudios epidemiológicos.

CONCLUSIONES

El perfil de la morbilidad dermatológica del estudio a partir de la frecuencia de las variables sociodemográficas fue estar comprendido entre 0 y 9 años, ser del género femenino, ser de piel blanca y residir en zona urbana.

Las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la investigación fueron: las infectocontagiosas sobre todo la escabiosis y el impétigo contagioso, seguidas de las alérgicas como la dermatitis atópica y pitiriasis alba, otras entidades como micosis superficiales, dermatitis seborreica, virosis cutáneas, prurigo, nevus, dermatitis solar y miliaria se reportaron con menor frecuencia.

En los antecedentes personales de atopía la dermatitis fue la que mayor proporción de pacientes presentó a continuación el asma y por último la coriza; mientras que en los antecedentes familiares el orden de frecuencia fue el siguiente asma, dermatitis y coriza.

El comportamiento de las variables ambientales que coexisten con la morbilidad dermatológica es escaso número de viviendas con hacinamiento, la mayoría no estar vinculada a instituciones seminternas o internas y haber ocurrido en meses de verano.

RECOMENDACIONES

Continuar desarrollando estudios para caracterizar de manera integral la morbilidad dermatológica, así como incluir en el futuro nuevos diseños metodológicos (explicativos) para consolidar y/o esclarecer los resultados de esta investigación, entonces se estará en capacidad de orientar acciones a los diferentes niveles de atención para tomar medidas más efectivas en la prevención y control de estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández B. Fisiología de la Piel. En: Dermatología Habana. Editorial Científico-Técnica; 1986-P40-2
2. Abreu D. Dermatología .Habana. Editorial Pueblo y Educación; 1983
3. Morris L. Dermatología Pediátrica. Argentina. Editorial Bibliográfica Argentina; 1959.
4. Stern R. Epidemiology of cutaneous diseases Dermatology in general medicine.Ed Mac grown Hill. Brock Company;1997:6-10.
5. Espinal M, Batista M, Meléndez S, Castillo A. Características de la dermatosis en pediatría. Rev Med Domen 1999 Jul-Sept; 49(3): 75-8
6. Fonseca E. Dermatología Pediátrica. Madrid: Editorial Grupo Aula Médica; 1999.
7. Machie G, Cipallaro A. Enfermedades de la Piel en la infancia: Editorial Miguel Server; 1990.
8. Martínez BR, Pastrana F, Ramírez AC, Naranjo LM, Ortiz RP. Morbilidad por afecciones dermatológicas, estudio estadístico territorial. Rev Cubana Pediatr vol 7 n 2. C. Habana abril-jun 1999.
9. Fallabella R. Pitiriasis alba. En: Fallabella R, Escobar C, Giraldo N. Fundamentos de Medicina. 7ma Edición. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 1997. p. 189-91.
10. Larrosa A, Cortés-Blanco M, Martínez S, Clemencia C, Urdaniz JL, Urbán J, García J. Brote nosocomial de escabiosis en un hospital español. Eurosurveillance Monthly Archives 2004;8 (10): 199-203.
11. Martínez K, Pérez E. Manifestaciones dermatológicas más frecuentes en una unidad general de Emergencia Pediátrica. Pediatr edición int 1999 Oct-Dic; 2 (3) 88-91.
12. Manzanillo F, Vázquez J, Mastrodoménico P, Herrera J. Dermatopatías pediátricas más frecuentes en ambulatorio urbano tipo I de Cotiza, Caracas. Rev Fac Med Caracas 1999; 20(1): 41-5.
13. Williams HC. Epidemiology of Atopic Dermatitis. Clin Dermatol 2000; 522-29.
14. Columbié Y. Piodermitis. En: Manssur J, Díaz J, Cortés M. Dermatología. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 1-189.
15. Orkin M, Maibach H. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Dermatología Pediátrica Interamericana 1987; 12:371-85.
16. Hogan Daniels J, Schachner L. Diagnosis and Treat Mint of Cheld-hood. Scabies and Pediculosis. Clin Pediatr Norteam 1991; 38:941-53.
17. Daniel R. Micosis cutáneas. En: Manssur J, Díaz J, Cortés M. Dermatología. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 236-54.
18. Puig LI. Dermatitis infecciosas producidas por hongos. En: Puig LI. Guía de Imágenes en Dermatología Clínica. España: Ed Aula médica ediciones; 2001. p. 26-33.
19. Pérez M, Navarro J. Virosis cutáneas. En: Manzur J, Díaz J, Cortés M. Dermatología. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 167-72.
20. Puig LI. Dermatitis infecciosas producidas por virus. En: Puig LI. Guía de Imágenes en Dermatología Clínica. España: Ed Aula médica ediciones; 2001. p. 10-3.

ANEXOS

Tabla Morbilidad Municipio n = 96	Dermatológica Jatibonico.	# Infectocontagiosa en Año	Consulta Externa. 2004-2005.	1
Enfermedades		#	%	
Zooparasitosis				
Escabiosis		31	13,4	
Pediculosis capitis		2	0,9	
Bacterianas				
Impétigo contagioso.		23	9,9	
Forúnculo		5	2,2	
Foliculitis		1	0,4	
Micóticas				
Tiñas		6	2,6	
Onicomycosis		1	0,4	
Pitiriasis versicolor		9	3,9	
Epidermofitosis		3	1,3	
Candidiasis		4	1,7	
Virales				
Verrugas cutáneas		6	2,6	
Molusco contagioso		5	2,2	
Intervalo de Confianza al 95 % (35,03 - 48,02)				
Fuente: Formulario de recogida de datos.				

Tabla # 2			
Morbilidad Dermatológica de Causa Alérgica. Consulta Externa.			
Municipio Jatibonico. Año 2004-2005.			
n = 63			
Enfermedades		#	%
Dermatitis atópica		27	11,6
pitiriasis alba		27	11,6
Prurigo		9	3,9
Intervalo de Confianza al 95 % (21,6 - 33,4)			
Fuente: Formulario de recogida de datos.			

Formulario para la Recolección de Datos

Caso # _____

Edad: _____

Sexo _____

Zona de Residencia:

Urbana _____

Rural _____

Color de la Piel Blanco _____ no Blanco _____

Antecedentes personales de atopía (Asma, Coriza y dermatitis)

Si _____ No _____

Antecedentes Familiares (Asma, Coriza y dermatitis)

Si _____ No _____

Estado Ambiental

Circulo Infantil Si _____ No _____

Seminternado Si _____ No _____

ESBEC Si _____ No _____

ESBU Si _____ No _____

IPUEC Si _____ No _____

Características Estructurales del Hogar

Adecuado _____ Inadecuado _____

Hacinamiento: Si _____ No _____

de Personas que viven en la casa _____

de Dormitorios _____

Época del año

Invierno (Noviembre - Marzo)

Verano (Abril – Octubre)

Diagnóstico _____