

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con VIH.

Hospital Roosevelt, Guatemala, julio 2015.

TESIS DE GRADO

AMANDA CRISTINA GUZMÁN ABREGO
CARNET 10482-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con VIH.

Hospital Roosevelt, Guatemala, julio 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

AMANDA CRISTINA GUZMÁN ABREGO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. CARLOS RODOLFO MEJIA VILLATORO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS
MGTR. MONICA SCARLETH PAZ RAMIREZ
LIC. NANCY VIRGINIA SANDOVAL PAIZ



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 17 de Agosto de 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: ***Prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con VIH, Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto, 2015*** de la estudiante Amanda Cristina Guzman Abrego con carné N° 1048209, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dr. CARLOS MEJIA
Medicina Interna-Infectología
Colegiado 4113

Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante AMANDA CRISTINA GUZMÁN ABREGO, Carnet 10482-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09802-2015 de fecha 26 de agosto de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con VIH.
Hospital Roosevelt, Guatemala, julio 2015.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de septiembre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de tesis Dr. Carlos Mejía Villatoro, por su apoyo, enseñanza, compromiso y aporte de conocimientos en la rama de Infectología, orden de temas de discusión la elaboración de la investigación, análisis estadístico e interpretación de resultados.

A mi co-asesora Dra. Miriam Azucena Hernández Rousselin de Zimmerman, Dermatóloga, por sus enseñanzas y guía respecto a la organización de tema de Dermatitis seborreica y elaboración de instrumento para recolección de datos e interpretación de resultados.

Al personal y pacientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, por su disponibilidad y colaboración al momento de realizar el trabajo de campo de la investigación.

RESUMEN

Antecedentes: La dermatitis seborreica se define como una dermatosis eritematoescamosa de evolución crónica y recurrente, afectando a niños y adultos con predominio del sexo masculino. En pacientes con VIH afecta del 20-40% y en enfermos con SIDA 40-80 %.(4)

Objetivo: Determinar la prevalencia de Dermatitis seborreica en pacientes con VIH y establecer la relación de la presencia de enfermedad con el recuento de CD4 de cada paciente. **Diseño metodológico:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo en pacientes con VIH evaluados en la Clínica de Enfermedades Infecciosas y pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina C, Hospital Roosevelt, que presentaron manifestaciones cutáneas compatibles con clínica de dermatitis seborreica. Se recolectaron los datos utilizando una boleta. Se tabuló en paquete de datos Excel 2013 y se utilizó el software EPI INFO versión 7.0, se construyeron tablas, tasas y porcentajes, se obtuvo la estadística descriptiva con odds ratio. **Resultados:** Se trabajó con una muestra de 1255 pacientes con una prevalencia de enfermedad del 24% (298) los niveles de CD4 <200 aumentan la probabilidad de presentar dermatitis seborreica en 1.7 (p 0.001). Los pacientes que se encuentran en el estadio A de la enfermedad tienen 0.7 (p de 0.007) menos probabilidad de presentar la enfermedad. **Conclusiones:** La prevalencia de dermatitis seborreica en la muestra estudiada fue de 24%. A medida que disminuyen los recuentos de CD4 aumentan la prevalencia de dermatitis seborreica. Los niveles por encima de 50,000 copias de carga viral aumentan las posibilidades de presentar la enfermedad.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
2.1. Dermatitis Seborreica	2
2.2. Definición	2
2.3. Epidemiología	2
2.4. Etiopatogenia	2
2.4.1 Seborrea	3
2.4.2.Efectos microbianos	4
2.4.3. Otros	4
2.4.3.1. Drogas	4
2.4.3.2. Anormalidades de neurotransmisores	4
2.4.3.3.Factores físicos	4
2.4.3.4 Proliferación epidérmica aberrante	4
2.4.3.5 Desórdenes nutricionales	4
2.4.3.6 Factores Genéticos	4
2.5. Clasificación	5
2.6. Cuadro Clínico según presentación	5
2.6.1. Dermatitis seborreica del niño	5
2.6.2. Dermatitis seborreica del Adulto	6
2.6.3. Dermatitis seborreica facial	6
2.6.4. Blefaritis marginal	6
2.6.5. Dermatitis seborreica de barba, bigote o pubis	6
2.6.6. Dermatitis seborreica intertriginosa	6
2.6.7. Dermatitis seborreica en SIDA	6
2.7. Grados de Dermatitis seborreica	7
2.7.1. Leve	7
2.7.2. Moderada	7
2.7.3. Severa	7
2.8. Histopatología	7
2.9. Datos de Laboratorio	8
2.10. Tratamiento	8

2.10.1. Agentes Antifúngicos tópicos	8
2.10.2. Corticoesteroides tópicos	8
2.10.3. Preparados de sulfuro de selenio	9
2.10.4. Sales de litio tópicos	9
2.10.5. Inhibidores tópicos de la calcineurina	9
2.10.6. Fototerapia	9
2.10.7. Antifúngicos sistémicos	9
2.11. Repercusiones en la calidad de vida en los Pacientes con dermatitis seborreica	13
3. VIH	15
3.1. Rutas de Transmisión de VIH	15
3.2. Curso natural de la infección por VIH	16
3.3. Etapas de progresión de la enfermedad	18
3.4. Enfermedades de la Piel en pacientes con VIH	18
3.5. Dermatitis Seborreica y VIH	19
4. Objetivos	20
4.1 General	20
4.2 Específicos	20
5. Metodología	21
5.1. Diseño del estudio	21
5.2. Unidad de análisis	21
5.3. Muestra	21
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	21
5.4.1 Criterios de inclusión	21
5.4.2. Criterios de exclusión	21
6. Definición y operacionalización de variables	22
7. Instrumento	29
8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
9. Procedimientos	31
9.1. Primera etapa	31
9.2. Segunda etapa	31
9.3. Tercera etapa	31

9.4. Cuarta etapa	31
9.5. Quinta etapa	31
9.6. Sexta etapa	31
9.7 Séptima etapa	32
10. Alcances y límites de la investigación	33
10.1. Alcances	33
10.2. Límites	33
11. Aspectos éticos	34
12. Resultados	35
13. Análisis y Discusión de resultados	41
14. Conclusiones	44
15. Recomendaciones	45
16. Referencias bibliográficas	46
17. Anexo 1: Ficha de recolección de datos	49
18. Anexo 2: Fotografías de casos interesantes	51

1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis seborreica se define según Roberto Arenas, como una dermatosis eritematoescamosa de evolución crónica y recurrente. Se localiza en la piel cabelluda, la cara, las regiones esternal e interescapular y pliegues. Se desconoce la causa; es posible que haya factores genéticos, infecciosos, hormonales, dietéticos, ambientales y emocionales. (1)

El Virus de la Inmunodeficiencia humana según el Programa Conjunto de Las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA), se define como un retrovirus que infecta a las células del sistema inmunitario (principalmente las células CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular y destruye o daña su funcionamiento. (2)

La dermatitis seborreica es la erupción cutánea más frecuente en la infección por el VIH, según el autor Mathes BM, Douglas MC. Aparece en 20-40% de los infectados y en el 40-80 % de enfermos con SIDA. Aunque es una dermatosis frecuente en la población general, cuando aparece en relación con el VIH lo hace de manera más severa y crónica. (4)

La piel es el órgano más grande del cuerpo, por lo tanto merece primordial atención ante cualquier acontecimiento que pueda alterar sus funciones que puedan desencadenar insuficiencias para responder como una barrera entre el medio que rodea y el interior del cuerpo. El VIH es una enfermedad que se caracteriza por atacar el sistema inmune, debilitándolo y haciendo que la respuesta innata del organismo quede abolida parcial o permanentemente. Las manifestaciones cutáneas del VIH son importante signo de avance de enfermedad y pueden orientar al paciente y al clínico que existe algún factor que esté desencadenando esta respuesta. La dermatitis seborreica es un padecimiento que se puede dar en individuos infectados y no infectados de VIH, lo más importantes que la mayoría de individuos que lo presentan y padecen VIH tienen manifestaciones cutáneas más agresivas y en ocasiones resistentes al tratamiento, e inclusive puede presentarse aun con recuento de CD4 normales.

El presente estudio pretende investigar la prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con VIH; sus manifestaciones clínicas y el conocimiento acerca de su padecimiento de la piel, atendidos en la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt, 2015.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Dermatitis seborreica

2.2 Definición

La dermatitis seborreica se define como una dermatosis eritematoescamosa. Tiene una evolución crónica y puede ser recurrente, afectando a niños y adultos; se localiza en piel cabelluda, cara, región esternal, interescapular y pliegues. Se desconoce una causa precisa pero es probable que existan factores genéticos, infecciosos, hormonales, dietéticos, emocionales y ambientales. (1)

2.3 Epidemiología

Generalmente tiene dos picos de aparición, uno ocurre en la infancia, en los primeros tres meses de vida y el segundo pico ocurre alrededor de la cuarta a séptima década de la vida. Es una enfermedad cosmopolita, frecuente en Europa y América; ni tiene predicción de sexo ni edad, en adultos predominan en los varones; llega a ocupar entre 5 y 6% de la consulta dermatológica, en recién nacidos su frecuencia es de 12%. Se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y séptima década de la vida. Se observa en 45% y 85% de los enfermos con SIDA. (1,6,12)

2.4 Etiopatogenia

Existen muchas teorías acerca de la aparición de la dermatitis seborreica, aun los mecanismos no están bien definidos pero concientos como la seborrea, los efectos microbianos y otros como drogas, anormalidades de neurotransmisores, factores físicos, proliferación epidérmica aberrante, desordenes nutricionales y factores genéticos, se encuentran relacionados a la aparición o exacerbación de la misma. (12)

En los recién nacidos la piel es oleosa en áreas seborreicas por hiperplasia de las glándulas sebáceas, debido a la influencia hormonal de la madre durante la vida fetal. En los primeros meses de vida la secreción de las glándulas sebáceas está aumentada, generando piel oleosa. Se señalan factores genéticos, endocrinos, bacterianos (streptococos y staphilococos), alimentarios, farmacológicos, fatiga, estrés, alcoholismo, etc. (1)

Es importante mencionar que en algunos casos se relaciona con la presencia de *Malassezia spp.* La cual es una levadura lipófila que forma parte de la flora normal de la piel y que puede convertirse en oportunista potencialmente patogénico. Existen acerca de que *M. furfur* puede comportarse como un oportunista patógeno provocando o agravando un espectro de la piel manifestándose en enfermedades como: pitiriasis versicolor, *Pityrosporum folliculitis*, dermatitis seborreica posiblemente, la dermatitis atópica (1,16)

En pacientes con dermatitis seborreica los triglicéridos y el colesterol son elevados, pero los ácidos grasos libres y escualeno se encuentran disminuidos significativamente. (16)

Se ha relacionado como causante asociado las alteraciones cualitativas del sebo y que el incremento de éste podría aumentar las cantidades de Malassezia, causando alteraciones de la temperatura local, pues se ha demostrado que las áreas faciales con dermatitis seborreica son más calientes y la temperatura varía con su composición lipídica. (1)

