



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de dermatitis seborreica en el Hospital General del Norte de
Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo de enero 2021 a mayo 2022.**

AUTORES:

Guillén Sandoya, Jennifer Andrea

Veliz Quijije, Katherine Loren

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

TUTOR:

Dr. Albán de la Torre Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

01 de mayo del 2023



**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 **Veliz Quijije, Katherine Loren y Guillén Sandoya, Jennifer Andrea**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR:



f. _____

Dr. Albán de la Torre Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA:

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 01 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Veliz Quijije, Katherine Loren
Guillén Sandoya, Jennifer Andrea**


DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de dermatitis seborreica en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo de enero 2021 a mayo 2022**, previo a la obtención del título de **Médico 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, 01 de mayo del año 2023

AUTORES:

f. 

Veliz Quijije, Katherine Loren

f. 

Guillén Sandoya, Jennifer Andrea



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Veliz Quijije, Katherine Loren**
Guillén Sandoya, Jennifer Andrea

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la Institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de dermatitis seborreica en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo de enero 2021 a mayo 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

AUTORES:

f. _____
Veliz Quijije, Katherine Loren

f. _____
Guillén Sandoya, Jennifer Andrea

REPORTE URKUND

Document Information

Analyzed document TESIS DERMATITIS SEBORREICA KATHERINE VELIZ- ANDREA GUILLEN
URKUND.docx (D164326235)
Submitted 2023-04-18 13:56:00
Submitted by
Submitter email katherinelorenveliz201077@gmail.com
Similarity 0%
Analysis address luis.alban02.ucsg@analysis.arkund.com



Sources included in the report

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por el esfuerzo que tuvieron que hacer para darme la oportunidad de formarme profesionalmente en la carrera de medicina. Su amor, apoyo y consejo me motivo a seguir adelante para cumplir mis sueños. A nuestro tutor, que desde que nos dio clases en algún momento de nuestro semestre, me enseñó lo importante y hermosa que esta profesión. Y actualmente estoy muy agradecida con él, por la paciencia y dedicación que nos ha brindado durante todo el trayecto en la realización de nuestro trabajo de titulación.

Veliz Quijije Katherine Loren

Reconozco y valoro principalmente a mis padres Fanny y Carlos por el apoyo que siempre me dan emocionalmente, a mi hermano Carlos por darme esas frases que me motivan, a mis tíos de forma primordial mi tía Esthela que ha estado en toda situación dándome aliento, incluyéndome a mí misma por nunca rendirme y agradezco infinitamente, además de darles reconocimiento a todos ellos por estar presente en este proceso de aprendizaje, de madurar y para la obtención de mi profesión.

Guillén Sandoya Jennifer Andrea

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios, que me ha permitido llegar hasta este momento de mi vida, en donde he podido cumplir todos mis sueños. A mis padres que estuvieron en cada etapa de esta experiencia y sin ellos no hubiese sido posible obtener este logro.

Veliz Quijje Katherine Loren

Entregó este trabajo para la adquisición de mi título, dedicándolo a mis padres, hermano, tíos, mi abuela que partió el anterior año y sé que estaría muy contenta, a todos los que han estado en mi camino ya sea fugazmente o permanecido y han aportado en algo para este desarrollo personal y laboral.

Guillén Sandoya Jennifer Andrea



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DIRECTOR DE CARRERA**

f. _____
**Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA / DOCENTE LA CARRERA**

f. _____
**(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE**

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3 OBJETIVOS. OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	5
1.4 HIPOTESIS.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2. DERMATITIS SEBORREICA.....	6
2.1 CONCEPTO.....	6
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	6
2.3 ETIOPATOGENIA.....	7
2.4 CUADRO CLÍNICO.....	9
2.5 DIAGNÓSTICO.....	10
2.5.1 HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO.....	10
2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	11
2.6 TRATAMIENTO.....	13
2.6.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	14
CAPITULO III.....	16
3 METODOLOGÍA.....	16
3.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	16
3.1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	16
3.1.2 INSTALACIONES.....	16
3.1.3 UNIVERSO.....	16
3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
3.2.3 TIPO DE MUESTREO.....	16
3.3 RECUPERACION DE DATOS.....	16
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:.....	17
CAPITULO IV.....	18
4.1 RESULTADOS.....	18
4.2 DISCUSIÓN.....	22
CAPITULO V.....	23
5.1 CONCLUSIONES.....	23
5.2 RECOMENDACIONES.....	24
CAPITULO VI.....	25
6. BIBLIOGRAFIA.....	25

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables.....	17
Tabla 2 Características basales de los pacientes con dermatitis seborreica atendidos durante el período de estudio.	18
Tabla 3 Localización más frecuente de dermatitis seborreica.	20
Tabla 4 Distribución de las lesiones por dermatitis seborreica en función del índice de Charlson.	21

INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1 Dermatitis seborreica según el género.....	19
Figura 2 Comorbilidades asociadas a dermatitis seborreica.	19
Figura 3 Localización de lesiones de dermatitis seborreica.....	20
Figura 4 Distribución de las lesiones por dermatitis seborreica en función del índice de Charlson.	21

RESUMEN

Introducción: La dermatitis seborreica (DS) es una enfermedad eritemato escamosa, caracterizada por un cuadro inflamatorio crónico. Representa del 1-6% de los motivos de consulta en Dermatología. Se encuentra principalmente en zonas de más concentración o densidad de glándulas sebáceas y en ocasiones puede manifestarse en ciertos pacientes de una forma más generalizada.(1,2).

Objetivo: Determinar la prevalencia de dermatitis seborreica en Hospital General del norte IESS Ceibos desde enero del 2021 a mayo 2022.

Metodología: El presente es un estudio observacional, descriptivo, de recuperación retrospectiva.

Resultados: Se determinó que la prevalencia de atención de dermatitis seborreica es menor del 6.6% el sexo masculino presento 57%(n=118), edad media 41.6 ± 8.6 años, la comorbilidad más frecuente es la obesidad 31.4% seguido del estrés 25.12%(n=52), el cuero cabelludo es la localización más frecuente de lesiones 70.05%(145), seguido de la cara 31.88%(n=66), y la región retroauricular 23.67%(n=49). La mayoría de los pacientes presentaron un índice de Charlson 0 (73.9%), entre 1-2 en 22.7% y ≥ 2 en el 3.3%

Conclusiones: La prevalencia de dermatitis seborreica es baja, el sexo masculino y la edad promedio de 41.6 es la más frecuente, adicionándole, la principal comorbilidad es la obesidad y el estrés, el cuero cabelludo es el más afectado.

Palabras claves: Dermatitis Seborreica, Dermatitis, Glándulas Sebáceas, estrés, cuero cabelludo, dermatosis del cuero cabelludo

ABSTRACT

Introduction: Seborrheic dermatitis (DS) is a scaly erythematous disease, characterized by a chronic inflammatory picture. It represents 1-6% of the reasons for consultation in Dermatology. It is mainly found in areas with a higher concentration or density of sebaceous glands and can sometimes manifest in certain patients in a more generalized way.(1,2).

