



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

TENENCIA DE *Canis familiaris* Y *Felis catus* COMO FACTORES
ASOCIADOS A DERMATOFITOSIS EN NIÑOS DE 6 A 9
AÑOS. HOSPITAL JERUSALÉN. LA ESPERANZA. 2015

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

AUTOR:

TARRILLO FERIA HARDY YOEL

ASESORES:

DRA. ROCIO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ

DR. CARLOS ALVAREZ BAGLIETTO

LINEA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

TRUJILLO – PERÚ

2016

PÁGINA DEL JURADO



TENENCIA DE *Canis familiaris* Y *Felis catus* COMO FACTORES
ASOCIADOS A DERMATOFITOSIS EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. HOSPITAL
JERUSALÉN. LA ESPERANZA. 2015

Marco Antonio Alfaro Angulo
PRESIDENTE DEL JURADO

Cristian Sánchez Cortes
SECRETARIO DEL JURADO

Carlos Álvarez Baglietto
VOCAL DEL JURADO

14 / 12 / 2016

DEDICATORIA

A Dios

*Por darme salud y haberme permitido
culminar mis estudios y alcanzar mis objetivos.
A él, por darme la firmeza para seguir adelante
iluminando mi camino a lo largo de mi formación académica.*

A mi familia

*Por el apoyo y aliento para alcanzar la meta trazada
que es obtener el título de médico cirujano.*

A mis docentes

*Por brindarme el conocimiento y la
sapiencia que permitirá mejorar y
fortalecer mi capacidad como profesional
de la salud para el mejoramiento de la
salud pública.*

HARDY YOEL, TARRILLO FERIA

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a aquellos maestros, bajo cuya dirección, apoyo constante y asesoramiento permanente se ha elaborado esta Tesis. Agradecemos la confianza depositada para su realización, y les reitero mi admiración, respeto y cariño, por brindar su amistad, su confianza y su tiempo.

A la Universidad y la plana docente de la Escuela de Medicina, quienes en todo momento guiaron mis pasos, constituyéndome ahora como el producto de su esfuerzo, dedicación, formación humanística y científica.

A mis queridos amigos, quienes estuvieron compartiendo conmigo toda la experiencia de aprendizaje, con alegrías, tristezas, preocupaciones, noches sin dormir, triunfos y fracasos, pasando muchas veces por momentos difíciles y que fueron superadas por el compañerismo desarrollado y cultivado durante este tiempo inmemorable.

HARDY YOEL, TARRILLO FERIA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo HARDY YOEL, TARRILLO FERIA, con DNI N° 45734979, a efecto de cumplir con la normatividad vigente incluidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que la documentación que presento es verdadera y auténtica.

Declaro también bajo juramento que la totalidad de la información que se sustenta en la presente tesis es verdadera.

Por lo antes mencionado, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo establecido en los reglamentos académicos de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 14 de Diciembre del 2016

HARDY YOEL, TARRILLO FERIA

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “TENENCIA DE *Canis familiaris* Y *Felis catus* COMO FACTORES ASOCIADOS A LA DERMATOFITOSIS EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. HOSPITAL JERUSALÉN DE LA ESPERANZA. 2015.” la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

HARDY YOEL, TARRILLO FERIA

ÍNDICE

PAGINAS PRELIMINARES	
Página de jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos.....	iv
Declaración de autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I.INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad Problemática.....	10
1.2 Trabajos Previos.....	12
1.3 Teorías Relacionadas al tema.....	13
1.4 Formulación al problema	17
1.5 Justificación del estudio.....	17
1.6. Hipótesis.....	18
1.7 Objetivos	18
II. METODO	
2.1 Diseño de investigación	19
2.2. Variables, Operacionalización	19
2.3 Población, muestra y muestreo	20
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	21
2.5 Métodos de análisis de datos	21
2.6 Aspectos éticos	22
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN	27
V. CONCLUSIONES.....	31
VI. RECOMENDACIONES.....	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
VIII. ANEXOS.....	37

RESUMEN

El Objetivo fue evaluar si la tenencia de *Canis familiaris* y *Felis catus* son factores asociados al desarrollo de dermatofitosis en niños de 6 a 9 años. Hospital Jerusalén de La Esperanza 2015. **Material y métodos.** Fue un estudio de casos y controles en 31 niños con dermatofitosis y 62 niños sin dermatofitosis, utilizándose la historia clínica y la encuesta. **Resultados:** El 77.4% de niños con dermatofitosis y el 53.2% de niños sin dermatofitosis tuvieron un *Canis familiaris* como mascota, obteniéndose un OR=3.01 con un IC 95% de 1.13 a 8.02 ($p=0.024$). El 35.5% de niños con dermatofitosis y el 22.6% de niños sin dermatofitosis no tuvieron un *Felis catus* como mascota, obteniéndose un OR=1.88 con un IC95% de 0.73. a 4.86 ($p=0.11$). Los niños con dermatofitosis tuvieron en promedio 1.3 ± 1.1 canes y los niños sin dermatofitosis que tuvieron 0.6 ± 0.7 canes, con diferencias estadísticas ($p=0.00$). Los niños con dermatofitosis tuvieron en promedio 0.4 ± 0.5 *Felis catus*, Y los niños sin dermatofitosis tuvieron 0.3 ± 0.6 *Felis catus*, sin diferencias estadísticas ($p=0.45$). **Conclusiones:** La tenencia de *Canis familiaris* se asoció con la dermatofitosis en niños de 6 a 9 años, en cambio la tenencia de *Felis catus* no se asoció. La dermatofitosis fue más frecuente en varones, el promedio de edad fue 7 años y el número de *Canis familiaris* como mascota fue mayor en los niños con dermatofitosis.

