

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TEMA:

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICOS DERMATOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR BÁSICA LOS AGUIRRE,
INTERMEDIA SAN LORENZO Y ESPECIALIZADA TOMAS PINEDA EN EL
PERIODO DE ABRIL A JULIO DEL AÑO 2016.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:
YENERIL ALEJANDRA ESCOBAR GARCÍA
LUDWIN NAPOLEÓN MARTÍNEZ CASTANEDA
ANA GUADALUPE REINA CHINCHILLA**

**DOCENTE DIRECTOR:
DRA. PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL**

**NOVIEMBRE DE 2016
SANTA ANA, EL SALVADOR CENTROAMÉRICA**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

LICDO. JOSE LUIS ARGUETA ANTILLON
RECTOR INTERINO

MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICE-RECTOR ACADEMICO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL

Mdh. CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDA. NORA BEATRIZ MELENDEZ
FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES

ING. JORGE WILLIAM ORTIZ SANCHEZ

DECANO INTERINO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

VICE-DECANO INTERINO

LICDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

INDICE

Resumen	i
I. Introducción.....	ii
II. Antecedentes del problema.....	1
III. Planteamiento del problema.....	3
IV. Justificación	4
V. Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
VI. Consideraciones éticas.....	6
VII. Resultados esperados	7
VIII. Cronograma de actividades	8
IX. Marco teórico	9
Lesiones dermatológicas elementales.....	10
Lesiones primitivas del contenido líquido	10
Lesiones primitivas del contenido solido	11
Lesiones secundarias del contenido líquido	11
Lesiones secundarias del contenido solido	11
Diagnósticos dermatológicos más frecuentes en las Unidades de Salud Comunitaria	14
Micosis superficiales.....	19
Dermatitis atópica.....	20
Medicamentos para uso en dermatosis en el primer nivel.....	23
Reseña sobre etnoprácticas.....	32
X. Diseño metodológico.....	34
XI. Tabulación y Análisis de resultados.....	37
XII. Conclusiones	62
XIII. Recomendaciones	63
XIV. Bibliografía.....	64
XV. Anexos.....	67

RESUMEN

La presente investigación realiza el análisis de las condicionantes socioeconómicas en el perfil epidemiológico de los pacientes que consultaron por problemas dermatológicos en las Comunitarias de Salud Familiar Básica Los Aguirre, Intermedia San Lorenzo y Especializada Tomas Pineda en el periodo de abril a julio del año 2016 tomando en cuenta su edad, sexo, ingresos económicos procedencia urbana o rural, contacto con animales caseros o granjas, factores medioambientales, hacinamiento, antecedentes familiares y personales como determinantes en la aparición de entidades dermatológicas, además se analiza el fenómeno de las etnopracticas y la automedicación como contribución a su aparición o disminución o prevalencia, en los pacientes encuestados para el estudio, además se analiza la medicación recibida en el primer nivel como suficiente o carente en el tratamiento de síntomas relacionados a la piel, verificamos diagnósticos y medicación recibida en primer nivel, su efectividad en la consulta, y se analiza también si fue necesario la intervención a otros niveles de la red de centros de atención en salud.

I. INTRODUCCION

En la presente investigación se pretende describir de una manera precisa el perfil epidemiológico de los pacientes que han asistido a consulta espontánea por causa dermatológica, en las Unidades de Salud Básica Los Aguirre de Ahuachapán, Intermedia San Lorenzo y Especializada Tomas Pineda del departamento de Santa Ana , identificando de esta manera cuales son los diagnósticos dermatológicos más frecuentes encontrados en dichas unidades, ya que se considera que las enfermedades dermatológicas son un importante motivo de consulta en el primer nivel de atención y muchas veces no se le da la importancia que estas requieren tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, es así como se pretende exponer el perfil de la población que adolece de estas patologías, tomando en consideración las condicionantes socio ambientales así como también diversos factores económicos y culturales diversos relacionados con la aparición y prevalencia de enfermedades de la piel y anexos en dicha población. Para dicho estudio se eligió a una muestra representativa de las Unidades de Salud descritas anteriormente y que adoleciera de lesiones dermatológicas con el objetivo de abordar de manera puntual los objetivos de la investigación.

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las enfermedades cutáneas son una causa importante de morbilidad, a nivel mundial. A pesar de ser una rara causa de mortalidad, estas pueden tener un alto impacto en términos de costo en los tratamientos, días de ausencia en el desempeño laboral y escolar y en el estado emocional de los pacientes; representando una causa importante de trastornos psicológicos en los pacientes con estas patologías por lo que afectan de manera importante la calidad de vida de los mismos.

A pesar de ser comunes, los trastornos cutáneos en países en vías de desarrollo No han sido tomados como un problema lo suficientemente significativo para representar un tema de salud pública. Sin embargo, a nivel mundial representan entre el 6% y el 24% de las consultas. La OMS determinó que la prevalencia de enfermedades cutáneas varía desde 21% hasta 87%¹. En España, las consultas dermatológicas representan el 12,1 %. Un Estudio realizado en este país determinó que los tumores y las infecciones fueron los diagnósticos más frecuentes, ya que entre ambos representaron el 55,4% del Total.¹

Un estudio realizado en México por el servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría en el que se investigaron las 10 dermatosis más frecuentes En el período comprendido entre 1994 y 2003, las dermatosis más frecuentes en orden de frecuencia fueron: dermatitis atópica, verrugas virales, acné vulgar, Pitiriasis alba, nevos melanocíticos, xerosis, queratosis pilar, dermatitis seborreica, Hemangiomas, y prurigo por insectos.³

Siendo común en climas templados, en los trópicos y sub trópicos, se ha informado de niveles de prevalencia hasta el 50% en México, América Central y del Sur, la India, partes de África, Cuba, las indias occidentales y la región del Mediterráneo. Se ha reportado también, elevadas prevalencias en Nueva Guinea (42%), Brasil (36%), Calcuta (28%) y África Central (16.6%). En Honduras solamente se ha realizado un estudio, donde se reportó una Prevalencia al azar en pacientes en edades escolares del 39.8%, de las cuales las Dermatosis de etiología infecciosa fueron las más frecuentes, sin embargo, se Limita al casco

urbano, y los datos pueden variar en otras áreas del País de acuerdo a variantes sociales y demográficas.⁴ En El Salvador la consulta ambulatoria por causa dermatológica alcanza hasta el 70% de la consulta diaria.¹⁶ La Pitiriasis versicolor es la séptima dentro de las primeras diez causas más frecuentes de morbilidad atendidas en consulta ambulatoria según datos del Ministerio de Salud y Asistencia Social.¹⁶

En El Salvador en 1960, se revisan resultados sobre la distribución de los vectores de la leishmaniasis, así como el descubrimiento en 1992 de la forma actualmente conocida como "Leishmaniasis cutánea atípica". Varios estudios entomológicos realizados por primera vez en El Salvador en la década de 1960, identificaron las siguientes especies del género *Lutzomyia*: *barreto*i, *cayenensis*, *chiapanensis*, *cruciatus*, *dodgei*, *evansi*, *gomezi*, *longipalpis*, *undulatus*, *deleoni*, y *durani*. De 6, 858 flebótomos capturados, 5, 955 (86,8%) correspondieron a *Lu. longipalpis*, que es el principal vector de leishmaniasis identificado en las Américas (Rosabal & Trejos 1964, 1965). El resultado de este estudio en el Cantón Paratao, Municipio Victoria, Departamento de Cabañas, detectó la presencia de *Lutzomyia longipalpis* en 64 (42.1%) de 152 flebótomos capturados. En este y otros cantones se identificaron, en menor proporción, las siguientes especies: *L. evansi*, *Lu. cruciatus*, *Lu. cayenensis*, *Lu. deleoni* y *Lu. gomezi*.¹⁶

En San Miguel departamento de El Salvador se realizó un estudio para determinar Pitiriasis versicolor en la población estudiantil de ambos sexos de la Facultad Multidisciplinaria Oriental de la Universidad de El Salvador en el año de 2006 donde la población fue de 354 estudiantes e igual cantidad de muestras de las cuales 51 (14.4%) estudiantes resultaron positivos a Pitiriasis versicolor y 303 (85.6%) estudiantes no presentaban el hongo por lo tanto eran negativos a Pitiriasis versicolor.¹⁷

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las lesiones elementales dermatológicas constituyen los cimientos en los cuales se apoyan el lenguaje y el pensamiento dermatológico. En el aprendizaje de las patologías dermatológicas, es fundamental conocer y comprender el significado de cada una de las lesiones elementales con el fin de realizar una correcta asociación entre dichas lesiones y su imagen respectiva. El reconocimiento de las imágenes de las enfermedades dermatológicas unido a la recolección de los datos de la anamnesis del paciente, nos permiten a su vez, deducir un diagnóstico. Es por tanto indispensable, una absoluta claridad en la definición de las lesiones elementales dermatológicas. Sin embargo, al remitirnos a los textos dermatológicos, encontramos que la única constante en tales definiciones es justamente, la diferencia. En general, los conceptos son claros si se mira una única referencia pero al revisar varios autores, dicha claridad se pierde por la falta de homogeneidad en las definiciones. Nos enfrentamos entonces a la imprecisión, contradicción y superposición en la concepción de los términos. Para la mayoría de los médicos generales experimentados, diagnosticar una enfermedad a partir del reconocimiento de sus lesiones es más sencillo que la descripción de las mismas. Es por ello que la repercusión de la falta de consistencia en la descripción de los términos semiológicos ha logrado pasar desapercibida en la literatura dermatológica. Sin embargo, para los no experimentados o no dermatólogos, el diagnóstico requiere remitirse a los textos e imaginar las lesiones a partir de su descripción. Esto conlleva al arrojamiento de diagnósticos poco acertados haciendo que el tratamiento de enfermedades cutáneas sea poco efectivo provocando gasto de recursos innecesarios.

IV. JUSTIFICACIÓN.

La Piel, es el órgano más grande del cuerpo humano, y su exploración física no solo nos indica que existen problemas en ella, sino que también puede aportar datos clínicos muy importantes para diagnosticar muchas enfermedades que ocurren en otros órganos internos. Ningún otro órgano del cuerpo humano muestra un número tan alto de cambios enfermizos como la piel, ya que la piel, entre otras cosas, como órgano fronterizo del cuerpo humano y animal, está expuesta a múltiples influencias de dentro y de fuera. Signos y síntomas pueden presentarse al inicio, evolución o como complicaciones de enfermedades internas, por ello es importante que los médicos, deben estar familiarizados con estos hallazgos. El rápido y eficiente reconocimiento de las enfermedades dermatológicas es necesario para el restablecimiento de la salud del paciente y minimizar los efectos psicológicos acaecidos por el hallazgo. Las enfermedades dermatológicas además de presentar signos físicos afectan en la conducta y la auto percepción del paciente ya que la piel es el órgano humano más expuesto. Es por ello, que a través de la elaboración de este trabajo se pretende describir las características epidemiológicas de los pacientes con lesiones dermatológicas, así como identificar las principales lesiones y las condiciones socio ambientales que influyen en su aparición, con el objetivo primordial de brindarles un diagnóstico certero y un manejo adecuado a los pacientes que consulten con dichas morbilidades en el primer nivel de atención. Esto con la intención de agilizar la atención, mejorar el diagnóstico, identificar las causas, minimizar la prevalencia y prevenir las condiciones en que las enfermedades dermatológicas se presentan.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir las Características epidemiológicas de los pacientes con diagnósticos dermatológicos más frecuentes en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar: Básica Los Aguirre, Intermedia San Lorenzo y Especializada Tomas Pineda en el periodo de Abril a Julio del año 2016.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las principales lesiones dermatológicas diagnosticadas en el primer nivel de atención en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar “Los Aguirre” de San Pedro Puxtla Ahuachapán, Unidad de Salud Familiar Intermedia “San Lorenzo” Ahuachapán y Unidad de salud familiar especializada “Dr. Tomas pineda” Santa Ana.
2. Describir las condiciones socios ambientales de los pacientes con lesiones dermatológicas.
3. Mencionar los tratamientos más frecuentes brindados a los pacientes con lesiones dermatológicas

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A lo largo de toda la investigación se respetaron los derechos y la integridad de las personas participantes en el estudio, protegiendo su identidad, respetando su voz y tratando de hacerles partícipes de los propósitos e intenciones de la investigación.

VII. RESULTADOS ESPERADOS

Con la elaboración de este trabajo, se encontró los principales motivos de consulta y las características socio ambientales de los pacientes con lesiones dermatológicas además los sitios anatómicos más frecuentes de aparición en los pacientes que consultan en el primer nivel de atención, así como las características epidemiológicas con el fin de brindarles tratamientos adecuados y disminuir la aparición de nuevos casos al conocer más sobre las condiciones socio ambientales que predisponen a su aparición y prevalencia.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de Actividades				
Mes/Sema	1	2	3	4
Abril	Delimitación del problema.	Antecedentes del problema.		Recopilación Expedientes clínicos
			Justificación	
	Recopilación de fuentes bibliográficas.	Planteamiento del problema.	Objetivos	
Mayo	Recopilación expedientes clínicos	Recopilación expedientes clínicos	Recopilación expedientes clínicos	Recopilación expedientes clínicos
	- Consideraciones éticas.	Marco teórico		
	- Recopilación de fuentes marco teórico	Resultados esperados		
Junio	Recopilación expedientes clínicos	Recopilación expedientes clínicos	Matriz de Variables	Análisis de resultados
	Diseño Metodológico	Matriz de variables	Análisis de resultados	
		Intrumento de recolección de datos		

IX. MARCO TEÓRICO

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano o animal, En el ser humano ocupa aproximadamente 2 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) y los 4 mm (en el talón). Su peso aproximado es de 5 kg. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno, y éste varía en cada especie. Anatómicamente se toma como referencia las medidas estándar dentro de la piel humana. También es conocido como sistema tegumentario.

La biología estudia tres capas principales que, de superficie a profundidad, son:

La epidermis

La dermis

La hipodermis

En medicina, en histoanatómico y demológico, a fines prácticos se estudian dos de las capas; la epidermis y la dermis. De la piel dependen ciertas estructuras llamadas anexos cutáneos, como son los pelos, las uñas, las glándulas sebáceas y las sudoríparas.

Está compuesta de corpúsculos: de Meissner, presentes en el tacto de piel sin pelos, palmas, plantas, yema de los dedos, labios, punta de la lengua, pezones, glande y clítoris (tacto fino); de Krause, que generan la sensación de frío; de Paccini, que dan la sensación de presión; de Ruffini, que registran el calor; y de Merkel, el tacto superficial.

En el ser humano, la piel del varón produce más secreción sebácea que la de la mujer debido a la mayor cantidad de andrógenos (hormona sexual masculina) que produce el varón. Como consecuencia, la piel masculina es más gruesa y grasosa.

Las lesiones dermatológicas se clasifican como básicas primarias y secundarias

LESIONES BÁSICAS PRIMARIAS

Inconsistentes:

- **Mácula:** lesión plana, circunscrita con cambio de color

Sólidas:

- **Pápula:** Elevada, circunscrita, <0'5 cm epidermis, unión dermoepidermica o dermis acúmulos serosos (Habón o roncha, se caracteriza por ser evanescente), depósitos de sustancias, infiltrados inflamatorios o neoplásicos.
- **Placa:** elevación en meseta, una superficie relativamente grande en comparación con su altura, suele deberse a la confluencia de pápulas.
- **Nódulo:** lesión redondeada, circunscrita, profunda y palpable
- **Tumor:** Lesión masa o nódulo grande que se produce por proliferación celular.

Líquidas:

- **Vesícula:** Lesión elevada, circunscrita, contenido seroso o hemorrágico, <0'5 cm. Su origen puede ser Intraepidérmico como en el Edema intercelular (espongiosis) puede haber Pérdida de puentes intercelulares como en la acantolisis o se [puede encontrar a nivel Subepidérmico
- **Ampolla o flictena:** Lesión elevada, circunscrita, contenido seroso o hemorrágico mayor de medio centímetro de diámetro
- **Pústula:** Contiene exudado purulento, de color forma y tamaño variable
- **Quiste:** Lesión tipo cavidad, con contenido líquido o semisólido, de consistencia elástica

LESIONES BASICAS SECUNDARIAS

Por pérdida de sustancia:

- ❖ Excoriación: Superficial por pérdida de epidermis, secundaria al rascado
- ❖ Erosión: Lesión deprimida por pérdida de epidermis y dermis papilar
- ❖ Fisura o rágade: Grietas lineales que afectan a epidermis y dermis superficial
- ❖ Úlcera: Pérdida de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo
- ❖ Fístula: Trayecto anómalo que comunica la superficie cutánea con cavidad supurativa o éstas entre sí

Por modificación de lesiones primitivas:

- temporales
 - ❖ Escama: Depósito seco, acumulación excesiva de estrato córneo
 - ❖ Costra: Depósito indurado, por desecación de exudados de la lesión previa
 - ❖ Escara: Depósito indurado, por necrosis cutánea

Por modificación de lesiones primitivas:

- permanentes
 - ❖ Atrofia: Área de adelgazamiento de la piel, que se caracteriza por la pérdida de vello, transparencia de vasos sanguíneos y plegamiento excesivo
 - ❖ Esclerosis: Área de induración de la piel que puede ser debida a proliferación colágena, infiltración celular o edema en dermis o tejido celular subcutáneo, y que se caracteriza por dificultad de plegamiento
 - ❖ Cicatriz: Área de regeneración de un defecto cutáneo previo con afectación de dermis; puede ser hipertrófica, atrófica o esclerótica

- ❖ Liquenificación: Área de engrosamiento de la piel, que se caracteriza por prominencia de las líneas de la piel, y que generalmente es secundaria al rascado o roce.

