

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y
TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES CON VITILIGO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2019-2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Luque Guevara, Jéssica Jennifer

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dra. Laura Vilca de Poémape, Anadela

Arequipa- Perú

2021

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 20 de Mayo del 2021

Dictamen: 003495-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003495, presentado por:

2013251062 - LUQUE GUEVARA JESSICA JENNIFER

Titulado:

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES CON
VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1147 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN
DICTAMINADOR**



**1575 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO
DICTAMINADOR**



**2103 - MOSTAJO QUIROZ FREDY ALDO
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

*Dedicado a mis papitos Julia y Solano,
que en todo momento me brindaron su
apoyo y amor incondicional para no
rendirme.*

*A mi adorada hermanita y amiga
Jacqueline, quien con una dedicatoria no
bastaría para decirle lo mucho que
quiero y admiro.*

*A Akim, mi mejor amigo y compañero de
vida quien me motiva día a día a ser
mejor persona.*

*A mis angelitos Candelaria, Damián y
Juliana; quienes desde el cielo guían y
celebran cada paso que doy, junto a
papá Paulino y tía María Elena desde
casa.*

*A la Dra. Anadela, quien me apoyó desde
el día uno y gracias a ella este proyecto
pudo desarrollarse.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en los años 2019 y 2020.

Materiales y métodos: Es un trabajo de investigación descriptivo, retrospectivo y transversal, de los datos del registro de pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado durante los años 2019 y 2020. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos con las variables a estudiar, luego fue registrado en el programa Excel 2019.

Resultados: Se estudiaron a 59 pacientes, donde predominó el sexo masculino (52.54%), los adultos jóvenes con edades entre 20 a 29 años fueron los más registrados (22.03%) seguido de los pacientes con edades entre 50 a 59 y 10 a 19 años de edad. Del total de la población, el mayor porcentaje (49.15%) trabajaba de manera dependiente o independiente, del mismo modo en cuanto a su estado civil, más de la mitad de pacientes (50.85%) era soltero. La mayoría de pacientes atendidos acudían de Arequipa, mientras el 6.76% procedía de otras provincias o departamentos.

En cuanto a las características clínicas de los 59 pacientes, los fototipos según Fitzpatrick más registrados fueron los tipos III y IV (91.53%). Según la edad de presentación de la enfermedad, se registraron dos picos, entre los 10 a 19 años (25.42%) seguido entre los 40 a 49 años de edad (18.64%). Dicho esto, el tiempo de enfermedad registrado al momento de la toma de datos fue que el 37.28% presentó la enfermedad entre 1 a 5 años. El tiempo que tardaron los pacientes en acudir al Consultorio Externo de Dermatología fue mayormente durante los primeros 12 meses de la enfermedad (45.77%). Respecto a la clasificación del vitíligo, el tipo no segmentario subtipo generalizado (64.41%) fue el más frecuente, seguido del subtipo acrofacial; el segundo tipo más presentado fue el tipo no clasificado subtipo focal (6.78%).

Más de la cuarta parte (37.29%) de pacientes presentó antecedentes familiares de vitíligo. El 32.2% presentó comorbilidades, donde el 11.9% fueron por causas endocrinológicas.

En cuanto a las características terapéuticas, la totalidad de pacientes recibió corticoides tópicos e inhibidores de calcineurina, y un 64.41% y 69.49% recibieron además terapia con antioxidantes orales y fototerapia respectivamente.

El financiamiento de la atención en el Servicio de Dermatología fue principalmente de forma particular (55.93%), seguido del Seguro Integral de Salud (38.98%) y finalmente en menor cuantía por SaludPol (5.08%).

Conclusiones: En cuanto a las características epidemiológicas, predominó el sexo masculino con pacientes con edades entre los 20 a 29 años, la mayoría eran solteros y contaban con un trabajo. Según las características clínicas, la edad de presentación de la enfermedad fue en dos picos, entre los 10 a 19 años y 50 a 59 años de edad. Acudiendo mayormente a consulta en los primeros meses del desarrollo de la enfermedad. La mayor parte de pacientes padecían la enfermedad entre 1 a 5 años aproximadamente. Según el fototipo registrado, predominaron los fototipos III y IV, el tipo de vitíligo más frecuente fue el no segmentario subtipo generalizado. Más de la cuarta parte presentó antecedentes familiares y comorbilidades.

Respecto al tratamiento, la totalidad de pacientes recibió corticoides orales e inhibidores de calcinurina, seguido del gran porcentaje que recibía además antioxidantes orales y sesiones de fototerapia.

Más de la mitad de pacientes fueron atendidos de manera particular, seguido de los asegurados al Seguro Integral de Salud y en menor cantidad SaludPol.

Palabras clave: vitíligo, características epidemiológicas, clínica, terapéutica.

ABSTRACT

Objective: Determine the clinical, epidemiological and therapeutic characteristics of patients with vitiligo treated in the Dermatology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital of Arequipa in the years 2019 and 2020.

Materials and methods: It is a descriptive, retrospective and cross-sectional research work of the data from the registry of patients with vitiligo treated in the Dermatology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital during the years 2019 and 2020. The instrument used was a collection card of data with the variables to study, then it was registered in the Excel 2019 program.

Results: 59 patients were studied, where the male sex predominated (52.54%), young adults with ages between 20 to 29 years were the most registered (22.03%) followed by patients with ages between 50 to 59 and 10 to 19 year old. Of the total population, the highest percentage (49.15%) worked in a dependent or independent manner, in the same way regarding their marital status, more than half of the patients (50.85%) were single. Most of the patients attended came from Arequipa, while 6.76% came from other provinces or departments.

Regarding the clinical characteristics of the 59 patients, the most registered phototypes according to Fitzpatrick were types III and IV (91.53%). According to the age of presentation of the disease, two peaks were registered, between 10 to 19 years (25.42%) followed between 40 to 49 years of age (18.64%). That said, the time of illness recorded at the time of data collection was that 37.28% presented the disease between 1 to 5 years. The time it took for patients to visit the External Dermatology Clinic was mostly during the first 12 months of the disease (45.77%). Regarding the classification of vitiligo, the non-segmental type generalized subtype (64.41%) was the most frequent, followed by the acrofacial subtype; the second most common type was the unclassified focal subtype (6.78%).

More than a quarter (37.29%) of patients had a family history of vitiligo. 32.2% presented comorbidities, where 11.9% were due to endocrinological causes.

Regarding the therapeutic characteristics, all of the patients received topical corticosteroids and calcineurin inhibitors, and 64.41% and 69.49% also received oral antioxidant therapy and phototherapy respectively.

The financing of care in the Dermatology Service was mainly private (55.93%), followed by Comprehensive Health Insurance (38.98%) and finally to a lesser extent by SaludPol (5.08%).

Conclusions: Regarding the epidemiological characteristics, the male sex predominated with patients aged between 20 to 29 years, the majority were single and had a job. According to the clinical characteristics, the age of presentation of the disease was in two peaks, between 10 to 19 years and 50 to 59 years of age. Visiting mainly in the first months of the development of the disease. Most patients suffered from the disease for approximately 1 to 5 years. According to the registered phototype, phototypes III and IV predominated, the most frequent type of vitiligo was the generalized non-segmental subtype. More than a quarter had a family history and comorbidities.

Regarding treatment, all patients received oral corticosteroids and calcinurin inhibitors, followed by the large percentage who also received oral antioxidants and phototherapy sessions.

More than half of the patients were treated privately, followed by those insured to the Comprehensive Health Insurance and, to a lesser extent, SaludPol.

Key words: vitiligo, epidemiological characteristics, clinical, therapeutic.

INTRODUCCIÓN

El vitíligo es un desorden pigmentario no letal adquirido de etiología multifactorial en el cual los melanocitos epidérmicos pierden su función o son destruidos.

Compromete al 0.5-2% de la población mundial, afectando todas las razas, grupos etarios y estratos sociales.

Se manifiesta clínicamente con la presencia de manchas acrómicas usualmente progresivas que pueden ser localizadas o generalizadas.

Varias teorías se han propuesto para explicar su génesis, tal como la teoría neural, melanocitorraquia, bioquímica, estrés oxidativo, mecanismos virales y autoinmune, siendo esta última la más reconocida. Varios estudios han encontrado asociación entre el vitíligo y múltiples patologías autoinmunes, tanto sistémicas como dermatológicas; tales como alopecia areata, anemia perniciosa, diabetes mellitus, artritis reumatoide y patologías tiroideas.

Hasta el momento se desconoce a ciencia cierta la causa exacta, por lo que no existe un tratamiento curativo definitivo. Los tratamientos están abocados primariamente a estabilizar las lesiones e intentar repigmentarlas. El tratamiento consta principalmente de medidas tópicas (corticoides, inhibidores de calcineurina), sistémicas (inmunosupresores y antioxidantes) y terapia física (fototerapia).

Dado el aspecto a veces desfigurante de esta entidad, el vitíligo puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Por ser una enfermedad frecuente y con gran impacto social, el propósito de este trabajo es conocer las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, ya que es el principal centro de referencia de la macrorregión sur.

ÍNDICE

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR.....	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
CAPÍTULO II.....	22
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	22
CAPÍTULO III	29
RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO IV.....	56
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	56
CAPÍTULO V	63
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	73
ANEXO N°1.....	74
ANEXO N°2.....	76



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1 Enunciado del problema

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019-2020?

1.2 Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina Humana

Especialidad: Dermatología

Línea: Vitíligo

1.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA O DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos	0-9 años	Cuantitativa discreta
		10-19 años	
		20-29 años	
		30-39 años	
		40-49 años	
		50-59 años	
		60-69 años	
		≥70 años	
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino	Cualitativa nominal
		Masculino	
Ocupación	Dato extraído del registro del Servicio	Estudiante	Cualitativa nominal
		Desempleado	
		Trabajador dependiente	

		Trabajador independiente	
		Jubilado	
Estado civil	Tipo de relación o vínculo familiar o afectivo según registro del Servicio	Soltero	Cualitativa nominal
		Casado	
		Divorciado	
		Conviviente	
		Viudo	
Procedencia	Lugar de procedencia indicado en el registro del Servicio	Arequipa	Cualitativa nominal
		Otro	
Fototipo	Según clasificación de Fitzpatrick registrado	I	Cualitativa nominal
		II	
		III	
		IV	
		V	
		VI	
Edad de inicio de la enfermedad	Años cumplidos con los que se inició la enfermedad registrado en el registro del Servicio	0-9 años	Cuantitativa discreta
		10-19 años	
		20-29 años	
		30-39 años	
		40-49 años	
		50-59 años	
		≥60 años	
Tiempo de enfermedad	Número de años que padece la enfermedad registrado	Menos de 1 año	Cuantitativa discreta
		1-5 años	
		6-10 años	
		Más de 10 años	
Tiempo que tardó en	Tiempo transcurrido desde presentar los	Menos de 1 año	Cuantitativa discreta
		1-5 años	

acudir al consultorio	signos hasta acudir a consultorio	6-10 años	
		Más de 10 años	
Tipo de vitíligo	Según clasificación de la Conferencia Internacional de Células Pigmentarias 2011	No segmentario	Cualitativa nominal
		Segmentario	
		Indeterminado	
Antecedentes familiares	Presencia de familiares con vitíligo según registro del Servicio	Sí	Cualitativa nominal
		No	
Comorbilidades	Enfermedades que padece además del vitíligo, indicado en registro del Servicio	Enfermedad tiroidea	Cualitativa nominal
		Hipertensión arterial	
		Diabetes mellitus II	
		Artritis reumatoide	
		Patologías psiquiátricas	
		Otras	
		Ninguna	
Tratamiento tópico	Tratamiento tópico indicado	Corticoides tópicos	Cualitativa nominal
		Inhibidores de la calcineurina	
		Análogos de la vitamina D	
Tratamiento sistémico	Tratamiento sistémico suscrito	Corticoides	Cualitativa nominal
		Antioxidantes	

Tratamiento físico	Tratamiento físico suscrito	Fototerapia	Cualitativa nominal
		Láser	
Tratamiento quirúrgico	Tratamiento quirúrgico recibido	Sí	Cualitativa nominal
		No	
Despigmentación (quitar)	Tratamiento suscrito	Sí	Cualitativa nominal
		No	
Camuflaje	Uso de productos correctores	Sí	Cualitativa nominal
		No	
Financiador de salud	Entidad que financia la atención según registro del Servicio	SIS	Cualitativa nominal
		SALUD POL	
		Autofinanciado	

1.2.3. Interrogantes básicas

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendido en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019-2020?

1.2.4 Tipo de investigación

La investigación a realizarse es un estudio: observacional, retrospectivo de corte transversal.

1.2.5 Diseño de investigación

Diseño no experimental.

1.2.6 Nivel de investigación

La investigación es un estudio descriptivo.

1.3. Justificación del problema:

1.3.1 Justificación científica:

El presente trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento de las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del

Hospital Regional Honorio Delgado, centro de referencia de la macrorregión sur y de esta manera ampliar el panorama de esta patología teniendo en cuenta las peculiaridades de dicha población.

1.3.2 Justificación social:

El impacto social en los pacientes con vitíligo es sumamente importante, ya que muchos de ellos presentan baja autoestima por la poca aceptación y falta de conocimiento de la sociedad. Además, que el desconocimiento de los propios pacientes de su enfermedad los lleva a optar por otras medidas no médicas que retrasan el buen manejo y tratamiento oportuno de la enfermedad.

1.3.3 Justificación personal:

Habiendo en la actualidad gran cantidad de pacientes que desconocen su enfermedad y la evolución de la misma, es de mi interés conocer las características propias de los pacientes con vitíligo y su influencia en el desarrollo de la enfermedad, además de brindar datos estadísticos al Servicio de Dermatología y así optimizar el abordaje de dichos pacientes.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. VITILIGO

2.1.1. Definición:

El vitíligo es un desorden pigmentario adquirido crónico de causa aún no bien definida caracterizada por la presencia de manchas acrómicas debido a la pérdida de melanocitos epidérmicos (1,4,8,27,31).

2.1.2. Historia

La referencia más antigua data de 2200 a.C., esta enfermedad ya se mencionaba en el papiro de Ebers. También se describe en la literatura budista y en el Antiguo Testamento. Durante estas épocas se estigmatizó a los pacientes ya que se creía que el vitíligo era una enfermedad contagiosa (lepra) o asociada a brujería (38).

En el Perú antiguamente y en la actualidad, se acuñan términos a ciertas enfermedades y más aún cuando estas se expresan en la piel, y el vitíligo no es la excepción.

2.1.3. Sinónimos del vitíligo en Perú

Frente a la aparición de manchas acrómicas en la piel, muchos en su primera impresión indican que se trata de la muy conocida “Ccara” o “Cara”, “caracha”, “carca”, nombres en quechua, términos más utilizados en la sierra peruana; otros nombres españoles como “cute”, “chimbere”, “imite”, “tiña”, “mancha”, “overía” o “pinta” o también como “sarna negra”, “sarna seca” y lepra, más conocidos de esta manera en la selva del Perú (14).

2.1.4. Epidemiología:

La prevalencia oscila entre 0.5-2% de la población mundial, pero varía dependiendo de la etnicidad y la región (39). Aún en Perú no se ha establecido la incidencia de esta enfermedad.

En países como China y Dinamarca se encontraron prevalencias de 0.093% y 0.38% respectivamente; mientras que en algunas ciudades de la India la prevalencia está alrededor de 8.8% (31).

No se ha hallado relación directa respecto el género, pero se ha evidenciado que las mujeres suelen manifestar la enfermedad a edades más tempranas que los varones (39).

La edad de inicio tiene dos picos, en mujeres a los 6-12 años y en varones a los 13-20 años; es así que la mitad de la población desarrolla la enfermedad antes de los veinte años (18,27).

