



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA INTRADERMOCUTÁNEA POSITIVAS EN
PACIENTES CON DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN HOGAR
DEL ECUADOR 2015 – 2016**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES:

INOCENCIO JONNATHAN CAGUANA DUTAN.

CI: 0302201082

VERÓNICA ALEXANDRA YANZA DELEG.

CI: 0105216113

DIRECTORA: DRA. MARÍA DANIELA VILLAVICENCIO ROMERO.

CI: 0104223748

ASESORA: DRA. KARINA PAOLA OJEDA ORELLANA

CI: 0103280004

CUENCA – ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: El Prick Test consiste en la colocación de gotas del extracto antigénico sobre la piel del antebrazo anterior, posteriormente se realiza un raspado con una lanceta sobre la gota(1)(2). Método de screening para pacientes con manifestaciones clínicas que sugieran alergia, su fin es de detectar la posible base atópica en la patología a estudio que nos ayude a enfocar el diagnóstico(3).

Objetivo General: Determinar las características de la prueba intradermocutánea en enfermedades dermatológicas en pacientes atendidos en la fundación hogar durante el año 2015-2016.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, que determinó las características de la prueba intradermocutánea en pacientes con dermatosis atendidos en la fundación hogar del Ecuador 2015-2016. Se revisó 181 historias clínicas, recolectando datos de enfermedades dermatológicas como Dermatitis atópica, Dermatitis de Contacto y Urticaria, para el análisis de los datos se trabajó con el programa estadístico SPSS versión 23.00 y Excel 2013, usando las estadísticas descriptivas, frecuencias y porcentajes.

Resultados: Los casos positivos, mediante la técnica del prick test fueron de 181 pacientes, las dermatosis predominan en el sexo femenino con un 60.2%, las edades entre los 3 a 20 años es el grupo con mayor positividad a la prueba, con una mayor frecuencia en el sector urbano con un 71.8%, en cuanto a dermatosis un 24.3 % son debido a alérgenos inhalantes, y la dermatosis más frecuente fue la urticaria con una frecuencia del 60.2%.

Conclusión: Se determinó mediante el Prick Test de los 181 pacientes, con mayor positividad es el sexo femenino, la edad con mayor positividad fue el grupo de 3 a 20 años, con una mayor frecuencia en el sector urbano, la relación entre dermatosis y alérgenos fue mayor con los alérgenos inhalantes, y la dermatosis con mayor positividad fue la urticaria.

Palabras clave: PRUEBA INTRADERMOCUTANEA, PIEL, ALERGENOS, DERMATITIS DE CONTACTO, DERMATITIS ATOPICA Y URTICARIA.

ABSTRACT

Introduction: The intradermocutaneous test is a test consisting of placing drops of the antigenic extract on the skin of the anterior forearm, after which a scraping with a lancet is performed on the drop (1) (2). Screening method for patients with clinical manifestations that suggest allergy, its purpose is to detect the possible atopic basis in the pathology to be studied that will help us to focus the diagnosis (3).

General Objective: To determine the characteristics of the intradermocutaneous test in dermatological diseases in patients treated at the home foundation during the 2015-2016 period.

Methodology: A descriptive, retrospective study that determined the characteristics of the intradermocutaneous test in patients with dermatosis treated at the home foundation of Ecuador 2015-2016. A review of 180 clinical histories of the patients was performed, collecting data referring to the diseases dermatological disorders such as atopic dermatitis, contact dermatitis and urticaria, and of which the intradermocutaneous test was performed with positivity; for the analysis of the data was worked with the statistical program version 23.00 and Excel 2013, using the descriptive statistics, frequencies and percentages.

Results: The total of positive cases analyzed, by means of the technique of prick test or intradermocutaneous test were of 181 patients, the dermatosis predominate in the female sex with 60.2%, the ages between 3 to 20 years is the group with dermatosis with greater positivity to the test, with a greater frequency in the urban sector with 71.8%, in terms of dermatosis 24.3% are due to inhalant allergens, and the most frequent dermatosis was urticaria with a frequency of 60.2% of the total of dermatosis evidenced.

Conclusions: Based on data reported in the study, it was determined that the total number of positive cases analyzed by the intradermocutaneous test was 181 patients, with a higher positivity of the test in the female sex, the age with the highest percentage of positivity was the group from 3 to 20 years, with a greater frequency in the urban sector, the relationship between dermatosis and allergens was greater with inhalant allergens, and the dermatosis with greater positivity was urticaria.987

Key words: INTRADERMOCUTANEOUS TEST, SKIN, ALLERGENS, CONTACT DERMATITIS, ATOPICAL AND URTICARY DERMATITIS.



CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRAC.....	3
CAPITULO I	14
1 INTRODUCCIÓN	14
3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 Concepto.....	17
2.2 Historia.....	17
2.3 Mecanismo De Acción	17
2.4 Extractos Alergénicos	17
2.5 Indicciones.....	18
2.6 Contraindicaciones.....	18
2.7 Reacciones Adversas	18
2.8 Procedimiento De La Prueba.	32
2.9 Lectura De La Prueba Intradermocutánea (Prick Test).....	33
2.10 Alérgenos.....	19
2.11 Enfermedades dermatológicas valorados por la prueba intradermocutánea	21
CAPITULO III.....	29
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo General	29
3.2 Objetivos Específicos	29
CAPITULO IV	30
4. Diseño metodológico.....	30
4.1 Tipo de estudio	30
4.2 Área de estudio.....	30
4.3 Universo	30



4.4	Criterios de inclusión y exclusión	30
4.5	Variables	30
4.6	Métodos técnicas e instrumentos.	31
4.7	PROCEDIMIENTOS:	32
4.8	Plan de tabulación y análisis	33
4.9	ASPECTOS ETICOS:	34
CAPITULO V		35
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	45
7.1	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	45
ANEXOS 1		50



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA INTRADERMOCUTÁNEA POSITIVAS EN PACIENTES CON DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ECUADOR 2015 - 2016", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 07 de septiembre del 2018

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan


C.I: 0302201082



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan, autor del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA INTRADERMOCUTÁNEA POSITIVAS EN PACIENTES CON DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ECUADOR 2015 - 2016", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 07 de septiembre del 2018



Inocencio Jonnathan Caguana Dutan

C.I: 0302201082



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

VERONICA ALEXANDRA YANZA DELEG en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA INTRADERMOCUTÁNEA POSITIVAS EN PACIENTES CON DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ECUADOR 2015 - 2016", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca 07 de septiembre del 2018

Verónica Alexandra Yanza Deleg

C.I: 0105216113



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Verónica Alexandra Yanza Deleg, autora del proyecto de investigación “CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA INTRADERMOCUTÁNEA POSITIVAS EN PACIENTES CON DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ECUADOR 2015 - 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de septiembre del 2018

Verónica Alexandra Yanza Deleg

C.I: 0105216113



DEDICATORIA

A Dios en primer lugar, y luego a mis padres, a mis hermanos y mis hijas Ailec y Thaly que fueron la fuente de inspiración a seguir adelante, con esta carrera tan hermosa que es la Medicina.

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan



Universidad de Cuenca

AGRADECIMIENTO

A Dios quien me ayuda cada día con sus grandes bendiciones.

A mis hijas Ailec y Thaly que son la fuente a seguir adelante.

A mis padres José Caguana y María Dutan quienes has sido la fuente principal a seguir por su gran amor y dedicación que dieron conmigo.

A mis hermanos por su apoyo que cada día dieron hacia a mí.

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



Universidad de Cuenca

DEDICATORIA

A mi hijo Mateo que ha sido el motor de mi vida mi fortaleza para seguir con más fuerzas hacia adelante.

Verónica Alexandra Yanza Deleg

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



AGRADECIMIENTO

A Dios x su infinita misericordia que me permite avanzar día a día.

A mi esposo y mi hijo mateo que son mi inspiración para seguir avanzando con mis metas.

A mis padres y hermanos quienes son mi apoyo incondicional en todo momento.

Verónica Alexandra Yanza Deleg.



CAPITULO I

1 INTRODUCCIÓN

Por lo general vivimos en una sociedad en donde las diferentes actividades exponen a las personas a diferentes agentes físicos, químicos, cambios climáticos y alimenticios el aumento global ocasiona una problemática de reacciones alérgicas, que provoca situaciones incómodas para la persona que padecen inhabilitándoles sus labores cotidianas. El prick test aportara criterios para el diagnóstico clínico de dermatosis, es un método no invasivo, de fácil realización causada por alérgenos por lo que debería considerarse como una alternativa de ayuda en la práctica médica.

Peña en Camagüey 2009(4) analizaron 200 pacientes entre 15 y 60 años. Demostrando que el 7% de los pacientes que se realizó la prueba tienen Dermatitis atópica y el 5% Urticaria. Los ácaros estudiados fueron el *Dermatophagoides pteronyssinus* con un promedio de diámetro de habón de 4,84mm, seguido por *Dermatophagoides siboney* con un promedio de diámetro de habón de 3,76mm, y el menor diámetro fue *Blomia Tropicalis* con 3,42mm. El prick test fue positivo el 99% con una sensibilidad de 99% y una especificidad del 97% para la dermatitis atópica en tanto que para urticaria se observó una sensibilidad del 94% y unas especificidad del 97%.

