

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE INVESTIGACION

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE IMPETIGO
CONTAGIOSO EN LA UNIDAD DE SALUD NATIVIDAD DE SANTA
ANA EN NIÑOS DE DOS A OCHO AÑOS DE MARZO A OCTUBRE
DE 2001”**

**ACESOR DE METODOLOGIA
DR. JOSE MANUEL ESCOBAR**

**ACESOR DE CAMPO
DR. EDGARDO SANDOVAL**

**PRESENTADO POR:
HERRERA RAMIREZ, MARIA YESENIA
MARTINEZ ACOSTA, DANIEL ALBERTO
SEVILLANO BURGOS, ANA EUGENIA**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORA

Dra. María Isabel Rodríguez

VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA

Licda. María Hortensia Dueñas de García

VICE-RECTOR ACADEMICO

Ing. Francisco Marroquín

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

Lic. Remberto Elías Mangandí Portillo

SECRETARIA GENERAL

Licda. Ana Emilia Padilla de Padilla

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Dr. Julio Mendoza Durán

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso.

Por alcanzar mi alma con su misericordia, sus bendiciones y saber que conocerlo a El es el principio de todo conocimiento y sabiduría.

A Mis Padres.

Adelso Landaverde Acosta,
Brígida Martínez de Landaverde
Por su ejemplo de fe, amor y dedicación a través de mi vida.

A Mis Tíos.

Eliseo, Romelia, Adelso.
Porque ellos me muestran que cada día se logran metas

A Rafael Antonio.

Porque pocas son las cosas más apreciadas en la vida que la amistad. Prov.17:17

A Mis Amigas y Compañeras de Tesis.

Ana Eugenia
María Yesenia
Este es otro de los triunfos que juntos podemos disfrutar.

A Mis Amigos de Siempre.

Briseida, Catherine, Martín, Mauricio, Noemi, Vicky.
Con mucho cariño.

A mis Asesores y Profesores:

Con mucho respeto y por todas sus enseñanzas

Daniel Alberto

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso.

Por darme sabiduría, paciencia y entrega, porque sin El, la realidad del sueño de mi carrera no sería posible.

A Mis Padres.

Miguel David Herrera
Mercedes de Herrera
Por el amor que siempre me han brindado , por sus múltiples esfuerzos y el apoyo necesario en los momentos difíciles de mi carrera.

A mi Esposo he Hijo.

Santiago Alberto Figueroa Herrera
David Alberto Figueroa Herrera
Por su amor, comprensión y apoyo

A mis Hermanos.

Miguel David Herrera Ramírez
Sandra Yanira Herrera Ramírez
Sara Hilda Herrera
Con mucho cariño

A mis amigos y compañeros de Tesis.

Ana Eugenia
Daniel Alberto
Por su amistad y dedicación para la realización de este trabajo

A mis Asesores y Profesores.

A todos ellos con mucho respeto por sus enseñanzas

María Yesenia

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso.

Por haberme bendecido con sabiduría, habilidad y perseverancia para llegar a la culminación de esta meta

A mis Padres.

Nelson Edmundo Sevillano Figueroa
Ana Cristina Burgos de Sevillano
A ellos dedico este logro con infinito amor y gratitud; gracias a sus esfuerzos, comprensión y apoyo he logrado realizar esta meta

A mi Esposo e Hija.

Rafael Alberto Jaime
Cristina María Jaime Sevillano
Con todo mi amor, gracias por su paciencia y comprensión

A mi Hermana.

Claudia María Sevillano Burgos
Con mucho cariño

A mis amigos y compañeros de Tesis.

María Yesenia
Daniel Alberto
Gracias por su amistad, apoyo y comprensión

A mis Asesores, Profesores y compañeros.

Con mucho afecto

Ana Eugenia

INDICE

	<u>Pags.</u>
- RESUMEN	1, 2
- INTRODUCCION	3, 4
- ANTECEDENTES	5
- JUSTIFICACION	6
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
- OBJETIVOS	8, 9
- HIPOTESIS	10
- MARCO TEORICO	11,17
- DISEÑO METODOLOGICO	18,20
- ANALISIS DE RESULTADO	21,25
- GRAFICOS	26,40
- CONCLUSIONES	41,42
- RECOMENDACIONES	43,44
- BIBLIOGRAFIA	45,48
- ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el fin de identificar los factores relacionados con la incidencia de Impétigo Contagioso en la Unidad de Salud Natividad sobre la población infantil que es atendida por este centro.

Primeramente se tomó como base la información contenida en los censos diarios de consulta, los cuales reflejaron una prevalencia de casos de impétigo contagioso durante los tres primeros meses del año que colocaron a esta patología en el tercer lugar de causa más frecuente de consulta según los informes epidemiológicos.

Con esta información y con el fin de obtener datos objetivos y fidedignos se realizó una observación dirigida mediante una guía pre-elaborada de las condiciones higiénicas, condiciones de vivienda y aspectos personales relacionados con la piel del total de pacientes que fueron diagnosticados con la patología en estudio. Los datos obtenidos, se sumaron a las encuestas que posteriormente se hicieron a las madres de los pacientes que consultaron la Unidad de Salud al momento de la enfermedad.

El producto final de la investigación, pone en evidencia, que los factores que al inicio del trabajo fueron propuestos como los responsables de causar impétigo ó de participar en la predisposición del paciente a la enfermedad; resultaron, en calidad de porcentajes, que en su mayor parte sobrepasa el 50%; como un reflejo que ellos participan activamente y en conjunto -como un grupo maligno- en la incidencia de impétigo contagioso en los niños que habitan el Area General de Influencia de la Unidad de Salud Natividad.

INTRODUCCION

El cuidado de la piel, su apariencia y aspecto saludable ha sido desde la antigüedad motivo de preocupación y objeto de atención por el ser humano. Aún los libros de la Biblia mencionan cómo las afecciones dérmicas constituyeron objetos de rechazo y segregación entre las comunidades.

En las últimas décadas, la Dermatología Cosmética y la Medicina ha evolucionado tanto que ofrece al individuo un “ Universo ” de alternativas para el cuidado del órgano mas extenso del ser humano... La Piel. Sin embargo, diversos factores contribuyen al descuido de la piel y aun lo peor, su enfermedad; alcanzando situaciones en donde las secuelas son irreversibles comprometiendo otros órganos y sistemas tan vitales como la piel misma.

Los niños y niñas no pueden excluirse de estos factores ya que por su vulnerabilidad se convierten en presa fácil de microorganismos dermopatógenos capaces de afectar sus relaciones interpersonales y lo peor, su autoestima y su vida.

El contenido de este documento presenta al impétigo contagioso como el producto de múltiples factores tanto personales, ambientales y socioeconómicos que afecta a lactantes mayores, preescolares y escolares de la Unidad de Salud Natividad y ofrece un análisis de estos factores de manera que permite identificarlos, reconocerlos y evaluar las medidas preventivas para minimizar o incluso eliminar el problema.

Se espera que este trabajo sirva a personas interesadas en realizar estudios posteriores sobre impétigo y ofrezca alternativas en salud tendientes a eliminar la enfermedad.

ANTECEDENTES

En términos generales, las patologías del tracto respiratorio y el tracto gastrointestinal ocuparon los primeros lugares en los reportes de morbilidad de las Unidades de salud. Sin embargo, durante los primeros meses del año 2001, el Impétigo Contagioso ocupó el tercer lugar de frecuencia dentro de la Unidad de Salud Natividad.