La historia familiar cumple un rol importante, es así que los familiares de primer grado tienen un riesgo de 6-8% de presentar la enfermedad y los gemelos monocigóticos hasta un 23% (18).

Hasta el momento no se sabe la razón, pero se ha observado que el vitíligo se diagnostica con mayor frecuencia en primavera y verano (64.4%) (31,40).

2.1.5. Fisiopatología:

La fisiopatología de la enfermedad aún no se encuentra del todo dilucidada, pero se han encontrado diferencias significativas dependiendo si se trata de un vitíligo segmentario o no segmentario.

2.1.5.1 Vitíligo no segmentario:

Múltiples son las teorías descritas, principalmente la teoría autoinmune, la melanocitorrágica y el estrés oxidativo (41).

Todo se originaría con el fenómeno de Koebner; tras el trauma se liberan múltiples sustancias conocidas como patrones moleculares asociados al daño (HSP70, S100B); esto se acompaña de defectos de adhesión intrínseca de melanocitos (defecto en la expresión de cadherinas). Esto lleva a un estrés oxidativo: desbalance entre sustancias prooxidantes (superóxido dismutasa, malondialdehído, especies reactivas de oxígeno) y antioxidantes como catalasa glutatión. Todo lo descrito corresponde a la respuesta inmune innata (6).

La inflamación resultante hace que la piel responda liberando múltiples células T citotóxicas y autoanticuerpos específicos para melanocitos mientras disminuyen las células T reguladoras (Treg)(42).

Adicionalmente a los factores inmunológicos/inflamatorios descritos hay una alteración en la proliferación, migración y diferenciación de los melanocitos. Se han estudiado varias vías, siendo la vía WNT la más importante (43).

2.1.5.2. Vitíligo segmentario:

La fisiopatología difiere del vitíligo no segmentario ya que en la presentación de este tipo solo hay una afectación focal de melanocitos. Por la afectación dermatomal se cree que es secundario a un mecanismo neural, así como mosaicismos somáticos. Los mecanismos autoinmunes e inflamatorios no se han podido descartar por completo (4,44).

2.1.6. Manifestaciones clínicas

La presentación clínica clásica son manchas totalmente amelanóticas rodeadas de piel normal. Las lesiones pueden ser redondas, ovales, irregulares o lineales; sus bordes suelen ser convexos, su tamaño oscila de pocos milímetros a varios centímetros (44,45). En los fototipos bajos, las lesiones pueden ser muy sutiles mientras que en pieles oscuras las lesiones son evidentes. El vitíligo suele ser asintomático, pero a veces el prurito puede presentarse como signo de actividad (46).

Puede localizarse en cualquier zona corporal, pero suele tener predisposición por sitios relativamente hiperpigmentarios (cara, dorso de manos, axila, ombligo, pezones, genitales, zona sacra e inguinal) (4,31).

El vitíligo facial típicamente ocurre alrededor de los orificios (peribucal y periocular) mientras que, en extremidades, predomina en codos, rodillas, dedos, muñecas y zona pretibial (31).

La leucotriquia asociada oscila entre 10 a 60%. En cuero cabelludo el vitíligo se presenta como parches blanquecinos (poliosis) (16).

Se pueden encontrar algunas variantes clínicas como el vitíligo ponctué, vitíligo inflamatorio, tricrómico, cuadricrómico y pentacrómico (2).

Se reconocen diversas clasificaciones, siendo la más aceptada la propuesta en la Conferencia Internacional de Células pigmentarias desarrollada en el año 2011 (18,36,47).

Vitíligo no segmentario:

- Acrofacial
- Mucoso (más de una localización)
- Generalizado
- Universal
- Mixto
- Variantes raras

Vitíligo segmentario:

- Unisegmentario
- Bisegmentario
- Plurisegmentario

Vitíligo no clasificado o indeterminado:

- Focal
- Mucoso (sitio aislado)

2.1.7. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico es inminentemente clínico, pero es de mucha ayuda la utilización de la lámpara de Wood principalmente en los pacientes con fototipos bajos (19,31,48).

El diagnóstico diferencial es amplio, entre las tantas enfermedades tenemos: pitiriasis alba, pitiriasis versicolor, halo nevus, nevus despigmentoso, nevus anémico, liquen estriado, hipopigmentación macular progresiva, piebaldismo, micosis fungoide hipopigmentada y las leucodermas químicas/ocupacionales (31,38).

En cuanto a la población pediátrica, se puede diferenciar el vitíligo no segmentario de otras lesiones como las lesiones congénitas (albinismo, piebaldismo, esclerosis tuberosa), causas post inflamatorias (despigmentación química, psoriasis, dermatitis atópica, pitiriasis alba, pitiriasis rosada, sarcoidosis, dermatitis seborreica, hipopigmentación post inflamatoria), causas infecciosas (hipomelanosis macular progresiva, tiña versicolor, tiña incógnita). De igual modo el vitíligo segmentario se puede diferenciar del nevus hipocrómico (27).

Según la historia de la Dermatología, los primeros años en los que se hablaban de estos términos, fue en agosto de 1983, donde Sáenz, Grau y Triana y Armenteros descubrieron el Mal de Pinto en México,

producido por el *Treponema carateum*. Esta enfermedad se caracterizaba por presentar lesiones hiperqueratósicas y tener una evolución particular (14,15).

El Mal de Pinto fue descrito en tres etapas; la lesión inicial también llamada “Chancro pintoso”, esta coincidía con el periodo de incubación (60 días), era una mancha rosada, puntiforme que posteriormente se tornaba a pápula rosada ovalada con descamación furfurácea, adquiriendo un aspecto psoriasiforme (15).

En el segundo periodo se hablaba de las “pintides” que hacían su aparición después de 6 meses de las lesiones iniciales, estas se volvían discrómicas. Cabe mencionar que, en este punto de evolución de la enfermedad, se podía diferenciar esta con las lesiones de sífilis, lepra, ictiosis, eczema, etc. Las “pintides” adquirían características como bordes irregulares, ser manchas eritemato escamosas, blanquecinas o acrómicas (14).

El tercer y último periodo evaluaba las lesiones tardías, donde había una dermatosis generalizada, las manchas eran acrómicas y simétricas. Es así que podía tratarse en muchos casos realmente de las lesiones características del vitíligo (14,15).

En Perú Garcilazo de La Vega hizo mención de estas lesiones, como consecuencia del veneno que utilizaban los indios contra sus enemigos para lastimarlos en sus cuerpos y rostros, y todos aquellos que los veían sentían lástima por su condición. Fue así que, durante el siglo XVII, tanto en Perú como en México, se utilizó el mercurio o mezclas de látex de higuera, limón y aceite de oliva como tratamiento efectivo para estas manchas acrómicas (14).

En 1898, el Dr. A. Espinoza realizó una publicación sobre la Pinta, donde proponía un nuevo nombre: Sapo psoriasis, ya que suponía que dermatosis semejantes se observaban en perros alimentados con sapos (15).

2.1.8. Asociaciones

El vitíligo (principalmente vitíligo no segmentario) se ha asociado a varias enfermedades autoinmunes tanto dermatológicas (alopecia areata, dermatitis atópica) (49) como sistémicas (diabetes mellitus, anemia perniciosa, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Addison, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, esclerodermia, psoriasis y con mayor asociación a patologías tiroideas) (23).

La asociación con enfermedad tiroidea ha sido fuertemente estudiada encontrándose positividad para antiTPO y antiTG hasta en un 31.4% (43). También se describe asociación con cáncer de tiroides (39,50,51)

Por otra parte se ha encontrado mayor prevalencia de alteraciones auditivas (20%) y oculares (40%) (52).

Estudios recientes han encontrado relación entre esta enfermedad y niveles alterados de vitamina D (53), vitamina C, ácido fólico, vitamina B12 (54), Zinc, Selenio (48), homocisteína (55), entre otros.

2.1.9. Tratamiento

Actualmente existen numerosas opciones terapéuticas, pero aún no se ha encontrado la cura. Antes de iniciar el tratamiento debemos tener en cuenta que el inicio en la niñez, duración de la enfermedad mayor a 3 años, compromiso de más del 30% de la superficie corporal total y la presencia de enfermedad progresiva suelen tener peor pronóstico si no se inicia el tratamiento tempranamente (4,56).

Mientras que aquellos con inicio reciente de la enfermedad, de fototipos oscuros y con lesiones localizadas en cara, cuello y tronco tendrán mejor respuesta (57).

El tratamiento incluye medidas generales, como evitar traumatismos y una adecuada fotoprotección (58), de la mano con el tratamiento específico que incluye el tratamiento médico, físico y quirúrgico (6,38). Cabe mencionar que la combinación de terapias suelen tener mayor éxito de repigmentación que la utilización de monoterapia (56).

Los objetivos generales son prevenir la destrucción de los melanocitos y proveer mediadores que estimulen el crecimiento y proliferación de melanocitos (6,27).

a) Tratamiento tópico

- Corticoides:

Son el tratamiento de primera línea, son los más efectivos en monoterapia y tienen los mejores resultados combinados con terapia lumínica; por su efecto antiinflamatorio detienen la progresión e inducen la repigmentación. Por sus efectos secundarios, su uso no puede ser indefinido (29).

Actualmente no se poseen protocolos establecidos para el tratamiento del vitíligo, pero múltiples estudios como uno realizado en Madagascar demostró que al combinar corticoide tópico como la crema de propionato de clobetasol al 0,05%, vitamina C oral y B12, y la supresión de microtraumas tuvo una excelente repigmentación de las lesiones del vitíligo, ya que en ese país la fototerapia, el injerto de piel o el trasplante de melanocitos y el láser no se encuentran disponibles (29).

Según el Consenso Europeo de Dermatología, el uso de corticoides tópicos es menos eficaz para las lesiones extrafaciales. Cuando se usa a corto plazo, los corticoides tópicos parecen ser tratamiento seguro y eficaz tanto para niños como para adultos (29,56,57).

- Inhibidores de calcineurina:

Los principalmente usados son tacrolimus y pimecrolimus por sus efectos inmunomoduladores, disminuyendo la actividad de las células T y producción de citoquinas pro inflamatorias como los factores de necrosis tumoral, así como promoviendo la migración de melanocitos (56). Debido a su eficacia comparable con los corticoides y la ausencia de efectos

colaterales, pueden utilizarse por periodos prolongados. Se ha visto buena respuesta cuando se asocia a fototerapia (20).

- **Análogos de la vitamina D3:**

El más utilizado es el calcipotrieno por sus efectos inmunomoduladores, activación de melanocitos, además de incremento de la actividad de la tirosinasa; su eficacia es inferior a los corticoides tópicos por lo que su uso es limitado. No hay estudios suficientes que respalden su uso concomitante con fototerapia (26,57).

b) Tratamiento sistémico:

- **Corticoides:**

Se conocen estudios desde el año 2020 donde se amplía el conocimiento del uso de corticoides sistémicos dentro de la terapia del vitíligo, Pasricha et al. En la India notificó que los corticoides sistémicos podrían detener la enfermedad, mas no ser tan efectivo repigmentando las lesiones en pacientes con vitíligo estable (56).

Se emplean varios esquemas: uso continuo de bajas dosis, pulsos de dosis altas o los minipulsos. Los mini pulsos de dexametasona son los más utilizados, a dosis que van de 2.5 a 10 mg por dos días consecutivos por semana, por 3 a 6 meses, han logrado detener la progresión hasta un 88% (56,57).

- **Antioxidantes:**

Su uso tendría un rol de protección de destrucción de los melanocitos por especies reactivas de oxígeno (29). Se utilizan la vitamina E, zinc (3), vitamina D (50-53), vitamina C, vitamina B12, ácido alfalipoico, ginko biloba, polipodyum leucotomos, entre otros (58).

c) Tratamiento físico:

- Fototerapia

El mecanismo exacto de acción no está bien definido, se cree tendría un efecto inmunosupresor y estimulador de melanocitos (58).

La luz ultravioleta de banda estrecha (311nm) ha demostrado ser superior a la luz ultravioleta A, por lo que el uso de esta última ha quedado relegado. Las tasas de repigmentación usando únicamente Narrow Band UVB (NB UVB) va de 41.6 a 100%, estos valores pueden mejorar aún más si se combinan con otros tratamientos (corticoides o inhibidores de calcineurina) (20).

- Terapia láser:

El láser excimer monocromático (308nm) cuando se usa como monoterapia puede repigmentar hasta en un 75%, se prefiere su utilización en pacientes de fototipos altos y asociándolo a otros tratamientos (54).

Wu et al. Concluyó que al igual que la fototerapia, los láseres excimer pueden considerarse una opción para los pacientes con vitíligo, y el costo no debería ser inconveniente (57).

d) Tratamiento quirúrgico

Es una opción terapéutica para pacientes en los que no respondieron a otros tratamientos. Se realiza en pacientes con vitíligo estable (no progresión por 1 a 2 años). Se realiza un trasplante de pigmento celular ya sea mediante injerto celular o tisular produciendo así transferencia de melanocitos para su posterior proliferación y migración (38,57).

Como se mencionó, la utilización de múltiples terapias, poseen mejores resultados, lo ideal es realizar el trasplante de pigmento después de 3 a 4 semanas de fototerapia (58).

En la actualidad este tipo de terapia no es tan utilizado, ya sea porque se obtienen buenos resultados con corticoides tópicos e inhibidores de calcineurina o por negativa del propio paciente.

e) Despigmentación:

Cuando el vitíligo es extenso (más del 60%) o desfigurante (cara o cualquier zona visible), no responde al tratamiento o los pacientes quienes la padecen poseen fototipos altos (V o VI) donde la diferencia de coloración es más desfigurante (59), se opta por despigmentar la piel sana utilizando monobenzona etil éster, hidroquinona o terapia laser (Q-switched ruby laser y Q-switched alexandrite laser) (53).

Al utilizar este tratamiento, debe evitarse la exposición al sol pues entorpece la despigmentación, los resultados pueden comenzar a verse después de 1 a 4 meses de uso de 2 a 3 veces al día, pero si después de este lapso de tiempo no hay cambios significativos, debe suspenderse el uso de monobenzona etil (57).

f) Camuflaje:

Está indicado en todo tipo de pacientes por crear una apariencia cosmética agradable.

Puede ser temporal como el maquillaje ordinario, semipermanente (bronceado) o permanente (tatuajes). Estos últimos deben evitarse por el riesgo de generar el fenómeno de Koebner.

2.1.10. Calidad de vida

Es sabido que todo tipo de afección cutánea posee un impacto en la calidad de la vida del paciente, produce alteración en múltiples ámbitos, incluido el ámbito psicosocial, definido como la relación de factores sociales con los pensamientos y el comportamiento de un individuo(21). Es importante considerar que una correcta evaluación del impacto psicosocial de la enfermedad en el paciente ayuda a dirigir el tratamiento de los dermatólogos (8).

El vitíligo es un desorden con alto impacto en la calidad de vida de los pacientes debido a que se altera la autopercepción y autoestima, esto añadido al rechazo social.

Al igual que enfermedades dermatológicas como el acné y psoriasis, el vitíligo, produce alteración en la estética del paciente y más de un tercio de los pacientes han experimentado algún síntoma depresivo (38); algunas de las comorbilidades psiquiátricas asociadas son la ansiedad; depresión, como se pudo observar en estudios realizados en Singapur, donde la depresión estaba presente en el 16,2% de los pacientes con vitíligo basado en la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos, también los pacientes presentan fobia social, sentimientos de estigmatización e ideación de autolesiones y suicida (8,10).