Palabras clave: Tenencia de *Felis catus*, *Canis familiaris*, dermatofitosis, niños

ABSTRACT

The Aim was to evaluate if ownership as *Canis familiaris* and *Felis catus* are factors associated with the development of dermatophytosis in children 6 to 9 years, at Jerusalem hospital in La Esperanza 2015. **Material and methods.** Study of cases and controls in 31 children with ringworm and 62 children without dermatophytosis, using clinical history and a survey. **Results:** The 77.4% of children with ringworm and 53.2% of children without ringworm had an *canis familiaris* as a pet, obtaining an OR = 3.01 with CI 95% of 1.13 to 8.02 ($p = 0.024$). The 35.5% of children with ringworm and 22.6% of children without dermatophytosis had a *felis catus*, obtaining an OR = 1.88 with a 95% CI of 0.73 to 4.86 ($p = 0.11$). Children with ringworm had on average 1.3 + 1.1 dogs and children without ringworm who had 0.6 + 0.7 dogs, with no statistical difference ($p = 0.00$). Children with ringworm had on average 0.4 + 0.5 *felis catus*, and children without ringworm had 0.3 + 0.6 *felis catus*, no statistical differences ($p = 0.45$). **Conclusions:** *Canis familiaris* ownership was associated with ringworm in children 6 to 9 old years; ownership *felis catus* was not associated. Dermatophytosis was more frequent in males, the average age was 7 old years and the number of *canis familiaris* as a pet was higher in children with ringworm.

Key words: Ownership of *felis catus*, *canis familiaris* dermatophytosis, children.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En el Mundo, los dermatofitos están conformados por unas 40 especies distintas, aunque sólo 28 se consideran patógenas y sólo 12 causan infestaciones cutáneas frecuentemente en humanos. Aunque los dermatofitos puedan ser aislados por todo el mundo, en determinadas regiones geográficas suelen encontrarse habitualmente 6 u 8 especies diferentes. En España las especies más frecuentes fueron: *Microsporum canis*, *Microsporum gypseum*, *Trichophyton mentagrophytes* y *Trichophyton rubrum*, En Chile, un estudio clínico donde se evaluó la transmisión de enfermedades producida por las mascotas de infantes, evidenció la presencia elevada de patologías y existencia de vectores, varios de ellos de importancia zoonótica; el 24% de los perros evaluados presentaban dermatofitos y 42% enteroparásitos. De los gatos evaluados, el 43% presentaron dermatofitos. En un estudio realizado en el Perú en la región de Ayacucho se halló una prevalencia de 68% de lesiones ocasionada por dermatofitos, 47% de lesiones presentes en regiones entre los dedos. En los niños el 61.8% de ellos crían mascotas. (1, 2, 3)

López C. (Ecuador, 2014), identificó las características más frecuentes en la dermatofitosis en 252 niños de educación primaria, se aplicó un estudio analítico de casos y controles, tomándose 456 muestras de dermatofitosis. El promedio fue 7.5 años de edad con límites entre 3 y 13 años, no hallándose diferencias entre ambos géneros. Se halló que el 76.1 % de niños con antecedente de convivencia con canes, presentaron dermatofitosis; el 51% de menores que no convivieron con canes presentaron dermatofitosis, con diferencias estadísticas significativas, estableciéndose que tener canes en el hogar es un factor de riesgo. EL 38.4% de dermatofitos encontrados fueron zoofilicos (4).

En otra investigación, identificaron las peculiaridades tanto clínicas como epidemiológicas de la tiña capitis en 110 infantes. Mediante un estudio correlacional, hallaron que cerca de la mitad de los pacientes tuvieron entre 6 a 12 años de edad, el 60% de casos fueron niñas y el 40% niños. El

Microsporium canis es considerado como principal agente etiológico correspondiendo al 41% de los casos. El 44% de los hogares registraron la presencia de canes, mientras que el 27% reportó la existencia de gatos y 29% de hogares tuvo la presencia simultánea de las referidas mascotas. El 17% de infantes con dermatofitosis tuvieron contacto con otros individuos con la patología en estudio, con o sin relación familiar (5).

1.2. Trabajos previos

Bernardez Y, et al (Cuba, 2011), determinaron las características clínico-epidemiológicas y de laboratorio en niños con dermatofitosis. A través de un diseño descriptivo, en una población de 102 pacientes con dermatofitosis. Se obtuvo positividad de 66.7% en el examen por raspado. El 68,6%, de los casos manifestaron infectarse mediante el contacto con canes, mientras las infecciones transmitidas por gatos representó el 26,5%. El 5% de los casos indicaron contactos con ambos animales (6).

Romito C, et al (España, 2011), investigaron si la presencia de dermatofitos en canes y gatos se relacionaron con la aparición de dermatofitosis en sus amos. Mediante un estudio trasversal, en 384 animales. De ellos 22 perros y 56 gatos pertenecieron a individuos con dermatofitosis y 306 (114 canes y 192 gatos) a individuos sin dermatofitosis. El 53 % de los gatos cohabitaron con dueños con dermatomycosis y el 15% de gatos con dueños sin dermatomycosis, concluyendo que los perros y gatos son fuente considerable de agentes dermatofíticos para las personas, aun cuando dichos animales no expresen signos o síntomas de infestación por dermatofitos (7).

Nweze E. (Nigeria, 2010), investigó las infecciones entre los niños pastores nómadas mediante un estudio descriptivo, en 390 menores de los cuales 162 tuvieron dermatofitosis. La prevalencia fue de 41.3%. Sin embargo no se halló diferencias en cuanto al género o campamento al que pertenecieron. Concluyendo que la tiña capitis es el tipo clínico predominante de la dermatofitosis entre niños expuestos a animales domésticos. La alta prevalencia sugiere transmisión del animal doméstico al niño que incluye principalmente perros (8).

