



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA

**Prevalencia de dermatofitosis asociado a Diabetes Mellitus en el hospital
de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021.**

AUTORA:

Lise Evelyn Vergara Salas

Trabajo de titulación, previo a la obtención del título de MÉDICO

TUTORA:

Dra. Benites Estupiñan, Elizabeth María

Guayaquil, 01 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **VergaraSalas Lise Evelyn**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA

ELIZABETH
MARIA BENITES
ESTUPIÑAN

Firmado digitalmente
por ELIZABETH MARIA
BENITES ESTUPIÑAN
Fecha: 2022.08.22
16:32:19 -05'00'

f. _____

Dra. Benites Estupiñán, Elizabeth María

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Vergara Salas Lise Evelyn

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: Prevalencia de dermatofitosis asociado a Diabetes Mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021, previo a la obtención del título de MEDICO GENERAL, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

EL AUTORA

f. _____

Vergara Salas Lise Evelyn



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Vergara Salas Lise Evelyn

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Prevalencia de dermatofitosis asociado a Diabetes Mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

LA AUTORA:

f. _____
Vergara Salas Lise Evelyn

REPORTE DEL TUTOR

URKUND

Documento: [Vergara.docx](#) (D143138059)

Presentado: 2022-08-21 23:17 (-05:00)

Presentado por: lisevelyn2@gmail.com

Recibido: elizabeth.benites.ucag@analisis.arkund.com

0% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.

Categoría	Enlace/hombre de archivo
	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis Maldonado - Honores 2020 Kevin Mald...
	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL (null)
Fuentes alternativas	
	Universidad Regional Autónoma de los Andes (null)
	UNIVERSIDAD DE CIENCIA (null)

APROBADO POR TUTOR

f. _____

Dra. Benites Estupiñán, Elizabeth María

AGRADECIMIENTO

Mención especial a Dios, por siempre escucharme y ayudarme en todo.

Todo el agradecimiento es para mí mamá Dra. Salas, la persona más importante en mi vida que me ayudó a lograr esto, con un apoyo incondicional, siempre diciéndome que puedo con todo y nunca dejarme sola, porque esta carrera la logramos juntas.

Agradezco a todas las personas que conocí durante mi carrera, con las cuales compartimos alegrías, llantos, desayunos, lecciones, viajes, reuniones, deberes, fiestas, experiencias en una etapa tan increíble de nuestra vida, cada una aportó y ayudó en mi crecimiento tanto personal como profesional, un gusto haber coincidido con ellos.

Agradecer también a la Universidad Santiago de Guayaquil, autoridades y docentes por la enseñanza y consejos de vida, a mi tutora de tesis por ayudarme durante todo el proceso.

Lise Vergara Salas

DEDICATORIA

Se lo dedico a mi familia que siempre están para mi cuando los necesites y a todas las demás personas que confiaron en mi durante este proceso y me apoyaron de alguna manera.

También me lo quiero dedicar a mí por todo el esfuerzo, ganas, constancia para decidir empezar esta carrera y terminarla porque las adversidades siempre estuvieron ahí, pero lograrlo me alegra y me enorgullece. Gracias Dios

Lise Vergara Salas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS) DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS) OPONENTE

INDICE

Contenido

RESUMEN.....	XII
INTRODUCCION	2
CAPITULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
HIPÓTESIS	3
JUSTIFICATIVO.....	3
CAPITULO II.....	5
MARCO TEORICO	5
DEFINICIÓN.....	5
ETIOLOGÍA	5
FACTORES DE RIESGO.....	6
EPIDEMIOLOGÍA	6
CLÍNICA.....	6
TIPOS DE DERMATOFITOSIS	7
B. Tiña de las uñas (CIE B351)	7
C. Tiña del pie (CIE B353).....	7
D. Tiña del cuerpo (CIE B354).....	7
E. Tiña inguinal (CIE B356).....	8
DIAGNÓSTICO	8
TRATAMIENTO.....	8
Tópicos.....	8
Sistémicos	9
DERMATOFITOSIS ASOCIADO A DIABETES	9
CAPITULO III	11
METODOLOGIA	11
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	11
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	11

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	11
METODO DE MUESTREO	12
PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE BASE DE DATOS	12
PROCESAMIENTO DE DATOS	13
RESULTADOS	13
DISCUSION	16
CONCLUSION	18
RECOMENDACIONES	18
BIBLIOGRAFIA.....	19
ANEXOS.....	21
TABLAS Y FIGURAS	21
Tabla 0.- Prevalencia de la Dermatofitosis en pacientes con Diabetes tipo II en el Hospitalde especialidades Teodoro Maldonado Carbo	21
Tabla 1: Frecuencia de edad en pacientes Diabéticos con Dermatofitosis	21
Tabla 2: Distribución de sexo en pacientes Diabéticos con Dermatofitosis.....	21
Tabla 3: Diagnostico de diabetes en pacientes con Dermatofitosis.....	22
Tabla 4: Frecuencia de APP en pacientes diabéticos con dermatofitosis	22
Tabla 5: Influencia de la ocupación a desarrollar dermatofitosis en pacientes diabéticos.....	23
Tabla 6: Manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes diabéticos con dermatofitosis.....	24
SIGNO CLINICOS MAS FRECUENTES	24
Tabla 7: Tipo de dermatofitosis mas frecuente en pacientes diabéticos.....	25
DERMATOFITOSIS MAS FRECUENTE	25
Tabla 8: Localización más frecuente de la dermatofitosis en pacientes diabéticos	26
Tabla 9: Método Diagnostico más frecuente para dermatofitosis en pacientes diabéticos.....	26
METODO DIAGNOSTICO MAS	26
Tabla 10: Resultado de examen DE KOH.....	27
HONGO MAS FRECUENTE DEL RESULTADODE KOH	27
Tabla 11: Resultado de cultivo que se realizó a los pacientes diabéticos con dermatofitosis.....	27
Tabla 12: Tratamiento mas frecuente enviado a los pacientes diabéticos con dermatofitosis.....	28
Tabla 13: Tiempo de duración del tratamiento enviado para la dermatofitosis en los pacientes diabéticos.....	28
TIEMPO DE DURACION ENVIADO DELTRATAMIENTO.....	28

Tabla 14: Resolución de dermatofitosis en los pacientes diabéticos	29
Tabla 15: Presencia de Obesidad en pacientes diabéticos con dermatofitosis	29
PRESENCIA DE OBESIDAD.....	29
Tabla 16: Riesgo de sobrepeso en pacientes diabéticos con dermatofitosis.....	30
Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	30
Tabla 17: Correlación entre ambiente laboral y familiar en pacientes diabéticos con dermatofitosis.....	31
Otros documentos.....	31

RESUMEN

Introducción: Las infecciones por dermatofitosis son más frecuentes de lo que se espera más en personas vulnerables que tiene comorbilidades y que además están sujetos cambios climáticos más en un país como Ecuador, favorece el desarrollo de dermatofitosis.

Objetivo: Determinar la prevalencia de dermatofitosis asociado a diabetes mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021.

Resultados: se estudió una muestra de 102 pacientes donde la edad presento una media de 54.11 (± 18.338) con un mínimo de 1 año de vida y un máximo de 89 años. La distribución del sexo fue de 55 (53.9%) pacientes femeninas y 47 (46.1%) pacientes masculinos. Los antecedentes patológicos personales con más frecuencia en estos pacientes fueron hipertensión arterial en 28 (27,5%) de los pacientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son descamación en 19 (18,6%) pacientes, onicolisis en em 17 (16.7%). Los tipos de dermatofitosis más frecuentes son B351 dermatofitosis tiña de las uñas en 48 (47,1%) pacientes El tratamiento más enviado fue terbinafina sola en 18 (17.6) pacientes, seguido de Fluconazol + terbinafina en 16(15.7%) pacientes. La duración del tratamiento fue menor a 6 meses en 87 (85.3%) pacientes y mayor a 6 meses en 15 (14.7%) pacientes; en los cuales 46 (45.1%) pacientes obtuvieron alta médica, 36 (35.3%) no regresaron a controles médicos y 20 (19.6%) fueron reinciden.

Conclusión: se demostró una prevalencia de dermatofitosis asociada a diabetes mellitus en 53 pacientes siendola muestra de 102 pacientes, de los cuales 48 no tienen diabetes,

Palabras claves: dermatofitosis, diabetes, edad, clínica, cultivo

INTRODUCCION

La dermatofitosis es motivo de consulta habitual en el servicio de dermatología en Ecuador y en el mundo, sin embargo, no existen estudios y no se puede establecer prevalencia o etiología clara debido a la falta de registro en las historias clínicas de los pacientes en Ecuador, porque muchas de las situaciones los pacientes no se realizan los exámenes pertinentes y no concluyen con el tratamiento y una razón aún más importante que el servicio de dermatología se manejó por telemedicina en el año pandémico 2021 y la mejor opción para diagnosticar era pidiendo fotos al paciente de las lesiones, por estas circunstancias no se tiene un registro evidente.

Pero si se conoce que los pacientes diabéticos alteran todo su sistema e inmunidad produciendo neuropatía, alteración vascular periférica, retinopatía, dermatopatías, siendo estas últimas de relevancia porque la piel es el órgano protector y se vuelve muy vulnerable a infecciones bacterianas o micóticas causando dermatofitosis.