Según un estudio realizado por Talsania et al, el 75% de los pacientes que presentaron lesiones del vitíligo en cara y manos, regiones muy visibles; la mayoría de ellos creían que esta diferencia visible del color en cara y manos eran las más desfigurantes y presentaban un profundo efecto sobre su autoestima. Muchos pacientes evitaron actividades con exposición significativa al sol, como nadar, en para prevenir quemaduras solares en estas áreas. También hubo casos de estudiantes con vitíligo que se vieron obligados a retirarse de eventos escolares organizados por las burlas que experimentaban en la escuela (8,9,32).

En otro grupo etario de pacientes, como es el caso de pacientes de Arabia Saudita, aquellos que se casaron, tanto la calidad de vida y

estabilidad de las relaciones eran más bajas en comparación con los pacientes que no tenían vitíligo (9).

Actualmente se cuentan con diversas escalas que miden la calidad de vida de estos pacientes, tales como: VitiQol en Chicago, el Vitíligo impact scale-22 (VIS-22) en India y el Vitíligo Life Quality Index (VIQI) en Turquía (53).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local:

1. **Autor:** Peña Santa Cruz, Vivian Zoraida

Título: Calidad de vida relacionada al vitíligo en pacientes del Servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2018.

Revista: Repositorio de tesis UCSM

Resumen: Antecedentes: Las enfermedades cutáneas crónicas pueden producir alteración de la calidad de vida por alteración en la apariencia estética. Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada al vitíligo en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2018. Métodos: Se encuestó una muestra de 30 pacientes con vitíligo, realizando una evaluación clínica y la aplicación del cuestionario VitiQoL para valorar la afectación de su calidad de vida. Se asocian variables mediante prueba chi cuadrado.

Cita Vancouver: Peña Santa Cruz VZ. Calidad De Vida Relacionada Al Vitíligo En Pacientes Del Servicio De Dermatología Del Hospital Honorio Delgado De Arequipa. Univ Católica St María. 2018;(1):51–78.

A nivel nacional:

1. **Autor:** Limache Pacori, Marylu

Título: Perfil epidemiológico y manifestaciones clínicas de pacientes con vitíligo. Hospital III Juliaca – EsSalud 2014-2015

Revista: Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

Resumen: OBJETIVO. Describir el perfil epidemiológico y las características clínicas de los pacientes con vitíligo que acuden a la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca EsSalud. 2014 – 2015. METODOLOGÍA. Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico confirmado de vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca durante el periodo de febrero 2014 a marzo 2015.

Cita en Vancouver: Limache Pacori, M. Perfil Epidemiológico Y Manifestaciones Clínicas De Pacientes Con Vitíligo Hospital III Juliaca – Essalud 2014-2015. Repositorio Académico USMP. Weblog. [Online]

2. **Autor:** Milagros Mary Pérez Peralta

Título: Perfil clínico y epidemiológico del vitíligo Enero- Diciembre, 2013

Revista: Revista de la Facultad de Medicina Humana

Resumen: Objetivo: Determinar el perfil clínico y epidemiológico del vitíligo en los pacientes del Servicio de dermatología del Hospital María Auxiliadora de Enero a diciembre 2013. Material y métodos: Se ha realizado un estudio Observacional, Descriptivo, retrospectivo, transversal. Los datos recolectados se obtuvieron de los pacientes que acudieron al consultorio del Servicio de Dermatología del Hospital María Auxiliadora con diagnóstico de vitíligo en el periodo enero a diciembre del 2013. Posteriormente los datos se procesaron en una ficha de datos, luego se digito en Microsoft Excel y por último se procedió a utilizar el programa SPSS v20 para el análisis estadístico.

Cita en Vancouver: Pérez, M. Perfil clínico y epidemiológico del vitíligo Enero- Diciembre, 2013. Rev Fac Med Hum. 2016;16 (1): 15-19.

A nivel internacional:

1. Autor: Mauricio Salinas-Santander y Celia Sánchez-Domínguez

Título: Vitíligo: factores asociados con su aparición en pacientes del noreste de México

Revista: Revista Dermatológica de México

Resumen: Antecedentes: el vitíligo es un trastorno de la piel que se distingue por la aparición de zonas de despigmentación. Su prevalencia es de 0.1 a 2% en la población mundial; sin embargo, varía entre los diferentes grupos étnicos. Se ha propuesto una serie de teorías para explicar su origen, pero aún no se establece su causa de manera precisa, se asocia con diferentes factores genéticos y ambientales que muestran una interacción compleja.

Cita en Vancouver: Salinas-santander , M, Cantú-salinas , C, Ocampo-garza , J, Sánchez-domínguez , C, Cerda-flores , R. Factores asociados con su aparición en pacientes del noreste de México. Dermatología Rev Mex. 2014;58(3): 232-238.

2. Autor: Malieni D.

Título: Guía de Práctica Clínica: Manejo del vitíligo

Revista: Actualización en la Práctica Ambulatoria-Argentina

Resumen: El vitíligo, caracterizado por máculas acrómicas de distribución localizada o generalizada, tiene una prevalencia de 0,1-2%. Su etiología es desconocida y el diagnóstico es generalmente clínico. Se asocia a enfermedades autoinmunes (como tiroiditis de Hashimoto y enfermedad de Graves) y a la afección de órganos que contienen melanocitos (uveítis e hipoacusia neurosensorial). La enfermedad afecta la calidad de vida. El objetivo del tratamiento es estabilizar el proceso de despigmentación y recuperar el pigmento de las lesiones (repigmentacion promedio del 70-75%).

Cita en Vancouver: Malieni D. Manejo del vitiligo. Guía de Práctica Clínica. Evid. actual. páct. ambul. 9(2);58-60. Mar-Abr 2006

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado durante los años 2019 y 2020.

4.2. Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de presentación según la edad, sexo, procedencia y ocupación de los pacientes con vitíligo.
- Identificar las comorbilidades de mayor prevalencia.
- Indicar la presencia de antecedentes familiares relevantes.
- Establecer la edad de inicio de enfermedad, así como el tiempo en acudir a consulta.
- Identificar la frecuencia de tipos de vitíligo.
- Determinar los tratamientos empleados.

5. HIPÓTESIS:

No hay hipótesis porque se trata de un estudio descriptivo.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Se realizó revisión documental.

1.2. Instrumento

Se utilizó una ficha de recolección de datos.

1.3. Estructura del instrumento

Variables	Indicadores y subindicadores	Técnicas e Instrumentos	Estructura del Instrumento
Edad	Años	Ficha de recolección de datos del registro	1
Sexo	Masculino Femenino	Ficha de recolección de datos del registro	2
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Conviviente	Ficha de recolección de datos del registro	3
Ocupación	Estudiante Desempleado Trabajador dependiente Trabajador Independiente Jubilado	Ficha de recolección de datos del registro	4
Procedencia	Arequipa Otro	Ficha de recolección de datos del registro	5
Fototipo	I II III IV V VI	Ficha de recolección de datos del registro	6
Tipo de vitíligo	Segmentario No segmentario Indeterminado	Ficha de recolección de datos del registro	7

Edad de inicio de la enfermedad	0-10 años 11-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Más de 60 años	Ficha de recolección de datos del registro	8
Tiempo de enfermedad	< 1 año 1-5 años 6-10 años Más de 10 años	Ficha de recolección de datos del registro	9
Tiempo que demoró en acudir al consultorio	< 1 año 1-5 años 6-10 años Más de 10 años	Ficha de recolección de datos del registro	10
Comorbilidades	Enfermedad tiroidea Hipertensión arterial Diabetes mellitus II Artritis Reumatoide Patología psiquiátrica Otras	Ficha de recolección de datos del registro	11
Antecedentes familiares	Sí No	Ficha de recolección de datos del registro	12
Tratamiento Tópico	Corticoides Inhibidores de calcineurina Análogos de vitamina D Psoralenos	Ficha de recolección de datos del registro	13
Tratamiento sistémico	Corticoides Antioxidantes	Ficha de recolección de datos del registro	14
Tratamiento físico	Fototerapia Láser	Ficha de recolección de datos del registro	15
Tratamiento quirúrgico	Sí No	Ficha de recolección de datos del registro	16

Despigmentante	Sí No	Ficha de recolección de datos del registro	17
Camuflaje	Sí No	Ficha de recolección de datos del registro	18
Financiador de salud	EsSalud Salud Pol Autofinanciado	Ficha de recolección de datos del registro	19

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó durante los meses de abril y mayo del año 2021 con los pacientes registrados durante los años 2019 y 2020.

2.3. Unidades de estudio

Registro de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.4. Criterios de selección

2.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes registrados con el diagnóstico de vitíligo que cuenten con todos los datos requeridos para el estudio.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con datos incompletos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se realizó la coordinación con la oficina de Capacitación e Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado y la Jefatura del Servicio de Dermatología, para obtener la autorización para el desarrollo del estudio.
- Con los permisos brindados, se tuvo acceso al registro de los pacientes con vitíligo del Servicio de Dermatología, se seleccionaron aquellos pacientes que cumplían los criterios de selección.
- Se traspasó manualmente a una ficha de datos, la cual se organizó en una base de datos para su interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora: Jessica Jennifer, Luque Guevara
- Asesor: Dra. Anadela Laura Vilca de Poémape

b) Materiales

- Registro de pacientes con vitíligo del Servicio de Dermatología.
- Ficha de recolección de datos.
- Laptop con Sistema Operativo Windows 10.
- Material de escritorio.

c) Económicos

Autofinanciado

3.3. Validación de instrumentos

No se requirió validación por ser una ficha de recolección de datos.

4. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento

Los datos del registro del Servicio de Dermatología fueron manualmente traspasados a las fichas de recolección (**ANEXO N°1**) y tabulados posteriormente en Excel 2019 para su análisis e interpretación.

4.2. Plan de clasificación

Se utilizó una matriz de sistematización de datos, los cuales fueron obtenidos de cada ficha, seguido de la tabulación en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019.

4.3. Plan de codificación

Se codificaron los datos según los indicadores en escalas continuas y categóricas.

4.4. Plan de recuento

Fue de manera electrónica, a través de la matriz elaborada con el programa Microsoft Excel 2019. (**ANEXO N°2**)

4.5. Plan de análisis

Para el análisis descriptivo se utilizó las medidas de tendencia central, para las variables cualitativas se hallaron las frecuencias absolutas a través de porcentajes.

Las tablas y gráficos fueron elaborados con el programa Microsoft Excel 2019.

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	JUN 20	AGO 20	SET 20	OCT 20	NOV 20	DIC 20	MAR 21	ABR 21	MAY 21
1. Elección del tema									
2. Revisión bibliográfica									
3. Sistematización de Referencias bibliográficas									
4. Redacción del proyecto									
5. Aprobación proyecto de tesis por Asesor de tesis									
6. Aprobación del dictaminador									
8. Ejecución									
9. Análisis e interpretación									
10. Informe final									



CAPÍTULO III RESULTADOS

RESULTADOS

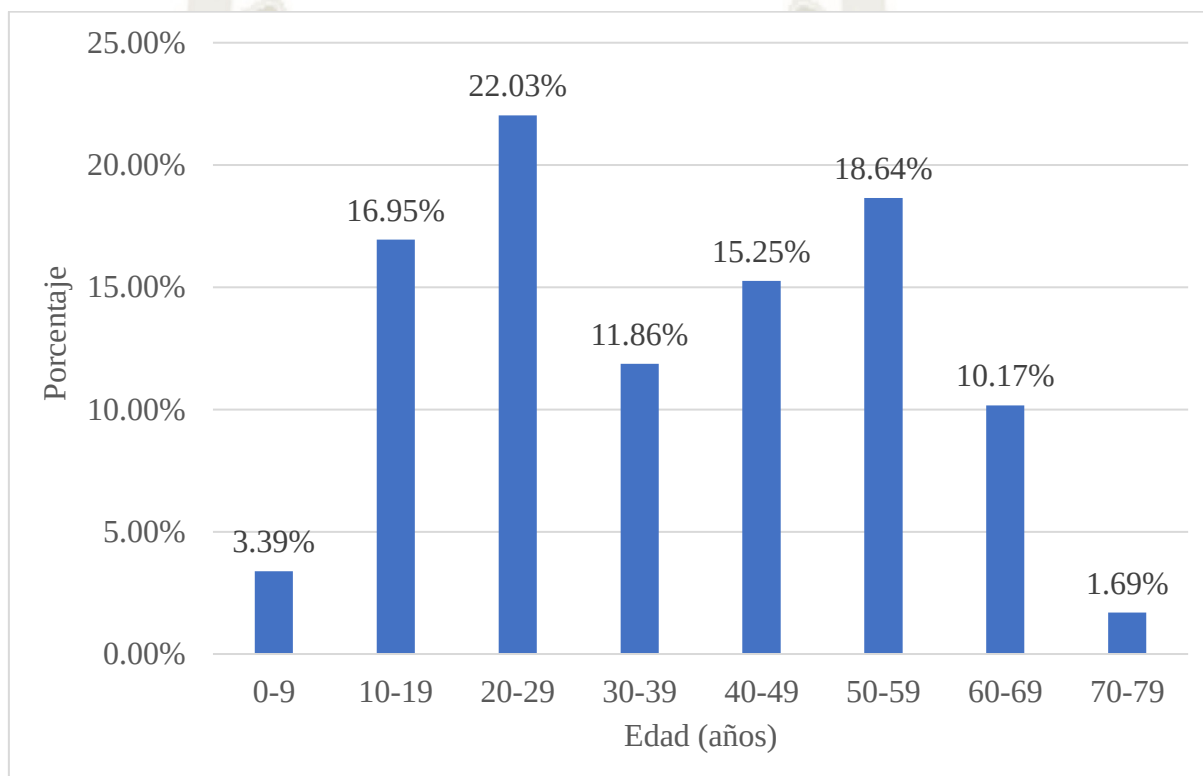
TABLA N° 1

**EDAD DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2019-2020**

EDAD (AÑOS)	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
0-9	2	3.39%
10-19	10	16.95%
20-29	13	22.03%
30-39	7	11.86%
40-49	9	15.25%
50-59	11	18.64%
60-69	6	10.17%
≥70	1	1.69%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON VITILIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



La tabla N°1 y Gráfico N°1 muestran que, de los 59 pacientes estudiados, el mayor porcentaje pertenece al grupo de adultos jóvenes (20-29 años) con un 22.03%, seguido de los pacientes con edades entre 50 a 59 años (18.64%); por otro lado, el rango de menor frecuencia fueron los niños menores de 10 años (3.39%) y los adultos mayores cuyas edades oscilaron entre 70 y 80 años (1.69%).

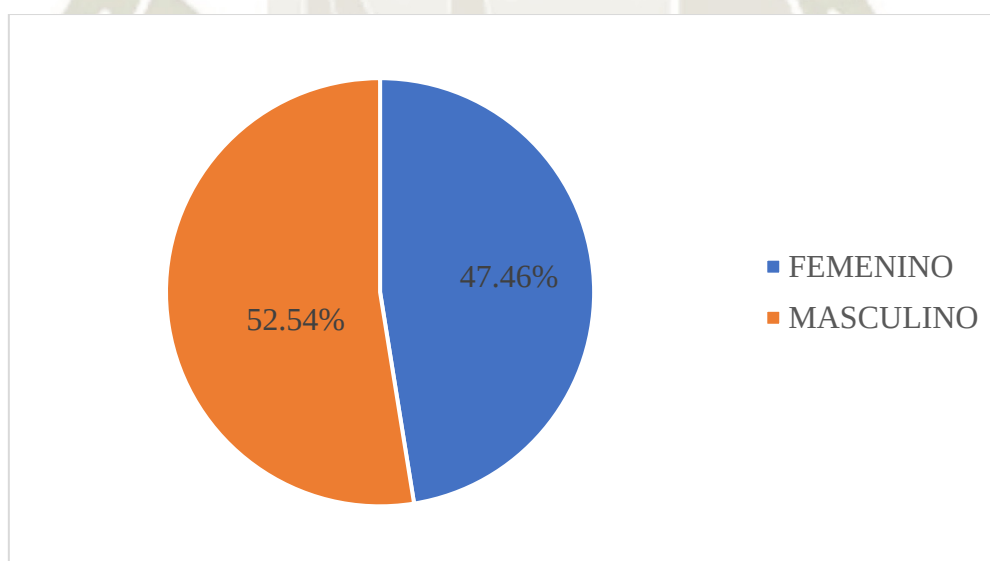
TABLA N°2

**SEXO DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2019-2020**

GÉNERO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Femenino	28	47.46%
Masculino	31	52.54%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N° 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**



Según la Tabla N°2 y Gráfico N°2, de la totalidad de pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, la distribución en cuanto al sexo tuvo una diferencia muy discreta, siendo los pacientes masculinos los más afectados, con un 52.54% versus 47.46% en las mujeres.