Cafarchia C, et al (Italia, 2010), evaluaron la presencia de los dermatofitos en mascotas y su relación con la dermatofitosis en sus dueños. Mediante un estudio de casos y controles en 136 perros y 248 gatos, fueron aislados dermatofitos en el 20,5% de perros y 28,2% de gatos siendo el *Microsporum canis* el más frecuente en la piel de los gatos, mientras que *Microsporum*

gypseum fue más frecuentes en los perros. El *Microsporum canis* fue aislado en el 36.4% de perros que cohabitan con propietarios diagnosticados con dermatofitosis, pero nunca fue aislado en perros cuyos propietarios no tenían lesiones cutáneas. Por el contrario, *Microsporum canis* se aisló en 53,6% de los gatos que cohabitaron con sus dueños diagnosticados con Tiña corporis y en el 14.6% de gatos cuyos dueños no presentaron dicha enfermedad. Estos resultados indican que perros y gatos deben considerarse como una fuente importante de dermatofitos patógenos para los seres humanos aun cuando no presentan signos clínicos de dermatofitosis. (9)

1.3. Teorías relacionadas al tema

La dermatofitosis, denominada también Tiña o tinea, es una infestación que afecta la epidermis y es originada por hongos queratinofílicos que dañan la piel, pelos y uñas. Los dermatofitos, son hongos filamentosos pluricelulares, que ocasionan lesiones en el humano, como también en animales. Esta diversidad de hongos con características taxonómicas, antigénicas, fisiológicas y patogénicas similares, son clasificados en tres géneros: *Trichophyton*; *Microsporum*, y *Epidermophyton*. El género *Trichophyton*, productoras de tricofitias parasitan la piel y anexos. El parasitismo de los pelos es endothrix. El género *Microsporum* afecta la piel sin vellos. El género *Epidermophyton* está conformado por única especie conocida como *E. floccosum* que afecta piel, incluyendo uñas, pero no lesionan el vello o cabello. (10, 11).

De acuerdo a su hábitat natural se clasifican en: antropofílicos; zoofílicos, y geofílicos. Los seres humanos son afectados por los hongos antropofílicos quienes se transmiten principalmente de forma directa y en menor proporción indirectamente por secreciones, estas lesiones de tipo crónico evidencian poca inflamación. Los hongos zoofílicos atacan en mayor proporción a los animales, y a veces al humano, cuya transmisión es directa con animales infectados e indirectamente mediante superficies u objetos contaminados. El suelo es el principal hábitat de los agentes geofílicos, especialmente aprovechan los restos de queratina que se encuentra en el piso y son considerados como fuente de infestación para animales y seres humanos, ocasionando lesiones inflamatorias

severas, su transmisión se relaciona con el contacto con animales, diferenciándose las fuentes de contagio que ocurren en áreas rurales donde el contagio es principalmente con animales, mientras que en la zona urbana el contagio ocurre en los ambientes de centros deportivos y el contacto con las mascotas (12).

Entre las formas clínicas se halla la Tiña capitis, frecuentemente presente en infantes, bajo tres presentaciones: el Querión caracterizado por presentar lesiones inflamatoria con una o más placas eritematosas y escamosas, acompañada de alopecia, con dolor a la exploración táctil, con pústulas y folículos abiertos. También se describen las formas no inflamatorias que se acompaña con alopecia de regular tamaño y cubierta con escamas grisáceas, hay prurito y frecuentemente se localizan en el vertex. La variedad tricofítica se caracteriza por puntos oscuros, con varias lesiones pequeñas, con zonas irregulares alopécicas, que no afecta la totalidad de cabellos. En cambio la forma Favus, es infrecuente pero crónica con presencia de placas eritematosas y poco escamosas, con zonas alopécicas residuales (13).

Las manifestaciones clínicas son: alopecia, descamación, eritema, puntos negros y pústulas. Hay presencia de adenopatía regional. La tiña corporis se presenta en todas las edades. Se clasifica en: Herpes circinado con lesiones de tipo anular o policíclico, con un borde de crecimiento excéntrico y eritematoso, con centro más claro, es descamativo y con tendencia a la mejoría clínica espontanea. En el tipo zoófilico suelen ser lesiones múltiples, con poco prurito. El Granuloma de Majochi que se halla con frecuencia en extremidades, es una lesión que afecta el folículo piloso, acompañado de granulomatosis perifolicular. La Tiña incógnita es de contornos irregulares y en cuyo centro existen elementos microvesiculosos aislados, se caracteriza por evolucionar tórpidamente y de manera crónica, su diagnóstico es difícil por las modificaciones o ausencias de las manifestaciones clínicas habituales. La supresión del uso de corticoide produce efecto rebote en la lesión, con reaparición más intensa de la lesión previa (13, 14).

La tiña del pliegue se subdividen en dos tipos, la primera denominada de grandes pliegues, crural o eccematoso con borde sobreelevado, se extiende desde la región inguinal a la parte interna del muslo, acompañado de prurito, su ubicación es bilateral de bordes eritematosos o marronadas con el centro pálido, es más frecuente en la etapa adolescente. El segundo tipo denominado de pequeños pliegues o pie de atleta, ocurre con más frecuencia a partir de la adolescencia, localizándose en los espacios interdigitales pedios, existen fisuras o maceración. Además existen formas descamativas y vesiculares en plantas y zona lateral pedia. En la infancia es rara la oncomicosis, y cuando se inicia, afecta el borde lateral o distal con engrosamiento, fragmentación y desprendimiento laminar de la uña. No lesiona partes blandas, se presentan distalmente en el área subungueal y subungueal proximal, afectando con mayor frecuencia las uñas de los pies, y en menor frecuencia las manos (15).

Las lesiones estériles o dermatofítides, son reacciones caracterizadas por hipersensibilidad en la fase inicial de las lesiones, que ocurren en las micosis zoófilas inflamatorias. Son las extremidades, o el tronco las zonas más frecuentes y se añade eritema, vesículas, pápulas, ampollas, lesiones psoriasiformes o eritema nodoso. No requieren tratamiento específico. Un portador sano es aquel sin lesiones o síntomas, pero se le aísla mediante cultivo la presencia de dermatofitos. A veces cura espontáneamente o se inicia la lesión que lo caracteriza, que posteriormente es un foco de transmisión en escuelas o locales deportivos.(15)

El diagnóstico suele ser clínico-epidemiológico, para lo cual se emplean técnicas como examen microscópico directo, o cultivo que duran en promedio 15 días. Se debe establecer el diagnóstico diferencial de la tiña inflamatoria, la falsa tiña amiantácea, la tiña capitis con dermatitis seborreica, la psoriasis, las alopecia traumática, la areata, tricotilomanía y el lupus eritematoso. La tiña corporis debe diferenciarse con granuloma anular, pitiriasis rosada de Gibert, eczema anular, psoriasis, incluso impétigo. Para la tiña cruris se debe diferenciar con el eritrasma, intertrigo candidiásico. En caso de la tiña de los pliegues del pie se debe diferenciar con la psoriasis, dermatitis plantar juvenil e

intértrigo candidiásico. La tiña ungueal se debe diferenciar con la leuconiquias congénitas, psoriasis y onicomycosis candidiasicas (16).