Objective: To determine the prevalence of seborrheic dermatitis in Hospital General del Norte IESS Ceibos from January 2021 to May 2022.

Methodology: This is an observational, descriptive, retrospective recovery study. **Results:** It was determined that the prevalence of seborrheic dermatitis care is less than 6.6%, the male sex presented 57% (n=118), mean age 41.6 ± 8.6 years, the most frequent comorbidity is obesity 31.4% followed by stress 25.12% (n =52), the scalp is the most frequent location of lesions 70.05%(145), followed by the face 31.88%(n=66), and the retroauricular region 23.67%(n=49). Most of the patients presented a Charlson index 0 (73.9%), between 1-2 in 22.7% and ≥ 2 in 3.3%.

Conclusions: The prevalence of seborrheic dermatitis is low, the male sex and the average age of 41.6 is the most frequent, adding to it, the main comorbidity is obesity and stress, the scalp is the most affected.

Keywords: Seborrheic Dermatitis, Dermatitis, Sebaceous Glands, stress, scalp, scalp dermatosis

INTRODUCCIÓN

La dermatitis seborreica (DS) es una enfermedad cutánea eritematoescamosa, que se caracteriza por un cuadro inflamatorio crónico, común en la población. Representa del 1 al 6% de los motivos de consulta, por lo cual, se asiste al área de Dermatología. Se encuentra principalmente en zonas de más concentración o densidad de glándulas sebáceas como la cara, cuero cabelludo, región retroauricular, tórax, pliegues, y en ocasiones puede manifestarse en ciertos pacientes de una forma más generalizada.(1,2).

Las glándulas sebáceas contienen gran cantidad de andrógenos en el cuerpo por ende producen lípidos, dando una secreción holocrina con una composición de 60% de triglicéridos y ácidos grasos libres, además de 20% de ésteres de cera.(3)

Existe una mayor prevalencia en hombres que en mujeres.(4,5) Las zonas que son afectadas principalmente son: facial 87,7%, piel cabelluda 70,3%, tórax 26,8%, extremidades inferiores 2,3%, extremidades superiores 1,3% y zonas sin especificar el 5,4%(4)

La DS es de origen desconocido, aunque algunos estudios han indicado su asociación a diversos factores tales como; genéticos, biológicos, situaciones de estrés, enfermedades neurológicas, pacientes inmunodeprimidos, entre otros que se irán englobando en el transcurso de la tesis. Suele ocasionar un impacto negativo en el nivel de vida y autoestima de quienes lo presenten, por lo que, su detección inmediata podría mejorarla(1)

El diagnóstico de la DS es clínico y depende del lugar en donde este localizado la lesión, además de su apariencia característica en los diferentes estadios de la enfermedad. Es común observarlo en infantes menores de 2 años y adultos mayores de 30 años. Su diagnóstico diferencial es importante tenerlo a consideración debido a su parecido a otras enfermedades dermatológicas, como dermatitis atópica, psoriasis, impétigo, rosácea, dermatitis alérgica de contacto, entre otras. En cuanto, al tratamiento su propósito es de controlar los factores precipitantes, adicionándole a este manejo la medicación tópica, para que pueda alcanzar la resolución del cuadro referente a la descamación y el prurito. (4,5)

En el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) no se encuentran datos actualizados sobre la DS, la finalidad de este trabajo es determinar la prevalencia de la dermatitis seborreica y que los resultados que se obtengan sirvan de apoyo y retroalimentación para el personal de salud.

El estudio se realizó en pacientes atendidos en el Hospital General de norte IESS Ceibos (HGNIC) en el periodo enero del 2021 a mayo 2022. Considerando que la DS presenta una tasa de prevalencia muy baja y no existen trabajos actualizados, hemos decidido realizar el

presente trabajo en base a esta patología.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El problema que se aborda en esta investigación es determinar la prevalencia de DS en un hospital de Guayaquil, dado que es una afección que abarca a varias estructuras ricas en glándulas sebáceas y que afecta a todas las edades y géneros.

Por esta razón, se considera importante realizar un estudio sobre este tema para poder determinar su frecuencia de aparición en un hospital en específico y de esta manera exponer sus factores desencadenantes más predominantes, la cual, nos ayudaría saber en cómo prevenirla y tratarla.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

La DS es una patología que tiene gran relevancia en las consultas de dermatología, debido a que se manifiesta en diferentes edades y por su facilidad de conseguir la resolución del problema, si se toma en cuenta las medidas adecuadas. Por ende, la importancia de este estudio se centra en actualizar la información de algunas variables planteadas en nuestra investigación que consideramos relevantes.

Se justifica esta investigación porque es necesario contar con información útil y actualizada sobre la prevalencia de esta afección para mejorar su diagnóstico y tratamiento en la población afectada. Además, la dermatitis seborreica puede afectar la calidad de vida de las personas, por lo que la prevención y tratamiento oportuno es fundamental para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Con esta información, se pueden diseñar estrategias de prevención y tratamiento efectivas, que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir el número de casos de la enfermedad.

Además, conocer la prevalencia de la dermatitis seborreica en un hospital de Guayaquil puede ayudar a identificar los grupos de riesgo y los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad. Esto permitiría desarrollar estrategias de prevención específicas y personalizadas, que aborden los factores de riesgo y reduzcan la incidencia de la enfermedad.

En definitiva, la justificación de la investigación de la prevalencia de dermatitis seborreica en

la consulta externa de un hospital de Guayaquil radica en la necesidad de proporcionar una atención de calidad a los pacientes que sufren esta afección y poder establecer medidas preventivas eficaces que minimicen su impacto en la población.

1.3 OBJETIVOS. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la prevalencia de dermatitis seborreica en HGNIC en el periodo de enero del 2021 a mayo 2022.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Determinar qué género y edad son los más afectados por la dermatitis seborreica.
- Identificar cual es la comorbilidad más frecuente asociada a la dermatitis seborreica.
- Establecer la localización más afectada de la dermatitis seborreica en la población adulta.

1.4 HIPOTESIS.

La dermatitis seborreica presenta una frecuencia menor del 10% , la zona anatómica más afectada es el cuero cabelludo.

CAPÍTULO II

2. DERMATITIS SEBORREICA.

2.1 CONCEPTO.

Enfermedad inflamatoria frecuente de la piel, que se caracteriza por afectar áreas del cuerpo ricas de glándulas sebáceas como cuero cabelludo, cara y pliegues del cuerpo. Provoca escamas grasas de tonalidad blanco amarillentas con presencia o ausencia de enrojecimiento cutáneo.(6) Representa entre el 1 a 6% de los motivos de consulta dermatológica. Se presenta en cualquier edad, en la infancia es de evolución autolimitada mientras que en los adultos es crónica y recidivante. No es contagiosa ni es ocasionada por falta de higiene. No tiene cura, pero se puede controlar por medio de un tratamiento sistémico o tópico.(2)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA.