Conocemos que las infecciones por dermatofitosis causada por hongos dermatofitos por ello el nombre están sujetos cambios climáticos también y más en un país como Ecuador que se encuentra en la franja tropical y debido a sus alturas andinas tiene extensas zonas templadas y frías; posee una gran diversidad climática y ecológica; característica prominente de la geografía de América del Sur (2)

Las consecuencias de aquello lo sufren en su mayoría personas expuestas a humedad y cambio de temperaturas como lo son los trabajadores de actividades agrícolas, pero son más propensos los pacientes vulnerables con comorbilidades como diabetes, enfermedad importante para la salud pública a nivel mundial.

Por todo aquello mencionado este estudio investiga la Prevalencia de dermatofitosis asociado a diabetes mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021, factores de riesgo asociado con sus posibles complicaciones y la gravedad en caso de ser manejada.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este trabajo investigativo se intenta determinar la prevalencia de dermatofitosis en pacientes diabéticos, debido a su vulnerabilidad para ciertas infecciones.

JUSTIFICACION

Porque las lesiones de piel en un diabético son más comunes de lo que parece. Además, la diabetes es un problema para la salud pública a nivel mundial, los casos van en aumento y con ello sus complicaciones. Como se sabe los pacientes diabéticos son más propensos a ciertas infecciones debido a las alteraciones provocadas por la hiperglicemia y una de esas infecciones son las dermatofitosis siendo una puerta de entrada a largo plazo para ulceraciones y posibles amputaciones que es una de las consecuencias más costosas de la diabetes y puede provocar importantes pérdidas económicas, sociales y de salud pública, especialmente en las comunidades de bajos ingresos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de dermatofitosis asociado a diabetes mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la prevalencia de las dermatofitosis.
2. Determinar la frecuencia de edad, el sexo, los síntomas y signos característico.
3. Investigar los tipos de dermatofitosis más frecuente.
4. Relacionar tendencia de dermatofitosis en pacientes obesos.
5. Determinar relación entre el ambiente laboral y familiar con el riesgo de dermatofitosis

HIPÓTESIS

Los pacientes con diabetes mellitus están más propensos a desarrollar dermatofitosis.

JUSTIFICATIVO

Porque las lesiones de piel en un diabético son más comunes de lo que parece. Además,

la diabetes es un problema para la salud pública a nivel mundial, los casos van en aumento y con ello sus complicaciones. Como se sabe los pacientes diabéticos son más propensos a ciertas infecciones debido a las alteraciones provocadas por la hiperglicemia y una de esas infecciones son las dermatofitosis siendo una puerta de entrada a largo plazo para ulceraciones y posibles amputaciones que es una de las consecuencias más costosas de la diabetes y puede provocar importantes pérdidas económicas, sociales y de salud pública, especialmente en las comunidades de bajos ingresos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN

La dermatofitosis es una infección fúngica que involucra piel, uñas y cabello, recibe su nombre de acuerdo a su localización en el cuerpo. Es una enfermedad que puede iniciar con síntomas leves pero que puede complicarse en pacientes vulnerables como los diabéticos. Afecta de manera general a todo tipo de piel, género y edad.

Suele ser común pero no tan frecuente en niños por la exposición de ellos con medios de contagio como el suelo, contacto directo con otros niños o por objetos que usen entre ellos, incluso mascotas.

Las zonas más frecuentes y por ende las tiñas son:

- B350 Tiña de la barba y cuero cabelludo
- B351 Tiña de las uñas
- B352 Tiña de la mano
- B353 Tiña del pie
- B354 Tiña del cuerpo
- B356 Tiña inguinal
- B358 Otras dermatofitosis
- B359 dermatofitosis, no especifica

Estas infecciones dermatofíticas pueden estar presentes en una persona y no desarrollarse en mucho tiempo o nunca, pero si se produciría las manifestaciones clásicas de una tiña con mucha más facilidad en pacientes con alteración en las defensas locales o cuadros de inmunodeficiencia primaria hereditaria o secundaria como diabetes, cáncer, VIH.(1)

ETIOLOGÍA

La frecuencia de dermatofitosis es variable en todo el mundo, está sujeto a factores ambientales, y agentes causales presentes en los ecosistemas de cada medio. De esta forma se postula que las infecciones por estos microorganismos dependen en gran medida

de la resistencia del hospedero al agente causal, la virulencia propia del hongo y a las condiciones ambientales en la que se desarrollan. (2)

Son causados por los dermatofitos que son hongos que se alimentan de queratina para sobrevivir, la misma que está presente en piel, uñas y cabello. Las especies que causan estas infecciones son Epidermophyton, Microsporum, y Trichophyton. (1)

El contagio es de persona a persona, de animal a persona y poco usual del suelo a persona.

En la actualidad; se debe considerar, la falta de control en la venta de medicamentos antimicóticos, que facilitan; la resistencia de estos patógenos que en algunos casos ocasionan infecciones sistémicas graves sobre el individuo por ineficacia del tratamiento prescrito (2)

FACTORES DE RIESGO

Estas infecciones afectan a más de la mitad de la población, nadie está libre de ella, al menos una vez en la vida se presentó, debido a que involucra no solo el estilo de vida o higiene sino también el trabajo que realizan, como agricultores, trabajadores de fábricas, camaroneras, etc, refiriéndose a Ecuador; son ellos quienes están más propensas ya que son quienes permanecen mucho tiempo con zapatos cerrados, sin acceder a una buena higiene de sus pies en caso de tiña pedis, actividades deportivas como natación, uso de baños públicos, traumatismo, edad avanzada y comorbilidades como diabetes. (3)

EPIDEMIOLOGÍA

Según estudio realizado en Ecuador sobre dermatofitosis en el 2021: Se demuestra que el sexo femenino es el más afectado. (4) El grupo etario que acude con frecuencia a la consulta está entre 18 a 65 años, tanto de área rural como urbana.

CLÍNICA

De manera general se presenta como una erupción cutánea, con posterior descamación acompañada de prurito, pero los síntomas que refiere el paciente van a depender de la localización de la lesión, estas suelen ser intermitentes, desaparecer y de repente aparecer como ampollas o vesículas en caso que se presente en el pie, o placa eritematosa, por ejemplo, en el cuero cabelludo. (5)

También la gravedad de las manifestaciones clínicas depende de la virulencia del microorganismo y la susceptibilidad e hipersensibilidad del huésped.

TIPOS DE DERMATOFITOSIS

A. Tiña de la barba y cuero cabelludo (CIE B350)

Como su nombre lo indica afecta el cuero cabelludo, se visualiza como placas pseudoalopécicas únicas o múltiples con resequedad y descamación. Con mayor frecuencia se presenta en pacientes inmunodeficientes, llegando a desarrollar Querion(4) una lesión en forma de placa grande, dolorosa, inflamada e hinchada.(6)

Se puede utilizar la lámpara de Wood en el cuero cabelludo para identificar el tipo de hongo, también se puede hacer cultivo de la muestra.

B. Tiña de las uñas (CIE B351)

Es la infección de la lámina ungueal que puede ser adquirido por contacto con persona infectada o fómites. El paciente refiere cambio de coloración, engrosamiento, opacas con estrías y muy frágiles en una infección grave que pueden llevar a separarse del lecho ungueal, pero las lesiones leves pueden pasar desapercibidas por un tiempo.

Para el diagnóstico se realiza un raspado con posterior cultivo acompañado de una PCR porque esta se utiliza para producir copias de un gen procedente de un hongo.(7)

C. Tiña del pie (CIE B353)

También llamada pie de atleta es la más frecuente afecta por lo menos una vez en la vida a todas las personas y más cuando están zonas húmedas o calurosas. Existe una inclinación mayor hacia los hombres.

Se presenta como una descamación acompañada o no de enrojecimiento y prurito, con mucho dolor en algunos casos, debido a la tiña podría provocar fisuras en la piel y llevar a una infección bacteriana adicional, característico en pacientes con menor irrigación sanguínea como son los diabéticos. Se diagnostica a través de examen físico con posterior raspado cutáneo, en caso de ser necesario se realiza un cultivo.

D. Tiña del cuerpo (CIE B354)

Afecta cualquier parte del cuerpo, aunque es más común en tronco y extremidades y menos en cara. Se presenta como zonas eritematosas únicas o múltiples, con bordes activos y un centro más claro, suelen presentar prurito. Para el diagnóstico efectivo un raspado cutáneo.(8)

E. Tiña inguinal (CIE B356)

Lesiones más frecuentes en varones adultos localizadas en la ingle, área perianal y perineal, debido a la humedad de este sitio por ello se desarrolla más en climas cálidos y uso de ropa apretada, las personas obesas tienen mayor riesgo.