Numerosos animales, domésticos o salvajes, son portadores de dermatofitos. La mayoría de animales contaminantes presentan lesiones alopecicas, inflamatorias y escamosas, en cabeza, hocico o patas. La transmisión del dermatofito del animal al hombre se hace por transmisión directa, como también por transmisión indirecta mediante collares usados por perros, incluso pelos de los canes con dermatofitosis dejados en el sofá. La penetración del dermatofito es a través de la piel, principalmente en cara y zonas lesionadas que permite al dermatofito ingresar en la piel, está presente en cabellos o uñas, logrando penetrar la capa córnea (17, 18).

No se puede confirmar el diagnóstico de dermatofitosis animal, más que en los casos donde existe por lo menos una muestra micológica positiva. Los tipos de animales de compañía varían según los países lo que establece las diferencias en la distribución de las especies (18).

Los canes domesticados (*Canis lupus familiaris*), son mamíferos carnívoros que pertenecen a la familia de los cánidos; como consecuencia del proceso de domesticación, los canes se adaptaron a diversos tipos de alimentos. Sus características corporales como tamaño, forma y pelaje depende de la raza. Poseen una audición y olfato altamente desarrollados, siendo el olfato su órgano sensorial más importante. El promedio de vida es aproximadamente quince años, algunas razas, especialmente los pequeños que llegan a vivir cerca de veinte años (19).

El gato o gato doméstico (*Felis silvestris catus*) es una subespecie de mamífero carnívoro de la familia Felidae. Hay razas, sin pelo, incluso sin cola, debido a mutaciones genéticas. Son depredadores por naturaleza. Su comunicación se realiza mediante gruñidos y producen más de un centenar de vocalizaciones diferentes. La mayoría de dermatofitosis en los gatos, ocurren en forma no inflamatoria y representan un escaso riesgo para la salud. Existen pocos datos

disponibles acerca de la prevalencia y determinantes de la salud relacionada a estas patologías, principalmente entre quienes son amos de estos animales (19, 20).

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre la tenencia de *Canis familiaris* y *Felis catus*, con la dermatofitosis en niños de 6 a 9 años, atendidos en el Hospital Jerusalén en el distrito de La Esperanza en el año 2015?

1.5. Justificación del estudio

Las dermatofitosis constituyen un problema individual por las implicancias cosméticas que presente especialmente en la etapa infantil, más aun considerando que en el entorno familiar muchas veces se cría de manera doméstica canes o gatos. Ésta situación de coexistencia es preocupante debido a la evidencia de transmisión de patologías dermatofíticas de dichas mascotas a los niños.

Por lo anteriormente descrito, este estudio intenta brindar información de una realidad local, valorando el riesgo que representa la crianza de animales domésticos como perros y gatos en el desarrollo de dermatofitosis en los niños de la comunidad.

Detectar oportunamente estas micosis que afecta la piel y faneras, así como algunos determinantes de la salud, que inducen su presencia como es la crianza de mascotas, específicamente canes y gatos, favorecerán el desarrollo de estrategias de prevención primaria de tipo educativas que ayuden al control y reducción de la prevalencia de dichas infestaciones en las poblaciones escolares. También los hallazgos de esta investigación ayudaran a la comparación y línea de base para próximas investigaciones en los escenarios locales como regionales.

1.6. Hipótesis

La tenencia de *Canis familiaris* y *Felis catus* son considerados factores asociados al desarrollo de dermatofitosis en niños de 6 a 9 años atendidos en el Hospital Jerusalén de La Esperanza en el año 2015.

1.7. Objetivos

General

Evaluar si la tenencia de *Canis familiaris* y *Felis catus* son factores asociados al desarrollo de dermatofitosis en niños de 6 a 9 años. Hospital Jerusalén en el distrito de La Esperanza en el año 2015.

Específicos

1. Determinar si la tenencia de *Canis familiaris* es un factor asociado a dermatofitosis en niños.
2. Determinar si la tenencia de *Felis catus* es un factor asociado a dermatofitosis en niños.
3. Caracterizar a la población de estudio según edad, género y número de mascotas.

II. METODO

2.1 Diseño de estudio

Casos y controles

2.2 Variables:

Variable dependiente: Dermatomofitosis

Variables independientes: Tenencia de Canis familiaris y tenencia de Felis catus

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Dermatomofitosis	Es una infestación que ocurre en la superficial de la piel producida por hongos queratinofílicos que lesionan estructuras conformado por queratina: piel, uñas y pelos. (10)	Se determinó mediante el estudio de raspado epidérmico en la piel del niño, dato presente en la historia clínica.	Si No	Cualitativo Nominal
Tenencia de Felis catus	Mantener un Felis catus como compañía o también se considera al animal o cosa que sirve de talismán, que trae buena suerte.(19,20)	Se tomó en cuenta el tener al menos un gato en casa en los últimos tres meses.	Si No	Cualitativo Nominal
Tenencia de Canis familiaris	Mantener un Canis familiaris como compañía o también se considera al animal o cosa que sirve de talismán, que trae buena suerte.(19)	Se tomó en consideración el tener en el domicilio al menos un perro en los últimos tres meses.	Si No	Cualitativo Nominal

2.3 Población, muestra :

La Población estuvo integrado por 217 niños entre 6 a 9 años con diagnóstico probable de dermatofitosis que se atendieron en el último año en el Hospital Jerusalén de la Esperanza.