La mayoría de piodermítis primarias se producen a causa de la infección con *Streptococos* del grupo A y *Staphylococcus aureus*, dependiendo de consideraciones anatómicas locales y de factores de huésped.

No encontrándose estudios previos en esta institución, o documentos destinados a identificar, prevenir y promover la disminución de casos y que permitan al personal médico y paramédico tener una fuente de datos comprobados científicamente, se estudio aquellos factores externos e internos que mantienen constante el número de casos por Impétigo Contagioso.

JUSTIFICACION

Desde cualquier punto de vista médico, la salud integral de la persona sigue siendo el motivo por el cual se provee atención médica diaria en las distintas Unidades de Salud de la República de El Salvador.

Cuando se ha establecido el diagnóstico y se explica las complicaciones que la patología puede producir, surge la pregunta: ¿ Por qué mi hijo tiene esta enfermedad ?... ¿ Por qué da Impétigo ?... Inspira a buscar la respuesta a estas interrogantes.

En los últimos informes epidemiológicos semanales que la Unidad de Salud Natividad ha proporcionado, se puede evidenciar que el Impétigo Contagioso se convirtió en uno de los motivos de consulta más frecuentes. Si se toma en cuenta que hasta el momento se ha venido tratando la patología cuando esta ya esta presente y no se ha estudiado los factores que condicionan la prevalencia de dicha enfermedad, es necesario realizar un estudio que identifique esos factores y busque medidas que lleven a minimizar la incidencia de casos y disminuya las recidivas que el Impétigo pueda ocasionar.

Es necesario, pues, hacer una revisión de todos aquellos factores que influyen en una u otra forma al incremento del número de pacientes que consulta por Impétigo Contagioso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Salud Natividad hay una alta incidencia de Impétigo Contagioso sin que aun exista medidas encaminadas a identificar y disminuir los factores relacionados con esta frecuencia de casos.

La Unidad de Salud Natividad se encuentra ubicada en la Colonia Santa Isabel, dos cuadras al oriente del Cementerio “ Santa Isabel “ en el Cantón Natividad, jurisdicción del Departamento de Santa Ana. En este lugar, área rural del departamento y desprovista de condiciones ambientales y socioeconómicas adecuadas, la población infantil ha venido a ser la más afectada dentro de la comunidad. Esto permite plantear la interrogante: ¿ Cuales son los factores que influyen en el incremento del número de casos de dicha patología ?..

Identificarlos, plantear posibles soluciones y políticas de cambio en esta comunidad se convierte en el objeto de estudio de la presente investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores que influyen en la incidencia de Impétigo Contagioso en la población infantil que atiende la Unidad de Salud Natividad del Departamento de Santa Ana en las edades comprendidas entre dos y ocho años de edad; durante los meses de marzo a octubre del 2001.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar los factores ambientales, socioeconómicos y culturales que influyen en la incidencia de Impétigo Contagioso.
- 2.- Identificar la influencia que ejerce el estado nutricional, hábitos higiénicos y características dermatológicas en la prevalencia del impétigo contagioso.
- 3.- Identificar los síntomas principales que hacen consultar al paciente con impétigo contagioso.

HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL:

El impétigo contagioso es el producto de factores ambientales, socioeconómicos y características dérmicas que afectan a lactantes mayores, preescolares y escolares que atiende la Unidad de Salud Natividad.

HIPOTESIS ESPECIFICA:

1. Las condiciones ambientales y recursos económicos favorecen la incidencia de impétigo contagioso.
2. Las características dérmicas y hábitos higiénicos condicionan la infección por impétigo en niños pre-escolares y escolares.
3. La orientación por el personal de salud a los padres de familia disminuye la prevalencia del impétigo contagioso.

MARCO TEORICO

GENERALIDADES

DEFINICION: El impétigo es una afección altamente contagiosa que se observa preponderantemente en niños en edad preescolar. Esta patología constituye la infección cutánea bacteriana más frecuente de todos los trastornos cutáneos bacterianos observados en este grupo etáreo. (8)

CLASIFICACION Y ETIOLOGIA: Existen dos formas clásicas de impétigo: no ampolloso y ampolloso, la primera representa más del 70% de los casos.

IMPÉTIGO NO AMPOLLOSO: El Staphylococcus aureus es el microorganismo predominante del impétigo no ampolloso en Estados Unidos; los Streptococos B – hemolíticos del grupo A están implicados en la aparición de algunas lesiones.

Los estafilococos se extienden generalmente desde la nariz hasta la piel normal y desde aquí hasta el resto de la piel. Por el contrario la piel se coloniza con los estreptococos una media de 10 días antes que aparezcan el impétigo; más tarde los estreptococos colonizan la nasofaringe unas 2 – 3 semanas posteriores a la aparición de las lesiones del impétigo. La piel actúa como origen para la adquisición de estreptococos en el sistema respiratorio y también es el órgano desde donde se disemina primariamente el impétigo.

Las lesiones de impétigo no ampolloso en las que en los cultivos crecen estafilococos son clínicamente indistinguibles de aquellos en los que crecen estreptococos del grupo A; mientras que el S. aureus se puede cultivar en la lesiones de impétigo en niños de cualquier edad, los estreptococos del grupo A se cultivan con mayor frecuencia en niños en edad preescolar. (8)

Los tipos de estafilococos que producen impétigo son variables pero no pertenecen al fago grupo 2 que es el grupo asociado a los síndromes de la piel escaldada y del shock tóxico. Varios serotipos de Estreptococos B- hemolítico del grupo A, se observan con mayor frecuencia en las lesiones del impétigo no ampolloso ya que el potencial invasor de los estreptococos del grupo A se considera habitualmente mayor que el de otros estreptococos. (8)

Los estreptococos del grupo A se diseminan habitualmente por transferencia de microorganismos a partir de una persona infectada a un portador por contacto personal estrecho. La principal fuente de diseminación proviene de pacientes que transportan en microorganismo en sus faringes por lo que debe tenerse especial cuidado de prevenir la diseminación aislando a estos pacientes hasta que la terapéutica antibacteriana los haya hecho no contagiosos.

IMPETIGO AMPOLLOSO: Afecta principalmente al lactante y niños pequeños, es causado en todos los casos por el Staphylococcus aureus coagulosa positivo.

Aparecen ampollas flácidas y transparentes que afectan con mayor frecuencia a la cara, glúteos, tronco y periné y extremidades; el impétigo buloso neonatal se puede iniciar en el área del pañal. A diferencia de las lesiones del impétigo no ampolloso, las lesiones del impétigo ampolloso son una manifestación del síndrome de piel escaldada y aparecen sobre piel intacta.

Desafortunadamente en nuestro país no existe ningún estudio que nos muestre la mayor o menor prevalencia del estafilococo o del streptococo en los casos que son atendidos con mucha frecuencia en nuestros centros asistenciales; debido al alto costo que esto implicaría y la falta de tecnología adecuada para la tipificación por métodos de laboratorio de estos microorganismos.

Sin embargo según los estudios de investigación realizados en los municipios de San Isidro Labrador, El Paraíso y Dulce nombre de María (Chalatenango) se observó que el impétigo contagioso ocupó el 7.81% de la consulta en niños menores de 10 años; según este estudio los casos de impétigo se sitúan en las escalas porcentuales más altas cuando los factores ambientales, nutricionales y socioeconómicos ejercieron su afecto negativo sobre la población estudiada (3).