Suele ser recidivante en personas que ya presentaron tiña de uñas y tiña pedis. Se presenta como erupción, eritematosa con bordes activos y el centro seco con signo de curación.(9)

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se utiliza la clínica presentada por el paciente con un examen físico exhaustivo en conjunto con raspados cutáneos y demostración de hifas en preparados de hidróxido de potasio (KOH). Esto es el método más simple y rápido para detectar infección por hongos.(10)

El cultivo del raspado solo se realiza si es infección en cuero cabelludo o tiña ungueal porque podría ser causada por un no dermatofito.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección son los antifúngicos vía oral en complemento con los tópicos, lo mismo para todas las tiñas la diferencia está en la duración del tratamiento. (6)

Los tópicos son cuando solo está afectada la epidermis y la sistémica para infecciones más profundas con afectación de la dermis, folículos pilosos, uñas incluso planta de manos y pies, también en infecciones refractarias a tratamiento tópico, inmunodeprimidos y recidivantes.(11)

Antes de enviar el tratamiento hay que tener en cuenta ciertos puntos; para tiña de uñas y pies se debe considerar el uso de queratolíticos al 6% en pies y urea 4% en uñas, antes de usar imidazoles. También antes del tratamiento de cuero cabelludo tópico utilizar por vía oral.

Tópicos

- **Clotrimazol:** 2 a 3 veces/día por 3 a 4 semanas
- **Miconazol:** 1 a 2 veces/día por 2 a 4 semanas

- **Ketoconazol:** 2 a 3 veces/día por 3 a 4 semanas
- **Terbinafina:** 1 a 2 veces/ día por mínimo 2 semanas, 4 para evitar recaídas. (12)

Sistémicos

- **Fluconazol:** dosis de 6mg/kg dosis única por 2 a 4 semanas, en tiña de la cabeza de 6 a 12 semanas. Dosis máxima diaria 400mg.
- **Itraconazol:** dosis de 5 a 8mg/kg en tiña de la cabeza por 2 a 3 meses, y la dosis para onicomicosis es 3 a 5mg/kg por 3 a 4 meses. Dosis máxima diaria 400mg.
- **Terbinafina:** dosis 125mg/día si pesa < 25kg y dosis 250 mg/día si pesa >35kg de 4 a 6 semanas. Para onicomicosis < 25kg 62,5 mg/d y >35kg 250mg/día por 6 semanas.
- **Griseofulvina:** dosis de 10 a 20mg/kg/día de 4 a 6 meses, y solo para tiña de la cabeza 20 a 25mg/kg/día de 6 a 12 semanas.(12)

DERMATOFITOSIS ASOCIADO A DIABETES

La diabetes mellitus tipo 2 representa una carga de enfermedad importante en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad. A pesar de los esfuerzos para disminuir el impacto negativo en mortalidad de esta, y otras enfermedades crónicas no transmisibles, el camino es largo y probablemente aún más complejo para países de ingresos medios y bajos. (13)

La diabetes mellitus tipo II se presenta debido a una producción inadecuada y de la incapacidad del cuerpo para responder a la hormona insulina. En los pacientes no controlados aumenta el riesgo de complicaciones que solo por su larga data ya están propensos, así mismo un estilo de vida diferente, tratamiento adecuado, en muchos pacientes podrían retrasar complicaciones que son inevitables. Las complicaciones más relevantes como alteraciones de la circulación periférica, neuropatía diabética y retinopatía conllevan a una alteración de la inmunidad celular y reducción de la función fagocítica de los leucocitos polimorfonucleares que favorece desarrollo de infecciones fúngicas y bacterianas en la piel por la hiperglucemia.

Como se mencionó con la progresión de la enfermedad se afectan órganos diana que conllevan riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares disminuyendo el flujo sanguíneo con posterior daño de los nervios periféricos volviéndolos más susceptible

a lesiones e infecciones en especial en miembros inferiores.

Situaciones como neuropatía, enfermedad arterial periférica e infecciones entre ellas tinea pedis, onicomicosis son predictores de desarrollo de ulcera en pie que usualmente terminara en pie diabético, por ello el manejo de estas infecciones micóticas se reconoce como una táctica de prevención para futuras complicaciones y no convertirse en un serio problema que muchas veces incapacita al paciente y a su familia por pérdidas económica, sociales y mucho más en países de bajos recursos. Estudios internacionales han demostrado que la prevalencia de infecciones micóticas superficiales y cutáneas en adultos y adultos mayores con diabetes se relaciona principalmente con onicomicosis y tinea pedis. (13)

La diabetes junto a la dermatofitosis en general tiene una asociación muy cercana, en especial la onicomicosis que actualmente ya no es solo un problema de higiene, todos son propensos, pero notodos deben ser endebles porque es una enfermedad debilitante con impacto físico y psicológico negativo, por esta razón se debe manejarse a tiempo en atención primaria de salud, por los diabéticos tienen mayor probabilidad de tener onicomicosis.(14)

Por lo tanto, se debe considerar que la presencia de onicomicosis es considerada actualmentecategoría de riesgo 2 (alto riesgo) por las guías de la Federación Internacional de Diabetes.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Se realizo un estudio de prevalencia, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo se utilizó todos los pacientes de la consulta dermatológica del año 2021, como se detallará más adelante.

Universo: 220 pacientes fueron atendidos por consulta externa de manera presencial y telemedicina en el servicio de dermatología en el año 2021, de la totalidad de pacientes se seleccionó la muestra por criterios de inclusión siendo el principal que tenga diagnóstico de diabetes dando como resultado muestra de 102 pacientes para estudio.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de Serie de Casos (observacional, descriptivo)

Estudio de Prevalencia o de Corte Transversal (observacional, descriptivo) Estudio de Cohorte (observacional, analítico)

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador: observacional Según la planificación de la toma de datos: retrospectivos

Según el número de mediciones de la variable analítica; transversal (una sola vez) Según el número de variables analíticas: descriptivo, analítico de cohorte, correlacional

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

- Presente con dermatofitosis
 - Pacientes atendidos en consulta externa en el 2021
 - Paciente diabético
 - Síndrome metabólico asociado
 - Todos los tipos de dermatofitosis
- Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta
- Pacientes que no sean del Hospital

- Pacientes fallecidos

METODO DE MUESTREO

Criterios de inclusión

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE BASE DE DATOS

Se utilizo las siguientes variables

Variables	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Edad	Edad	Años cumplidos	Numérica, razón discreta
Sexo	Fenotipo del sujeto	Femenino Masculino	Categórica, nominal, dicotómica
Diabetes	Historia clínica	Si / No	Categórica, nominal, dicotómica
Tipo de dermatofitosis	Historia clínica	B351 B354 B356 B353 B359 B352 B350 B358	Categórica, nominal, Politómica
Duración del tratamiento	Historia clínica	<6 meses >6 meses	Categórica, nominal, dicotómica
Ocupación	Historia clínica	Influye en la enfermedad No influye en la enfermedad	Categórica, nominal, dicotómica
Método diagnostico	Historia clínica	KOH Examen físico Telemedicina	Categórica, nominal, Politómica
Resolución	Historia clínica	Alta medica No regreso No curado	Categórica, nominal, Politómica
Obesidad	Historia clínica	Si / No	Categórica, nominal, dicotómica

PROCESAMIENTO DE DATOS

Revisión retrospectiva de historias clínicas de la base de datos del hospital Teodoro Maldonado Carbo, y será recolectada y tabulada en un archivo de Excel y SPSS.

Se utilizará estadística descriptiva e inferencial. Las variables continuas serán expresadas como medias \pm desviación estándar para distribuciones normales y como mediana y rango intercuartil para distribuciones no normales.

Las variables categóricas se expresarán como frecuencias y porcentajes. Se utilizará la prueba Chi cuadrado de asociación para el análisis de variables cualitativas, y T de Student para el análisis de variables cuantitativas. Correlación de Pearson. Se tomará como significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Con la base de datos del hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo se demostró una prevalencia de dermatofitosis asociada a diabetes mellitus en 51.9% pacientes siendo la muestra de 102 pacientes, la edad presentó una media de 54.11 (± 18.338) con un mínimo de 1 año de vida y un máximo de 89 años (ver Tabla 1). La distribución del sexo fue de 55 (53.9%) pacientes femeninas y 47 (46.1%) pacientes masculinos (ver Tabla 2)

También se analizó a los pacientes diabéticos como diagnóstico definitivo que presentaron dermatofitosis y los que no (ver Tabla 3). Todos los pacientes fueron atendidos en el año 2021 en la ciudad de Guayaquil.

Entre los antecedentes patológicos personales con más frecuencia y relevancia fueron hipertensión arterial en 28 (27,5%) de los pacientes, HTA asociada a otras APP en 26 (25.5%) pacientes, no referían APP en 20 (19,6%) pacientes (ver Tabla 4)

Se revisó las historias clínicas de los pacientes y se valoró si intervenía la ocupación en el desarrollo de dermatofitosis en pacientes diabéticos, el resultado fue 61 (59.8%) pacientes donde no influyó su trabajo y en 41 (40,2%) pacientes si influyó (ver Tabla 5). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son descamación en 19 (18,6%) pacientes, onicolisis en 17 (16.7%), onicodistrofia en 15 (14,7%) pacientes, prurito con otros síntomas en 13 (12,7%) (ver Tabla 6). Los tipos de dermatofitosis más frecuentes son B351

dermatofitosis tiña de las uñas en 48 (47,1%)pacientes, 354 dermatofitosis tiña del cuerpo en 18 (17,6%) pacientes, B356 dermatofitosis tiña inguinal en 17 (16.7%) pacientes, B353 dermatofitosis tiña del pie en 13 (12.7%) pacientes, B350dermatofitosis tiña de la barba y del cuero cabelludo en 2 (2.0%) pacientes, B358 dermatofitosis otras dermatofitosis en 2 (2.0%) pacientes (ver Tabla 7). La localización más frecuente de dermatofitosis son las uñas de los pies en 33 (32,4%) siguiéndole el intertrigo en 16 (15.7%) pacientes (ver Tabla 8).