La muestra fue obtenida utilizando la fórmula referida a casos y controles que se describe (9)

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{c p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z_{\alpha} = 1.96$

$Z_{\beta} = 0.84$

$p_1 = 0.53$ según Cafarchia C, et al (9)

$p_2 = 0.14$ según Cafarchia C, et al (9)

$c = 2$ controles por cada caso

$P = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0.34$

$n = 31$

Se consideró 31 casos y el doble de controles.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterio de inclusión para los casos:

- Niño de 6 a 9 años.
- Con diagnóstico de dermatofitosis confirmado por laboratorio.

Criterio de inclusión para los controles:

- Niño de 6 a 9 años.
- Sin dermatofitosis.

Criterios de exclusión:

- Niño de 6 a 9 años que no tuvieron resultado de laboratorio.
- Niños cuya madre o padre no quisieron que su hijo participe del estudio.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se consideró dos tipos de técnicas: la comprobación de información de registro de historia clínica y la encuesta.

El instrumento incluyó tres partes, la primera parte recogió datos de filiación como edad y sexo, historia clínica y dirección; la segunda parte tiene datos acerca de la presencia o no de la dermatofitosis con su respectivo informe de laboratorio y la tercera parte tuvo las variables de estudio (Anexo N° 1).

Procedimiento: Se inició tramitando la obtención del permiso para acceder a los registros de atención. Se utilizó fuentes secundarias, el registro atenciones del sistema informático his mis, donde se incluyó todos los casos probables o definitivos con el código CIE 10, B35. A partir del referido registro se obtuvo el número de historias clínicas, incluyendo los resultados de laboratorio clínico, que clasificaban a los pacientes como casos o controles. Una vez obtenido el total de casos de dermatofitosis, así como sus controles se procedió a clasificarlos según los criterios de selección. En un segundo momento al tener los casos y controles se procedió a realizar la visita domiciliaria, con el fin de verificar la tenencia de animales, como el perro o gato o ambos. Posteriormente se procedió a la tabulación de la data. Se consideró el consentimiento informado para ser parte del estudio (ANEXO 2).

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el software SPSS 22.0 de la IBM, se aplicó el Ji cuadrado para establecer diferencias entre las frecuencias esperadas y observadas, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. Por ser un estudio de casos y controles, se calculó el Odds Ratio con su respectivo intervalo de

confianza al 95%, para verificar la asociación entre las variables mencionadas.

2.6. ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se desarrolló dentro de las normas éticas, descritas las declaraciones internacionales, como la declaratoria de Helsinki, que fue actualizada en Fortaleza, Brasil; cuyos principios señalaron conservar la protección de la intimidad del paciente. Así como el respeto al derecho de las personas que participan en el estudio, protegiendo su integridad, tomándose toda tipo de precauciones con el fin de preservar la confidencialidad de la información del paciente y reduciendo al mínimo los efectos de la investigación sobre todo en la integridad tanto menta como física. También se hizo uso del Consentimiento Informado, que expresó voluntariamente su aceptación de participar en un estudio. (22)

III. RESULTADOS

TABLA N°1
ASOCIACIÓN DE LA TENENCIA DE CANIS FAMILIARIS Y LA
DERMATOFITOSIS EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. HOSPITAL DISTRITAL
JERUSALÉN. LA ESPERANZA 2015

TENENCIA DE CANIS FAMILIARIS	DERMATOFITOSIS				TOTAL	
	N	SI Porcentaje	N	NO porcentaje	n	Porcentaje
SI	24	77.4%	33	53.2%	57	61.3%
NO	7	22.6%	29	46.8%	36	38.7%
TOTAL	31	100.0%	62	100.0%	93	100.0%

FUENTE: Historia clínica y encuesta

$Ji^2 = 5.09$ $p=0.024$

OR= 3.01 IC 95% 1.13 a 8.02

- La tenencia de Canis familiaris si es un factor asociado a Dermatofitosis.
- Existe un mayor porcentaje de presentar dermatofitosis entre los niños que tienen como mascota Canis familiaris a diferencia de los que no, donde los que tienen más de una mascota presentan un factor de exposición tres veces mayor comparado con los que no tienen.

TABLA N°2
ASOCIACIÓN DE LA TENENCIA DE FELIS CATUS Y LA
DERMATOFITOSIS EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. HOSPITAL DISTRITAL
JERUSALÉN. LA ESPERANZA 2015

TENENCIA DE FELIS CATUS	DERMATOFITOSIS				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	n	%	N	%		
SI	11	35.5%	14	22.6%	25	26.9%
NO	20	64.5%	48	77.4%	68	73.1%
TOTAL	21	100.0%	62	100.0%	96	100.0%

FUENTE: Historia clínica y encuesta

$Ji^2 = 2.49$

$p=0.11$

OR= 1.88

IC 95% 0.73 a 4.86

En este cuadro se puede interpretar que a pesar de existir mayor porcentaje de niños que tienen como mascota Felis catus comparado con los que no tienen, existe una diferencia leve por lo cual no hay una significancia estadística.

TABLA 3.1
CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD,
NUMERO DE CANIS FAMILIARIS Y NUMERO DE FELIS CATUS EN
NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN. LA
ESPERANZA 2015

CARACTERISTICA	DERMATOFITOS		SIN DERMATOFITOS		Nivel de significancia
	Promedio	desv est	Promedio	desv est	
NUMERO DE CANIS FAMILIARIS	1.3	1.1	0.6	0.7	p=0.00
EDAD DEL NIÑO QUE TIENE CANIS FAMILIARIS	7.2	1.1	6.9	0.9	p=0.19
NUMERO DE FELIS CATUS	0.4	0.5	0.3	0.6	p=0.45
EDAD DEL NIÑO QUE TIENE FELIS CATUS	7.6	1.1	7.4	1.1	p=0.42

FUENTE: Historia clínica y encuesta

- La tenencia mayor a un Canis familiaris como mascota aumenta la probabilidad de tener dermatofitosis, a diferencia de los que tienen 1 a menos.
- La edad de los niños no se comporta como una variable interviniente para el desarrollo de dermatofitosis.
- El número de Felis catus como mascota no genera diferencia significativa entre los que tienen y no tienen dermatofitosis.
- La edad de los niños no se comporta como una variable interviniente para el desarrollo de dermatofitosis.

