

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO Y

ANATOMÍA PATOLÓGICA



**Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de
09-16 años, del Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre
2017- abril 2018.**

**Tesis para optar el Título de Licenciado en Tecnología Médica
en la Especialidad de Laboratorio Clínico y Anatomía
Patológica**

Autor:

Panta Morales, Ketty Karina

Asesor:

Lic. T.M. Cornejo Cornejo Rosa Eliza

Sullana – Perú

2018

PALABRAS CLAVE:

Tema:	Micosis Prevalencia Niños Adolescentes
Especialidad	Tecnología Médica / Laboratorio clínico y anatomía patológica

KEYWORDS

Theme:	Mycosis Prevalence Children Teenagers
Specialty	Tecnología Médica / Laboratorio clínico y anatomía patológica

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Línea de Investigación	<p>Área de Conocimiento: Ciencias médicas y de salud</p> <p>Subárea: Ciencias de la salud</p> <p>Líneas: Salud pública</p> <p>Sub-líneas: Epidemiología</p>
-------------------------------	---

LINE OF RESEARCH:

Line of research	<p>Area of Knowledge: medical and health sciences</p> <p>Subarea: health sciences</p> <p>Lines: public health</p> <p>Sub-lines: Epidemiology</p>
-------------------------	--

**Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de
09-16 años, del Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre
2017- abril 2018.**

DERECHO DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. T.M. Panta Morales, Ketty Karina

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera profesional de tecnología médica especialidad de laboratorio clínico y anatomía patológica, se realizan trabajos de investigación nivel pregrado con el propósito de obtener el título profesional, de sensibilizar a la población con estos trabajos hacia la comunidad. El presente informe de investigación titulado: **Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09 – 16 años del Caserío El Papayo, Tambogrande, diciembre 2017 – abril 2018**. Este cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

El cual está realizado según una estructura establecida; empezando con antecedentes relacionados a la variable en estudio, bases teóricas (metodología de la investigación) comprendida por toda la información recaudada acerca del tema, continuamente justificación, planteamiento, formulación del problema, objetivos (general y específicos), definición y operacionalización de las variables. En una segunda parte corresponde a material y métodos: donde se describe el tipo y diseño de investigación, población, muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, en tercera parte corresponde a resultados, análisis y discusión: donde se muestra todos nuestros datos tabulados estadísticamente en el programa SPSS versión 20 y agrupados en tablas simple y de doble entrada, a la vez presentamos gráficos para poder visualizar los resultados obtenidos en este estudio. Y por último consideramos conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos correspondientes y necesarios.

INDICE

PALABRAS CLAVE:	ii
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	iii
TITULO.....	iv
DERECHO DE AUTORÍA.....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	20
3. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	23
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	30
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	32
AGRADECIMIENTO.....	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS.....	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia de Micosis superficiales en niños y adolescentes de 9 a 16 años, Según Edad.	23
Tabla 2:Prevalencia de micosis superficiales en niños y adolescentes de 9 a 16 años, segun sexo.....	24
Tabla 3: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, segun Resultado.	25
Tabla 4:Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, segun la relacion entre el Resultado y la Edad,	26
Tabla 5: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, segun la Relacion entre el Resultado y el Sexo	28

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1:Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, Según Edad	23
GRAFICO 2: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según Sexo	24
GRAFICO 3:Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según Resultado	25
GRAFICO 4:Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según la Relación Resultado y Edad	26
GRAFICO 5:Prevalencia de Micosis superficial de 9 a 16 años, según la Relación Resultado y Sexo	28

RESUMEN

El OBJETIVO es determinar la prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 09 – 16 años de edad del Centro Pablado El Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018. JUSTIFICACIÓN, ya que la Micosis Superficial es de prevalencia mundial. Actualmente se reconocen entre 300 y 400 especies de hongos causantes de micosis sobre todo las de tipo oportunista, que afecta mayormente a niños y adolescentes. MATERIAL Y MÉTODO; La presente investigación es de tipo prospectivo, descriptiva y de corte transversal, se realizó un examen directo con KOH al 20%; se tomó en cuenta aquellos niños que cumplieron con los criterios de selección, dichos resultados fueron registrados, para luego analizarlos mediante pruebas estadísticas descriptivas básicas, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20. Obteniendo como RESULTADOS; que un 21.7% son de edad de 09 - 12 años, seguido del 78.3% son de edad de 13 – 16. Se obtuvo que un 50.60% es sexo femenino (42 niñas) y 49.40% es sexo masculino (41 niños) y; un 51.8% es causado por un tipo de hongo filamentoso, seguido del 18.1% de hongo levaduriforme y un 30.1% dio como resultado negativo. Y un 51.8% presentó hongo filamentoso de tipo Dermatofitos; 14.5% presento Levaduras de tipo Cándida Sp; 3.6% de tipo Malassezia sp y 30.1% dio como resultado negativo. Se concluye que la Micosis Superficiales es causada por hongo filamentoso de tipo Dermatofitos, quien en este estudio tuvo más significancia clínica.

PALABRAS CLAVE: Micosis, Prevalencia, niños y adolescentes.

ABSTRACT

The OBJECTIVE is to determine the prevalence of superficial mycosis in children and adolescents from 09 - 16 years of age of Pablado El Papayo Center, Tambogrande, December 2017 - April 2018. JUSTIFICATION, since Superficial Mycosis is of worldwide prevalence. Currently, between 300 and 400 species of fungi causing fungal infections are recognized, especially opportunistic types, which mainly affect children and adolescents. MATERIAL AND METHOD; The present investigation is of a prospective, descriptive and cross-sectional type, a direct examination was carried out with 20% KOH; those children who met the selection criteria were taken into account, these results were recorded, and then analyzed using basic descriptive statistical tests, using the statistical package SPSS version 20. Obtaining as RESULTS; that 21.7% are of age of 09 - 12 years, followed by 78.3% are of age of 13 - 16. It was obtained that 50.60% is female (42 girls) and 49.40% is male (41 boys) and; 51.8% is caused by a type of filamentous fungus, followed by 18.1% of yeast fungus and 30.1% was negative. And 51.8% presented filamentous fungus of the Dermatophyte type; 14.5% presented yeasts of type *Cándida Sp*; 3.6% of *Malassezia sp* type and 30.1% gave negative result. It is concluded that Superficial Mycosis is caused by filamentous fungus Dermatophytes, who in this study had more clinical significance.

KEY WORDS: Mycosis, Prevalence, children and adolescents.

INTRODUCCIÓN

Los dermatofitos invaden solamente la capa más externa de la epidermis, el estrato corneo. Los microorganismos causantes de las micosis superficiales son hongos que colonizan las capas más externas queratinizadas de la piel, el cabello y las uñas (Jawetz, Melnick y Adelberg. 2011). Se conocen como micosis superficiales a un grupo de enfermedades dermatológicas que afectan la queratina de la piel y sus anexos, así como las mucosas. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, del caserío El Papayo, Tambogrande, diciembre 2017 – abril 2018. A continuación, se describe el contenido y la estructura que comprende la tesis:

CAPITULO I: Esta conformado por los antecedentes y fundamentación científico. Justificación de la investigación, formulación del problema, conceptualización y operacionalización de las variables, objetivo general y específicos.

CAPITULO II: Incluye el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, criterio de selección (criterio de inclusión y criterio de exclusión), técnicas e instrumentos de investigación, procedimiento de recolección de datos, procesamiento y análisis de la información.

CAPITULO III: Esta conformado por el análisis de tablas y gráficos.

CAPITULO IV: Se presenta las conclusiones y recomendaciones y finalmente las referencias bibliográficas y anexo.