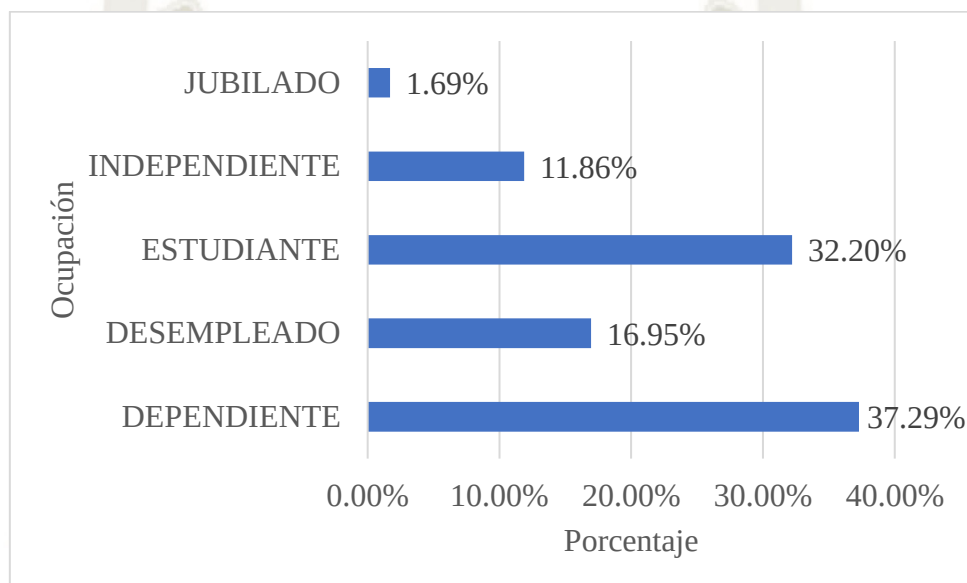
TABLA N°3

**OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

OCUPACIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dependiente	22	37.29%
Desempleado	10	16.95%
Estudiante	19	32.20%
Independiente	7	11.86%
Jubilado	1	1.69%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



A través de la Tabla N°3 y Gráfico N°3, dentro de la ocupación de los 59 pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, el mayor porcentaje (49.15%) trabajaban ya sea de manera dependiente o independiente, seguido del 32.20% conformados por estudiantes.

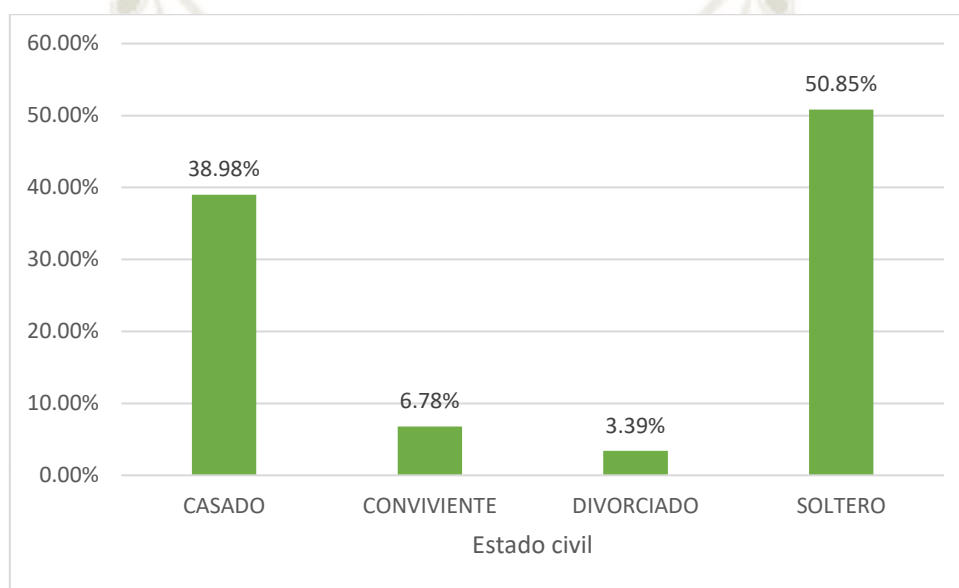
TABLA N°4

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

ESTADO CIVIL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Casado	23	38.98%
Conviviente	4	6.78%
Divorciado	2	3.39%
Soltero	30	50.85%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020

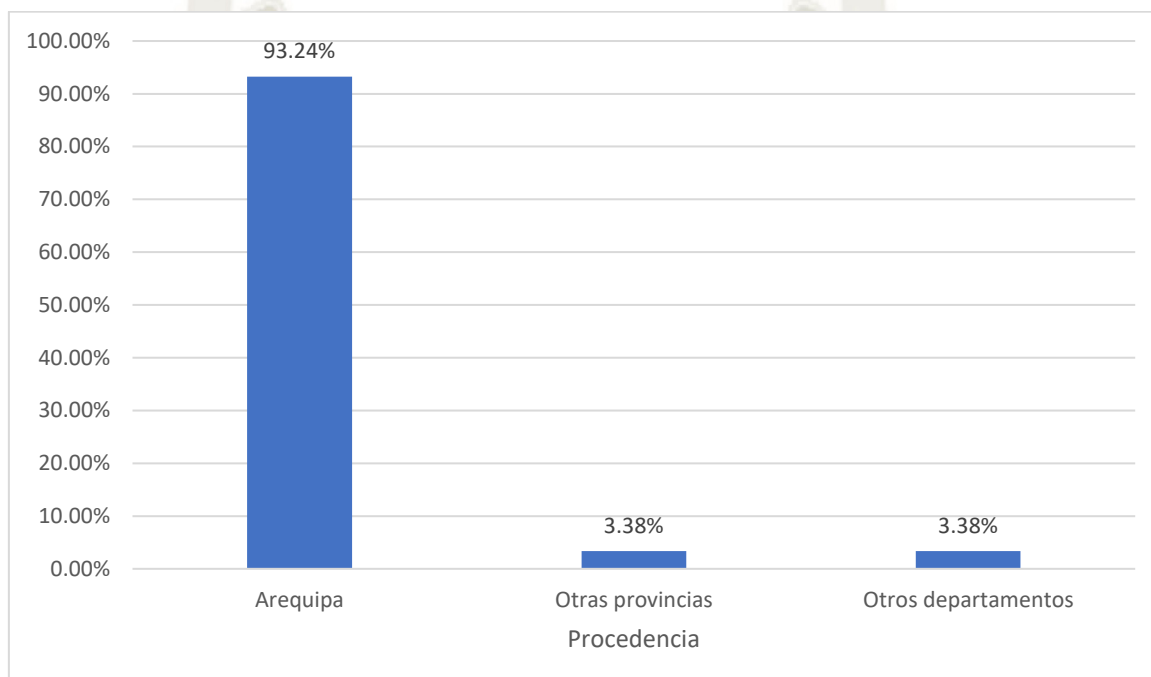


Según la Tabla N°4 y Gráfico N°4, de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, el 50.85% fueron solteros, seguido del 45.76% de pacientes que presentaban una pareja, mientras el 3.39% eran divorciados.

TABLA N°5

**PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

PROCEDENCIA		N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Arequipa	Cercado	12	20.34%
	Paucarpata	7	11.86%
	José Luis B. y Rivero	8	13.56%
	Otros	28	47.48%
Otras provincias	Caylloma	1	1.69%
	Condesuyos	1	1.69%
Otros departamentos	Cusco	1	1.69%
	Puno	1	1.69%
TOTAL		59	100%

GRÁFICO N°5
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON
VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**


La Tabla N°5 y Gráfico N°5 muestran que los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado provenían en un 93.24% (55 pacientes) de la provincia de Arequipa siendo los distritos de mayor afluencia los pacientes de Cercado (20.34%), José Luis Bustamante y Rivero (13.56%) y Paucarpata (11.86%). En su minoría, cuatro pacientes (6.76%) procedían de otras provincias o departamentos (Caylloma, Condesuyos, Cusco y Puno).

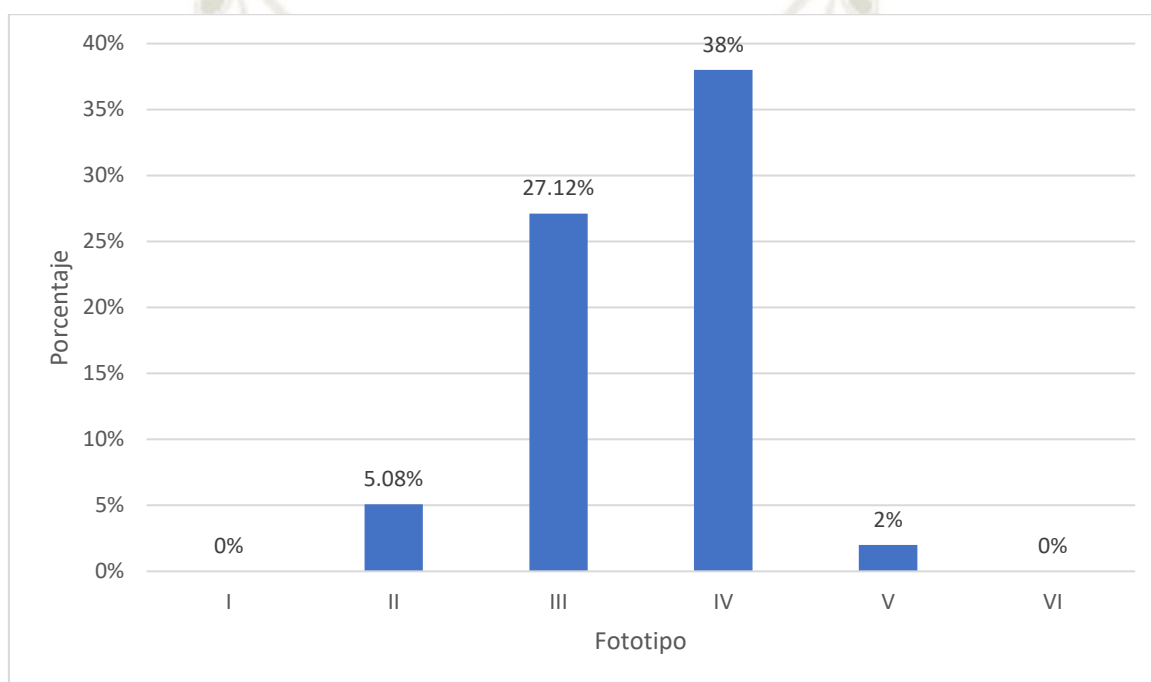
TABLA N°6

**FOTOTIPO DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

FOTOTIPO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	0	0%
II	3	5.08%
III	16	27.12%
IV	38	64.41%
V	2	3.39%
VI	0	0%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FOTOTIPO DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



Se muestra a través de la Tabla N°6 y Gráfico N°6 que los fototipos predominantes en los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado fueron los fototipos III y IV (91.53%), seguidos por los prototipos II (5.08%) y V (3.39%). No se registró ningún paciente con fototipo I ni VI.

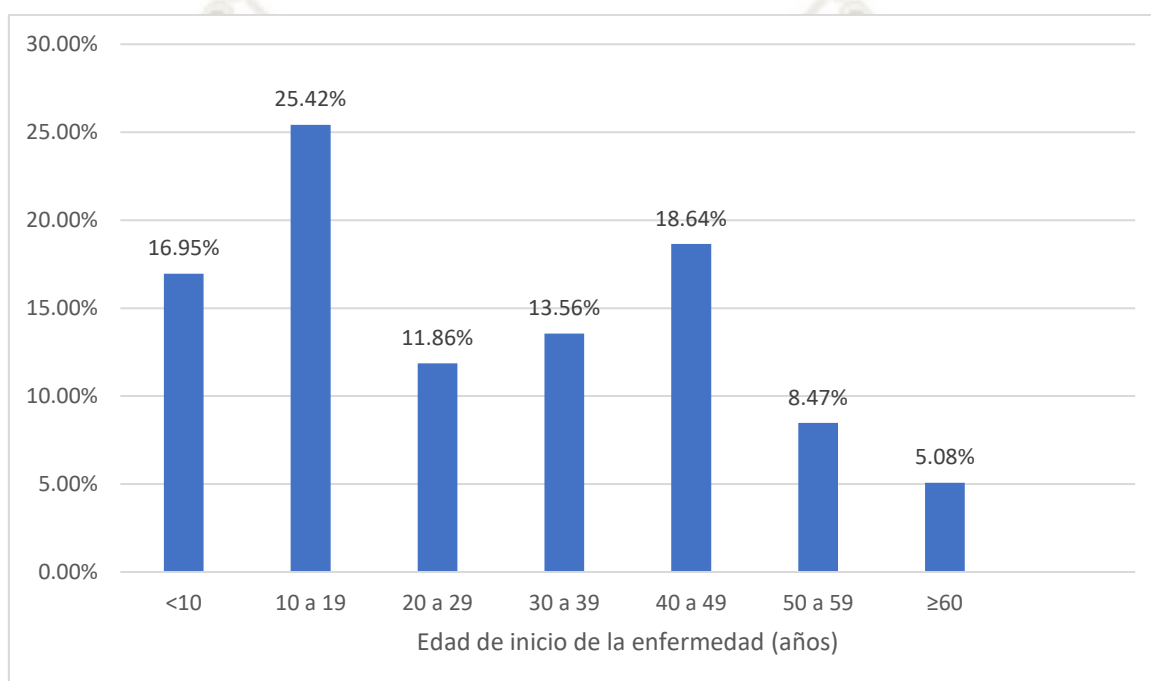
TABLA N°7

**EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON
VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

EDAD DE INICIO DE ENFERMEDAD (AÑOS)	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
0-9	10	16.95%
10-19	15	25.42%
20-29	7	11.86%
30-39	8	13.56%
40-49	11	18.64%
50-59	5	8.47%
≥60	3	5.08%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



Con la Tabla N°7 y Gráfico N°7 se evidencia que de los 59 pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, en su gran mayoría iniciaron la enfermedad antes de los 20 años (25.42% de 10 a 19 años y 16.95% menores de 10 años), seguido de los pacientes con edades entre 40-49 años (18.64%); y en menor proporción los pacientes debutaron luego de los 50 años (13.55%).