TABLA 3.2
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN
GÉNERO Y TENENCIA DE CANIS FAMILIARIS Y FELIS CATUS EN
NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN. LA
ESPERANZA 2015

CARACTERÍSTICA GÉNERO	DERMATOFITOS		SIN DERMATOFITOS		Nivel de significancia
	Promedio	Porcentaje	promedio	porcentaje	
MASCULINO CON TENENCIA DE CANIS FAMILIARIS	23	74.20%	37	59.70%	p=0.13
FEMENINO CON TENENCIA DE CANIS FAMILIARIS	8	25.80%	24	40.30%	
MASCULINO CON TENENCIA DE FELIS CATUS	21	67.70%	38	61.30%	p=0.35
FEMENINO CON TENENCIA DE FELIS CATUS	10	32.30%	24	38.70%	

FUENTE: Historia clínica y encuesta

La tenencia de Felis catus como mascota según el género: masculino y femenino, no se evidencia significancia estadística entre los que tienen y no tienen dermatofitosis.

La tenencia de Canis familiaris como mascota según el género: masculino y femenino, no evidencia significancia estadística entre los que tienen y no tienen dermatofitosis.

IV. DISCUSIÓN

Al analizar la existencia de asociación de la tenencia de *Canis familiaris* con la dermatofitosis (Tabla 1), se halló que el porcentaje de niños con dermatofitosis que tuvo como mascota a *Canis familiaris*, fue mayor que el porcentaje de niños sin dermatofitosis que también tuvieron un *Canis familiaris* como mascota, encontrándose diferencias estadísticas, incrementándose en tres veces el riesgo de dermatofitosis en comparación con los niños que no tienen *Canis familiaris* en casa,

En el estudio de Bernárdez Y, et al (6) en Cuba describieron que el 68.6% de pacientes se infectaron a través del contacto con canes con 68,6%. A nivel nacional Romero S, et al (3) en Perú, hallaron que el 61.8% en niños que crían animales domésticos, especialmente *Canis familiaris*, Sin embargo otros estudios señalan frecuencias menores como García D, et al (5) en Honduras reportaron que el 44% de los niños tuvieron un *Canis familiaris* en el hogar.

Las razones de la alta frecuencia de *Canis familiaris* en pacientes con y sin dermatofitosis, es que dicha especie es la más querida por los niños, así mismo el can tiene mayor tiempo de contacto con los seres humanos que otro tipo de mascota, debido a la afinidad que tienen ambos seres el ser humano y el *Canis familiaris*. Sin embargo esta frecuencia de tener mascotas va a depender de la zona de residencia. En zonas rurales y urbano-marginales la tenencia de *Canis familiaris* es mayor que en zonas urbanas, y más acentuadas comparando con zonas residenciales (17, 18)

En cuanto al factor de riesgo, diversos estudios confirman la asociación entre la tenencia de mascotas *Canis familiaris* y la dermatofitosis. El estudio de López C. (4) en Ecuador describió que el tener mascotas como los canes son factores de riesgo para dermatofitosis. Por otro lado Bernárdez Y, et al (6) indicó que la mayoría de los pacientes con dermatofitosis se debió por el contacto con canes. Nweze E. (8) en Nigeria informó que la alta prevalencia de dermatofitosis se debió a la transmisión del animal doméstico al niño principalmente el *Canis familiaris*. También Cafarchia C, et al (9) concluyeron

que los *Canis familiaris* deben considerarse como una fuente importante de contagio de dermatofitosis en seres humanos.

Si se tiene en cuenta que los *Canis familiaris* tienen mayor facilidad de transmisión del dermatofito al hombre por contacto directo o indirecto, basta una mínima lesión en la piel, más aun si dichas lesiones se encuentran en zonas de contacto frecuente con las mascotas como: cara de los niños que abrazan a los animales, piernas y brazos que están en contacto con el pelo del perro permitiendo que el dermatofito penetre la capa córnea e infeste la piel (18). A esto agregar que hay evidencia que existe dermatofitos en la piel de los *Canis familiaris*, confirmado por Abarca K, et al (2) en Chile al señalar que la cuarta parte de canes domésticos presentaron dermatofitos, por lo tanto epidemiológicamente existe una cadena de transmisión.

Referente a la existencia de asociación de la tenencia de *Felis catus* con el desarrollo de dermatofitosis (Tabla N°2), se encontró que el porcentaje de niños con dermatofitosis tuvo como mascota por lo menos un *Felis catus*, fue mayor que el porcentaje de niños sin dermatofitosis que también tuvieron un *Felis catus* como mascota, no hallándose diferencias estadísticas, no considerado como factor de riesgo.

Al analizar tenencia de *Felis catus*, la frecuencia de su tenencia como mascota es menor que el *Canis familiaris*. Frecuencias cercanas a lo hallado en el presente estudio lo describió García D, et al (5) en Honduras quienes encontraron que el 27% de pacientes con dermatofitos tenían en su domicilio la presencia de *Felis catus*. Bernárdez Y, et al (6) en Cuba describieron que el 26.5% de los niños con dermatofitos tuvieron *Felis catus*. Como puede apreciarse la crianza de gatos en casa es menor que los *Canis familiaris*, esto se debe a que el gato por naturaleza es solitario y muestra el apego al ser humano como lo hace el *Canis familiaris*. La razón por la cual no se halló asociación puede ser por la poca diferencia de frecuencias de la tenencia de *Felis catus* entre los niños con y sin dermatofitosis. Otro motivo se debería al contacto que tiene el niño con el gato y si el gato tiene o no dermatofitosis.