Existen reportes de dermatitis seborreica donde se encuentra asociada a condiciones de afecciones en salud como parkinsonismo, amiloidosis familiar con polineuropatía y trisomía 21, pero existe poca documentación acerca de éste hecho. (15)

En los pacientes con Infección del Virus Humano (VIH) o con SIDA existe una relación que se caracteriza con la disminución de los linfocitos TCD4+ y células de Langerhans, así como la presencia de linfocinas; se observa estimulación de queratinocitos epidérmicos. En éstos pacientes las manifestaciones clínicas aparecen en las etapas tempranas. Se observa en pacientes con recuentos inferiores a 400 CD4 cel/mm². La enfermedad no es común en Africanos negros y cuando ésta ocurre se debe sospechar de VIH. (1, 15)

2.4.1 Seborrea

La seborrea está asociada con “piel grasosa”, sin embargo no en todos los pacientes que presentan dermatitis seborreica se puede detectar un incremento de sebo, aunque la seborrea sea un factor predisponente no es una enfermedad de las glándulas sebáceas. (13)

En los recién nacidos se encuentra alta incidencia de dermatitis seborreica debido al tamaño y actividad de las glándulas sebáceas, ya que se sabe que las glándulas sebáceas en ellos son más elongadas y la secreción es parecida a la de los adultos. Es por ello que en la infancia si se encuentra relacionado el sebo a la cantidad producida; sin embargo en los adultos no, ya que en ellos la cantidad producida va disminuyendo con los años. (12)

Los sitios de predilección son: cara, oídos, cuero cabelludo, parte superior del tronco los cuales son muy ricos en folículos sebáceos. Como se mencionó anteriormente las glándulas sebáceas son elongadas y en su estructura histológica, la estructura de lípidos en su superficie no está aumentada, sin embargo en la composición se encuentra aumentado el colesterol, los triglicéridos y parafina y se encuentran disminuido el escualeno, ácidos grasos libres y los esteroides. (12)

2.4.2 Efectos microbianos

Se han encontrado relacionados microorganismos como *Candida sp*, *Staphylococcus aureus*, *Propionibacterium acnés* sin embargo no muestran ninguna relevancia o asociación directa con la presentación de la enfermedad. (12)

Malassezia furfur, es una levadura lipofílica normal de la microbiota de la piel (504,000 organismos/cm², en sujetos con escama 922,000 organismos cm² y 665,000 organismos/cm²). Aún existe controversia acerca de la presencia de *Malassezia furfur*, sin embargo si participa en la inflamación a partir de la activación de las células de Langerhans y los Linfocitos T. (12)

2.4.3 Otros

2.4.3.1 Drogas

Varias drogas han sido asociadas a la aparición de lesiones compatibles con dermatitis seborreica, las cuales son arsénico, metildopa, cimetidina y neurolépticos. (12)

2.4.3.2 Anormalidades de neurotransmisores

Se asocia frecuentemente a anormalidades neurológicas, como lo son: parkinsonismo, epilepsia, daño supraorbital, parálisis facial, poliomiелitis, siringomielia, amiloidosis familiar, trisomía 21 y cuadriplejía. Además se considera que episodios de estrés emocional pueden agravar el cuadro. (12,15)

2.4.3.3 Factores Físicos

Se ha sugerido que el flujo sanguíneo cutáneo y la temperatura de la piel, puede ser responsable de la distribución de la dermatitis seborreica. También se encuentra asociado los cambios de clima y humedad. (12,15)

2.4.3.4 Proliferación epidérmica aberrante

La proliferación epidérmica se encuentra incrementada, similar a la proliferación de la psoriasis. Esto explica el porqué de terapéuticos citostáticos mejoran la condición de la enfermedad.

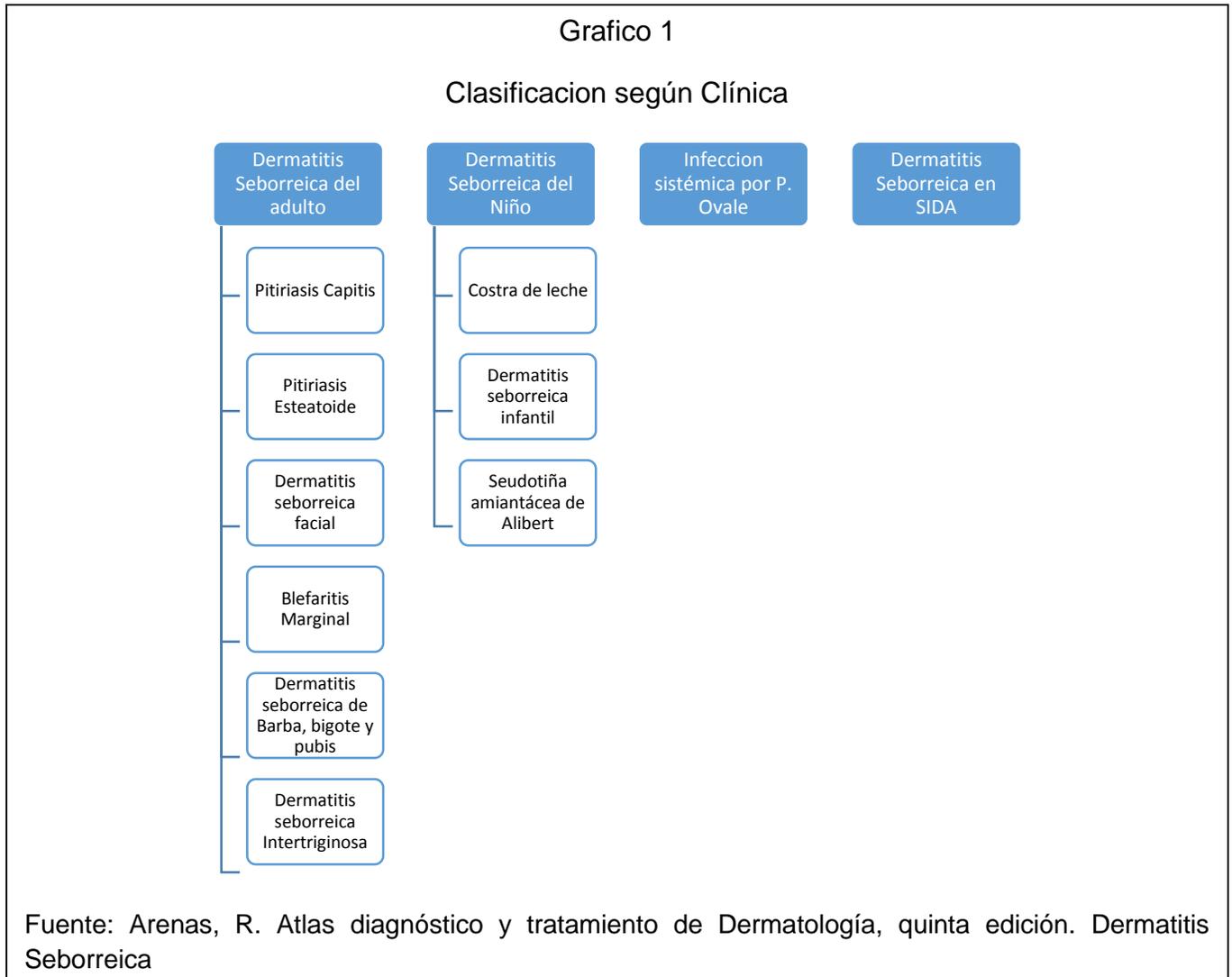
2.4.3.5 Desórdenes nutricionales

No existe una asociación directa entre deficiencias nutricionales, como zinc, y la presencia de dermatitis seborreica, no existen suficientes estudios por lo tanto es un factor a tomar en cuenta. (12)

2.4.3.6 Factores genéticos

Recientemente se ha descubierto un defecto en el gen de la proteína del zinc y la dermatitis seborreica. (1,12)

2.5 Clasificación



2.6 Cuadro Clínico según presentación

2.6.1 Dermatitis seborreica del niño

En los lactantes, recibe el nombre de dermatitis seborreica o eccema seborreico infantil. Inicia entre la tercera y cuarta semana de vida afectando principalmente piel cabelluda, frente, cejas, pliegues retroauriculares, aletas nasales, cuello, genitales o puede ser generalizada. Se caracteriza por eritema y escamas blanco-amarillentas, adherentes, oleosas de forma y tamaño variables.(1)

La pseudotiña amiantácea de Alibert se presenta en niños y se caracteriza porque en la piel cabelluda se presenta escamas gruesas y estratificadas, de color

blanquecino o grisáceo. En algunas ocasiones son catalogadas como una entidad aparte.(1,12)

2.6.2 Dermatitis seborreica del adulto

Pitiriasis capitis o *pitiriasis sicca* simplex: Afecta a parte o a toda la piel cabelluda, existe descamación blanquecina con prurito.(1,12)

Pitiriasis esteatoide: afecta a la piel cabelluda abarcando el margen frontal de la implantación de pelo generando la “corona seborreica”, existe afectación de cejas y pliegues nasogenianos. Se observa grandes escamas grasosas de color amarillo. (1,12,21)

2.6.3 Dermatitis seborreica facial

Afecta de manera simétrica las aletas nasales, pliegues nasogenianos y mejillas. Adopta la distribución en alas de mariposa apareciendo eritema que varía de intensidad la hora del día. Se observa descamación fina, fisuras y tapones foliculares; puede afectar las zonas retroauriculares y el conducto auditivo externo.(1)

2.6.4 Blefaritis marginal

Afecta el borde libre de los párpados. Se observa eritema, descamación leve y fina, puede o no acompañarse de orzuelo con pérdida parcial de las pestañas. Puede acompañar a otra presentación de dermatitis. (12)

2.6.5 Dermatitis seborreica de barba, bigote o pubis

Se caracteriza por enrojecimiento difuso y escamas, a menudo se encuentran pústulas foliculares. (1)

2.6.6 Dermatitis seborreica intertriginosa

Afecta a adultos de 40 a 50 años de edad y adolescentes obesos. Los sitios de aparición son axilas, ingles, pliegues inframamarios, ombligo, región anogenital; en hombres en el surco balanoprepucial y en mujeres en clítoris. Las lesiones se caracterizan por fisuras, eritema e inflamación intensa con escamas grasosas agrupándose en placas. En ocasiones se puede encontrar con infección agregada teniendo además olor fétido característico.(1,12)

2.6.7 Dermatitis seborreica en SIDA

Se manifiesta diferencias en la forma clásica; por lo general es más extensa y grave. La topografía habitual son las zonas con un mayor número de glándulas sebáceas, como la piel cabelluda, la cara (en la región centro facial), la región retroauricular y determinadas zonas del tronco, como el tórax superior, la región interescapular y el área alrededor de los glúteos. Las lesiones pueden ser pruriginosa. La

diferenciación de la psoriasis puede ser difícil tanto clínica como histológicamente. (1)(13)

2.7 Grados de dermatitis seborreica

Clínicamente se caracteriza por eritema y descamación de la piel en la zona afectada. Las lesiones son bien delimitadas, rojizas y cubiertas por escamas grasas blancoamarillentas. (1,12) Puede ser:

2.7.1 Leve

Afecta piel cabelluda. Las escamas son pequeñas, secas, blanquecinas y se desprenden fácil y espontáneamente en regular cantidad.