El método diagnostico más utilizado fue KOH (hidróxido de potasio) en 44 (43.1%) pacientes, examen físico en 33(32.4%) pacientes y a través de telemedicina por época COVID en 25 (24.5%)pacientes (ver Tabla 9). En los pacientes que se realizó examen de KOH se encontraron micelios tabicados en 37 (36.3%), pseudomicelios en 2 (2.0%) pacientes, micelios tabicados y pseudomicelios juntos en 1 (1.0%) pacientes, no se envió KOH en 57 (55.9) pacientes y no se reportó resultado en 3 (2.9) pacientes (ver Tabla 10).El cultivo se envió a 8 (7.8%) pacientes de los cuales se encontró *Aspergillus seccion nigri* en 1 (1,0%) paciente, *Trichophyton seccion mentagrophytes* en 1 (1,0%) paciente, *Aspergillus terreus* en 1 (1,0%) paciente, *Trichophyton ssp* en 1 (1,0%) paciente, el resto no se reportó (ver Tabla 11).

El tratamiento enviado fue terbinafina sola en 18 (17.6) pacientes, seguido de Fluconazol/terbinafina en 16 (15.7%) pacientes, Fluconazol/terbinafina/loratadina en 13 (12.7%)

pacientes, Terbinafina/loratadina en 13 (12.7%) pacientes, Terbinafina/fluconazol en 10 (9.8%)

pacientes, Terbinafina/trolamina/loratadina en 8 (7.8%) pacientes, Terbinafina/betametasona en 7

(6.9%) pacientes, fluconazol/clotrimazol en 6 (5.9%) pacientes, clotrimazol solo en 4 (3.9%)

pacientes, terbinafina/urea en 4 (3.9%) pacientes, Fluconazol en 3 (2.9%) pacientes (ver Tabla 12).

La duración del tratamiento fue menor a 6 meses en 87 (85.3%) pacientes y mayor a 6 meses en 15 (14.7%) pacientes (ver Tabla 13); de los cuales 46 (45.1%) pacientes obtuvieron alta médica, 36 (35.3%) pacientes no regresaron a controles médicos y 20

(19.6%) fueron reincidentes (ver Tabla 14).

En cuanto si la obesidad es un factor de riesgo en pacientes diabéticos con dermatofitosis, se comprobó que el riesgo no es significativo $.439 < RR=1$, por lo que la mayoría su IMC se encontraban dentro de los valores normales. (ver Tabla 16).

También se ha demostrado en el resultado de Correlación de Pearson 0.112 es $> P=0.05$, que el tipo de ocupación laboral no está relacionado con la dermatofitosis en los diabéticos (ver Tabla 17)

DISCUSION

Las infecciones micóticas superficiales y profundas son un problema de salud pública por sus complicaciones y morbimortalidad. Según estudio brasileño en el año aproximadamente del 25 a 30% de adultos con diabetes tienen dermatofitosis, un poco menos que este estudio donde el 52% desarrollaron dermatofitosis siendo su prevalencia 51.9%. Así mismo en un estudio indonesio (2) afecta mayormente a una edad avanzada equitativa a otros estudios con una edad media de 54 años, en un estudio en indonesia la edad promedio era entre 31 y 60 años, más en hombres, a diferencia del HTMC la prevalencia fue en mujeres.

A pesar de escasos estudios sobre este, se coincide con estudio brasileño (15) que la mayor prevalencia de dermatofitosis es la tiña pedis simultáneo al HTMC que fue de 47,1% al contrario de estudio indonesio donde la dermatofitosis más común encontrada fue tinea cruris, con una proporción del 37,1%, seguido de tinea corporis y tinea ungueal con una proporción de domasificación del 17,1%.

Se planteo una relación entre el ambiente laboral y familiar de los pacientes donde se demostró que el factor ocupacional y familiar no es significativo en la dermatofitosis en el HTMC ya que no influye su calidad de vida laboral. Existen estudios que dan recomendaciones sobre calidad de vida Riyadi en 2020 en cuanto al mantenimiento de la higiene personal es la parte del elemento que tuvo lugar a la aparición de dermatofitos en dieciséis pacientes diabéticos. Mientras tanto, la investigación de Darung en 2017 y Siregar 2018 afirmó que el conocimiento y el comportamiento de una vida limpia y saludable también están relacionados con la dermatofitosis.

Casi la totalidad de los pacientes presentaron una enfermedad adicional la más frecuente fue HTA en 27,5% pacientes, seguida de HTA con hipotiroidismo en 7,8% y el 19,6 no tenía APP, es decir solo diabetes, sin embargo, en otros estudios los pacientes implicados solo eran diabéticos sin enfermedades asociadas.

La manifestación clínica más frecuente que los pacientes presentaron fue descamación en 18.6%, onicosis 16,7%, onicodistrofia 14,7%, prurito 12,7% en el HTMC, a diferencia de otros estudios que no evalúan como variable las manifestaciones clínicas porque menciona que están implícitas en los tipos de dermatofitosis.

Se busco relación entre dermatofitosis en pacientes obesos, pero se encontró que no existe relación, la obesidad es un factor de riesgo para diabetes, pero no es un factor directo para dermatofitosis.

Según estudio en BRSUD Tabana Bali en Irlanda se concluyó que no existe correlación entre una glicemia elevada y la dermatofitosis en diabetes tipo 2, a diferencia de los pacientes del HTMC se demostró una relación y prevalencia mínima de 52,0% del 100% de la población estudiada ecuanime a otro estudio donde también hay una relación de dermatofitosis en pacientes diabéticos.(2)

Es necesario que se realicen más estudios para discutir los hallazgos y para que haya una mejor comprensión de la relevancia de este tipo de infección para las personas con diabetes tipo 2.

CONCLUSION

- En conclusión, con los 102 pacientes que se estudió se identificó que la prevalencia de dermatofitosis en pacientes diabéticos fue de 51.9% , siendo las mujeres las más afectadas mujeres con 55 casos y hombres con 47, con una media de 54 años, los síntomas o manifestaciones más comunes son descamación en 19 pacientes, seguido de prurito, solo y acompañado con onicolisis y onicodistrofia como en la mayoría se presentó. El tipo más frecuente de dermatofitosis fue el B351 dermatofitosis tiña de las uñas en 48 pacientes.
- No existe factor de riesgo de presentar dermatofitosis en pacientes obesos según se demostró en este estudio y tampoco el lugar de trabajo no incide en la aparición de la onicomycosis,

RECOMENDACIONES

- Mantener un control adecuado de la diabetes para evitar ciertas comorbilidades como la dermatofitosis e infecciones recurrentes.
- Mantener un correcto aseo manteniendo buena higiene personal. Tener cuidado con los utensilios de limpieza y material cortopunzante
- No utilizar zapatos cerrados ni el uso de piscina, y no mantener y no utilizar toallas húmedas
- Realizar un control periódico de su glicemia y parámetros de laboratorio para evitar complicaciones a futuro.
- Realizar control periódico a nivel clínico general para evitar complicaciones propias de la diabetes.

BIBLIOGRAFIA

1. Generalidades sobre la dermatofitosis - Trastornos dermatológicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-dermatologicos/infecciones-micoticas-cutaneas/generalidades-sobre-la-dermatofitosis>
2. Dewi NWHR, Puspasari NMI, Lestarini A. Gula Darah Terkontrol Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Dermatofitosis di BRSUD Tabanan. AMJ Aesculapius Med J. 28 de febrero de 2022;1(2):27-32.
3. Jácome GEA, Andreu CMF, Zaragoza MTI. Dermatofitosis en Ecuador. INSPILIP [Internet]. 26 de mayo de 2021 [citado 15 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/9>
4. Introducción a las dermatofitosis (Tiña) - Trastornos de la piel [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/infecciones-fungicas-de-la-piel/introduccion-a-las-dermatofitosis-tila>
5. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 13 de mayo de 2019; 36:26-36.
6. administrador. Pacientes diabéticos portadores de dermatofitos en piel cabelluda – Dermatología Revista mexicana [Internet]. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/pacientes-diabeticos-portadores-de-dermatofitos-en-piel-cabelluda/>
7. Onicomycosis - Trastornos de la piel [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/trastornos-de-las-u-las/onicomycosis>
8. Tiña corporal (Tinea corporis) - Trastornos de la piel [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/infecciones-fungicas-de-la-piel/tila-corporal-tinea-corporis>
9. Tiña inguinal (tinea cruris) - Trastornos de la piel [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/infecciones-fungicas-de-la-piel/tila-inguinal-tinea-cruris>