La DS afecta a nivel mundial a todos los grupos étnicos y edades. Ocurre en bebés de 3 semanas y 12 meses. Logra su punto máximo, con un 70% a los 3 meses de edad y luego reduce su porcentaje en un 7% en los niños de 1 a 2 años.(7) Así mismo, aparece en la población adulta de 30 y 60 años; con una prevalencia del 3% entre la tercera y cuarta década en pacientes con clínica marcada. Sin embargo, se considera que su prevalencia verdadera puede ser mucho mayor si se incluyera los casos de dermatitis leve.(5,8)

Esta dermatosis es frecuente en el género masculino en comparación al femenino y en caucásico más que en afroamericanos. En relación al clima predomina en la estación de invierno. Además, se estima que su aparición puede incrementarse entre las personas con infecciones por VIH. Aproximadamente, un 35% se muestra en los pacientes con una temprana infección por VIH y un 85% con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.(5,8) También, se lo ha asociado a trastornos neurológicos como la Enfermedad de Parkinson y puede llegar a afectar del 20 al 60% de los pacientes con un cuadro clínico temprano.(9)

2.3 ETIOPATOGENIA.

Su etiología es desconocida, pero existen múltiples factores que predisponen al desarrollo de la DS:

- Factor genético:

Algunos estudios demuestran la existencia de un gen de la DS que ocasiona una deficiencia medular de los linfocitos T CD4, que explica el motivo de que esta afección puede heredarse, además de su presencia en pacientes inmunodeprimidas.(10)

- Factores biológicos:

El factor más consistente es la presencia de un microorganismo que altera la respuesta inmunológica de la piel. La *Malassezia*, es un género de hongos que habita en la piel normal, sin embargo, ciertos estudios lo han considerado como un patógeno capaz de prosperar en zonas afectadas por DS. Tiende a secretar fosfatos y lipasas, que hidrolizan los triglicéridos del sebo produciendo la liberación de los ácidos grasos insaturados libres (ácido araquidónico y oleico) que atraviesa la capa epidérmica, para luego iniciar una respuesta inflamatoria. También, se evidencia el aumento de marcadores inflamatorios como TNF- alfa, histamina, interleucinas, ácido nítrico y beta- defensinas, mientras, que los componentes que marcan la integridad de la barrera cutánea como el esfingolípidos y ceramidas se encontraran disminuidos, ocasionando de esta manera la sintomatología propia de la DS (10). Se ha podido identificar alrededor de 18 especies, siendo las más observadas la *Malassezia restrictiva*, *globosa* y *furfur*.(11) Del mismo modo, ciertas bacterias como *Streptococcus*, *Acinetobacter* y *Staphylococcus* se los ha visualizado en pacientes con lesiones de DS .(12)

- Eventos de estrés:

Se ha establecido que la DS puede ser precipitada por situaciones de tensión emocional, como episodios de estrés agudos o crónicos. Del mismo modo, se ha demostrado en un estudio que el 98% de los pacientes adultos relacionaban su dermatosis con la presencia de ansiedad,

depresión y fatiga.(10)

- Enfermedades neurológicas:

Varios procesos neurológicos guardan una estrecha relación con la DS. Entre la más mencionada en varias literaturas es la presencia de la enfermedad de Parkinson, ya que tiene un efecto sobre el crecimiento del hongo *Malassezia globosa* por su alta producción de sebo. El motivo de su frecuencia no es concluyente, pero en estos pacientes tienden a mejorar sus lesiones con el uso de la Levodopa.(5,8) Estas se caracterizan por manifestarse como parches eritemato-descamativas, dermatofitosis y sudoración excesiva en zonas con muchas glándulas sebáceas.(13,14)

- Inmunodeficiencias:

No se conoce la razón de la hipersensibilidad de la DS a los pacientes con VIH. Pero se demostró en un estudio que su presencia depende mucho de la etapa de infección y el descenso de los linfocitos T CD4+. Tiende a aparecer en etapas tempranas de la enfermedad acompañado un recuento de CD4+ <400 y para casos más graves llegan a cifras <200 células/microL. Así mismo, puede ocurrir por una alteración en las citoquinas que repercuten en el TH2 y xenobióticos, lo cual, explicaría la presencia de lesiones cutáneas en estos pacientes.(5,8,13) Se caracterizan por poseer lesiones eritematosas, psoriasiformes, herperqueratóticas, y a medida que progresa se va irdiseminando debido al sobrecrecimiento del hongo.

- Otros:

Los cambios de temperatura y humedad se los ha relacionado con la enfermedad. No obstante, en época de invierno y otoño se puede exacerbar la DS.(15,16) La exposición a fármacos como inmunosupresores, litio, antagonista de la dopamina y Psolareno/PUVA.(3) La ingesta de grasa animal, el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas, la obesidad, insuficiencia cardíaca, coronariopatías, hipertensión arterial y el uso de lociones con alto contenido de

alcohol son también considerados como factores predisponentes para la aparición de estas lesiones.(17)

2.4 CUADRO CLÍNICO.

La DS se caracteriza por presentar placas eritematosas y delimitadas, acompañadas de escamas de color blanco-amarillentas de apariencia grasosa. Son lesiones simétricas, no contagiosas y por consiguiente no fatales. Tiene predilección en áreas de la piel con muchas glándulas sebáceas (cara, cuero cabelludo, zona paraesternal) y con menor frecuencia en las superficies de flexión. En su forma leve se manifiesta como una lesión no inflamatoria conocida como pitiriasis capitis infantil o seca, estas escamas son pequeñas, de tonalidad blanquecinas que se desprenden con facilidad, puede afectar zonas como el cuero cabelludo y la barba. Mientras, que la grave es indicativa de VIH o SIDA, en áreas como la cara se muestra un enrojecimiento asociado a una descamación; y en el tórax tiene una forma psoriasiforme o petaloide.(3)

Dermatitis Seborreica en adultos:

Se caracteriza por lesiones amarillentas con eritema de intensidad de leve a intensa, acompañado de infiltrado inflamatorio, costras y escamas. Se localizan en áreas con gran concentración de glándulas sebáceas como cuerocabelludo, cara y tronco. Otras ubicaciones características en esta población son los pliegues, genitales externos y el conducto auditivo externo. Su cuadro clínico es asintomático, pero cuando presenta prurito es de magnitud variable y a diferencia del anterior tipo no se relaciona con una dermatitis atópica. No obstante, un prurito intenso puede visualizarse como foliculitis e inflamación de la glándula de Meibomio ocasionando de esta manera una Meibomitis.(8) En el cuero cabelludo se distingue tres presentaciones; siendo la primera la pitiriasis seca o caspa, que es la forma leve y común de esta patología, este suele presentarse como pequeñas escamas de color

blanquecino, con distribución difusa, la cual, se desprenden con facilidad. En su forma moderada las escamas son de mayor tamaño en comparación al anterior descrito. La pitiriasis esteatoide, es una de las formas graves que consiste en presentar lesiones con placas parcheadas de tonalidad naranja o grisáceo cubierto de escamas amarillas grasosas alojadas en la zona temporo-parietal. En cambio, la pitiriasis amiantácea, las placas son de diferentes tamaños, son secas, gruesas y fétidas, que se agrupan como mechones en el cabello. También, puede extenderse al borde posterior del pabellón auricular, donde se desarrollan supuración, costras y fisuras; en la concha en ocasiones se presenta con prurito e infección generando una otitis externa.(8)