2.7.2 Moderada

Afecta 2 o más regiones con moderada escama. (19)

2.7.3 Severa/grave

Se observan placas desde centímetros hasta ocupar buena parte de la superficie del cuero cabelludo; están formadas por escamas secas y gruesas. En la cara se localizan en las cejas, alrededor de la nariz, borde del cuero cabelludo y parte interna del pabellón de la oreja. En el tórax las lesiones tienen un contorno redondeado, bien delimitado, rojo parduzco; se localizan en la parte media del pecho y en la espalda, entre los omoplatos. (19)

En cualquiera de estas formas se produce picazón de intensidad variable. Es importante mencionar que no existe una clasificación o grados en cuanto a las manifestaciones encontradas, por lo tanto el diagnóstico de cada paciente depende del juicio clínico y los aspectos a evaluar, siendo esto una medida muy subjetiva para determinar los grados de la enfermedad. No se encuentra establecido como en el caso de dermatitis atópica los grados de gravedad.

2.8 Histopatología

Los hallazgos histopatológicos varían según el estadio de la enfermedad (agudo, sub-agudo y crónico), siendo aguda días, sub aguda semanas y crónica meses. (1,12)

En el estadio agudo y sub-agudo se observan zonas de infiltrados perivasculares de linfocitos e histiocitos. Se encuentra leve a moderada espongirosis, hiperplasia psoriasiforme leve. Taponamiento folicular debido a hiperqueratosis, además de crestas constituidas por neutrófilos en la raíz de los folículos. (12)

En el estadio crónico de la enfermedad se encuentran dilatación de los capilares y vénulas además de los cambios encontrados en los otros estadios, además se encuentra irregular acantosis y paraqueratosis. (1,16)

Es importante mencionar que los hallazgos histopatológicos son similares a patología psoriasiforme, encontrándose diferenciada por las crestas de neutrófilos en la raíz de los folículos que se encuentran en la dermatitis seborreica. (12,16)

2.9. Datos de Laboratorio

Para investigar otras enfermedades pueden ser útiles: biopsia, globulinas, complemento sérico y linfocitos T y B.

2.10 Tratamiento

Es importante mencionar que no existe un tratamiento que tenga como efectos curación permanente. Los agentes tópicos son usados en la mayoría de los casos. (1,15)

Se recomienda aseo frecuente con jabones no muy alcalinos o sustitutivos de jabón, así como la eliminación de medicamentos innecesarios y de la ingestión excesiva de alcohol. La hidrocortisona es útil, pero no se recomienda por el riesgo de dependencia. Se recomienda champú con ácido salicílico, azufre, disulfuro de selenio, alquitrán de hulla o piritione de zinc.

Han mostrado eficacia inmunomoduladores macrolactámicos como tacrolimus (tacrolimo) a 0.1%, y pimecrolimus (pimecrolimo) a 1% en crema.

Algunos recomiendan peróxido de benzoílo, ungüento de succinato de litio a 5%, piridoxina (Vitamina B6) y biotina en dosis altas. Además se recomienda exposición a uso de luz ultravioleta en pacientes en recuperación. Recientemente se ha ajustado Itraconazol 200 mg día por 1 semana, junto con crema de hidrocortisona para luego continuar con Itraconazol solo, dos días de cada mes por 11 meses. A continuación se detalla cada uno de las opciones de tratamiento para los pacientes, sus recomendaciones y su eficacia. (1)(12)

2.10.1 Agentes Antifúngicos tópicos

Son el pilar del tratamiento de la dermatitis seborreica. Se encuentran bien estudiados agentes que incluyen ketoconazol, ciclopiroxolamina (disponible en crema, geles, espumas y champús), bifonazol. El uso intermitente de ketoconazol puede mantener remisión. Bifonazol también ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica. (1, 15)

2.10.2 Corticosteroides Tópicos

Varios ensayos aleatorios han comparado directamente corticosteroides tópicos a corto plazo incluyendo, en orden aproximado de aumento de la potencia, la hidrocortisona, dipropionato de betametasona, clobetasol 17-butilato, y de clobetasol dipropionato con agentes antimicóticos tópicos. (1)

Existe un consenso que los corticosteroides tópicos son útiles a corto plazo, principalmente para el control de eritema y prurito. La atrofia cutánea y la hipertrichosis son una preocupación con el uso de corticosteroides a largo plazo. (1) Los datos no son confluyentes en que la combinación de tópica corticosteroides y

agentes antifúngicos tópicos confiere un mayor beneficio que la terapia con un solo fármaco. (15)

2.10.3 Preparativos de sulfuro de selenio

Útil para piel cabelluda, ocasiona ardor sin embargo calma el prurito. Los datos del ensayo para el uso de sulfuro de selenio en las zonas que no sea el cuero cabelludo no son concluyentes. (1)

2.10.4 Sales de litio tópicos

Succinato de litio tópico y Gluconato de litio son agentes alternativos eficaces para el tratamiento de la dermatitis seborreica en zonas distintas de la piel cabelluda. Su mecanismo de acción es poco conocido.(1,15)

En pacientes VIH-positivo el Gluconato de litio (en pomada) dos veces al día ha demostrado ser más eficaz que el placebo en un pequeño ensayo involucrando 12 pacientes con lesiones faciales. (15, 17)

La irritación de la piel es el efecto secundario más común asociado a sales de litio tópicos. (15)

2.10.5 Inhibidores tópicos de la calcineurina

Estos previenen la activación de células T por medio de la regulación de la actividad de tipo 1 y 2 las células T auxiliares. No existe evidencia suficiente para la efectividad en su uso. (15)

2.10.6 Fototerapia

Es considerada como una opción en dermatitis seborreica extensiva o recalcitrante, sin embargo a largo plazo puede tener efectos carcinogénicos sobre la piel; además que en algunas ocasiones el estímulo solar desencadene exacerbaciones de episodios. (15)

2.10.7 Antifúngicos Sistémicos

Los datos acerca del beneficio del uso de antifúngicos sistémicos son limitados. (15)

En un estudio realizado en el año 2009 en Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, acerca de la efectividad del ketoconazol oral en dermatitis seborreica moderada a grave en el cual se demostró que el ketoconazol oral es una alternativa terapéutica en el tratamiento de pacientes con dermatitis seborreica moderada a grave teniendo siempre en cuenta la dosis y los probables daños hepáticos que puedan presentar los pacientes. (18)

En el siguiente cuadro se resumen los diferentes tratamientos, dosis y seguridad de uso según el grupo etario afectado.

Tabla 1. Agentes tópicos para el tratamiento de Dermatitis Seborreica

Intervención	Formulación	Uso	N° necesario para tratar	Efectos adversos	Comentarios
Agentes Antifúngicos					
Ketoconazol	2% en shampoo, espuma, gel o crema	Cuero Cabelludo: 2 veces por semana para aclaramiento luego, 1 vez por semana o cada dos semanas para mantenimiento; otras áreas: 2 veces por día a dos veces por semana para aclaramiento, luego dos veces por semana a una vez cada dos semanas, para manteniendo	1.3 – 8.0 para aclaramiento, 4 para prevenir recaídas en cuero cabelludo a los 6 meses con un régimen de mantenimiento de una vez por semana	Dermatitis de contacto irritativa en menos del 1% de los pacientes; prurito y sensación de quemazón en el 3% de los pacientes. Categoría C en el embarazo	Genérico disponible, la espuma es cara.
Bifonazol	1% en shampoo o crema	Cuero Cabelludo: 3 veces por semana para aclaramiento otras áreas una vez por día para aclaramiento	5 para aclaramiento	Reacciones irritativas locales en el 10% de los pacientes	No disponible en USA

Ciclopiroxolamina (ciclopirox)	1% o 1.5% en shampoo o crema	Cuero Cabelludo 2 o 3 veces por semana para aclaramiento luego, 1 vez por semana o cada dos semanas para mantenimiento; otras áreas: 2 veces por día para aclaramiento, luego 1 vez por día para manteniendo	3-5 para aclaramiento; 5 para prevenir recaída de lesiones de cuero cabelludo con un régimen de mantenimiento de una vez por semana	Dermatitis de contacto irritativa en menos del 1% de los pacientes; prurito y sensación de quemazón en el 2% de los pacientes raros casos de dermatitis alérgica de contacto. Categoría B en el embarazo	Genérico disponible, mas costoso que el Ketoconazol.
--------------------------------	------------------------------	--	---	--	--

Corticosteroides

Hidrocortisona	1% en crema	Áreas fuera del cuero cabelludo: 1 o 2 veces diarias	Datos Insuficientes	Atrofia de piel y crecimiento excesivo de vello con el uso prolongado. Categoría C en el embarazo	Genérico disponible
Dipropionato de Betametasona	0.05% en loción	Cuero cabelludo y otras áreas 1 o dos veces al día	Datos Insuficientes	Atrofia de piel y crecimiento excesivo de vello con el uso prolongado. Categoría C en el embarazo	Genérico disponible, los corticoides tópicos potentes no deberían usarse en la cara
Clobetasol 17-butilato	0.05% en crema	Áreas diferentes del cuero cabelludo: 1 o 2 veces diarias	Datos Insuficientes	Atrofia de piel y crecimiento excesivo de vello con el uso prolongado. Categoría C en el embarazo	Genérico disponible, los corticoides tópicos

				oría C en el embarazo	potentes no deberían usarse en la cara
Dipropionato de Clobetasol	0.05% en shampoo	Cuero cabelludo: dos veces por semana (10 minutos de aplicación y luego lavar)	Datos Insuficientes	Atrofia de piel y crecimiento excesivo de vello con el uso prolongado. Categoría C en el embarazo	Evidencia limitada
Desonide	0.05% en loción	Cuero cabelludo y otras áreas: dos veces al día	Datos Insuficientes	Atrofia de piel y crecimiento excesivo de vello con el uso prolongado. Categoría C en el embarazo	Genérico disponible
Sales de litio					
Succinato de litio + sulfato de Zinc	Ungüento conteniendo 0.8% de succinato de litio + sulfato de zinc al 0.05%	Áreas diferentes del cuero cabelludo: 2 veces diarias	Datos Insuficientes	Reacciones irritativas locales en el 7% de los pacientes tratados	No disponible en USA
Gluconato de Litio	8% en gel	Áreas diferentes del cuero cabelludo: 2 veces por día	5 para aclaramiento	Reacciones irritativas locales en menos del 10% de los pacientes tratados	No disponible en USA
Inhibidores de la calcineurina					
Pimecrolimus	1% en crema	u	Aproximadamente 10	Porcentaje más alto de reacciones locales al compararlo con placebo (26% vs 12%); posible incremento en el	Posible ventaja sobre los corticoides tópicos por ausencia de atrofia

				riesgo de cáncer de piel, con el uso prolongado; Categoría C en el embarazo	con el uso continuo
Misceláneos					
Selenio	2.5% en shampoo	Cuero cabelludo: dos veces por semana	4	Reacciones locales irritativas en el 3% de los pacientes; categoría C en el embarazo	Genérico disponible
Zinc Piritiona	1% en shampoo	Cuero cabelludo: dos veces por semana	Datos Insuficientes	Reacciones locales irritativas en el 3% de los pacientes	Limitada evidencia disponible

Fuente: Naldi L, Rebora A. Seborreic Dermatitis, NEJM, Clinical Practice, Massachusetts, 2009

2.11 Repercusiones en la calidad de vida en los pacientes con dermatitis seborreica

Es importante mencionar que la dermatitis seborreica no es una enfermedad que tiene cura, solamente tiene control de la signos y síntomas que presentan los pacientes, por lo tanto debe de explicarse a los pacientes claramente en que consiste la enfermedad, su implicación, el curso de la misma y las alternativas de tratamiento que ayudarán a los pacientes a mejorar su calidad de vida.