Angulo en México 2015(5) demostraron que pacientes con la prueba positiva la dermatitis atópica el grupo etario más afectado fueron los escolares, en urticaria los adolescentes y en cuanto a la dermatitis de contacto el porcentaje fue mínimo.



2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio aún no se han implementado ni difundido esta técnica de detección de alérgenos de manera inmediata en los espacios de salud pública, ni existen estudios basados en evidencia científica sobre las características de esta prueba, por esta razón es de nuestro interés intradermocutánea que dan positivas en pacientes con dermatosis atendidos en la Fundación hogar del Ecuador, esta prueba daría un gran aporte en cuanto a una posible causa de dermatosis pero siempre con una correcta indicación y manejo de la prueba ayudando a detecciones tempranas y oportunas de las distintas enfermedades alérgicas dermatológicas, ya que van en aumento en nuestro medio, aunque no existe datos específicos que nos proporcione información estadística sobre las principales Dermatitis, y los tipos de alérgenos que más causan molestias y los grupos de edades más vulnerables detectados mediante la prueba.

Terán México 2009(6), describe que a nivel mundial las enfermedades alérgicas afectan aproximadamente un 15% al 30% de la población. En América Latina debido a la mayor población infantil, sus índices ascienden en un 15% al 23%, en México es un problema de salud pública con una prevalencia del 6% del total de la población. Un gran número de estudios epidemiológicos demuestran que en Europa y en países desarrollados, existe un aumento de enfermedades alérgicas, que llegan a afectar entre un 10% al 40% de la población. Se predice que para el año 2015 al 2020 el 50% de la población tendrá algún problema alérgico(7). Bissinger en Colombia 2016(8) mediante la realización de la prueba intradermocutánea con resultado positivo demuestran que las dermatosis van en aumento encontrando el 9.8% de adultos poseen dermatitis atópicas, 5.9% dermatitis de contacto, urticaria crónica 7.8% y urticaria aguda 21.6%. En cuanto a niños 28.1% dermatitis atópicas, 3.1% dermatitis de contacto, urticaria crónica 1.6% y urticaria aguda 23.4% (9) de esta manera demostrando la utilidad y la eficacia de la prueba intradérmica cutánea. En Ecuador no se han realizado estudios sobre el Prick test. Por esta razón es de nuestro interés difundir información acerca de esta técnica de fácil realización brindándonos

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



resultados inmediatos con una alta sensibilidad y especificidad sobre la posible causa de dermatosis.

3 JUSTIFICACIÓN

Durante el proceso de esta investigación, es importante dar a conocer el beneficio que trae esta prueba con respecto a la detección inmediata y oportuna de las enfermedades alérgicas que ataca a la población en general, además de permitir identificar a qué tipo de antígeno es alérgico la persona y determinar cuál es la más prevalente en nuestro medio.

Los resultados obtenidos en la investigación, servirán de evidencia, generando datos que permitirá relacionar factores que pueden desencadenar una dermatosis alérgicas, además contribuirá suministrando información acerca de la prueba.

Los beneficiarios de esta investigación serán tanto el personal de salud del centro en estudio, estudiantes de carreras relacionada con la salud, que necesiten obtener información sobre la prueba.

La investigación en cuestión reposara en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, a disposición libre de quienes se interesen en su contenido.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Concepto

La prueba intradermocutánea (prick test) es muy sensible, muy específica y segura de realizarlo, y consiste en el empleo de extracto antigénico sobre la piel de un paciente que sugiera alergia con su ulterior introducción en la epidermis del antígeno produciendo una pápula y eritema en la zona de punción para detectar una posible base atópica. (9) (10) .

2.2 Historia

En 1865 Blackely hace la primera descripción de la prueba intradermocutánea, y en 1903 Nicolás Arthus detalla un fenómeno de aplicación intradérmica de una sustancia extraña que resultaba una induración y necrosis local por la formación y depósitos de inmunocomplejos y activación del sistema de complemento, y en 1908 Mantoux introduce en si la prueba intradérmica (11)(12). En 1924 Lewis y Grant describen la prueba de puntura (prick), y en la década 1970 se difundió su uso, y la técnica fue modificada por Pepys. En la cual consistió en la colocación de gotas de cada extracto a valorar en la cara anterior del antebrazo donde hubo mejores resultados, esta técnica se la realizaba con agujas de 25-26 G, luego se implementó nuevos dispositivos como la lanceta que reemplazo a las agujas(11) (13).

2.3 Mecanismo De Acción

Al introducir alérgenos en la epidermis, estos interactúan con la IgE específicamente unidos a los mastocitos cutáneos, produciendo la liberación de histaminas y otros mediadores produciendo una reacción visible caracterizado por una “habón y eritema” después de 15 minutos posterior a la introducción del alérgeno (14)(3).

2.4 Extractos Alergénicos

Los extractos alergénicos es una serie de mezclas de sustancias de origen biológicos solubles, es decir que son soluciones acuosas extraídos de los alérgenos causantes de enfermedad alérgica que son utilizados en la prueba intradermocutánea (prick test) (14)(15).



2.5 Indicaciones

- Pacientes con sospecha de alergia mediada por IgE mediante la clínica buscar el origen de la alergia o enfermedad alérgica persistente.
- La máxima reactividad cutánea esta entre los 20 y 30 años. La prueba no se puede realizar en pacientes de 12-18 meses por sensibilidad disminuida y en adultos mayores por atrofia cutánea por lo tanto hay sensibilidad disminuida.
- Se debe realizar en pacientes desde los 2 años de edad hasta los 65 años (3)(13).

Según las guías conjuntas de Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología (AAAAI) Y Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI) y otros autores, recomiendan la supresión de clorfenamina e hidroxizina, antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, loratadina, por lo menos 7 días antes de realizar la prueba debido a que genera un efecto supresor de la pápula y eritema. (16)

2.6 Contraindicaciones

- Calidad de extracto: la prueba se puede alterar si los extractos no son estandarizados que deben ser únicos y aprobados.
- No presentar lesiones en la piel.
- Pacientes que presentes comorbilidades como neoplasias, enfermedad renal, trastornos neurológicos debido a que reduce de la reactividad en la piel.
- Pacientes con medicamentos como corticoides sistémicos, antidepresivos tricíclicos(11) (17).

2.7 Reacciones Adversas

La prueba del prick test es muy segura por lo que es raro que produzca algún tipo de reacción adversa, pero puede alguna reacción en la piel y agravar los síntomas que presentan el paciente. Si se produce una reacción anafiláctica sistémica con el prick test por lo general se da en alérgenos como medicamentos, alimentos, látex o venenos, dando un porcentaje de 0,02 y 0.03% de reacciones anafilácticas, no existen casos reportados de muerte por la prueba. Se recomienda que el procedimientos sea realizado por personal capacitado (2) (3).

2.8 Alérgenos

Los alérgenos utilizados en la prueba intradermocutánea (prick test) son estructuras proteicas que al ingresar al cuerpo por diferentes vías generan la producción de IgE por el sistema inmune, y se unen a esta generando una reacción alérgica (18) (19), de esta manera comprueba la positividad de la prueba.

Larenas en México 2011⁽¹⁶⁾ en su guía de práctica clínica de inmunoterapia colaboradores en donde realizó una encuesta nacional en la república Mexicana sobre pruebas cutáneas (prick test), los principales alérgenos a los que con mayor frecuencia dio positivos son: Dermatophagoides farinae (66%), Dermaophagoides pteronyssinus (68%), Cynodon dactylon (80%), Cucarachas (53%) y pelusa de gatos (70%). Y los pólenes con mayor alergenicidad son: Mezquite (Prosopis sp), Álamo (Populus sp).⁽¹⁶⁾

Un estudio realizado por el Instituto de Inmunología Clínica Mérida – Venezuela, determinaron el perfil de sensibilización a alérgenos inhalantes, a partir de las pruebas intradermocutánea que se realizó a los pacientes alérgicos entre el 2006 al 2013. Se observó una alta prevalencia para los Aeroalérgenos, predominando así los ácaros, seguida de las cucarachas y el pelaje del perro. Estos coincide con los estudios realizados en México, Chile, Cuba, Brasil, en donde la especie de Dermatophagoides son los más frecuentes y abundantes, seguidas de las cucarachas y el pelaje de los perros (25)

Entre los principales alérgenos que se puede determinar en la prueba intradermocutánea (prick test) son:

2.8.1. Alérgenos ingeridos (alimentos)

Los alimentos o en si llamados trofoalérgenos ocasionan reacciones alérgicas en el ser humano. Cualquier alimento tiene la capacidad de comportarse como alérgenos. Se han reportado datos estadísticos con un 25% de la población en Estados Unidos, en la que tiene algún tipo de alergia alimentaria, en Europa un 19% de la población ha presentado algún tipo de malestar después de ingerir algún tipo de alimento, en Colombia se obtuvo una prevalencia de 14,9% de alergia alimentaria. Como dato final se calcula una prevalencia de 2-4 % en personas adultas y 6-8 % en niños que padecen de algún tipo de alergia alimentaria. Entre estas tenemos: los alimentos de



origen vegetal y los de origen animal(22). Por ende el uso de la prueba intradermocutánea (prick test) es muy útil en la verificación del alérgeno causal de las alergias.