Posterior a su descripción a nivel de lesiones elementales se entiende que las dermatosis son patologías que se presentan frecuentemente en poblaciones de países en vías de desarrollo. Sin embargo hay pocos estudios en estos países que le den la importancia a estas enfermedades, las cuales suponen un gran problema de salud pública. Esta conducta se debe a que las enfermedades cutáneas raras veces ponen en peligro la vida de los paciente y por lo tanto no han sido consideradas lo suficiente como para prestarles la debida atención.¹

El salvador no es la excepción a esta declaración si bien se incluyen en las normas dictadas por el ministerio de salud; en adelante MINSAL en los capítulos “Enfermedades que afectan piel y anexos” de las publicaciones: “Guía para atención de las enfermedades no prevalentes de la infancia” y “Guía de atención integral en las diferentes etapas de la vida”¹⁶. No se ha concertado por ningún ente colegiado la creación de una guía integral para estas patologías.

El MINSAL contempla en su cuadro básico de medicamentos para el primer nivel los siguientes medicamentos¹.

- Clotrimazol gel 1%
- Permetrina pomada 1%,
- Neobacina mas bacitracina 10% pomada
- Sulfadiazina de plata 1% pomada
- Aciclovir tableta 400 mg (en casos de Varicela)

Entre los factores predisponentes contemplados por la organización mundial de la salud para las enfermedades de la piel (no limitados solamente a condiciones puramente socioeconómicas)¹ se incluyen:

- Bajo acceso a servicios básicos y de salud
- Pobreza extrema
- Zonas de conflictos bélicos
- Automedicación y Etnoprácticas
- Hábito de fumar
- Exposición excesiva a la luz solar

Las enfermedades cutáneas se refieren a todas las patologías que afectan cualquier capa de la piel. Esta investigación incluye exclusivamente las dermatosis más frecuentes en la población que afectan las capas superficiales de la piel. Las dermatosis frecuentes se refieren a las patologías que ocurren en la población infantil, con una prevalencia a nivel mundial mayor del 1%.¹

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta externa general y representan del 6 al 24% de la consulta pediátrica.^{2,3} La epidemiología de estas enfermedades en niños y adolescentes difieren del adulto, ya que muchas de ellas se presentan exclusivamente durante los primeros años de vida. Sus manifestaciones, diagnósticos y tratamiento también difieren en este grupo etario.⁴ La incidencia de dichas patologías ha incrementado debido a diferentes factores sociales, económicos, nutricionales, ambientales y climáticos, así como también debido a los factores genéticos particulares que cada población presenta.³

Un pequeño número de estudios epidemiológicos han sido reportados con respecto a dermatosis infantiles en países en vías de desarrollo. En estudios de países subdesarrollados la prevalencia de dermatosis en niños en edad escolar oscila entre el 34 y el 87,7 %.³

Las prevalencias de las distintas enfermedades varían de acuerdo a los factores implicados en la etiopatogenia de las mismas. Algunas dermatosis son

Compartidas por ambos grupos de poblaciones tales como las infecciosas (verrugas e impétigo) dermatitis atópica, mediadas genéticamente (queratosis pilaris), infestaciones parasitarias (escabiosis y pediculosis) y las relacionadas con el medio ambiente (pitiriasis alba).⁴

En los países desarrollados la dermatitis atópica es el más frecuente, representando de un 25 a un 33 % del total de las consultas recibidas, seguida de los nevos melanocíticos, con cifras que oscilan entre el 3 y el 20 %, o las verrugas víricas, que representan alrededor del 5-13 %. Los resultados son diferentes en países subdesarrollados, en los que predominan las infecciones y las infestaciones. ⁵

Las dermatosis más frecuentes en la población escolar en los países subdesarrollados, según la OMS son las siguientes₁:

- Piodermia (impétigo, foliculitis, forúnculo, ántrax)
- Infecciones virales (verrugas, molusco contagioso)
- Escabiosis y otras infecciones por ectoparásitos (pediculosis capitis, p. corporis)
- Tiña capitis y otras micosis superficiales (dermatofitosis, pitiriasis versicolor)
- Dermatitis (atópica, por contacto)

DERMATOSIS INFECCIOSAS BACTERIANAS En países subdesarrollados las Infecciones de la piel causadas por bacterias piógenas, principalmente estafilococos y estreptococos, representan el diagnóstico dermatológico más frecuente y la forma más común es el impétigo. ⁶

Impétigo Infección cutánea superficial causada por *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o ambos. Clínicamente es imposible distinguir el impétigo estafilocócico del estreptocócico (actualmente 80% por estafilococo, 15% ambos y entre un 15-20% estreptococo). Altamente contagioso, se propaga fácilmente por

contacto directo. Máxima incidencia entre los 2 y 6 años. Existen dos formas clásicas: impétigo no ampollar e impétigo ampollar.6

El impétigo no ampollar representa la forma más frecuente, más del 70%. Suele iniciarse en zonas de traumatismos mínimos (picaduras insecto, heridas superficiales, lesiones de varicela). Las lesiones características son pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a una vesícula de pared delgada y base eritematosa, se rompen rápidamente y forman un exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas. 6

El impétigo ampollar Predomina en niños pequeños. Siempre causado por *S. aureus* y es el resultado de la acción de una toxina epidermolítica.

Aparecen ampollas superficiales de paredes lisas con contenido inicialmente transparente y más tarde turbio. La ampolla se rompe con facilidad dejando una superficie erosiva eritematosa con apariencia exudativa que se cubre de una costra fina. Las lesiones aparecen agrupadas en número de 3 a 6 limitadas a una zona. 6

Foliculitis, Forunculosis y Ántrax Conjunto de infecciones que afectan al folículo piloso con formación de abscesos y casi siempre debidas a *S. aureus*. Se diferencian en la profundidad y extensión de la infección. Pueden aparecer en cualquier área pilosa de la superficie corporal.6

Las lesiones de Foliculitis consisten en pequeñas pústulas amarillentas bien delimitadas centrada por un pelo y rodeadas de un halo eritematoso. Las lesiones más extensas o furúnculos forman un nódulo rojo muy sensible y duro que se agranda y se hace doloroso y fluctuante. Puede abrirse espontáneamente con supuración central o diseminación hacia tejidos circundantes. La conglomeración de varios furúnculos da lugar al ántrax, lesión inflamatoria roja, dura y muy dolorosa con supuración por varios puntos. 6

DERMATOSIS INFECCIOSAS POR VIRUS

Diversos estudios en poblaciones pediátricas han demostrado que las infecciones víricas son una de las causas más frecuentes de consulta en el área dermatológica. Entre estas destacan las verrugas y el molusco contagioso han mostrado mayor prevalencia. 1,2

VERRUGAS Son neoplasias intraepidérmicas benignas producidas por infección del virus del papiloma humano (VPH), del que se han descubierto por lo menos 80 tipos, de los cuales varios producen lesiones en la piel y mucosas. Es de interés que algunos tienen poder oncogénico. Afecta por igual a ambos sexos, siendo más frecuente en niños y adolescentes, pero puede afectar a cualquier edad sobre todo en estados de inmunodeficiencia. El periodo de incubación varía de 1 a 9 meses y su vida media es de 2 años en el 65% de los casos. El contagio ocurre por contacto directo, indirecto y por auto inoculación. Es común observar el fenómeno isomórfico de Koebner. Hay 4 tipos clásicos de verrugas: comunes (vulgares), planas, plantares y anogenitales. 7

Verrugas vulgares Frecuentemente ocasionadas por los VPH 2, 4 y 7. Presenta una variedad de patrones clínicos: exofíticas, endofíticas, periungueales, en mosaico, filiformes., digitiformes, etc. Los sitios más frecuentes de afectación son la cara y el dorso de las manos. Son del color de la piel o más oscuras, su tamaño promedio 0.5- 1.0 cm. También pueden afectar mucosas.7

Verrugas planas Producidas por el VPH 3,10 y 28. Son pápulas del color de la piel o más pigmentadas, ligeramente elevadas midiendo entre 1-3 mm. Pueden ser pocas pero usualmente son numerosas. Sitios típicos de afectación son la frente, región peribucal, dorso de manos y áreas de rasurado.7

Verrugas plantares La verrugas plantares profundas son originadas por el VPH 1. Ocurren más frecuentemente en áreas de máxima presión como en el talón y a nivel de la cabeza de los metatarsianos. Tienen un borde bien definido de

queratina comprimida rodeando un tejido más blando en el que hay puntos negros (capilares trombosados). Las verrugas plantares en mosaico son ocasionadas por el VPH 2.7

Verrugas anogenitales Usualmente producidos por VPH 6 y 11. En ocasiones 16 y 18. En niños hay varias formas de transmisión: auto inoculación, a partir de parientes cercanos (VPH 2 y 4), toallas, por vía genital materna prenatal o durante el parto, o por abuso sexual, sobre todo en niñas y/o niños mayores de 3 años de edad. Se recomienda hacer una investigación cuidadosa. Su aspecto varía de pápulas color piel o más oscuras a masas papilomatosas friables que simulan coliflor.7

MOLUSCO CONTAGIOSO Es producido por un virus ADN de la familia de los poxvirus. El contagio ocurre por contacto directo, fómites y auto inoculación. Niños con dermatitis atópica son infectados más fácilmente. El periodo de incubación varía de 2 semanas. A 6 meses. Tradicionalmente ha sido encontrado en niños en quienes puede auto limitarse, sin embargo en las últimas 3 décadas se ha incrementado dramáticamente en área púbica y genitales de jóvenes sexualmente activos, coexistiendo en un 30% de ellos otras enfermedades de transmisión sexual.7

Se caracteriza por pápulas color piel o blanquecinas, umbilicadas, midiendo entre 1-10 mm. De diámetro, pueden ser pocas o muchas lesiones, asintomáticas a menos que se traumatizan o se infecten. En los niños afectan cualquier área corporal con predominio de la cara y tronco. En adultos comúnmente se encuentra en genitales. En pacientes con SIDA se observan predominantemente en la cara.7

Escabiosis y otras infestaciones por ectoparásitos Las infestaciones parasitarias continúan siendo un problema importante de salud pública, especialmente en países subdesarrollados. En este grupo, las más destacadas en la población pediátrica son la escabiosis y la pediculosis capitis.8

Las pediculosis y la escabiosis humana son ectoparasitosis de transmisión exclusivamente interhumana, contagiosas y muy extendidas por el mundo. Las pediculosis del cuero cabelludo constituyen un verdadero problema de salud pública por su alta prevalencia, sobre todo en el medio escolar, y por las dificultades que entraña su tratamiento.

Escabiosis. Provocada por *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*. Se contagia principalmente por contacto directo piel con piel y ocasionalmente a través de fomites. Su ciclo vital dura 3 semanas. La hembra deposita 3-10 huevos por día por 4-6 semanas y muere en el lugar. Los huevos eclosionan en 3-8 días y maduran las larvas en 14 días.⁹

En una escabiosis clásica se encuentran, como media, unos diez sarcoptes en la piel, pero la densidad parasitaria puede ser mucho más alta en las formas profusas o hiperqueratósicas de la escabiosis, lo que redundaría en una contagiosidad mucho mayor.¹⁰

Las lesiones se sitúan principalmente en los espacios interdigitales de las manos, la cara anterior de las muñecas, las zonas axilares anteriores, las nalgas, las aréolas mamarias y los órganos genitales masculinos. Por lo general, el rostro y el cuello se hallan indemnes, pero puede haber parásitos en el cuero cabelludo. Pueden faltar las lesiones específicas de escabiosis, como los surcos escabiosos y las vesículas perladas de las manos o los nódulos escabiosos de los órganos genitales y de los huecos axilares. De hecho, son más frecuentes las lesiones secundarias inespecíficas.¹⁰

Pediculosis capitis Existen tres especies de piojos capaces de infectar al ser humano: *Pediculus humanus* variedad *capitis*, que vive en el cuero cabelludo, *Pediculus humanus* variedad *corporis*, que vive en la ropa y se alimenta en el cuerpo, y *Pthirus pubis* (o *inguinalis*), que vive en el pubis. Estos insectos, de 1-3 mm, visibles sin aumento, poseen tres pares de patas armadas con potentes garfios cuyo diámetro se adapta a la región colonizada. Como término medio, el

piojo hembra produce cada día unas 10 liendres, que eclosionan al cabo de 8 días para dar ninfas. Éstas se vuelven adultas al cabo de 10 días, tras tres mudas sucesivas. La hembra vive entre 1 y 3 meses, pero también puede sobrevivir fuera del huésped (la especie capitis durante unas horas).¹⁰

La más frecuente es la pediculosis del cuero cabelludo, que afecta sobre todo a niños de 4-11 años y a sus allegados. Pese a su carácter benigno, puede ocasionar prurito, sobreinfección y estigmatización social. Dentro de las manifestaciones clínicas puede observarse un prurito inconstante secundario a una reacción de hipersensibilidad a la picadura, sobre todo en las regiones temporales y occipitales. La inspección puede detectar lesiones de rascado.¹⁰

DERMATOFITOSIS Y OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES Las infecciones cutáneas por hongos pueden ser ocasionadas por 3 clases de estos microorganismos: dermatofitos, levaduras, y mohos no dermatofíticos. En la población infantil los cuadros clínicos más frecuentes descritos en la literatura son la dermatofitosis (tiña capitis) y la pitiriasis versicolor.¹

Dermatofitosis (tiña capitis) Las dermatofitosis o tiñas son un grupo de enfermedades dermatológicas producidas por hongos que parasitan la queratina de la piel y los anexos. Se consideran entre las dermatosis más frecuentes en la consulta diaria y son ocasionadas por un grupo de hongos denominados dermatofitos de los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton* y son adquiridas por contacto entre personas, los animales y el suelo, debido a que estos hongos son antropofílicos, zoofílicos y geofílicos.¹¹

La tiña capitis es la manifestación más frecuente de infección por dermatofitos en niños; decrece a los 10-11 años, afecta a ambos sexos. En la pubertad existen modificaciones en la secreción sebácea y el pH que actúan como fungistáticos, lo que ocasiona que la mayoría de los casos se curen espontáneamente en esta etapa de la vida. Es adquirida por el contacto con personas o animales enfermos o

portadores (perros y gatos) y con la tierra. Se caracteriza por lesiones eritematosas, escamosas y tonsurantes, algunas veces por lesiones ulceradas. 11

Pitiriasis versicolor La pitiriasis versicolor es una dermatosis ocasionada por la levadura *Malassezia* sp. Es frecuente en climas tropicales y subtropicales, le corresponde 32% de las micosis superficiales. Es más frecuente en jóvenes y adultos, con predominio en el sexo masculino; es menos común en ancianos y niños; aparece entre 5 y 7% en menores de 13 años. En países tropicales esta cifra aumenta en pacientes de 0 a 15 años hasta 13.5%.¹²

En su fase de levadura *Malassezia* se encuentra como saprobio en la piel seborreica y en los folículos pilosos; para producir pitiriasis versicolor es necesaria su transformación a la fase micelial (patógena). Para que este cambio se realice se requieren condiciones favorables: factores predisponentes exógenos y endógenos. Entre los endógenos están la predisposición genética, piel seborreica, hiperhidrosis, infecciones crónicas, desnutrición y estados de inmunosupresión.¹²

La topografía más frecuente es el tronco y se distingue por mostrar placas con escama fina en la superficie, de forma y tamaño variables que pueden ser hipocrómicas, hiperocrómicas o eritematosas, de evolución crónica y recurrente, generalmente asintomática.¹²

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica afecta entre el 2% y el 5% de la población general, con presencia entre el 10% y el 20% de la población infantil y en 1% a 3% de los adultos. Se encuentra dentro de las diez enfermedades más frecuentes en pediatría, sin embargo existe una amplia variación en la prevalencia de la dermatitis atópica en diferentes poblaciones del mundo. El cuadro parece ir en

aumento en todas las regiones, lo cual es significativo ya que hasta el 50% de los niños con dermatitis atópica llegan a desarrollar asma.¹³

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea, inflamatoria y crónica que se distingue por prurito intenso e inicio temprano en la vida y porque ocurre en individuos con antecedentes personales o familiares de asma y rinitis alérgica. Diferentes factores, como influencia del sexo, alergia a ácaros, factores alimentarios y concentraciones elevadas de contaminantes aéreos, se han relacionado con la dermatitis atópica; en la vía aérea de los niños se conoce bien el efecto negativo de la exposición involuntaria al humo de tabaco; sin embargo, la función que desempeña en la dermatitis atópica no está claramente definida. Motivo de controversia es la influencia del antecedente de enfermedad alérgica del padre o de la madre en la dermatitis atópica.¹⁴

En la fase aguda se observan lesiones papulovesiculares intensamente pruriginosas, eritematosas, asociados a excoriaciones y exudados serosos. A medida que aumenta la cronicidad se asocia a liquenificación. En todas las etapas, los pacientes tienen la piel seca. Aproximadamente el 40% de la dermatitis atópica de la niñez persiste en la edad adulta. La presencia de pústulas dentro de las áreas de la dermatitis sugiere una infección secundaria, generalmente por *Staphylococcus aureus*. En las lesiones que tienen una distribución menos clara se debe buscar otra alternativa de diagnóstico.¹³