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Antecedentes

Romero y Guevara (2010) Realizaron un estudio titulado “*Dermatofitosis en estudiantes de la Institución Educativa “San Juan de la Frontera,”*. Ayacucho, Perú concluyo: Que se halló una frecuencia de 68% de dermatofitosis, 47% en muestras de los espacios interdigitales, 61.8% en niños que crían animales domésticos, 88.2% en aquellos cuyo piso de la vivienda es de tierra, no se encontró diferencia por género. Concluyeron que la dermatofitosis es un problema muy frecuente en los estudiantes de la Institución Educativa “San Juan de la Frontera”, la zona anatómica más afectada fue el espacio interdigital y la especie más aislada *T. mentaprohytes*.

Callisaya, Conde, y Choque (2007) en su estudio “*Prevalencia de Gérmenes causantes de Micosis superficiales*”, concluyo: Que la frecuencia de aislamiento de los principales hongos fue la siguiente: *Candida sp* 37,8%, *T. mentaprohytes* 22,9%, *T. rubrum* 20,7%, *M. canis* 6,9%, *M. furfur* 4,8%, *E. floccosum* 3,7% y *M. gypseum* 3,2%. Las localizaciones más frecuentes fueron la piel (58,5%), uñas de pies y manos 37,7% y cuero cabelludo 3,7%. *Cándida sp* se aisló de uñas y piel; *T. mentagrophytes* y *T. rubrum* de piel, uña y cuero cabelludo respectivamente; *M. canis*, *M. furfur* y *M. gypseum* de piel y cuero cabelludo respectivamente; *E. floccosum* se aisló solo de la piel. Concluyeron que la prevalencia de micosis fue de 0,4%, de los hongos levaduriformes fueron los más prevalentes.

Cruz Ch Rodrigo., Ponce E Eliette., Calderón R Leslie., Delgado V Natalia., **Peggy Vieille O. Y Piontelli L Eduardo. (2007-2009)**. En su estudio titulado “*Micosis superficiales*” en la ciudad de Valparaíso, Chile. Concluyo Que analizar sus diferencias según sexo, edad y localización en pacientes de la Región de Valparaíso. Se estudiaron 1.004 pacientes de todas las edades, con diagnóstico de micosis superficiales. Se realizó examen microscópico directo con KOH al 20% y cultivos de las lesiones. La onicomycosis de pie fue la lesión más frecuente (58,1%), seguida de tinea plantar e interdigital (16,3%). Bajo 8 años de edad, tinea capitis por

Microsporium canis fue la lesión más frecuente. Entre los dermatofitos, *Trichophyton rubrum* (78,9%) predominó en la mayoría de las localizaciones, seguido por *Trichophyton mentagrophytes* (14,9%) y *M. canis* (5,4%). Entre las levaduras predominó *Candida Sp* (95,4%) como causa de onicomicosis. Hubo 27 casos de onicomicosis de pies por hongos filamentosos ambientales, destacando por frecuencia el género *Fusarium*. En conclusión, los datos presentados coinciden en general con los trabajos nacionales e internacionales, donde *T. rubrum* predomina en la mayoría de las dermatomicosis.

López, Argudo y Plaza (2017). Realizaron un estudio titulado “*Micosis Superficiales en Niños Escolares de una Parroquia Rural de Cuenca, Ecuador*”; Se realizó un estudio descriptivo transversal, con 294 pacientes, las edades entre 3 y 14 años, pertenecieron a una escuela fiscal de la parroquia rural "El Valle", provincia del Azuay - Cuenca, Ecuador. Se examinó físicamente a cada participante para caracterizar lesiones sugestivas de micosis; a las muestras tomadas de las lesiones, se aplicó las técnicas de diagnóstico micológico como análisis directo, cultivo e identificación de agentes fúngicos mediante caracterización macroscópica y microscópica de las colonias. De los 294 pacientes evaluados (72.8 % hombres), 234 (79.6 %) presentaron lesiones sugestivas de micosis superficial; en 179 participantes (60.9 %) se identificó al menos un agente fúngico en las muestras analizadas, sin diferencias significativas entre género y edad ($p > 0.05$). Los dermatofitos fueron los hongos más frecuentes (58.2 %), siendo el género *Trichophyton* mayormente reportada. Se concluyó que las micosis superficiales afectaron a más de la mitad de los niños en edad escolar en la población estudiada. Los dermatofitos son los principales agentes etiológicos aislados, de los cuales se identificaron ciertas especies que varían en frecuencia con relación a lo reportado en otros países de Latinoamérica.

Larrondo, Gonzales y Hernández. (2001); En su estudio de Micosis. Dermatofitosis; Se exponen las características clínicas de las lesiones cutáneas producidas por los dermatofitos u hongos filamentosos. Se hace hincapié en las medidas de educación, prevención y control de estas afecciones a nivel primario de atención médica, se exponen además las diferentes maniobras terapéuticas, tanto

tópicas como sistémicas, con las que se cuenta para su tratamiento. Se hace referencia a las posibilidades terapéuticas que brinda la medicina natural y tradicional para estos pacientes. Comentario final: Se abordaron las características generales de las dermatofitosis, las manifestaciones y formas clínicas más frecuentemente encontradas en la práctica médica de la atención primaria, se han destacado las medidas de educación y prevención, así como también las diferentes maniobras terapéuticas para el control de estas frecuentes afecciones, todo lo que debe apoyar el trabajo diario del Médico de Familia.

Campozano y Heras (2014); en el estudio realizado “Determinación de la prevalencia de dermatofitosis en los niños de la Escuela de Educación General Básica “Padre Juan Bautista Aguirre” de la parroquia Miraflores de la ciudad de Cuenca.” Concluye: Que las dermatofitosis constituyen las micosis superficiales más prevalentes en el mundo, a pesar de esto, muy poco se conoce sobre su epidemiología en Ecuador. El objetivo del presente estudio se enfocó en la determinación de la prevalencia de dermatofitosis en los niños de la Escuela de Educación General Básica “Padre Juan Bautista Aguirre” de la parroquia Miraflores de la ciudad de Cuenca. La investigación fue observacional, de corte transversal y descriptiva que enroló a 252 niños que cumplieron los criterios de inclusión para este trabajo.

La obtención de la muestra biológica, así como su transporte y procesamiento se llevaron a cabo siguiendo el protocolo de la Asociación Española de Micología. La incidencia de dermatofitosis fue del 65,1%, asociado fundamentalmente al uso de calzado sintético, la vivienda con piso de tierra y la tenencia de animales domésticos. Los principales agentes causales fueron hongos antropofílicos (61,6%) fundamentalmente *Trichophyton tonsurans* (35,4%). Se debe notar como dato importante la elevada prevalencia de *T. verrucosum* (21,9%) y *T. schoenleinii* (18,1%), de los que no se tiene información de su prevalencia en la región de las Américas. Los resultados en su conjunto indican un elevado grado de infección en los alumnos de la Institución analizada, asociada estrechamente al nivel socioeconómico de los niños y la interacción entre ellos. Se recomiendan más

estudios que permitan determinar si estos resultados constituyen un patrón a nivel local, regional y nacional.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Bases teóricas

La presente investigación se fundamenta en las bases teóricas.

MICOSIS SUPERFICIAL.