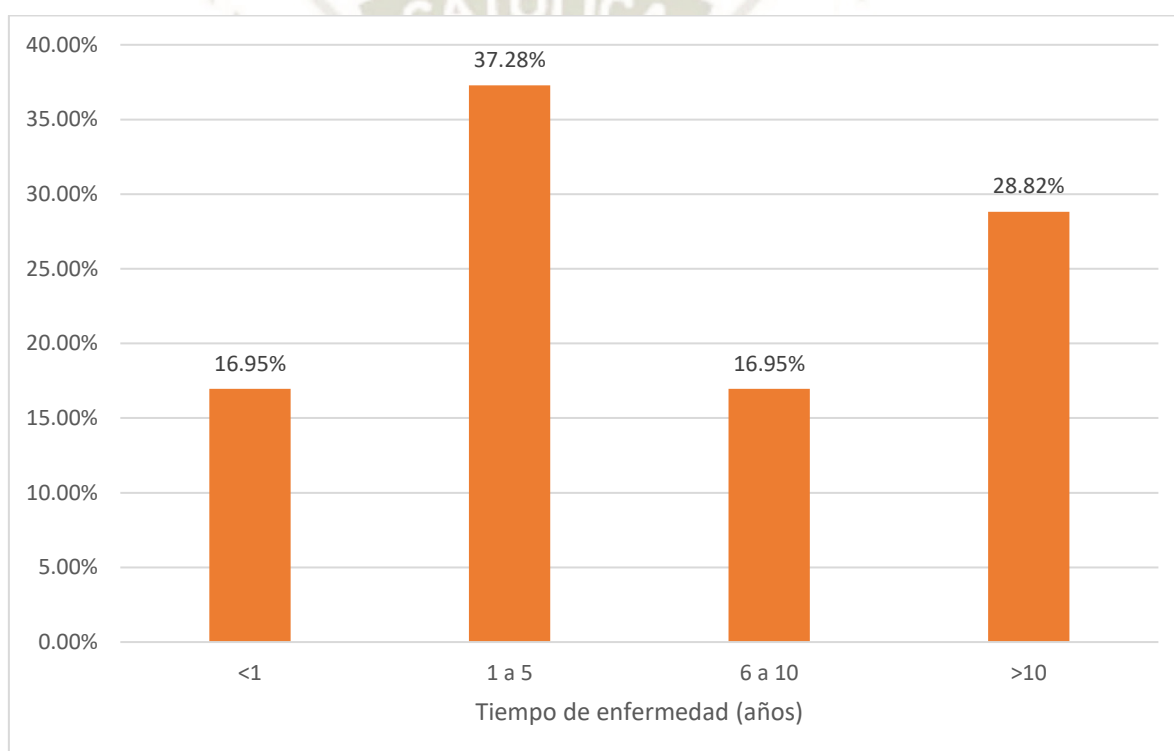
TABLA N°8

**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

TIEMPO DE ENFERMEDAD (AÑOS)	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
<1	10	16.95%
1-5	22	37.28%
6-10	10	16.95%
>10	15	28.82%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



En la Tabla N°8 y Gráfico N°8, muestran que dentro de la totalidad de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, la mayor parte de pacientes presentó un tiempo de enfermedad menor a 10 años (71.18%) a comparación de aquellos que padecían la enfermedad por más de 10 años (28.82%).

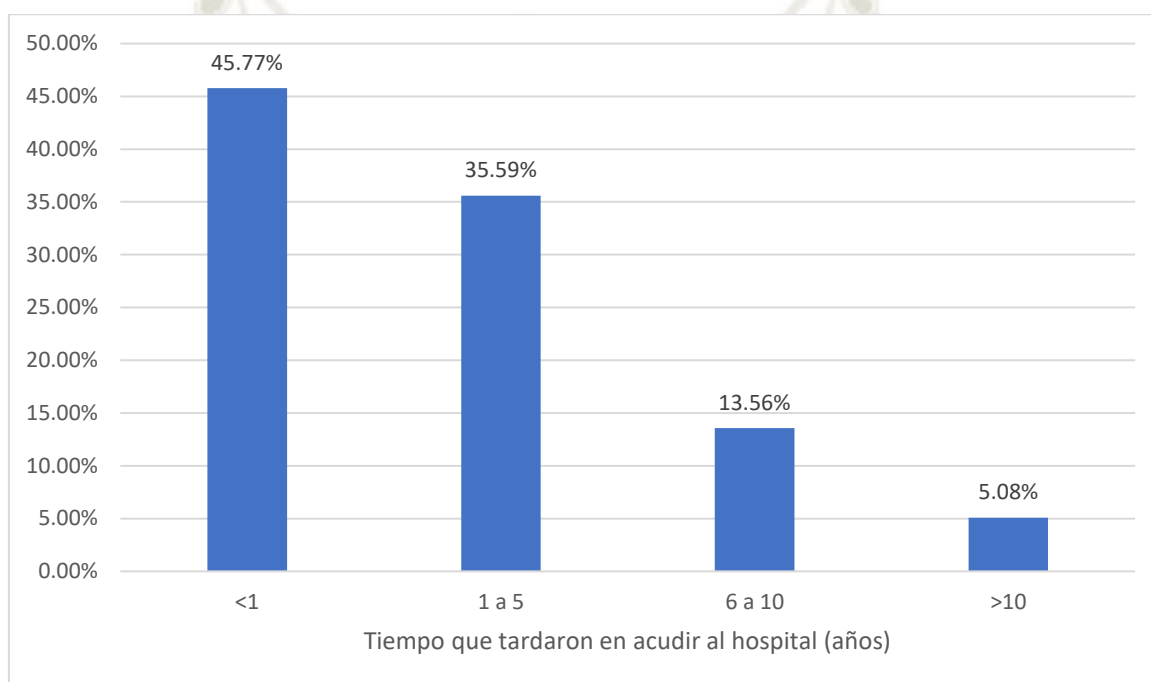
TABLA N°9

**TIEMPO QUE TARDARON LOS PACIENTES CON VITÍLIGO EN ACUDIR
AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

TIEMPO QUE TARDARON EN ACUDIR AL HOSPITAL (AÑOS)	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
<1	27	45.77%
1-5	21	35.59%
6-10	8	13.56%
>10	3	5.08%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°9

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO QUE TARDARON LOS PACIENTES CON VITÍLIGO EN ACUDIR AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



La Tabla N°9 y Gráfico N°9 muestran que la mayoría de pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado acudieron en los primeros meses de la enfermedad (45.77%) seguido de aquellos que tardaron de 1 a 5 años (35.59%).

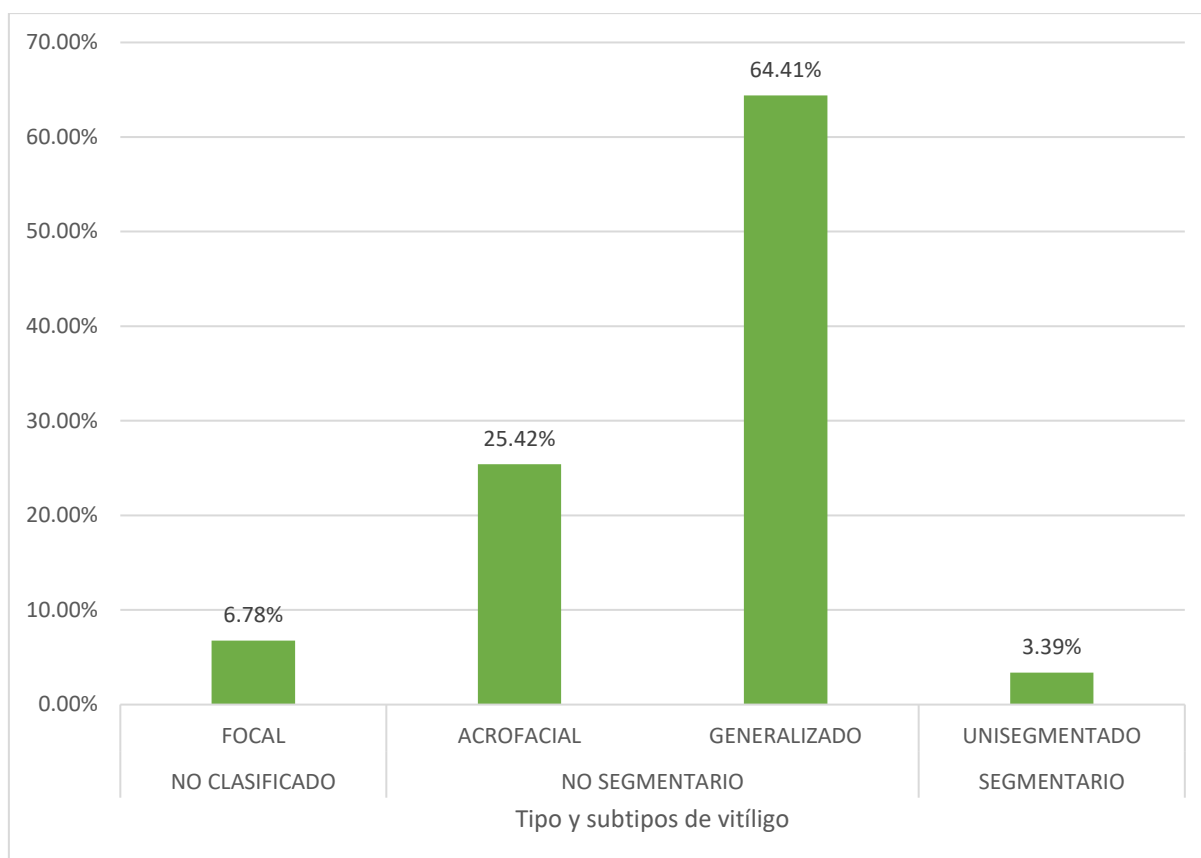
TABLA N°10

**CLASIFICACIÓN DEL VITÍLIGO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

CLASIFICACIÓN DEL VITÍLIGO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
NO CLASIFICADO	4	6.78%
FOCAL	4	6.78%
MUCOSO	0	0%
NO SEGMENTARIO	53	89.83%
ACROFACIAL	15	25.42%
GENERALIZADO	38	64.41%
MUCOSO	0	0%
UNIVERSAL	0	0%
SEGMENTARIO	2	3.39%
UNISEGMENTADO	2	3.39%
BISEGMENTADO	0	0%
PLURISEGMENTADO	0	%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°10

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL VITÍLIGO EN LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**



En cuanto a la clasificación del vitíligo, según la Conferencia Internacional de Células Pigmentarias 2011, la Tabla N°10 y Gráfico N°10 muestran que el mayor porcentaje de pacientes (89.83%) presentó vitíligo de tipo no segmentario a predominio del subtipo generalizado (64.41%) seguido del subtipo acrofacial (25.42%).

En segundo lugar, se encontraron los pacientes con vitíligo de tipo no clasificado: subtipo focal (6.78%) y en menor porcentaje el tipo segmentario: subtipo unisegmentado (3.39%).

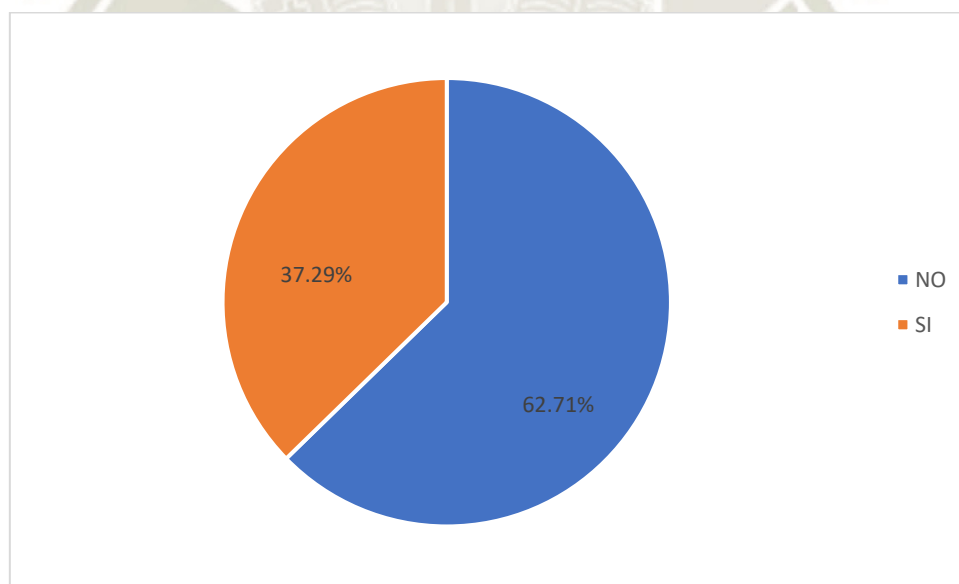
TABLA N°11

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

ANTECEDENTES FAMILIARES	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
NO	37	62.71%
SI	22	37.29%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°11

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS
PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2019-2020**



Con la Tabla N°11 y Gráfico N°11 se muestra que dentro de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado el 37.29% (22 pacientes) presentaron familiares que también padecían la misma enfermedad.

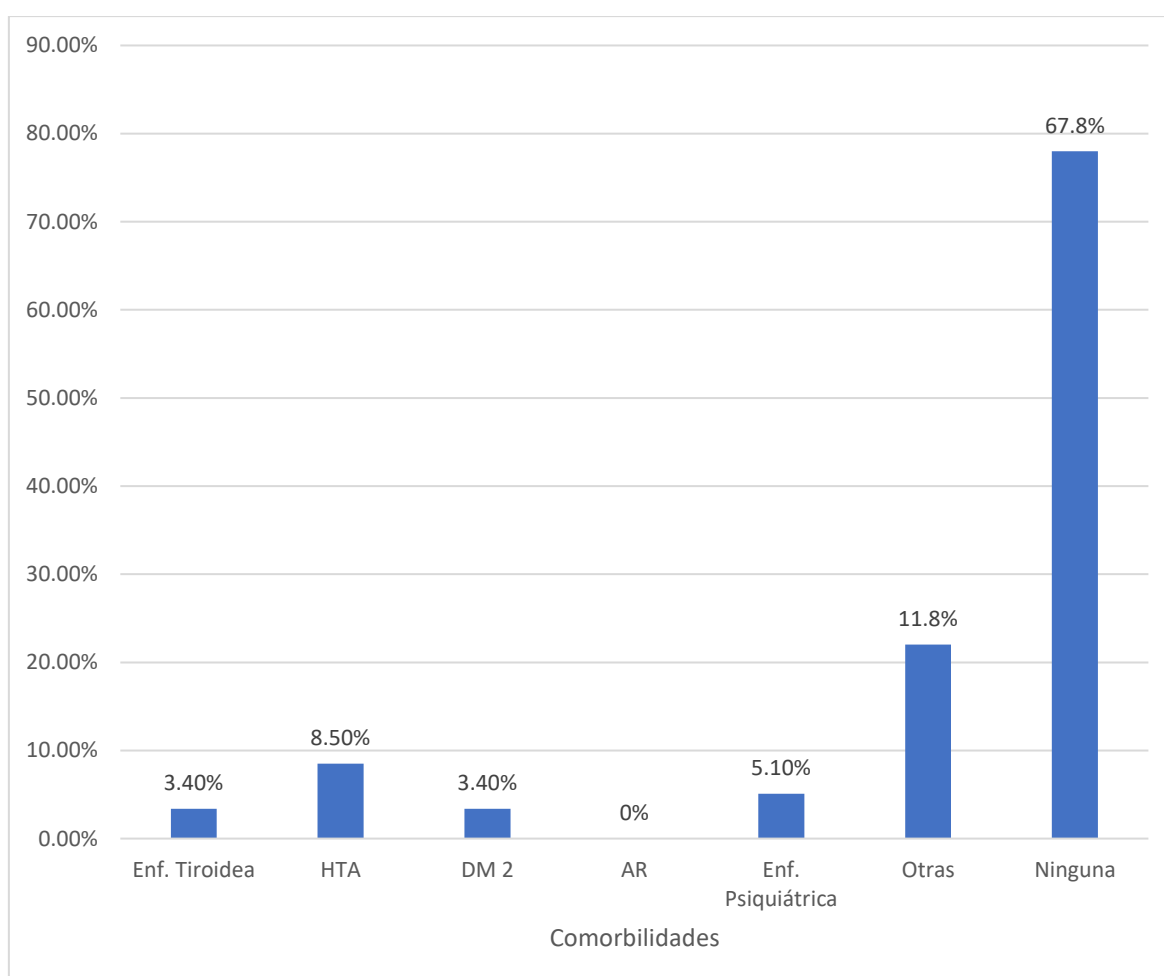
TABLA N°12

**COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

COMORBILIDADES	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ENF. TIROIDEA	2	3.4%
HTA	5	8.5%
DM 2	2	3.4%
ARTRITIS REUMATOIDE	0	0.0%
ENF. PSIQUIÁTRICA	3	5.1%
OTRAS	7	11.8%
NINGUNA	40	67.8%
TOTAL	59	100.0%