La distribución de la dermatitis atópica depende mucho de la edad. Inicialmente se asienta en el cuero cabelludo, el rostro, el tronco y la superficie extensora de los brazos y las piernas. En el lactante está distribuida en gran medida en el rostro, tronco y las superficies extensoras de las extremidades. En la etapa preescolar y escolar se presenta en los pies y en las áreas de flexión como la fosa ante cubital, la fosa poplítea y el cuello. En la adolescencia la distribución se iguala a la de los adultos con afectación bilateral de las áreas de flexión y dermatitis en las manos. Es habitual la afectación de los párpados en todas las fases.¹³

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos establecidos por Hanifin y Rajka (1980). El prurito debe estar presente siempre para considerar el diagnóstico. Además, el paciente debe tener tres o más de los siguientes criterios:

- Erupciones visibles en las zonas de flexión (codos, pliegues poplíteos, delante del cuello o de los párpados). En lactantes, la erupción puede estar presente en las mejillas o zonas extensoras de las rodillas o los codos
- Historia de erupciones en las zonas de flexión
- Antecedentes personales o familiares de atopia
- Historia de piel seca en el último año
- Inicio antes de los dos años de edad

Se discuten los denominados criterios de apoyo: infecciones cutáneas, dermatitis no específica de las manos y los pies, IgE sérica elevada, pliegues de DennieMorgan infraorbitario, ojeras, eritema facial o palidez, dermatografismo, cataratas anteriores subcapsulares y queratocono.¹³

DERMATITIS POR CONTACTO La dermatitis alérgica por contacto es la presentación clásica de respuestas de hipersensibilidad retardada a agentes exógenos. Se ha comunicado que hay más 3700 alérgenos para los seres humanos. Se considera una patología más frecuente en el adulto, sin embargo amplia evidencia sugiere que aún niños

Pequeños tienen tasas de prevalencia bastantes representativas cuando se los investiga mediante pruebas del parche en condiciones apropiadas.¹⁵

La presentación clínica puede ser aguda después de la exposición al alérgeno y la sensibilización inicial, o después de la provocación en un individuo previamente sensibilizado.¹⁵

La fase aguda se caracteriza por la aparición de placas eritematosas, induradas, escamosas, los casos graves muestran vesículas y ampollas en las zonas

expuestas. Los sitios afectados suelen remedar el patrón de exposición y pueden aportar información sobre la fuente del alérgeno y el factor que provoca la enfermedad. 15

La exposición reiterada o continua del individuo sensibilizado a alérgenos causa enfermedad crónica, que se suele manifestar por placas eritematosas liquenificadas, con hiperqueratosis, descamación y agrietamiento variables. Las manos, los pies, los párpados y los labios, que suelen estar en contacto con el ambiente, son las localizaciones más frecuentes de la dermatitis alérgica por contacto.15

MEDICAMENTOS PARA USO EN DERMATOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En nuestro país, en nivel de primer nivel de atención se han tomado los fármacos mencionados anteriormente como base del tratamiento de las dermatosis por su relación bajo costo efectividad, sin embargo el esquema no deja de ser básico y no incluye medicamentos específicos de la especialidad de dermatología. A continuación una breve descripción de cada uno de ellos considerando posología dosis y además sus contraindicaciones.

El clotrimazol se usa para tratar las infecciones por hongos en la vagina, la boca y la piel, como el pie de atleta (tiña podal), la tiña crural o inguinal y la tiña corporal. También puede usarse para prevenir la candidiasis oral en ciertos pacientes. Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse.

- prurito
- ardor
- irritación
- enrojecimiento de la piel
- hinchazón (inflamación)
- dolor de estómago

- fiebre
- descarga maloliente si usa el producto vaginal
- malestar estomacal o vómitos con las tabletas (pastillas)

La permetrina es un escabicida tópico que se utiliza en el tratamiento de las infestaciones por *Sarcoptes scabiei*, *Pediculus humanus capitis* y *P. humanus corporis*. Actúa sobre las membranas de las células nerviosas de estos ectoparásitos, provocando parálisis. Es más caro que el lindano y el bencilbenzoato.

La absorción de la permetrina es insignificante en aplicación tópica.

Información clínica

Aplicaciones

Tratamiento de la sarna, la pediculosis del cuero cabelludo y la pediculosis corporal.

Posología y administración

Todas las dosis indicadas son adecuadas para los adultos y los niños mayores de 10 años.

Sarna y pediculosis corporal:

La crema debe aplicarse concienzudamente mediante masaje sobre toda la superficie cutánea, desde el cuero cabelludo hasta las plantas de los pies. Se deja actuar durante 8 horas antes de proceder a eliminarla. Por lo general, la dosis de 30 g es suficiente para un adulto de tamaño medio. Una sola aplicación suele ser curativa.

Pediculosis del cuero cabelludo:

La crema se aplica mediante masaje en el cuero cabelludo y los cabellos mojados. Debe dejarse actuar durante 10 minutos antes de proceder a su enjuague.

Todos los contactos directos deben recibir tratamiento simultáneo. Todos los peines y cepillos deben sumergirse en una solución pediculicida durante 2 horas como mínimo.

Contraindicaciones

Antecedentes de hipersensibilidad a las piretrinas y piretroides sintéticos.

Precauciones

Pueden reagudizarse el prurito, el edema y el eritema.

Empleo en el embarazo

Aunque no se ha demostrado su inocuidad durante el embarazo, puede utilizarse si se considera necesario, dado que apenas se absorbe.

Efectos adversos

Tras el tratamiento puede aparecer ardor o escozor de carácter leve y pasajero, sobre todo en los casos con infestación grave.

Neobacina mas bacitracina 10% pomada

Información general

Asociación antibiótica de amplio espectro para uso tópico.

Información clínica

Aplicaciones

Tratamiento de las infecciones cutáneas superficiales de origen estafilocócico o estreptocócico.

Posología y administración

Adultos y niños: aplicación de una fina capa de pomada sobre la piel afectada tres veces al día hasta que los síntomas hayan desaparecido.

Contraindicaciones

Antecedentes de hipersensibilidad a la bacitracina o la neomicina.

Precauciones

La pomada de neomicina y bacitracina no debe aplicarse sobre zonas amplias de piel quemada, agrietada o con lesiones abiertas, pues en tales casos la absorción sistémica puede llegar a ser considerable y provocar ototoxicidad irreversible o insuficiencia renal.

Efectos adversos

El uso continuo o repetido puede provocar sensibilización, especialmente a la neomicina, que se manifiesta por eritema y descamación de la zona tratada. El uso prolongado puede favorecer la proliferación de microorganismos resistentes.

Las reacciones anafilácticas son raras.

Sulfadiazina de plata 1% pomada

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Está indicado en piodermias como: impétigo primario, secundario y ectima. Tratamiento y profilaxis de infecciones en úlceras de decúbito, varicosas, úlceras del diabético, quemaduras y heridas quirúrgicas. También como adyuvante de la cicatrización.

CONTRAINDICACIONES:

Sulfadiazina De Plata no debe utilizarse durante el embarazo, lactancia, prematuros, neonatos durante los dos primeros meses de vida.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

No existen estudios controlados en mujeres embarazadas, por lo que no se recomienda su uso, a menos que la superficie quemada sea más del 20% de la superficie total del cuerpo, o que los beneficios terapéuticos de Sulfadiazina De Plata sean mayores al posible riesgo para el feto.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

La aplicación de Sulfadiazina De Plata no causa dolor; sin embargo, cerca del 2.5% de los pacientes experimentan rash, prurito o sensación de quemadura.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

No se han reportado hasta la fecha.

Debe considerarse la inactivación de las enzimas proteolíticas de uso tópico en la administración concomitante con Sulfadiazina De Plata.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:

Los estudios realizados no muestran efectos de carcinogénesis, mutagénesis o teratogénesis.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Sulfadiazina De Plata se aplica a nivel cutáneo. Se deberá limpiar y desbridar la quemadura, previo a la aplicación de Sulfadiazina De Plata. Con guante estéril se aplica una a dos veces por día, dejando un espesor de aproximadamente 1 a 3 mm. Cuando sea necesario, la crema que haya sido removida por la actividad o

movimiento del paciente puede reaplicarse. No es necesario aplicar apósitos o vendaje oclusivo

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:

Cuando se presentan efectos adversos por el uso inadecuado del medicamento, el manejo es sintomático.

ACICLOVIR INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Infecciones causadas por citomegalovirus. Encefalitis causada por el virus del herpes simple. Herpes mucocutáneo en pacientes inmunocomprometidos. Varicela zoster en pacientes inmunocomprometidos.

Aciclovir es un agente antiviral altamente efectivo *in vitro* en contra de los virus del herpes simple tipos 1 y 2 y el virus de la varicela zoster. Aciclovir se ha utilizado en infecciones por herpes simple en piel y mucosas, en el tratamiento del herpes genital recurrente, en la profilaxis y tratamiento de las infecciones por virus del herpes en pacientes inmunocomprometidos, para el tratamiento de las infecciones neonatales por virus del herpes, en el tratamiento del herpes zoster y en pacientes con inmunodepresión severa como los estadios avanzados de la infección por VIH y en el tratamiento de las infecciones por citomegalovirus en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea. Aciclovir se utiliza por sí solo o como adyuvante en el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y en el complejo relacionado con SIDA, eccema herpético y hepatitis crónica. Se utiliza en la prevención de la infección clínica por el virus varicela zoster (varicela) en niños expuestos a pacientes con la enfermedad.

También se utiliza como adyuvante en el tratamiento de las infecciones por citomegalovirus (CMV), en pacientes con trasplantes renales, hepáticos, cardíacos y de médula ósea.

En la retinitis por citomegalovirus en los pacientes con SIDA y en la prevención de eritema multiforme recurrente asociado al herpes simple.

CONTRAINDICACIONES:

Aciclovir está contraindicado en pacientes que desarrollan hipersensibilidad o intolerancia a los componentes de la fórmula.

PRECAUCIONES GENERALES:

Puede ocurrir precipitación de Aciclovir en los túbulos renales si la solubilidad máxima de Aciclovir libre (2.5 mg/ml a 37°C) en agua se excede o si el medicamento es administrado en inyección en bolo. El consecuente daño tubular renal puede producir insuficiencia renal aguda.

Puede presentarse un funcionamiento renal anormal (disminución del aclaramiento de creatinina) como resultado de la administración de Aciclovir y depende del estado de hidratación del paciente, otros tratamientos y la tasa de administración del medicamento.

El uso concomitante de otros medicamentos nefrotóxicos, padecimiento renal preexistente e hidratación hacen posible una posterior alteración renal. La administración intravenosa de Aciclovir debe acompañarse con una adecuada hidratación. Cuando se requiera de ajuste en la dosis, debe basarse en el aclaramiento de creatinina calculado.

Aproximadamente 1% de los pacientes han manifestado alteraciones encefalopáticas caracterizadas por letargo, obnubilación, temblor, confusión, alucinaciones, agitación, convulsiones y coma.

Se debe usar con precaución Aciclovir en pacientes que tienen manifestaciones neurológicas subyacentes o hipoxia significativa.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. Aciclovir no debe utilizarse durante el embarazo a menos que el beneficio potencial justifique el riesgo potencial al feto. El uso de Aciclovir ungüento en el embarazo debe ser considerado sólo cuando los beneficios potenciales superen la posibilidad de riesgos mayores.

Lactancia: No se sabe hasta dónde Aciclovir aplicado tópicamente se excreta en la leche materna. Hay por lo menos dos casos en los que se ha detectado Aciclovir en la leche de madres que recibieron preparaciones orales del producto; en estos casos, la concentración de Aciclovir en la leche materna fue de 0.6 a 4.1 veces los niveles correspondientes en plasma. Estas concentraciones potencian la exposición del lactante a una dosis de Aciclovir de hasta 0.3 mg/kg/día. Se debe tener precaución cuando se administra durante la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

Las reacciones adversas listadas a continuación se han observado en ensayos clínicos controlados y no controlados realizados en 700 pacientes que recibieron Aciclovir por vía intravenosa a una dosis de 5 mg/kg (250 mg/m²) tres veces al día, y 300 pacientes recibieron una dosis de 10 mg/kg (500 mg/m²) tres veces al día.

Los efectos adversos más frecuentemente reportados durante la administración de Aciclovir intravenoso fueron: inflamación o flebitis en el sitio de inyección en aproximadamente 9% de los pacientes, y elevaciones transitorias de la creatinina sérica o nitrógeno ureico en 55% a 10%, respectivamente (la mayor incidencia ocurrió generalmente después de una rápida [menos de 10 minutos] infusión intravenosa). Se presentó náusea y/o vómito en alrededor de 7% de los pacientes (la mayoría ocurrió en pacientes ambulatorios que recibieron 10 mg/kg). Prurito, exantema o urticaria ocurrieron aproximadamente en 2% de los pacientes, también rash, foto sensibilidad y anafilaxia. Se observó elevación de las transaminasas en 1% a 2% de los pacientes, elevación de bilirrubina y casos raros de hepatitis e ictericia. Aproximadamente, 1% de los pacientes que recibieron Aciclovir por vía intravenosa han manifestado cambios encefalopáticos caracterizados por letargia, obnubilación, temblor, confusión, alucinaciones, agitación, convulsiones o coma.

Las reacciones adversas que ocurrieron a una frecuencia menor del 1% y las cuales estuvieron probable o posiblemente relacionadas con la administración intravenosa de Aciclovir fueron: anemia, anuria, hematuria, hipotensión, edema,

anorexia, mareo, sed, cefalea, diaforesis, fiebre, neutropenia, trombocitopenia, alteraciones en el examen general de orina (caracterizado por un aumento en los elementos formados del sedimento urinario) y disuria; a nivel renal se han presentado incrementos súbitos y rápidos de la urea y creatinina en la infusión I.V., se evita con infusiones lentas para 1 hora y no administrar en bolos I.V.

Mantener hidratación adecuada y no administrar si hay deshidratación. Otras reacciones se han reportado con una frecuencia menor al 1% en pacientes que están recibiendo Aciclovir por vía intravenosa, pero no se puede determinar una relación causal entre Aciclovir intravenoso y la reacción. Éstas incluyeron edema pulmonar con tamponamiento cardiaco, dolor abdominal, dolor torácico, trombocitosis, leucocitosis, neutrofilia, isquemia de puntas de dedos, hipocaliemia, púrpura fulminante, urgencia, hemoglobinemia y fiebre.

Alteraciones oftalmológicas:

Muy comunes: Keratopatía superficial puntiforme. No requirió necesariamente la interrupción del medicamento y la recuperación ocurrió sin secuelas aparentes.

Comunes: Ardor ocular transitorio, después de la aplicación, conjuntivitis.

Raras: Blefaritis.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

La administración simultánea de probenecid con Aciclovir intravenoso aumenta la vida media promedio y el área bajo la curva de concentración-tiempo. Esta combinación reduce la excreción urinaria y la depuración renal. Los efectos clínicos de esta combinación no han sido estudiados. Aciclovir no debe administrarse de manera concomitante con sangre, soluciones que contengan proteínas o parabenos.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Oral: 200 mg V.O. cada 4 horas.

Infecciones por herpes simple: Herpes simple mucocutáneo (VHS-1 y VHS-2):

Infecciones en pacientes inmunocomprometidos: 5 mg/kg por vía intravenosa a

una velocidad constante en una hora, cada 8 horas (15 mg/kg/día) por 7 días en pacientes adultos con función renal normal.

En niños menores de 12 años, una dosificación más exacta puede obtenerse por la infusión de 250 mg/m² a una velocidad constante en una hora, cada 8 horas (750 mg/m²/día) por 7 días.

Episodios iniciales severos de herpes genital: La misma dosis anterior administrada por 5 días.

Infecciones por varicela zoster: Zoster en pacientes inmunocomprometidos: 10 mg/kg por vía intravenosa a una velocidad constante en 1 hora, cada 8 horas por 7 días en pacientes adultos con función renal normal. En niños menores de 12 años de edad, las concentraciones en plasma equivalentes se obtienen con una infusión de 500 mg/m² a una velocidad constante de por lo menos una hora, cada 8 horas por 7 días.

En los pacientes obesos se debe administrar una dosis de 10 mg/kg/día (peso ideal). Una dosis máxima equivalente a 500 mg/m² cada 8 horas no debe ser excedida para ningún paciente.

Pacientes con disfunción renal aguda o crónica: Para las dosis recomendadas y ajustes del intervalo de dosificación se indica en la siguiente tabla:

Depuración de creatinina (ml/min/1.73 m ²)	% de la dosis recomendada	Intervalo de dosificación (horas)
> 50	100%	8
25-50	100%	12
10-25	100%	24
0-10	50%	24

Niños: Para niños entre 3 meses y 12 años, la dosis para el tratamiento de las infecciones por virus de herpes simple o varicela zoster debe ser de 250 mg/m² de superficie corporal cada 8 horas.

En niños con encefalitis herpética o niños inmunodeprimidos con varicela zoster se debe administrar una dosis de 500 mg/m² de superficie corporal.

Para la profilaxis de la infección por CMV en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea se debe usar la dosis de adulto.

Neonatos: La dosis debe ser de 10 mg/kg de peso corporal cada 8 horas.

Crema: Aciclovir en crema se debe aplicar cinco veces al día, cada cuatro horas con una duración de cinco días, el cual puede extenderse cinco días más si el cuadro persiste.