10. Segundo-López LD, Sierra-Maeda KY. Onicomycosis en la población diabética: importancia de las complicaciones, tratamiento y prevención. 2021;7.
11. Tratamiento de la onicomycosis en pacientes con diabetes mellitus - Blog [Internet]. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.livemed.in/blog/-/blogs/tratamiento-de-la-onicomycosis-en-pacientes-con-diabetes-mellitus?p_p_auth=g2D3uCjh
12. González HD, González PR, Cardoso JJ. Actualización terapéutica de las Micosis cutáneas. Gac Médica Espirituana [Internet]. 29 de mayo de 2017 [citado 14 de agosto de 2022];9(3). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1562>
13. Guía-ABE - dermatofitosis-o-tinas [Internet]. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-dermatofitosis-o-tinas>
14. Crizón-Díaz DP, Morales-Cardona CA. Manifestaciones dermatológicas de la diabetes: clasificación y diagnóstico. Iatreia. 7 de abril de 2020;33(3):239-50.
15. Lemos PFS, Faria MG de A, Koopmans FF, Daher DV, Pires BMFB, Souza NVD de O. infecções fúngicas cutâneas podais como preditoras de complicações em pessoas com diabetes: uma revisão integrativa. Rev Enferm E Atenção À Saúde [Internet]. 28 de octubre de 2021 [citado 14 de agosto de 2022];10(2). Disponible en: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/5171>

ANEXOS

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 0.- Prevalencia de la Dermatofitosis en pacientes con Diabetes tipo II en el Hospitalde especialidades Teodoro Maldonado Carbo

53 PTES DIABETICOS CON DERMATOFITOSIS
 PREVALENCIA: _____ = 0.51 X 100 =
 51.9%
 102 PACIENTES DIABÉTICOS

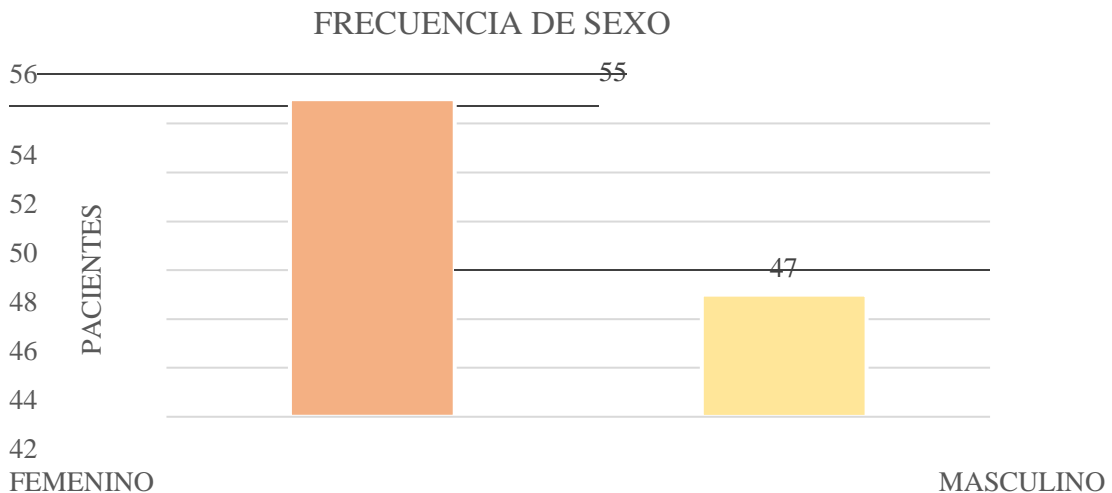
Fuente: Hospital de Especialidades
 Teodoro Maldonado CarboElaborado
 por: Lise Vergara Salas

Tabla 1: Frecuencia de edad en pacientes Diabéticos con Dermatofitosis

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad	102	1	89	54.11	18.338
N válido (por lista)	102				

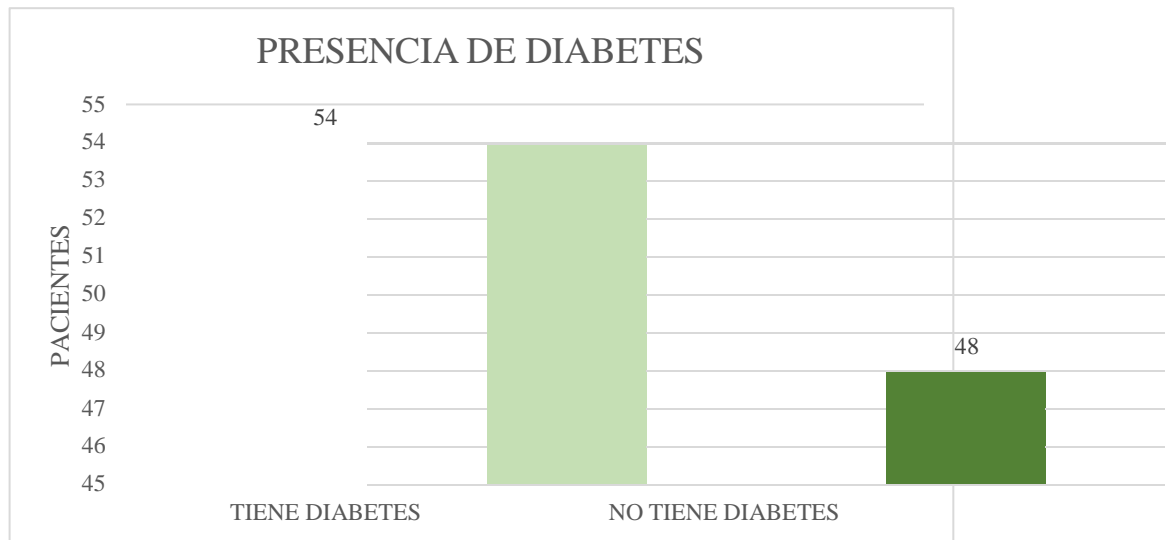
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro
 Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara
 Salas

Tabla 2: Distribución de sexo en pacientes Diabéticos con Dermatofitosis



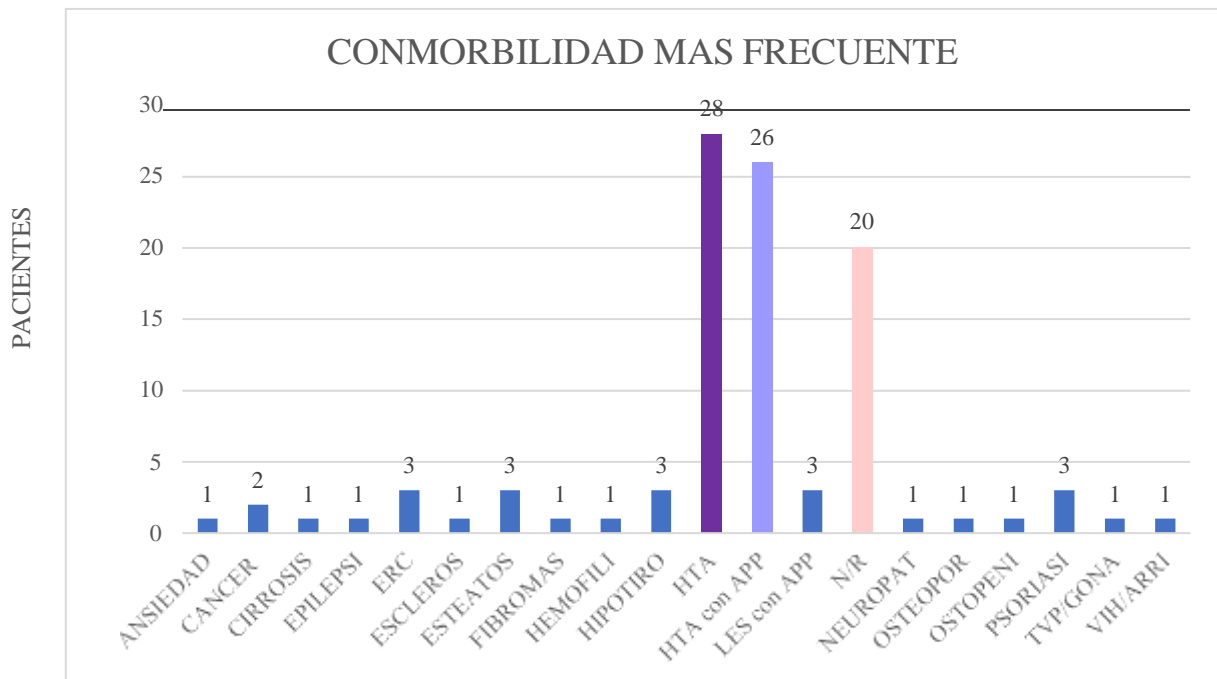
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro
 Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 3: Diagnostico de diabetes en pacientes con Dermatofitosis



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Elaborado por: Lise Vergara Salas