La dermatitis seborreica tiene una evolución con remisiones y exacerbaciones, a pesar de los tratamientos que se administran. Son frecuentes los brotes en situaciones de tensión emocional, fatiga y estados de depresión. No produce complicaciones graves, pero ocasiona siempre un importante deterioro estético que condiciona alteraciones emocionales y sociales en la persona que la padece. (19)

En un estudio realizado en el hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona España en el año 2007, midieron la calidad de vida en pacientes con dermatitis seborreica, utilizando el cuestionario dermatológico Skindex, el cual consta de 29 ítems, presenta tres dimensiones: funcional (12 ítems), emocional (10 ítems) y sintomática (7 ítems). En los resultados correspondientes se encontró el impacto de la DS en la calidad de vida es significativamente mayor ($p < 0,0001$) en las mujeres, encontrándose puntuaciones mayores en todas las escalas en la población femenina afectada. Las personas que presentan dermatitis seborreica leve no

presentan alteraciones mayores en la calidad de vida que aquellas que tienen un tipo grave. (19)

Las enfermedades cutáneas pueden afectar gravemente la calidad de vida de los pacientes que las padecen. Los resultados obtenidos en este test indicaron una menor afectación emocional, que aquellos que padecen acné o psoriasis. Sin embargo se puede considerar que el impacto de la DS en la calidad de vida de los pacientes afectados existe, pero es escaso. (19)

3. VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que provoca inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. (2)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH; dicho síndrome fue descrito por primera vez en 1981. Informes iniciales se basaron en reportar enfermedades que se consideraban raras en ese momento como Sarcoma de Kaposi (KS) y neumonía por Pneumocystis (PCP). La población afectada inicialmente eran hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH), la enfermedad, así como aquellos con la enfermedad eran altamente estigmatizados. (13)

En 1983, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue identificado como la verdadera causa del SIDA. En 1987, el primer agente antirretroviral, el AZT (zidovudina, Retrovir ®) fue aprobada para el tratamiento de VIH. Teniendo como resultados lo que una inevitable mortal enfermedad se convirtió en una enfermedad con tratamientos duraderos y eficaces. (13)

Los regímenes de medicamentos antirretrovirales se han mejorado significativamente. En el año 2012 se introdujeron varias terapias combinadas que sólo requiere una ingesta de 1-3 comprimidos al día. Es importante considerar que el tratamiento médico es de por vida y por ello el paciente con VIH debe tener un abordaje multidisciplinario ya que los efectos adversos y la constante toma de medicamentos repercute en la vida emocional y social de los pacientes. (13)

3.1 Rutas de Transmisión de VIH

Las principales rutas de transmisión son:

1. Relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada con VIH.
2. Uso compartido de material de inyección con una pareja infectada con VIH.
3. La transmisión vertical del VIH de la madre infectada por el VIH al recién nacido (antes o al nacer; o más tarde, debido a la lactancia materna).

Otras vías de transmisión poco comunes son transmisiones debido a la transfusión de sangre o productos sanguíneos en los países, donde las donaciones de sangre no son examinados rutinariamente para el VIH. (13)

Estudios y registros realizados por la CDC, muestran claramente que los contactos diarios de la vida cotidiana, como el uso compartido de los baños o beber del mismo vaso, no puede transmitir el VIH. (13)

3.2 El curso natural de la infección por VIH

Después de la infección por VIH se observó un llamado síndrome retroviral agudo en algunos pacientes. Este síndrome se caracteriza principalmente por la linfadenopatía, fiebre, rash maculopapular, mialgia y por lo general no dura más de cuatro semanas.(13)

Los síntomas son inespecíficos y variable, de manera que el diagnóstico de la infección por VIH es rara vez hecha sin pruebas adicionales. A lo largo de varios

Tabla #2
Categorías clínicas de la infección de VIH de acuerdo con la clasificación de CDC

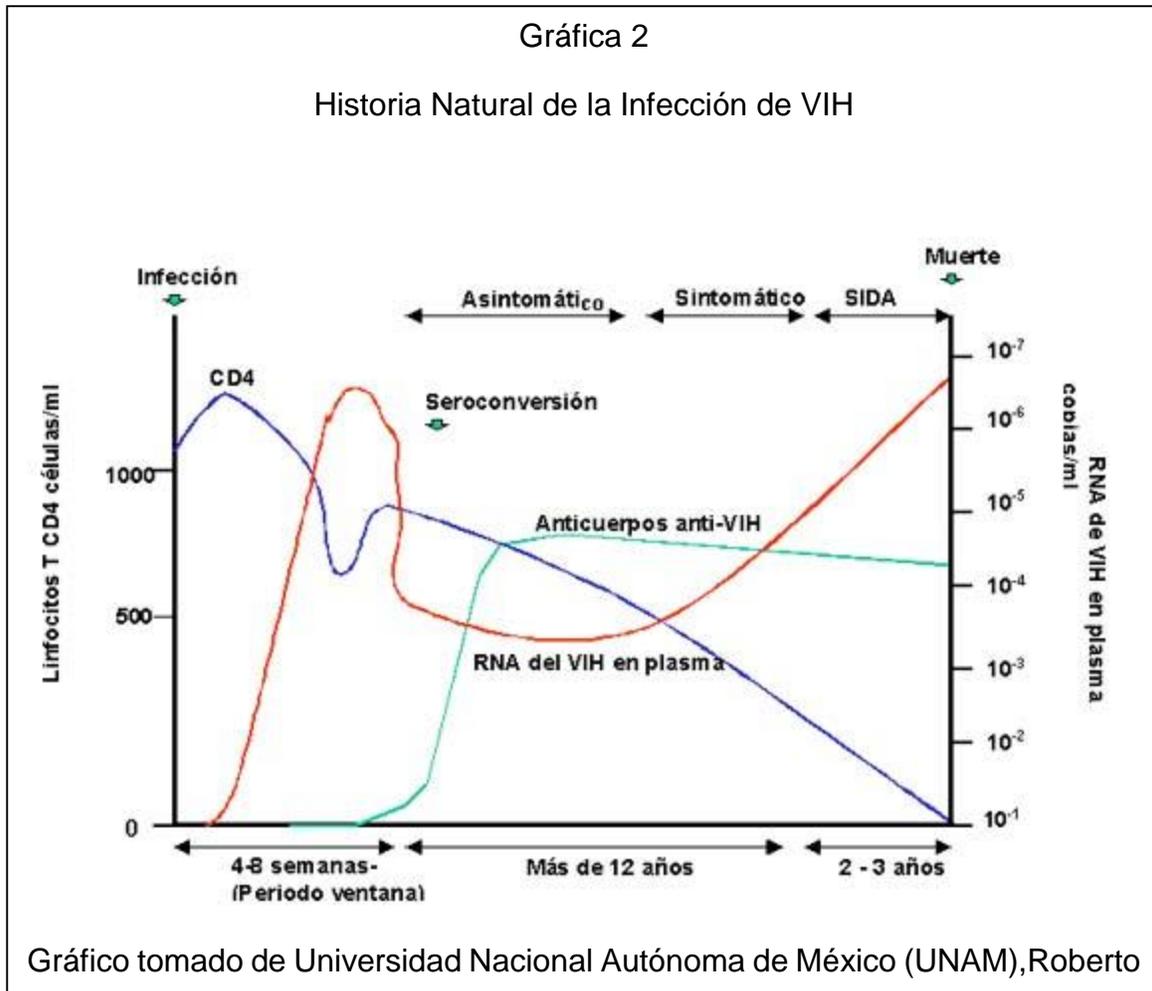
A.-	Infección asintomática Infección aguda Linfadenopatía generalizada persistente
B.-	Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis orofaríngea o vaginal > 1 mes • Síndrome diarreico crónico > 1 mes • Síndrome febril prolongado > 1 mes • Baja de peso < 10 kg • Leucoplaquia oral vellosa • Herpes zoster > 1 episodio o > 1 dermatoma • Listeriosis • Nocardiosis • Angiomatosis bacilar • Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis • Proceso inflamatorio pélvico • Polineuropatía periférica • Púrpura trombocitopénico idiopático • Displasia cervical
C.-	Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar • Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> • Criptococosis meníngea o extrapulmonar • Toxoplasmosis cerebral • Enfermedad por micobacterias atípicas • Retinitis por citomegalovirus (CMV) • Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial • Encefalopatía por VIH • Leucoencefalopatía multifocal progresiva • Criptosporidiasis crónica > 1 mes • Isosporosis crónica > 1 mes • Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas > 1 mes • Neumonía recurrente • Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> spp • Sarcoma de Kaposi • Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central • Cáncer cérvico-uterino invasor • Síndrome consuntivo

Tomado de: Hoffman C, Rockstroh J. HIV 2012/2013. Pág. 27

años sigue donde la mayoría pacientes son clínicamente asintomáticos. A partir de entonces pueden aparecer síntomas o enfermedades, clasificados de acuerdo a la clasificación de los CDC en la categoría B. (13)

Es importante la evaluación clínica del paciente y la historia clínica ya que en un período más tarde surgirán enfermedades definidas de SIDA con una mediana de 8 a 10 años después de la infección. Sin la terapia antirretroviral de gran actividad de estas enfermedades eventualmente conducen a la muerte después de un período de tiempo variable.(13)

Para evaluar la evolución de la enfermedad es importante entender dos conceptos importantes que son, la carga viral y el recuento de CD4, los cuales determinan la progresión de enfermedad.