En la Tabla 3.1 se analiza las características en niños con tenencia de Canis familiares, observándose que los niños con dermatofitosis tuvieron en promedio mayor número de canes, comparado con los niños sin dermatofitosis, con diferencias estadísticas. Hubo similitud de la edad promedio de niños con dermatofitosis y los que no tienen dermatofitosis.

Es importante señalar que un dato interesante es el número promedio de Canis familiares en el domicilio es más alto en los niños con dermatofitosis, en comparación con los que no tienen dermatofitosis, con diferencias estadísticas, incrementando las probabilidades de trasmisión, considerándose una razón que corrobora el hallazgo de asociación. Lamentablemente no se hallaron estudios previos que señalen dicha características, sin embargo es importante su mención. Referente a la edad no hay predilección por una edad determinada.

En la Tabla 3.2 se analizó que los niños con dermatofitosis tuvieron un promedio similar del número de Felis catus, comparado con los niños sin dermatofitosis. Así mismo hubo similitud entre el promedio de edad de los niños con dermatofitosis y los que no tienen dermatofitosis.

Con lo descrito en la tabla anterior el promedio del número de gatos en casa no contribuye a la modificación de la frecuencia de dermatofitosis, tampoco el promedio de la edad del niño, porque en ambos casos estadísticamente son similares tanto en los sujetos definidos como casos y los controles.

Referente a la característica de género, el porcentaje de varones que tuvieron como mascota a Canis familiares, fue cercano al porcentaje de varones que no tuvieron dermatofitosis.

En cuanto a la característica de género, el porcentaje de varones con dermatofitosis que tenían en casa un Felis catus como mascota tuvieron un porcentaje cercano con los niños varones que no tuvieron dermatofitosis.

V. CONCLUSIONES

1. La tenencia de *Canis familiaris* se asocia con la dermatofitosis en niños de 6 a 9 años.
2. La tenencia de *Felis catus* no se asocia con la dermatofitosis en niños de 6 a 9 años.
3. La dermatofitosis fue más frecuente en el sexo masculino, el promedio de edad fue 7 años y el número de *Canis familiaris* fue mayor en los niños con dermatofitosis, el número de *Felis catus* fue similar en niños con y sin dermatofitosis.

VI. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados entre el personal sanitario que atiende a la población infantil de manera que puedan servir de insumo para la consejería e información que brindan tanto a los padres como hijos en la prevención de la dermatofitosis.
- Ampliar el presente estudio considerando la existencia de un mayor riesgo de transmisión cuando se tiene un mayor número de Canis familiaris como mascotas.
- Evaluar la presencia de dermatofitos y sus diversas especies de Canis familiaris con el fin de evitar la transmisión de la dermatofitosis

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boz J. Dermatoftosis en la edad pediátrica en Málaga (1977-2006). Universidad de Málaga Facultad de Medicina Departamento de Farmacología y Pediatría. Tesis Doctoral. España 2011. (Citado 22 de Marzo del 2015). Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4971/TD%20de%20Francisco%20Javier%20del%20Boz%20Gonzalez.pdf;jsessionid=40F85BD3FB295DA9AD488CAFE11EAB5F?sequence=1>
2. Abarca K, López J, Peña A, López J C. Deficiencias en el cuidado y estado de salud de mascotas de niños inmunodeprimidos. Rev Chilena Infectol 2011 (Citado 10 de Marzo del 2015); 28 (3): 205-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000300001
3. Romero S, Guevara R. Dermatoftosis en estudiantes de la Institución Educativa "San Juan de la Frontera", Ayacucho, Perú, 2010. Rev peru epidemiol 2011 (Citado 22 de Marzo del 2015). ; 15 (1) [4 pp. Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N01/11CC_Vol15_No1_2011_Dermatoftosis.pdf
4. López C. "Determinación de la prevalencia de dermatofitosis en los niños de la Escuela de Educación General Básica "Padre Juan Bautista Aguirre" de la parroquia Miraflores de la ciudad de Cuenca." Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Químicas. Ecuador. 2014. (Citado 22 de Marzo del 2015). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21010/1/TESIS.pdf>
5. García D, Meléndez V. Caracterización clínico epidemiológica de tiña capitis en pacientes atendidos en la consulta externa de dermatología pediátrica del hospital escuela, Tegucigalpa, Honduras. (Citado 22 de Marzo del 2015). 2012 Disponible en http://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2012/06/TineaCapitis_Dermatologia.pdf
6. Bernárdez Y, Cabrera G, Rodríguez M, Menéndez B. Características clínico-epidemiológicas de pacientes en edad pediátrica afectados por dermatofitosis. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2011; 9(6): 11-15. Disponible en:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1858/7368>

- 7.- Romito D, Guillot J, Otranto. Isolation of *Microsporum canis* from the hair coat of pet dogs and cats belonging to owners diagnosed with *M. canis tinea corporis* *Veterinary Dermatology* 2012. 17; 327—331 327 (Citado 22 de Abril del 2015) Disponible en: http://mediskin.cn/uploadfiles/file/20131017/20131017103752_6895.pdf
- 8.- Nweze E. Dermatophytosis among children of Fulani/Hausa herdsmen living in southeastern Nigeria. *Rev Iberoam Micol.* 2010 Oct-Dec;27(4):191-4
- 9.- Cafarchia C, Romito D, Capelli G, Guillot J, Otranto. Isolation of *Microsporum canis* from the hair coat of pet dogs and cats belonging to owners diagnosed with *M. canis tinea corporis* *Veterinary Dermatology.* 17; 327—331 327 (Citado 22 de Abril del 2015) Disponible en: http://mediskin.cn/uploadfiles/file/20131017/20131017103752_6895.pdf
- 10.- Suárez R. Guía dermatológica para atención primaria. Marge Medica Books. 2013. (Citado 23 de Marzo del 2015) Disponible en https://books.google.com.pe/books?id=6i7JAgAAQBAJ&pg=PA63&dq=guia+de+dermatofitosis&hl=es&sa=X&ei=8asaVY2OIJL8gwSO_oDoDw&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=guia%20de%20dermatofitosis&f=false
- 11.- Vilata J. Micosis cutáneas. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2010 pp 73 (Citado 28 de Abril del 2015). Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=ML5kocizMKgC&pg=PA73&dq=dermatofitos&hl=es&sa=X&ei=EellVeXMloSigwSN_4GgDA&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=dermatofitos&f=false
12. Fitzpatrick T. Wolff M, Goldsmith J, Katza L, Paller S. Fitzpatrick Dermatología En Medicina General. 7ª ed. Madrid Editorial Médica Panamericana. 2009. (Citado 12 de Abril del 2015) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=83V0I_tJbggC&pg=PA1808&dq=dermatofitos&hl=es&sa=X&ei=EellVeXMloSigwSN_4GgDA&ved=0CCUQ6AEwAg#v=onepage&q=dermatofitos&f=false
- 13.- Romero R. Microbiología y parasitología humana 3ª ed. Madrid Editorial Médica Panamericana. 2007. (Citado 30 de Abril del 2015) Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=Wv026CUhR6YC&pg=PA1123&dq=dermatofitos&hl=es&sa=X&ei=rupIVdLFOYmfgwTeo4CADw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=dermatofitos&f=false>