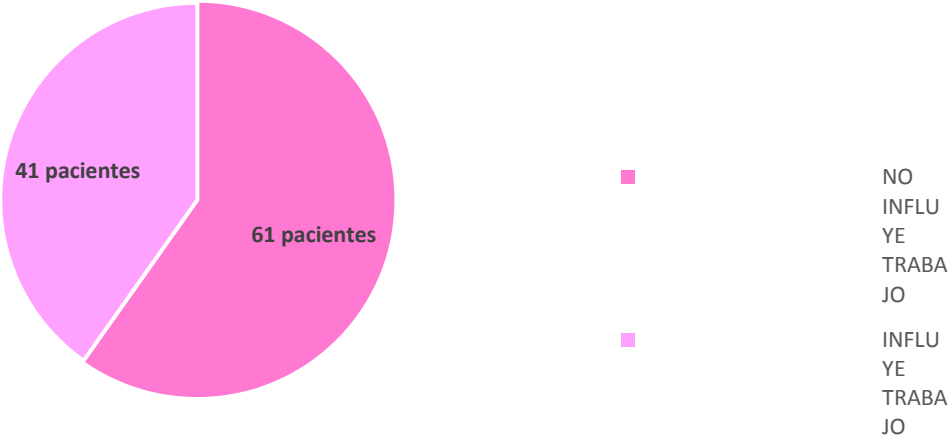
Tabla 4: Frecuencia de APP en pacientes diabéticos con dermatofitosis



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Elaborado por: Lise Vergara Salas

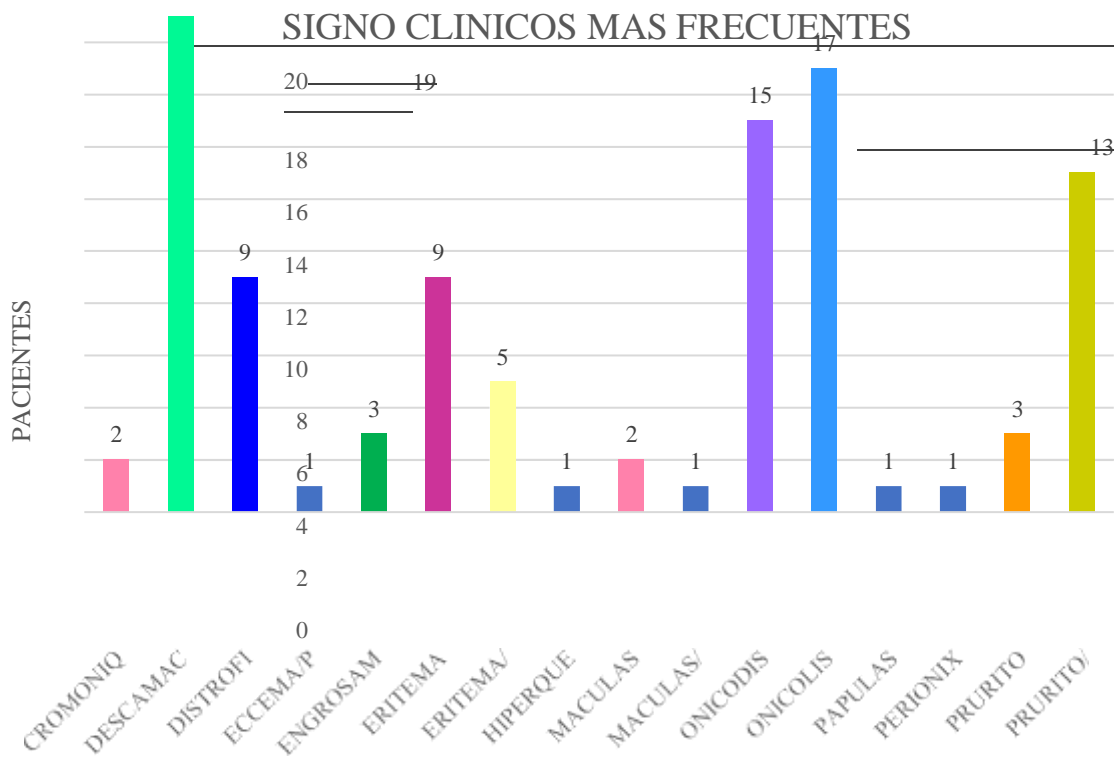
Tabla 5: Influencia de la ocupación a desarrollar dermatofitosis en pacientes diabéticos

EN CUANTOS PACIENTES INFLUYE EL TRABAJO?



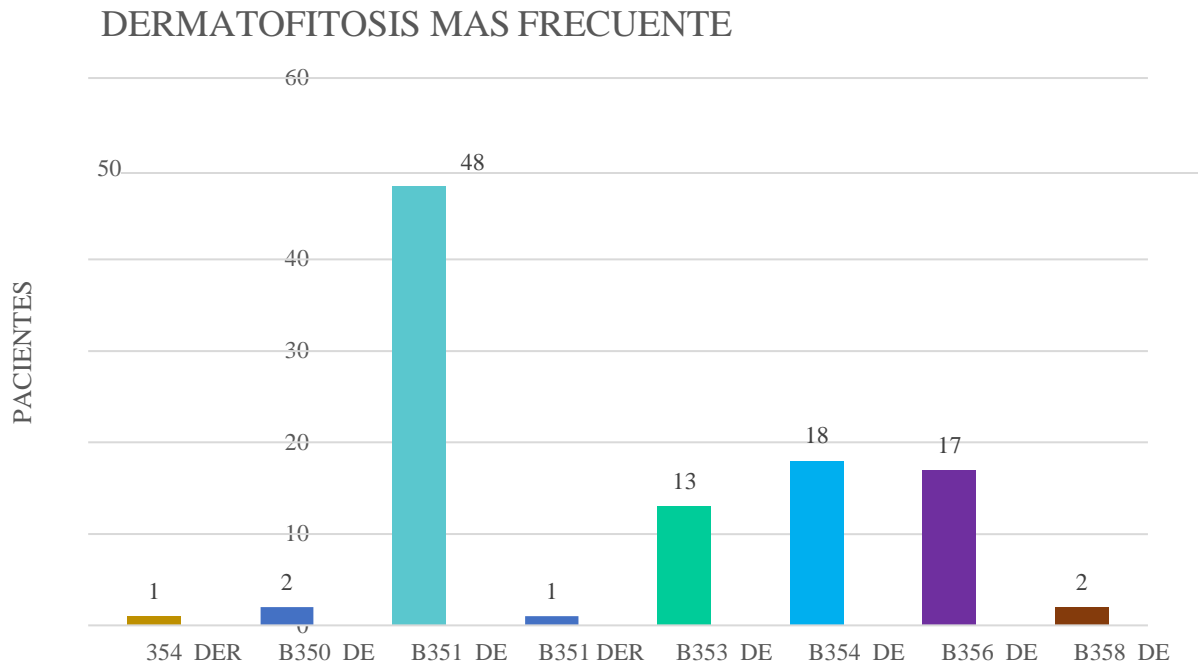
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 6: Manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes diabéticos con dermatofitosis



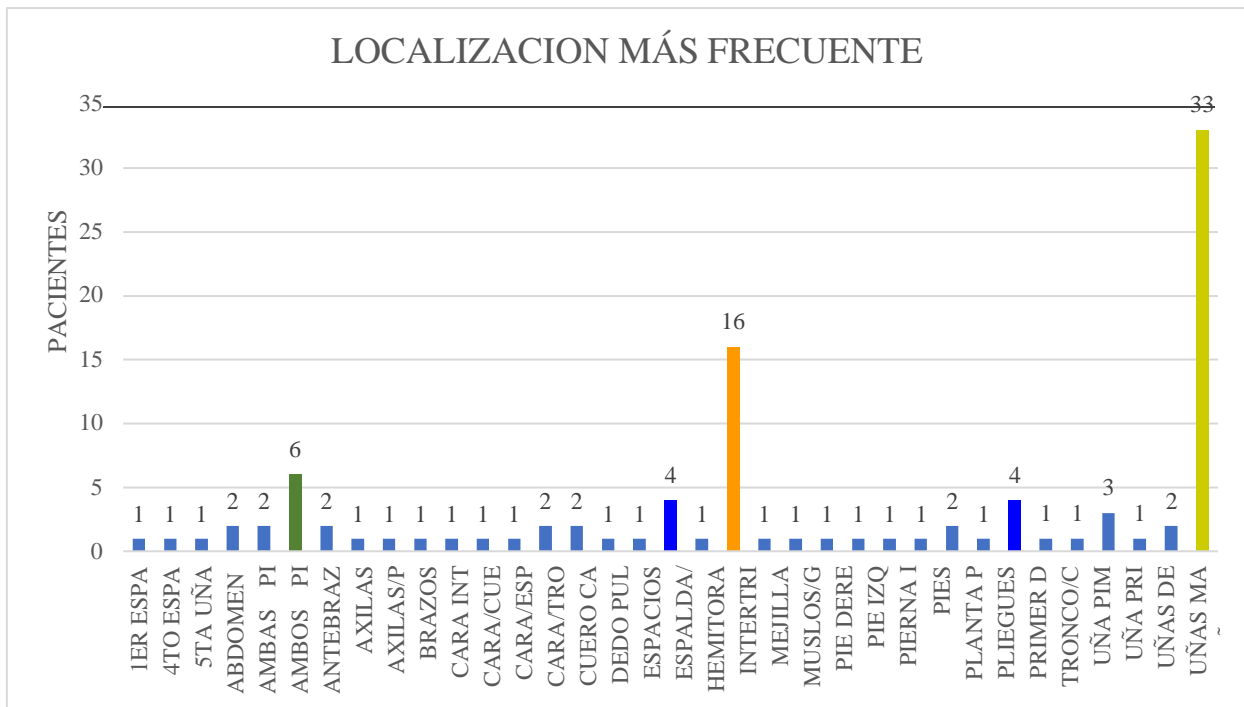
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Elaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 7: Tipo de dermatofitosis mas frecuente en pacientes diabéticos