La carga viral se define como los niveles de ARN del VIH en sangre, este puede alcanzar valores altos después de la infección primaria, por lo general se reduce a menos de 1 % del valor máximo y posteriormente permanece en un valor relativamente estable durante un número de años. Este nivel se llama el punto de equilibrio viral. El nivel del punto de equilibrio viral determina el velocidad de progresión de la enfermedad.(13)

Los niveles de células T CD4 juegan un papel muy importante ya que son indicador de disminución de inmunidad de los pacientes y se ve relacionado la forma de responder ante los aumentos de carga viral. Las células T CD4 suele bajar considerablemente durante la infección primaria aguda. Los recuentos de CD4 posteriores recuperarse después de unos pocos meses a valores dentro del rango normal. (13)

3.3 Etapas de progresión de enfermedad

La clasificación de la infección por VIH está basada en las condiciones clínicas que presentan los pacientes y en el recuento de CD4, de acuerdo con la clasificación establecida por la CDC en 1993. Estos rangos sirven como criterios para iniciar Terapia Antiretroviral y la identificación de riesgos de infecciones oportunistas.(14)

Tabla 3
Clasificación de VIH de acuerdo a la CDC 1993

Categoría	Células CD4	Estadio clínico		
		A	B	C
1	$\geq 500 \text{ mm}^3$	A1	B1	C1
2	200-499/ mm^3	A2	B2	C2
3	$< 200 \text{ mm}^3$	A3	B3	C3

Tabla tomada de Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala 2013, Pág 13.

3.4 Enfermedades de la Piel en Pacientes con VIH

Las enfermedades de la piel y mucocutáneas son importantes a tomar en cuenta como primer diagnóstico de la infección por VIH y en la determinación de la etapa clínica de la paciente. (1,7, 19, 22)

El espectro de las dermatosis asociadas con el VIH ha cambiado drásticamente con el arte en los últimos años. Se pueden encontrar por ejemplo las infecciones oportunistas de la piel causadas por *Candida*.

Es importante mencionar que las manifestaciones cutáneas pueden manifestarse en la piel y membranas mucosas antes de que aparezcan otros síntomas. En el amplio espectro de infecciones comprende desde virus, hongos y bacterias, así como protozoos y parásitos. (7,22)

La piel y las membranas mucosas son órganos independientes del sistema inmune. Una de inmunodeficiencia permite saprofitos incluso inofensivos en la superficie del

cuerpo y aberturas de los folículos para penetrar en las capas más profundas del tejido, y por lo tanto se desarrollan en peligro la vida infecciones. (7)

Las dermatosis más comunes son la candidiasis oral, herpes zoster, dermatitis seborreica. Otras enfermedades que se han reportado han sido diagnosticados en la inmunodeficiencia progresiva son: criptococosis cutánea, angiomas bacteriana, la leucoplasia vellosa oral, etc. (7,19,22,23)

La piel y las membranas mucosas son órganos independientes del sistema inmune sin embargo son fácilmente accesibles a la exploración donde puedan encontrarse lesiones que pueden ser retiradas en una etapa temprana. El conocimiento de diagnóstico y la terapia de las dermatosis asociadas al VIH deben de ser interdisciplinario e indispensable para un tratamiento eficaz de los pacientes infectados por el VIH.

3.5 Dermatitis Seborreica y VIH

La incidencia en la población general se estima 3-5%. Se cree que la *Malassezia furfur*, levaduras lipofílicas (anteriormente *Pityrosporum ovale*) para ser de relevancia patogénica. En la infección por VIH 20-80% de las personas no tratadas se ven afectadas en función del estado inmunitario. La dermatitis seborreica aparece de como primera aparición o como exacerbación en un infectado por el VIH paciente que podría indicar la conversión de un estado latente a un estado sintomático. Existen evidencias histológicas que sugieren que en pacientes con VIH existe alteración entre las células T y los queratinocitos. (13, 20)

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes atendidos en la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt y servicios de encamamiento de medicina c, en el mes de julio 2015.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación que tienen los niveles de CD4 y la presencia de dermatitis seborreica.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio

Estudio observacional, transversal, descriptivo

5.2 Unidad de análisis

Paciente con VIH.

5.3 Muestra

No aleatoria de pacientes que consultaron del 1 de julio al 31 de julio de 2015 (n = 1255).

5.4 Criterios de inclusión e exclusión

5.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH positivo bajo control de la clínica de infecciosas y Medicina C del Hospital Roosevelt.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con reciente diagnóstico (15 días) de VIH, que no cuenten con laboratorios de Niveles de CD4 y carga viral.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable y escala de medición	Indicador o unidad de medida
Dermatitis Seborreica	Es una dermatosis eritematoescamosa de evolución crónica y puede ser recurrente. Afecta a niños y adultos. Se localiza en piel cabelluda, cara, regiones esternal, interescapular y pliegues. Se desconoce una causa, pero es probable que existan factores genéticos, infecciosos, hormonales, dietéticos, emocionales y ambientales.	Presencia de placas eritematoescamosas en zonas seborreicas como: <ul style="list-style-type: none"> - Surco nasogeniano - Región esternal - Región interescapular - Piel cabelluda - Cejas, bigote (si fuera el caso) - Región preauricular y retroauricular 	Nominal	Si /no
Manifestaciones Clínicas	Son los diferentes tipos de presentación de la enfermedad.	Afecta de manera simétrica: <ul style="list-style-type: none"> - Aletas nasales - Pliegues nasogenianos - Mejillas. 	Nominal	Placa eritematosas (cuya intensidad varía durante el día).

	Varían dependiendo de la edad, y el área afectada.	Adopta la distribución en alas de mariposa apareciendo eritema que varía de intensidad la hora del día. Se observa: - Descamación fina, fisuras y tapones foliculares. Zonas afectadas: - zonas retroauriculares - conducto auditivo externo.		Zonas afectadas pueden ser: - Aletas nasales. - Pliegue nasogeniano - Mejillas - Región preauricular. - Región retroauricular. - Cejas, bigote, barba. - Región interescapular. - Piel cabelluda
Grado de afectación	Clasificación de enfermedad en base a áreas topográficas afectadas.	Leve: Afecta piel cabelluda. Escamas pequeñas, secas, blanquecinas; se desprenden fácil y espontáneamente en regular cantidad Moderada: Igual que leve, pero afecta rostro. Severa: Se observa placas desde centímetros hasta ocupar buena parte de la superficie del cuero cabelludo. Escamas gruesas y secas. Puede afectar varias regiones, cara (cejas, alrededor de la nariz, borde del cuero cabelludo y parte interna del pabellón de la oreja). En el tórax las lesiones se encuentran bien definidas, interescapular y parte media del pecho.	Ordinal	Leve Moderada Severa
VIH	El Virus de la Inmunodeficiencia es un retrovirus que	Paciente diagnosticado como positivo: 1 prueba rápida positiva Confirmatoria	Nominal	Si /no

	<p>infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que provoca inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades</p>			
--	---	--	--	--

Niveles de CD4	<p>La clasificación de la infección por VIH está basada en las condiciones clínicas que presentan los pacientes y en el recuento de CD4, de acuerdo con la clasificación establecida por la CDC en 1993. Estos rangos sirven como criterios para iniciar Terapia Antiretroviral y la identificación de riesgos de infecciones oportunistas.</p>	<table border="1" data-bbox="688 269 1241 602"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Células CD4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>$\geq 500 \text{ mm}^3$</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>200-499/mm^3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>$< 200 \text{mm}^3$</td> </tr> </tbody> </table>	Categoría	Células CD4	1	$\geq 500 \text{ mm}^3$	2	200-499/ mm^3	3	$< 200 \text{mm}^3$	Cuantitativa	$> 500/ \text{mm}^3$ $200 -499/\text{mm}^3$ $< 200 \text{mm}^3$
Categoría	Células CD4											
1	$\geq 500 \text{ mm}^3$											
2	200-499/ mm^3											
3	$< 200 \text{mm}^3$											
Estadio de VIH	<p>Categoría A: Consiste en una o más de las condiciones enumeradas abajo en un adolescente o adulto (>13 años) con infección documentada por HIV. Las condiciones</p>	<p>Categoría Clínica A</p> <p>Infección asintomática por HIV</p> <p>Linfadenopatía generalizada persistente (Nódulos en 2 o más lugares extra inguinales, por lo menos de 1 cm de diámetro por 3 meses o más)</p> <p>Infección aguda por HIV (primaria) con enfermedades acompañantes o historia de infección aguda por HIV</p>	Ordinal	Categoría A Categoría B Categoría C								

	<p>enumeradas en las categorías B y C podrían no haber ocurrido.</p> <p>Categoría B: Compuesto por condiciones sintomáticas en un adolescente o adulto infectado por HIV que no están incluidas en las condiciones enumeradas en la categoría clínica C y que se encuentra al menos uno de los siguientes criterios: Las condiciones que son atribuidas a infección por HIV o son indicadores de un defecto en la inmunidad mediada por células; o las condiciones que son consideradas por los médicos que presentan un curso clínico o que</p>	<p>Categoría Clínica B</p> <p>Condiciones sintomáticas no incluidas en la categoría A ni C y que:</p> <ol style="list-style-type: none"> Son atribuidas a la infección por VIH o que indican un defecto en la inmunidad celular Tienen una evolución clínica o manejo específico por estar complicados por el VIH. <p>Incluye pero no se limitan a:</p> <ol style="list-style-type: none"> Angiomatosis bacilar Candidiasis vulvovaginal persistente (> 1 mes), con mala respuesta al tratamiento. Candidiasis orofaríngea Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i> Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5°C), o diarrea > de 1 mes Leucoplaquia pilosa bucal Herpes zoster (2 episodios distintos en más de un dermatoma) Púrpura trombocitopénica idiopática <p>Categoría clínica C</p> <ol style="list-style-type: none"> Listeriosis Neuropatía periférica Enfermedad inflamatoria pélvica 		
--	---	--	--	--

	<p>requieren un manejo que es complicado por la infección por HIV.</p> <p>Categoría C: Todas aquellas condiciones enumeradas en la definición de caso de SIDA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Candidiasis de tráquea, de bronquios o pulmonar 2. Candidiasis esofágica 3. Coccidioidomicosis extrapulmonar 4. Coccidioidomicosis generalizada 5. Cáncer cervical invasivo 6. Criptococosis extrapulmonar 7. Criptosporidiosis intestinal crónica (> 1 mes) 8. Enfermedad por Citomegalovirus (excepto hepática, esplénica o de ganglios linfáticos) 9. Herpes simplex con úlcera mucocutánea (> 1 mes), o bronquitis, neumonitis o esofagitis 10. Encefalopatía por VIH 11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar 12. Isosporiasis intestinal crónica (> 1 mes) 13. Sarcoma de Kaposi 14. Linfoma de Burkitt, linfoma inmunoblástico, linfoma primario del cerebro 15. Mycobacterium avium o kansasii extrapulmonar 		
--	---	---	--	--

		<p>16. Mycobacterium tuberculosis pulmonar o extrapulmonar</p> <p>17. Mycobacterium, otras especies, diseminadas o extra pulmonares</p> <p>18. Neumonía por Pneumocystis jirovecii</p> <p>19. Neumonía bacteriana recurrente (2 ó + episodios en 1 año)</p> <p>20. Leucoencefalopatía multifocal progresiva</p> <p>21. Septicemia por Salmonella recurrente</p> <p>22. Toxoplasmosis cerebral</p> <p>23. Síndrome de desgaste asociado al VIH</p>		
--	--	---	--	--

7. INSTRUMENTO

La técnica a utilizar será la entrevista al paciente al momento que tenga programada cita a la clínica de Infecciosas. El instrumento a utilizar será una ficha de recolección de datos elaborada para la presente investigación con la finalidad de conocer al paciente por medio de preguntas sencillas que pueda responder y nosotros podamos investigar en las fichas clínicas.