En otros estudios realizados en los departamentos de San Miguel y Chalatenango las piodermias (causadas por estreptococos y estafilococos) resultaron ocupando el primer lugar en número de consultas y de casos diagnosticados entre los niños de 0 – 10 años (4).

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las lesiones del impétigo contagioso se inician característicamente en la piel de la cara o extremidades en zonas en las que se ha producido un traumatismo previo. Particularmente en lactantes, las lesiones pueden aparecer en cualquier parte. Las lesiones que con mayor frecuencia anteceden al impétigo no ampolloso son: la varicela, las picaduras, las abrasiones, las laceraciones y las quemaduras.

Las lesiones comienzan en forma de vesículas pequeñas transitorias, de techo delgado y pustulación de las vesículas las cuales se rompen fácilmente. El exudado purulento se seca a continuación y forma una costra gruesa, blanda, amarillo dorada “ pegada “ que es la marca distintiva del impétigo. La remoción de la costra revela una superficie exudativa, que rápidamente se cubre de nuevo con un costra. Las lesiones individuales raramente exceden de 1 – 2 centímetros de diámetro pero ocasionalmente las lesiones costrosas pueden ser más grandes por coalescencia y puedan observarse lesiones satélites por autoinoculación; a medida que el proceso avanza hacia la periferia hay curación central produciendo un aspecto que a veces remeda una micosis superficial. Las lesiones se localizan superficialmente, no producen generalmente ulceraciones o infiltración profunda por lo que curan sin dejar cicatriz ni atrofia en un periodo aproximado de 2 semanas, se acompaña de escaso o ningún dolor, aunque en algunas ocasiones pueda haber prurito o ardor; no suelen asociarse a ellos síntomas constitucionales.

(2) (8) (9)

HALLAZGOS DE LABORATORIO.

A veces se encuentra una leve leucocitosis, más comúnmente en los casos producidos por estreptococos. El cultivo del área exudativa o del área debajo de una costra sin arrancar revela estreptococos del grupo A o una mezcla de estreptococos y estafilococo aureus. (7)

TRATAMIENTO:

La penicilina es la droga de elección para el tratamiento de las piodermitis estreptococicas, administrada ya sea como una única inyección de penicilina benzatinica de deposito 300,000 - 600,000 UIM para niños y de 1.2 millones de UIM para adultos o como alternativa en pacientes alérgicos a la penicilina, Eritromicina (Erixyl) por vía oral (30 – 50 mg/kg de peso/24h dividido en cada 6 horas durante 7 – 10 días). (9)

La aplicación de ungüento de mupirocina (Bactroban) tres veces al día por 7 – 10 días a lesiones pustulosa superficiales y en lesiones secundarias superficiales de la piel dermatitica resulta ser tan eficaz como la terapia por vía oral con eritromicina con la ventaja de tener menos efectos secundarios. (8) (9)

En los casos en que la población presenta resistencia a la eritromicina, los antibióticos que han demostrado ser eficaces en los niños con impétigo son: La Dicloxacilina (Diclocil), La Amoxicilina más ácido clavulánico (Augmentin SKB), La Clindamicina (Dalacín C), y algunas cefalosporinas como la Cefalexina

(Cefalexin) ,El Cefaclor (Ceclor), Cefadroxilo (Cedroxin), El Cefprozil (Procef SQUIBB); al elegir entre estos medicamentos se debe tener en cuenta el costo económico, su disponibilidad y la adaptación del paciente al tratamiento.

EVOLUCION Y PRONOSTICO:

Sin tratamiento el proceso puede persistir y pueden desarrollarse nuevas lesiones en el curso de varias semanas; después la infección tiende a resolver espontáneamente a menos que exista alguna enfermedad subyacente como eccema.

Son muy inusuales las complicaciones del impétigo ampolloso y no ampolloso, dentro de estas se pueden mencionar: La Osteomielitis, artritis séptica, la neumonía y septicemia. (8) (10)

La secuela principal más seria es la Nefritis o Glomerulonefritis post Estreptococcica, el grupo de edad que afecta con mayor frecuencia es el de los niños de 3 a 7 años. El promedio de tiempo entre la aparición de el impétigo y la Glomerulonefritis post estreptococcica es de 18 – 21 días, las cepas nefritógenas asociadas al apareamiento de glomerulonefritis pertenecen a los grupos M 2, 49, 53, 55, 56, 57 y 60. (10) (13)

PREVENCION:

El aseo y la prevención rápida de los traumatismos de la piel pueden ayudar a prevenir el impétigo. Los pacientes con este trastorno y sus familias deben aprender a bañarse y a usar con regularidad jabones que contengan agentes antibacterianos y aplicar antibióticos en picaduras de insectos, cortaduras y abrasiones y cualquier otra lesión dérmica tan pronto lo noten. (3) (8)

DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación constó de cuatro etapas las cuales se desarrollaron de la siguiente manera.

Etapa No. 1

Se identificó el número de casos de impétigo contagioso que se presentaron en la Unidad de Salud Natividad desde el primero de marzo al treinta y uno de octubre del 2001, con base a los datos obtenidos en el censo diario de consulta.

Etapa No. 2

Se analizó los casos con base a los expedientes clínicos utilizando el 100% de ellos para realizar la investigación.

Etapa No. 3

Se investigó los casos a fin de obtener datos relacionados con los factores que influyen el desarrollo de la patología y los síntomas presentados por los pacientes al momento de consulta.

Etapas No. 4

Se proporcionó datos que como producto de la investigación se encaminen a identificar, minimizar y/o eliminar los factores que contribuyen a la incidencia de impétigo.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio que realizó es de tipo descriptivo, ya que estuvo encaminado a mencionar todos los factores relacionados con la incidencia de impétigo contagioso en la población infantil de la Unidad de Salud Natividad.

Se considera de tipo retrospectivo porque estudió los casos que se dieron durante el año en la Unidad de Salud Natividad; transversal porque se hizo un corte específico en el tiempo, que va desde marzo a octubre del 2,001; de campo ya que se hizo recolección de datos y observación del objeto de estudio en su entorno.

UNIVERSO

El universo lo constituyó la totalidad de la población de niños y niñas de dos a ocho años que consultaron la Unidad de Salud desde el primero de marzo al treinta y uno de octubre del 2,001.

Se incluyó en el estudio aquellos pacientes que pertenecen al área general de influenza (A.G.I) de la Unidad de Salud Natividad, que consultaron por primera vez dentro del periodo antes mencionado.

Se excluyó del estudio los pacientes menores de dos años y mayores de ocho, también se excluyó las consultas subsecuentes por impétigo y aquellos pacientes que no pertenecían al A.G.I. de la Unidad.

MUESTRA

Se tomó como muestra los casos reportados bajo el diagnóstico de impétigo contagioso en la Unidad de Salud Natividad que consultaron desde el 1º de marzo al 31 de octubre del 2,001.

ANALISIS DE RESULTADOS

... “ Y si en la piel de su cuerpo hubiere mancha, el sacerdote le reconocerá, y le declarará inmundo! ... y habitará solo; fuera del campamento será su morada.”