MICOSIS SUPERFICIAL: Son infecciones causadas por hongos dermatofílicos (dermatofitosis), levaduras como la Candidiasis y especies de Malassezia. Que predominan en zonas tropicales. Aparecen en sujetos de cualquier edad, raza o sexo. (Roberto Arenas, 2008)

MICOSIS SUPERFICIAL: Los dermatofitos son causantes de Micosis Superficial y presentan una distribución universal en los sujetos de ambos sexos y cualquier edad son vulnerables a esta infección, aunque la tiña del cuero cabelludo es más prevalente en niños prepuberales. Aunque las dermatofitosis se registran en todo el planeta, en especial en las regiones tropicales y subtropicales, la distribución geográfica y la virulencia en el ser humano difieren en cada especie de dermatofitos. (Murray, 2011)

MICOSIS SUPERFICIAL: Los microorganismos causantes de las micosis superficiales son hongos que colonizan las capas más externas queratinizadas de la piel, el cabello y las uñas. Las infecciones debidas a estos microorganismos desencadenan una respuesta inmunitaria escasa o nula por parte del organismo anfitrión y no son destructivas, por lo que carecen de sintomatología. Generalmente obligan a consultar al médico por razones estéticas, y su diagnóstico y su tratamiento son sencillos. (Murray, 2011)

INTRODUCCIÓN A LA MICOSIS

Los hongos son organismos eucarióticos, no fotosintéticos, inmóviles con pared de quitina, poseen en su membrana ergosterol, son heterótrofos, producen enzimas hidrolíticas que degradan el sustrato para poderlo absorber; el material de reserva es el glucógeno. Según sus características microscópicas y macroscópicas pueden ser filamentosos y levaduriforme. (Bonifaz,2010)

CONCEPTO DE MICOSIS SUPERFICIAL:

Son infecciones causadas por hongos dermatofíticos (dermatofitosis), levaduras como la Candidiasis y especies de *Malassezia*. Que predominan en zonas tropicales. Aparecen en sujetos de cualquier edad, raza o sexo. (Roberto Arenas, 2008)

Las infecciones causadas por hongos microscópicos se llaman micosis y toman su nombre de la parte del organismo que invade o del hongo que las causa. Los agentes de la micosis son alrededor de 100 y pueden ser de origen endógeno o exógeno. (Murray, 2007)

Los microorganismos causantes de las micosis superficiales son hongos que colonizan las capas más externas queratinizadas de la piel, el cabello y las uñas. Las infecciones debidas a estos microorganismos desencadenan una respuesta inmunitaria escasa o nula por parte del organismo anfitrión y no son destructivas, por lo que carecen de sintomatología. Generalmente obligan a consultar al médico por razones estéticas, y su diagnóstico y su tratamiento son sencillos. (Arenas,2008)

Las micosis cutáneas engloban infecciones causadas por hongos dermatofíticos (dermatofitosis), levaduras como la Candidiasis y especies de *Malassezia*. (Romero, 1999)

DERMATOFITOSIS

Los hongos más importantes son los dermatofitos que incluyen unos 40 hongos similares que pertenecen a tres géneros: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*. (Jawetz et.al, 2011)

El término dermatofitosis se refiere a un complejo de entidades causadas por algunos hongos filamentosos relacionados desde el punto de vista taxonómico que pertenecen a los géneros *Trichophyton*, *Epidermophyton* y *Microsporum*. (Mims,1999). En conjunto, estos hongos se conocen como dermatofitos y todos ellos pueden causar enfermedades en el ser humano, animales o ambos. Este grupo de hongos comparte la capacidad de invadir la piel, el cabello o las uñas. (Bonifaz, 2010)

En cada caso, los hongos son queratinofílicos y queratinolíticos, por lo que son capaces de degradar las superficies de queratina de las citadas estructuras. En el caso de las infecciones cutáneas córneas. Es infrecuente la penetración por debajo de la capa granular de la epidermis. De igual forma, tan sólo invaden las capas queratinizadas más externas del cabello y las uñas puesto que forman parte de la piel. (Guevara, 2007)

MORFOLOGÍA E IDENTIFICACIÓN

Los dermatofitos se identifican por el aspecto de sus colonias y su morfología microscópica después de proliferar durante dos semanas a 25°C en agar de Sabouraud. Especies de *Trichophyton* pueden infectar cabello, piel o uñas, y generar macroconidios cilíndricos de pared lisa y microconidios característicos. (Jawetz et al, 2011)

Cada género dermatofítico se caracteriza por un patrón específico de crecimiento en cultivo y la producción de macroconidios y microconidios. La identificación a nivel de especie tiene en cuenta la morfología de las colonias, la producción de esporas y las necesidades nutricionales *in vitro*. En el examen microscópico, el género *Microsporum* se identifica por la observación de macroconidios, mientras que las macroconidios representan las estructuras características del género *Trichophyton*. *Epidermophyton floccosum* no genera microconidios, aunque son inconfundibles sus macroconidios de pared lisa agrupadas en parejas o tríos. *Microsporum canis* produce unas macroconidios multicelulares características de pared gruesa y rugosa. *Trichophyton rubrum* da lugar a microconidios piriformes que expone a ambos lados, mientras que *T. mentagrophytes* genera macroconidios solitarias en forma de puro o bien racimos de microconidios esféricas. *T. tonsurans* origina microconidios de tamaño y forma variables, y un número relativamente grande de conidias esféricas se halla en la proximidad de pequeñas conidias de paredes paralelas y otras microconidios de diversos tamaños y formas. En las biopsias cutáneas, los dermatofitos son semejantes desde el punto de vista morfológico y aparecen como hifas tabicadas hialinas, cadenas de artroconidias, o cadenas disociadas de artroconidias que invaden el estrato córneo, los folículos pilosos y los cabellos. (Arenas, 2008 – Murray, 2011)

EPIDEMIOLOGÍA

Los dermatofitos presentan una distribución universal y la infección se adquiere por transferencia de artroconidias o hifas. Los dermatofitos son capaces de persistir en escamas de piel o cabello desprendido durante períodos prolongados, y la infección puede contraerse por contacto directo o de forma indirecta a través de vectores pasivos. Los sujetos de ambos sexos y cualquier edad son vulnerables a esta infección, aunque la tiña del cuero cabelludo es más prevalente en niños prepuberales, y la tiña inguinal y tiña del pie afectan principalmente a hombres adultos. Aunque las dermatofitosis se registran en todo el planeta, en especial en las regiones tropicales y subtropicales, la distribución geográfica y la virulencia en el ser humano difieren en cada especie de dermatofitos. (Arenas, 2008)

Las infecciones por dermatofitos comienzan en la piel después de traumatismos y de contactos. Hay pruebas de que la susceptibilidad del hospedador puede identificarse por elementos como humedad, calor, propiedades químicas específicas de la piel, composición del sebo y sudor, juventud, exposición intensa y predisposición genética. La incidencia del trastorno es mayor en climas húmedos y calientes y en personas que viven en hacinamiento. (Jawetz et.al, 2008)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El modelo clásico de dermatofitosis corresponde a un modelo de tiña con un anillo de descamación inflamatoria con disminución de la inflamación hacia el centro de la lesión. A menudo, las tiñas de regiones cutáneas con barba se manifiestan con placas circulares elevadas de alopecia con eritema y descamación, o bien en forma de pápulas, pústulas, vesículas o queriones (inflamación intensa que afecta al tallo del cabello) de distribución difusa. Las infecciones de la piel lisa suelen debutar con máculas eritematosas descamativa que se expanden en sentido centrípeto, creando una zona alopécica central. Las dermatofitosis del pie y la mano se complican con frecuencia por la onicomycosis, en la que existe invasión y destrucción de la placa ungueal por parte del hongo. La onicomycosis se debe a la infección por diversas especies de dermatofitos, y se estima que afecta a alrededor de un 3% de la población en la mayoría de los países templados. La enfermedad afecta más a

menudo al adulto y las uñas del pie se ven afectadas con mayor frecuencia que las de la mano. La infección suele ser crónica y provoca el engrosamiento, de coloración, elevación, aumento de la fragilidad y deformación de las uñas. (Murray, 2011- Jawetz 2008)