Alimentos de origen vegetal: Son muy parecidos a los del polen, entre las principales tenemos: **Frutas:** El alérgeno responsable de la alérgica es las quinasas de clases 1 (HEV b 6.02) entre las cuales tenemos: Kiwi, Manzana (MALD1), Melón, Cítricos, Nuez, Guineo, Frutilla. **Legumbres:** Estas son una fuente de proteínas y causan alergias inmediatas en niños entre las cuales tenemos: lenteja, frijoles, guisantes, porotose. **Hortalizas** (tomate, brócoli, col, coliflor, nabo, rábano, lechuga, papa). **Cereales** (El trigo, arroz, cebada, avena, maíz. (9) (20) (26).

Alimentos de origen animal: los principales alérgenos alimentarios son los Glucoproteínas, entre las principales tenemos: **Leche:** las principales proteínas del huevo que causan las enfermedades dermatológicas son: Betalactoglobulina caseína, Alfalactoalbumina, seroalbumina y gammaglobulina, **Huevos:** Es una de las primeras causas de reacciones alérgicas en la infancia, la clara es la más alérgica esta contiene un 90% de agua y 10% de proteínas. Entre estas tenemos: Ovomucoide (Gal dI), Ovoalbumina (GaldII), Conalbumina (Gal d III) y la Lisozima (Gal d IV). **Pescado:** el principal alérgeno causante de la alergia es la Paraalbuminas (Gad c1), **Cerdo, Pollo, Res y Mariscos:** Langosta (9) (18) (26).

En un estudio realizado en México a un total de 1871 pacientes con sospecha de alergia alimentaria donde el 74,7% de pacientes tenía antecedentes familiares de atopia en donde la alergia alimentaria representaba un 18,8%. Un dato importante es que al momento del examen físico la piel fue el órgano más afectado con un 57%. Los pacientes que presentaron síntomas cutáneos el 41% presento dermatitis atópica, 26% urticaria y 1% dermatitis de contacto. Los alimentos como la leche presento un total de 879 casos con sospecha de alergia, el huevo con 430 casos, mariscos con 269, legumbres y verduras 203 casos y el pescado represento 162 casos.

2.8.2. Otros Alérgenos

Chocolate, Ananá y la Harina de Soya.

Según un estudio realizado en México en el 2014 mediante el Prick test en 66 niños para determinar a qué tipo de alérgenos estuvieron expuesto, en donde los principales alérgenos que daban positivas a la prueba fueron, aeroalérgenos como ácaros de polvo de casa (*Dermatophagoides pteronyssinus* y *D. Farie*) y alimentarios como leche de vaca, huevo, y pescado, de la cual la pápula fue mayor a 6 mm de diámetro (27).

2.9 Enfermedades dermatológicas valorados por la prueba intradermocutánea

la prueba intradermocutánea (prick test), es utilizada con mayor frecuencia en la verificación de las enfermedades alérgicas dentro de las cuales en esta nos enfocaremos en las enfermedades dermatológicas.

2.9.1 Dermatitis atópica

Es trastorno inflamatorio crónico de la piel, en la que se manifiesta con prurito intenso. Su diagnóstico se basan en tres criterios que son: antecedentes personales familiar con atopia, prurito y eczema, y se confirma el agente causal mediante la prueba intradermocutánea.

2.9.1.2 Epidemiología

Su prevalencia en los EEUU es el 10%, en países desarrollados entre el 15 – 30%, en países subdesarrollados es de menor porcentaje. Afecta a toda la población en general, representando un 85% en el primer año de vida, 95% antes de los 5 años, y adultos un 0,5%. Con una frecuencia mayor en niñas que en niños. Las principales causas son: a) genéticas en la que existe una evidencia de antecedentes de dermatitis atópica familiar b) inmunológicos (alérgicos) el paciente atópico posee un incremento de anticuerpo IgE, contra los alérgenos.(11) (28).

La prevalencia global de la dermatitis atópica realizada por ISAAC (Estudio Internacional de Asma y Alergias en la niñez) es de 0,9% en India, 22,5% en Quito Ecuador 24,6% Barranquilla Colombia. En Latinoamérica en niños represento un 10% comprendidos entre 6 y 7 años y del 8,3% en adolescentes de 13-14 años. Es importante de destacar la relación de la zona de residencia urbana o rural con relación a la dermatitis atópica encontrando mayor prevalencia de esta enfermedad en zonas urbanas con respecto a las rurales.(29)



2.9.1.3 Fisiopatología

La dermatitis atópica es una enfermedad multifactorial, razón por la cual se alteran diversas funciones inmunológicas innatas como las adquiridas. Entre los factores de interés para la patogénesis de este eczema son las alteraciones de la barrera de la piel e inmunológicas. La piel es el primer órgano que se pone en contacto ante estímulos exógenos y endógenos donde comienza a producir una serie de citoquinas reguladoras que son de respuesta inmunológica.

La epidermis es la primera línea inmunológica del organismo y tiene capacidad de respuesta inflamatoria frente a estímulos exógenos y endógenos, a través de la producción de diversas citoquinas reguladoras de las respuestas. Una alteración en las células de Langerhans y las células T se considera una alteración en la función inmune. Se da primeramente la entrada del alérgeno donde son captadas por las células presentadoras que estimulan a actuar a los linfocitos T que van a producir citoquinas, se secretan los linfocitos B para producir las IgE frente a los alérgenos y proteínas en caso de los alimentos, por todos estos acontecimientos se altera la barrera cutánea debido a diferentes causas como las proteasas, irritante, alteraciones del Ph, jabones los cuales provocan exacerbaciones ante estos diversos estímulos. (29)

2.9.1.4 Agentes causales

Las principales causas son: a) genéticos en la que existe una evidencia de antecedentes de dermatitis atópica familiar b) inmunológicos (alérgicos) el paciente atópico posee un incremento de anticuerpo IgE, contra los alérgenos. (11) (28).

En primer lugar tenemos por alteración de la barrera cutánea y alteraciones inmunológicas cualquier mecanismo que produzca una alteración en la piel altera la permeabilidad de la epidermis donde pueden penetrar los diferentes alérgenos, por esta razón se producen respuestas inflamatorias locales. Entre otras causas tenemos predisposición genética que son de menos interés para este tema. (30)

2.9.1.5 Clínica



Las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica son las lesiones que se producen todas estas se producen sobre una piel seca y el prurito es el síntoma más importante, este puede exacerbarse durante cambios de clima especialmente el calor.

Se presenta en una fase aguda como una pápula folicular, luego se produce placas eccematosas seguidamente vesiculación, exudación y finalmente formación de costras, en la fase subaguda existe escamas delgadas poco definidas, excoriaciones y en casos crónicos existe liquenificación de la piel afecta formándose placas engrosadas, con surcos brillantes por acentuación de los pliegues a causa del rascado y fricción⁽³¹⁾.

2.11.1.6 Diagnóstico

La dermatitis atópica tiene manifestaciones clínicas muy amplias, por cuanto una guía para su diagnóstico es el prurito las lesiones características y los antecedentes familiares de atopía haciendo al diagnóstico más certero (criterios clínicos están expuestos en el anexo 8) se complementa con la prueba intradermocutánea (prick test), en la que se detecta IgE específica frente a los alérgenos más comunes, ya que produce la respuesta inflamatoria característica de la dermatitis atópica. Un investigación realizado por la Dra. Ileana Jiménez-Córdova, Jiménez Córdova y Cols en México observaron que el 82.9% de pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica presento positividad la prueba intradermocutánea y el 74% se encuentran sensibilizado a dermatolagoides debido a que se encontraban expuestos en zona de humedad y polvo (alfombras y peluches), y en niños el 40% de ellas presentaban positividad a alérgenos alimenticios y siendo similar para los dermatogoides. Por lo que existe una sensibilidad y especificidad alta para el diagnóstico del alérgeno causal de la dermatitis atópica.⁽³²⁾

2.11.1.7 Dermatitis y su relación con alérgenos alimentarios e inhalantes

La dermatitis atópica y su relación con alergia a alimentos es un motivo de debate pero su relación esta dado en pacientes que ya han sido diagnosticados de este eccema y que al ingerir algún tipo de alimento empeora su cuadro este se da mas en la primera infancia siendo la leche de vaca, huevo, soja, trigo, pescado estos son los alimentos mas frecuentes de este tipo de eccema en un 90% de los casos en caso de



los adultos es menos frecuente. Mediante la prueba del prick test que resulte positivo a alimentos ayudara a identificar estos pacientes que se beneficiaran mediante la exclusiòn de alimentos en la dieta. Igualmente el test positivo a alergenos inhalantes como polvo domestico, epitelio de animales, polenes entre otros estan asociados a empeoramiento del cuadro.(33) (29)

En un estudio en donde se utilizo la prueba intradermocutanea para la valoraciòn de alèrgeno causante de lan dermatitis atòpica en 1739 pacientes, se observo que solo el 1,6 de pacientes adultos presentaron alergias a alimentos por lo que se demuestra que en adultos es raro la alergias alimentarias. En cuanto a los alergenos inhalatorios es similar a los alimentarios entre estos tenemos los àcaros como posibles agentes etiologicos de la dermatitis atòpica ya que se ha observado brotes de este eczema o exacerbaciòn de las lesiones tras exposiciòn ambiental a alergenos ambientales y presentan mejoría al no exponerse. En un estudio de 10 pacientes con dermatitis atòpica y prick positivo a àcaros donde se obtuvo una prueba positiva en un 100% de los pacientes. (34) (33)

2.9.2 Dermatitis de contacto alèrgica

Es una enfermedad inflamatoria de la piel, que se produce tras el ingreso del alèrgeno en la piel, donde se produce el primer contacto o sensibilizaciòn, ante un nuevo contacto al alergeno se requiere de 24 – 72 horas para desencadenar la dermatitis presentando signos de eritema, vesiculas, seguido de descamaciòn y resequedad de la piel. Su prevalencia es de 136 por cada 10.000 personas, representando un 60% en los EEUU, de la dermatitis de contacto alèrgica, con un porcentaje del 20 – 25% de consultas en Dermatologìa(11)(35) (36).