Levítico 13 (6)

... Semejante ordenanza para las personas que sufrían enfermedades de la piel en la antigüedad es suficiente para conocer el análisis de la investigación sobre Impétigo Contagioso:

Según el orden en que los factores fueron propuestos en los objetivos de la investigación, se presenta un análisis de los resultados, estos, producto de la observación y las encuestas realizadas a los pacientes en estudio.

Los pacientes, niños y niñas entre los dos y ocho años de edad viven en situaciones ambientales que condicionan directamente a padecimientos dérmicos; habitan casas de adobe, con piso de tierra y en presencia de animales los cuales han “ domesticado “ por carecer de espacio para su crianza. (gráficos # 1 y 2).

La gráfica # 3 refleja de una manera indubitable las condiciones de hacinamiento en que habitan los pacientes que presentaron Impétigo; este 51.4% de las familias entrevistadas guardan relación directa con el 52.7% de las viviendas observadas en las que se evidenció que poseen únicamente dos habitaciones en la que habitan hasta 5 miembros de la familia en una sola habitación (gráfico # 4). Además, la gráfica # 5 presenta esta condición de una forma más alarmante: El 62.9% de los niños afectados comparten la cama con uno o más de los miembros de su familia.

Estos factores, no obstante, son resultados de la situación económica precaria que vive la mayor parte de la población salvadoreña. Los ingresos económicos sumamente bajos que perciben las familias -que se pueden observar en la gráfica #6- no permite, entre otras cosas, poseer una vivienda digna y otros bienes o servicios que son vitales para gozar de buena salud y una piel saludable. La gráfica # 7 indica que el 48.6% de la población estudiada utiliza y consume agua proveniente de río y la minoría de ellos el 24.3% posee los servicios de agua potable. Esta condición, sea por cuestiones económicas o por factores culturales; tomando en cuenta que el 27.1% de las familias compra el agua que consumen, permitió observar que un alto porcentaje de niños que sufrieron impétigo se encontraban sucios y en franco descuido personal durante la observación y entrevista (gráfico # 8).

De igual manera puede interpretarse los resultados que se observa en la gráfica #6, donde el mayor porcentaje de familias entrevistadas, es decir los padres y/o cabeza de familia percibe ingresos de ¢601.00 a ¢800.00 o lo que es igual decir \$68.68 a \$91.42 . Estas familias compuestas muchas veces por 7 o más miembros no logra mantener una dieta alimenticia balanceada y suficiente que permita los niños en edad de crecimiento obtener un grado de nutrición, óptimo que lo haga resistente a los ataques de bacterias patógenas.

En la gráfica # 9 se puede observar que el 100% de los casos esta bajo Control de Higiene Infantil. Este programa está dirigido a identificar y controlar los factores que puedan afectar en una u otra manera, el crecimiento y desarrollo del paciente. Actualmente, se implementa además la Estrategia AIEPI a todo usuario menor de los 5 años de edad. Esta estrategia tiene como fin identificar y dar atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia; se entiende, pues, que no debe esperarse a que el usuario llegue enfermo a la Unidad de Salud, más bien debe orientarse a los padres de familia a identificar y prevenir los factores de riesgo y de esta forma disminuir la frecuencia de patologías en los niños. Véase las gráficas # 10 y 11 donde se pone de manifiesto que el 60% de la población estudiada presentó desnutrición leve; todos ellos bajo control infantil y supervisados en la Unidad de Salud con la estrategia AIEPI.

El porcentaje mayor de los niños estudiados (35.7%), son niños entre los 2 y 3 años de edad, según lo que se ve en la gráfica 11.

Irónicamente, los datos obtenidos durante la investigación dan a conocer que las madres y personas dedicadas a cuidar los pacientes que consultaron el centro asistencial de salud, no recibieron orientación por parte del personal de salud sobre prevención y atención primaria a las enfermedades de la piel.(gráfico # 12). Esta situación por si misma, ubica a la población infantil en una posición de desventaja frente a las enfermedades; dejándoles vulnerables y expuestos a los agentes dermopatógenos. Por las siguientes razones:

- i) Los paciente son totalmente dependientes de sus padres.
- ii) Los padres de los pacientes por lo general no han sido orientados por personal de salud.
- iii) Las madres de familia o encargados de cuidarlos poseen baja o nulo escolaridad.
- iv) Los padres automedican los niños antes de acudir a la unidad de salud.
- v) Los pacientes son llevados a la Unidad de Salud con cuadros patológicos complicados.

Obsérvese la gráfica # 13; culturalmente nuestra población está acostumbrada a evadir y evitar la visita de las Unidades de Salud por diversos factores; esto explica la razón por la que los padres de familia automedican a sus niños o lo que es igual, no acude a la Unidad de Salud al inicio de un cuadro infeccioso sino hasta que el cuadro está complicado y

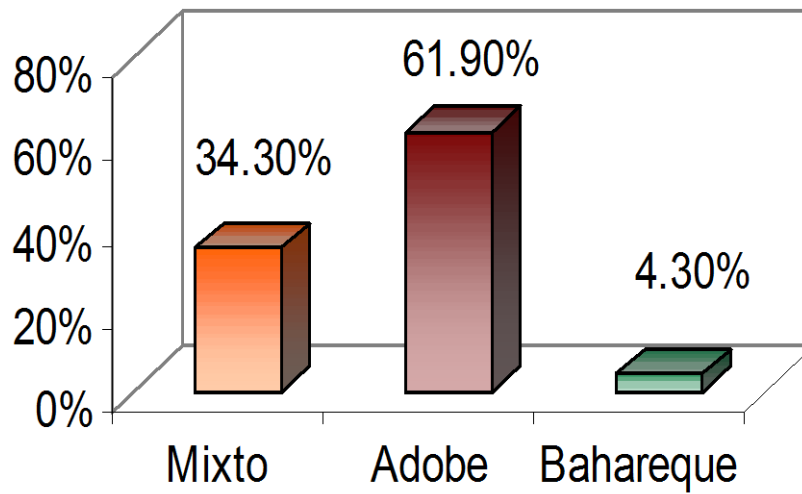
ningún medicamento casero o autorecetado ha hecho efecto. La gráfica mencionada presenta que el 54.3% de los niños no fueron llevados de inmediato a la clínica si no que se automedicaron sin obtener mejora alguna. Bajo esta circunstancia, se puede decir, o se puede hacer la interrogante: ¿ Que trabajo están realizando los promotores de Salud? Si ellos son los que vigilan en su área específica promoviendo la salud y orientando sobre atención primaria en Salud!

Compárese el gráfico # 13 con la gráfica # 14 el cual presenta al 74.3% de la población que resultó con alguna infección previa de las vías respiratorias superiores antes de complicarse o “ impetiginizarse “; a los que pudo evitarse mediante orientación y promoción de salud por el personal, médico, paramédico y de promoción de salud.

Como un aspecto final se menciona la gráfica # 15 y 16 las cuales presentan la frecuencia en que los casos de impétigo se presentan según el sexo de los pacientes. En la gráfica # 15 se obtiene que no existe una predominación marcada por un sexo en particular. Algo que si se puede identificar es que el color de piel influye, como una características del huésped, a presentar la enfermedad. El 60% de los niños son de piel blanca en comparación con el 40% que son de piel morena.