Ungüento: Oftálmica.

Deberá aplicarse una cantidad aproximada a 10 mm del ungüento dentro del saco conjuntival inferior, cinco veces al día a intervalos de 4 horas. El tratamiento deberá continuarse por lo menos durante 3 días después de la curación.

RESEÑA SOBRE ETNOPRACTICAS APLICADAS A LA PIEL

En El Salvador al igual que en la mayoría de países de la región latinoamericana debido en parte a la tradición cultural de origen precolombino con cosmovisión naturalista es notable la práctica de la llamada medicina alternativa, la cual se practica paralela a la medicina científica, a pesar de no tener estudios completos sobre esta, la población en general ha usado por generaciones remedios caseros para múltiples padecimientos. Para el caso concreto de la piel, que es donde se enfoca la atención de este estudio se podrían clasificar las Etnoprácticas como aplicaciones de origen botánico, aplicaciones de origen pseudomédico y otras de origen trivial o bizarro, el análisis de las diversas Etnoprácticas escapa al espectro de este estudio, en la siguiente tabla intentamos resumir algunas de estas que encontramos en la población consultante.

De origen botánico	infusiones con chichipince infusiones con aloe infusiones con tomates infusiones con miel infusiones con pepinos etc.
De origen pseudo medico	aplicación de sales y oxidos
De origen trivial	aplicación de mascarillas de barro uso de leche uso de aceites minerales (lubricantes para motores)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

objetivos específicos	variable	definición operacional	probables valores	técnicas	instrumentos
1. Identificar las principales lesiones dermatológicas diagnosticadas en el primer nivel de atención en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar	lesiones dermatológicas	dermatosis: toda alteración en la forma y función de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas • Maculas • Ampollas • cicatrices • Laceración • escaras 	Encuesta estructurada	Cuestionario
2. Describir las condiciones socio ambientales de los pacientes con lesiones dermatológicas.	condiciones socioambientales	Forma de estratificación social basada en las remuneraciones económicas, nivel cultural acceso a servicios y equidad del país y las personas que lo habitan.	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos familiares • Hacinamiento • acceso a servicios de salud • antecedentes familiares • exposición ambiental • factores de riesgo 	Encuesta estructurada	Cuestionario
3. Mencionar los tratamientos más frecuentes brindados a los pacientes con lesiones dermatológicas	tratamientos recibidos	Tratamiento farmacológico indicado por personal médico tratamiento farmacológico automedicado tratamiento con etnopracticas	<ul style="list-style-type: none"> Clotrimazol Permetrina Neobacina mas bacitracina Sulfadiazina de plata Aciclovir Loratadina Clorfeniramina Hidrocortisona infusiones con hojas aplicación de diversas sustancias caseras medicamentos de venta libre 	Encuesta estructurada	guía de observación

X. DISEÑO METODOLÓGICO

- **TIPO DE ESTUDIO:**

Cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal.

- **AREA DE ESTUDIO:**

Se llevó a cabo en las unidades comunitarias de salud familiar “Los Aguirre” de San Pedro Puxtla Ahuachapán, Unidad de salud familiar Intermedia “San Lorenzo” Ahuachapán y Unidad de salud familiar especializada “Dr. Tomas pineda” Santa Ana.

- **PERÍODO DE INVESTIGACIÓN:**

Comprendido de Abril-Junio de 2016.

- **UNIVERSO:**

La investigación fue dirigida a todos los pacientes que asistieron a consulta espontanea en las unidades de salud familiar ya mencionadas en el periodo de Abril-Junio 2016. Que suman 3461 consultas generales.

- **MUESTRA:**

El tipo de muestreo que se utilizó fue el muestreo por conveniencia, ya que se tomaron los pacientes que asistieron a consulta en las unidades comunitarias de salud familiar “Los Aguirre” de San pedro Puxtla Ahuachapán, Unidad de salud familiar Intermedia “San Lorenzo” Ahuachapán y Unidad de salud familiar especializada “Dr. Tomas pineda” Santa Ana y que consultaron por lesiones dermatológicas en el periodo que duró la investigación y además, específicamente consultas realizadas por los médicos investigadores en servicio social, se seleccionaron todos aquellos pacientes que acudieron por una consulta dermatológica en las unidades de salud antes mencionadas. Sumando en total 480 pacientes.

Para que la muestra sea más representativa en esta investigación se utilizaran los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
-Pacientes de cualquier edad y sexo con signos y síntomas concordantes con entidades dermatológicas.	-Pacientes de cualquier edad y sexo que no presenten signos y síntomas concordantes con entidades dermatológicas.
-Que residan en los municipios en estudio.	-Pacientes que no residan en los municipios donde se llevara a cabo el estudio.
-Que estén dispuestos a colaborar voluntariamente en el estudio	-Pacientes que no deseen colaborar en el estudio

- **INSTRUMENTO** : para recolectar la información se utilizaron dos instrumentos:

1. Encuesta:

El objetivo de este instrumento fue obtener información sobre las características epidemiológicas de los pacientes con lesiones dermatológicas. Esta encuesta se elaboró con 25 preguntas tanto abiertas como cerradas especificando datos generales y preguntas relacionadas a los objetivos de la investigación (ver anexo A.2)

2. Guía de observación:

Con este instrumento se pretendió identificar las principales lesiones dermatológicas diagnosticadas en las unidades de estudio dicho

instrumento constó de nueve preguntas tipo escala de cotejo lo que permitió observar claramente las características de las lesiones dermatológicas, uso de etnoprácticas, automedicación y obtener el diagnóstico (ver anexo A.2)

- **TRABAJO DE CAMPO:**

Para la obtención de la información se procedió a captar a todo paciente que consultó por una lesión dermatológica en las unidades comunitarias de salud familiar “Los Aguirre” de San Pedro Puxtla Ahuachapán, Unidad de salud familiar Intermedia “San Lorenzo” Ahuachapán y Unidad de salud familiar especializada “Dr. Tomas Pineda” Santa Ana. Se procedió a hacerles historia clínica, se les realizó examen físico y se aplicó el cuestionario de investigación, haciendo énfasis en el tiempo de evolución de la lesión dermatológica, tipo de lesión, zona más afectada, localización, tamaño de la lesión así como tratamientos previos recibidos, Etnoprácticas, mejoría de síntomas posterior a automedicación.

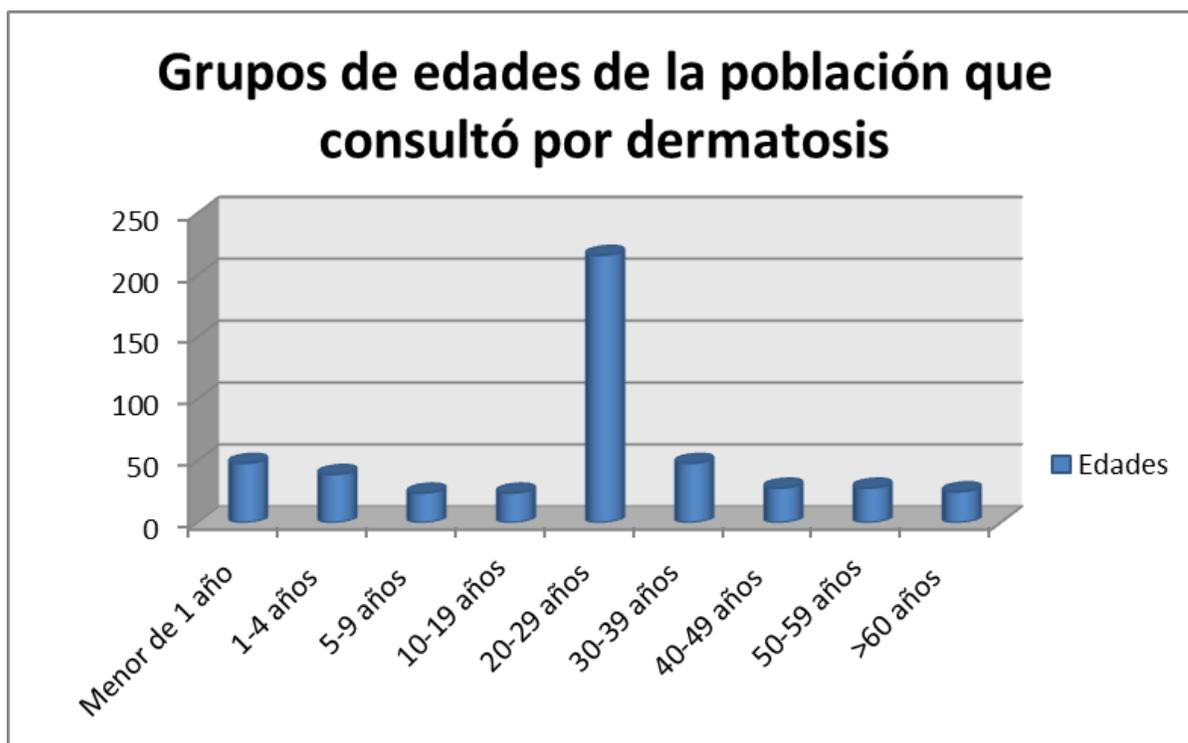
La obtención de estos datos se realizó en el consultorio médico de las unidades de salud familiar ya mencionadas en el horario de consulta regular de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm.

TABULACION DE DATOS: Las tablas y gráficos se generaron en el programa Microsoft Excel y se exportaron al procesador de textos Microsoft Word.

XI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Tabla 1: Edad de los pacientes encuestados.

Edad	Totales	%
Menor de 1 año	48	10
1-4 años	39	8
5-9 años	24	5
10-19 años	24	5
20-29 años	216	45
30-39 años	48	10
40-49 años	28	6
50-59 años	28	6
>60 años	25	5
Total	480	100%



Fuente: pregunta 1 de la encuesta

La mayoría de la población consultante se encuentra en el rango de los 20-29 años de la muestra de 480 pacientes eso se explica porque en la zona rural los adultos jóvenes son los que más consultan por la naturaleza antiestética de las dermatosis.

Tabla 2: sexo de la población encuestada

Sexo	Totales	%
masculino	144	30
femenino	336	70
total	480	100%

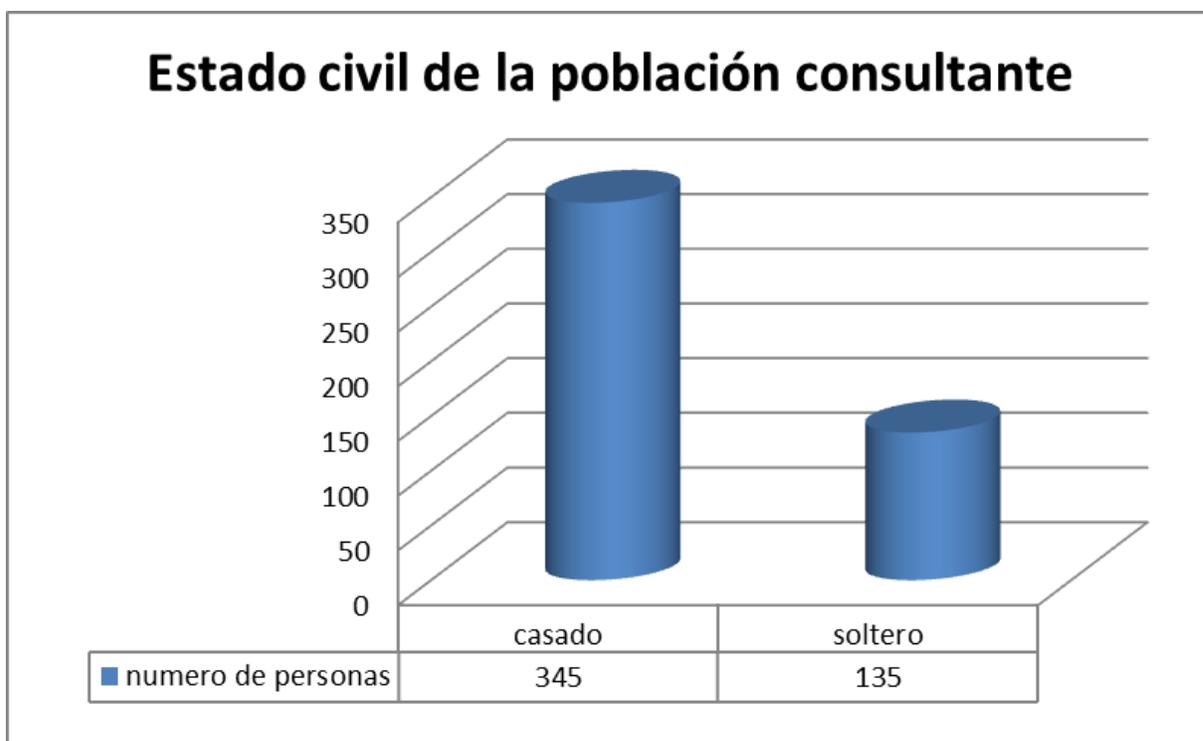


Fuente: pregunta 2 de la encuesta

La mayoría de la población consultante es del sexo femenino debido principalmente a que la mujer es la que consulta con más frecuencia sobre los problemas de dermatosis, además en la mayoría de los hogares la economía del hogar es mantenida por la población masculina económicamente activa que no se presenta a consultar por estas patologías

Tabla 3: Estado civil de la población encuestada

Estado civil	totales	%
casado	345	72
soltero	135	28
total	480	100%

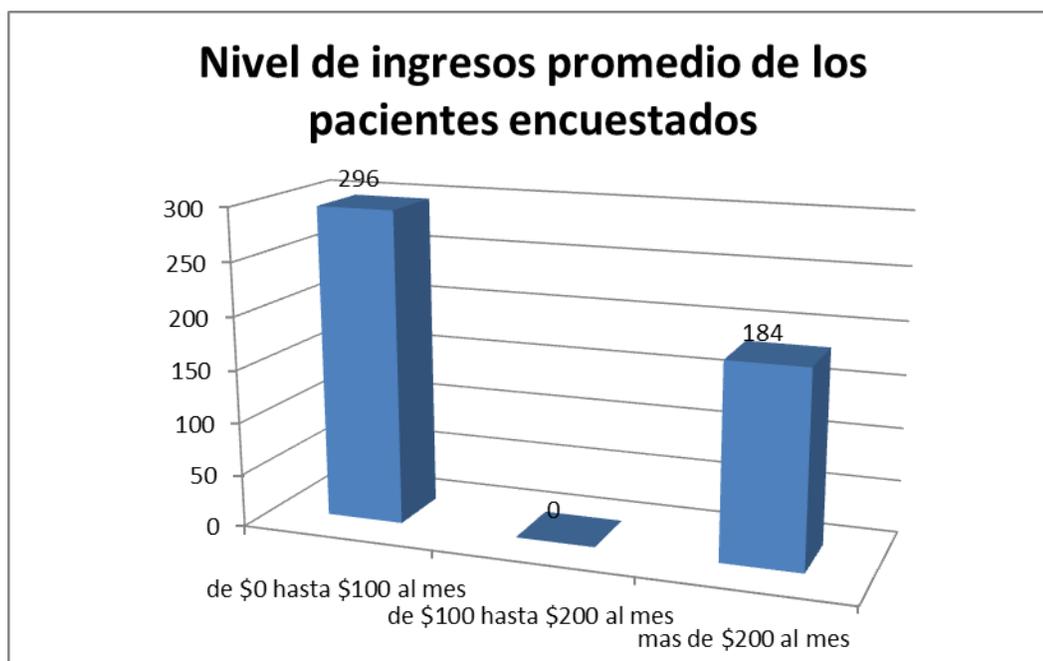


Fuente: pregunta 3 de la encuesta realizada

En relación al estado civil tanto 72% son casados y 28% solteros se infiere que es resultado del rango de edad en que se encuentra la muestra estudiada.