Tiña de los pies (pie de atleta)

La tiña en cuestión es la más frecuente de todas las dermatofitosis, y se manifiesta por un ataque crónico de los espacios interdigitales de los pies. Otras variedades son la vesiculosa, la ulcerada y la de mocasín con hiperqueratosis de la planta. En el comienzo surge prurito entre uno y otros dedos y también vesículas pequeñas que se rompen y de ellas mana un líquido acuoso. La piel del espacio interdigital muestra maceración y se descama, y con ello aparecen grietas en las que fácilmente se asientan infecciones bacterianas secundarias. Cuando la micosis se torna crónica, las manifestaciones principales son el despellejamiento y las grietas de la piel, acompañadas de dolor y prurito. (Jawetz et.al, 2008)

Tiña de las uñas (onicomicosis)

La infección de las uñas puede surgir después del ataque duradero de la tiña de los pies. Con la invasión de hifas las uñas se tornan amarillas, frágiles, engrosadas y se desintegran fácilmente. El ataque puede abarcar una uña o más de los dedos de pies o manos. (Jawetz et.al, 2008)

Tiña del cuerpo, de la ingle y de las manos

La dermatofitosis de la piel lampiña por lo común origina las lesiones anulares de la tiña, en que hay un centro claro y exfoliativo, rodeado de un borde enrojecido cada vez más amplio que puede ser seco o vesiculoso. El dermatofito prolifera solamente en tejido muerto y queratinizado, pero los metabolitos, enzimas y antígenos del hongo se difunden por las capas viables de la epidermis y ocasionan eritema, vesículas y prurito. Las infecciones por dermatofitos geófilos y zoófilos producen sustancias más irritantes y son más inflamatorias que las especies antropófilas.

Conforme pasa el tiempo las hifas suelen formar cadenas de artroconidios. Las lesiones se expanden en forma centrífuga y hay proliferación activa de las hifas en la periferia, que es la región más frecuente en la cual se puede obtener material

idóneo para el diagnóstico. La penetración del estrato córneo recién formado de las superficies plantares y palmares gruesos explica la persistencia de las infecciones en tales zonas. Cuando la infección se sitúa en la ingle, recibe el nombre de tiña de la ingle. Muchos de estos trastornos afectan varones y el cuadro inicial es de lesiones secas, pruriginosas que suelen comenzar en el escroto y se propagan a la ingle. La tiña de las manos denota la que afecta esa zona o los dedos. Las lesiones secas exfoliativas pueden abarcar una o ambas manos, dedos aislados o dos o más de ellos. (Jawetz et.al, 2008)

Tiña de la cabeza y de la barba

La primera entidad es la dermatofitosis de la piel cabelluda y el cabello. La infección comienza cuando las hifas invaden la piel de la cabeza y más adelante se propagan en la pared queratinizada del folículo piloso. La infección del cabello se sitúa exactamente por arriba de su raíz. Las hifas proliferan en sentido descendente en la porción inerte del cabello, con la misma rapidez con que éste crece hacia arriba. El trastorno hace que surjan zonas circulares de color gris pálido, de alopecia, exfoliación y prurito. Conforme el cabello sale del folículo las hifas de la especie *Microsporum* producen una cadena de esporas que forman una vaina alrededor del tallo piloso (ectotrix); dichas esporas dan al cabello una fluorescencia verdosa o plateada cuando se les estudia con la luz de Wood (365 nm). A diferencia de ello, *T. tonsurans*, que es la causa principal de la tiña por “puntos negros” produce esporas en el interior del tallo piloso (endotrix). Los cabellos no emiten fluorescencia, están debilitados y se rompen fácilmente en el orificio folicular. En niños pre púberes, la tiña epidérmica de la cabeza por lo común cede por sí sola. Las especies zoófilas pueden inducir una reacción combinada inflamatoria y de hipersensibilidad intensa llamada querion. Otra manifestación de la tiña del cabello es el favo, con infección inflamatoria aguda del folículo piloso causada por *T. schoenleinii*, que hace que se formen costras alrededor del folículo, las hifas no forman esporas, pero pueden identificarse en el tallo capilar. La tiña de la barba, como su nombre lo señala, afecta esta zona del cuerpo. En particular cuando participa un dermatofito zoófito puede surgir una reacción fuertemente inflamatoria que se asemeja netamente a una infección piógena. (Jawetz et.al, 2008)

CANDIDIASIS

Su capacidad de producir patología va a depender de una interacción entre los mecanismos patogénicos del hongo y los sistemas de defensas cutáneos y sistémicos del propio huésped, se desconoce el tiempo preciso de incubación y éste varía entre persona y persona. (Bonifaz, 2010)

PRESENTACIONES:

Pueden ser localizadas, diseminadas o profundas, cuadros sistémicos u otros en que lo más relevante es la respuesta alérgica. De acuerdo al área corporal afectada:

CANDIDIASIS BUCAL: Históricamente es una de las presentaciones clínicas más característica, descrita por Hipócrates en pacientes caquéticos o recién nacidos en que refería placas blanquecinas en sus bocas. La más conocida clínicamente es el algodoncillo, y se ve con más frecuencia en lactantes y en pacientes inmunodeprimidos. Consiste en placas blanquecinas algodonosas (como nata de leche), con una adherencia variable a la mucosa, sobre una base enrojecida que puede afectar diferentes zonas de la mucosa oral; se desprenden con facilidad al pasar una bajalengua. Estas placas pueden abarcar un área pequeña (ej. velo del paladar) o comprometer un área mayor. La sintomatología puede estar ausente, ser escasa o manifestar sensación de quemadura. (Romero, 1999)

QUEILITIS ANGULAR: Compromete los pliegues laterales de los labios y las comisuras, se manifiesta con fisuras y eritema formando un área triangular de base externa. A su aparición contribuyen problemas dentales que tiendan a aumentar dichos pliegues y retener más saliva, sialorrea y patología inflamatoria de la mucosa oral. (Murray, 2007)

INTERTRIGO: Es la inflamación de un pliegue de causa infecciosa. Aunque siempre se asocia a un aumento del microbiota bacteriano local, lo que gatilla el cuadro clínico es el aumento de densidad de *Candida Sp.*; puede aparecer por extensión de un compromiso primariamente mucoso o por compromiso inicial de un pliegue. Puede afectar los grandes pliegues, como el axilar, submamario, inguinal, Inter glúteo, especialmente en personas obesas, y los pequeños pliegues interdigitales de manos y pies en pacientes que los mantienen húmedos,

especialmente por razones laborales, como pescadores, aseadores y que usan zapatos oclusivos en zonas calurosas

ONICOMICOSIS: *Candida spp.* puede infectar con cierta frecuencia las uñas de las manos, habitualmente secundario a una paroniquia. Se manifiesta clínicamente con onicolisis y cambio de color variable entre blanco, amarillento y negrozco. Es muy infrecuente que infecte y produzca patología en las uñas de ortijos.

MALASSEZIA Sp:

Se localiza en zonas seboreicas de la piel como el cuero cabelludo, regiones retroauriculares y alas de la nariz. Se le conoce como Pitiriasis versicolor y también se le denomina equívocamente Tiña o Tinea versicolor, sinónimos que tienden a confundir. Se puede presentar a cualquier edad, pero es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes en épocas de verano.