En pacientes con sospecha de dermatitis alèrgicas de contacto, se requiere realizar la prueba de prick test, para determinar alèrgenos sospechos y diferenciar de la dermatitis de contacto irritativo. (11) (35).

2.9.2.1 Epidemiología

En un estudio realizado en España en el 2011 por P. Hernández-Bel y colaboradores realizaron el prick test con alérgenos alimentarios (pescado, patata, pollo, harina, carne de cerdo, ajo, anisakis) en 27 pacientes adultos, donde se obtuvo los siguientes resultados el pescado con 33.3%, patatas 14.8%, pollo y harina 11.1%, cerdo, ajo y anisaki 3.7%⁽³⁷⁾.

2.9.2.2 Fisiopatología

La dermatitis de contacto alérgica es el resultado de una hipersensibilidad retardada tipo IV que se caracteriza por presentar eccemas en la piel luego de una exposición a un alérgeno.

Cuando penetra a la piel, este alérgeno se une a las células de Langerhans las cuales migran hacia los nódulos linfáticos. Durante la migración van diferenciándose a células dendríticas, este proceso es regulado por citoquinas de la epidermis como es el Factor de Necrosis Tumoral (TNF- α) y la Interleuquinas 1b (IL 1-b) y IL-18.7.

Posteriormente los alérgenos son reconocidos por las células de Langerhans las que las internalizan y las transportan hacia los ganglios linfáticos, en donde es presentada a los linfocitos T nativos sensibilizándolos y viajan de regreso a la piel expuesta al alérgeno.

Posteriormente se produce la fase de activación por el contacto repetido del mismo alérgeno con la piel, provocando una reacción inflamatoria de liberación de citoquinas y la migración de los leucocitos⁽³⁸⁾.

2.9.2.3 Agentes causales

La dermatitis de contacto es causada por múltiples factores tanto externos como internos por lo que identificar el factor específico es muy difícil, entre estos están los factores ocupacionales y ambientales como el calor, presión, humedad que producen reacciones tras ponerse en contacto con la piel⁽³⁵⁾.

2.9.2.4 Clínica

Las manifestaciones clínicas se producen en áreas de contacto estas suelen ser muy delimitadas específicamente solo al sitio de contacto, en fase aguda donde se presentan con eritema, edema, pápulas y vesículas. En la fase crónica se produce tras

reiteradas exposiciones donde se produce acantosis, hiperqueratosis, piel seca, escamosa, fisuras y excoiación(35).

2.9.2.5 Diagnòstico

El diagnóstico debe basarse en la historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio en este caso podemos usar la prueba intradermocutánea que es la más usada para el estudio de pacientes con sospecha de dermatitis de contacto (35).

2.9.3 Urticaria

La urticaria se define como habones pruriginosos, caracterizados por edemas superficiales o profundos localizados en la piel o mucosas. Caracterizados por presentar síntomas como habones pruriginosos, circunscritos, elevados, eritematosos, por lo general con centro pálido.

2.9.3.1 Epidemiología

En sí la urticaria es un problema dermatológico común, con una prevalencia a nivel mundial de 20%, y en personas con antecedentes un 50%, en estudios realizados en China constató que era mayor el problema de urticaria que en los estudios Europeos, alcanzando así una cifra de 23% y en cualquier edad, sexo y localización geográfica. En los EEUU es de 14 – 25%. En los niños los principales agentes causantes de urticaria son los alimentos, siendo mayor en hombre que mujeres. (11) (39) (40) (41)

2.9.3.2 Fisiopatología

La urticaria se da una serie de procesos con la liberación de histaminas, bradicinina, leucotrieno 4, prostaglandinas D2 y otras sustancias derivadas de los mastocitos y los basófilos de la dermis.

Esto va a dar origen a una extravasación de los fluidos plasmáticos a la dermis, generando así edema que contribuye a las lesiones tipo ronchas. La liberación de la histamina hacia la dermis da lugar al intenso prurito.

Las histaminas se unen a dos receptores situados sobre la membrana del mastocito, denominados H1 y H2, estas se encuentran presentes en varios tipos de células.

Este proceso se origina por el siguiente mecanismo:

1. Reacción de hipersensibilidad tipo I, estas son mediadas por anticuerpos IgE y un antígeno de esta manera formando un complejo que se une al FcεRI (receptores para IgE de alta afinidad) en la superficie del mastocito y de los basófilos, esto provoca la de granulación de estas células, y de esta manera provoca la liberación de histaminas (41) (42) (43).

2.9.3.3 Agentes causales

Dentro de los agentes que ocasionan la urticaria se encuentran:

De origen alimentario tenemos: la leche, manzanas, banana, naranjas, kiwi, carne, huevo etc.

De origen inhalantes tenemos: lanas de animales (perro y gato), polen, hongos etc. (42) (43).

2.9.3.4 Clínica

la urticaria se manifiesta por presentar ronchas recurrentes de tamaño variable, pruriginosas, circunscritas, elevadas, eritematosas, y con un centro pálido, estas suelen localizarse en varias partes del cuerpo. Además cursa con prurito intenso más a menudo por las noches, es el único prurito que se alivia con la frotación antes que el rascado. (41) (42) (43).

2.9.3.5 Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y se confirmara el agente causal mediante la prueba intradermocutánea.(11) (39) (40).

En un estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Loja por Marcia S. Alvarez Merchán, en el año 2014 a 75 pacientes, donde se realizó la prueba intradermocutánea con 7 alérgenos alimentarios, a pacientes de todos los grupos de edad diagnosticados de urticaria, donde se concluyó que el antígeno alimentario para la naranja salió positivo en un 25.3%, camarón 21.3%, mani 9.3%, huevo 5.3%, tomate 15.3%, leche 9.3% y frutilla 15.3%. Además la urticaria causada por alérgenos alimentarios fue en mayor porcentaje en hombres con un 53,4%.(44)

Otro estudio realizado en Venezuela en el 2014 por Ramírez Sánchez, Jaer Omar y colaboradores, donde realizaron la prueba intradermocutánea con 12 alérgenos inhalantes como: ácaros *Dermatophagoides farinae*, *dermatophagoides pteronyssinus*,



Universidad de Cuenca

Blomia tropicalis, plumas de ave, perro, gato, hongos I (*chaetomium*, *cladosporium fulvum* y *herbarum*, *fusarium*), hongos II (*mucor*, *neurospora*, *rhizopus*), hongos III (*aspergillum*, *fumigatus*, *niger* y *terreus*) y 12 alimentarios (carne cerdo, pescado, camarón, melocotón, fresa, maní, huevo, cacao, pollo, naranja, leche de vaca) en 635 pacientes de consulta externa en todos los grupo de edad donde arrojó los siguientes resultados, aeroalérgenos son de mayor prevalencia entre estos tenemos los acaros el *Dermatophagoides farinae* con el 80.5% , *dermatophagoides pteronyssinus*, con 76%, *Blomia tropicalis* 71.4% y epitelio de perro 21.9%. En los alérgenos alimentarios el de mayor frecuencia fue el camarón con un 14.2%, pescado 9.7%, maní 8.8%, pollo 5.16%, leche de vaca 4.6% estos resultados fue similar tanto para adultos y niños.

En cuanto a la relación de las dermatosis con la prueba intradermocutánea y los alérgenos antes descritos dio como resultado 89.1% con diagnóstico de urticaria, 20.7% con dermatitis atópica y otros 4.5%.(45)



CAPITULO III

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar las características de las pruebas intradermocutánea positivas en pacientes con dermatosis atendidos en la Fundación Hogar del Ecuador 2015-2016.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio según edad, sexo y lugar de residencia.

- Determinar la frecuencia de las dermatosis según los alérgenos inhalantes y alimenticios.
- Identificar la frecuencia de las dermatosis según edad, sexo y antecedentes familiares que dieron positivos al prick test.

CAPITULO IV

4. Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación será de tipo descriptivo, retrospectivo.

4.2 Área de estudio

- País: Ecuador.
- Provincia: Azuay.
- Cantón: Cuenca
- Dirección: Calles Padre Aguirre 14-62 y Rafael M. Arízaga Cuenca Ecuador

Fundación hogar del Ecuador ubicado en las calles Padre Aguirre 14-62 y Rafael M. Arízaga Cuenca Ecuador. La fundación es una organización sin fines y lucro de la directiva de la Iglesia Cristiana Verbo y financiado por las consultas, cirugías y la iglesia. Al momento cuenta con las especialidades de Alergología, cirugía pediátrica, cirugía vascular, dermatología, medicina general, neumología, neurocirugía, oftalmología, pediatría, urología, traumatología, ginecología en otras.

4.3 Universo

La población en estudio estará conformada por todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta de Dermato-alergología y se realizaron la prueba intradermocutánea (prick test) en la Fundación Hogar del Ecuador 2015-2016.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

Que las historias clínicas contengan todas las variables a analizar.