GRÁFICO N°12

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020

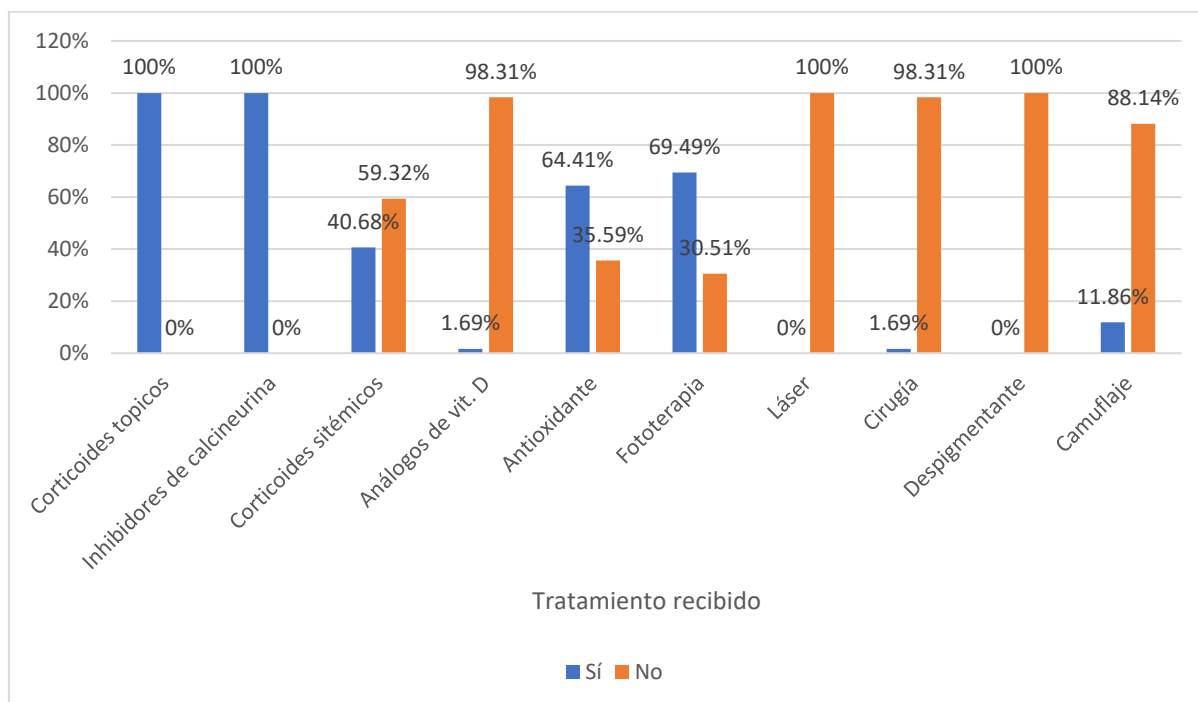


Con la Tabla N°12 y Gráfico N°12, se aprecia que, del total de pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, el 32.2% padecían comorbilidades, resaltando las enfermedades endocrinológicas (10.2%), hipertensión arterial (8.5%) y patologías psiquiátricas (5.1%). Otro gran grupo presentó otras comorbilidades a las estudiadas (8.4%); como neoplasias, síndrome de Turner, migraña, entre otras.

TABLA N°13

**TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

TRATAMIENTO		N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
CORTICOIDES TÓPICOS	Sí	59	100%
	No	0	0%
INHIBIDORES DE CALCINEURINA	Sí	59	100%
	No	0	0%
CORTICOIDES SISTÉMICOS	Sí	24	40.68%
	No	35	59.32%
ANÁLOGOS DE VITAMINA D	Sí	1	1.69%
	No	58	98.31%
ANTIOXIDANTE	Sí	38	64.41%
	No	21	35.59%
FOTOTERAPIA	Sí	41	69.49%
	No	18	30.51%
LÁSER	Sí	0	0%
	No	59	100%
CIRUGÍA	Sí	1	1.69%
	No	58	98.31%
DESPIGMENTANTE	Sí	0	0%
	No	59	100%
CAMUFLAJE	Sí	7	11.86%
	No	52	88.14%

GRÁFICO N°13
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**


En cuanto al tratamiento prescrito; la Tabla N°13 y Gráfico N°13 plasman que la totalidad de pacientes fueron tratados con terapia tópica (corticoides e inhibidores de calcineurina), el 64.41% de pacientes además recibió antioxidantes orales, fototerapia (69.49%) y corticoides sistémicos (40.68%).

Fueron menos utilizados los tratamientos quirúrgicos, láser, despigmentante, análogos de vitamina D y camuflaje.

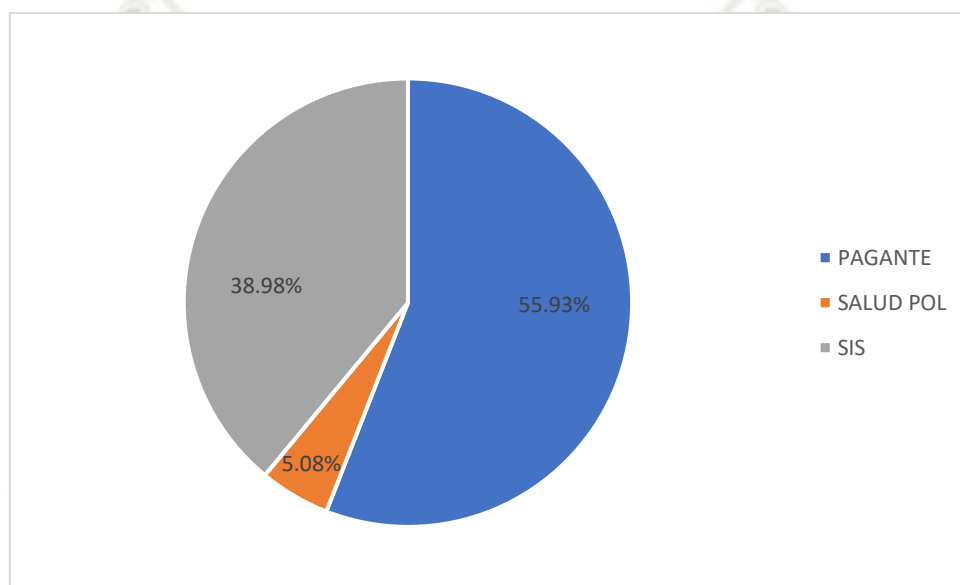
TABLA N°14

**TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020**

FINANCIAMIENTO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
PAGANTE	33	55.93%
SALUD POL	3	5.08%
SIS	23	38.98%
TOTAL	59	100.00%

GRÁFICO N°14

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019-2020



Respecto al financiamiento de la atención, del total de pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, la Tabla N°14 y Gráfico N°14 muestran que más de la mitad (55.93%) de pacientes recibieron atención de forma particular, seguido del 38.98% (23 pacientes) que eran beneficiarios del Seguro Integral de Salud y 5.08% de pacientes que pertenecían a SALUD POL.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de determinar y contribuir al conocimiento de las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante los años 2019 y 2020.

El vitíligo es una enfermedad despigmentante, crónica y adquirida aún de origen poco dilucidado, afecta aproximadamente al 0.5%-2% de la población mundial (1–4) y se caracteriza por la presencia de manchas acrómicas localizadas o generalizadas (5–7). Llega a ser desfigurante para quien lo padece; el gran impacto que produce en ellos en el ámbito social y personal genera baja autoestima independientemente de la raza, sexo o nivel socioeconómico (8–11). La falta de aceptación y dificultad para disfrutar de una vida plena, fue uno de los principales motivos del desarrollo de este estudio, tal y como Grimes et al. documentó el gran impacto del vitíligo en la autoestima de los pacientes (12), de la misma manera Peña, en el estudio realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2018 mostró que el 33.33% de pacientes con vitíligo presentaron afectación moderada en la calidad de vida (13).

El desconocimiento de la enfermedad juega un papel importante en la estigmatización del vitíligo (8), en nuestro medio es considerado como “ccara” o “caracha” asociado a brujería o el recordado Mal de Pinto causado por el *Treponema carereum* (14,15).

Esta falta de información sobre la enfermedad repercute significativamente en el diagnóstico y tratamiento oportunos, ya que la demora en éstos conduce a un pronóstico poco alentador.

Conociendo este panorama fue de interés realizar el presente estudio en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, uno de los mayores centros de referencia de la macrorregión Sur; y así con los datos obtenidos poder contribuir estadísticamente al Servicio para poder optimizar el abordaje de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Fue así que se estudiaron los datos de 59 pacientes registrados en la base de datos del Servicio de Dermatología que cumplieron los criterios de inclusión.

Según las características epidemiológicas del total de pacientes con vitíligo, el 22.03% presentó edades entre los 20 a 29 años al momento de la toma de datos, seguido del grupo de los pacientes con edades entre 50 a 59 años (18.64%) y en menor proporción las edades menores a 10 y mayor a 70 años (3.39% y 1.69% respectivamente) (**Tabla N°1 y Gráfico N°1**). La edad de los pacientes atendidos, coincidió con el estudio realizado por Peña en el mismo hospital en el año 2018 (13). De igual modo, en el extranjero Krupa et al. obtuvieron mayor afectación en los paciente entre 20 a 30 años (20%) (16). A diferencia de la investigación realizada en el Hospital III EsSalud de Juliaca, donde predominaron los pacientes mayores a 30 años de edad (17).

Respecto al sexo de los pacientes, predominó el sexo masculino (52.54%) sobre el femenino (47.46%) (**Tabla N°2 y Gráfico N°2**). En 2018 de igual modo, Peña informó mayor afectación masculina (53.33%) (13). El mismo escenario se encontró en el estudio realizado por Limache con el 64.2% de varones (17). En las investigaciones realizadas por Valle et al., predominó el sexo femenino (18). A comparación de Krupa et al., donde los pacientes entre 7 a 75 años, el 51.25% fueron hombres (16). Tal como se indicó, múltiples estudios epidemiológicos realizados en cuanto el vitíligo y el sexo, se concuerda que tanto hombres como mujeres son afectados, pero puede ser más probable que las mujeres busquen atención tempranamente (7).

En cuanto a la ocupación de los 59 pacientes, el 49.15% trabajaba ya sea de manera dependiente o independiente, el segundo grupo más afectado fueron estudiantes (32.20%) (**Tabla N°3 y Gráfico N°3**). Estos datos difieren de lo encontrado por Limache, donde el 25.8% contaba con un trabajo (17). No se halló información que demuestre el impacto de la ocupación con la presencia del vitíligo.

La mayor parte de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado eran solteros (50.85%) seguido de aquellos que tenían una pareja (38.98%) (**Tabla N°4 y Gráfico N°4**). Estos datos concuerdan con las edades de los pacientes registrados donde predominaron los adultos jóvenes. A diferencia de lo observado por Limache (17) quien obtuvo mayor prevalencia de los pacientes con pareja (55%).

Casi la totalidad de pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado procedían de Arequipa, principalmente de los distritos de Cercado (20.34%), José Luis Bustamante y Rivero (13.56%) y Paucarpata (11.86%),

aunque en menor cuantía se encontraron pacientes que procedían de otras provincias o departamentos como Caylloma, Condesuyos, Puno y Cusco (6.76%) (**Tabla N°5 y Gráfico N°5**). Esto demuestra que muchos pacientes de otras localidades no poseen un diagnóstico o tratamiento oportunos, pudiendo ser uno de los mayores causantes la falta de acceso a un centro de mayor resolución o la falta de conocimiento de la enfermedad.

Respecto a las características clínicas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología, los fototipos según Fitzpatrick predominantes fueron los tipos III y IV (91.53%) (**Tabla N°6 y Gráfico N°6**), este resultado fue esperable ya que, en el Perú, un país multirracial, prima la raza mestiza que se caracteriza por presentar fototipos altos y en muy poca cantidad fototipos bajos, tal como se documentó en el presente trabajo. Es de esperar que en los estudios realizados en poblaciones europeas y asiáticas predominen fototipos menores como el tipo II y III (19,20). En fototipos más altos las lesiones son más evidentes (5), por lo que podemos deducir que en nuestra población la repercusión de la enfermedad sería mayor.

El vitíligo puede aparecer desde los primeros años de vida hasta la edad adulta tardía (21,22). La edad de inicio de la enfermedad de los 59 pacientes estudiados se dio antes de los 20 años en el 42.37%, al igual que lo encontrado por Dahir et al. con el 50% de su población (23). Por otro lado nuestros hallazgos difieren de los resultados obtenidos por Limache, Pérez y Valverde, donde los pacientes presentaron la enfermedad a una mayor edad (después de los 30 años) (17,24,25).

Se hace hincapié en la población pediátrica pues a edades más tempranas de aparición de la enfermedad, mayor será el porcentaje de afectación del área superficial y las tasas de progresión de la enfermedad serán mayores (6,26,27). En nuestro estudio se encontraron niños que iniciaron la enfermedad a una edad menor a 10 años (16.95%) (**Tabla N°7 y Gráfico N°7**) al igual que lo encontrado por Valle et al. donde el 32-37% de la población menor a 12 años se encontró afectada (18,28). A través de múltiples estudios realizados en Grecia, Francia, India y el realizado por Nicolaidou et al. en Dinamarca reafirman la aparición de la enfermedad antes de los 12 años en el 32 a 40% (21).

El tiempo que los pacientes padecen el vitíligo es considerado un factor de suma importancia en el pronóstico de la enfermedad ya que a menor tiempo de evolución aumenta la posibilidad de éxito con cualquier modalidad de tratamiento tal como lo indicó Maleani en su estudio (4,29,30). Fue así que el 37.28% padeció la enfermedad entre 1 a

5 años y 28.82% por más de 10 años. Un menor número de pacientes presentó la enfermedad por menos de un año o entre 6 a 10 años (16.95% en cada uno de los casos) **(Tabla N°8 y Gráfico N°8)**. Los resultados obtenidos contrastan con lo hallado por Limache donde su población padeció vitíligo por más de 6 años (17).

Una de las variables que plasman la realidad sobre el conocimiento de la enfermedad, fue el tiempo que tardaron los pacientes en acudir al Servicio de Dermatología desde la aparición de las primeras manifestaciones del vitíligo. Fue así que 45.77% acudió durante los primeros meses de la enfermedad **(Tabla N°9 y Gráfico N°9)**, a diferencia de la población restante que acudió pasado el primer año, cabe mencionar el descenso del número de pacientes cuan mayor son el número de años que tardan en poseer un diagnóstico. Múltiples son las causas por las que un paciente demora en acudir a consulta, pudiendo ser uno de los causantes el desconocimiento de la enfermedad; considerarlo brujería o ser parte del envejecimiento, que los predispone a utilizar tratamientos caseros y retrasar el diagnóstico y tratamientos tempranos; otra probable causa puede ser la falta de acceso a centros especializados.