GRAFICO # 1

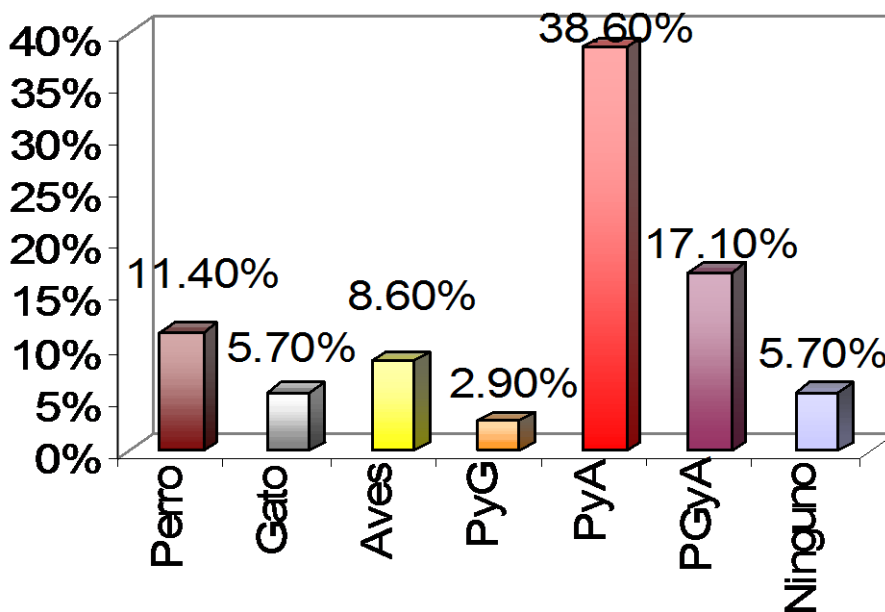
TIPO DE VIVIENDA



El 61.4% de la población habita en casas de adobe, un 34.3% en casa de sistema mixto y el 4.3% en casas de bahareque.

GRAFICO # 2

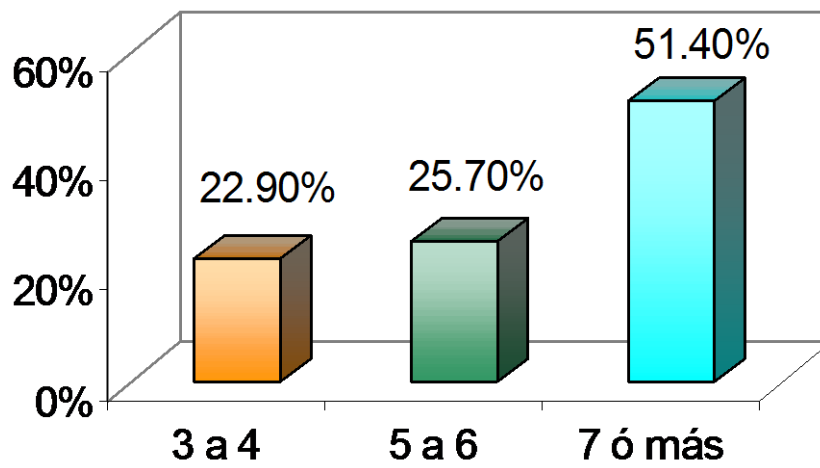
ANIMALES DOMESTICOS



El mayor porcentaje de familias (38.6%) tienen en común perros y aves de corral como animales domésticos; las otras familias (17.1%) tienen perros, gatos y aves; luego el 11.4%, 8.6%, 2.9% y 5.7% poseen perros, aves, gatos y ninguno de los animales respectivamente.

GRAFICO # 3

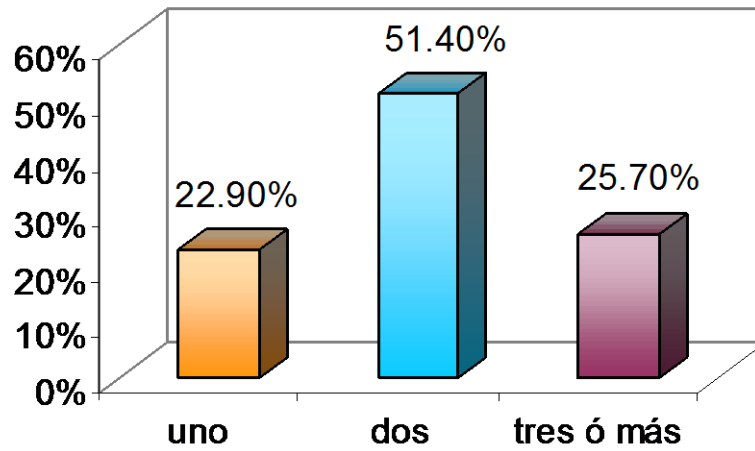
NUMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR



En cuanto al número de integrantes por grupo familiar se observa que el 51.4% tiene 7 ó más integrantes en su familia; el 25.7% tiene 5 – 6 integrantes y solo el 22.9% tiene 3 – 4 integrantes.

GRAFICO # 4

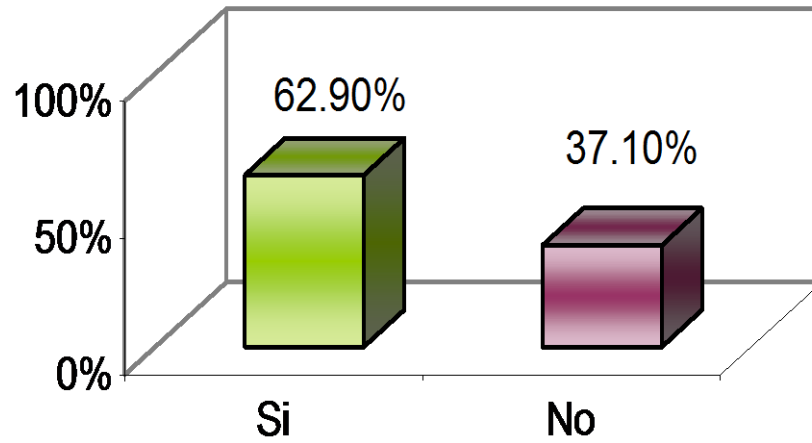
CONDICIONES DE VIVIENDA



El 51.4% de la población posee vivienda de 2 habitaciones un porcentaje del 25.7% y únicamente el 22.9% tiene 1 habitación.

GRAFICO # 5

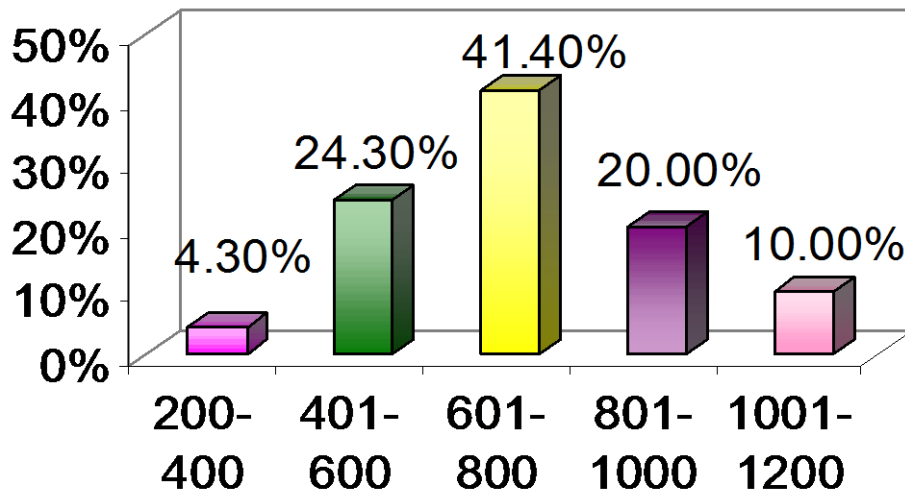
CONDICIONES DE VIDA



El 62.9% respondió afirmativamente en cuanto a compartir la cama con otro miembro de la familia y el 37.10% no lo hace.