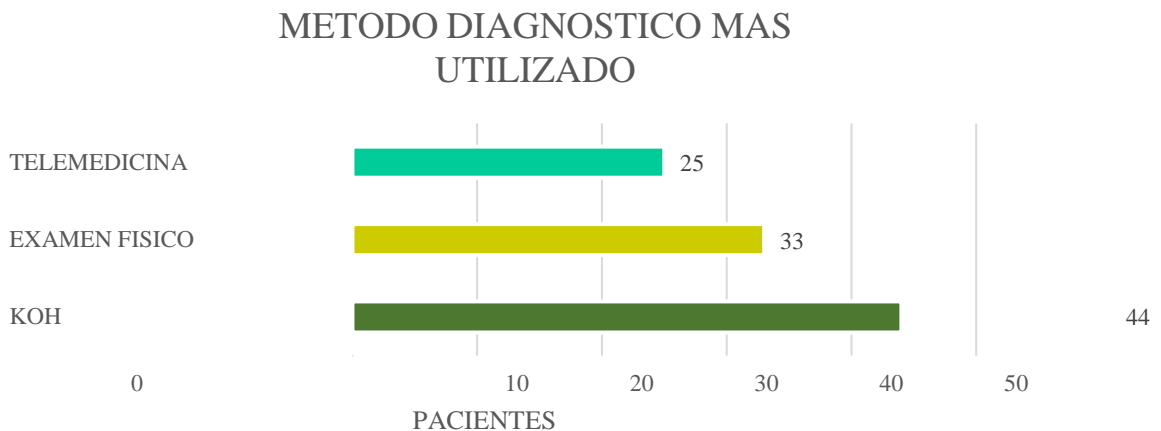
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 8: Localización más frecuente de la dermatofitosis en pacientes diabéticos



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Elaborado por: Lise Vergara Salas

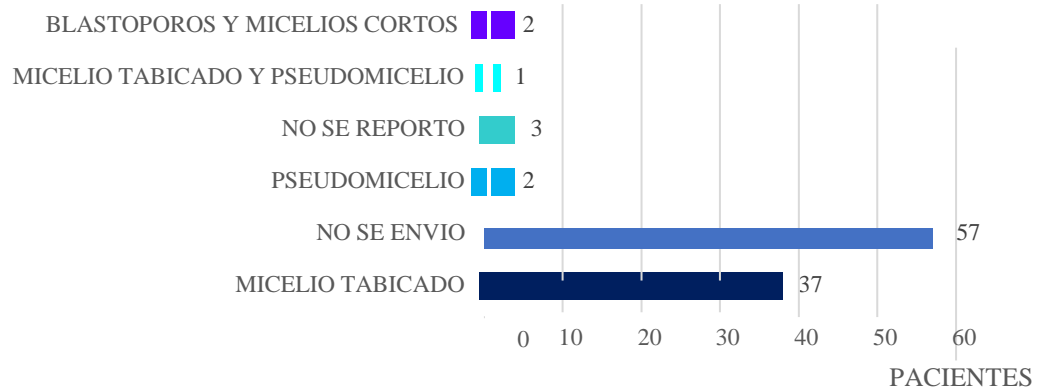
Tabla 9: Método Diagnóstico más frecuente para dermatofitosis en pacientes diabéticos



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Elaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 10: Resultado de examen DE KOH

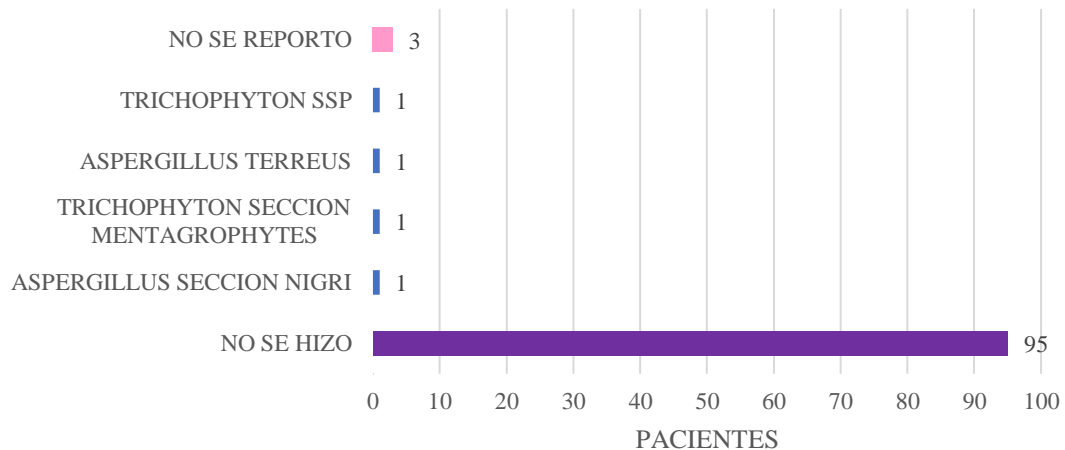
HONGO MAS FRECUENTE DEL RESULTADODE KOH



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara Salas

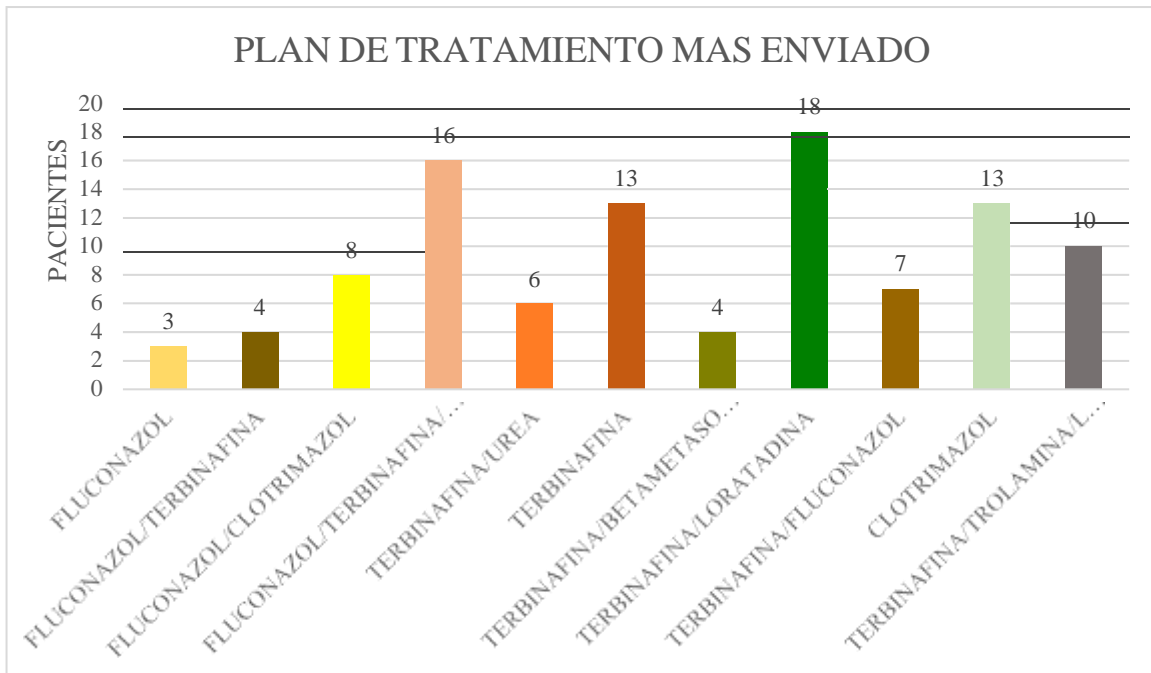
Tabla 11: Resultado de cultivo que se realizó a los pacientes diabéticos con dermatofitosis

RESULTADOS DEL CULTIVO A LOS PACIENTES QUE SE ENVIO



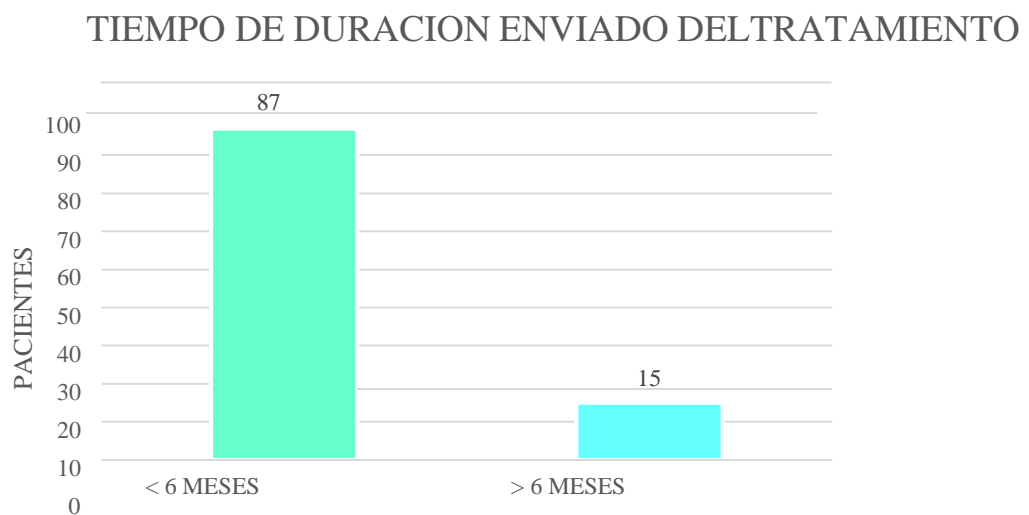
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 12: Tratamiento mas frecuente enviado a los pacientes diabéticos con dermatofitosis