La ficha de recolección se divide en dos momentos: el primer momento consta en la evaluación al paciente y realización de preguntas referentes a la enfermedad. La segunda fase consta de la revisión de expedientes clínicos para completar los datos de laboratorio y tratamiento actual.

Las fichas clínicas contiene un apartado especial que consta de un consentimiento informado para los casos que los pacientes acepten la toma de fotografías, explicándoles previamente la finalidad de la investigación y la utilidad de la misma.

Se utilizará una ficha de recolección de datos, la cual consta de 5 apartados:

1. Primera parte: Datos personales
2. Segunda parte: Recuento de CD4 basal y actual, recuento de carga viral.
3. Tercera parte: Examen físico para identificar las manifestaciones clínicas.

8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Se elaborará una plantilla para el ingreso de los datos del instrumento hacia una base de datos en Excel. Se ingresaran los datos a la base de datos.
- Los resultados del estudio se analizaran en base a los objetivos planeados.
- Se realizaran tablas dinámicas para ordenar datos y relacionar variables.
- Se utiliza el Programa EpiInfo 7.0 para la realización de pruebas de significancia estadística y obtención de parámetros para definir el valor de las variables.
- Se determinará la relación del recuento de CD4 y las manifestaciones clínicas presentadas.

9. PROCEDIMIENTOS

Primera etapa: Obtención de aprobación institucional

- Autorización por el Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar

Segunda etapa: Obtención del aval institucional.

- Autorización por parte de la Jefatura de Medicina Interna, Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt
- Autorización por el comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.

Tercera etapa: Preparación y estandarización del instrumento.

- Se observarán las dificultades del instrumento y se realizará la medición del tiempo promedio de llenado del instrumento y tomando esto como referencia se corregirán los errores encontrados en el instrumento.

Cuarta etapa: Validación de Instrumento de investigación

- Se evaluarán las dificultades del instrumento. Se corregirán los errores encontrados.

Quinta etapa: Identificación de la población

- Pacientes que asistan a la consulta de la clínica de infecciosas y cumplan con los criterios descritos en sujetos de estudio, serán tomados en cuenta para la investigación.
- Se les explicará el estudio a los pacientes y se resolverán dudas existentes si las hay.
- Los pacientes que estén de acuerdo con la toma de fotografías y quieran participar se les solicitará la firma del consentimiento informado.

Sexta etapa: Recolección de datos, evaluación de piel.

- Se asistirá a la consulta externa de la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt.
- Se realizarán preguntas acerca de características de la enfermedad y se evaluará la piel a los pacientes del estudio en busca de las manifestaciones clínicas descritas en la ficha de recolección de datos. Esta ficha será llenada por el médico.

Séptima etapa: Tabulación y análisis de datos.

- Se realizará la tabulación de datos obtenidos del instrumento a utilizar.
- Los datos obtenidos serán ingresados a una base de datos de Excel.
- Se procederá a realizar el correspondiente análisis de la información recabada.
- Se realizarán conclusiones que brinden respuesta a las preguntas y congruentes con los objetivos planteados en la investigación.

10. ALCANCES Y LÍMITES

10.1 Alcances de la investigación

En Guatemala si existen estudios acerca de afecciones en piel en pacientes con VIH, sin embargo no existen estudios que relacionen específicamente dermatitis seborreica, su prevalencia y manifestaciones clínicas en pacientes con VIH. Siendo esta una de las enfermedades que aparecen en la mayoría de los pacientes y su diagnóstico es eminentemente clínico. Por ello es importante conocer la prevalencia y comportamiento de la dermatitis seborreica en pacientes con VIH para realizar un abordaje multidisciplinario a los pacientes.

10.2 Límites de la investigación

- La investigación se restringe únicamente a la población de los pacientes de la consulta externa de la clínica de enfermedades infecciosas y a los pacientes con VIH en los servicios de Medicina C del hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala.
- El tiempo del trabajo de campo puede ser mayor al establecido en la presente investigación.

11. ASPECTOS ÉTICOS

- Los pacientes deben de ser informados de la investigación en la que están participando, la finalidad y objetivos de la misma.
- Durante el examen físico se mantendrá discreción de los hallazgos encontrados.
- Los resultados del estudio serán utilizados únicamente con fines de investigación.

12. RESULTADOS

La población estudiada fue de 1273 pacientes. Ingresaron al estudio 1255, se excluyeron 10 pacientes por rehusarse a participar y 8 pacientes de medicina C no cumplían criterios de inclusión (estos 8 pacientes tenían manifestaciones severas de la enfermedad).

Tabla No. 1					
10 primeros lugares de residencia según sexo de los pacientes con VIH que asistieron en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Julio2015*					
N	Residencia	Femenino	Masculino	Total	%
1	Guatemala, Capital	267	397	664	52.9
2	Escuintla	73	93	166	13.2
3	Sacatepéquez	24	24	48	3.8
4	Quiché	24	23	47	3.7
5	Jutiapa	20	20	40	3.2
6	Santa Rosa	17	22	39	3.1
7	San Marcos	12	18	30	2.4
8	Chimaltenango	14	16	30	2.4
9	Suchitepéquez	11	13	24	1.9
10	Petén	9	15	24	1.9
	Otros deptos.	69	74	143	11.4
	Total	540	715	1255	100

Fuente: Boletas de Recolección de datos
*** Pacientes con VIH según sexo y procedencia, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Julio2015***

Según el lugar de procedencia de los pacientes un 52.9% (664) se encuentra en la ciudad capital, seguido por Escuintla con 13% (66) y Sacatepéquez con un 3.8% (48).

Las regiones como Totonicapán, Retalhuleu y Huehuetenango se localizan en los últimos 3 lugares de frecuencia con pacientes VIH vistos en la clínica que ingresaron al estudio.

Tabla No. 2				
Distribución de Dermatitis seborreica por edades, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015*				
Rango de edad	Presencia de la enfermedad			
	NO	SI	Total	tasa
19-24	50	27	77	35.1
25 - 45	621	202	823	24.5
46 - 65	259	60	319	18.8
>66	27	9	36	25.0
Total	957	298	1255	23.7
Fuente: Boletas de Recolección de datos				
* En Pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015.				

Para mejor distribución de pacientes se designaron, en los cuales el 65.6% (202) se encuentran entre el rango de 25-45 años. Al hacer el análisis con tasas se establece que el grupo de 19-24 años presenta 35.1*100 paciente. Seguido de pacientes mayores de 66 años. En resumen las tasas se presentan con valor mínimo de 18.8 y máximo de 35.1*100 paciente, con un promedio de 25.4*100 paciente.

Tabla No. 3				
Distribución de enfermedad por Tratamiento, Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015				
Tratamiento actual	Presencia de la enfermedad			
	NO	SI	Total	tasa
SI	795	236	1031	23
NO	35	14	49	29
RESCATE	111	43	154	28
ABANDONO	16	5	21	24
Fuente: Boletas de Recolección de datos				
*En pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015				

Se encontró a un 12.3% (154) en período de rescate y 24 pacientes con abandono teniendo un porcentaje de 1.7%. En la tabla número 3 se puede observar que pacientes que están en abandono y rescate son los que no han llevado el proceso adecuado de tratamiento y al evaluar la tasa se encuentra que 2.8 de cada 10 pacientes presentan la enfermedad de dermatitis seborreica. Y los que se encuentran en abandono la tasa es de 2.4 por cada 10 pacientes. Si se observa en cifras absolutas pacientes que llevan tratamiento con ARV de forma adecuada es mayor el número que no presentan la enfermedad.

Tabla No. 4							
Prevalencia, y carga viral							
Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015*							
Carga Viral	Si	No	Total	Prevalencia %	OR	IC	p
<1000	228	802	1030	22	0.6	0.5 a 0.8	0.002
1,000 - 10,000	8	46	54	15	0.5	0.3 a 1.1	0.05
10,000 - 50,000	26	43	69	38	2.03	1.2 a 3.6	0.003
50,000 - 100,000	9	10	19	47	2.9	1.2 a 7.3	0.01
>100,000	27	56	83	33	1.6	1 a 2.5	0.02
Total	298	957	1255				

Fuente: Boletas de Recolección de datos
*** En Pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015**

En la tabla 4 relaciona la presencia de la enfermedad con el recuento de carga viral la cual se encuentra que 228 pacientes de los 298 afectados presentan la enfermedad y tienen en común <1000 en su último recuento de carga viral.

La tabla se divide por rangos de niveles de carga viral de acuerdo al nivel encontrado en los pacientes. El odds ratio en los pacientes con <1000 de carga viral tienen una probabilidad de 0.6 menos a presentar la enfermedad con un intervalo de confianza de 0.05 a 0.8, con una p (0.002) y un Chi de 8.2.

Los pacientes que se encuentran en el rango de 1000 -10,000 presentan un odds ratio de 0.5 con un intervalo de confianza que sobrepasa la unidad (0.3-1.1) teniendo una p de 0.05 y una Chi de 2.48.

En los pacientes que se encuentran en el rango de 10,000 a 50,000 se encuentra un odds ratio de 2.03 veces más de presentar la enfermedad con un intervalo de confianza que va de 1.2 a 3.6, teniendo una p de 0.003 y una Chi de 7.8.

En el rango de 50,000 a 100,000 presenta un odds ratio de 2.9 más probabilidades mas de presentar la enfermedad con un intervalo de confianza 1.2 a 7.3, teniendo una p de 0.01 y una Chi de 5.9

Los pacientes que presentan >100,000 presentan un odds ratio de 1.6 con un intervalo de confianza 1 a 2.5 con una p de 0.02 y una Chi de 3.8.

Estadio de Enfermedad	Si	No	Total	Prevalencia %	OR	IC	p
A	122	469	591	21	0.7	0.5 a 0.9	0.007
B	143	420	563	25	1.1	0.9 a 1.5	0.1
C	33	68	101	33	1.6	1.1 a 2.5	0.01
Total	298	957	1255				

Fuente: Boletas de Recolección de datos
***Pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015**

El estadio de la enfermedad lo determinan las enfermedades concomitantes al momento del diagnóstico, tomando de referencia que estadio C se presenta en la etapa final de la enfermedad. El 47% de la población estudiada se encuentran es un estadio A de la enfermedad y el 8% en un estadio C. La tasa para este tipo de pacientes indica que 3 de cada 10 presentan dermatitis seborreica a diferencia de 1 de cada 4 que se encuentran en el estadio de enfermedad B.