- 14.- Habif T, Campbell J, Dinulos J, Zug K. Enfermedades de la piel: diagnóstico y tratamiento. 2ª ed. Barcelona Elsevier España. 2007 (Citado 30 de Abril del 2015) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=dE2I4NZxWIQC&printsec=frontcover&dq=dermatofitos&hl=es&sa=X&ei=DuxlVeu_HYq_ggT5w4GQBg&ved=0CDMQ6AEwBTgK#v=onepage&q=dermatofitos&f=false
- 15.- Forbes B. Baylei & Scott. Diagnostico Microbiológico. 12ª ed. Madrid Editorial Médica Panamericana. 2009. (Citado 30 de Abril del 2015) Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=239cauKqSt0C&pg=PA663&dq=dermatofitos&hl=es&sa=X&ei=ze1IVaOMIMeqgwTt-IGICA&ved=0CCYQ6AEwAzgU#v=onepage&q=dermatofitos&f=false>
16. Peña D. Atlas de dermatología del pie. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2009. (Citado 30 de Abril del 2015) Disponible en <https://books.google.com.pe/books?id=Sji16aQ9XwUC&pg=PA131&dq=dermatofitos&hl=es&sa=X&ei=sO5IVZzALsWXgwTFz4C4Cw&ved=0CDUQ6wEwBTge#v=onepage&q=dermatofitos&f=false>.
- 17.-Koneman E, Allen S. Koneman. Diagnostico Microbiológico. 6ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2009. (Citado 3 Mayol del 2015) Disponible en <https://books.google.com.pe/books?id=jyVQueKro88C&pg=PA1140&dq=microsporium&hl=es&sa=X&ei=3u9IVciUOsOhNoifgZAM&ved=0CCQQ6AEwAQ#v=onepage&q=microsporium&f=false>
18. Machicote G. Dermatología canina y felina: manuales clínicos por especialidades. Grupom Asis Biomedia. 8Citado 19 de Abril 2015) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=ewVT3Jc5f8MC&printsec=frontcover&dq=dermatología&hl=es-419&sa=X&ei=g_NIVY6NMoy9ggTvtlHoBA&sqi=2&ved=0CDUQ6AEwAw#v=onepage&q=dermatologia&f=false
- 19.- Iborra E. Crespo N. La verdad sobre perros y gatos. Buenos Aires. Editorial Grijalba. 2013. (Citado 22 de Abril del 2015) Disponible en:

<https://books.google.com.pe/>

[books?id=WZy7tExmlx0C&printsec=frontcover&dq=perros+y+gatos&hl=es&sa=X&ei=GvVIVdatB4mogwSgsoHQBg&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=perros%20y%20gatos&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=WZy7tExmlx0C&printsec=frontcover&dq=perros+y+gatos&hl=es&sa=X&ei=GvVIVdatB4mogwSgsoHQBg&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=perros%20y%20gatos&f=false)

20. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española. Madrid 22ª ed. Espasa Calpe, 2010.

21. Hernández R, Fernández P Baptista C. Metodología de la investigación 5ª edición. Buenos Aires. Editorial Mac Graw Hill. 2010

22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, (Citado 24 de Octubre del 2016). Disponible en:

[http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage)

ANEXOS

ANEXO 1

Tenencia de *Canis familiaris* y *Felis catus* como factores asociados a la dermatofitosis en niños de 6 a 9 años. Hospital Jerusalén de La Esperanza

I.- DATOS GENERALES

EDAD.....

SEXO.....

Historia

Clínica.....

DIRECCIÓN:.....

.....

II.- DERMATOFITOSIS

SI () NO ()

TIPO DE DERMATOFITOSIS SEGÚN EXAMEN DE LABORATORIO:.....

III. TIENE MASCOTAS EN CASA

NO ()

SI ()

CUALES PERRO () GATO () PERRO Y GATO ()

ANEXO N° 02

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (Autorización para realizar una investigación médica)

1.-La que suscribe:_____

(nombre del padre o madre de familia) de_____años de edad, identificado con DNI-----y con domicilio

en;_____ (calle, numero, urbanización/sector,), por este medio, con toda libertad y sin ningún tipo de presión, acepto ser parte de la investigación Científica:

Tenencia de Canis familiaris y Felis catus como factores asociados a la dermatofitosis en niños de 6 a 9 años. Hospital Jerusalén de La Esperanza.

Esta Investigación realizada por el alumno de medicina TARRILLO FERIA, HARDY YOEL quien me informó de manera detallada la participación de mi menor hijo(a), durante el proceso, así mismo los datos que obtenga serán de reserva exclusiva para el referido estudio manteniendo la confidencialidad de mis datos personales. Ante lo expuesto doy mi consentimiento a participar en dicho estudio.

La Esperanza, ___de___del 2016.

(Firma del Paciente)