Tabla 4: Nivel de ingresos económicos mensual de los pacientes encuestados

Nivel de ingresos economicos	frecuencia	%
de \$0 hasta \$100 al mes	296	61.6
de \$100 hasta \$200 al mes	0	0
mas de \$200 al mes	184	38.3
total	480	100

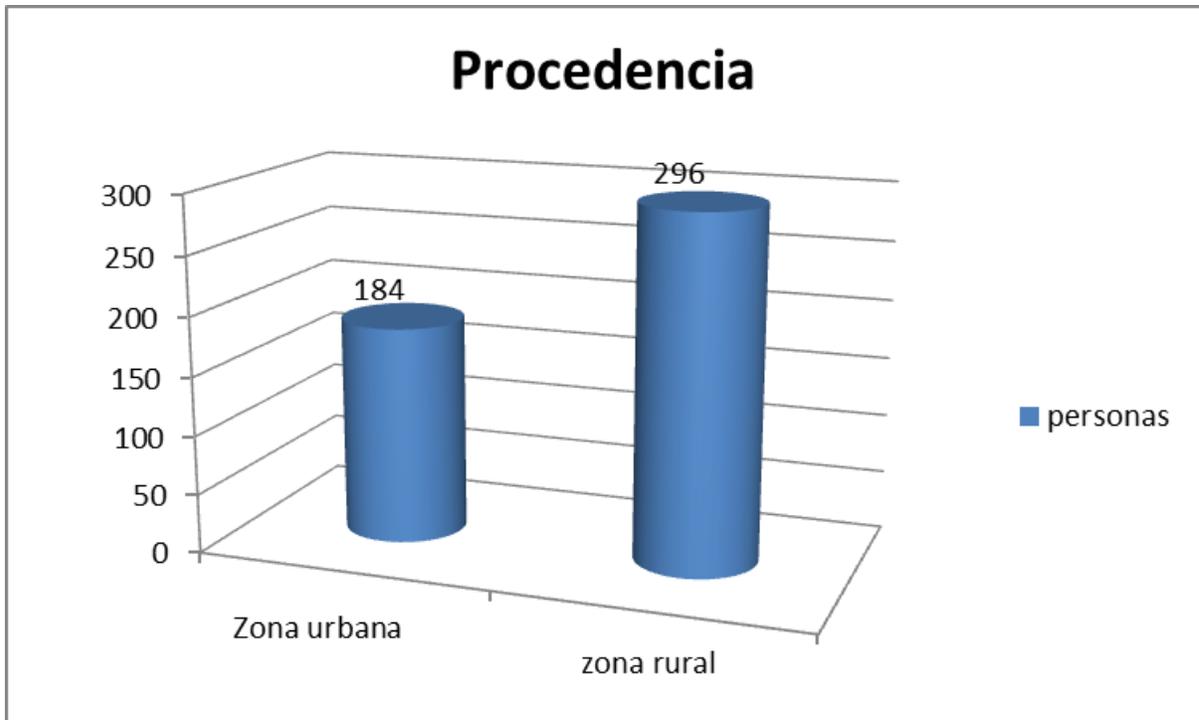


Fuente: pregunta 4 de la encuesta realizada

Con respecto al nivel de ingresos promedio de los encuestados nos encontramos que coincide con su lugar de procedencia el 61.3% de los encuestados pertenecen al área urbana y son los que tienen ingresos superiores en contraste con la zona rural, también es de notar que el 38.3% subsiste con un ingreso menor a \$100 mensuales

Tabla 5: Procedencia de la población encuestada

Procedencia	totales	%
Zona urbana	184	38.3
zona rural	296	61.6
total	480	100%

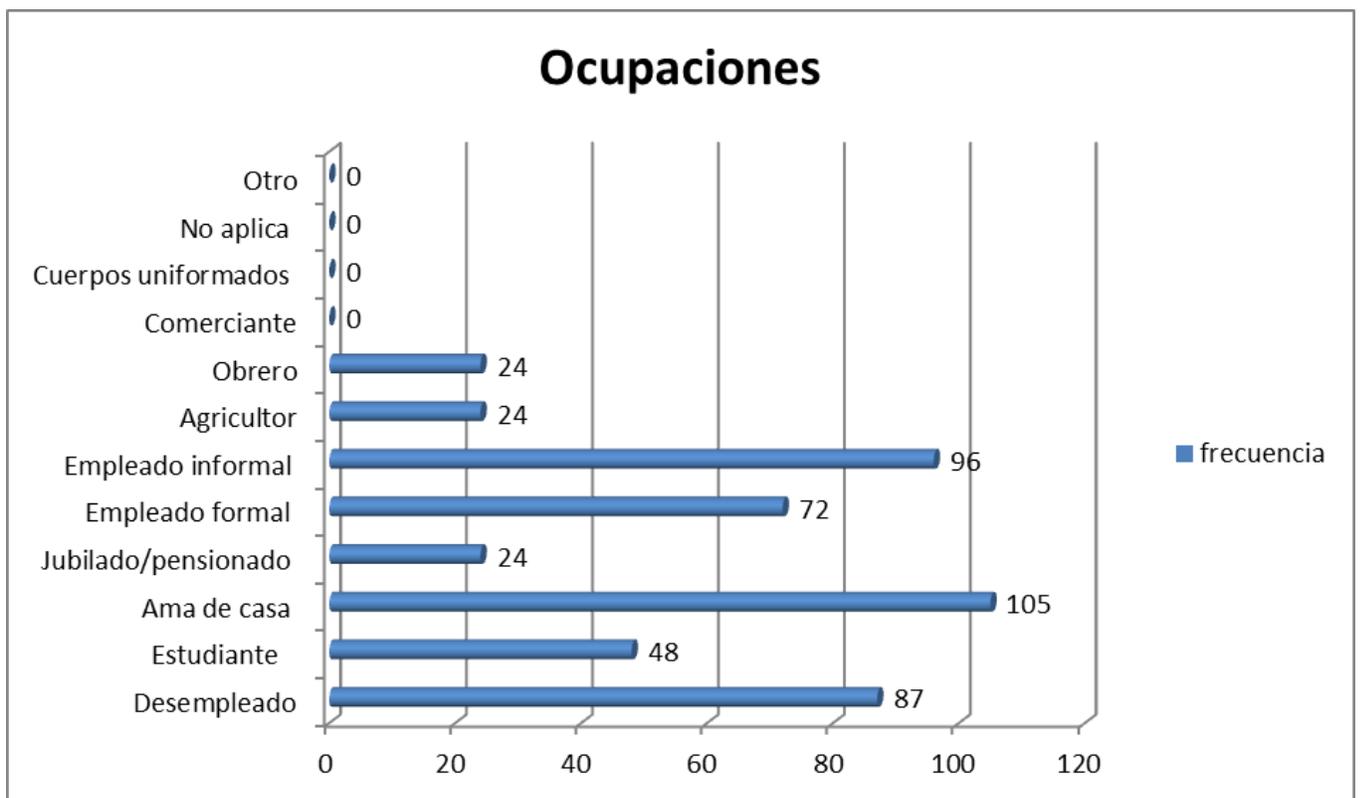


Fuente: pregunta 5 de la encuesta realizada

La mayoría de la población resulta ser del área rural dado que el estudio se realizó en dos unidades básicas ubicadas en zona rural y una especializada que de hecho si pertenece a una ubicación urbana por lo tanto la mayor parte de los pacientes provienen del área rural

Tabla 6: ocupación de la población encuestada

Ocupación	totales	%
Desempleado	87	18
Estudiante	48	10
Ama de casa	105	22
Jubilado/pensionado	24	5
Empleado formal	72	15
Empleado informal	96	20
Agricultor	24	5
Obrero	24	5
Comerciante	0	0
Cuerpos uniformados	0	0
No aplica	0	0
Otro	0	0
total	480	100%

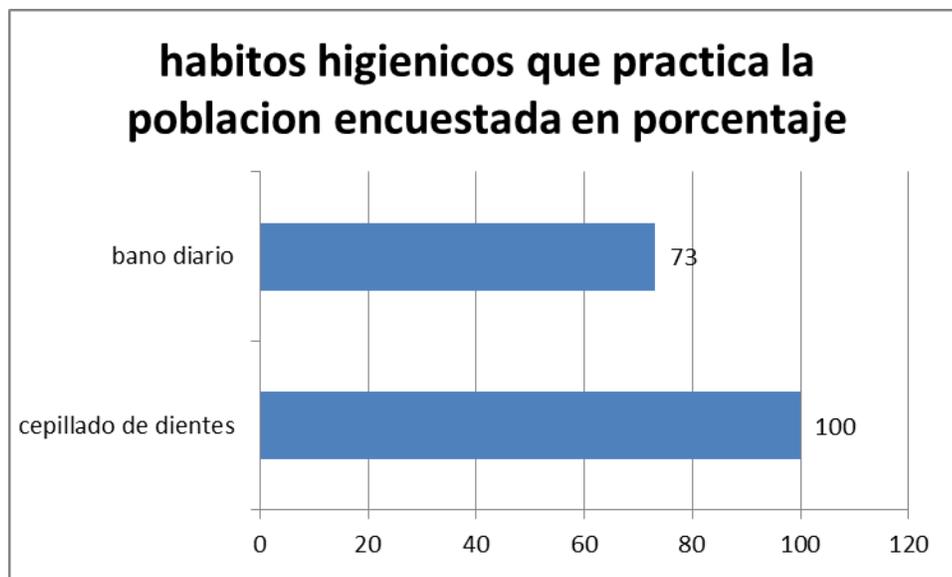


Fuente: pregunta 6 de la encuesta realizada

La ocupación que más frecuencia tiene es la de ama de casa puesto que la población estudiada en su mayoría son mujeres en el rango de 20-29 años

Tabla 7: hábitos higiénicos de la población encuestada

hábitos de higiene	cepillado de dientes	bano diario		
si	480	100%	350	73%
no	0	0	130	27%
total	480	100%	480	100%

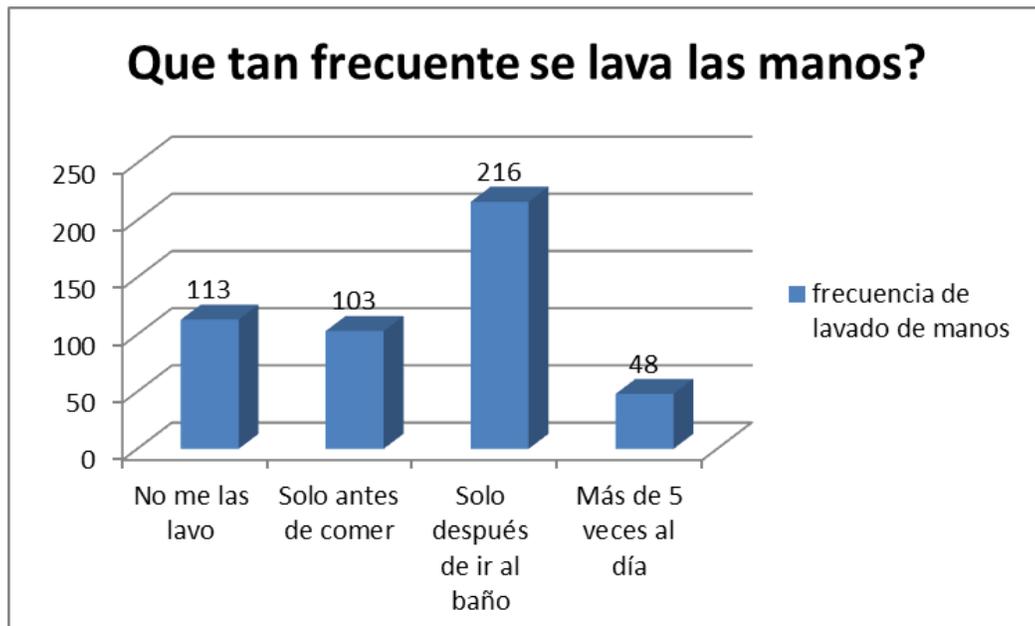


Fuente: pregunta 7 de la encuesta realizada a la población

La mayoría de la población estudiada refieren buenos hábitos de higiene con respecto al cepillado de dientes en contraste con el baño diario pues algunos manifiestan que las labores agrícolas no permiten baño diario por la creencia de “andar frio el cuerpo” el 73% de la población encuestada asegura bañarse todos los días mientras que el 27% no lo practica; con respecto al cepillado de dientes el 100% de la población dice hacerlo diariamente.

Tabla 8 frecuencia de lavado de manos.

Frecuencia de lavado de manos	total	%
No me las lavo	113	23
Solo antes de comer	103	22
Solo después de ir al baño	216	45
Más de 5 veces al día	48	10
totales	480	100

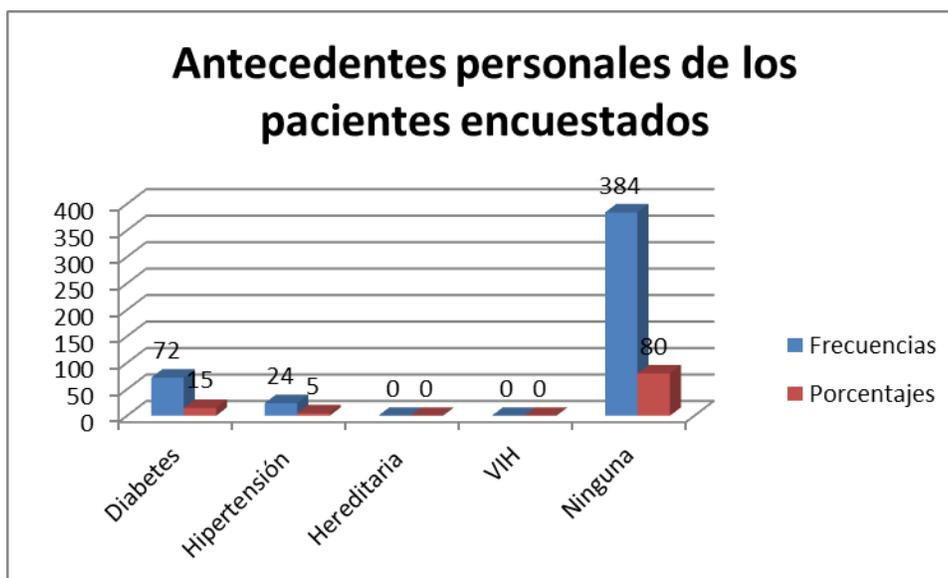


Fuente: pregunta 8 de la encuesta realizada.

La mayoría de la población del estudio practica el lavado de manos después de hacer uso de la letrina y quienes se lavan con menos frecuencia refieren poco acceso a agua potable y lavamanos adecuados

Tabla 9: antecedentes personales referidos por los pacientes encuestados

Antecedentes personales y familiares	totales	%
Diabetes	72	15
Hipertensión	24	5
Hereditaria	0	0
VIH	0	0
Ninguna	384	80
Total	480	100%



Fuente: pregunta 9 de la encuesta realizada

En los pacientes encuestados se observó que en el 80% no referían antecedentes personales de otras afecciones crónicas y en el 15% de ellos la más frecuente es la diabetes

Tabla 10: Presencia de mascotas en las casas de los pacientes encuestados

MASCOTAS	SI	%	NO	%
PERRO	312	65	168	35
GATO	240	50	240	50
AVES DE CORRAL	296	61.6	184	38.3
OTRAS	0	0	0	0

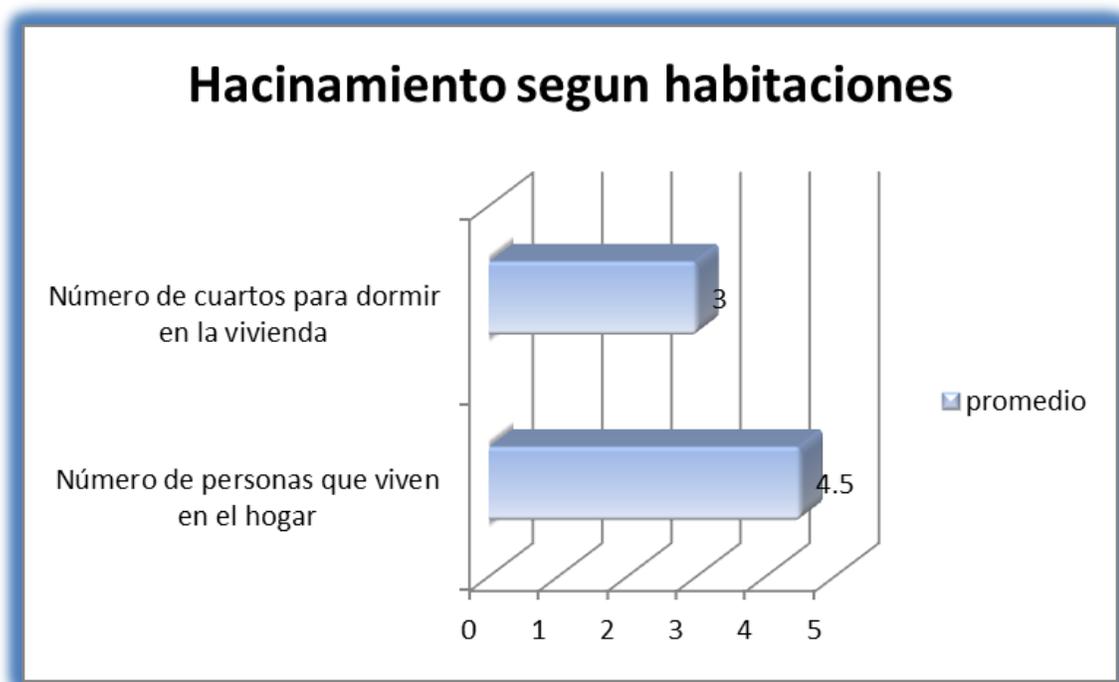


Fuente: pregunta 11 de la encuesta realizada

Hasta un 65% de los encuestados refirieron tener perros como mascotas seguido de aves de corral la relevancia de este hecho es que los perros y gatos son portadores de zoonosis como la escabiosis.