En la cara se distribuyen en la línea del cabello, glabella, cejas, pliegues naso labiales y mejillas, su aspecto depende de la tonalidad de la piel de cada persona, por lo que, puede ser rosado o gris ceniza. Aparece con frecuencia en el bigote y zona de la barba, así mismo, en los párpados se aprecia un enrojecimiento en los bordes ocasionado una blefaritis seborreica. En el tórax, se localizan en el pecho y zona escapular, constan de un contorno redondeado de color rojo parduzco que puede diseminarse hacia las extremidades. En los pliegues de las axilas, interglúteo, ingle y región submamaria, las lesiones son bien delimitadas, con eritema difuso asociada a una descamación escasa. Del mismo modo, suele extenderse hacia la región del pubis, vulva y región anal, generando un prurito intenso.(8)

2.5 DIAGNÓSTICO.

La biopsia es oportuna para lograr descartar otras patologías y corroborar el diagnóstico.

2.5. 1 HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO.

No presenta características típicas o particulares a nivel histológico de la DS, en la epidermis superficial se ha encontrado paraqueratosis focal, infiltrado inflamatorio perivascular de

linfocitos, también espongiosis aunque no es habitual y acantosis.

En individuos con HIV, la histopatología va de acuerdo al avance o que tan grave ataca esta patología al sistema inmunitario, suele detectarse en la epidermis la capa superficial suele localizarse queratinocitos necróticos. En pacientes que tienen esta enfermedad de forma crónica, la histopatología es más complicado diferenciarla de la psoriasis, aunque beneficia la espongiosis que sea la DS.(8,18)

2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico de la DS se fundamenta principalmente a través del examen físico del paciente. Es indispensable poder descartar otras patologías de la piel que son similares y por ende se complica al momento de diferenciarla por tener sintomatología semejante, por esta razón se hace una prueba que es la biopsia para poder ir excluyendo los diagnósticos diferenciales, que son a continuación:(6)

- Psoriasis:

Esta patología ocasiona enrojecimiento en la piel y caspa, aunque en estos se produce más escamas blanco tipo nacaradas que por lo usual se encuentra limitada suele presentarse en diferentes partes del cuerpo como el cuero cabelludo, en la parte lumbosacra, además en los codos y rodillas, incluyendo que estos individuos suelen tener afectaciones en las articulaciones, tomando en cuenta que estas dos enfermedades pueden exponerse a la vez.(8,19)

- Dermatitis atópica:

Esta enfermedad es asimismo llamada como eccema, es otro tipo de dermatitis considerable que es frecuente en la minoría de edad. Como manifestación clínica poseen los pacientes prurito intenso, lesiones mal demarcadas papulo eritemato escamosas y se ubican en zonas como mejillas, cuero cabelludo.(5)

- Dermatitis de contacto alérgica:

Se da por una respuesta inflamatoria a un agente ambiental, síntoma común la picazón, tener eritema, vesículas y piel áspera, esta patología hay que pensarla cuando es refractario el tratamiento de la DS.(20)

- Rosácea:

Es un padecimiento que acostumbra encontrarse en el rostro, que a veces se presenta a la vez con la DS, se llega a localizar vasos sanguíneos ensanchadoso dilatados de forma usual que es una semejanza con la otra patología, impacta emocionalmente por cómo puede llegar a dañar la cara.(8)

- Tiña corporal:

La tiña corporal produce la formación de parches arciformes, parte más perjudicadas tronco, extremidades inferiores, su diagnóstico se sustenta por el cuadro clínico y el examen con hidróxido de potasio para poder comparar con las otras lesiones dermatológicas y descartar.(8)

- Pitiriasis versicolor:

Infección de la piel o micosis que se ocasiona en la capa superficial, asimismo se altera dermatológicamente el tronco y como en la tiña corporal igualmente el examen para su confirmación es el hidróxido de potasio al 10%, se distingue histológicamente por poseer el signo de besnier y maculas irregulares.(21)

- Pitiriasis rosada:

Esta enfermedad se desarrolla de forma rápida, provocada por una infección viral como puede ser herpes, en los primeros días tiene una placa única o conocida como heráldica y ya a los 14 días tener pápulas de color marrón.(22)

- Pénfigo foliáceo:

Se define como una patología auto inmunitaria, la descamación es lo principal que representa a este pénfigo, de la misma manera puede visualizarse en estos individuos costras en cara y en el

cuero del cabello, contiene en su cuadro comezón, para corroborar se lo hace a través de biopsia y además inmunofluorescencia directa.(23)

- Lupus eritematoso:

Es una enfermedad de condición autoinmune, enfocando en la parte dermatológica se distingue para verificar si se excluye o no se hace estudio anatomopatológico y los anticuerpos antinucleares, dependiendo del tipo de lupus se manifiestan como en la discoide que tiene lesiones en cara, cuero cabelludo y descamación. Algo usual del lupus es la silueta de mariposa que se forma tanto en cachetes y nariz.(24)

- Sífilis secundaria:

Es una condición que en esta fase los pacientes se ponen en aspecto dermatológico lesiones como maculopapulares, desencadenada por infección debido a relaciones sexuales sin protección.(25)

2.6 TRATAMIENTO.

Está enfocada en controlar el cuadro clínico de esta manera apaciguando las consecuencias de esta afección, por medio del tratamiento se da de acuerdo a la topografía, años de edad, seriedad de la enfermedad, actualmente no hay cura. El tratamiento se fundamenta de acuerdo al estado del paciente, en primer lugar, en el mantenimiento de los episodios agudos y que esté controlado a largo plazo siendo este el objetivo. Hay tratamiento tanto tópico como oral en casos exclusivos.(6)

2.6.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

- Cambios en el estilo de vida, el uso de suplementos alimentarios.
- Evadir el consumo de alcohol porque exacerba la DS.
- Suele agravarse en situaciones de estrés, el paciente tiene que buscar formas en

que se pueda relajar.

- Cuidados en el rostro en épocas de frío ya que puede empeorar.
- A fin de que las lesiones en el rostro no empeoren y que no aparezcan nuevas, es esencial que los pacientes se coloquen crema que no sea grasosa.
- También se ha usado medicina de forma alternativa que no tiene evidencia científica verificada como el aceite de árbol de té que puede desatar una reacción alérgica y la sábila.(6)

2.6.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

- Dermatitis Seborreica del cuero cabelludo:

Se basa en champú antimicóticos más corticosteroides tópicos estos pueden usarse o no, eso ya depende de que tan severa este la enfermedad. Además, se puede agregar un champú que tenga algún agente queratolítico estereblandece y divide produciendo desprendimiento de la capa cornea de las capas de la piel.