4.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes con control de histamina negativo en la prueba del prick test.

Pacientes menores de ≤ 3 años de edad y mayores de ≥ 65 años de edad.

4.5 Variables

La operacionalización de variables podrá ser visualizada en el anexo 1.



4.6 Métodos técnicas e instrumentos.

Previo a la recolección de datos se procedió a la autorización y firma de consentimiento informado a la directora de la Fundación Hogar del Ecuador.

Para la recolección se utilizó como método la observación y la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes realizados la prueba intradermocutánea de la Fundación Hogar del Ecuador y método los formularios (anexo3), y registro de la prueba intradermocutánea (anexo4), las mismas que eran llenadas de acuerdo con criterio individualizado de cada historia clínica estudiada, siendo guiado por la directora y el capacitador entrenado en la materia. Obteniéndose resultados satisfactorios en cuanto a las distintas dermatosis con relación a la prueba intradermocutánea.



4.7 PROCEDIMIENTOS:

1. **Capacitación:** previo al arranque del estudio nos capacitamos con revisión bibliográfica y tutorías por parte del Alergólogo Dr. Roberto Celorrio
2. **Supervisión** El estudio fue dirigido por la directora de tesis Dra. Daniela Villavicencio Romero y asesora: Karina Ojeda.
3. **Aprobación del protocolo en la comisión de proyectos de investigación (CPI)**
4. **Autorización:** Consentimiento de la universidad (ANEXO 5), Autorización por parte del director de la fundación Hogar del Ecuador (Cuenca - Azuay) (ANEXO 5), Autorización por parte del Dr. Roberto Celorrio para la revisión de las Historias Clínicas de la Fundación Hogar del Ecuador (ANEXO 6).
5. **Recolección de datos:** mediante formulario anexo 3
6. **Análisis de los datos.**
7. **Informe final**
8. **Procedimiento De La Prueba.**

Según la guía estadounidense y otros estudios, recomiendan de manera obligatoria antes de realizar la prueba, estabilizar sintomáticamente al paciente, debido a la reacción anafiláctica que ocurren en pacientes no estabilizados.⁽¹⁶⁾

Se debe realizar lo siguiente:

1. Brindar suficiente información paciente y sentar, con el antebrazo apoyado en una mesa.
2. Se coloca las gotas con los extractos a estudiar, con una distancia de 3 a 5 cm de la muñeca y a 2 cm de la fosa ante cubital con una separación entre gotas de 2 cm sobre la piel marcada con anterioridad con un bolígrafo con números que deben tener el mismo orden en la hoja que se recoge los resultados en donde van los extractos a estudio.
3. Además, se colocan dos gotas una de control positivo (histamina), 0.01 mg/ml, para detectar supresión por medicamentos y enfermedades asociada, y una



gota de control negativo (solución salina glicerinada) para descartar hiperreactividad cutánea (dermografismo).

4. Seguidamente se punciona con una posición perpendicular a la piel con un ángulo de 90 grados, con una lanceta con punta de 1mm para cada extracto colocados sobre la piel penetrando este a la epidermis y luego secar las gotas con papel secante y finalmente se debe esperar de 15 a 20 min para la lectura de la prueba.(3) (11)

9. Lectura De La Prueba Intradermocutánea (Prick Test).

La lectura se lo realiza en 15 a 20 minutos posterior a la realización de la prueba en caso de los extractos, y la histamina en 10 minutos el diámetro del habón y del eritema se mide en mm, con una regla y se marca con el bolígrafo el diámetro obtenido.

Según la Academia Europea de alergología e inmunología clínica, el punto de corte que indica positividad es de 3mm de diámetro del habón. Y todo aquel que se encuentre menor a 3mm del habón son negativos (3) (11).

4.9 Aspectos éticos

Previo al arranque de nuestro estudio nuestro protocolo fue analizado por la comisión de bioética de la Universidad de Cuenca; quienes tras un estudio minucioso procedieron a aprobarla.

Previo a la recolección de la información se dispuso primero con la aprobación de la directora de la Fundación Hogar del Ecuador para la revisión de las historias clínicas que se hayan realizado la prueba intradermocutánea y que presenten las enfermedades dermatológicas antes mencionada.

Toda la información recolectada en nuestro estudio se guardó con absoluta confidencialidad y fue utilizada únicamente para el estudio.

Los resultados que arrojó este estudio reposan en la biblioteca de la facultad de medicina de la Universidad de Cuenca y están a disposición de quien lo necesite.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos fueron tabulados en los siguientes programas: software SPSS versión 23.00 y Excel 2013 para el análisis de datos.



4.9 ASPECTOS ETICOS:

Se realizó posteriormente a la obtención de la autorización de la Fundación Hogar del Ecuador, para acceder a los datos para la investigación. Se trabajó con 181 historias clínicas.

Al ser un estudio retrospectivo no fue necesario el consentimiento informado por parte del paciente, pero sí de la autorización de la Fundación hogar del Ecuador, director y médicos respectivos. Se procedió a analizar solo los datos a estudiar.

CAPITULO V

Resultados

En la Fundación Hogar del Ecuador se obtuvieron 181 casos de dermatitis clasificadas en dermatitis atópica, dermatitis por contacto y urticaria. Las mismas posteriormente son asociadas a características sociodemográficas que presentaban cada uno de los participantes, en un periodo comprendido entre los años 2015 y 2016 en la ciudad de Cuenca.

Tabla N°1

Distribución de 181 casos de pacientes que presentaron dermatosis según sus características sociodemográficas Fundación Hogar Cuenca 2015-2016.

Edad	n	%
>3 - 20 años	64	35,4
21 - 30 años	26	14,4
31 - 40 años	37	20,4
41 - 50 años	28	15,5
51 - 64 años	26	14,4
Total	181	100
Sexo		
Hombre	72	39,8
Mujer	109	60,2
Total	181	100
Residencia		
Urbano	130	71,8
Rural	51	28,2
Total	181	100

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los Autores

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



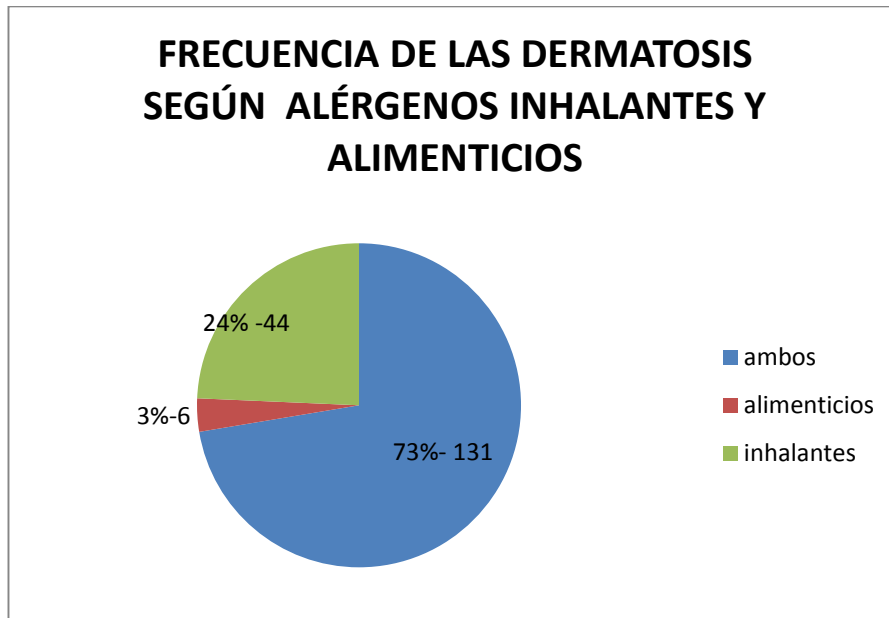
Descripción: Según el estudio se evidencia una participación del 35,4% (64) de pacientes en edades comprendidas entre los 3 y 20 años de edad, seguido de un 20,4% (37) cuyas edades oscilaban entre los 31 a 40 años de edad, un 15,5%(28) de participantes con edades entre los 41 y 50 años de edad y finalmente encontramos un 14,4% de participantes con edades entre 21 a 30 años y 51 a 64 años. Constatando una mayor frecuencia de dermatosis en participantes que se realizaron la prueba, cuyas edades se encontraban entre los 3 a 20 años de edad.

Según el género de los participantes evidenciamos un 60,2% (109) de dermatosis que hace referencia al sexo femenino, frente a un 39,8% (72) que correspondía al sexo masculino.

En cuanto a la residencia evidenciamos un 71,8 (130) de casos de dermatosis que hacían mención al área urbana frente a un 28,2% (51) de casos que hacían referencia a la zona rural.

Grafico N°1

Frecuencia de las dermatosis según alérgenos inhalantes y alimenticios, Fundación Hogar Cuenca 2015 -2016.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Los Autores

De los 181 pacientes que se realizaron el prick test que tenían algún tipo de dermatosis, se obtuvo los siguientes resultados el 73 % que representa 131 pacientes obtuvieron un resultado positivo tanto para alérgenos inhalantes y alimenticios, mientras tanto que el 24%(44) solo presentaron positividad de la prueba para alérgenos inhalantes y el 3%(6) salió positivo para alérgenos alimenticios.