En los últimos años se han realizado múltiples cambios en cuanto a la clasificación del vitíligo, según la Conferencia Internacional de Células Pigmentarias realizada en el año 2011, se clasificó la enfermedad en tres grandes grupos, cada uno de ellos con subtipos (4,31). En los 59 pacientes estudiados, el tipo no segmentario predominó (89.93%), con el subtipo generalizado (64.41%) seguido del acrofacial (25.42%). La misma evaluación realizada en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2018 por Peña, demostró igualmente mayor afectación del tipo no segmentario (70%) pero del subtipo acrofacial (23.33%)(13). Estos resultados de igual modo concuerdan con el 65.8% (17) y 53.8% (24) de afectación de vitíligo tipo generalizado en la población de Juliaca y Lima respectivamente. En un estudio descriptivo realizado en India, se halló de igual manera mayor afectación de tipo no segmentario subtipo generalizado (31.3%) seguido del tipo no clasificado subtipo focal (18.8%) (16,32).

En segundo lugar, se encontró que el 6.78% de los 59 pacientes, presentó vitíligo no clasificado de subtipo focal y en menor proporción el tipo segmentario subtipo unisegmentado (3.39%) **(Tabla N°10 y Gráfico N°10)**.

El vitíligo es un trastorno multifactorial, tanto factores genéticos como no genéticos juegan un papel importante en su patogénesis, es así que los familiares de primer grado

tienen un riesgo de 6-8% más de presentar la enfermedad y los gemelos monocigóticos hasta un 23% (1,7,21,33) y Salinas a través del estudio realizado en México, concluyó que los pacientes con antecedentes familiares poseen mayor riesgo de padecer la enfermedad antes de los 30 años de edad (34). Por tal motivo se estudió la presencia de antecedentes familiares en los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Honorio Delgado, así el 37.29% presentó familiares que padecieron de la misma enfermedad (**Tabla N°11 y Gráfico N°11**). Cabe mencionar que, de los 22 pacientes con antecedentes familiares, 15 fueron de la línea paterna, pero no se encontró datos bibliográficos similares a nuestro hallazgo.

El vitíligo puede asociarse a varias enfermedades autoinmunes tanto sistémicas como únicamente cutáneas (16,23,31). En el presente trabajo de investigación se encontró que el 10.2% de pacientes presentó comorbilidades endocrinológicas como hipotiroidismo, Diabetes Mellitus 2 y síndrome metabólico; estos resultados son similares a lo encontrado por Peña con el 4.2% de pacientes con afectación tiroidea (13) y por Krupa et al. donde igualmente el 15.4% de 700 pacientes presentó enfermedad tiroidea, psoriasis y Diabetes Mellitus 1 (16), dentro de estas tres patologías, la enfermedad tiroidea ya tiene una relación establecida con el vitíligo (35) y nuestro trabajo reflejó esta información. Además de las comorbilidades ya mencionadas, se presentó gran número de pacientes con hipertensión arterial (8.5%) y enfermedades psiquiátricas (5.1%) que comprendían casos de ansiedad y depresión. Múltiples estudios demuestran la asociación de las enfermedades psiquiátricas con el vitíligo, como el realizado por Nguyen y Tomas, quienes hallaron que el 59% de pacientes presentaban depresión (10,11).

Un porcentaje considerable (11.8%) en nuestro estudio presentó otras enfermedades a las estudiadas tales como enfermedades oncológicas, Síndrome de Turner, migraña, entre otras (**Tabla N°12 y Gráfico N°12**).

En cuanto a las características terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, la totalidad de pacientes fueron tratados con terapia tópica (corticoides e inhibidores de calcineurina), gran porcentaje añadió a su tratamiento fototerapia (69.49%), antioxidantes orales (64.41%) y corticoides sistémicos (40.68%); en menor porcentaje se hizo uso de tratamientos quirúrgicos, análogos de vitamina D, entre otros (**Tabla N°13 y Gráfico N°13**). Coinciden mucho los resultados con la referencia bibliográfica donde se indican como terapias de primera línea, a los corticoides tópicos, inhibidores de calcineurina y fototerapia (12,27,36,37).

Una variable importante en el estudio fue el tipo de financiamiento de la consulta, pues más de la mitad de pacientes (55.93%) recibieron atención de forma particular. El segundo grupo más registrado fueron los beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS) en un 38.98% y en menor cantidad los pacientes de SaludPol (5.08%) (**Tabla N°14 y Gráfico N°14**).





CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Primera: Dentro de las características epidemiológicas de los 59 pacientes estudiados, se encontró predominio del sexo masculino, con edades que oscilaron entre 20 a 29 años. Respecto a la ocupación, la mayoría trabajaba o estudiaba. La mayoría era soltero y en cuanto a la procedencia la mayor parte pertenecía a la provincia de Arequipa.

Segunda: Respecto a las características clínicas de los pacientes, predominaron los fototipos III y IV, con inicio de la enfermedad antes de los 20 años, con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años. Los pacientes tardaron menos de un año en acudir a consulta y presentaron mayormente el tipo de vitíligo no segmentario de subtipo generalizado y acrofacial. Más de la cuarta parte presentó antecedentes familiares (principalmente de la línea paterna) y comorbilidades a predominio de afectación endocrinológica.

Tercera: En cuanto a las características terapéuticas, la piedra angular estuvo dada por la terapia tópica con corticoides e inhibidores de calcineurina, además de recibir antioxidantes orales y sesiones de fototerapia.

Cuarta: Según el financiamiento de la atención, la gran mayoría recibió atención de forma particular.

SUGERENCIAS

1. El presente estudio es de tipo descriptivo, por lo que se recomienda realizar investigaciones de asociación, donde se consideren variables como: la edad de inicio de la enfermedad, tiempo que tardaron en acudir al consultorio, antecedentes familiares y tipo de vitíligo según el sexo; así como la respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad través de estudios prospectivos.
2. Al ser el vitíligo una enfermedad poco conocida por la población y esta desinformación llevar a la utilización de remedios caseros o tardar en acudir a un centro hospitalario; es de suma importancia que el Hospital Regional Honorio Delgado tenga alianzas estratégicas con los establecimientos de primer nivel para que se realice el diagnóstico de manera temprana y poder ser referidos oportunamente para recibir el tratamiento especializado.
3. Teniendo en cuenta la coyuntura actual (pandemia por SARS-COV2), se aconseja al Servicio de Dermatología añadir nuevos ítems en el registro de los pacientes con vitíligo, tales como el número de teléfono, dirección domiciliaria y nombre de usuario en Redes Sociales, para así poder tener mayor captación de los pacientes y por ende un mejor seguimiento.
4. Como se observó que si bien fueron pocos los pacientes no pertenecientes la provincia de Arequipa, esto hace considerar que muchos pacientes con vitíligo de zonas más alejadas desconocen de su enfermedad o tienen dificultad para acudir a centros de mayor nivel. Por lo que se sugiere crear estrategias para descentralizar la atención y facilitar el acceso a consultas especializadas (uso de telemedicina: teleconsulta/teleinterconsulta).
5. Más de la mitad de pacientes recibieron atención de forma particular, incluyendo a pacientes con seguro privado o sin seguro de salud. El Hospital Regional Honorio Delgado debería realizar convenios con las entidades privadas para poder atender a su población asegurada. Lo que ayudaría al paciente a recibir atención médica especializada financiada por su propia entidad prestadora y no autofinanciada. También el hospital se vería beneficiado por los ingresos económicos adicionales que percibiría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boniface K, Seneschal J, Picardo M, Taïeb A. Vitiligo: Focus on Clinical Aspects, Immunopathogenesis, and Therapy. *Clin Rev Allergy Immunol* [Internet]. 2018 Feb 6;54(1):52–67.
2. Ezzedine K, Silverberg N. A practical approach to the diagnosis and treatment of vitiligo in children. *Pediatrics*. 2016;138(1).
3. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: A comprehensive overview. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2011 Sep;65(3):473–91.
4. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. *Dermatology*. 2020;236(6):571–92.
5. Morales-Sánchez MA, Vargas-Salinas M, Peralta-Pedrero ML, Olguín-García MG, Jurado-Santa Cruz F. Impacto del vitiligo en la calidad de vida. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2017 Sep;108(7):637–42.
6. Speeckaert R, van Geel N. Vitiligo: An Update on Pathophysiology and Treatment Options. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2017 Dec 2;18(6):733–44.
7. Núñez Andrade, R. El Mal de Pinto Clínica. *Gaceta médica de México*. 1964;94(3): 243-253.
8. Vachiramon V, Harnchoowong S, Onprasert W, Chanprapaph K. Prevalence of Thyroid Abnormalities in Thai Patients with Vitiligo. *Biomed Res Int* [Internet]. 2017;2017(January 2012):1–6.
9. Valle Y, Korobko I, Sigova J, Borodina M, Lomonosov K, França K, et al. Patientreported outcomes: A 5-year long study reveals previously unreported therapeutic, demographic, socio-economic, and other correlations in vitiligo. *Dermatol Ther* [Internet]. 2018 Sep;31(5):e12620. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/dth.12620>

10. Kyriakis KP, Palamaras I, Tsele E, Michailides C, Terzoudi S. Case detection rates of vitiligo by gender and age. *Int J Dermatol* [Internet]. 2009 Mar;48(3):328–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-4632.2009.03770.x>
11. Ming JE, Russell KL, McDonald-McGinn DM, Zackai EH. Autoimmune disorders in Kabuki syndrome. *Am J Med Genet Part A* [Internet]. 2005 Jan 30;132A(3):260–2.
12. Rashighi M, Harris JE. Vitiligo Pathogenesis and Emerging Treatments. *Dermatol Clin* [Internet]. 2017 Apr;35(2):257–65.
13. Farag AGA, Habib MS, Kamh ME, Hammam MA, Elnaidany NF. Macrophage migration inhibitory factor as an incriminating agent in vitiligo. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2018 Mar;93(2):191–6.
14. Liu C-W, Huang Y-C. Vitiligo and autoantibodies: a systematic review and metaanalysis. *JDDG J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft* [Internet]. 2018 Jul;16(7):845–51. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ddg.13574>
15. Bishnoi A, Parsad D. Clinical and Molecular Aspects of Vitiligo Treatments. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2018 May 18;19(5):1509. Available from: <http://www.mdpi.com/1422-0067/19/5/1509>
16. van Geel N, Speeckaert R, Taieb A, Picardo M, Böhm M, Gawkrödger DJ, et al. Koebner's phenomenon in vitiligo: European position paper. *Pigment Cell Melanoma Res* [Internet]. 2011 Jun;24(3):564–73.
17. Riding RL, Richmond JM, Harris JE. Mouse Model for Human Vitiligo. *Curr Protoc Immunol* [Internet]. 2019 Feb;124(1):e63. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpim.63>
18. Krupa Shankar D, Madala R, Shashikala K. Clinical patterns of vitiligo and its associated co morbidities: A prospective controlled cross-sectional study in South

- India. Indian Dermatol Online J [Internet]. 2012;3(2):114. Available from: <http://www.idoj.in/text.asp?2012/3/2/114/96705>
19. Czajkowski R, Męcińska-Jundziłł K. Current aspects of vitiligo genetics. Adv Dermatology Allergol [Internet]. 2014;4(4):247–55.
 20. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan CCE, et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. Pigment Cell Melanoma Res [Internet]. 2012 May;25(3):E1–13. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/pcmr.12503>
 21. Ezzedine K, Le Thuaud A, Jouary T, Ballanger F, Taieb A, Bastuji-Garin S. Latent class analysis of a series of 717 patients with vitiligo allows the identification of two clinical subtypes. Pigment Cell Melanoma Res. 2014;27(1):134–9.
 22. Silverberg JI, Silverberg AI, Malka E, Silverberg NB. A pilot study assessing the role of 25 hydroxy vitamin D levels in patients with vitiligo vulgaris. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2010 Jun;62(6):937–41.
 23. Boisseau-Garsaud AM, Garsaud P, Lejoly-Boisseau H, Robert M, Quist D, Arveiler B. Increase in total blood antioxidant status and selenium levels in black patients with active vitiligo. Int J Dermatol. 2002;41(10):640–2.
 24. Castellanos A, Gonzalez Pinon L. El mal del Pinto. Medicina (B Aires). 1957;37(779):401–18.
 25. Sindhuja T, Vinay K, Parsad D, Kumaran MS. Coexisting cutaneous disorders in vitiligo: a retrospective analysis. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2019 Apr;44(3):e30–2. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ced.13889>
 26. Dahir AM, Thomsen SF. Comorbidities in vitiligo: comprehensive review. Int J Dermatol [Internet]. 2018 Oct;57(10):1157–64.

27. Li D, Liang G, Calderone R, Bellanti JA. Vitiligo and Hashimoto's thyroiditis: Autoimmune diseases linked by clinical presentation, biochemical commonality, and autoimmune/oxidative stress-mediated toxicity pathogenesis. *Med Hypotheses* [Internet]. 2019 Jul;128(May):69–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.05.010>
28. Bae JM, Lee JH, Yun JS, Han B, Han TY. Vitiligo and overt thyroid diseases: A nationwide population-based study in Korea. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2017 May;76(5):871–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.12.034>
29. Rahimi H, Mozafari N, Bastaninejad S, Tehranchinia Z, Aghaebrahimi Samani N. Hearing status in patients with vitiligo. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2019 Jun;Volume 12:445–50. Available from: <https://www.dovepress.com/hearing-status-in-patients-with-vitiligo-peerreviewed-article-CCID>
30. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitamin D and the skin: what should a dermatologist know? *G Ital di Dermatologia e Venereol* [Internet]. 2019 Dec;154(6):669–80.
31. Tsai T-Y, Kuo C-Y, Huang Y-C. Serum homocysteine, folate, and vitamin B12 levels in patients with vitiligo and their potential roles as disease activity biomarkers: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2019 Mar;80(3):646-654.e5.
32. Karadag AS, Tural E, Ertugrul DT, Akin KO, Bilgili SG. Serum holotranscobalamine, vitamin B12, folic acid and homocysteine levels in patients with vitiligo. *Clin Exp Dermatol*. 2012;37(1):62–4.
33. Taieb A, Alomar A, Böhm M, Dell'Anna ML, De Pase A, Eleftheriadou V, et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol* [Internet]. 2013 Jan;168(1):5–19.
34. Felsten LM, Alikhan A, Petronic-Rosic V. Vitiligo: A comprehensive overview. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2011 Sep;65(3):493–514.

35. McDonald PBB, Zapata L, Rodrigues M. Sunscreen habits and skin cancer rates in patients with vitiligo in Australia. *Australas J Dermatol* [Internet]. 2018 Nov;59(4):346–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ajd.12799>
36. Bleuel R, Eberlein B. Therapeutic management of vitiligo. *JDDG J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft* [Internet]. 2018 Nov;16(11):1309–13. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ddg.13680>
37. Sendrasoa FA, Ranaivo IM, Sata M, Andrianarison M, Raharolahy O, Rakotoarisaona MF, et al. Treatment responses in patients with vitiligo to very potent topical corticosteroids combined with vitaminotherapy in Madagascar. *Int J Dermatol* [Internet]. 2019 Aug 31;58(8):908–11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijd.14510>
38. Scherschun L, Kim JJ, Lim HW. Narrow-band ultraviolet B is a useful and welltolerated treatment for vitiligo. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2001 Jun;44(6):999–1003. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962201878683>
39. Zhang X, Wang W, Li Y, Wang H, Liu R, Zhu L. Serum 25-hydroxyvitamin D status in chinese children with vitiligo: a case-control study. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2018 Jun 9;57(7):802–5.
40. Di Nardo V, Barygina V, França K, Tirant M, Valle Y, Lotti T. Functional nutrition as integrated approach in vitiligo management. *Dermatol Ther*. 2019;32(4):1–6.
41. Tovar-Garza A, Hinojosa JA, Hynan LS, Pandya AG. Addition of oral minipulse dexamethasone to narrowband ultraviolet B phototherapy and topical steroids helps arrest disease activity in patients with vitiligo. *Br J Dermatol* [Internet]. 2019 Jan 10;180(1):193–4.
42. Mogaddam MR, Ardabili NS, Maleki N, Chinifroush MM, Fard EM. Evaluation of the serum zinc level in patients with vitiligo. *Adv Dermatology Allergol* [Internet]. 2017;2(2):116–9.