En la dermatitis leve del cuero cabelludo que tienen caspa estos pacientes se usa champú como:

Ketoconazol al 2% y ciclopirox al 1% o en caso que no se encuentre este puede ser con sulfuro de selenio al 2,5% piritiona de zinc al 1% la utilización es de 2 a 3 veces a la semana y por consiguiente disminuye un día a la semana. En el caso que ya sea una dermatitis del cuero cabelludo moderada o grave así mismo se usa un champú al 2% de ketoconazol y se junta con un corticosteroide tópico recomendable de alta potencia estos se usan de forma diaria entre 2 a 4 semanas ya luego de forma discontinua o se reduce a 2 ocasiones a la semana, eso ya precisa de cómo sea el cuadro que presente el individuo.

- Dermatitis Seborreica del rostro:

Se recomienda un antimicótico tópico y corticosteroide tópico (crema) que sea de baja potencia. Cuando es leve se usa solo un antimicótico tópico y en un enfermo que ya produce

más prurito y aumenta la sintomatología se empieza con uno que sea de baja potencia refiriéndose a un corticosteroide tópico para desvanecerse el cuadro clínico y luego ya se usa asimismo el tratamiento en un paciente leve para mantener.(26)

- Dermatitis Seborreica del tronco y zonas intertriginosas:

Se usa antimicóticos de forma tópica o se da a la vez con corticosteroides tópicos de baja potencia en esas partes intertriginosas y los de media potencia en partes como el tórax, similar a lo anterior que se ha mencionado.(26)

- Dermatitis Seborreica recidivante o grave:

En este ya abarca antimicóticos por vía oral ya sea itraconazol 200 mg por 7 días tratamiento que suele manejarse también para pacientes que tienen HIV y presentan esta patología, Entre otras son ketoconazol (vía oral), fluconazol y además está la terbinafina.(8)

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente es un estudio observacional, descriptivo, de recuperación retrospectiva. Su diseño se adhirió a la normativa Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE).

3.1.2 INSTALACIONES.

La investigación fue realizada en el Hospital General del Norte De Guayaquil IESS Los Ceibos (HGNIC). Se llevó a cabo entre enero del 2021 a mayo del 2022.

3.1.3 UNIVERSO.

Pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes mayores de 18 años, de ambos géneros, atendidos por la consulta externa de Dermatología del HGNIC.

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no hayan sido atendidos por la patología dermatológica motivode esta investigación.
- Pacientes con historia de tatuajes, quemaduras u otras circunstancias externasy agresivas a la piel.
- Historias clínicas que presenten información clínica insuficiente para con los fines de esta investigación.

3.2.3 TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico.

3.3 RECUPERACION DE DATOS.

Se recuperó aquellos casos cuya atención fue tipificada en el sistema informático hospitalario (AS-400) bajo el código internacional de la enfermedad, décima edición (CIE-10) L21.8 y L21.9, correspondiente a “dermatitis seborreica” y “dermatitis seborreica no especificada”, respectivamente. Aquellos pacientes cuyo contexto

clínico no correspondiese a dicha patología, fueron excluidos del estudio. La información respecto a las variables propuestas (ver *tabla de operacionalización de las variables*) fue manualmente recopilada a partir del AS-400, y almacenada en una base de datos compatible con MS Access.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Tabla 1 Operacionalización de las variables.

VARIABLE.	DEFINICION.	TIPO DE VARIABLE.	ESCALA VALORATIVA	FUENTE.
Edad.	Tiempo de vida del paciente, hasta el momento de recibirla atención.	Numérica, politómica.	1. 30-39 años. 2. 40-49 años. 3. 50-60 años.	Historia clínica AS400
Sexo.	ción según el género.	Cualitativa, nominal, dicotómica.	1. Masculino. 2. Femenino.	Historia clínica AS400
Comorbilidades	Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona	Cualitativa, nominal, politómica.	1. Obesidad. 2. Estrés. 3. Hipertensión arterial. 4. Parkinson. 5. HIV. 6. Ninguna.	Historia clínica AS400
Ubicación de lesiones	Ubicación de la lesión se debe hacer teniendo en cuenta las regiones anatómicas y mediante puntos de referencia cuando sea posible	Cualitativa, nominal, politómica.	1. Cuero cabelludo. 2. Cara. 3. Región retroauricular. 4. Región intercililar. 5. Ext. Superior. 6. Surco nasogeniano. 7. Tórax. 8. Mentón. 9. Pliegue del cuello 10. Borde libre del párpado 11. Pliegue axilar. 12. Pliegue inguinal	Historia clínica AS400

Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.

CAPITULO IV.

4.1 RESULTADOS.

Durante el período de estudio la consulta externa de Dermatología del HGNIC realizó un total de 31895 pacientes atendidos, de las cuales 240 correspondieron a casos de dermatitis seborreica. De estos, 207 fueron en adultos, con una prevalencia de atención del 6.6% (IC 95% 5.7 – 7.4%).

La edad promedio fue de 41.6 ± 8.6 años, siendo el género masculino más frecuente (57%) en comparación al femenino (43%). La comorbilidad más frecuente fue la obesidad (31.4%), seguido del estrés (25.1%) e hipertensión arterial (15.9%). La mayoría de los pacientes presentaron un índice de Charlson 0 (73.9%), entre 1-2 en 22.7% y ≥ 2 en el 3.3% (**tabla 2**). Respecto a la localización, el 70% de los casos presentó afección en el cuero cabelludo y 31.8% en la cara. La cabeza fue la localización anatómica más afectada, en un 95.7%, seguido de extremidades en el 19.2% y tórax-abdomen en un 13.9% (**tabla 3**).

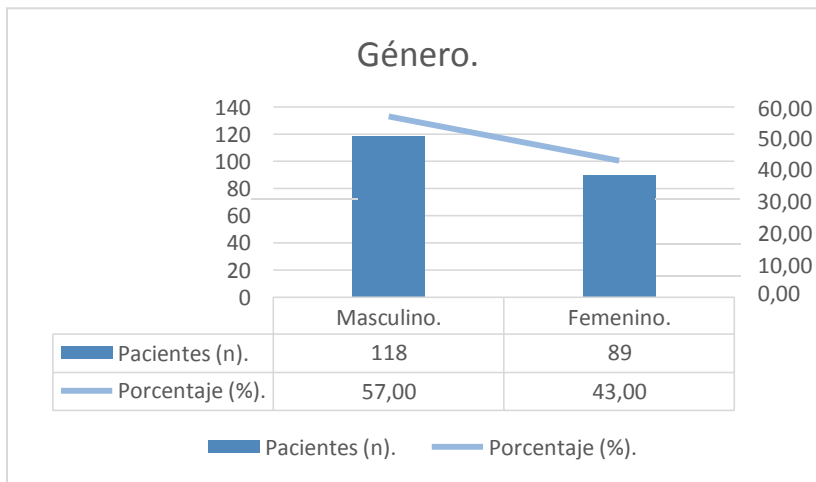
Tabla 2 Características basales de los pacientes con dermatitis seborreica atendidos durante el período de estudio.