Se presenta con máculas circulares de mm a cm con límites definidos y escamas finas en su superficie que se desprenden al pasar la uña (signo del "golpe de la uña"). Se estima que el período de incubación es de alrededor de 20 días. A veces las lesiones confluyen y se forman placas más grandes de "aspecto geográfico". Cuando el paciente está expuesto al sol las zonas infectadas se ven más blancas en relación a las no infectadas, debido a que el hongo produce ácido azelaico que inhibe la dopa tirosinasa, impidiendo la pigmentación normal de la piel por los melanocitos. (Revista Iberoamericana, 2007)

Cuando no hay exposición solar las áreas infectadas se ven más oscuras y de color café por un aumento en el tamaño de los melanosomas. Precisamente por su capacidad de cambiar de color se le denomina "versicolor"

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

MUESTRAS

Las muestras comprenden raspaduras de la piel y las uñas, además de cabellos arrancados de zonas afectadas. (Jawetz, 2008)

El diagnóstico de laboratorio de micosis superficiales, se basa en la demostración de la presencia de hifas fúngicas mediante microscopía directa de muestras de piel, cabello o uña, y el aislamiento invitro de los microorganismos. (Guevara, 2007)

EXAMEN MICROSCÓPICO

Las muestras se colocan en una laminilla y se agrega una gota de hidróxido de potasio al 10 a 20% con calcoflúor blanco (o sin él), un colorante inespecífico de la pared del hongo, y se revisa con un microscopio de fluorescencia. Se agrega un cubreobjetos y la muestra se revisa inmediatamente y se repite la exploración después de 20 min. En la piel o las uñas, sea cual sea la especie infectante, se identifican hifas ramificadas o cadenas de artroconidios (artrosporas). En los cabellos, muchas especies de *Microsporum* forman vainas densas de esporas alrededor del cabello (ectotrix). *T. tonsurans* y *T. violaceum* tienen como característica propia producir artroconidios dentro del tallo capilar (endotrix). (Jawetz, 2008)

HIDRÓXIDO DE POTASIO (KOH): Disuelve rápidamente las células permitiendo digerir material proteico, observando con mayor nitidez los elementos fúngicos, su efecto de clarificar puede incrementarse al calentar a la llama ligeramente la preparación. Adicionalmente, se puede emplear colorante para pigmentar la pared de los hongos y mejorar la visualización. La observación de hifas, permite sugerir la presencia de invasión micótica. (Murray, 2011)

CULTIVOS: El medio micológico estándar, es el Agar de Saboraund, con o sin antibióticos. Son útiles y se practican mediante la introducción de raspados de piel, cabello o uña de las áreas afectadas. Las colonias se visualizan tras un período de incubación comprendido entre 7 y 28 días. El aspecto macro y microscópico de las colonias y las necesidades nutricionales se integran en el proceso de identificación. (Murray, 2009)

JUSTIFICACIÓN

Las micosis superficiales constituyen un problema sanitario mundial debido a su alta prevalencia, si bien es cierto que están limitadas a la piel, pelo, uña y anexos, no causan problemas de salud que comprometen la existencia del hombre, pero ocasionan infecciones que implican la autoestima de los niños y adolescentes fundamentalmente y, mucho más cuando tienden a la cronicidad. Es por ello que he creído conveniente realizar este estudio en una población de 09 – 16 años, del Caserío El Papayo, Tambogrande, observando que está ubicado en una zona donde sus habitantes se bañan cerca del canal, convirtiéndose en un riesgo para los niños causando la micosis, sumado a las condiciones del clima y cultura de la población.

El propósito de realizar este proyecto es el impacto social que me vinculara de manera activa con la comunidad, de brindar un servicio de prevención y diagnóstico a los niños que habitan en el Caserío El Papayo, y a la vez obtener resultados de prevalencia de micosis superficiales.

Para la realización de este proyecto se tendrá que coordinar con el cuerpo médico del Centro de Salud El Papayo, para brindar un posible tratamiento y a la vez contribuir en la mejora de la salud de los niños participantes en el mismo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09-16 años, Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018?

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Conceptualización

Variable Dependiente

Micosis superficiales: Son infecciones causadas por hongos dermatofílicos (dermatofitosis), levaduras como la Candidiasis y especies de Malassezia. Que predominan en zonas tropicales. Aparecen en sujetos de cualquier edad, raza o sexo. (Roberto Arenas, 2008)

Variable Independiente

Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.
(Asale)

Sexo: Conjunto de seres pertenecientes a un sexo femenino y sexo masculino.
(Asale)

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	TIPO/ESCALA	CATEGORIA
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Micosis Superficial</p>	<p>Son infecciones causadas por hongos dermatofíticos (dermatofitosis), levaduras como la Candidiasis y especies de Malassezia. Que predominan en zonas tropicales. Aparecen en sujetos de cualquier edad, raza o sexo. (Roberto Arenas, 2008)</p>	<p>Características de hongos para el raspado de piel, cuya finalidad es investigar la existencia de micosis</p>	<p>Cualitativa/Nominal</p>	<p>Filamentoso</p> <p>Levaduriforme</p> <p>Negativo</p>
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>EDAD</p>	<p>Es el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (Asale)</p>	<p>Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.</p>	<p>Cuantitativa/Continua</p>	<p>9 – 12 años</p> <p>13 – 16 años</p>
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>SEXO</p>	<p>Conjunto de seres pertenecientes a un sexo femenino y sexo masculino. (Asale)</p>	<p>Identificación del sexo de cada participante al momento del estudio</p>	<p>Cualitativa/Nominal</p>	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>

HIPÓTESIS

- Existirá relación entre la prevalencia de Micosis Superficial y el género de la Población en estudio
- Existirá relación entre la prevalencia de Micosis Superficial y la edad de la Población en estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09- 16 años, Caserío El Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018.

Objetivos Específicos

- Determinar prevalencia de micosis superficial por género de 09-16 años, del caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018.
- Determinar prevalencia de micosis superficial por grupo etario de 09-16 años, del caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018.
- Relacionar según sexo y edad la prevalencia de micosis superficial de 09 – 16 años, del caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017 – abril 2018.

METODOLOGÍA

Tipo y Diseño de investigación

Para realizar este trabajo de investigación se utilizó una investigación de enfoque cuantitativo de tipo Prospectivo, Experimental y de corte transversal, de una muestra de 83 niños de 9 – 16 años del caserío Papayo –Tambogrande diciembre 2017 – abril 2018.

Es cuantitativo por que se describe, se analiza las variables que estudio para dar un aporte sobre un hecho real observable la cual se toma el mayor número posibles de individuos a investigar los cuales incluirán el medio sistemático y el empleo del análisis estadístico como característica resaltante.

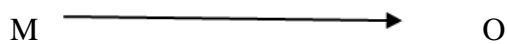
Prospectivo: el inicio de estudio es anterior a los hechos estudiados. Los datos se recogen a medida que se van sucediendo

Experimental: ensayo caracterizado por la manipulación del factor de estudio por el investigador

Es de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

Diseño de la investigación

El diseño que se empleó en el estudio fue: Diseño No Experimental, porque carecen de manipulación intencional y tan solo se analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia.



Dónde:

M = Muestra

O = Observación.

Población y muestra

Población: La población estará conformada por 83 niños de 09 – 16 años del caserío El Papayo – Tambogrande en el periodo de Diciembre del 2017 a Abril 2018 en el caserío el Papayo.

Muestra: La muestra en estudio estuvo conformada por el 100% de mi población de niños y adolescentes de 09 – 16 años del caserío el papayo, Tambogrande por ser una población finita la muestra se calculó aplicando la siguiente fórmula:

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Niños 09- 16 años que viven en el caseríoEl Papayo.
- Niños 09- 16 años que presenten características de micosis superficial en el caserío El Papayo.