GRAFICO # 6

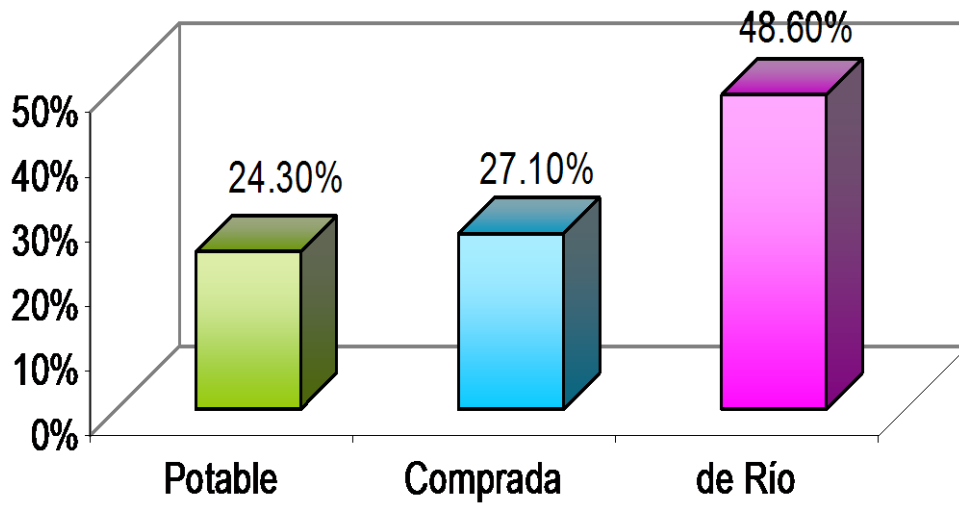
INGRESOS ECONOMICOS



El 41.4% de la población lo representa aquella que tiene un ingreso entre ¢601 – 800 colones mensuales (\$ 68.68 - \$ 91.42) mientras que el 20% percibe ingreso de ¢ 801 – 1000 colones, (\$ 91.54 - \$ 114.28); un 10% de ¢1001 – 1200 colones, (\$ 14.90 – 137.14) y el 4.3% lo representa las familias con ingresos entre los ¢200 – 400 colones, (22.85 - \$ 45.71).

GRAFICO # 7

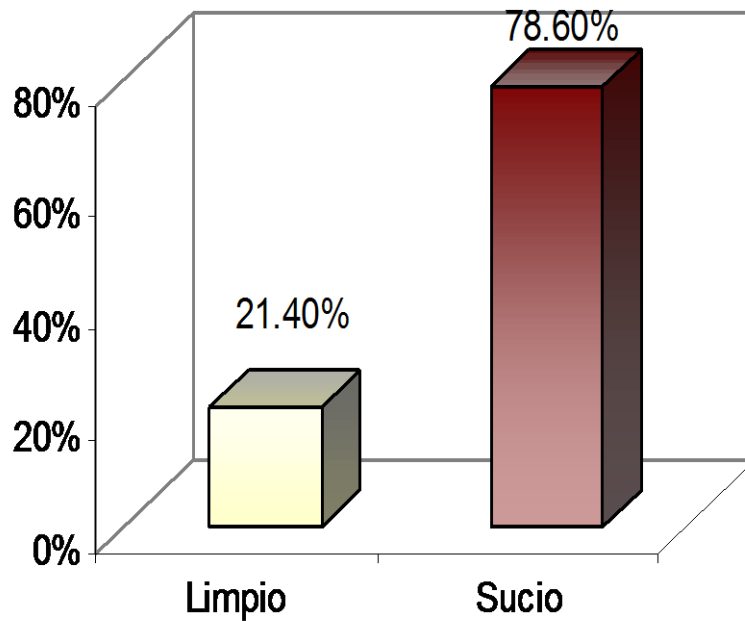
AGUA DE CONSUMO



El 48.6% consume agua directamente del río; el 27.1% la compra toda la población el 24.3% tiene servicio de agua potable en su vivienda.

GRAFICO # 8

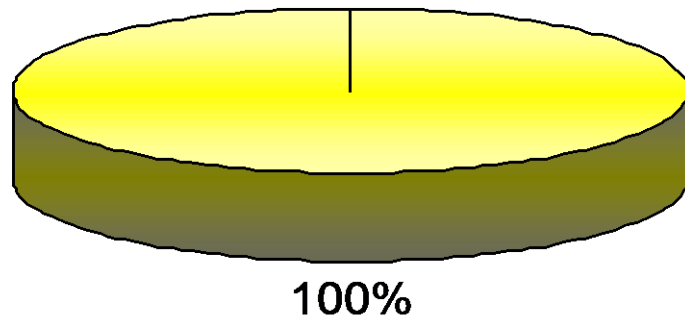
CONDICIONES HIGIENICOS



Con respecto a las condiciones de higiene del paciente, durante la observación, se obtiene un 78.6% de la población que se encontró sucio en su aspecto personal y un 21.4% en condiciones limpias.

GRAFICO # 9

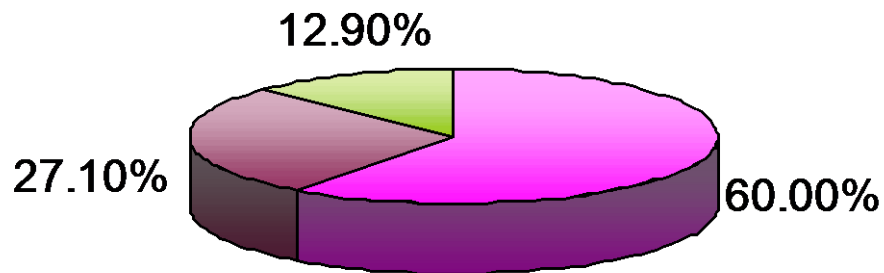
PACIENTES EN CONTROL INFANTIL



El 100% de la Población Infantil se encuentra al momento del estudio en Control de Higiene Infantil.

GRAFICO # 10

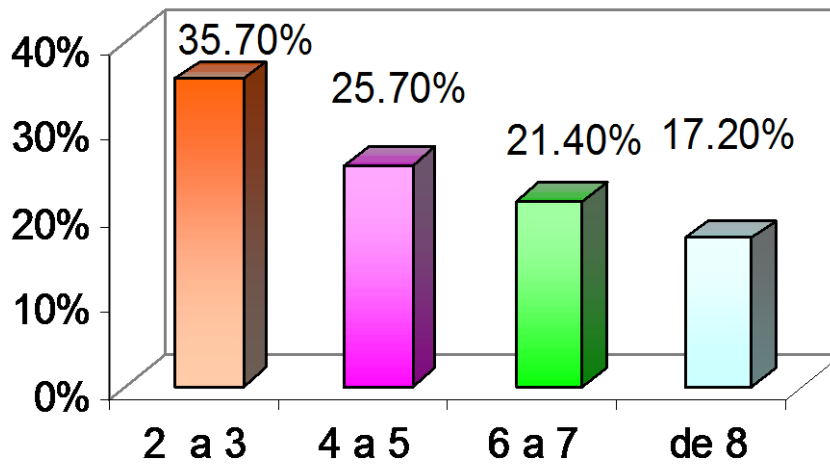
ESTADO NUTRICIONAL



En cuanto a la nutrición de los niños incluidos en la investigación el 60% resulto con desnutrición leve, el 27.1% con una nutrición normal, el 12.9% con desnutrición moderada y ningún niño con desnutrición severa.