	Total
	(N=207)
Edad (años), media (DE)	41.6 \pm 8.6
Género, n (%)	
Masculino	118 (57.0)
Femenino	89 (43.0)
Comorbilidades, n (%)	
Obesidad	65 (31.4)
Estrés	52 (25.1)
Hipertensión arterial	33 (15.9)
Parkinson	4 (1.9)
HIV	3 (1.5)
Ninguna	50 (24.1)
Índice de Charlson	
0	153 (73.9)
1-2	47 (22.7)
≥ 2	7 (3.3)

Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.

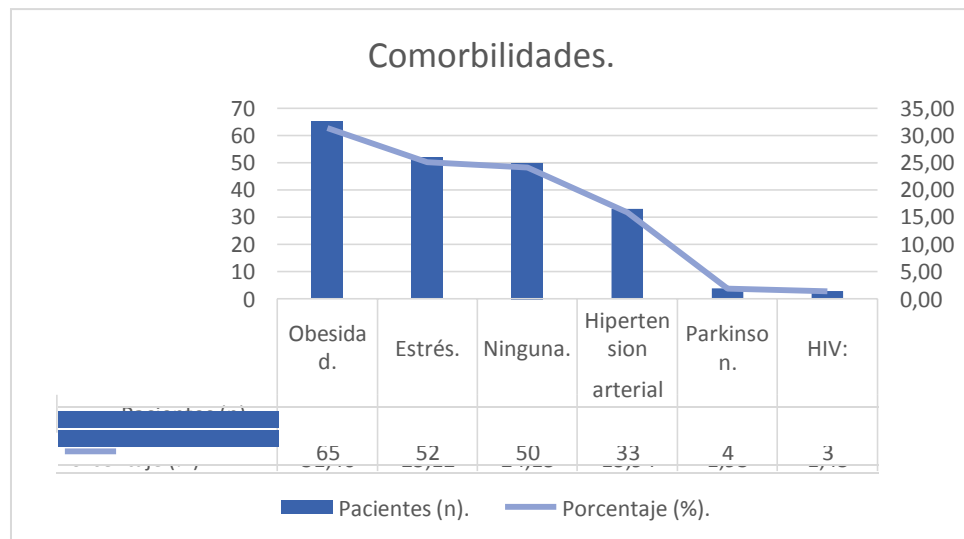
Fuente: Base de datos del HGNIC.

Figura 1 Dermatitis seborreica según el género.



Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.
Fuente: Base de datos del HGNIC.

Figura 2 Comorbilidades asociadas a dermatitis seborreica.



Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.
Fuente: Base de datos del HGNIC.

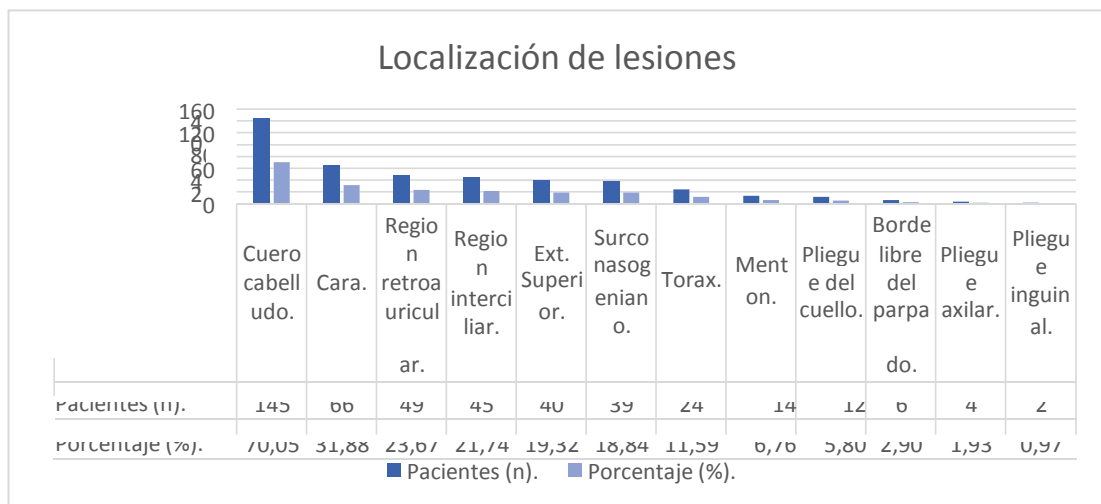
Tabla 3 Localización más frecuente de dermatitis seborreica.

	Total (N=207)
Localización	
Cuero cabelludo	145 (70.1)
Cara	66 (31.8)
Región retroauricular	49 (23.7)
Región interiliar	45 (21.7)
Extremidad superior	40 (19.3)
Surco nasogeniano	39 (18.8)
Tórax	24 (11.6)
Mentón	14 (6.7)
Pliegue del cuello	12 (5.8)
Borde libre del párpado	6 (2.9)
Pliegue axilar	4 (1.9)
Pliegue inguinal	2 (1.0)

Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.

Fuente: Base de datos del HGNIC.

Figura 3 Localización de lesiones de dermatitis seborreica.



Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.

Fuente: Base de datos del HGNIC.

Se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la localización anatómica y un mayor índice de Charlson. En los pacientes Charlson 0, el 96.1% de los casos tenían afección en cabeza en comparación a un 15.7% en extremidades. Casi la totalidad de los pacientes con afección en tórax y abdomen (28/29) correspondían a un Charlson 0. En los pacientes con un Charlson 1-2 se observa una mayor frecuencia de casos con afección en extremidades (27.7%) que aumenta aún más entre los pacientes con Charlson >2 (42.9%) ($p=.0411$) (tabla 4).

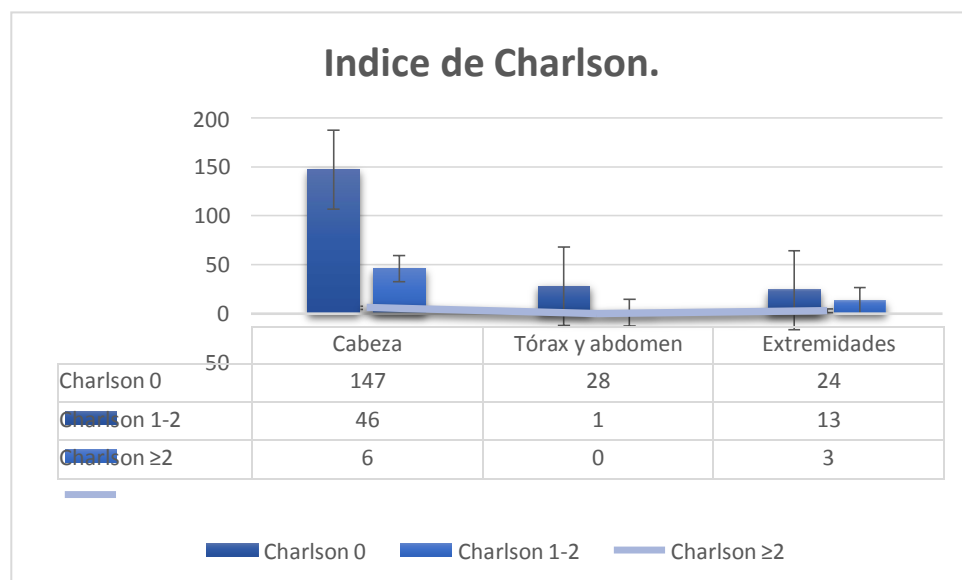
Tabla 4 Distribución de las lesiones por dermatitis seborreica en función del índice de Charlson.