Exclusión:

- Niños que no residen en el Caserío El Papayo.
- Niños que no presenten características de micosis superficial en el Caserío El Papayo.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos se elaboró una Encuesta para la recolección de datos (ANEXO N° 01), que me permitieron vaciar la información necesaria de la población en estudio como resultado de la muestra de raspado de la piel.

Técnicas para el procesamiento de la información

Se realizó un llamado por emisora a aquellos padres cuyos niños presentaran algún problema de infección de piel, logrando reunir a 83 niños de los cuales se procedió a la ejecución del estudio. Se tomaron las muestras mediante raspado de piel y cultivo en medio Sabouraud, que tuvo una duración mínima de 05 minutos por paciente. Luego se procederá a vaciar los resultados en Excel y el paquete estadístico del SPSS versión 20.

Procesamiento de la información

Se avisó a la población en estudio mediante el aviso por Emisora del caserío el Papayo, se clasificó a los menores que cumplían con el criterio de selección. Se realizó una Encuesta mediante una entrevista a los padres. Se realizó el examen de raspado de piel. Se realizó el examen directo en la lámina porta objetos con KOH al 10% las muestras fueron observadas en el Microscopio. Se obtuvieron los resultados que se procesaron en el paquete estadístico del SPSS versión 20.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1: Prevalencia de Micosis superficiales en niños y adolescentes de 9 a 16 años, Según Edad, Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2 017 – abril 2018.

EDAD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	9-12 años	18	21,7	21,7	21,7
	13-16 años	65	78,3	78,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

FUENTE: CASERÍO EL PAPAYO

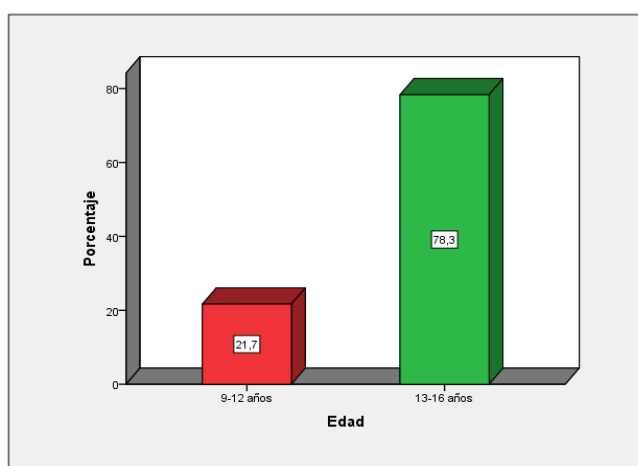


GRAFICO 1: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, Según Edad

Análisis:

En el Trabajo de investigación realizado a 83 pacientes acerca de la Prevalencia de micosis superficiales en niños y adolescentes de 09 – 16 años del caserío el papayo, Tambogrande, se obtuvieron 21.7% de edad de 09 - 12 años, seguido del 78.3% de edad de 13 – 16.

Tabla 2: Prevalencia de micosis superficiales en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según sexo, caserío El Papayo, Tambogrande, diciembre 2017 - abril 2018

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FEMENINO	42	50,6	50,6	50,6
	MASCULINO	41	49,4	49,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

FUENTE: CASERIO EL PAPAYO

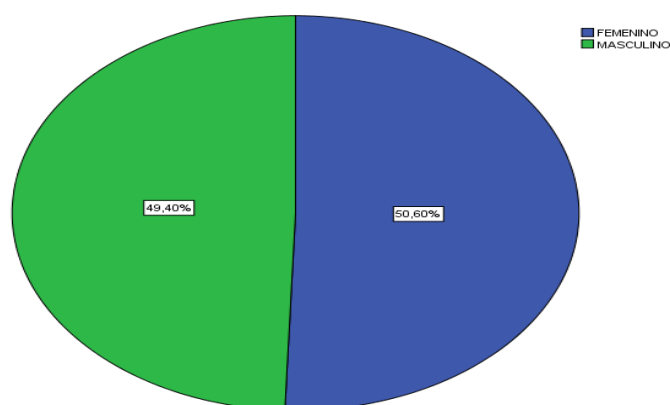


GRAFICO 2: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según Sexo

Análisis:

En el Trabajo de investigación realizado a 83 pacientes acerca de la Prevalencia de micosis superficiales en una población de 09 – 16 años del caserío el papayo, Tambogrande, se obtuvieron 50.60% es sexo femenino y 49.40% es sexo masculino

Tabla 3: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según Resultado, del Caserío El Papayo, Tambogrande, diciembre 2017 - abril 2018.

RESULTADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HONGO FILAMENTOSO	43	51,8	51,8	51,8
	HONGO LEVADURIFORME	15	18,1	18,1	69,9
	Negativo	25	30,1	30,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

FUENTE: CASERÍO EL PAPAJO

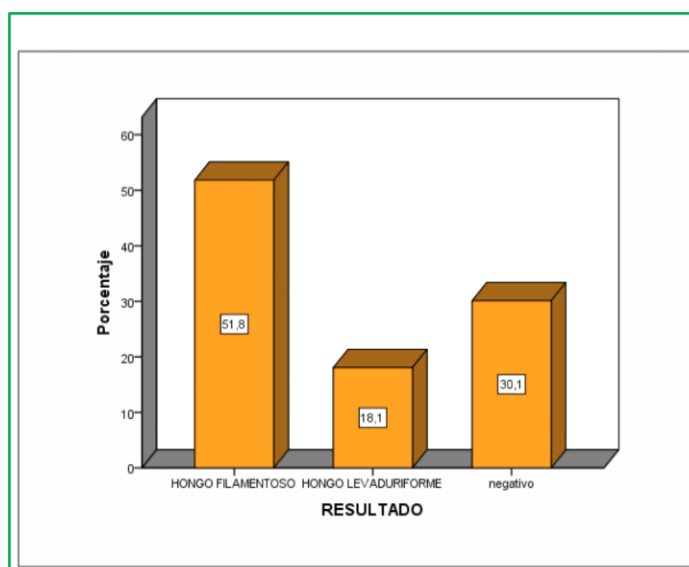


GRAFICO 3: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según Resultado

Análisis:

En el Trabajo de investigación realizado a 83 pacientes acerca de la Prevalencia de micosis superficiales en una población de 09 – 16 años del caserío el papayo, Tambogrande, se obtuvieron 51.8% es causado por un tipo de hongo filamentoso, seguido del 18.1% de hongo levaduriforme y un 30.1% dio como resultado negativo.

Tabla 4: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según la Relación entre el Resultado y la Edad, del Caserío El Papayo, Tambogrande, Diciembre 2017 - Abril 2018

		RESULTADO			Total	
		HONGO FILAMENTOSO	HONGO LEVADURIFORME	NEGATIVO		
EDAD	9-12	Nº	10	3	5	18
	% del total	12,0%	3,6%	6,0%	21,7%	
	13-16	Nº	33	12	20	65
	% del total	39,8%	14,5%	24,1%	78,3%	
Total	Nº	43	15	25	83	
	% del total	51,8%	18,1%	30,1%	100,0%	

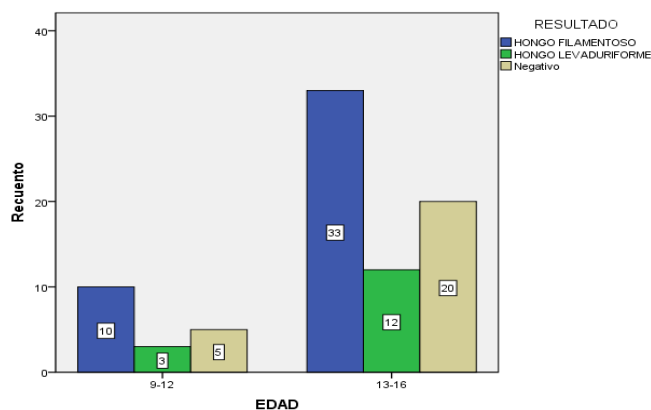


GRAFICO 4: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según la Relación Resultado y Edad

ANÁLISIS: En el Trabajo de investigación realizado a 83 pacientes acerca de la Prevalencia de micosis superficiales en una población de 09 – 16 años del caserío el papayo, Tambogrande, el grupo etario más afectado en relación al resultado fue un 78.3% entre las edades de 13 – 16 años seguido de un 21.7% entre las edades de 9 – 12 años.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,129 ^a	2	,937
Razón de verosimilitudes	,130	2	,937
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.25.