Tabla N°2

Frecuencia de dermatosis según edad en pacientes de la Fundación Hogar del Ecuador 2015 -2016.

EDAD	Dermatitis de contacto		Dermatitis atópica		Urticaria			
	n	%	n	%	n	%	n	%
>3 - 20 años	13	7.1	29	15.9	22	12.1	64	35.3
21 - 30 años	6	4.9	0	0	20	11.0	26	14.3
31 - 40 años	6	4.9	3	1.6	28	15.4	37	20.4
41 - 50 años	5	2.7	2	1.1	21	11.5	28	15.4
51 - 64 años	6	4.9	2	1.1	18	9.9	26	14.3
Total	36	19.8	36	19.8	109	60.2	181	100

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los Autores

De los 64 pacientes del grupo de edad de >3 - 20 años que presentaron dermatosis 13 pacientes tienen dermatitis de contacto, 29 Dermatitis atópica y 22 urticaria, los de las edades de 21-30 años 26 pacientes presentaron dermatosis resultado 20 con urticaria y 6 con dermatitis de contacto, de los 31-40 años se obtuvo 37 pacientes con dermatosis, de las cuales 28 tenía urticaria, 3 con dermatitis atópica y 6 con dermatitis de contacto, el grupo de 41-50 años 28 pacientes tenía dermatosis resultando 21 con urticaria, 2 con dermatitis atópica y 5 con dermatitis de contacto, y finalmente del grupo de edad de los 51- 64 años 26 pacientes tenía dermatosis de las cuales 18 tienen urticaria, 2 dermatitis atópica y 6 dermatitis de contacto .

Tabla N°3

Frecuencia de dermatosis según sexo de casos revisados en la Fundación Hogar del Ecuador 2015 -2016.

	Dermatitis de contacto		Dermatitis Atópica		Urticaria		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombre	11	6.0	12	6.6	49	27.0	72	39.7
Mujer	25	13.7	24	13.2	60	33.1	109	60.2
Total	36	19.8	36	19.8	109	60.2	181	100

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los Autores

En esta tabla se evidencia la frecuencia de dermatosis tanto en hombres como mujeres, obteniendo un total de 72 hombres con dermatosis de las cuales 11 presentaron dermatitis de contacto, 12 dermatitis atópica y 49 urticaria, de igual manera 109 mujeres presentaron dermatosis de las cuales 25 con dermatitis de contacto, 24 con dermatitis atópica y 60 con urticaria.

Tabla N° 4

Caracterización del grupo de estudio de 181 pacientes con antecedentes familiares de dermatosis revisados en la Fundación Hogar del Ecuador 2015 – 2016.

	Antecedentes familiares									
	No refiere		Dermatitis atópica		Dermatitis contacto		urticaria		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dermatitis por contacto	22	12.1	5	2.7	9	4.9	0	0	36	19.8
Dermatitis Atópica	16	8.8	17	9.3	1	0.5	2	1.0	36	19.8
Urticaria	81	44.7	7	3.8	0	0	21	11.5	109	60.2
Total	119	65.7	29	16.0	10	5.5	23	12.7	181	100

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los Autores

En cuanto a los antecedentes familiares de dermatosis un total de 119 pacientes no refiere ningún tipo de antecedente de dermatosis, los pacientes que tenían dermatitis atópica 5 tenían antecedentes de dermatitis de contacto, 17 de dermatitis atópica, 7 de urticaria, en cuanto a los pacientes con dermatitis de contacto 9 de los 10 presentaban antecedentes familiares de dermatitis de contacto, 1 paciente con antecedente de urticaria y finalmente pacientes con urticaria 21 de los 23 presentaba antecedentes de urticaria 2 de dermatitis atópica.



CAPITULO VI

6.1 Discusión

Las enfermedades alergológicas van en ascenso sin embargo no existen datos específicos que reporten los alérgenos causales, a partir de la prueba del prick test podemos corroborar la posible causa de dermatosis, los alérgenos analizados son los inhalantes y alimentarios, evidenciándose que los Aero alérgenos son más prevalentes demostrando que la principal vía de entrada de los alérgenos es la aérea, pudiendo ser confirmada por una eosinofilia al realizar una extensión de la mucosa nasal (44).

Greco en Argentina 2013(28) en su estudio destaca que la prevalencia de dermatosis es mayor en la zonas de urbanización frente a las rurales donde relacionan factores medio ambientales como el tránsito, polución, además agregan la relación de la dermatosis con los antecedentes familiares de atopia. En nuestro estudio arrojó los siguientes porcentajes presentándose mayoritariamente en zonas urbanas con un 71,85% en relación a las rurales con un 8,2% en los pacientes que se realizaron la prueba, así mismo coinciden con las cifras de pacientes que tenían algún tipo de dermatosis con antecedentes familiares de dermatosis eran más propensos a padecer algún tipo de dermatosis durante su vida.

Ramírez en Venezuela 2015(44) en su estudio sobre alérgenos inhalantes y alimentarios en pacientes con dermatosis donde la mayor frecuencia fue de los aeroalérgenos frente a los alérgenos alimenticios estos resultados que son similares tanto para adultos como para niños coincidiendo con nuestro estudio donde el mayor porcentaje de pacientes dio positivo para alérgenos inhalantes con un 24% frente a un 3% para los alimenticios.

Soto en México 2015(45) menciona que el grupo etario con más dermatitis atópica son los escolares en cuanto a la urticaria el grupo más numeroso son los adolescentes que coincide exactamente con nuestro estudio ya que dentro de los rangos de >3- 20 años son las edades donde mayor porcentaje de dermatitis atópica y urticaria presentaron

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



pues son en aquellas edades en las que el sistema inmunológico reconocerá un mayor grupo de alérgenos por el contrario en los demás rangos de edad existe un menor porcentaje de dermatitis de contacto y atópica pero con un mayor porcentaje de urticaria.

American Academy of Allergy Asthma and Immunology dictamina que existe una alta prevalencia de casos de alergias asociadas al sexo femenino. (46)

Checa en Ecuador 2015 concluye que el sexo masculino tiene mayor predisposición a padecer de alergia que la población femenina, en Ecuador los estudios enfocados a dermatosis por afecciones alérgica son escasas, puesto que los tratamientos siguen siendo enfocados a procesos de tipo viral. (47)

6.2 Conclusiones

- En base a datos reportados en el estudio se determina que el mayor número de casos de dermatosis por alérgenos se observan en el sexo femenino,
- En cuanto al rango de edad en que mayormente se presenta algún tipo de dermatosis está comprendido entre >3- 20 años y el rango en donde hay un menor número es en las edades comprendidas entre 51-64, en este mismo rango de edad donde el prick test fue positivo tenía mayor porcentaje de diagnóstico de dermatitis atópica y urticaria, en cuanto a los demás rangos de edades tienen un mayor porcentaje de diagnóstico de urticaria.
- Además, dio un porcentaje mucho mayor de dermatosis en zonas urbanas frente a las rurales.
- Del total de pacientes con dermatosis más de la mitad de pacientes presentaron positividad de la prueba tanto para alérgenos alimenticios como a inhalantes, el grupo que solo fue positivo para alérgenos inhalantes fue mayor que para los alimenticios y la prueba fue positiva solo para alérgenos alimenticios en un 6(3%).



Universidad de Cuenca

- La relación entre dermatosis y el sexo el mayor porcentaje de dermatosis es la urticaria tanto para hombres como mujeres seguido de un porcentaje similar para las otras dermatosis estudiadas tanto para hombres como mujeres
- Y finalmente se demostró relación entre dermatosis y antecedentes familiares en los pacientes que tenían un antecedente familiar el cual salía positiva la prueba del prick test.



6.3 Recomendaciones

- 1.- Realizar un estudio en una población urbana que abarque los antecedentes familiares de dermatosis de los pacientes analizados cuyo objetivo sea encontrar una relación de los alérgenos inhalantes con el desarrollo de las dermatosis y que estos pacientes puedan realizarse la prueba del prick test.
- 2.- Que se realice a todos los pacientes comprendidos entre 3 y 20 años las pruebas del prick test en caso de presentar alguna dermatosis ya que en fue donde mayor número pacientes resultaron positivos a la prueba tanto para alérgenos inhalantes como alimentarios.