Los pacientes que se encuentran en el estadio A de la enfermedad presentan un odds ratio de un 0.7 con un intervalo de confianza de 0.5 a 0.9, una p de 0.007 y una Chi de 5.9. Los pacientes en el estadio B presentan un odds ratio de 1.1, intervalo de confianza de 0.9 a 1.5 (p de 0.1) y una Chi de 1.54. Los pacientes que se encuentran en un estadio C de la enfermedad tienen una probabilidad de 1.6 veces de presentar mas dermatitis seborreica con un intervalo de confianza que va de 1.1 a 2.5 (p de 0.01) y una Chi de 4.8.

Grado de afección	Total	%
Leve	289	23
Moderado	7	1
Severo	2	0
Sin patología	957	76
Total	1255	100

Fuente: Boletas de Recolección de datos
*** Pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala Julio 2015**

El grado de severidad de dermatitis seborreica se define como leve: una área afectada con eritema y descamación fina; moderada: 2 áreas con eritema prurito y descamación fina y severa con más de 2 áreas afectadas con eritema prurito y

descamación fina. El grado de afección en dermatitis seborreica se encuentra en un 23% leve, seguido de un 1% moderado.

Tabla No. 7 Prevalencia y niveles de CD4 Pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015*							
CD4	Si	No	Total	Prevalencia %	OR	IC	P
3 (≤ 200)	67	141	208	32	1.7	1.2 a 2.8	0.001
2 (200-499)	122	397	519	24	0.9	0.8 a 1.20	0.43
1 (≥ 500)	109	419	528	21	0.7	0.5 a 0.9	0.01
Total	298	957	1255				
Fuente: Boletas de Recolección de datos * Pacientes con VIH, Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt, Guatemala, Julio 2015.							

En personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana el hecho de tener más de 500 CD4 puede prevenir enfermedades infecciosas. Por lo que se establecieron en el estudio los rangos y categorías, tomado del CDC 1993.

La tabla se divide por categorías, Categoría 1 >500 , Categoría 2 (200-499) y Categoría 3 (<200). Pacientes ubicados en la categoría 3 se determinan que tiene mayor probabilidad de presentar enfermedades infectocontagiosas y oportunistas con mayor frecuencia. 208 pacientes fueron encontrados con rangos menores a 200 CD4 lo que representa el 16% de toda la población además en estos mismos pacientes se calcula una tasa de $32.2 \cdot 100$ pacientes. Pacientes que presentan >500 CD4 (ubicados en la categoría 1) representan el 42.1% de los participantes del estudio dentro de los cuales la tasa de prevalencia calculada es e $20.6 \cdot 100$ lo que representa 11.6 puntos menos que la categoría 3.

Al evaluar el odds ratio se encuentra que los pacientes con un recuento riesgo relativo en los pacientes con ≤ 200 mm CD4 tienen 1.7 más posibilidades de presentar la enfermedad con un intervalo de confianza de 1.2 a 2.8, con una p (0.001) y un Chi de 9.8.

Los pacientes que se encuentran en la categoría 2 de 200-499 mm CD4 presentan un odds ratio de 0.9 con un intervalo de confianza de 0.8 a 1.2 (p de 0.43) y una Chi de 0.002.

Los pacientes que se encuentran en la categoría 3 de ≥ 500 mm CD4, tienen un odds ratio de 0.7 con un intervalo de confianza de 0.5 a 0.9 (p de 0.01) y una Chi de 4.8.

13. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes con VIH que asisten a la consulta externa de la Clínica de enfermedades Infecciosas y/o se encuentran en el servicio de Medicina C con Diagnóstico de VIH es de 24% (298) en el mes de julio. Este hallazgo coincide con la literatura que muestra que la dermatitis seborreica es la erupción cutánea más frecuente en la infección por el VIH, según el autor Mathes BM, Douglas MC., que reporta en 20-40% de los infectados y en el 40-80% de enfermos con SIDA. Aunque es una dermatosis frecuente en la población general, cuando aparece en relación con el VIH lo hace de manera más severa y crónica. En el presente estudio se obtuvo un 23% leve, seguido de un 1% moderado y severo en 2 pacientes cuyos niveles de CD4 se encuentran <200. (4) La importancia de estos hallazgos radica en identificar las causas que condicionen al paciente para presentar los grados de afección. En nuestra población se debe de tomar en cuenta que 1030 pacientes se encontraban con tratamiento antirretroviral, con buena adherencia y asistían regularmente a sus citas teniendo como resultado presencia de la enfermedad de grado leve y los 2 casos de severo son pacientes que se encuentran en abandono terapéutico,

En Fitzpatrick se mencionan que los hombres se encuentran más afectados por la enfermedad no importando el grupo de edad en que se encuentren la misma relación se obtuvo en los datos del estudio; en la población evaluada se cuenta con la presencia de la enfermedad del 63% en hombres y del 37% en mujeres. (4) La dermatitis seborreica afecta del 1 al 5% de la población en general con mayor prevalencia en hombres. (21,6). En la población con VIH estos porcentajes aumentan en forma significativa.

Es importante mencionar que la aparición de la enfermedad es más frecuente en los grupos de 25-45 años como la literatura lo menciona, la dermatitis seborreica tiene 2 picos de aparición, el primero se encuentra en los primeros 3 meses de vida y el segundo se encuentra de la segunda a sexta década de la vida. (12,6 ,21). En el estudio se encuentra además que las tasas más altas de presencia de la enfermedad están en los extremos de la vida, las cuales son dos edades importantes con mayor estrés, que puede desencadenar un episodio de dermatitis seborreica.

En relación al tratamiento con antirretrovirales un 12.3% (154) pacientes se encuentran en período de rescate y 24 pacientes con abandono teniendo un porcentaje de 1.7% con esta información se puede observar que pacientes que están en abandono y rescate medicamentoso están más propensos a un descenso de niveles de células CD4 y al evaluar la tasa se encuentra que 2.8 de cada 10 pacientes que se encuentran en rescate presentan la enfermedad de dermatitis seborreica. Y los que se encuentran en abandono la tasa es de 2.4 por cada 10 pacientes. Si se observa en cifras absolutas pacientes que llevan tratamiento con antirretrovirales de forma adecuada es mayor el número que no presentan la enfermedad. Blanes et al., en su estudio de Prevalencia y características de las dermatosis relacionadas con la infección por VIH, menciona en su estudio a Calista

et al quienes examinaron de forma retrospectiva las historias de los pacientes de dos hospitales de Italia en 1996 (preTARGA) y en 1999 (post-TARGA). En el período pre-TARGA, el 72% de los pacientes presentaron problemas cutáneos, porcentaje que se redujo al 39% tras la introducción del TARGA, con una media de dermatosis de 2,1 y 1,6 respectivamente. Las dermatosis más frecuentes en el primer período del estudio fueron las micosis cutáneas, la candidiasis oral, la leucoplasia vellosa oral y la dermatitis seborreica. Almagro et al observaron una prevalencia de enfermedad cutánea del 97,6% en el período de tiempo comprendido entre 1997 y 1999 que coincidió con la introducción del TARGA en España. Las dermatosis más frecuentes fueron: dermatitis seborreica y onicomycosis. Aunque los estudios que se mencionan son diferentes en cuanto a metodología y objetivos en la investigación se afirma que los pacientes con un tratamiento antirretroviral adecuado tienen menos probabilidad de presentar la enfermedad que aquellos que no lo tienen. Pero esto no significa que a partir del uso de terapia antirretroviral lleve consigo la probabilidad de tener efectos cutáneos secundarios propios de cada medicamento. (22, 7)

El estadio de la enfermedad lo determinan las enfermedades concomitantes al momento del diagnóstico, tomando de referencia que el estadio C es el estadio avanzado de la enfermedad donde encontramos enfermedades oportunistas y potencialmente mortales. El 47% de la población estudiada se encuentran en un estadio A de la enfermedad con un factor protector que previene la aparición de la enfermedad siendo los valores encontrados estadísticamente significativos. En los pacientes que se encuentran en estadio B, 1 de cada 4 pueden presentar la enfermedad, sin embargo no existe suficiente evidencia estadística para establecer una relación entre el estadio B y la presencia de la enfermedad. El 8% restante de pacientes que se encuentran en el estadio C presentan 1.6 más posibilidades de presentar la enfermedad, siendo los valores estadísticamente significativos. La literatura menciona que la mayoría de casos de dermatitis seborreica aumentan según el estadio avanzado de VIH y que se encuentra inversamente relacionado al recuento de CD4, lo que significa que a mayor recuento de CD4 menos es la presencia de dicha enfermedad. En un estudio realizado por la Universidad Pontificia Bolivariana se muestra que se diagnosticaron 291 enfermedades dermatológicas entre ellas dermatitis seborreica en 60 (17,1%) en dichos pacientes se tenía un promedio de células CD4 fue de 274/mL, estadio B. (7,8) en comparación a otro estudio realizado en España con una población de 303 presentaron una mediana de 426 CD4 lo que se consideró un buen estado inmunológico de los pacientes presentando 94 (31%) dermatitis seborreica. (7) Los pacientes pueden presentar más manifestaciones de la enfermedad en estadio de SIDA en un 80% en comparación con 30% con VIH y un 3% con la población en General. (4, 21) En nuestra población no se obtuvieron valores de mediana para recuento de CD4, ya que se agruparon por rangos para relacionarlos con la presencia de la enfermedad. El recuento de CD4 y las pruebas estadísticas realizadas nos ayudan a determinar que cuando los pacientes tengan recuentos de CD4 más bajos (≤ 200), tienen 1.7 más posibilidades para presentar la enfermedad que aquellos que no se encuentren

en esta categoría. En el caso de los pacientes entre el rango de 200-499 el hallazgo no fue estadísticamente significativo y no muestra las suficientes evidencias para demostrar que dicho recuento de CD4 predisponen a presentar con mayor frecuencia la enfermedad. Finalmente el tener un recuento de CD4 ≥ 500 CD4 nos confiere menos posibilidades de presentar la enfermedad.