ANÁLISIS: La prueba de independencia del Chi-cuadrado, parte de la hipótesis que las variables Resultado y Edad son independientes; es decir, que no existe ninguna relación entre ellas y por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra. El objetivo de esta prueba es comprobar la hipótesis mediante el nivel de significación, por lo que sí el valor de la significación es mayor o igual que el *Alfa* (0.05), se acepta la hipótesis, pero si es menor se rechaza.

En el caso de nuestra investigación se obtiene que se acepta la hipótesis de independencia habiéndose obtenido un Chi-cuadrado de Pearson $X^2 = 0.937$ es decir, que existe independencia entre la Resultado y Edad; quedando establecida que no existe relación entre ellas.

Tabla 5: Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 9 a 16 años, según la Relación entre el Resultado y la Sexo, del Caserío El Papayo, Tambogrande, Diciembre 2017 - Abril 2018

		RESULTADO				
			HONGO FILAMENTOSO	HONGO LEVADURIFORME	Negativo	Total
SEXO	FEMENINO	N°	19	6	17	42
		% del total	22,9%	7,2%	20,5%	50,6%
	MASCULINO	N°	24	9	8	41
		% del total	28,9%	10,8%	9,6%	49,4%
Total		N°	43	15	25	83
		% del total	51,8%	18,1%	30,1%	100,0%

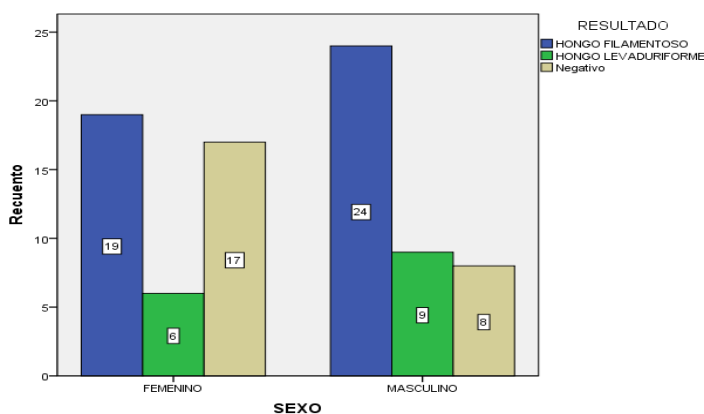


GRAFICO 5: Prevalencia de Micosis superficial de 9 a 16 años, según la Relación Resultado y Sexo

ANÁLISIS: En el Trabajo de investigación realizado a 83 pacientes acerca de la Prevalencia de micosis superficiales en una población de 09 – 16 años del caserío el papayo, Tambogrande, el sexo más afectado en relación al resultado fue el sexo femenino con un 50.6%, seguido el sexo masculino con un 49.4%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,410 ^a	2	,110
Razón de verosimilitudes	4,489	2	,106
N de casos válidos	83		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.41.

ANÁLISIS: En el caso de nuestra investigación se obtiene que se acepta la hipótesis de independencia habiéndose obtenido un Chi-cuadrado de Pearson $X^2 = 0.110$ es decir, que existe independencia entre la Resultado y Sexo; quedando establecida que no existe relación entre ellas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En España, las dermatofitosis forman el 67.2% de los casos de micosis, con predominio de la tiña del cuerpo (44.1%), seguida de la Tiña pedís (25.8%) y la tiña inguinal (16.5%). En Venezuela, las dermatofitosis representan el 41.2% de las micosis, mientras que en Uruguay representan el 59.9% de las mismas, lugar donde estas tiene una mayor incidencia en mujeres (58.6%) y en la niñez. En Argentina, las dermatofitosis son más frecuentes en mujeres (63%) y representan el 57.4% de los casos. En México, 31.1% de las micosis son superficiales y de ellas el 44.2% son causadas por dermatofitos, donde el 71.2% es causado por *T. rubrum* y el 6.9% por *T. tonsurans* (Bonifaz, 2005)

En el estudio se realizó un examen directo con KOH al 10% y cultivo en medio Sabouraud a 83 pacientes; se tomó en cuenta aquellos niños que cumplieron con los criterios de selección. Obteniendo que 21.7% son de edad entre 09 y 12 años, seguido del 78.3% son de edad entre 13 y 16. Se obtuvo que un 50.60% es sexo femenino (42 niñas) y 49.40% es sexo masculino (41 niños) y; un 51.8% presento hongo filamentoso de tipo Dermatofitos; 14.5% presento Levaduras de *Cándida Sp*; 3.6% del género *Malassezia sp* y 30.1% dio como resultado negativo. Se concluye que la Micosis Superficiales es causada por hongo filamentoso quien en este estudio tuvo más significancia clínica.

En mi estudio con respecto a la edad se relaciona con el estudio que realizo López Cisneros Carmen Lucía, Morillo Argudo Diana Alexandra, Plaza Trujillo Priscila Lisette (2017). Sobre “*Micosis Superficiales en Niños Escolares de una Parroquia Rural de Cuenca, Ecuador*”; sin diferencias significativas entre género y edad ($p > 0.05$). Los dermatofitos fueron los hongos más frecuentes (58.2 %), siendo el género *Trichophyton* mayormente reportada. Se concluyó que las micosis superficiales afectaron a más de la mitad de los niños en edad escolar en la población estudiada. Finalizando que el sexo y la edad no tienen relación.

En otro estudio que se realizó en un policlínico de Bolivia que realizaron Callisaya H. Juan; Conde A. Dora; Choque C. Hilda, en su estudio “*Prevalencia de Gérmenes causantes de Micosis superficiales*”, concluye que los hongos levaduriformes

fueron los más prevalentes lo que en mi estudio dio como resultado que fueron los hongos filamentosos los más significativos.

Cruz Ch Rodrigo. Et al. (2007-2009). En su estudio titulado “Micosis superficiales” en la ciudad de Valparaíso, Chile. Analizar sus diferencias según sexo, edad; En conclusión, los datos presentados coinciden en general con los trabajos nacionales e internacionales, donde el género *Trichophyton* predomina en la mayoría de las dermatomicosis con un 78,9%.