VII. BIBLIOGRAFIA

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Romo, Garcia MJ, Serrano Altimira MP. Diagnostico "in vivo" de las enfermedades alergicas. 23/04/2012 [Internet]. 23 de agosto de 2012 [citado 27 de octubre de 2016];8(2):1-17. Disponible en: [zotero://attachment/26/](#)
2. Torres Borreg J, Dr. Fontan Dominguez M. Protocolos de Alergología e Inmunología Clínica | Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2da ed. España: AEP; 2013 [citado 27 de octubre de 2016]. 185-205 p. (Protocolos de la AEP; vol. 1). Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-alergologia-e-inmunologia-clinica>
3. Alamar Martínez R, Sierra Talamantes C, Zaragoza Ninet V, Olaya Alamar V. SIGNIFICADO DE LAS PRUEBAS CUTÁNEAS (PRICK TEST) EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS. septiembre del 2012 [Internet]. octubre de 2012 [citado 27 de octubre de 2016];24,25:24, 28, 29. Disponible en: [acion-dermatologica/17/prick-test-alergia-cutanea.pdf](#)
4. Ross Peña A, Rodríguez Pérez J, Pérez Fabelo M, Ramos S, M C. Eficacia diagnóstica de la prueba cutánea de Prick con extractos alergénicos de ácaros en pacientes asmáticos. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. junio de 2009 [citado 3 de diciembre de 2017];13(3):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552009000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Análisis descriptivo de la sensibilización a alérgenos en una población pediátrica - al152b.pdf [Internet]. [citado 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2015/al152b.pdf>
6. Terán LM, Haselbarth LM, Quiroz GD. Alergia, pólenes y medio ambiente. Gac Méd Méx [Internet]. 2009 [citado 2 de diciembre de 2016];145(3):215–22. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm093f.pdf>
7. Gaitano Garcia A. ALERGIA_PARA_ENFERMERIA.pdf. 2013.
8. Bissinger I, Bareño J. Perfil clínico de sensibilización a hongos en Medellín, Colombia. Rev Alerg México. 11 de mayo de 2016;63(2):123-34.
9. Dr. Zubeldia JM, Dra. Baeza ML, Dr. Jaurejui I, Dr. Senent C. Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA [Internet]. Primera. España: Editorial Nerea, S. A.; España [citado 27 de octubre de 2016]. 17, 64-68,193-197 p. Disponible en: <http://www.alergiafbbva.es/alergia.pdf>
10. Pérez G, T M. Diagnóstico de la alergia en Atención Primaria, ¿para qué? Pediatría Aten Primaria. junio de 2015;17:65-75.

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



11. Cardona, Villa R, Serrano, Reyes C. Alergia: Abordaje clínico, diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2010.^a ed. Vol. 1. argentina, colombia, españa, mexico, venezuela: MEDICA INTERNACIONAL PANAMERICANA; 2010 [citado 7 de diciembre de 2016]. 668 p. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4279/Alergia.html>
12. Acar MR, García CL, Santa Cruz FJ. Intradermorreacciones en dermatología. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2008 [citado 7 de diciembre de 2016];52(4):160–174. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2008/rmd084b.pdf>
13. Bózzola CM. Pruebas cutáneas de lectura inmediata. Técnica, lectura e interpretación. *Arch Alerg Inmunol Clin* [Internet]. 2002 [citado 7 de diciembre de 2016];33(Supl 2):S51–S57. Disponible en: http://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/04/Pruebas-cutaneas-de-lectura-inmediata_Tecnica-lectura-e-interpretacion.pdf
14. Dr. Smith W. Skin Prick Testing for the Diagnosis of Allergic Disease [Internet]. 2016 [citado 27 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.allergy.org.au/health-professionals/papers/skin-prick-testing>
15. Moctezuma-Trejo C, Becerril-Ángeles M. Estandarización de la potencia biológica de extractos alérgicos de *Dermatophagoides pteronyssinus* para inmunoterapia. *Rev Alerg México* [Internet]. 21 de septiembre de 2016 [citado 27 de octubre de 2016];60(3):93-9. Disponible en: <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/209>
16. Larenas-Linnemann D, Ortega-Martell JA, del Río-Navarro B, Rodríguez-Pérez N, Arias-Cruz A, Estrada A, et al. Guía Mexicana de Práctica Clínica de Inmunoterapia 2011. *Rev Alerg México* [Internet]. [citado 31 de enero de 2017];3-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-alergia-mexico-336-articulo-guia-mexicana-practica-clinica-inmunoterapia-X0002515111209882>
17. Heinzerling L, Mari A, Bergmann K-C, Bresciani M, Burbach G, Darsow U, et al. The skin prick test – European standards. *Clin Transl Allergy* [Internet]. 2013 [citado 7 de diciembre de 2016];3:3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/2045-7022-3-3>
18. Bellanti J. Alergia. Enfermedad multisistémica [Internet]. BUENOS AIRES, BOGOTA, CARACAS, MADRID, MEXICO, PORTO ALEGRE: Ed. Médica Panamericana; 2008. 518 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=Ci22eVXTI5UC>
19. Parham P. The Immune System, Fourth Edition [Internet]. segunda. Garland Science; 2014. 625 p. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=Ph7ABAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false



20. Bevacqua E, Koatz A. Actualidades en Alergia, Asma e Inmunología [Internet]. primera edición. Vol. XIV. Buenos Aires Argentina; 2013 [citado 27 de octubre de 2016]. 345 p. Disponible en: <http://www.aaiba.org.ar/links/LibroAAIBA.pdf>
21. Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, Papadopoulos NG, Bousquet PJ, Burney PG, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. Allergy [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 27 de octubre de 2016];67(1):18-24. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1398-9995.2011.02728.x/abstract>
22. Sepúlveda EDB. CONTENIDO CONTENTS. Rev Alerg México [Internet]. 2015 [citado 8 de agosto de 2017];62(1). Disponible en: <https://nietoeditores.com.mx/nieto/Alergia/2015/ene-mar/Alergia1small.pdf>
23. Giménez S. Alergia a los ácaros del polvo doméstico. 2011 [Internet]. 11 de septiembre de 2019 [citado 27 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://www.medicina21.com/Articulos-V2245-Alergia>
24. Ramírez Heredia J, O'Farrill-Romanillos PM, Guidos-Fogelbach G, Miyagui-Nakamura RK, Segura-Méndez NH. Sensibilización a ácaros intradomiciliarios y de almacenamiento en adultos alérgicos del sur de la Ciudad de México. 2013 [Internet]. 20 de enero de 2013 [citado 27 de octubre de 2016];60(1):31-7. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=92667&id_seccion=64&id_ejemplar=9089&id_revista=12
25. Ramírez Sánchez JO, Salas Diaz DA, Borges L, Bouchard M. Perfil de sensibilización a alérgenos inhalantes y alimentarios en pacientes del Instituto de Inmunología Clínica del Estado Mérida-Venezuela. Av En Biomed [Internet]. 2014 [citado 28 de agosto de 2017];3(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3313/331334668003/>
26. Astiasarán I. Alimentos y nutrición en la práctica sanitaria [Internet]. Primera edición. Vol. 1. España: Ediciones Díaz de Santos; 2003. 536 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=26LejDtx4mAC&pg=PA243&dq=alergenos+alimentos&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiB3svjhLPPAhUNgx4KHefGB5oQ6AEIGjAA#v=onepage&q=alergenos%20%20alimentos&f=false>
27. Yong-Rodríguez A, Macías-Weinmann A, Palma-Gómez S, Arias-Cruz A, Pérez-Vanzzini R, Gutiérrez-Mujica JJ, et al. [Profile of sensitization to allergens in children with atopic dermatitis assisting to Allergology Service of University Hospital, Nuevo Leon, Mexico]. Rev Alerg Mex Tecamachalco Puebla Mex 1993 [Internet]. junio de 2015;62(2):98-106. Disponible en:



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=prick%20test%20dermatitis%20atopica%20alimentos>

28. Hawro T, Lehmann S, Altrichter S, Fluhr JW, Zuberbier T, Church MK, et al. Skin provocation tests may help to diagnose atopic dermatitis. *Allergy*. diciembre de 2016;71(12):1745-52.
29. Giachetti A, Greco F. Consenso-nacional-de-dermatitis-at-oacutepica-2013.pdf [Internet]. [citado 8 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-nacional-de-dermatitis-at-oacutepica-2013.pdf>
30. Actualidades en el tratamiento sistémico de la dermatitis atópica en el paciente pediátrico - al151d.pdf [Internet]. [citado 8 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2015/al151d.pdf>
31. Becerra C, Sanchez L. Dermatitis Atopica..pdf [Internet]. [citado 8 de agosto de 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a08v22n3.pdf
33. Fernández. [Internet]. ResearchGate. [citado 8 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/289375645_MANUAL_PRACTICO_DE_ALERGIA_ALIMENTARIA
34. Echechipía S, Gómez B, Lasa E, Larrea I, Arroabarren E, Garrido S, et al. Test epicutáneos con inhalantes en el estudio de la dermatitis atópica. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2003 [citado 8 de agosto de 2017];26:31-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272003000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Dermatitis de contacto.indd. [citado 8 de diciembre de 2016]; Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:C1vJfF78mkAJ:https://dianet.unirioja.es/descarga/articulo/4164082.pdf+&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
36. Molina-Paniagua SA, Pèrez - Madrid C, Garcès-Abad MA, Mejia-Zuluaga MM, Ossa-Builes M, Noreña-Gòmez MP, et al. Dermatitis de contacto en el personal del àrea de la salud Revisiòn de tema. *Rev CES Salud Publica* [Internet]. 2 de julio de 2012 [citado 9 de mayo de 2012];3(2):14. Disponible en: http://zotero.org/support/quick_start_guide
37. Hernández-Bel P, de la Cuadra J, García R, Alegre V. Dermatitis de contacto por proteínas. Revisión de 27 casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 1 de junio de 2011 [citado 31 de enero de 2017];102(5):336-43. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/dermatitis-contacto-por-proteinas-revision/articulo/S0001731011000809/>