Tabla 11. Análisis del hacinamiento como factor predisponente para dermatosis

HACINAMIENTO	PROMEDIO
Número de personas que viven en el hogar	4.5
Número de cuartos para dormir en la vivienda	3

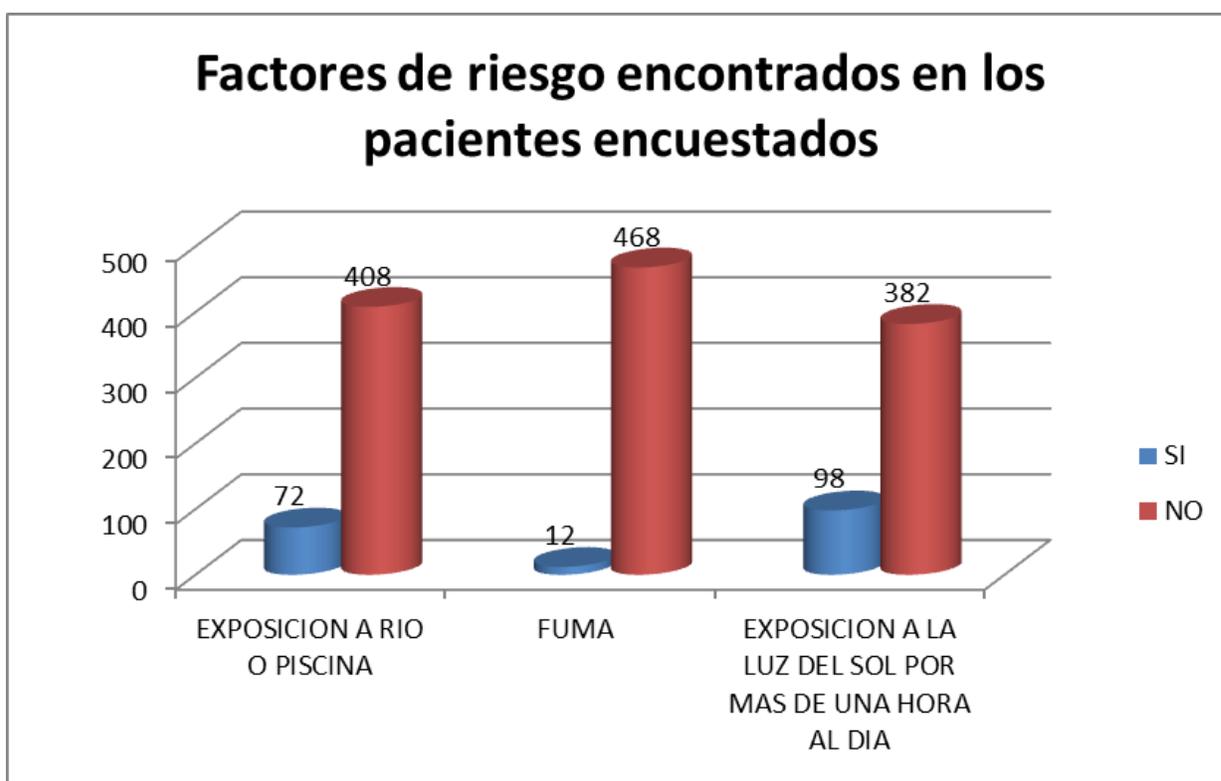


Fuente: preguntas 12 y 13 de la encuesta realizada

Según los índices se podría asegurar que la mayoría de los pacientes no se encuentran en situación de hacinamiento, sin embargo la mayoría de pacientes subdividen sus habitaciones por barreras de materiales que no ofrecen separación verdadera entre una habitación por ejemplo: tela o cartón resultando en hacinamiento relativo que si es factor predisponente en algunas dermatosis.

Tabla 12. Factores de riesgo para padecer una dermatosis

FACTORES DE RIESGO PARA DERMATOSIS	SI	%	NO	%
EXPOSICION A RIO O PISCINA	72	85	408	15
FUMA	12	97.5	468	2.5
EXPOSICION A LA LUZ DEL SOL POR MAS DE UNA HORA AL DIA	98	79.6	382	20.4

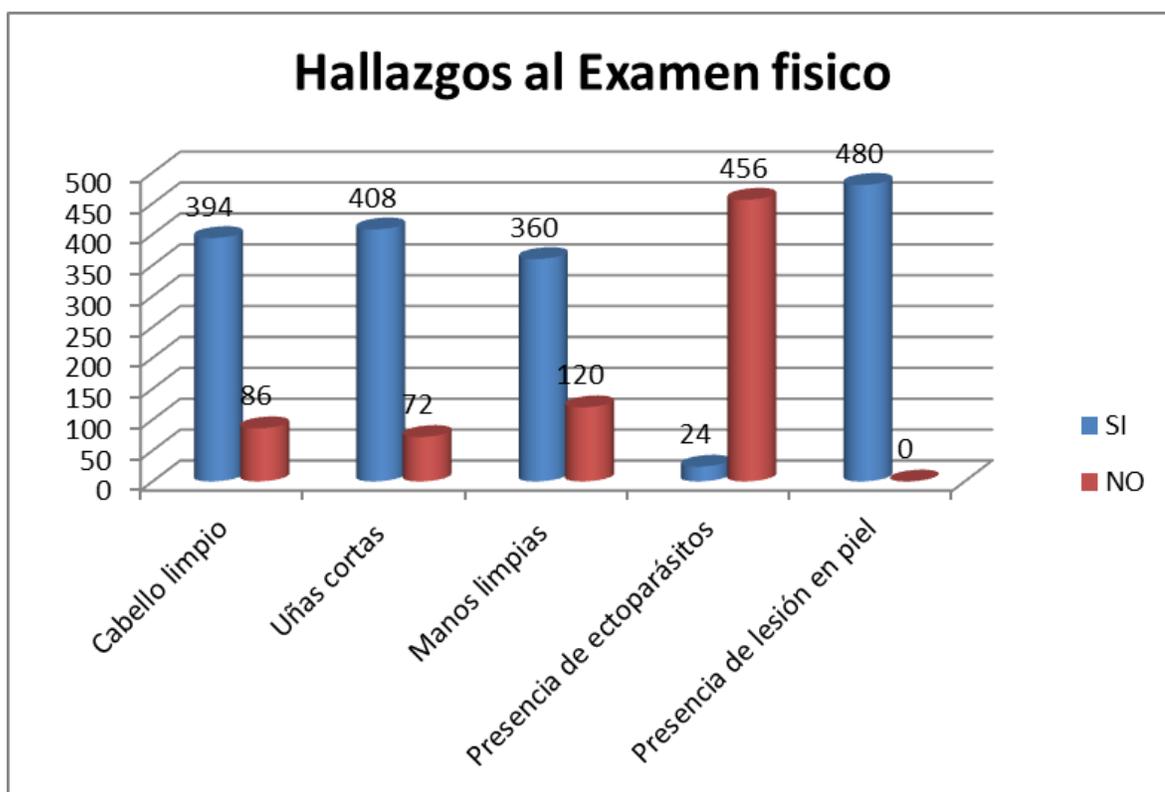


Fuente: preguntas 14, 15 y 16 de la encuesta realizada

De los factores de riesgo identificados para dermatosis encontramos que la exposición a la luz solar por periodos prolongados y la exposición a la humedad en piscinas o ríos fueron las más frecuentes no así el hábito de fumar que se entiende su baja frecuencia en la población femenina que domina la muestra.

Tabla 13. Diversos hallazgos al examen físico de los pacientes del estudio

Examen Físico	SI	%	NO	%
Cabello limpio	394	82	86	18
Uñas cortas	408	85	72	15
Manos limpias	360	75	120	25
Presencia de ectoparásitos	24	5	456	95
Presencia de lesión en piel	480	100	0	0

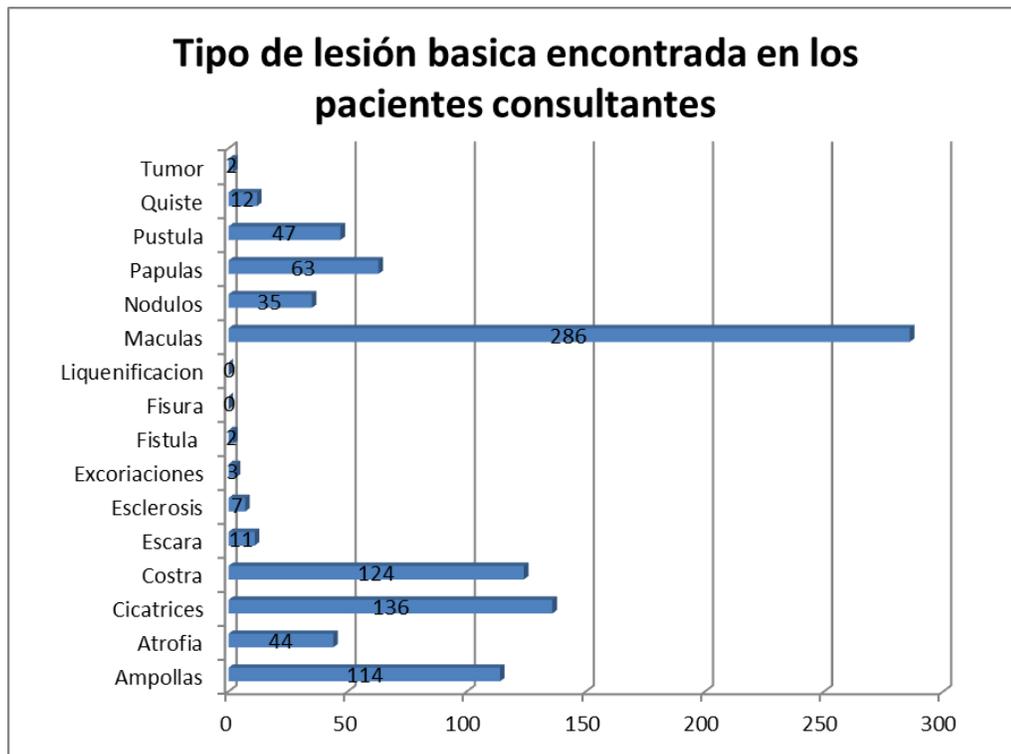


Fuente: pregunta 2 de la guía de observación del estudio

A pesar que hasta un 86% de los pacientes encuestados tenían buenos hábitos de higiene en general todos ellos presentaban lesiones elementales de la piel solo un 5% de los pacientes tenían evidencia de ectoparásitos.

Tabla 14. Lesiones básicas encontradas en los pacientes encuestados

TIPO DE LESION	FRECUENCIA	%
Ampollas	114	23.8
Atrofia	44	9.2
Cicatrices	136	28.3
Costra	124	25.8
Escara	11	2.3
Esclerosis	7	1.5
Excoriaciones	3	0.6
Fistula	2	0.4
Fisura	0	0
Liquenificacion	0	0
Maculas	286	59.6
Nodulos	35	7.3
Papulas	63	13.1
Pustula	47	9.8
Quiste	12	2.5
Tumor	2	0.4

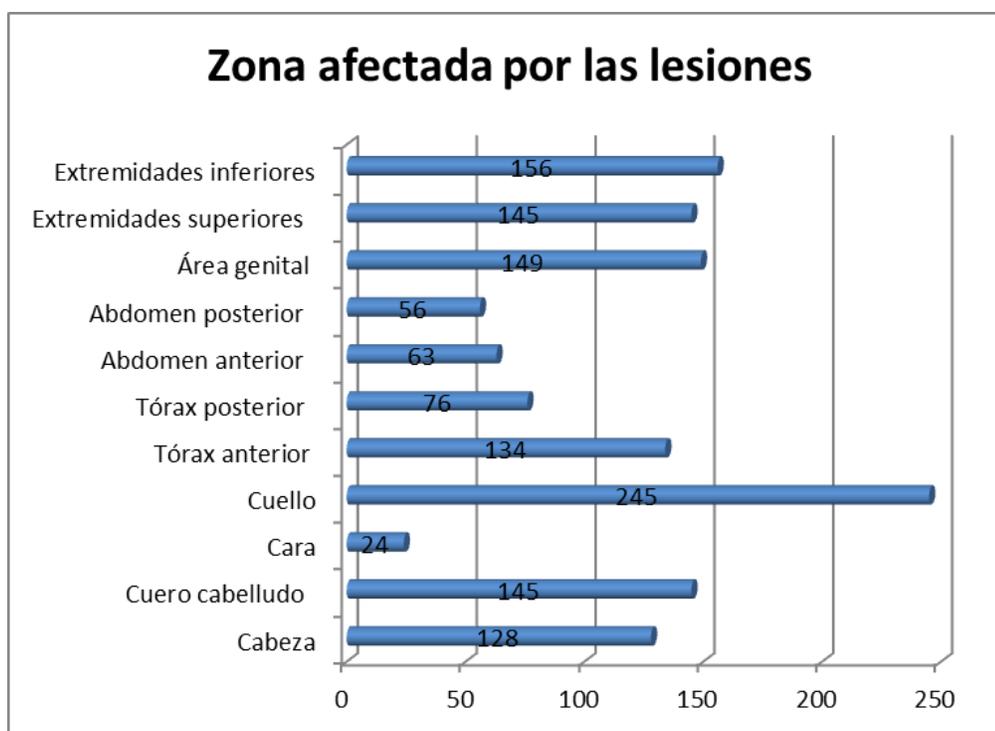


Fuente: Pregunta 3 Guia de observacion a los encuestados

Hasta en un 59.6% de los encuestados se evidenció que la lesión más común son las máculas o cambios de coloración en la piel seguido por las cicatrices y el último lugar lo ocupan las tumoraciones.

Tabla 15: diferentes zonas corporales identificadas como blanco de dermatosis en los encuestados

ZONA AFECTADA	TOTALES	%
Cabeza	128	26
Cuero cabelludo	145	30
Cara	24	5
Cuello	245	51
Tórax anterior	134	27
Tórax posterior	76	15
Abdomen anterior	63	13
Abdomen posterior	56	11
Área genital	149	31
Extremidades superiores	145	30
Extremidades inferiores	156	32

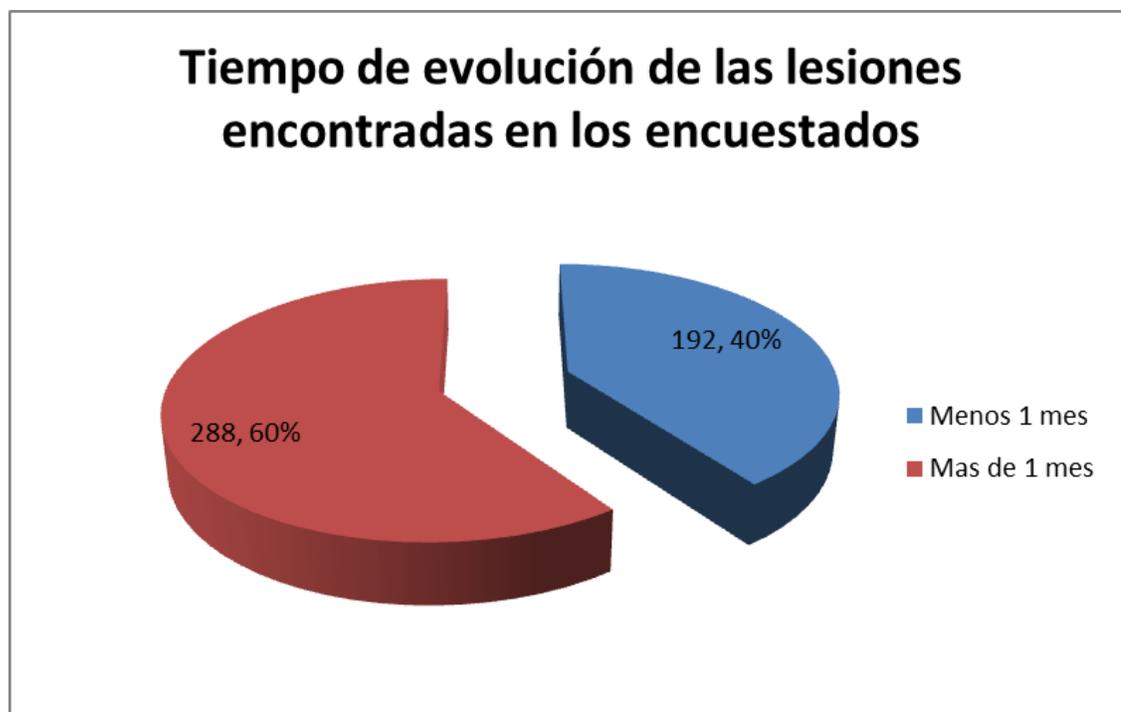


Fuente: Pregunta 4 de la guía de observación

En el 51% de los encuestados la zona corporal más afectada fue el cuello seguido por cabeza, cuero cabelludo, y extremidades

Tabla 16: tiempo de evolución de las lesiones

tiempo de evolucion	frecuencia	%
Menos 1 mes	192	40
Mas de 1 mes	288	60

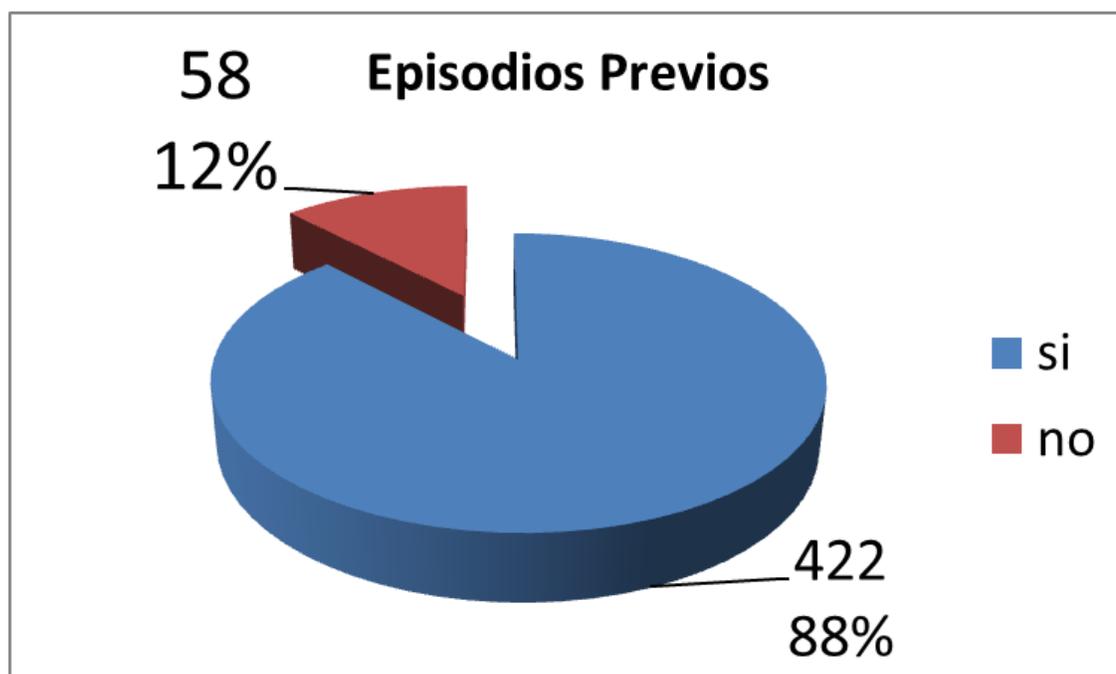


Fuente: Pregunta 20 de la encuesta realizada

Encontramos que en el 60 % de los pacientes el tiempo de evolución es mayor a un mes por la naturaleza no letal, sino estética de las dermatosis se evidencia el retraso en la consulta.