PRUEBA EXACTA DE FISHER.	Charlson 0 (n=153)	Charlson 1-2 (n=47)	Charlson ≥2 (n=7)	p-valor
Cabeza	147 (96.1)	46 (97.9)	6 (85.7)	.3121 ^a
Tórax y abdomen	28 (18.3)	1 (2.1)	-	.0065 ^a
Extremidades	24 (15.7)	13 (27.7)	3 (42.9)	.0411 ^a

Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.

Fuente: Base de datos del HGNIC.

Figura 4 Distribución de las lesiones por dermatitis seborreica en función del índice de Charlson.



Elaborado por: Guillén Sandoya Jennifer Andrea, Veliz Quijije Katherine Loren.

Fuente: Base de datos del HGNIC.

4.2 DISCUSIÓN.

La cantidad de estudios sobre la prevalencia de la DS en Ecuador, América latina y Europa son escasos, siendo necesario realizar trabajos sobre esta patología para que sirvan de referencia tanto en el marco nacional como internacional.

Los estudios realizados por Schwartz R, al igual que Okokonet al , revelan que la dermatitis seborreica se presenta con mayor frecuencia en hombres.(27,28). Quereux en 2019, publica en su estudio que la prevalencia de la dermatitis seborreica es muy baja y que pocos estudios han logrado evaluar estos resultados de manera precisa.(29), a su vez ese estudio precisa que el sexo más afectado es el masculino con edades entre 40 años con afectación facial y de cuero cabelludo de leve a moderada, guardando relación con el estudio de Peiry et al, determinaron también que la DS es más frecuente en el sexo masculino el cual se presenta en 55% de los casos, como media a los 33.73 años entre las principales comorbilidades se encuentra el estrés y la localización de lesiones más frecuente el cuero cabelludo en el 70% de los casos(4,29). Spröhnle, en el 2022 en la publicación sobre dermatitis atópica y seborreica , manifiesta que es un trastorno dermatológico muy frecuente , sin embargo la prevalencia de la misma está limitada por la falta de validación de la gravedad y de publicaciones actualizadas.(30)

Bayancela n el 2020, en su estudio sobre “prevalencia de variaciones morfológicas del cuero cabelludo en dermatitis seborreica” realizado en la ciudad de Quito es el único estudio actualizado nacional , cuyos datos discrepan de los resultados obtenidos en nuestro estudio y con la literatura internacional, ya que determinan que el sexo más afectado es el femenino, sin embargo en cuanto a las comorbilidades el mal estado nutricional es la principal comorbilidad y el cuero cabelludo es la zona más afectada(31)

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos podemos concluir:

- La dermatitis seborreica es una enfermedad que presenta una prevalencia de menos del 6% en los pacientes atendidos por el departamento de dermatología del HGNIC.
- Se establece que el género más afectado es el sexo masculino con edad promedio fue de 41.6 ± 8.6 años, generalmente el primer pico de prevalencia es en edad infantil, y el segundo pico en adultez desde los 30 años, realizando diagnóstico de forma más precoz entre los 30-39 años.
- Las comorbilidades presentadas con mayor frecuencia en pacientes con DS son la obesidad y el estrés, sin embargo llama la atención que el porcentaje de pacientes que no presentaron ninguna comorbilidad es similar a la de los que presentaron estrés, probablemente esto se deba quizás al no colocar en ocasiones esta comorbilidad en la historia clínica.
- Con respecto a la localización de las lesiones de DS se determinó que el cuero cabelludo es la zona más afectada y posteriormente la cara.

5.2 RECOMENDACIONES.

- Al MSP se recomienda realizar en los distintos centros de atención médica del país charlas sobre las manifestaciones clínicas de la piel y la DS, a pesar de que la prevalencia de esta patología sea baja.
- Al HGNIC se le recomienda detallar de forma más precisa las evoluciones en el sistema AS400, con la finalidad de obtener datos precisos que mejoren futuras investigaciones.
- A la UCSG fomentar la realización de estudios sobre DS que tenga inclusión de pacientes de diversos centros de atención de salud del país, para que los datos sean más significativos y para determinar la situación nacional sobre esta patología.
- Al personal médico fomentar la adquisición de conocimiento sobre la DS y la relación que existe con las manifestaciones psicológicas ya que la mayoría de pacientes dermatológicas las poseen y difundir información a los pacientes sobre las manifestaciones de la DS, fomentando el control periódico de la patología con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFIA

1. Kim H, Yun JW, Baek G, Kim S, Jue MS. Differential microRNA profiles in elderly males with seborrheic dermatitis. *Sci Rep* [Internet]. 8 de diciembre de 2022 [citado 12 de abril de 2023];12:21241. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9732001/>
2. Gorrín Díaz Y, Giniebra Marín GM, Roque Pérez L, Gorrín Díaz Y, Giniebra Marín GM, Roque Pérez L. Dermatitis seborreica infantil extensa en un lactante. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* [Internet]. junio de 2020 [citado 12 de abril de 2023];24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942020000300020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Tucker D, Masood S. Seborrheic Dermatitis. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551707/>
4. Peyrí J, Leonart M, Estudio SEBDERM G español del. Perfil clínico, terapéutico y calidad de vida de los pacientes con dermatitis seborreica. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 1 de septiembre de 2007 [citado 11 de abril de 2023];98(7):476-82. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-perfil-clinico-terapeutico-calidad-vida-articulo-13108526>
5. Spröhnle JL, Esquembre AC, Hoyos CL, Leal RP, Esteve A. Dermatitis atópica y seborreica en el adolescente. 2022;
6. Prias JWS, Erazo ETN, Marquez VJM, Guñay AMF. Dermatitis seborreica: Diagnóstico y Tratamiento. *RECIMUNDO* [Internet]. 26 de noviembre de 2019 [citado 12 de abril de 2023];3(3 ESP):77-93. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/589>
7. Cradle cap and seborrheic dermatitis in infants [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/16261>
8. Sasseville D. Seborrheic dermatitis in adolescents and adults [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/13669>
9. Clinical manifestations of Parkinson disease [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/4903>
10. Castillo DEM. Dermatitis seborreica: una revisión. 2014;
11. Salamanca-Córdoba MA, Zambrano-Pérez CA, Mejía-Arbeláez C, Motta A, Jiménez P, Restrepo-Restrepo S, et al. Dermatitis seborreica y su relación con *Malassezia* spp. *Infectio* [Internet]. junio de 2021 [citado 12 de abril de 2023];25(2):120-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-93922021000200120&lng=en&nrm=iso&tlng=en