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



38. Herrera MGR, Herrera MGR. Dermatitis de Contacto Ocupacional. Med Leg Costa Rica. marzo de 2016;33(1):164-9.
39. Tincopa-Wong ÓW. Urticaria y angioedema: una visión general. Acta Médica Peru [Internet]. abril de 2014 [citado 8 de diciembre de 2016];31(2):111-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Saluja SS, Davis CL, Chong TA, Powell DL. Contact Urticaria to Nickel: A Series of 11 Patients Who Were Prick Test Positive and Patch Test Negative to Nickel Sulfate 2.5% and 5.0. Dermat Contact Atopic Occup Drug. octubre de 2016;27(5):282-7.
41. Tincopa-Wong ÓW. Urticaria y angioedema: una visión general. Acta Médica Peru. 2014;31(2):111–124.
42. Godse KV. Urticaria. JP Medical Ltd; 2016. 138 p.
43. Greaves M. Urticaria, An Issue of Immunology and Allergy Clinics, E-Book. Elsevier Health Sciences; 2014. 221 p.
44. Alvarez Merchán MS. Antígenos alimentarios más frecuentes e IgE en pacientes con urticaria en la ciudad de Loja en el periodo de marzo-agosto del 2014 [Internet] [B.S. thesis]. 2015 [citado 31 de enero de 2017]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13506>
45. Sánchez JOR, Diaz DAS, Correa LMB, Pereira MB. Perfil de sensibilización a alérgenos inhalantes y alimentarios en pacientes del Instituto de Inmunología Clínica del Estado Mérida-Venezuela. Av En Biomed [Internet]. 2014 [citado 31 de enero de 2017];3(3):129–135. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/5367>
46. Mateos. En: guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño [Internet]. 2edición ed. Madrid: Ergon; 2012 [citado 2 de marzo de 2017]. p. 61. Disponible en: http://www.seicap.es/guia-dermatitis-at%C3%B3pica-2012-2edicion-prot_30467.pdf
47. Vorvick. Dermatitis alérgica [Internet]. Clínica DAM Madrid. 2017 [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000869.html>
48. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. abril de 2014 [citado 18 de enero de 2017];105(3):271-5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731013003669>



CAPITULO VIII

ANEXOS 1

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Alérgenos Inhalantes	Es cualquier sustancias transportado por el aire que al ponerse en contacto con el anticuerpo (IgE) ocasiona una reacción alérgica.	Diámetro	Prueba intradermocutánea (prick test)	≤ 2.9 mm negativo. ≥ 3mm positivo
Alérgenos Alimenticios	Es cualquier alimento que al ponerse en contacto con el anticuerpo (IgE) ocasiona una reacción alérgica.			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Temporal	Historias Clínicas	≥ 3 – 20 21- 30 31-40 41-50 51- 64
Sexo	Características fenotípicas que diferencian hombre de mujer	Características fenotípicas	Fenotipo	Masculino Femenino
Lugar de residencia	Es el lugar donde la persona vive actualmente siendo esta mayor a 6 meses.	Geográfica	Historias clínicas	Urbano Rural
Antecedentes familiares Dermatitis de contacto.	Es una enfermedad inflamatoria de la piel, que se produce tras el ingreso del alérgeno en la piel, donde se produce el primer contacto(11) (35) (36).	Clínica	Antecedentes clínica Criterios Diagnósticos (VER ANEXO 1)	Si No
Dermatitis atópica.	Es transtorno inflamatorio crónico de la piel, en la que se manifiesta con prurito intenso(11) (28).			
Urticaria.	La urticaria se define como habones pruriginosas, caracterizados por edemas superficiales o profundos localizados en la piel o mucosas(11) (39) (40).			
Enfermedades dermatológicas alérgicas	Es una afección cutánea que se manifiesta según su etiología	Clínica		Si No

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg

Anexo 2 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LAS DERMATOSIS

Dermatitis atópica	
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios mayores: debe presentar tres o más 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios menores: debe presentar más de tres criterios.
<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Morfología Y distribución típica • Dermatitis crónica o crónicamente recurrente • Historia familiar o persona de atopía(46) 	<ul style="list-style-type: none"> • Xerosis • Ictiosis • Reactividad cutánea inmediata en test cutáneos. • IgE sérica total elevada • Inicio a edad temprana • Tendencia a infecciones cutáneas • Eccema del pezón • Queilitis • Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan • Catarata subscapular • Palidez fácil. Eritema facial • Pliegues en región anterior del cuello • Picor con la sudoración • Intolerancia a disolventes de las grasas y lana. • Acentuación perifolicular • Intolerancia a alimentos(46)

Fuente: Guía de tratamiento de la Dermatitis Atópica

Dermatitis de contacto	Urticaria
<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de dermatitis de contacto.• Antecedentes personales de alergias.• clínica• Picazón (prurito) De la piel en áreas expuestas• Eritema e inflamación• Erupciones o lesión cutáneas (salpullido, pápulas, vesículas, ampollas, exudado, costras escamosas) (47)	<ul style="list-style-type: none">• Historias familiares de urticaria• Historia médica de alergia• Tiempo, frecuencia, duraciones brote.• Desencadenantes: alimentos, frio, calor y fricción.• Prurito y escozor (48)

Fuente: Clínica DAM Madrid

Fuente: Academia Española de Dermatología y Venereología



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Anexo 3

Características de la prueba intradermocutánea positivas en pacientes con dermatosis atendidos en la fundación hogar en el año 2014 -2016

DATOS DE FILIACIÓN

Formulario N

Edad:

Sexo: Hombre

Mujer

Lugar de residencia: Urbano

Rural

Enfermedades dermatológicas?

Dermatitis de Contacto

Dermatitis Atópica

Urticaria

Prueba de alérgeno?

Sí

No

Alérgenos positiva a la Prueba?

Inhalantes

Alimenticios

Ambos

Antecedentes familiares de:

Dermatitis de Contacto

Dermatitis Atópica

Urticaria

No

.....
Firma del responsable

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg

Anexo 4

EXTRACTOS			ALERGENICOS		
Nombre:					
Edad:					
Fecha:					
No	Baterías de inhalantes	Resultados	No	Baterías de alimento	resultados
1	Control	Negativo	1	Cerdo	
2	Histamina	Positivo	2	Pescado	
3	Polvo de casa		3	Pollo	
4	Dermat-Pteronyssinus		4	Res	
5	Dermat-Farinae		5	Leche	
6	Rhizopus		6	Chocolate	
7	Penicillium		7	Langosta	
8	Artemisa		8	Papa	
9	POA		9	Trigo	
10	Lolium		10	Tomate	
11	Alternaria		11	Clara de huevo	
12	Clodospoprium		12	Cebolla	
13	Epitelio de Gato		13	Maní	
14	Blonia Tropical		14	Zanahoria	
15	Ambrosi		15	Nuez	
16	Mucor		16	Cítricos	
17	P. Arboles		17	Guineo	
18	Polvo de Madera		18	Frutilla	
19	Aspergillus		19	Kiwi	
20	Epitelio de Conejo		20	Casina	
21	Epitelio de Vaca		21	Manzana	
22	Mezcla de plumas		22	Melón	
23	Epitelio de Perro		23	Ananá	
24	Epitelio de Caballo		24	Harina de Soya	
25	Hierva Timotea				
26	Tyrophagus (hongos)				

Fuente: Fundación Hogar del Ecuador

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg



Anexo 5: solicitud de permiso para la realización de investigación en la Fundación Hogar del Ecuador.

Ing. Roció Tello

Directora de la Fundación Hogar del Ecuador.

Presente.

Asunto: Solicitud de autorización para la elaboración de tesis A3 (Pregrado)

Nosotros: Inocencio Jonnathan Caguana Dután con C.I. 0302201082 y Verónica Alexandra Yanza Deleg con C.I. 0105216113 alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y como tutor la Dra. Ma. Daniela Villavicencio Romero, docente de nuestra institución.

Solicitamos a Ud. nos brinde de la manera más comedidamente, permita la elaboración de un proyecto de tesis de Pregrado previo a la obtención del título de Médico General, el mismo que llevara por nombre: **“Características de la prueba intradermocutánea positivas en pacientes con dermatosis atendidos en la Fundación Hogar del Ecuador durante el año 2015-2016.”** En la fundación hogar del Ecuador, institución que usted dirige. Razón por la cual esperamos nos brinde su autorización.

Por la atención que brinde a la presente quedamos con Ud. Agradecido.

Atentamente

.....
Dermatóloga. Ma. Daniela Villavicencio R.

I. Jonnathan Caguana Dután

.....
.....
Verónica A. Yanza Deleg

Inocencio Jonnathan Caguana Dután
Verónica Alexandra Yanza Deleg



Anexo 6: Autorización del alergólogo de la revisión de las historias clínicas en la Fundación Hogar del Ecuador.

Doctor.

Roberto Celorrrrio.

ALERGÓLOGO DE LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ECUADOR.

Su despacho.-

De nuestra consideración

Nosotros, Inocencio Jonnathan Caguana Dutan y Verónica Alexandra Yanza Deleg, estudiantes de la Escuela de Medicina, con un cordial saludo nos dirigimos a usted para solicitarle de la manera más comedida, que nos autorice la revisión de las historias clínicas para la obtención de datos para la elaboración de nuestra tesis denominado “CARACTERISTICAS DE LA PRUEBA INTRADERMOCUTÁNEA POSITIVAS EN PACIENTES CON DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN HOGAR DEL ECUADOR DURANTE EL AÑO 2015-2016”, dirigido por la Dra. Ma. Daniela Villavicencio Romero, docente de nuestra institución.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

f).....
Jonnathan Caguana Dutan
0302201082

f).....
Alexandra Yanza Deleg
0105216113

Inocencio Jonnathan Caguana Dutan
Verónica Alexandra Yanza Deleg