Serapio Romero Gavilán y Guevara Montero Rosa G. (2010) Realizaron un estudio titulado “*Dermatofitosis en estudiantes de la Institución Educativa “San Juan de la Frontera,”*”. Ayacucho, Perú. Se halló una frecuencia de 68% de dermatofitosis. Teniendo relación con mi estudio que obtuve como resultado 51.8% de Dermatofitos siendo el más significativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

1. La Micosis Superficial es causada por Hongos Filamentosos dando como resultado 51.8%.
2. La edad y sexo no tienen relación con el resultado ya que estas infecciones se presentan a cualquier edad y en sexo diferente.
3. Debido a la falta de registro regional, se considera de interés recopilar los datos existentes de nuestro estudio para contribuir a conformar algunos de los indicadores epidemiológicos que contribuyan al conocimiento de la situación de micosis en nuestra región

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda más estudios que permitan determinar la causa de estas infecciones micóticas que afectan a la población.
2. También se recomienda un mayor interés por parte del cuerpo médico del centro salud el papayo para que por medio de charlas educativas tengan más prevención de las infecciones por micosis superficial que si bien es cierto no causan grandes lesiones, pero si dañan la estética de las personas.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, a mis padres Inocente e Indolfa por su apoyo incondicional y enseñarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos que se me ha presentado en la vida, a conseguir mis metas y ser constante en mis sueños sin hacer daño a los demás.

A mi hija Nicole que entiende mi esfuerzo y el sacrificar nuestro tiempo para alcanzar nuestra meta.

Agradezco a la Universidad San Pedro – Filial Sullana, de ellos depende mi formación académica, ya que sirvieron de guías en mi camino de vida, y siendo un pilar importante me hicieron crecer como persona y superar etapas.

A cada uno de nuestros maestros, que con sus enseñanzas nos lograron forjar a ser mejores profesionales.

Y a mis amigas de trabajo Yenny y Gabriela gracias por el apoyo y amistad brindados durante este periodo de pasantías.

Y a todos aquellos padres de familia del caserío el Papayo que confiaron y colaboraron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

REFERENCIAS

- Arenas, B. (2000). *Micología médica básica*. Mexico mendez cervantes.
- Adelberg, j. M. (2011). *Microbiología médica* . Mexico: mexicana.
- Atías, A. (2006). *Parasitología Médica (11° ed)*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Atías, A. (2011). *Parasitología Médica*. Chile: Mediterraneo.
- Botero, D., & Restrepo, M. (2006). *Parasitosis humanas (4ta ed.) (5° ed.)*. Bogotá, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Española, R. A. (1780). *Diccionario en Español*.
- Janet, & heras heras (2014). Determinacion de la prevalencia de dermatofitosis en los niños de la escuela de educacion general basica "padre juan aguirre" de la ciudad de cuenca.
- Jawetz, M. y. (2016). *Microbiología médica*. MacGraw-Hill Medical.
- Juan, c. H., conde a., d., & choque c., h. (2007). Prevalencia de germenés causantes de micosis superficiales.
- Kenneth j. Ryan, m. C. (2011,2005). *Microbiología médica*. Mexico: mcgraw-hill interamericana editores.
- Larrondo murguecia, r., & gonzales angulo, a. R. (2001). Micosis. Dermatofitos.
- Lucia, l. C., morillo argudo, d. A., & plaza trujillo , p. (2017). Micosis superficiales en niños escolares de una parroquia rural de cuenca, ecuador.
- M.urcia, g. (2007). *Manual de procedimientos y técnicas de laboratorio para la identificación de hongos causantes de micosis humanas*. Lima: normas técnicas n°44.
- Murray, P. (2009). *Microbiología médica*. Mexico: Elsevier.

Restrepo, M. (2007). *MICROBIOLOGIA MEDICA*. ESPAÑA: ELSEVIER.

Roberto, a. G. (2008). *Micología medica ilustrada*. Mexico: mexicana.

Rodrigo, c. C., ponce e., e., & calderon r., l. (2007-2009). Micosis superficiales en la ciudad de valparaiso, chile.

Romero, R. (2007). *Microbiología y parasitología humana: bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias. 3era Ed.* . México: Médica Panamericana.

Rpy, K. J. (2011). *Sherris Microbiologia medica*. Mac Graw Hill.

Serapio & guevara montero , r. G. (2010). Dermatofitosis en estudiantes de la institucion educativa "san juan de la frontera". 28.

ANEXOS
Y
APENDICE

ANEXO 1

ENCUESTA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL CASERÍO EL PAPAYO, TAMBOGRANDE

INSTRUCCIONES:

La presente encuesta tiene por finalidad determinar la Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09-16 años, del Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018.

Esta investigación es realizada por Panta Morales Ketty Karina de la Universidad San Pedro – Sullana, por lo que solicitamos su colaboración brindando respuestas sinceras a las preguntas formuladas.

FECHA: _____

Nº de Orden: [_ _]

1) NOMBRE Y APELLIDOS: _____

2) EDAD: _____

3) HA PRESENTADO ANTERIORMENTE ALGUNA CARACTERÍSTICA DE MICOSIS SUPERFICIAL

- a) Si []
- b) No []

5) ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO PARA LA MICOSIS SUPERFICIAL

- a) Si []
- b) No []

6) RESULTADO DEL EXAMEN DIRECTO

ANEXO 2:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN MEDICA**

Título Del Estudio: Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09-16 años, del Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018.

Investigador principal: Ketty Karina Panta Morales.

Sede dónde se realizará el Estudio: Caserío el Papayo – Tambogrande

Nombre Del Paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce Como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio, si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Firma

ANEXO 3:

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EVALUAR LA VARIABLE PREVALENCIA DE MICOSIS SUPERFICIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 09-16 AÑOS, DEL CASERÍO EL PAPAYO, TAMBOGRANDE, DICIEMBRE 2017- ABRIL 2018.

I. DATOS INFORMATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO:

Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09-16 años, del Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018.

PERSONAL INVESTIGADOR:

AUTOR: BACH. KETTY KARINA PANTA MORALES.

ASESOR: LIC. TEC. MED: ROSA ELISA CORNEJO CORNEJO

COASESOR: DRA. VILMA VICUÑA VÍLCHEZ

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLES 1: PREVALENCIA DE MICOSIS SUPERFICIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 09 – 16 AÑOS EN EL CASERÍO EL PAPAYO TAMBOGRANDE. DICIEMBRE 2017 – ABRIL 2018.

II. SUGERENCIAS AL INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos para la variable de Prevalencia de micosis superficial en niños y adolescentes de 09-16 años, del Caserío el Papayo, Tambogrande, diciembre 2017- abril 2018, ha sido revisado en su contexto integral, habiéndose planteado sugerencias respecto a la inclusión de algunos ítems que le den mayor consistencia.

III. Cumpliendo el levantamiento de las sugerencias se ha validado como instrumento a ser utilizado en la presente investigación.

SULLANA, FEBRERO DEL 2018

ANEXO 4:

“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

Sullana, 15 de febrero del 2018

LICENCIADA: VALENTINA MAURICIO MORALES

Jefa del Centro de Salud El Papayo — Tambogrande

Asunto: Solicito permiso para ocupar un ambiente del Centro de Salud El Papayo

Por medio de la presente solicitamos a la jefa del Centro de Salud El Papayo, que nos conceda el permiso de utilizar un ambiente de dicho Centro de Salud, para la realización y procedimiento de muestras biológicas con fines de poder desarrollar la Tesis titulada "Prevalencia de Micosis superficial en niños y adolescentes de 09 16 años del Caserío el Papayo".

Agradeciendo cordialmente el apoyo brindado

Atentamente.



Bach. KETTY KARINA PANTA MORALES



**LA JEFA DEL CENTRO DE SALUD EL PAPAYO: LIC. VALENTINA
MAURICIO MORALES**



CENTRO DE SALUD EL PAPAYO





MADRE DE FAMILIA DEL CASERÍO EL PAPAYO





**LOS NIÑOS SON LOS MAS VULNERABLES DE MICOSIS SUPERFICIAL EN
EL DEL CASERÍO EL PAPAYO**