Tabla 17: episodios previos de las dermatosis presentadas por los encuestados

episodios previos	frecuencia	%
SI	422	88
NO	58	12
Totales	480	100%

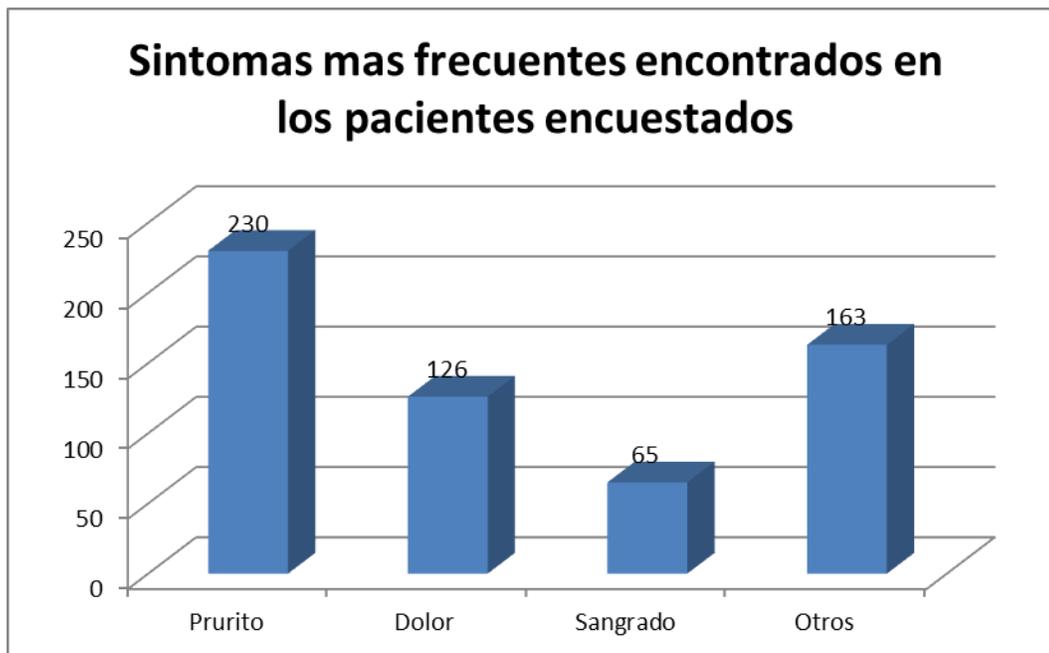


Fuente: Pregunta 19 de la encuesta realizada

Encontramos una concordancia entre el tiempo de evolución de las lesiones y las ocasiones de su aparición pues hasta en un 88% refieren que no era primera vez del cuadro.

Tabla 18: sintomatología más frecuente asociada a dermatosis

Sintomas mas frecuentes	frecuencia	%
Prurito	230	47
Dolor	126	26
Sangrado	65	13
Otros	163	33



Fuente: pregunta 20 de la encuesta realizada

En el 47% de los pacientes se presentó el prurito como el síntoma más frecuente seguido de otros en un 33%; síntomas los cuales no necesariamente son de causa dermatológica, estos síntomas no son mutuamente excluyentes.

Tabla 19 evidencia de Etnoprácticas en la población consultante

Evidencia de etnopractica	SI	%	NO	%
TOTAL	360	75	120	25

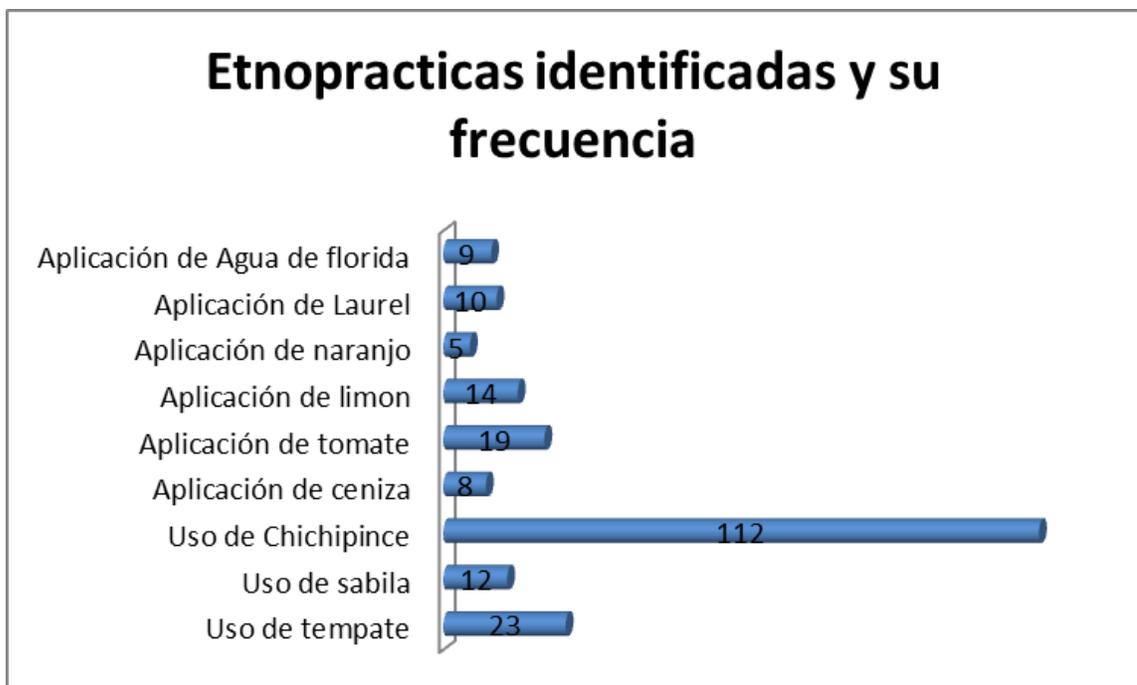


Fuente: pregunta 23 de la encuesta realizada

Se encontró que hasta un 75% de los encuestados habían hecho uso de las denominadas Etnoprácticas debido a la tradición en su uso y en su supuesta inocuidad

Tabla 20: Etnoprácticas que fueron usadas por los encuestados

Etnopracticicas	frecuencia
Uso de tempate	23
Uso de sabila	12
Uso de Chichipince	112
Aplicación de ceniza	8
Aplicación de tomate	19
Aplicación de limon	14
Aplicación de naranjo	5
Aplicación de Laurel	10
Aplicación de Agua de florida	9

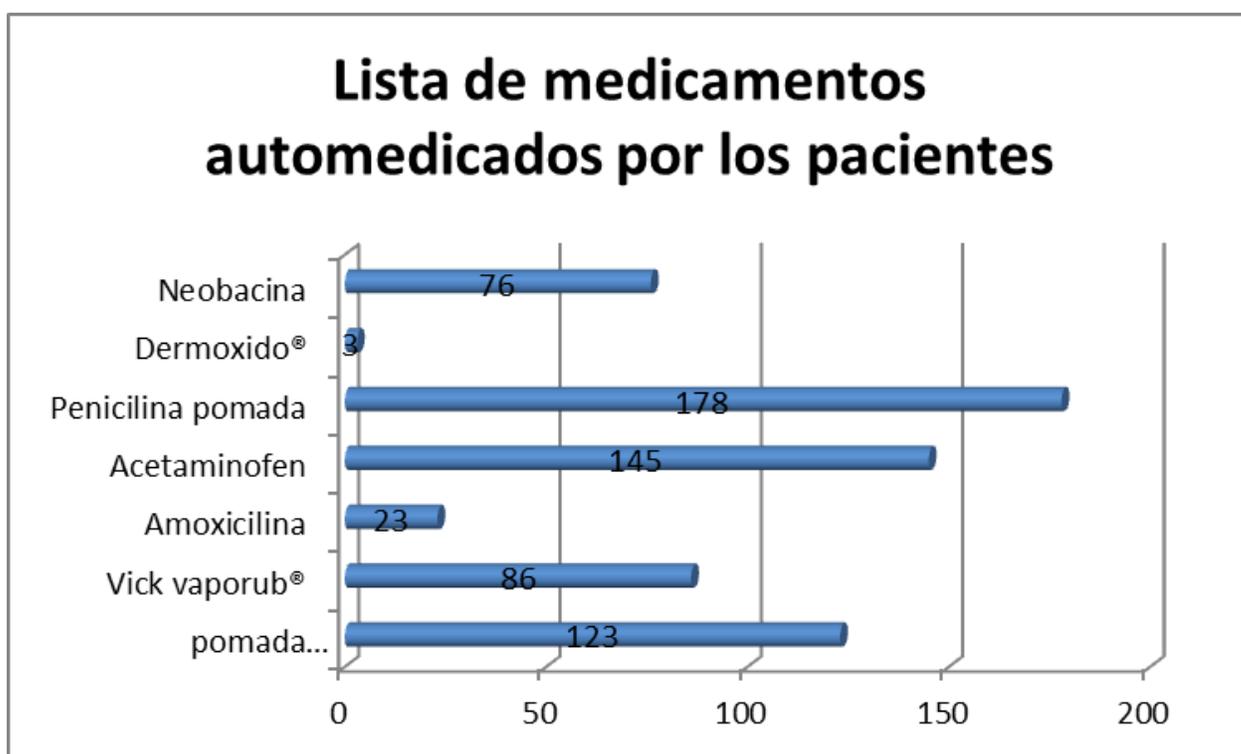


Fuente: Pregunta 23 de la encuesta realizada

Encontramos que la mayoría de los pacientes preferían usar la infusión de la hoja de "chichipince" (*Hamelia. patens*) seguido por el uso de tempate y otras que por razones económicas son menos frecuentes

Tabla 21: Evidencias de automedicación y fármacos usados

LISTA MEDICAMENTOS AUTOMEDICADOS	Frecuencia
pomada combinada(gentamicina,clotrimazol,neobacina)	123
Vick vaporub®	86
Amoxicilina	23
Acetaminofen	145
Penicilina pomada	178
Dermoxido®	3
Neobacina	76

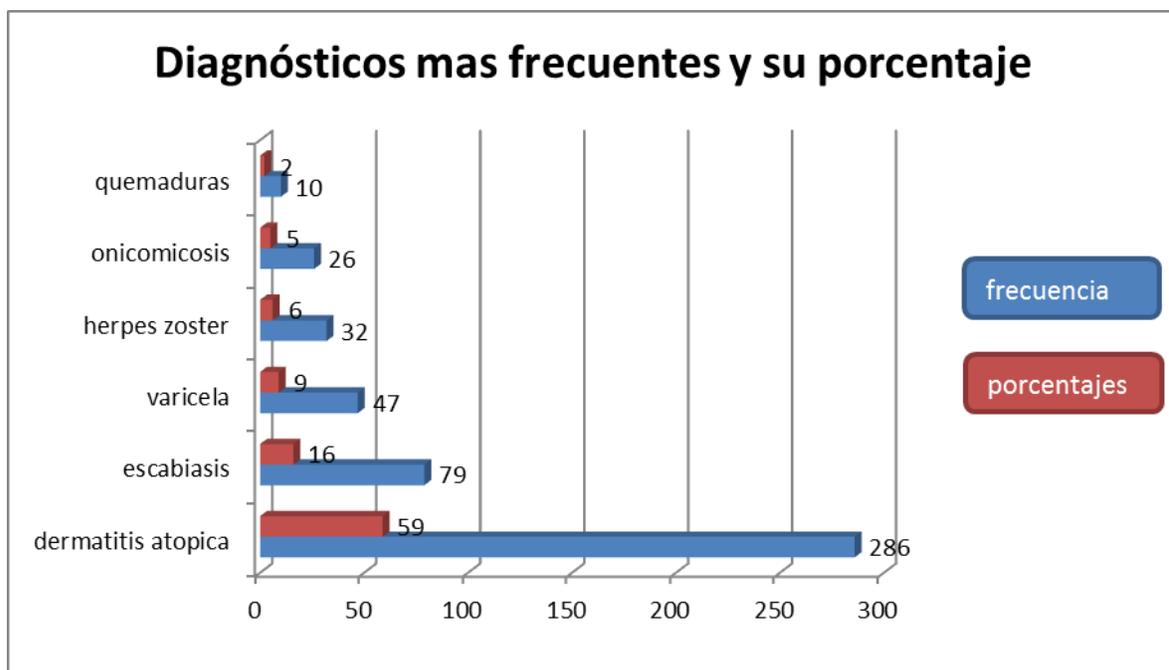


Fuente: Pregunta 22 de la encuesta realizada

Entre los pacientes se encontró el uso popular de pomadas a base de antibióticos encabezando la lista los preparados con penicilina seguida de pomadas combinada neobacina con gentamicina y clotrimazol

Tabla 22: Diagnósticos más frecuentes en los pacientes que consultaron

Diagnósticos mas frecuentes	frecuencia	%
dermatitis atopica	286	59
escabiasis	79	16
varicela	47	9
herpes zoster	32	6
onicomicosis	26	5
quemaduras	10	2
Total	480	100

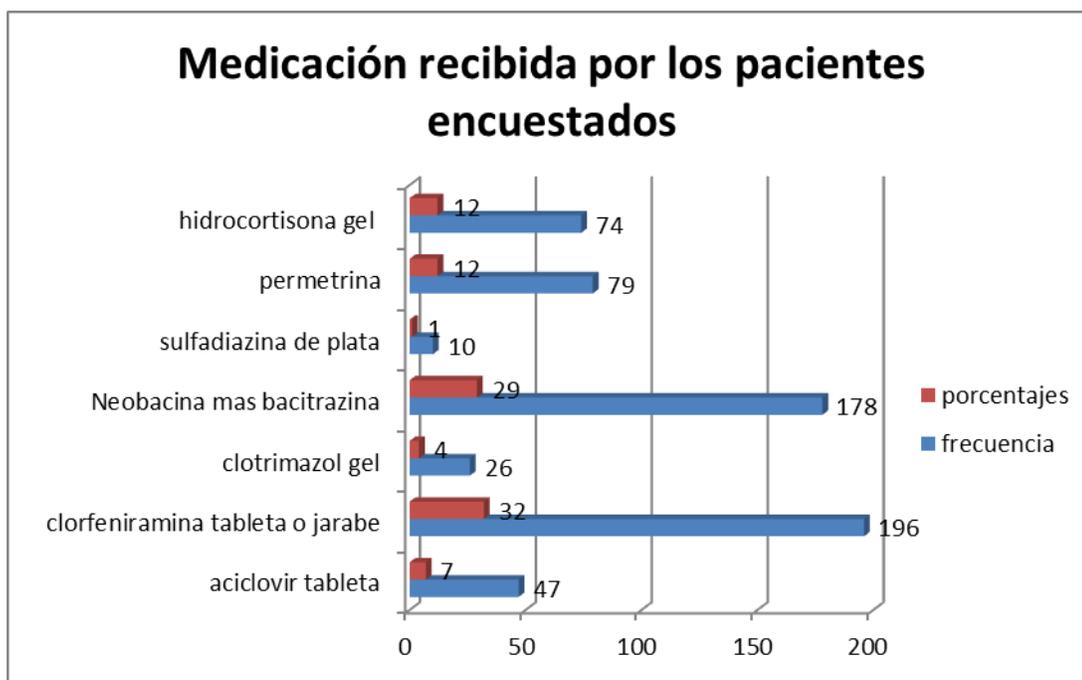


Fuente: pregunta 9 de la guía de observación

En el 59% de los pacientes encuestados el diagnóstico clínico más frecuente fue dermatitis atópica seguido de Escabiasis en un 16% explicado por las condiciones de hacinamiento relativo y la presencia de mascotas en casa de los pacientes

Tabla 23: medicación recibida por los pacientes

LISTA MEDICAMENTOS MEDICADOS	Frecuencia	%
aciclovir tableta	47	7
clorfeniramina tableta o jarabe	196	32
clotrimazol gel	26	4
Neobacina mas bacitrazina	178	29
sulfadiazina de plata	10	1
permetrina	79	12
hidrocortisona gel	74	12



Fuente: pregunta 25 de la encuesta realizada

En el 32% de los pacientes se indicó clorfeniramina como adyuvante a las dermatitis atópicas que fueron el diagnóstico más frecuente seguido de Neobacina mas bacitrazina en un 29% y el medicamento de elección para escabiasis permetrina que fue el segundo diagnóstico más frecuente en un 12% de los pacientes que consultaron.