El Virus de inmunodeficiencia humana se replica de manera exponencial en ausencia de la respuesta inmune adaptativa, alcanzando niveles por arriba de los 100 millones de copias de ARN del virus esto ocurre durante la replicación inicial viral. Al principio de la infección, los niveles muy altos del virus son de corta duración lo que indica que el huésped es capaz de generar una respuesta inmune que puede controlar la replicación viral y llegar un punto de ajuste viral. Este punto de ajuste de la resolución de la infección aguda es una fuerte predictor de las tasas de progresión de la enfermedad a largo plazo, Mellors 1995, 2007(13). Por lo cual la carga viral es un fuerte predictor del comportamiento de la enfermedad que ayuda a determinar la evolución del paciente con terapia antirretroviral. Cuando se decide la terapia antirretroviral para cada paciente siempre se debe de tener una segunda línea en consideración si en caso el paciente presentara falla virológica. La OMS describe los siguientes tipos de fracaso:

- Fracaso Clínico: Existe progresión de la infección. Aparición enfermedades de la clasificación definitorias de SIDA a pesar de recibir TARV. (14)
- Fracaso Virológico: CV persistente mayor de 1000 copias luego de 6 meses de TARV o en casos de presentar CV indetectable presente un incremento en este valor comprobado en dos controles consecutivos no mayores de 1 mes de diferencia.(14)
- Fracaso Inmunológico: caída progresiva del CD4 al nivel basal o inferior a pesar del tratamiento antirretroviral; o valores persistentes de CD4 inferiores a 100 células/mm³ o bien; caída de CD4 a $>$ del 50% del conteo previo.(14)

La carga viral se identificó en los pacientes y se establecieron rangos. No se clasificó a los pacientes en algún tipo de fracaso, sin embargo si se determinó la presencia de la enfermedad de acuerdo a la carga viral de cada paciente. Los pacientes que presenten < 1000 copias de tienen 0.6 menos posibilidades de presentar la enfermedad que aquellos que presenten $\geq 10,000$ copias de virus ARN que va de 2.3 a 2.9 más posibilidades a presentar la enfermedad.

Las pruebas estadísticas confieren valor a la investigación, ya que en los casos que la información no sea significativa se deben analizar los hallazgos encontrados y determinar que cada paciente debe de ser tomado de forma individual para evaluar el comportamiento de la carga viral en el transcurso de la enfermedad y de esta forma clasificarlo en algún grupo de fracaso si llegara a presentarlo y poder tener una mejor relación de presencia de la enfermedad según grupo de fracaso.

14. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de dermatitis seborreica es de un 24% en los pacientes evaluados en el mes de julio de la Clínica de enfermedades infecciosas.
2. A medida que disminuyen los recuentos de CD4 aumentan la prevalencia de dermatitis seborreica; mientras los niveles de CD4 aumentan, las posibilidades de presentar la enfermedad son menores.
3. Los niveles de carga viral aumentados predisponen a los pacientes a presentar dermatitis seborreica, niveles ≤ 1000 proporcionan menos prevalencia de la enfermedad.
4. Los estadios iniciales del VIH proporcionan menos posibilidades de presentar dermatitis seborreica en comparación a los estadios avanzados como la categoría C.

15. RECOMENDACIONES

1. Realizar investigación longitudinal con la finalidad de seguir a un grupo de pacientes para determinar factores de riesgo y factores protectores que se relacionen con la presencia de la enfermedad.
2. Investigar los diferentes tipos de fracaso (en relación a la carga viral) en los pacientes estudiados y relacionarlo con la presencia de enfermedades cutáneas.
3. Realizar investigación acerca de las patologías dermatológicas en general asociándolas a CD4 y terapia antirretroviral. Para ello se debe de contar con un grupo de especialistas e instrumentos para realizar toma de muestras si fuera necesario.
4. En fichas de recolección de datos es importante especificar uso previo de tratamientos dermatológicos ya que estos pueden alterar la presentación de enfermedades cutáneas y alterar los resultados al momento de la estimación de la prevalencia.
5. El presente estudio aporta conocimiento acerca la importancia de identificar enfermedades cutáneas en los pacientes brindándoles una atención integral y examen físico completo ya que alteraciones en piel pueden ser signo de enfermedades que puedan diagnosticarse de manera temprana y dar el tratamiento oportuno, como lo es el VIH.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas, R. Atlas diagnóstico y tratamiento de Dermatología, quinta edición. Dermatitis Seborreica, definición página 62.
2. Organización de naciones unidas. Información Básica sobre VIH, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA (ONU SIDA), mayo 2008. En Red: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
3. Porras de Quintana L, Tamayo-Buendía M, Et al., Prevalencia de Infección por VIH en Pacientes con Patología Dermatológica en un centro de Referencia Nacional 2005-2006, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia. Rev. salud pública. 11 (4): 613-619, 2009
4. BM, Douglass MC. Seborrheic dermatitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Academy Dermatology 1985; 13: 947-951.
5. Tesis: Mario Abigail Arévalo Morales, Médico y Cirujano, "PERFIL DEL PACIENTE VIH POSITIVO AL MOMENTO DE SU DIAGNÓSTICO", Estudio descriptivo en pacientes ya diagnosticados como VIH positivos que acuden periódicamente a la clínica de Infectología, en el centro de especialidades médicas, consulta externa "La Autonomía", del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Agosto - Septiembre 2009, Universidad de San Carlos de Guatemala, octubre de 2009
6. Formato Para la elaboración de Guías de Práctica Clínica Hospital Universitario San Ignacio, Dermatitis Seborreica, Código CIE-10:L21, 2009.
7. Gaviria M, Orozco B, Gómez LM et al "Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH, Seguimiento en 349 pacientes" Universidad Pontificia Bolivariana, Clínica Universitaria Bolivariana, publicado en Revista Asociación Colombiana de Dermatología & Cirugía Dermatológica, Medellín Colombia, 2007
8. ValiaRG. Ethiopathogenesis of seborrheic dermatitis. Dermatol Venereol Leprol, 2006 Julio-Agosto. 253-255. India.
9. Nuño E, Puchón J, Pujol E, Et. al Manifestaciones cutáneas en la Infección por VIH, capitulo 22, Et. al. Guía práctica, La Infección por VIH. Sociedad Andaluza de enfermedades infecciosas, Consejería de Salud ISBN: 84-607-8221-2.

10. Bielsa A, Et. al Erupción cutánea en la primoinfección en el virus de inmunodeficiencia humana, casos clínicos. Barcelona España.
11. Revista científica, Unidad de Infecciosas Hospital Roosevelt. Revista Trimestral, Edición 3, Julio- septiembre, Año 2012. Canet, MJ. Et al, Manifestaciones cutáneas en pacientes con VIH - SIDA. Medicina Interna, Hospital Roosevelt periodo 2007-2009.
12. Klaus Wolff, Goldsmith, Katz, et. Al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Séptima edición 2008. Dermatitis seborreica, histopatología paginas 222- 224.
13. Hoffman C, Rockstroh J. HIV 2012/2013. Capitulo 27, Pags. 594-601
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida. Guía de tratamiento antiretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala, 2013.
15. Naldi L, Rebora A. Seborreic Dermatitis, NEJM, Clinical Practice, Massachusetts, 2009.
16. Bologna L, Jorizzo J, et. Al. Third Edition Dermatology, Volume 1, Elsevier Saunders, 2012. Section Three, Papulosquamous and Eczematous Dermatoses, Dermatitis Seborreic, Pag. 219-221
17. Langtry JA, Rowland Payne CM, Staughton RC, et. Al. Topical lithium succinate ointment (Efalith) in the treatment of AIDS-related seborrheic dermatitis. Clin Exp Dermatol. 1997;22:216-9.
18. Morales, C, Sánchez, G, et al. Efectividad del ketoconazol oral en el tratamiento de la dermatitis seborreica moderada a grave, 2009. Centro dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia. Boletín Dermatológico, Agosto 2013.
19. Peyri J, Leonart M y Grupo Español del estudio SEBDERM. Perfil clínico, terapéutico y calidad de vida en los pacientes con Dermatitis seborreica.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona España, 2007.

20. Piquero J. Revisión General de Dermatitis seborreica, Venezuela 2011. PDF

21. Consejo de Salubridad General. CENETC. Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis seborreica en el adulto. México D.F. 2013

22. Blanes M, Belinchón, Merino E, J et al “Prevalencia y características de las dermatosis relacionadas con la infección por VIH en la actualidad”, Unidad de Dermatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España, Sección de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España, Unidad de Enfermedades Infecciosas. España, 2010. Artículo en red por Actas Dermo-Sifigráficas 2010;101(8):702–709

ANEXO 1

No. _____

Servicio: _____



Ficha de recolección de datos

El siguiente instrumento de investigación tiene como finalidad determinar la prevalencia de Dermatitis seborreica en Pacientes con VIH. Se trata de un estudio realizado en la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt y de los servicios de encamamiento de Medicina Interna C, para lo cual se solicita el llenado de la siguiente ficha clínica para determinar la presencia y grado de afección de enfermedad. Todo ello como parte de Tesis de Pregrado de la carrera de Medicina de la Universidad Rafael Landívar, estudiante Amanda Cristina Guzmán A. Carné 1048209 de séptimo año de la carrera.

Primera parte: Datos personales

Nombre:
Registro:
Edad:
Sexo:
Reside en:
Tiempo desde el diagnóstico de:
Tratamiento actual para VIH:

Antiretrovirales	Antimicrobianos	Otros

Segunda parte:

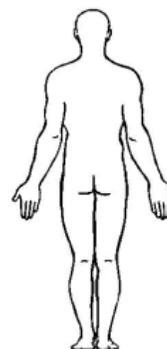
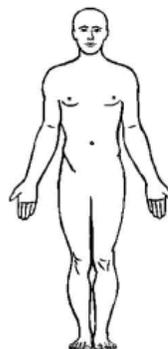
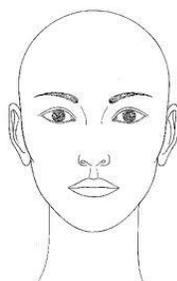
VIH

1. ¿Cuál fue la primera manifestación de VIH?
2. CD4 NADIR y el actual
3. Último recuento de carga viral

Tercera parte:

Manifestaciones clínicas:

1. Zonas Afectadas:



2. Grado de Afección:

- a. Leve (1 región eritema)
- b. Moderado (1 – 2 regiones con eritema y descamación fina)
- c. Severo (2 o más regiones)

3. Signos y Síntomas

Cabeza/Cara:

	Eritema		Escama		Prurito	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Retroauricular						
Preauricular						
Surco Nasogeniano						
Cejas						
Bigote						
Barbilla						
Frente						
Cuero cabelludo						
Cuello						
Nariz						
Arcos cigomáticos						

Tronco:

	Eritema		Escama		Prurito	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Interescapular						
Tórax Posterior						
Otro:						

Consentimiento Informado para Fotografías.

Yo _____, Número de DPI: _____ estoy de acuerdo en la toma de fotografías clínicas para realización de estudio, respetando mi integridad como paciente con la debida confidencialidad y discreción.

Guatemala, _____

18. ANEXO 2: FOTOGRAFÍAS DE CASOS INTERESANTES

RM: 2332-08



Fuente: Pacientes evaluados en el mes de Julio 2015, clínica de infecciosas, HR.

RM: 2618-12



Fuente: Pacientes evaluados en el mes de Julio 2015, clínica de infecciosas, HR.

RM: 2348-15



Fuente: Pacientes evaluados en el mes de Julio 2015, clínica de infecciosas, HR.

RM: 2416-15



Fuente: Pacientes evaluados en el mes de Julio 2015, clínica de infecciosas, HR.