43. Zhang J-Z, Wang M, Ding Y, Gao F, Feng Y-Y, Yakeya B, et al. Vitamin D receptor gene polymorphism, serum 25-hydroxyvitamin D levels, and risk of vitiligo. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 Jul;97(29):e11506. Available from: <http://journals.lww.com/00005792-201807200-00040>
44. Karagüzel G, Sakarya NP, Bahadır S, Yaman S, Ökten A. Vitamin D status and the effects of oral vitamin D treatment in children with vitiligo: A prospective study. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2016 Oct;15:28–31. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405457716302273>
45. Bagherani N, Smoller BR, Lotti T. Vitamin D supplementation for vitiligo. *Dermatol Ther* [Internet]. 2017 Nov;30(6):e12548. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/dth.12548>
46. Gonul M, Cakmak S, Soylu S, Kilic A, Gul U. Serum vitamin B12, folate, ferritin and iron levels in Turkish patients with vitiligo. *Indian J Dermatology, Venereol Leprol* [Internet]. 2010;76(4):448. Available from: <http://www.ijdv.com/text.asp?2010/76/4/448/66611>
47. Visuvanathan VV, Tang MM, Tan LL, Johar A. The utilization of phototherapy in the department of dermatology, hospital Kuala Lumpur: A 5-year audit. *Med J Malaysia*. 2018;73(3):125–30.
48. Silpa-archa N, Lim HW, Wongpraparut C. Excimer laser in vitiligo: where there is light, there is hope. *Br J Dermatol* [Internet]. 2019 Jul;181(1):21–2.
49. Grimes PE, Nashawati R. Depigmentation Therapies for Vitiligo. *Dermatol Clin* [Internet]. 2017 Apr;35(2):219–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2016.11.010>
50. van Geel N, Grine L, De Wispelaere P, Mertens D, Prinsen CAC, Speeckaert R. Clinical visible signs of disease activity in vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. 2019 Sep 26;33(9):1667– 75. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.15604>

51. Chen D, Tuan H, Zhou EY, Liu D, Zhao Y. Quality of life of adult vitiligo patients using camouflage: A survey in a Chinese vitiligo community. Picardo M, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Jan 24;14(1):e0210581. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0210581>

52. Nicolaidou E, Mastrafsi S, Tzanetakou V, Rigopoulos D. Childhood Vitiligo. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2019;(0123456789):6–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00430-0>

53. Hautmann G, Panconesi E. Vitiligo: A psychologically influenced and influencing disease. Clin Dermatol. 1997;15(6):879–90.

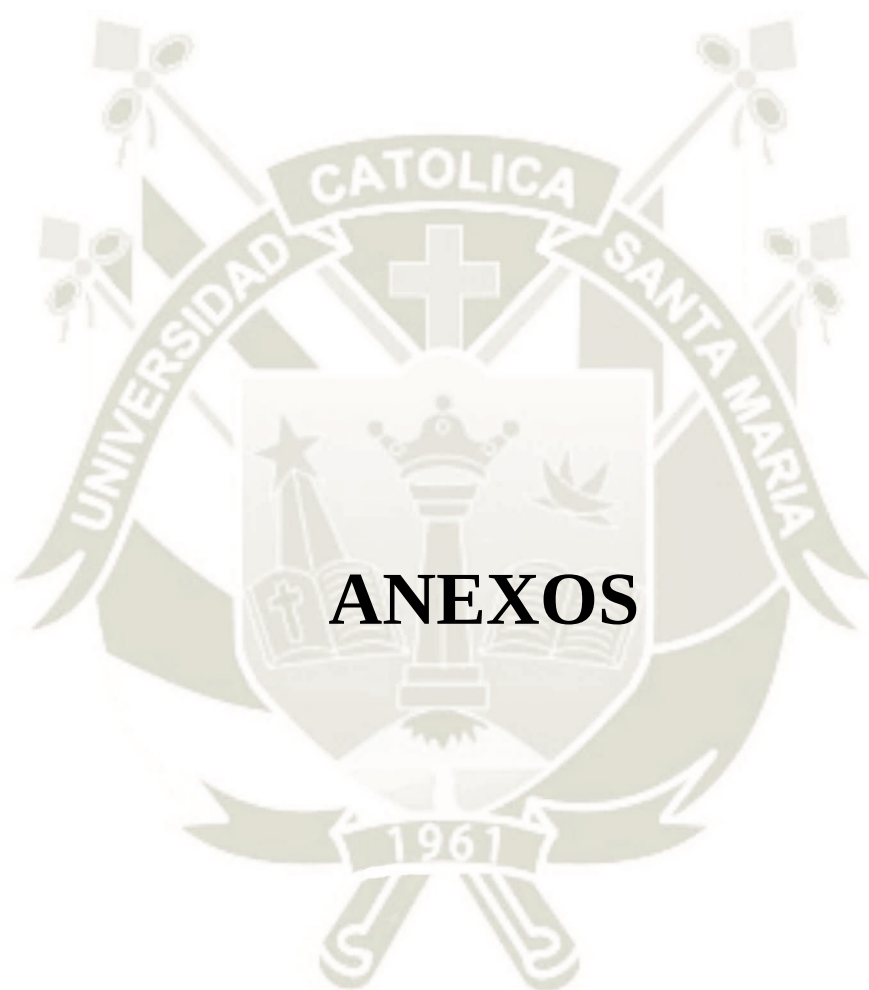
54. Bidaki, R, Majidi, N, Moghadam, A. Vitiligo and social acceptance. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology. 2018;1(1): 383-386.

55. Tomas-Aragones L, Marron SE. Body image and body dysmorphic concerns. Acta Derm Venereol. 2016;96(2):47–50.

56. Talsania N, Lamb B, Bewley A. Vitiligo is more than skin deep: A survey of members of the Vitiligo Society. Clin Exp Dermatol. 2010;35(7):736–9.

57. Pahwa P, Mehta M, Khaitan BK, Sharma VK, Ramam M. The psychosocial impact of vitiligo in Indian patients. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2013;79(5):679–85.

58. Sharma VK, Bhatia R. Vitiligo and the psyche. Br J Dermatol [Internet]. 2017 Sep 22;177(3):612–3. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjd.15732>



ANEXOS

ANEXO N°1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°: _____ FINANCIADOR: _____ N° HC: _____

1. FILIACION

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Conviviente () Viudo ()

Ocupación: estudiante (), trabajador dependiente (),
trabajador independiente (), desempleado (), jubilado ()

Procedencia: Arequipa () Otro: _____

2. MANIFESTACIONES CLINICAS

a. Fototipo: I () II () III () IV () V () VI ()

b. Edad de inicio de la enfermedad: _____

c. Tiempo de enfermedad: _____

d. Tiempo que tardó en acudir al consultorio: _____

e. Tipo de vitiligo: Segmentario () No segmentario () Indeterminado ()

3. ANTECEDENTES

a. Familiares con vitiligo: Sí () No ()

b. Comorbilidades:

ENFERMEDADES	SÍ	NO
Enfermedad tiroidea		
Hipertensión arterial		
Diabetes mellitus II		
Artritis reumatoride		
Patología psiquiatrica		
Otras		

4. TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	SÍ	NO
CORTICOIDES		
INHIBIDORES DE CALCINEURINA		
ANALOGOS DE VITAMINA D		
CORTICOIDES SISTEMICOS		
ANTIOXIDANTES		
FOTOTERAPIA		
LÁSER		
QUIRÚRGICO		
DESPIGMENTACIÓN		
CAMUFLAJE		
PSORALENOS		

ANEXO N°2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

5	4	3	2	1	FICHA
SIS	PAGANTE	SALUD	SIS	PAGANT	FINANCIAMIENTO
QUISPE	QUISPE	MOSCOSO	THOMATE	CHIRE	NOMBRE
18	24	59	49	25	EDAD
MASCULIN	MASCULIN	MASCULIN	MASCULIN	MASCULI	SEXO
SOLTERO	SOLTERO	CASADO	SOLTERO	SOLTERO	ESTADOCIVIL
ESTUDIAN	DEPENDIE	DEPENDIE	INDEPENDI	DEPENDI	OCUPACION
PAUCARPA	CAYMA	SOCABAYA	JILBYR	CERCAD	DISTRITO
IV	III	IV	IV	IV	FOTOTIPO
14	15	28	48	7	INICIO ENF
4	9	31	0	18	TIEMPO ENF
2	8	1	0	5	TARDO
NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO	TIPO
GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	ACROFACI	GENERA	SUBTIPO
NO	SI	NO	NO	NO	FAMILIARES
NO	NO	NO	NO	NO	ENF TIROIDES
NO	NO	NO	NO	NO	HTA
NO	NO	NO	NO	NO	DM
NO	NO	NO	NO	NO	AR
NO	NO	NO	NO	NO	PSIQUIATRIA
2	2	2	2	2	OTRAS
SI	SI	SI	SI	SI	CORTICOI TOPIC
SI	SI	SI	SI	SI	CCALCINEURINA
NO	NO	NO	NO	NO	VITAMINA D
SI	NO	SI	NO	NO	CORTICOIDE SIST
SI	NO	SI	NO	SI	ANTIOXIDANTE
SI	SI	SI	SI	SI	FOTO
NO	NO	NO	NO	NO	LASER
NO	NO	NO	NO	NO	CIRUGIA
NO	NO	NO	NO	NO	DESPIGMENTANT E
NO	NO	NO	NO	NO	CAMUFLAJE

12	11	10	9	8	7	6
ESSALUD	PAGANTE	SIS	SIS	SIS	PAGANTE	SIS
LOPEZ	ORTIZ	VEGA	CHAÑI	IQUIAPAZA	ALVAREZ	ZEGARRA
44	45	33	14	10	20	31
FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	MASCULIN	FEMENIN	FEMENINO
CASADO	CASADO	CONVIVIE	SOLTERO	SOLTERO	SOLTERO	SOLTERO
DEPENDIE	DESEMPLE	DEEMPL	ESTUDIAN	ESTUDIAN	ESTUDIAN	ESTUDIAN
ASA	SACHACA	YANAHUA	CUZCO	POLOBAYA	SOCABAY	CERRO
III	IV	IV	IV	IV	IV	III
43	43	10	7	9	19	12
1	2	23	7	1	1	19
0	1	22	6	0	1	0
NO SEGM	NO SEGM	NO SEGME	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM
GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	ACROFACI	ACROFACI
NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
gastritis	2	1	2	LLA	2	2
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI
SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO

19	18	17	16	15	14	13
SIS	SALUD	PAGANTE	SIS	PAGANTE	PAGANTE	SIS
PERALTA	PAREDES	HUAMAN	CHAMBI	ALVARES	PORTILLA	SARMIENTO
41	19	26	46	11	68	19
MASCULIN	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	MASCULIN	MASCULIN
CASADO	SOLTERO	SOLTERO	SOLTERO	SOLTERO	CASADO	SOLTERO
DEPENDIE	ESTUDIAN	DESEMPLE	DEPENDIE	ESTUDIAN	JUBILADO	ESTUDIAN
MIRAFLORES	ASA	SOCABAYA	PAUCARPA	PAUCARPA	AREQUIPA	PEDREGAL
IV	III	IV	IV	III	IV	III
34	8	10	37	10	30	14
7	11	16	9	1	38	5
3	0	15	1	0	0	3
NO SEGM	NO	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM
GENERALIZ	FOCAL	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ
NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	2	2	2	2	2	2
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO

26	PAGANTE	25	24	23	22	21	20
TEJADA	PADILLA	BACA	MAMANI	ACHINGUI	MORENO	CARPIO	
56	36	23	55	19	10	60	
MASCULIN	MASCULIN	FEMENINO	FEMENINO	MASCULIN	MASCULIN	MASCULIN	
CASADO	CASADO	SOLTERO	CASADO	SOLTERO	SOLTERO	CASADO	
INDEPENDI	INDEPENDI	ESTUDIAN	DESEMPLE	ESTUDIAN	ESTUDIAN	DEPENDIE	
CERCADO	CERCADO	PAUCARPA	HUNTER	YANAHUA	CAYMA	PAUCARPA	
IV	III	III	IV	IV	III	IV	
10	24	12	45	18	8	59	
46	12	11	10	1	2	0	
0	0	9	6	0	0	0	
NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	SEGMENT	NO SEGM	
GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	UNISEGME	GENERALIZ	
SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	2	2	2	2	sobrepeso	2	
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

33	32	31	30	29	28	27
SIS	SIS	PAGANTE	SIS	SIS	SIS	SIS
VARGAS	SALAS	QUICEÑA	RIVAS	GUTIERRE	AQUIMA	CHAVEZ
27	64	43	23	61	20	51
MASCULIN	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	MASCULIN	MASCULIN	FEMENINO
SOLTERO	CASADO	CASADO	SOLTERO	CONVIVIE	SOLTERO	DIVORCIA
DEPENDIE	DESEMPLE	DEPENDIE	ESTUDIAN	INDEPENDI	ESTUDIAN	DEPENDIE
CERRO	PAUCARPA	CHARACAT	TIABAYA	MARIANO	HUNTER	JLBYR
IV	III	II	II	IV	IV	III
26	63	38	7	45	12	46
1	1	5	16	16	8	5
0	0	0	4	0	2	2
NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM
ACROFACI	ACROFACI	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ
NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	2	migraña	sd turner	2	2	2
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI

40	39	38	37	36	35	34
PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE	SIS	SIS	PAGANTE
AUGUSTO	ANCI	VILLASANT	OBREGON	LLOQUE	BERNALES	PACHECO
58	76	44	20	55	53	17
MASCULIN	MASCULIN	FEMENINO	MASCULIN	MASCULIN	FEMENINO	MASCULIN
CASADO	SOLTERO	CONVIVIE	SOLTERO	CONVIVIE	CASADO	SOLTERO
DEPENDIE	INDEPENDI	DEPENDIE	ESTUDIAN	INDEPENDI	DESEMPLE	ESTUDIAN
AREQUIPA	YANAHUA	CERRO	JLBYR	CONDESUY	CERRO	JLBYR
IV	IV	IV	III	V	IV	II
57	75	43	19	54	45	6
0	0	0	1	1	8	11
0	0	0	0	1	6	0
NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	SEGMENT	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM
ACROFACI	ACROFACI	GENERALIZ	UNISEGME	GENERALIZ	GENERALIZ	GENERALIZ
NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
CIC	2	gastritis	2	2	migraña	2
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO

54	53	52	51	50	49	48
PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE	PAGANTE
MUCHA	LIVISE	MIRANDA	MACHACA	SANCHEZ	QUISPE	HUAMAN
25	28	35	66	50	13	43
FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	MASCULIN	FEMENINO	FEMENINO	MASCULIN
SOLTERO	SOLTERO	CASADO	CASADO	CASADO	SOLTERO	CASADO
DEPENDIE	DEPENDIE	DEPENDIE	DEPENDIE	DESEMPL	ESTUDIAN	DEPENDIE
AREQUIPA	AREQUIPA	JLBYR	CAYMA	HUNTER	MARIANO	CAYMA
IV	III	IV	IV	IV	IV	IV
25	5	34	40	48	13	19
0	23	1	26	2	0	24
0	1	1	2	2	0	24
NO	NO SEGM	NO	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM	NO SEGM
FOCAL	GENERALIZ	FOCAL	ACROFACI	GENERALIZ	ACROFACI	ACROFACI
O Z	O Z	O Z	O Z	O Z	O Z	O Z
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	2	2	2	NM OVARI	2	2
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO
SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