GRAFICO # 11

RELACION SEGUN EDADES

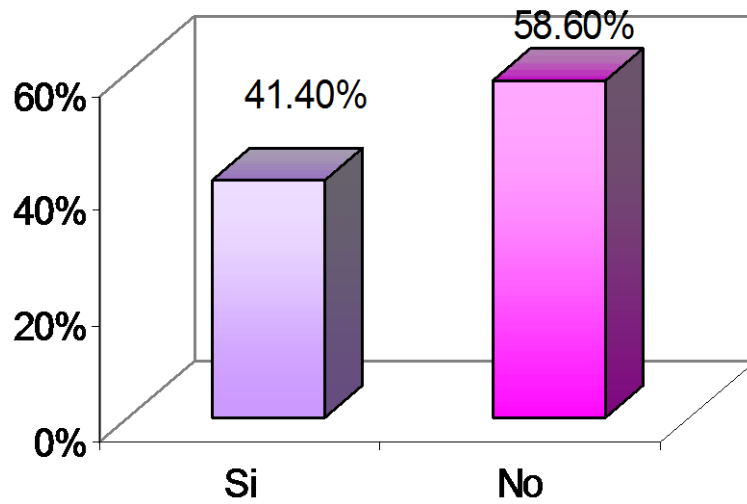


La mayoría de casos se presentó en niños en las edades de 2 – 3 años

(37.7%) un 25.7% de la población afectada son niños de 4 – 5 años; 21.4% niños de 6 – 7 años y únicamente 17.2% tiene 8 años de edad.

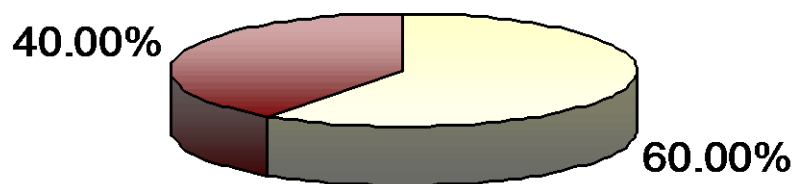
GRAFICO # 12

**RECOMENDACIONES POR EL
PERSONAL DE SALUD**



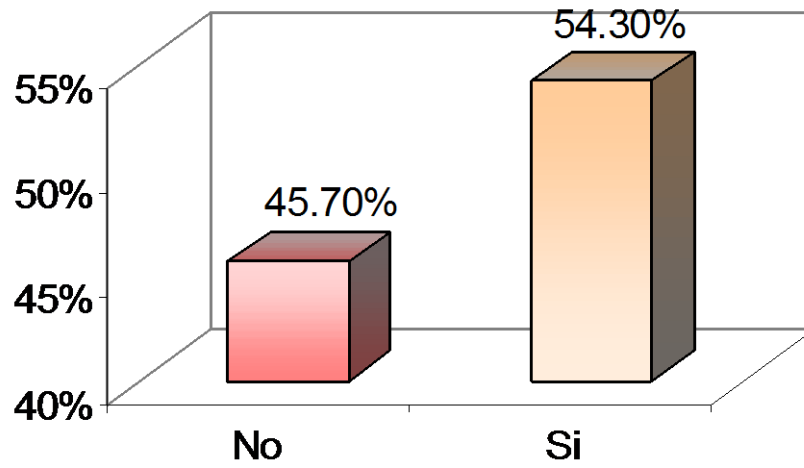
El 58.6% de las madres entrevistadas acusa no haber recibido recomendaciones u orientación por el Personal de Salud... el 4.4% No!

CARACTERISTICAS DERMATOLOGICAS COLOR DE PIEL



Predominan en el estudio la afección de niños de piel blanca quienes ocupan el 60% de la población. El 40% los pacientes de piel morena.

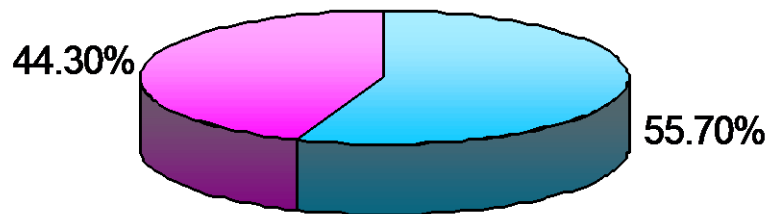
INFECCION PREVIA



El 54.3% de los niños en estudio presentan infecciones previas al aparecimiento de Impétigo y el 45.7% no presentan infección previa.

GRAFICO # 15

RELACION NIÑOS - NIÑAS



Del 100% de niños en estudio, el 55.7% lo conforman pacientes del sexo masculino mientras el 44.3% son pacientes femeninas.

CONCLUSIONES

Durante la última década las infecciones por estreptococos y estafilococos han resurgido y han tomado importancia en parte, por la afección que sufre la piel al exponerse a un alterado ecosistema, el cual en países de clima tropical y con un deficiente sistema de salud y medio ambiente como El Salvador, la ha acondicionado a su patología que en muchas ocasiones ponen en peligro la salud del individuo.

Del presente estudio se concluyó:

- Del objeto-estudio, los porcentajes más altos lo constituyen niños y niñas integrantes de familias que habitan en condiciones de hacinamiento, con bajo nivel cultural y escasos recursos económicos; cada uno de estos factores promueven o producen una mayor susceptibilidad a enfermedades bacterianas a través de forzar a los integrantes del grupo familiar al descuido del aseo personal mediante alguna o varias de las siguientes:
- Compartir la cama entre 2 ó más miembros de la familia.
- Flagrante descuido del aseo corporal mediante el baño diario.
- Ausencia del servicio de agua potable.
- Utilización de agua no tratada y bajo condiciones no optimas.
- Ingresos económicos muy bajos que no permite obtener artículos adecuados para el buen aseo personal.

- Las familias supernumerarias contribuyen a la desnutrición de sus miembros, lo que resulta en un déficit en las defensas contra patógenos bacterianos. Sus escasos recursos económicos no permiten obtener alimentos nutritivos tan importantes en la etapa de crecimiento de niños lactantes mayores y preescolares.
- Los niños y niñas en estudio quienes no pueden realizar hábitos higiénicos ni cuidar su piel por cuenta propia si no que están condicionados al cuidado de sus padres (los cuales no se preocupan por dar los cuidados básicos) crean un ambiente dérmico propicio para el crecimiento bacteriano, esto aunado al factor que niños con piel blanca son más susceptibles a infecciones estafilococicas y estreptococicas pone de manifiesto la importancia del aseo corporal y cuidado de la piel, la cual con un baño sencillo con agua limpia es capaz de barrer un porcentaje importante de los patógenos bacterianos existentes en la piel.

RECOMENDACIONES

- A la Unidad de Salud Natividad así como a todas las entidades gubernamentales o no, que trabajan por la salud a prestar mayor atención al impétigo contagioso como una enfermedad que ha infectado y continua atacando la población infantil, a fin de brindar una mejor calidad de atención a los usuarios proporcionando orientación y tratamientos efectivos para disminuir la incidencia de casos.