Tabla 24: necesidad de referencia a otro nivel de atención

Fue necesaria una referencia para el tratamiento	SI	%	NO	%
TOTAL	48	10%	432	90%



Fuente: Pregunta 10 de la guía de observación realizada

En el 90% de los pacientes no fue necesario referir a otro nivel, pues se contó con el tratamiento adecuado los pacientes que se refirieron presentaban lesiones como tumoraciones que si se refieren para estudio

XII. CONCLUSIONES

- ✓ La mayoría de las consultas por motivos dermatológicos fueron efectuadas por mujeres en edad fértil.
- ✓ Los antecedentes personales de enfermedades crónicas no influyeron en el apareamiento de las dermatosis en la población estudiada.
- ✓ Los hábitos higiénicos adecuados tienen efecto protector ante el apareamiento de diversas dermatosis.
- ✓ La mayoría de los pacientes encuestados son usuarios de Etnoprácticas
- ✓ La mayoría de la población encuestada hace uso de la automedicación con fármacos que obtienen en comercios no afiliados a ninguna entidad reguladora en salud .
- ✓ La mayoría de la población encuestada supone que las Etnoprácticas son una manera inocua de tratar los padecimientos de la piel en general.
- ✓ El nivel de ingresos influye de manera directa en la aparición de enfermedades de la piel.
- ✓ La presencia de mascotas en la casa de la población encuestada influyó en el apareamiento de dermatosis diversas.
- ✓ No existe una guía unánime ni lineamientos ministeriales en cuanto al tratamiento específico en cada una de las dermatosis diagnosticadas en este estudio.
- ✓ La mayoría de la población consulta de manera recurrente al no mejorar sus condiciones de higiene y exposición a factores de riesgo

XIII. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud pública y asistencia social se le recomienda:

- ✓ Crear un documento guía para la atención de la consulta dermatológica con un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud.
- ✓ Realizar estudios concretos sobre el uso de Etnoprácticas y verificar evolución de los pacientes para aprobar o descartar su inocuidad
- ✓ Incluir en el esquema de medicamentos para el primer nivel de atención los bloqueadores solares con factor SPF 50 o superior como prevención a la exposición de los rayos UV-B que son factor predisponente para dermatosis

A la población en general se le recomienda:

- ✓ Asistir a consultar oportunamente ante cualquier lesión de la piel
- ✓ Abstenerse de emplear automedicación y consumir medicamentos de dudosa procedencia
- ✓ Abstenerse de hacer uso de Etnoprácticas pues no existen estudios sugerentes de su efectividad ni de su inocuidad
- ✓ Apegarse al tratamiento dado por los profesionales de salud cumpliendo de manera adecuada recomendaciones, dosificación y cualquier instrucción dada para el cuidado de la salud en general

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Bouvresse S., Chosidow O. Ectoparasitoses: poux et gale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 2010; 2: 7-43.
2. Casanova J. M., Sanmartín V., Soria X. Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99:111-118
3. Castellón, Luis Roberto; Guevara Ramos Parada, Milagro Patricia. *Estudio comparativo de pitiriasis versicolor en estudiantes de ambos sexos entre 10-16 años de edad de los centros educativos "Ingeniero José Victor Batarsé" (municipio y Departamento de San Miguel) y Profesor Dolores de Jesús Montoya (Municipio de Santiago de María Departamento de Usulután) en relación con el clima de los Municipios en el período comprendido de julio a septiembre de 2001* Tesis De Grado, Medicina Facultad Multidisciplinaria Oriental Universidad De El Salvador 2001
4. Cohen D., Jacob S., Dermatitis alérgica por contacto. En: Wolff K., Goldsmith L., Katz S., et al, editores. Dermatología en medicina General. Vol 1. 7ma ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010. p. 135-146.
5. Del Pozzo B. R., Lazo Langner A., Gutiérrez Castrellón P., Ruiz Maldonado R, Dermatosis comunes en niños del istmo centroamericano y mexico: estudio comparativo entre dos décadas. ISRN Dermatology. 2012
6. García D., Meléndez V., Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con tiña capitis atendidos en la consulta externa de dermatología pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Piel-Latinoamericana [revista en internet] 2012. [acceso 15 de junio del 2013]; Disponible en: http://piell.org/blog/wpcontent/uploads/2012/06/TineaCapitis_Dermatologia.pdf.

7. Hernández E., Saavedra T., Parasitosis cutáneas y loxoscelismo. Rev Clin Univ Chile. 2007; 18(42): 42-49.
8. Jacobson C., Abel E., Parasitic infestations. J Am Acad Dermatol. 2007; 56(6): 1026-43.
9. Katsarou A., Armenaka M., Kosmadaki M. et al, Skin diseases in Greek and immigrant children in Athens. Int J Dermatol 2012; 51:173–177.
10. Lizardo G., Dermatitis virales. Rev Hond Ped [revista en internet] 2005. [acceso 14 de junio del 2013]; 25(1) [12-13]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/2005/pdf/Vol25-1-2005-4.pdf>.
11. Llorente Galván M., Lequerica Segre P., Álvarez Pereira E., Dermatitis atópica: enfoque clínico y terapéutico básico. Rev cienc biomed. 2010. 1 (2): 271–77.
12. Pace W.D., Dickinson L.M., Staton E.W. Seasonal variation in diagnosis and visits to family physicians. Ann Fam Med. 2004; 2: 411-17.
13. Padilla Desgarenes M., Pitiriasis versicolor. Dermatología Rev Mex. 2005; 49:157-167.
14. Sellarés Casas E., Moraga A., Infecciones cutáneas bacterianas. Revista de la Asociación Española de pediatría [revista en internet] 2006. [acceso 14 de junio del 2013]; Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas.pdf>
15. www.simmow.salud.gob.sv [online]**SIMMOW**. Ministerio De Salud Publica y Asistencia Social, sección datos estadísticos semana epidemiológica 01-24 2016.
16. Uriarte J, Sáez de Ocariz M, Durán McKinster C, Orozco Covarrubias L, González R, Ruiz Maldonado R. Variación estacional de las dermatosis más

frecuentes en una consulta externa de Dermatología Pediátrica en México.
Dermatol Pediatr Lat 2005; 3(1): 21-25.

17. WHO 2005. Discussion papers in Child Health. Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. WHO/FCH/CAH/05.12.

XV. ANEXOS

ANEXO A1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Ampolla: lesión elevada, palpable y circunscrita, llena de líquido linfático y otros fluidos corporales, que se forma en la epidermis

Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

Androgenos: hormonas sexuales masculinas y corresponden a la testosterona, la androsterona y la androstenediona. Los **andrógenos** son hormonas esteroideas derivados del ciclopentanoperhidrofenantreno, cuya función principal es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos.

Atopia: Carácter hereditario de una persona que presenta reacciones alérgicas con una frecuencia anormalmente elevada.

Atrofia: Disminución del volumen o tamaño de un órgano o de un tejido orgánico debido a causas fisiológicas o patológicas.

Cicatriz: Señal o marca que queda en la piel después de cerrarse una herida.

corpusculo de krausse: Son los bulbos encapsulados, su función principal es registrar la sensación de frío

corpusculo de meissner: (Corpúsculos del tacto) son un tipo de terminaciones nerviosas en la piel que son responsables de la sensibilidad para el tacto fino

corpusculo de merkel: son un tipo de terminaciones nerviosas en la piel que son responsables de la sensibilidad para el tacto al igual que los corpúsculos de meissner

Costra: Capa seca de sangre o pus que se forma en la superficie de una herida al cicatrizar.

Dermatitis: es cualquier inflamación de la piel con afectación dermoepidérmica.

Dermatofitos: Hongos del tipo Microsporum, Trichophyton y Epidermophyton.

Dermatosis: Nombre genérico de las enfermedades de la piel.

Dermis: Capa de tejido conjuntivo situada debajo de la epidermis y que, con esta, forma la piel.

Entomología: Parte de la zoología que estudia los insectos.

Epidermis: Membrana epitelial que recubre la parte más superficial del cuerpo de los animales.

Escabiosis: La escabiosis o sarna es una enfermedad de la piel causada por el ácaro parásito *Sarcoptes scabiei*, llamado comúnmente arador de la sarna

Escama: Cada una de las múltiples placas córneas pequeñas y duras que, superpuestas unas a otras, forman una capa que cubre y protege la piel de algunas clases de animales.

Escara: Lesión de la piel que se caracteriza por la aparición de una costra como resultado de una quemadura, una gangrena o cualquier necrosis de origen infeccioso, químico o de otro tipo.

Esclerosis: Endurecimiento patológico de un tejido u organismo que es debido al aumento anormal y progresivo de células de tejido conjuntivo que forman su estructura; principalmente se aplica a los vasos sanguíneos y al sistema nervioso.

Estafilococos: *Staphylococcus* es un género de bacterias estafilocócicas de la clase Cocci. Comprende microorganismos que están presentes en la mucosa y en la piel de los humanos y de otros mamíferos y aves, incluyendo a 35 especies y 17 subespecies, muchas de las cuales se encuentran en los humanos

Estreptococos: El género *Streptococcus* es un grupo de bacterias formado por cocos grampositivos pertenecientes al filo firmicutes y al grupo de las bacterias ácido lácticas.

Estrógenos: Los estrógenos son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

Excoriacion: Lesión en la piel o una mucosa producida por la rozadura continua de algo.

Fisura: Abertura alargada y con muy poca separación entre sus bordes

Foliculitis: Inflamación de los folículos, especialmente de los de la piel que dan lugar a la formación del pelo.

Herpes: El herpes simple (del latín herpes, y del griego ἕρπης, «reptar») es una enfermedad infecciosa inflamatoria de tipo vírico, que se caracteriza por la aparición de ampollas características en la zona del nervio afectado

Hipodermis: Tejido celular subcutáneo.

Impetigo: es una infección de la piel. Generalmente, es causada por la bacteria estafilococo

Leishmaniasis: es un conjunto de enfermedades zoonóticas y antroponóticas causadas por protozoos del género Leishmania.

Liquenificación: (Lichen = gr. para "liquen") describe un engrosamiento de la epidermis con acentuación de los pliegues de la piel secundaria al rascado crónico.

Macula: (término en latín que significa «mancha») es una mancha de la piel causada por una alteración de la pigmentación

Micosis: infección cutánea causada por hongos en general

Molusco contagioso: (MC) es una infección vírica de la piel, **contagiosa** como su nombre indica, y autoinoculable. El virus del **molusco contagioso** es un virus de la familia de los Poxviridae, género Molluscipox.

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Nevo: Un nevo es un crecimiento benigno y pigmentado común en el ojo, similar a un lunar en la piel.

Nodulo: Masa de células redonda, abultada y dura de tejido que puede ser normal o patológica.

Papula: Pequeño tumor eruptivo de la piel, que se resuelve espontáneamente y sin dejar cicatriz.

Pitiriasis: La pitiriasis comúnmente se refiere a la descamación de la piel. Los tipos son la pitiriasis rosada, pitiriasis alba, pitiriasis rubra pilaris, y pitiriasis versicolor.

Prevalencia: la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

Primer nivel de atención: Es el conformado por los equipos de las redes integradas de salud de unidades de salud comunitaria, y unidades de salud intermedia

Prúrigo: Término genérico que se utiliza para designar las reacciones de la piel responsables de picor o picazón.

Pústula: Abultamiento que aparece en la piel en forma de bolsa pequeña que contiene pus.

Queratosis: Enfermedad que produce un engrosamiento de la capa córnea de la piel.

Quieste: Bolsa membranosa que se forma anormalmente en los tejidos del cuerpo y que contiene una sustancia líquida o semisólida de distinta naturaleza.

segundo nivel de atencion: Es el conformado por los hospitales regionales y cabeceras de departamentos

tercer nivel de atencion: Es el último nivel y el de mayor complejidad en las redes de salud en el país

Tiña: Enfermedad infecciosa y contagiosa de la piel, causada por hongos parásitos, que se caracteriza por producir escamas y costras amarillentas que despiden un olor peculiar; afecta sobre todo al cuero cabelludo y, en ocasiones, produce la caída del cabello.

Tumor: Nombre genérico empleados para neoplasias

Ucsf: Acrónimo para “unidad comunitaria de salud familiar”

Úlcera: Llaga o lesión que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una pérdida de sustancia y que no tiende a la cicatrización.

Verrugas: La verruga es una lesión cutánea causada por el virus del papiloma humano. Son lesiones que presentan una forma variable, excrecente y a veces de chocante apariencia, generalmente de forma globular.

Vesícula: Abultamiento que aparece en la piel en forma de bolsa pequeña llena de líquido, a causa de quemadura, roce o enfermedad.

Xerosis: sequedad de la piel, la mucosa o de la conjuntiva Las principales causas son la desnutrición y la dermatitis

ANEXO A2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TEMA: Características epidemiológicas de los pacientes con diagnósticos dermatológicos más frecuentes en las unidades comunitarias de salud: Básica Los Aguirre, Intermedia San Lorenzo y Especializada Dr. Tomas Pineda en el periodo de abril a julio en el año 2016.

Objetivo: obtener información sobre las lesiones dermatológicas de los pacientes de las unidades de salud básica Los Aguirre, Intermedia San Lorenzo y Especializada Dr. Tomas Pineda en el periodo de abril a julio en el año 2016

No. Encuesta _____

Fecha: _____ UCSF _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Nacionalidad _____

Instrucciones: La presente encuesta consta de preguntas abiertas y cerradas, en las cuales se consignarán los datos generales y clínicos, marque con una "X" según su criterio

Datos Generales

1. edad (seleccione según su edad):

Menor de 1 año _ 1-4 años _ 5-9 años _ 10-19 años_ 20-29 años _ 30-39 años _ 40-49 años _ 50-59 años _ >60 años _

2. Genero: Masculino _ Femenino _

3. Estado civil: soltero _ casado _

4. Nivel de ingresos mensuales : \$0-\$100__ \$100-\$200__ mas de \$200__

5. Procedencia: Zona urbana __ zona rural __

6. Ocupación (seleccione la más adecuada):

Desempleado _ Estudiante _ Ama de casa _ Jubilado/pensionado _

Empleado formal _ Empleado informal _ Agricultor _

Obrero _ Comerciante _ Cuerpos uniformados _ No aplica _

Otro _especifique:_____

7. ¿practica usted hábitos higienicos?

Se cepilla los dientes por lo menos dos veces al día:SI__ No__

Se baña usted a diario:Si ____No _____

8. Con que frecuencia se lava las manos No me las lavo _ Solo antes de comer_

Solo después de ir al baño _ Más de 5 veces al día _

9. ¿Padece alguna enfermedad?: Diabetes _ Hipertensión _ Hereditaria _

VIH _ Ninguna _ Otras (especifique) _____

10. En su familia (padre, madre, abuelo, hermanos) padecen de alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes _ Hipertensión _ Hereditaria _

VIH _ Ninguna _ Otras (especifique) _____

11. Posee usted animales domésticos en su hogar:

Si _ No _ especifique: _____

12. Número de personas que viven en el hogar: _____

13. Número de cuartos para dormir en la vivienda: _____

14. Ha estado expuesto en las últimas semanas a agua de ríos o piscinas:

Si _ No _

15. Ha estado expuesto a la luz del sol por mas de una hora? SI__ NO__

16. Usted fuma o alguien en su casa fuma? SI__ NO__

17. presenta lesión en la piel? SI_ NO_

18. ¿desde hace cuando?: menos de un mes_ mas de un mes _

19. es primera vez del cuadro? Si _ No_

20. ¿cual es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia?

Prurito?__ dolor?__ sangrado?__ otros?__

21. Tiene familiares afectados Si_ No_

22. se ha medicado para la lesión SI_ NO_ especifique:_____

23. se ha colocado algún medicamento “natural” SI_NO_ especifique:_____

24.Tratamiento utilizado:_____

25. Tratamiento brindado en la unidad de salud:_____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TEMA: Características epidemiológicas de los pacientes con diagnósticos dermatológicos más frecuentes en las unidades comunitarias de salud: Básica Los Aguirre, Intermedia San Lorenzo y Especializada Dr. Tomas Pineda en el periodo de abril a julio en el año 2016.

Objetivo: observar las lesiones dermatológicas de los pacientes de las unidades de salud básica Los Aguirre, Intermedia San Lorenzo y Especializada Dr. Tomas Pineda en el periodo de abril a julio en el año 2016

No. Guia _____

Fecha: _____ UCSF _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Nacionalidad _____

Instrucciones: observar las lesiones dermatológicas eh indagar uso de medicamentos y etnopracticas

GUÍA DE OBSERVACIÓN:

Nombre: _____ **Expediente** _____ **Sexo:** ___ **Edad:** ___

1. Motivo de consulta: _____ -

2. Examen físico: cabello limpio__ uñas cortas__ manos limpias__ ropa limpia__ presencia de ectoparásitos__ presencia de lesión en la piel__

3. Tipo de lesión:

Macula () pápula () nódulo () roncha () tumor ()

vesícula () ampolla () pústula ()

4. zona del cuerpo afectada:

Cabeza_cuero cabelludo__ cara_cuello_torax ant.__torax post.__abdomen__area
genital__ext.superiores__ext.inferiores__

5.Color : _____

6.Fondo: limpio() hemático ()

7.forma _____

8.Bordes: Delimitados() No delimitados () Elevados () No elevados()

9.Diagnostico:_____

10. Referencia SI__NO__