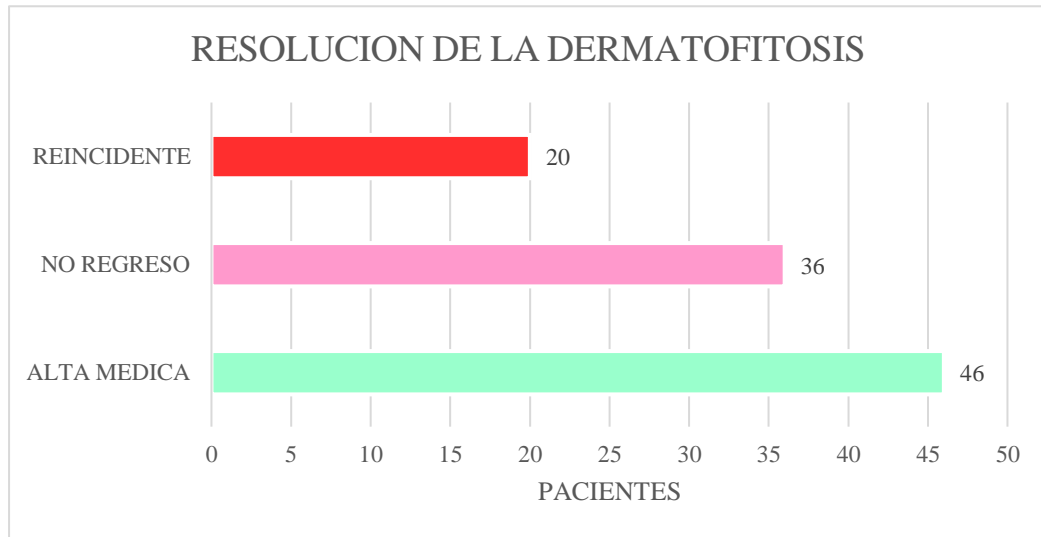
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Elaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 13: Tiempo de duración del tratamiento enviado para la dermatofitosis en los pacientes diabéticos



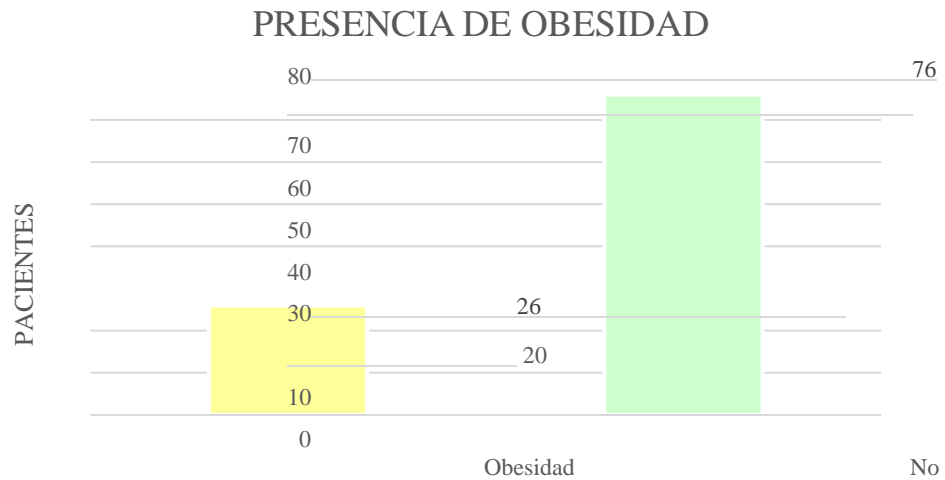
Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Elaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 14: Resolución de dermatofitosis en los pacientes diabéticos



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Elaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 15: Presencia de Obesidad en pacientes diabéticos con dermatofitosis



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Elaborado por: Lise Vergara Salas

Tabla 16: Riesgo de sobrepeso en pacientes diabéticos con dermatofitosis

		TIPO DE DERMATOFITOSIS							
		354 DER	B350 DE	B351 DE	B351 DER	B353 DE	B354 DE	B356 DE	B358 DE
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
OBESIDAD	NO	1	0	14	0	4	5	2	0
	SI	0	2	34	1	9	13	15	2

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Elaborado por: Lise Vergara Salas

- A. El sobrepeso y la obesidad no está en relación con la dermatofitosis en la diabetes
- B. El sobrepeso y la obesidad están en relación con la dermatofitosis en la diabetes

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

¿La Obesidad es un factor de riesgo en los pacientes diabéticos que presentan dermatofitosis?

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla había previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válido.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válido.

		TIPO DE DERMATOFITOSIS
OBESIDAD	Chi-cuadrado	6.902
	G1	7
	Significacion	.439

Conclusión: el sobrepeso y la obesidad no se relaciona con el desarrollo de dermatofitosis

Tabla 17: Correlación entre ambiente laboral y familiar en pacientes diabéticos condermatofitosis

Tabla cruzada OCUPACION*TIPODEDERMATOFITOSIS									
Recuento									
	TIPODEDERMATOFITOSIS								T
	354 DER	B350 DE	B351 DE	B351 DER	B353 DE	B354 DE	B356 DE	B358 DE	
OCUPACION	1	1	2	21	1	9	14	61	12
	2	0	0	27	0	4	4	41	5
Total	1	2	48	1	13	18	17	2	

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado CarboElaborado por: Lise Vergara Salas

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significac ión asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	11.63 7 ^a	7	0.113
Razón de verosimilitud	13.17 7	7	0.068
N de casos válidos	102		

a. 8 casillas (50.0%) han esperado unrecuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .40.

Ho: ¿La ocupación no está relacionada con la dermatofitosis en lo diabéticos?Ha: ¿La ocupación está relacionada con la dermatofitosis en lo diabéticos?

Análisis. - en el análisis de Correlación de Pearson el resultado 0.112 es > P=0.05 por consiguienteno es significativo, lo que demostró que la ocupación no está relacionada con la dermatofitosis enlo diabéticos. (ver Tabla 18) Otros documentos



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Vergara Salas Lise Evelyn, con C.C: # 1900485317 autora del trabajo de titulación: Prevalencia de dermatofitosis asociado a Diabetes Mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021, previo a la obtención del título de MÉDICO GENERAL en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2021

f. _____
Lise Evelyn Vergara Salas
C.C: 1900485317



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de dermatofitosis asociado a Diabetes Mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021.		
AUTOR(ES)	Lise Evelyn Vergara Salas		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Benites Estupiñán, Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico General		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Dermatología, Medicina interna		
PALABRAS CLAVES:	dermatofitosis, diabetes, edad, clínica, cultivo		
RESUMEN:	<p>Introducción: Las infecciones por dermatofitosis son más frecuentes de lo que se espera más en personas vulnerables que tiene comorbilidades y que además están sujetos cambios climáticos más en un país como Ecuador, favorece el desarrollo de dermatofitosis. Objetivo: Determinar la prevalencia de dermatofitosis asociado a diabetes mellitus en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021. Resultados: se estudió una muestra de 102 pacientes donde la edad presento una media de 54.11 (± 18.338) con un mínimo de 1 año de vida y un máximo de 89 años. La distribución del sexo fue de 55 (53.9%) pacientes femeninas y 47 (46.1%) pacientes masculinos. Los antecedentes patológicos personales con más frecuencia en estos pacientes fueron hipertensión arterial en 28 (27,5%) de los pacientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son descamación en 19 (18,6%) pacientes, onicolisis en em 17 (16.7%). Los tipos de dermatofitosis más frecuentes son B351 dermatofitosis tiña de las uñas en 48 (47,1%) pacientes El tratamiento más enviado fue terbinafina sola en 18 (17.6) pacientes, seguido de Fluconazol + terbinafina en 16 (15.7%) pacientes. La duración del tratamiento fue menor a 6 meses en 87 (85.3%) pacientes y mayor a 6 meses en 15 (14.7%) pacientes; en los cuales 46 (45.1%) pacientes obtuvieron alta médica, 36 (35.3%) no regresaron a controles médicos y 20 (19.6%) fueron reinciden. Conclusión: se demostró una prevalencia de dermatofitosis asociada a diabetes mellitus en 53 pacientes siendo la muestra de 102 pacientes, de los cuales 48 no tienen diabetes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CONAUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0990990339	E-mail: lisevelyn22 @gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Andrés Mauricio Ayon Genkuong		
	Teléfono: +593-4-0997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			