-Al personal médico, paramédico, y de promoción a conocer mejor la enfermedad, medidas de prevención y su tratamiento con el objetivo de orientar a los usuarios de los servicios de la Unidad de Salud para que por medio de los programas de atención infantil y control nutricional se oriente de manera fácil y comprensible a la población con bajos niveles de escolaridad.

-A los padres y encargados de cuidar niños y niñas para aprender a identificar lesiones dérmicas tempranamente a fin de buscar atención médica rápida y oportuna.

-A los promotores de salud para que ellos realicen un programa orientado a dar información sobre el hacinamiento que existen en los hogares y las consecuencias del mismo; brindar alternativas y soluciones para que las familias eviten compartir

camas; por ejemplo: hamacas, camarotes u otras alternativas con las que puedan contar las familias, especialmente durante épocas calurosas y entre los miembros de la familia ya infectados con Impétigo a fin de eliminar la frecuencia de casos.

BIBLIOGRAFIA

1. ARENAS, ROBERTO. **“ATLAS DE DERMATOLOGÍA”** 2ª. EDICIÓN,
EDITORIAL – INTERAMERICANA.
MC GRAW-HILL. 1998.

2. ASHTON, RICHARD, LEPPARD, BARBARA. **“DERMATOLOGIA
CLINICA”**, 2ª. EDICION. EDITORIAL OXFORD,1996.

3. BARRERA ENAMORADO, CAROLINA DOLORES, ET. AL. **“ESTUDIO
DE IMPETIGO EN MENORES DE 10 AÑOS, SAN
ISIDRO LABRADOR, EL PARAISO Y DULCE
NOMBRE DE MARÍA CHALATENANGO”** .
TESIS DE GRADUACION
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
1999.

4. CASTRO BENITEZ, JAIME MAURICIO. **“ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LAS DERMATOSIS INFECCIOSAS EN LOS CANTONES SAN PEDRO CHIRILAGUA, CHILANGUERA Y NUEVA CONCEPCION”**
TESIS DE GRADUACION UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

5. HERNANDEZ PEREZ , ENRIQUE, **“CLINICA DERMATOLOGICA”**
3ª. EDICION
UNIVERSIDAD CENTOAMERICANA
JOSÉ SIMEON CAÑAS EDITORES,
EL SALVADOR 1987.

6. LA SANTA BIBLIA, **REVISIÓN REINA-VALERA 1960**
LIBRO DEL LEVÍTICO CAP. XIII
EDITORIAL CARIBE USA.

7. MADEN, STEVEN M. **“TOXIN-MEDIATED STREPTOCOCCAL AND STAPHYLOCOCCAL DISEASE”**. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY. SEPTEMBER 1998; EDITORIAL MOSBY VOL. 39. No. 3 U.S.A. PAGES 383 – 388.

8. NELSON, A. **“TRATADO DE PEDIATRIA”, 15ª EDICION, EDITORIAL INTERAMERICANA MCGRAW-HILL”** VOL. II, CAP. 23, PAGES. 2027-2029, 1997.

9. ORKIN, MILTON, HOWARD, MAIBACH. **“DERMATOLOGIA”** 1ª EDICION EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A. DE S.V., MEXICO 1994.

10. ROBBINS, STANLEY L. ET. AL, **“ROBBINS TRATADO DE PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL”** 5ª EDICION MC GRAW-HILL INTERAMERICANA CAP. 26, PAGES 1326. 1995.

11. ROJAS, RAUL S. **“GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES”**, 8ª EDICION PLAZA Y VALDEZ EDITORES UNAM, MEXICO.

12. STEWART, MADDIN D. **“DERMATOLOGIA”** 2ª EDICION EDITORIAL INTERAMERICANA, CAP. 16 PAGES 170 – 171

13. SANDERS, CHARLES, V. , NESBITT, LEE. **“THE SKIN INFECTION”** EDITORIAL WILLIAN AND WILKINS 1995.

14. THOMAS B., FITZ PATRICK, **“DERMATOLOGIA”** 4ª EDICION, EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA.

Anexos

Anexo # 1

GUIA DE OBSERVACION

- Personales, Hábitos higiénicos, características dérmicas.

1. Edad: _____
2. Sexo: M___ F___
3. Piel: Morena___ Blanca___
4. Condición Higiénica: Limpio___ Sucio___

- Factores ambientales, socioeconómicos.

1. Vivienda: Mixto___ Adobe___ Bahareque___
2. Habitaciones: _____
3. Piso: Ladrillo___ Cemento___ Tierra___
4. Agua Potable: Si___ No___
De donde la obtiene:_____
5. Basura: Tren de aseo___ la quema___ la entierra___
6. Animales domésticos: Perro___ Gato___ Aves___

Anexo # 2

ENCUESTA IMPETIGO

1. ¿ Cuántos miembros son en su familia?
Adultos_____ Niños_____
2. ¿ Que edad tienen los niños ?
3. ¿ Cuantas habitaciones tiene la vivienda ?
4. ¿ Los niños comparten la cama ?
5. ¿ Cuanto son los ingresos de la familia ?
6. ¿ Cuantas personas trabajan de la familia ?
_____ y quienes?
7. ¿ Los niños de la casa, estudian ?
8. ¿ Quién cuida a los niños ?
9. ¿ De donde obtienen el agua para bañarse ?
10. ¿ El niño esta en control infantil ?

11. ¿ Acude al médico cuando el niño se enferma de la piel inmediatamente o lo medica usted ?

12. ¿ Cuando el niño se ha enfermado de la piel le da recomendaciones el médico o el personal de salud para prevenir otra infección ?

13. ¿ Cuando le han dado algún medicamento que no hay en la clínica, usted lo ha comprado ?

14. ¿ Cuando el niño se enfermó de la piel ya tenia alguna otra enfermedad ?
Cuál ?

15. ¿ Se dedica a otras actividades el niño aparte de ir a la escuela ?

Anexo # 3

REVISION DOCUMENTAL

1. Edad: _____
2. Sexo: M___ F___
3. Domicilio:
Rural_____ Urbano _____
4. Fecha de Consulta:
5. Motivo de consulta:
6. Signos de la enfermedad:
 - 1.
 - 2.
 - 3.
7. Síntomas de la enfermedad:
 - 1.
 - 2.
 - 3.
8. Antecedentes médicos:
9. Sitios de lesiones:
10. Medicación: Si ___ No ___

ANEXO # 4

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES

Enfermedad	RANGOS DE EDAD (EN AÑOS)												
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
Piodermias	69	101	27	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. pedis	0	3	2	7	12	9	5	5	8	3	6	3	1
Escabiasis	4	6	10	16	11	8	6	12	9	6	1	1	3
P. capitis	7	26	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. unguium	0	0	2	7	2	4	3	1	1	0	0	2	0
TOTAL	80	136	53	31	25	21	14	18	18	9	7	6	4

**Fuente: Registro Diario de la Consulta Externa y Fichas de Casos.
Enero a Septiembre de 1999**

CUADRO No. 8

LUGAR DE ORIGEN:

ORIGEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
San Pedro	251	46.3
Chilanguera	175	32.3
Nueva Concepción	116	21.4
TOTAL	542	100.0

Fuente: Fichas de Caso. Enero a Septiembre de 1999