12. Singh R, Madke B, Bose S. Seborrheic dermatitis and pityriasis sicca: A review. CSDM [Internet]. 5 de mayo de 2022 [citado 12 de abril de 2023];2. Disponible en: <https://cosmoderma.org/seborrheic-dermatitis-and-pityriasis-sicca- a-review/>
13. Carrera F, Pérez P, Artigas T, Rodríguez J, Sarmiento A, Barbar J, et al. Dermatitis Seborreica como Manifestación Cutánea de Sífilis Primaria en Paciente con SIDA.
14. Tomic S, Kuric I, Kuric TG, Popovic Z, Kragujevic J, Zubonja TM, et al. Seborrheic Dermatitis Is Related to Motor Symptoms in Parkinson's Disease. J Clin Neurol. noviembre de 2022;18(6):628-34.
15. Akbulut TO, Suslu H, Atci T. Is the Frequency of Seborrheic Dermatitis Related to Climate Parameters? Sisli Etfal Hastan Tip Bul [Internet]. 28 de marzo de 2022 [citado 12 de abril de 2023];56(1):91-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9040311/>
16. Fitzpatrick TB. Dermatología En Medicina General. Ed. Médica Panamericana; 2000. 724 p.
17. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento, 7e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2775>
18. Ventura-León A, Torres-Bueno MF. Histopatología de la dermatitis seborreica.
19. Campuzano B. Actualización terapéutica de la psoriasis | RECIMUNDO [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1574>
20. Dermatitis de contacto - Seicap [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://seicap.es/alergia/asma-y-otras-enfermedades- alergicas/dermatitis-de-contacto/>
21. Ortiz-Flórez A, Sandoval-Clavijo A, Morales-Cardona C, Alvarado-Álvarez Z, Colmenares-Mejía C. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con pitiriasis versicolor en un centro de referencia de Colombia. Infect [Internet]. 6 de septiembre de 2020 [citado 12 de abril de 2023];25(1):11. Disponible en: http://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/902
22. García-Rueda JE, Caicedo-Bolaños AM, Bermúdez-Flórez AM, Baena- Gallego F, Gómez-Ramírez LA, Correa-Ángel AL, et al. Pitiriasis rosada como manifestación dermatológica de infección por SARS-CoV-2: a propósito de un caso. Medicina y Laboratorio [Internet]. 4 de abril de 2022 [citado 12 de abril de 2023];26(2):177-86. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/575>
23. Trejo-Acuña JR, González González M, Guzmán-Herrera S, López Zenteno BE. Pénfigo eritematoso. Revista del Centro Dermatológico Pascua [Internet].

- 2022 [citado 12 de abril de 2023];31(1-2):30-3. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=107799>
24. Cuasqui VEI, Rojas IAG, Pineda PAC, Sanmartín JES. Actualización en el manejo del Lupus Eritematoso sistemático. RECIMUNDO [Internet]. 31 de octubre de 2022 [citado 12 de abril de 2023];6(4):299-315. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1852>
 25. Rodríguez YP, Calvo JP, Figueroa LQ. Sífilis: abordaje clínico y terapéutico en primer nivel de atención. Revista Medica Sinergia [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 12 de abril de 2023];5(8):e559-e559. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/559>
 26. Arteaga MJH, Larrea ESK, Venegas ERA, Cedeño LNC, Ormaza LGC. Sintomatología y tratamiento de la dermatitis seborreica. RECIMUNDO [Internet]. 30 de noviembre de 2020 [citado 12 de abril de 2023];4(4):330-6. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/956>
 27. Okokon EO, Oyo-Ita A, Chosidow O. Interventions for seborrhoeic dermatitis. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2009 [citado 11 de abril de 2023];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008138/full/e s>
 28. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. Am Fam Physician. 1 de julio de 2006;74(1):125-30.
 29. Quéreux G. Dermatitis seborreica. EMC - Dermatología. 1 de junio de 2019;53(1):1-9.
 30. Spröhnle JL, Esquembre AC, Hoyos CL, Leal RP, Esteve A. Dermatitis atópica y seborreica en el adolescente. 2022;
 31. Paucar Mauret MB. Prevalencia de variaciones morfológicas del cuero cabelludo en dermatitis seborreica, aplicando tricoscopia en relación a manifestaciones clínicas en pacientes que acuden a la consulta externa de dermatología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 y Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional, enero a junio 2019 [Internet] [masterThesis]. Quito: UCE; 2020 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21404>



**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, **Veliz Quijije, Katherine Loren**, con C.C: # **0928889252** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de dermatitis seborreica en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo de enero 2021 a mayo 2022** 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. Autorización a la SENESCYT a tener una copia del referido de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

f. _____
Nombre: Veliz Quijije, Katherine Loren
CC: 0928889252



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



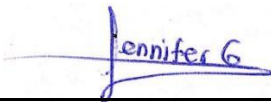
SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Guillén Sandoya, Jennifer Andrea** con C.C: # **0940262173** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de dermatitis seborreica en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo de enero 2021 a mayo 2022** 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. Autorización a la SENESCYT a tener una copia del referido de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

f. 
Nombre: Guillén Sandoya, Jennifer Andrea
CC: 0940262173



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de dermatitis seborreica en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo de enero 2021 a mayo 2022.		
AUTOR(ES)	Veliz Quijije, Katherine Loren Guillén Sandoya, Jennifer Andrea		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Albán de la Torre Luis Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	26
ÁREAS TEMÁTICAS:	Dermatología, Medicina General		
PALABRAS CLAVES	Dermatitis Seborreica, Dermatitis, Glándulas Sebáceas, estrés, cuero cabelludo, dermatosis del cuero cabelludo.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Introducción: La dermatitis seborreica (DS) es una enfermedad eritemato escamosa, caracterizada por un cuadro inflamatorio crónico. Representa del 1-6% de los motivos de consulta en Dermatología. Se encuentra principalmente en zonas de más concentración o densidad de glándulas sebáceas y en ocasiones puede manifestarse en ciertos pacientes de una forma más generalizada.(1,2). Objetivo: Determinar la prevalencia de dermatitis seborreica en Hospital General del norte IESS Ceibos desde enero del 2021 a mayo 2022. Metodología: El presente es un estudio observacional, descriptivo, de recuperación retrospectiva. Resultados: Se determinó que la prevalencia de atención de dermatitis seborreica es menor del 6.6% el sexo masculino presento 57%(n=118), edad media 41.6 ± 8.6 años, la comorbilidad más frecuente es la obesidad 31.4% seguido del estrés 25.12%(n=52), el cuero cabelludo es la localización más frecuente de lesiones 70.05%(145), seguido de la cara 31.88%(n=66), y la región retroauricular 23.67%(n=49). La mayoría de los pacientes presentaron un índice de Charlson 0 (73.9%), entre 1-2 en 22.7% y ≥2 en el 3.3% Conclusiones: La prevalencia de dermatitis seborreica es baja, el sexo masculino y la edad promedio de 41.6 es la más frecuente, adicionándole, la principal comorbilidad es la obesidad y el estrés, el cuero cabelludo es el más afectado.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593982873672 +593967409891	E-mail: katherine.veliz@cu.ucsg.edu.ec jennifer.guillen01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@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):			